

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS

LISTE DES TABLEAUX

INTRODUCTION GENERALE

PARTIE I : MONOGRAPHIE DE LA ZONE D'ETUDE ET METHODOLOGIE

Chapitre I: Monographie du lieu d'intervention

Chapitre II : Repères théorico-conceptuels

Chapitre III : Méthodologie de recherche

**PARTIE II : LES IMPACTS DE LA MALFORMATION D'UN ENFANT SUR LA
VIE FAMILIALE**

Chapitre IV: Résultats d'enquête

Chapitre V : Les impacts socio-économiques, psychologiques et familiaux du handicap
chez l'enfant

**PARTIE III : APPROCHE PROSPECTIVE DE LA RESOLUTION DE LA
PROBLEMATIQUE**

Chapitre VI : Analyse, bilan et discussion

Chapitre VII : Recommandations du travailleur social

CONCLUSION GENERALE

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

RESUME ET CV

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n°1 : Répartition des personnels.....	10
Tableau n°2 : Personnel du service.....	12
Tableau n°3 : Mode de fonctionnement du SRF.....	12
Tableau n°4 : Renseignement sur la famille.....	32
Tableau n°5 : CSP des parents ayants des enfants pied bot.....	33
Tableau n°6 : Niveau d’instruction des parents.....	34
Tableau n°7 : Revenu de la famille.....	35
Tableau n°8 : Répartition des enfants en fonction de leur âge et de leur classe.....	44
Tableau n°9 : Evolution de pied selon le score de Piranni.....	51

.

LISTE DES GRAPHES

Graphe n°1 : Répartition selon l'origine Géographique des enfants et celui des parents ...	25
Graphe n°2 : Répartition selon l'âge a la première consultation.....	26
Graphe n°3 : Répartition des enfants atteints du pied bot selon le sexe.....	27
Graphe n°4 : Répartition selon le pied atteint	28
Graphe n°5 : Classification des pieds selon le degré de sévérité	29
Graphe n°6 : Répartition du PBVEC selon le nombre de plâtres déjà appliquées	30
Graphe n°7: Autres malformations	31
Graphe n° 8 : Connaissances concernant la sévérité du pied bot	36

LISTE DES ABREVIATIONS

CHRD : Centre hospitalier de Référence de District

CS : Centre de Santé de Base

DRH : direction des Ressources Humaines

FKT : Fokontany

GCI : Global Club foot Initiative

INSTAT : Institut National des Statistiques

MINSANP : Ministère de la santé publique

PB : Pied Bot

PBVEC : Pied Bot Varus Equin Congénitale

PRFI : Pays à Revenu Faible Intermédiaire

SRF : Service de Rééducation Fonctionnelle

INTRODUCTION GENERALE

Environ 174 000 enfants (1 sur 800) dans le monde naissent avec un pied bot chaque année. Le pied bot est une malformation congénitale caractérisée par un ou deux pieds tournés vers l'intérieur et vers le bas. A défaut de traitement, cette malformation peut conduire à un handicap permanent. Les enfants nés dans des pays à haut revenu suivent après leur naissance un traitement correctif et la grande majorité d'entre eux ne sont pas affectés par le fait d'être nés avec ce malheur. En revanche, la plupart des enfants nés avec un pied bot dans des pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI) sont confrontés à un tout autre avenir. Moins de 15 % de ces enfants nés aujourd'hui auront accès à un traitement. Les autres verront leur vie gravement affectée par ce handicap (à savoir, douleurs permanentes, mobilité limitée et opportunités réduites en matière d'éducation, d'emploi et de relations).

Environ 13 % des enfants nés avec un pied bot se trouvent dans des PRFI¹. En général, au moins 80 % des enfants nés chaque année ne bénéficient pas d'un traitement approprié. Face à cela plus d'un million d'enfants vivent actuellement avec un handicap provoqué par un pied bot non traité ou mal traité, ce qui en fait l'une des principales causes d'incapacité physique dans le monde. Pour les personnes présentant un pied bot non soigné, la marche peut être douloureuse et rudement difficile. Les personnes vivant avec un handicap dans les pays à faible revenu courent un plus grand risque de discrimination, d'abus physique et sexuel, de négligence, d'analphabétisme et d'inégalité dans quasiment tous les aspects de la société. Le handicap du pied bot constitue également une charge économique pour les familles et les sociétés en raison de la perte d'opportunités en matière d'éducation et d'emploi. Un traitement efficace du pied bot est relativement facile et peu coûteux. Des athlètes de renommée mondiale tels que Steven Gérard, Mia Hamm, tous nés avec un pied bot, ont pu mener une carrière extraordinaire grâce à un traitement efficace suivi dès leur plus jeune âge. A Madagascar, le chiffre est accablant, 700 enfants naissent avec un pied bot. Plus d'une centaine de « Varus équine congénitale » ou « pied bot » apparaissent à Madagascar, annonçait le responsable de Ministère de la Santé Publique.²

¹ Selon les données d'enquête de 2015 réalisée par *Global Club Foot Initiative* (GCI)

² [Http : //www.tom.mg/media-actu/pieds-bots](http://www.tom.mg/media-actu/pieds-bots) apparue le 15 juin 2018

Plus de 144 nouveaux cas sont enregistrés en 2015, 146 en 2017, et déjà 68 cas enregistrés au mois de mai de cette année. Actuellement, cette pathologie est devenue une maladie la plus courante.

MOTIF DU CHOIX DU THEME

Ce thème a été choisi dans le sens que l'avenir du pays dépend des enfants. Or, ces enfants porteurs de PBVEC connaissent un véritable enjeu comme la marginalisation et les violences morales face à la société d'aujourd'hui.

En général, le handicap se définit comme l'incapacité d'une personne à réaliser une fonction normale comme marcher ou voir. Pour d'autres, ce sont des personnes incapables de vivre en communauté et de contribuer au développement social, culturel et économique de la société. C'est la raison pour laquelle notre étude est axée sur « La malformation congénitale des pieds. Cas des enfants souffrant de Pied bot varus équin au service de rééducation fonctionnelle du CHRD Itaosy,».

QUESTIONS DE DEPART

Le pied bot est une pathologie très connue de nos jours, dès la naissance. Elle est déjà diagnostiquée, et durant l'échographie le pied bot est déjà détecté par l'obstétricien mais en général, c'est lors de l'accouchement que la sagefemme le constate. Cette pathologie se répand dans toute l'île, dans différentes régions de Madagascar et pour toutes les ethnies. Face à cette pathologie qui prend ampleur dans la vie sociale de la population notamment chez les nouveaux couples désirant des enfants, les questions qui se posent fréquemment sont, entre autres : « Cette pathologie est-elle héréditaire ? Peut-on la guérir ? Quelle est la cause de cette pathologie ?».

LES ETAPES DE LA RECHERCHE

➤ Fixation des objectifs

Toute recherche scientifique a des objectifs principaux. Concernant notre thème on a décidé de définir un objectif général qui est la suivante : « Assurer une santé pour tous les enfants victimes de pied bots en donnant la priorité à leurs prises en charge ».

➤ Limites de la recherche :

D'abord, durant l'enquête, nous avons fait face à des difficultés et contraintes. Tout d'abord, bon nombre de la population enquêtée ont eu peur de nous répondre aux questions posées sous prétexte que nos enquêtes sont d'ordre politique, surtout pendant la période électorale.

Par ailleurs, comme toute étude rétrospective, les difficultés majeures que nous avons rencontrées étaient liées à l'exploitation des dossiers, essentiellement en ce qui concerne les paramètres maternels qui étaient en majorité incomplets et strictement confidentiels. En outre, on n'a pas eu recours aux prises de photos.

Enfin, étant donnée qu'un déplacement au domicile des parents s'est avéré nécessaire. Nous n'avons réussi à visiter que seulement 2/3 des familles qui ont présenté leurs enfants à l'Hôpital. L'absence d'adresse sur le dossier explique la difficulté d'accès au tiers restant.

ANNONCE DU PLAN

Ce présent document comprend trois parties. Dans la première partie, la monographie de la zone d'étude sera abordée. Ensuite, les résultats d'enquêtes ainsi que les problèmes essentiels seront présentés dans la deuxième partie. Enfin, pour terminer les résultats d'analyse assortis de quelques suggestions et recommandations seront mis en exergue dans la troisième partie.

PARTIE I :
MONOGRAPHIE DE LA ZONE D'ETUDE ET METHODOLOGIE

Cette première partie fait état de la monographie de l'hôpital CHRD Itaosy qui est notre zone d'étude. Par la suite, les concepts théoriques et enfin la méthodologie de recherche sont présentées.

CHAPITRE I : MONOGRAPHIE DU LIEU D'INTERVENTION

Ce chapitre comprend deux sections : (i) la présentation du CHR D Itaosy et (ii) par la suite la présentation de l'unité de rééducation fonctionnelle.

1.1 Présentation du cadre d'étude

Dans cette section nous allons voir successivement: le Centre Hospitalier en général, les objectifs, les activités du CHR D, son organigramme, les partenaires et son mode de fonctionnement.

1.1.1 Le centre Hospitalier en général

Historiquement, le service de la maternité Itaosy est le premier bâtiment de cet hôpital créé en 1904 reconnu par sa spécialité qui est de s'occuper de la santé de la mère et de l'enfant. L'hôpital a connu une évolution, en 1908, le bâtiment du Médecine était construit pour accueillir plusieurs patients. En 1923 le bâtiment de la maternité avait été réhabilité pour la première fois depuis sa fondation. C'est lors d'une dotation d'un bloc opératoire en année 2000 qu'il était devenu Centre Hospitalier de District niveau II. Et en 2008, le centre est reconnu comme centre de référence car théoriquement il devrait servir comme référence des 22 Centres de Santé de Base (CSB) du district d'Atsimondrano.

❖ Délimitation géographique

Cet établissement est instauré dans un milieu suburbain de la ville d'Antananarivo. Le CHR D se situe plus précisément dans le fokontany d'Amboatavo, au sein de la commune d'Ambavahaditokana, district Antananarivo Atsimondrano, région Analamanga.

Le CHR D est délimité: au Nord, le District d' Ambohidratrimo et d'Antananarivo Renivohitra. Au Sud, il est délimité par le District d'Ambatolampy. A l'Ouest, on y rencontre le District d'Arivonimamo; et à l'Est, par le District d'Antananarivo Avaradrano.

❖ Couverture sanitaire

Le Centre Hospitalier de Référence de District est rattaché au Service de District de Santé Publique d'Antananarivo Atsimondrano lui-même sous l'autorité hiérarchique de la Direction Régionale d'Analamanga. Il est placé sous la dépendance administrative, technique et financière du Ministère chargé de la Santé Publique.

Théoriquement, le centre hospitalier devrait servir de référence aux vingt-cinq centres de santé base et quarante formations sanitaires privées du District d'Antananarivo Atsimondrano.

En réalité, le CHRD Itaosy dessert essentiellement les populations des sept communes avoisinantes : les communes rurales d'Ambavahaditokana, d'Itaosy, d'Andranonahoatra, de Fiombonana, d'Ambohidrapeto, de Bemasoandro, et d'Ankadimanga, et souvent, les populations des autres districts de la région et même parfois de toute l'île.

Objectifs du CHRD

Comme tous les centres hospitaliers, le CHRD ITAOSY a ses propres objectifs. Selon leur slogan « *Manana zo hahazo fitsaboana tonga lafatra ny tsirairay* » ou chaque personne a le droit d'être soigné convenablement.

D'après ce slogan cet hôpital a un but précis qui suscite de faire toutes ses possibilités pour ses patients. Les principales missions des Centres Hospitaliers de Référence de District sont :

- Assurer les soins cliniques généraux et spécialisés ainsi que des investigations para-cliniques.
- Servir de lieu de formation de pratique médicale, paramédicale et de santé publique,
- Concourir à la supervision et à l'appui des formations sanitaires du service de santé de district
- Répondre aux situations de crises sanitaires,
- Entreprendre des recherches opérationnelles biomédicales et socio sanitaires.

En fait, les Centres Hospitaliers de Référence de District assurent une mission de service public et ont l'obligation de garantir la continuité des soins. La qualité de la prise en charge est un objectif prioritaire.

En tant qu'hôpital public, le CHRD Itaosy prend en charge totalement qui lui ont été assignées.

1.1.3 Activités de l'hôpital

Comme tout CHD ou centre hospitalier du district, les activités sont : les consultations externes de référence, le service d'urgence, les activités hospitaliers, le bloc opératoire, la maternité, la stomatologie, le laboratoire, l'imagerie diagnostique, la gestion financière, la disponibilité des médicaments traceurs, la liste des pathologies vues en consultations externes de référence et la liste des pathologies vues en hospitalisation.

L'hôpital de référence de district d'Atsimondrano a ses propres activités qui les spécifient parmi les autres établissements sanitaires de la capitale. De ce fait, l'hôpital Itaosy est reconnu par sa maternité depuis plusieurs années.

A part la maternité, le centre se distingue par l'existence de :

- centre de dépistage du cancer du col et de traitement des lésions précancéreuses du col par la méthode IVA /cryothérapie³ /RAD
- centre de surveillance sentinelle des fièvres et des maladies à potentiel épidémique à Madagascar
- centre de dépistage et de traitement des PVVIH
- centre de formation pratique des élèves paramédicaux, des étudiants en Médecine, des travailleurs sociaux, des étudiants de l'INSPC, INSCAE, ISCAM et autres instituts privés.
- Consultation prénatale, visite prénatale et post natale
- Rééducation fonctionnelle avec la kinésithérapie.

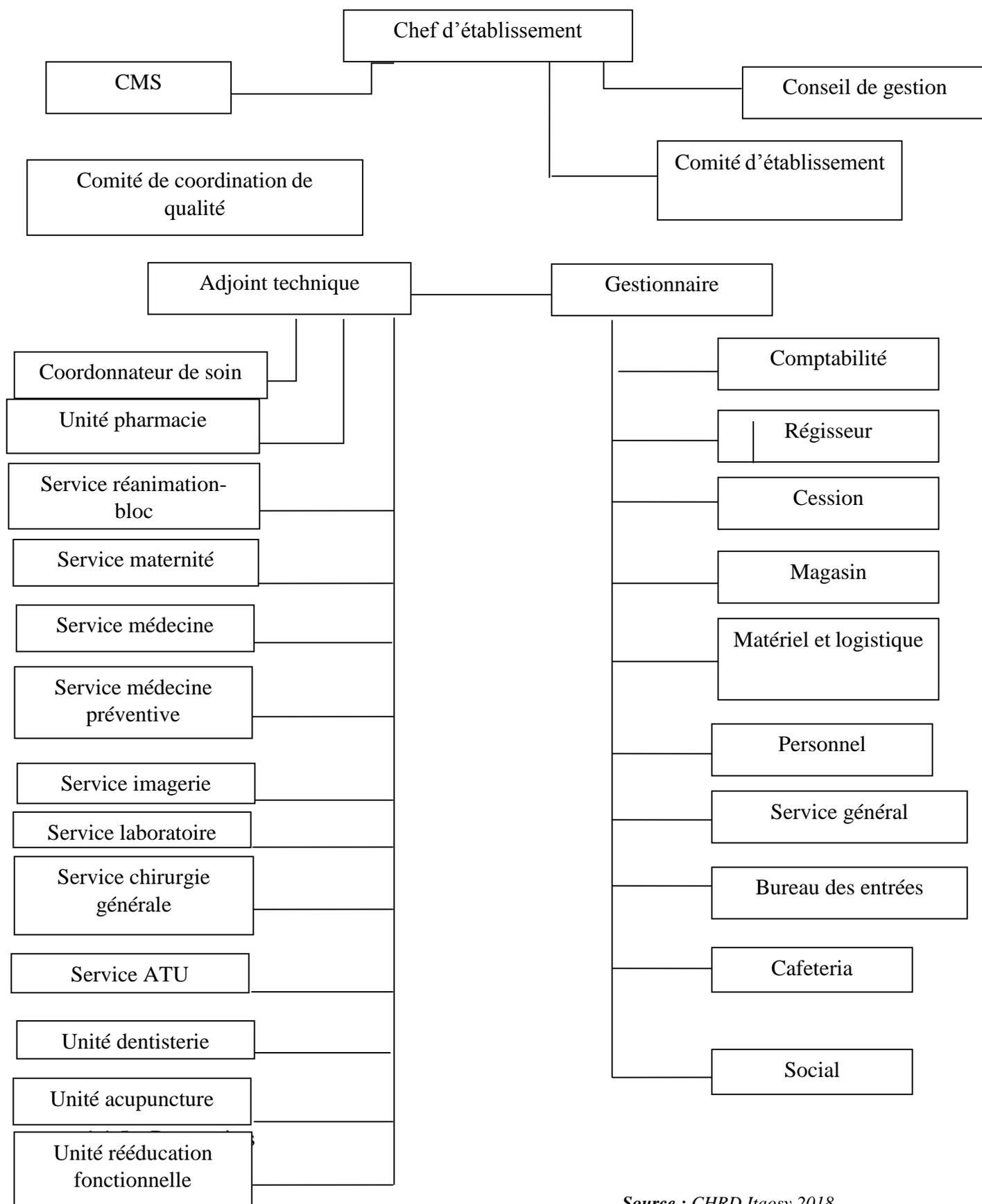
1.1.4 Organigramme

La division des tâches d'après l'organigramme ci-après montre que le fonctionnement du service est bien managé par une Chefferie de l'établissement, un Conseil de gestion, une Commission médicale et des soins (CMS), un Comité d'établissement (CE), deux branches bien distinctes concernant, la commission médicale et soins et le conseil de gestion. Le premier est composé des représentants des personnels médicaux et paramédicaux avec les chefs de services. Leur mission est d'animer et d'associer les acteurs sur les objectifs médicaux et paramédicaux au projet de développement.

³ Cryothérapie : traitement par le froid (bien que le froid soit utilisé en médecine humaine et vétérinaire, nous réservons ordinairement le nom cryothérapie à la méthode qui emploie la cryocautérisation.)

Le deuxième est composé des représentants des autorités locales, de la société civile et des usagers chargés de participer au bon fonctionnement du CHR.D.

Schéma n°1 : Organigramme de CHR.D Itaosy



Le CHRD d' Itaosy a des partenaires qui l'appuient dans la réalisation de diverses activités. Ces partenaires sont :

- ✚ Fight Aids Monaco, elle aide surtout les personnes porteuses du VIH/SIDA. Elle finance l'hôpital pour les projets de réhabilitation. Le dernier investissement était la construction du bureau des Assistantes sociales, elle a aussi financé la construction du bâtiment et en plus avec tous les matériaux nécessaires. »
- ✚ L'association RIVE ou Réunion Immunodéprimés Vivre et Ecouter. Elle aide les personnes face à la détresse psychologique voire financière et à l'isolement.
- ✚ -Le CBM ou Christoffel Blinden Mission aussi collabore avec l'hôpital pour le projet spécialement pour les personnes qui sont en situation d'handicap de 0 à 16 ans et qui nécessitent de la kinésithérapie pour améliorer leur état de santé.
- ✚ -Le Mutuel AFAFI et HARENA, a une convention avec l'hôpital c'est-à-dire que si il y a des malades venant de cette association, ils ne paient rien mais c'est l'association qui règle son compte.
- ✚ L'ONG « Miracles Fet » soutenue par Mercy Chips, qui contribue à la prise en charge des personnes en situations d'handicap mais aussi des enfants porteurs de PBVEC
- ✚ La fondation TELMA collabore avec l'hôpital aujourd'hui pour une durée de un an renouvelable dans un simple but d'aider les enfants souffrants de PBVEC.

1.1.6 Mode de fonctionnement

Pour le mode de fonctionnement, nous parlerons du personnel du centre hospitalier, de la structure du service et du fonctionnement de la commission médicale et des soins.

❖ Structure du service

Sur l'horaire du service, le personnel administratif, travaille pendant 08 heures par jour et juste une pause repas pendant 30 minutes. Quant au personnel médical, il doit être disponible 24 heures sur 24 puisque c'est un centre de santé. Alors, le personnel est obligé de faire des rotations. Pour cela, il y a ceux qui travaillent durant 24 heures c'est-à-dire qu'il entre à 08 heures du matin et il ne sortira qu'à 08 heures du jour après.

❖ Personnel du centre

Le personnel du centre a sa propre activité selon sa catégorie. Nous allons voir dans le tableau ci-dessous la répartition du personnel avec le nombre et leur attribution.

Tableau 1: Répartition du personnel

Catégories de personnel		Nombre de personnel	Personnel engagés par l'établissement
Médecins	Médecins spécialistes	13	
	Médecins généralistes	15	
	Dentiste	1	
Paramédicaux	Paramédicaux spécialistes (Anesthésiste, Laborantin...)	10	03 Techniciens de laboratoire
	Sages-femmes	7	01 sage-femme
	Infirmiers	7	04 infirmiers
	Aides sanitaires	0	
	Assistante sociale	2	
Administratifs	Cadres administratifs (Administrateur civil, Concepteur, Planificateur, Réalisateur ...)	7	01 ingénieur informatique SOFTWARE
	Administratifs (Secrétaire, Comptable...)	14	
	Appuis	6	02 personnels d'appui
	Chauffeur		01 chauffeur
Autres à préciser	journaliers engagés par le CHRD	24	

Source : CHRD 2017

Commentaire

D'après ce tableau, tout le personnel de l'hôpital compte au nombre total de 120. Cela se divise en trois grandes sections selon les répartitions. D'abord les médecins puis les paramédicaux et le personnel administratif. Nous constatons que l'insuffisance de personnel paramédical et d'appui oblige l'établissement à engager des travailleurs journaliers pour le bon fonctionnement du service. Comme par exemple, il est impossible pour cet hôpital d'offrir des examens de laboratoire 24 heures sur 24 car il n'y a qu'un seul technicien de laboratoire dans le centre, pourtant la demande ne cesse d'augmenter. Dans ce cas, un bénévole a été engagé par l'établissement, et des démarches ont été effectuées auprès du DRH MINSANP afin de le recruter en tant que fonctionnaire mais le dossier est classé sans suite.

1.2 Présentation de l'unité rééducation fonctionnelle

Dans cette section nous allons voir : en premier lieu, l'aperçu historique du SRF, ces objectifs, son mode de fonctionnement et son organigramme.

1.2.1 Aperçu historique du SRF

Le service de Rééducation fonctionnelle fait partie de la branche de l'Hôpital. Il est indépendant dans toutes ces activités. La création du nouveau bâtiment en Aout 2017 financé par CBM a permis au service d'élargir ses interventions auprès de ces bénéficiaires.

. Actuellement, le centre s'occupe des enfants souffrant des pathologies de PBVE par la méthode de Ponsenti ; a part de la rééducation fonctionnelle. Le nouveau centre est doté des appareils et matériels de derniers cris répondant aux normes internationales comme *le Vélo, Plateau de Freeman, des différents outils de rééducation*. En somme les matériels ont été destinés à rééduquer les patients et à répondre aux normes imposées par le Ministère lui-même.

Parallèlement à cela Le bâtiment comprend :

- Une salle de Plâtrage et d'orthèse
- Un bloc opératoire
- Une salle de réveil
- Une salle de rééducation fonctionnelle

1.2.2 Objectifs

Comme tous les services chez les hôpitaux, le service de rééducation fonctionnelle de la CHRD ITAOSY a ses propres objectifs. Le slogan porté par l'Hôpital est le même que celui du service axée sur « Manana zo hahazo fitsaboana tonga lafatra ny tsirairay » ou chaque personne a le droit d'être soignée convenablement. D'après ce slogan, le service a aussi un but précis qui suscite de faire toutes ses possibilités pour ses patients que ce soit sur le plan Médical que sur le plan psychologique.

Les missions du service rééducation fonctionnelle sont :

- Assurer les soins cliniques généraux
- Servir le meilleur de qualité de soins

1.2.3 Fonctionnement Organisationnel du service

Le service Rééducation Fonctionnelle a sa propre Organisation, vu qu'il est un service indépendant de l'Hôpital. Il a sa propre organisation :

❖ Personnel de service

Tableau n°2 : Personnel du service

Catégorie de personnel	Nombre de personnel
Médecin spécialiste en réadaptation fonctionnelle	01
Major de service Kinésithérapeute	01
Kinésithérapeutes	02
Personnel d'appui	01

Source : *Enquête personnelle, Aout 2018*

Commentaires

D'après ce tableau, tout le personnel de service compte au nombre total de 05. Cela se divise en quatre grandes catégories selon leur spécialité ainsi que leur tâche. D'abord, le médecin puis le major suivi des kinésithérapeutes et enfin, le personnel d'appui.

❖ Mode de fonctionnement du SRF

Le mode de fonctionnement du service varie selon les patients. Etant donné que le service prend en charge les PBVE ainsi que les patients en vue de rééducation. Son mode de fonctionnement est retracé dans le tableau ci-dessus.

Tableau n°3 : Mode de fonctionnement du SRF

Jour de la semaine	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Activités	Traitement PBVEC séance de plâtre + ténatomie	Séance de Kinés	Kinés et contrôle des patients PBVEC	Séance de Kinés	Séance de Kinés

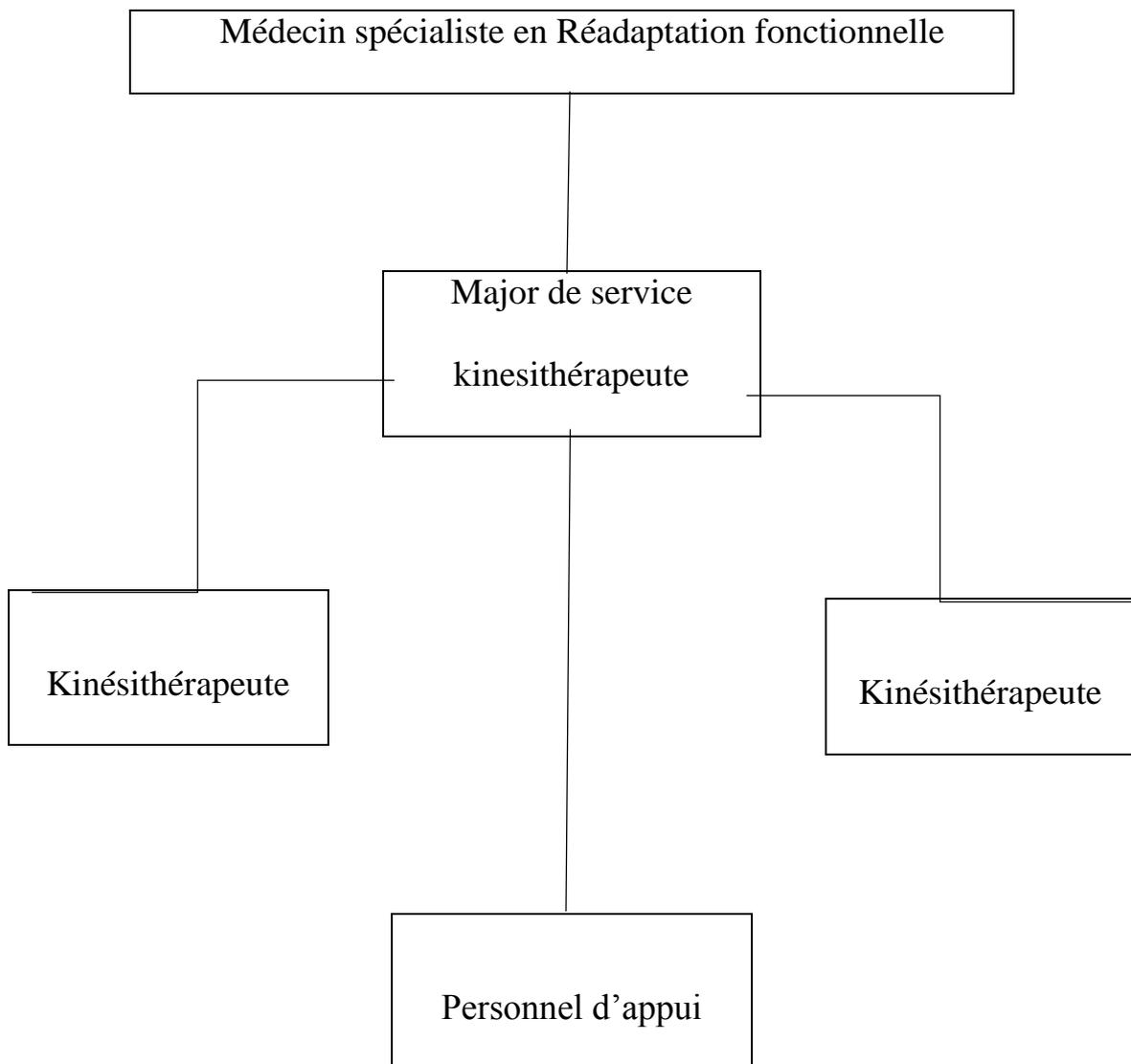
Source : *Enquête personnelle, Aout 2018*

Commentaires

Le tableau numéro 3 nous montre l'activité journalière effectuée dans le service. Elle est répartie selon les catégories de maladies. En générale le kiné prend place car c'est un service de rééducation fonctionnelle mais à part cela le traitement de PBVEC c'est-à-dire la séance de plâtre et ténotomie sont à la disposition du service. Entre temps, les contrôles de ces PBVEC entrent en jeu. En somme, on peut dire que l'activité du service varie de jour en jour et programmée de façon professionnelle.

1.2.4 Organigramme

Schéma n°2 : organigramme du service



Source : *Enquête Personnelle Aout 2018*

Commentaire

Dans ce service de rééducation fonctionnelle, la division des tâches se répartit par ordre hiérarchiques. En d'autres termes, avant de faire par exemple une kiné, le patient doit être consulté par le docteur ensuite il oriente le dernier vers le major et c'est à ce dernier de réorganiser la prise en charge de ce patient. Au total le nombre de personnel s'élève à 5, Or compte tenu du nombre d'activités à réaliser et du nombre sans cesse des patients, plus tard le nombre de personnel sera insuffisant.

CHAPITRE II : REPERES THEORICO-CONCEPTUELS

Le cadre théorique est indispensable dans tous travaux de recherche scientifique. Il aide le chercheur à orienter les axes d'observation de l'étude qu'il effectue dans un domaine particulier et bien précis. Ce deuxième chapitre comprend quatre sections: tout d'abord le cadre théorique de l'étude, suivit de définitions de quelques concepts, par la suite la problématique et l'hypothèse et enfin les objectifs spécifiques.

2.1 Cadre théorique

L'évènement traumatique, par la puissance émotionnelle qu'il suscite, réactive à tous les niveaux la conflictualité psychique : agressivité, déception, honte et rejet ou sidération de l'enfant ou de la grossesse en cours, marque le plus souvent « l'après coup » immédiat de l'annonce de l'enfant ou de la grossesse en cours, Ces manifestations, qui constituent ce que l'on peut appeler « l'effet annonce » sont communes à tous. En d'autres termes c'est comme une sorte de passage obligé pour les parents qui ont ces malformations Et c'est à ce moment que la psychanalyse de Freud prend place car pour ce qui est de l'enfant malformé, la psychanalyse permet de comprendre le traumatisme que représente l'enfant ainsi que ses parents, l'annonce d'un diagnostic d'un malformation chez un enfant constitue pour ses parents un véritable traumatisme au sens psychanalytique à savoir un choc totalement inattendu. Lorsqu'il y a un enfant malformé dans la famille, ce n'est pas l'effet qui est touché mais son intégrité somato-psychique. Néanmoins c'est toute la famille qui est blessé dans son identité. Ses parents bien entendus pour lequel l'arrivée d'un enfant malformé constitue une profonde blessure narcissique. Mais aussi ses grands-parents qui se sentent concentrés à travers la question de la transmission de cette pathologie « d'où cela provient-il ? Qui est à l'origine de cette tare ?

Pour Freud, après l'annonce d'une malformation qui est souvent un handicap, la prise de conscience est nécessaire passant par le processus de deuil, un parcours émotionnel qui doit mener progressivement à l'acceptation du corps devenu différent des autres.

Ce processus de deuil va se décomposer en plusieurs étapes tels que :

- Le choc : Au moment de l'annonce, les parents sont choqués. ils voient dans la souffrance que leur vie va se bousculer et que d'énormes impacts vont arriver.
- Le déni : Ils n'arrivent pas à intégrer la nouvelle réalité, ils l'a désavoues, si dans un premier temps ils nourrissent l'espoir de guérison. Par la suite, ils prennent conscience que ce n'est pas faisable.
- La révolte : les parents vivent la nouvelle réalité comme étant injuste. Ils se questionnent et cherchent une signification a ce bouleversement, partagé entre culpabilité et dépression, ils se sentent responsable de ce qui lui arrive. Abbate puis accablé par les proches qui lui ne cesse de faire, ils se ressentent ensuite sur la perte de son image de soi.
- La tristesse et parfois la déception au cours de cette période le poids du regard est essentiels.
- L'acceptation suite à cela le sujet doit construire son identité c'est à dire que à partir du moment que les parents des enfants constatent que leurs enfants sont « handicap » ils doivent se concentrées maintenant sur l'avenir de leurs enfants avant que ce dernier ne devienne un autre problème pour eux. Pour le pied bot qui est une déformation visible Hippocrate disait que « *Le pied bot est curable dans la majorité des cas. Le mieux est de traiter cette lésion le plus tôt possible avant qu'elle ne devienne une atrophie prononcée* »

Dans ce cas, même si les parents sont déçus, en colère contre le fait que leurs enfants soient « handicap » ils doivent en fin de compte accepter. D'ailleurs, si on parle de malformation congénitale, le pied bot est donc curable Hippocrate même le disait, le plus gênant c'est d'accepter cette déformation au regard de la société et au niveau de la famille.

2.2 Définitions de quelques concepts

L'unité corporelle dynamique est un ensemble anatomo-physiologique périphérique, qui conditionne la fonction articulaire, mais lorsque la relation harmonieuse de ses composants est perturbée ou une de ses structures est lésée, la disjonction ou la perte de la fonction apparaît en donnant un handicap. Les classifications des divers handicaps distinguent habituellement les handicaps mentaux de handicaps physiques qui occupent une place spécifique dans la pathologie médicale, et qui marquent un usage concret et excessif, de nos jours. Parmi les handicaps physiques. On distingue la malformation congénitale.

2.2.1 Le handicap

➤ Terminologie

Le terme «handicap»(littéralement "hand in cap" en anglais signifie "la main dans le chapeau") apparaîtrait pour la première fois au XVI siècle en Grande-Bretagne pour désigner un jeu dans lequel les concurrents se disputent des objets dont la mise se trouve placée au fond d'un chapeau. Il sera plus couramment employé ensuite sur les champs de courses : "handicaper un concurrent c'est diminuer ses chances de succès en le chargeant au départ d'un poids supplémentaire ,ou en obligeant à parcourir une distance plus longue, le but étant en handicapant les plus forts d'égaliser les chances de tous les partants.

➤ Définitions

« Le handicap est la situation d'une personne qui se trouve désavantagée d'une manière ou d'une autre par rapport à d'autre personne »⁴.

« Est handicapé la personne qui, en raison de son incapacité physique ou mentale, de son comportement psychologique ou de son absence de formation, est incapable de pouvoir à ses besoins ou exige des soins constants ou se trouve ségréguée soit de son propre fait, soit de celui de la collectivité »⁵

⁴ Selon Le dictionnaire de la psychologie in: *Hetall B*, 2005, p421.

⁵ Selon René Lenoir 1975 in *Romain Liberman*, 2013, p36

2.2.2 La malformation

Une malformation (dysgénésie, malformation primaire) est une anomalie irréversible de la conformation d'un tissu, d'un organe ou d'une partie plus étendue de l'organisme, résultant d'un trouble intrinsèque du développement. Les malformations sont souvent qualifiées de congénitales ou constitutionnelles car elles sont présentes à la naissance.

➤ Malformation congénitale :

« *Le terme malformation congénitale se définit comme toute anomalie organique présente à la naissance même si elle n'est pas apparente ou immédiatement décelable* ». ⁶ En somme les malformations congénitales résultent de l'action délétère de facteurs tératogènes sur le développement de l'embryon ou du fœtus. Bien que les connaissances aient fait d'indéniables progrès quant aux bases moléculaires de certaines malformations, leur cause exacte reste inconnue dans près de la moitié des cas. Les causes de malformations peuvent être regroupées en trois groupes : causes intrinsèques (génétiques), causes extrinsèques (environnementales) et causes multifactorielles.

Parmi ces causes selon les scientifiques sont : La consanguinité (Entrainerait une hausse de la fréquence de la de la mortalité néonatale et des malformations congénitales. Le risque de tares multiples augmenterait aussi avec le degré de parenté des conjoints, de même que l'incidence de malformations congénitales majeures.) ; Le niveau socio-économique ; On a rapporté aussi que il a une liaison entre l'âge maternel du mère (Une patiente enceinte de moins de 15ans et l'une de plus de 45ans ont quatre fois le risque de développer une malformation fœtale comparativement avec une mère d'âge entre 25 et 29ans) ; Les accouchements multiples peuvent aussi augmentent le risque d'avoir un bébé malformé et enfin les facteurs médicamenteux, les infections virales et bien d'autres sont aussi les unes de ces malformations congénitales.

2.2.3 Le pied bot varus équin :

Bot : signifie déformé ;

Varus : signifie tourné en dedans ;

Équin : signifie orienté vers le bas ;

Congénital : signifie présent avant la naissance (ce qui ne veut pas dire héréditaire) ;

⁶ Selon l'OMS

Idiopathique : signifie qu'aucune cause, neurologique ou autre, n'est présente.

C'est une malformation présente à la naissance, qui touche tout le pied (tourné vers l'intérieur) et le mollet (mal développé), unilatérale (1 pied) ou bilatérale (2 pieds). Le terme médical est pied bot varus équin congénital idiopathique.

Plus précisément, il s'agit de :

- mauvaises positions des os les uns par rapport aux autres,
- déformations osseuses,
- déformation et mauvaise orientation des surfaces articulaires,
- raideur articulaire liée à des rétractions de muscles, tendons et ligaments.

Pour Broca la définition du PBVE est la suivante : « *attitude vicieuse et permanente telle que le pied ne repose plus sur le sol par ses points d'appui normaux* ».

2.3 Problématiques et Hypothèses

Toutes expériences évoluant dans un cadre professionnel nécessitent une démarche plus concrète et plutôt scientifique, sans problèmes ainsi que sans hypothèses, la réalité de cette étude serait une défaillance.

2.3.1 Problématique

Aussi banal qu'extraordinaire, la naissance d'un enfant, touche à quelque chose d'essentiel qui est l'émergence de la vie. Avoir un enfant, ce sont des mots que chaque femme aura le privilège et le bonheur de prononcer, mais il arrive que cet enfant soit différent « pas comme les autres », bizarre, mal formé, en retard...

La naissance d'un enfant handicapé remet en cause un bonheur essentiel à la vie d'une famille: celui de donner la vie. La naissance d'un enfant handicapé est une blessure irréversible, désir frustré des parents dès le départ de cette vie nouvelle. Dans ce cas la question qui se pose est « Dans quelles mesures l'arrivée de cette malformation aurait-elle des impacts douloureux sur la vie de la famille ? ».

2.3.2 Hypothèses

« Une hypothèse est une proposition qui anticipe une relation entre terme qui, selon les cas peuvent être des concepts ou des phénomènes. Elle est donc une proposition provisoire, une présomption qui demande à être vérifiée »⁷ Pour notre étude les hypothèses sont d'ordres sociales et économiques.

➤ Sociales

L'arrivée d'un enfant qui n'est pas comme les autres est un problème à qui les couples vont se confronter. On estime que cela causerait des répercussions au niveau de la vie du couple tel que le divorce ou l'existence d'une nouvelle tension montent dans la famille.

➤ Economique

Sur le plan économique, on estime que cela pourrait entraîner une surcharge pour la famille. De plus, cela pourrait avoir un impact négatif sur le revenu de la famille.

2.4 Objectifs spécifiques

Avant toutes choses, imposer des objectifs serait en harmonie avec le thème étudié et non seulement dans un principal but d'en déduire des solutions

- Réduire le nombre d'enfants victimes de pied bot
- Augmenter le nombre d'enfants nés avec un pied bot qui peuvent marcher et courir sans handicap
- Offrir à tous les enfants nés avec un pied bot un traitement efficace et de grande qualité.

⁷ Selon QUIVY et CAMPENHOUDT in *Méthodologie des sciences sociales*,

CHAPITRE III : METHODOLOGIE DE RECHERCHE

Tout travail scientifique suit une méthodologie précise afin de montrer comment le chercheur a pu atteindre ses objectifs généraux qui lui ont été assignés. C'est pour cette raison que dans le but de vérifier l'hypothèse et atteindre nos objectifs, nous nous sommes servis des techniques et méthodes diverses, présentées ci-après

3.1 Outils

3.1.1 Questionnaires

Le questionnaire comme étant un « *moyen de communication entre l'enquêteur et l'enquêté, IL comporte une séries de question concernant les problèmes sur lesquelles on attend des informations de l'enquêté* ». ⁸

Le questionnaire est adressé aux parents des enfants porteurs de malformations pour pouvoir connaître la vraie réalité qui leur arrivent. Et leurs connaissances concernant cette malformation. On a aussi adressé des questionnaires auprès des responsables afin qu'on puisse avoir une énorme connaissance sur le thème à étudier.

3.2 Techniques

Selon CHEVALIER, les techniques de recherche sont « *les outils de la recherche impliquant des procédés de collecte des données adaptés à la fois à l'objet d'investigation, à la méthode d'analyse adaptée et surtout au point de vue qui guide la recherche* ». Pour faciliter l'étude concernant notre thème, mais aussi dans le souci de collecter les informations pertinentes et suffisantes, différentes méthode ainsi que technique ont été utilisées comme : La documentation ; l'observation ; la technique d'interview ; la technique de questionnaire ; et enfin la technique d'échantillonnage.

3.2.1 La Documentation

La technique documentaire renvoie à « *toute source de renseignement déjà existante à laquelle le chercheur peut avoir accès. Ces documents peuvent donc être des sonores (disques), visuels (dessins), audiovisuels (films), écrits* ». ⁹

⁸ GRAWITZ in, *Méthodologie des sciences sociales*, 4eme édition, Paris, 1996

⁹ Selon N'da, in *Méthodologie de la recherche de la problématique a la discussion des résultats*, Edition Universitaire de Cote d'Ivoire, Abidjan, 2002

Pour notre part on a utilisé la documentation écrit que l'hôpital a fournie, on a aussi recours à des documentations via téléphone (pour les enfants souffrants de PBVEC).

3.2.2 L'observation

« *L'observation directe est celle ou le chercheur procède directement lui-même au recueil des informations sans s'adresser aux sujets concernés. Elle fait directement appel à son sens d'observation, les sujets observés n'interviennent pas dans la production de l'information recherchée. Celle-ci est manifeste et prélevée directement sur eux par l'observateur* ». ¹⁰

Cette méthode nous a aidée a porté une attention particulière sur la situation dans laquelle vivent les parents ainsi que les problèmes rencontrés par ce dernier mais en dépit de cela cette méthode nous a aussi aidée à mieux comprendre la façon dont souffrent l'enfant porteurs de cette malformation.

3.2.4 Echantillonnage

Lors d'une étude scientifique, il n'est pas possible d'interroger tout le monde, dans ce cas on doit procéder à « *L'échantillonnage est une part importante des statistiques, Il nous permet de comprendre ce qui se passe dans une population sans avoir interrogé chacun des individus, Le principe étant qu'une cuillère suffit pour goûter à toute la soupe* » ¹¹. Pour tout dire ceci nous permet de choisir un groupe de personnes représentants les autres.

3.2.5 Interview

« *La technique d'interview est une technique de recherche qui consiste à faire recours à des entretiens au cours desquels le chercheur interroge des personnes qui lui fournissent des informations relative au sujet de sa recherche* »

¹⁰ Selon QUIVY,R, in *Manuel de recherche en sciences sociales*, nouvelle édition, Dunod, Paris,1995

¹¹ Selon JAVEAU, C, in *L'enquête par questionnaire : Manuel à l'usage du praticien*, 3eme Ed., Edition de l'Université de Bruxelles, Bruxelles, 1985

PARTIE II

LES IMPACTS DE LA MALFORMATION D'UN ENFANT SUR LA VIE FAMILIALE

Après la première partie nous allons entamer la deuxième partie de notre étude qui est subdivisée en deux chapitres :

D'une part, les résultats d'enquêtes recueillis durant le séjour au CHRD et d'autre part, les impacts socio-économiques et familiales de la malformation d'un enfant.

CHAPITRE IV: RESULTATS D'ENQUETE

Tous les muscles et toutes les articulations jouent un rôle dans le fonctionnement du pied. La moindre malformation a donc souvent des répercussions gênantes sur le reste de la vie et ces malformations sont nombreuses ; Parmi elles, le Pied bot, qui selon le dernier chiffre du Ministère de la Santé Publique affecte le nouveau-né. Aujourd'hui, 700 cas ont été déjà enregistrés cette année et ce chiffre ne cesse de s'augmenter du jour au lendemain.

Ce chapitre comprend deux sections : d'abord, l'identification de l'enfant et ensuite l'identification des parents.

4.1 Identification de l'enfant

Cette section comprend en premier lieu la présentation épidémiologie de l'enfant et par la suite la présentation étiologique de l'enfant.

4.1.1 Présentation épidémiologie de l'enfant

Il s'agit d'une étude descriptive à collecte prospective conduite sur une période de 3 mois allant de Juin 2018 jusqu'en Aout 2018. La population d'étude est composée de 25 enfants porteurs de pied bot varus équin congénitales traités au Centre Hospitalier de Référence de District par la méthode de Ponseti¹² reçus en consultation au service de rééducation fonctionnelle. Les critères d'inclusions des patients sont tous basés sur le traitement de leur dossier c'est-à-dire les renseignements concernant ces enfants.

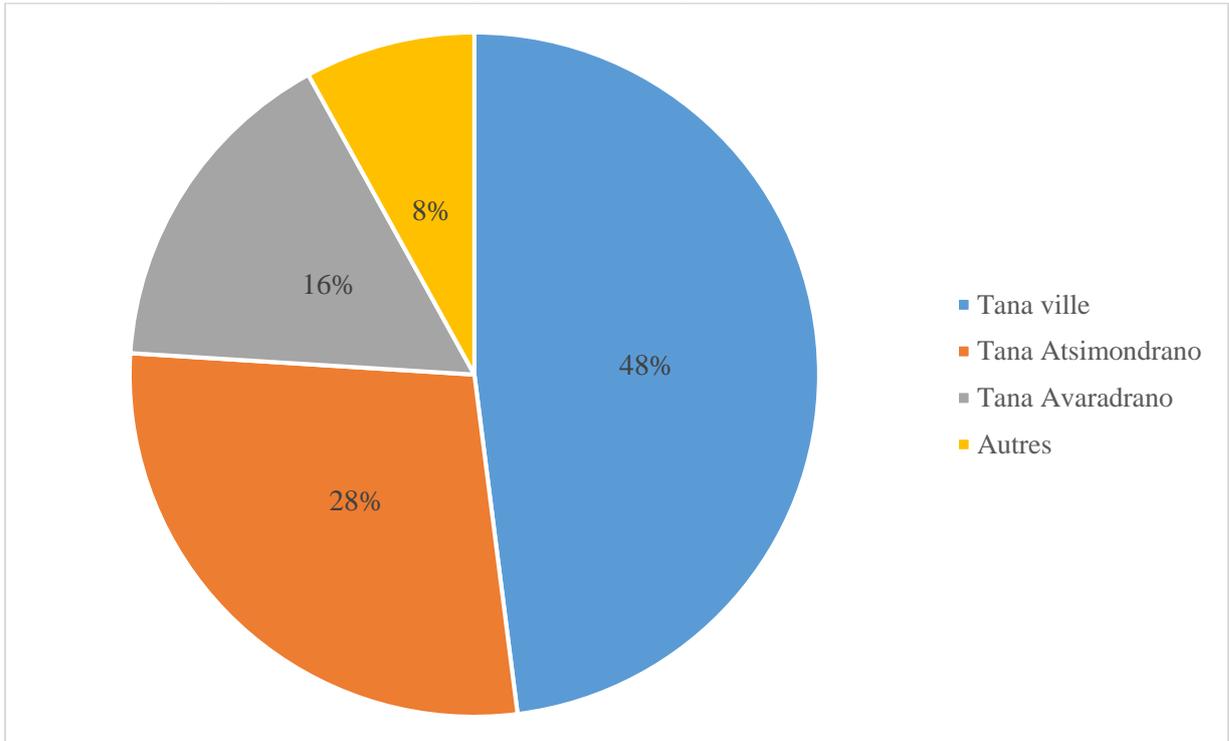
Pour faciliter l'analyse de cette étude et pour en tirer d'énormes discussions, il s'avère donc de présenter le sujet enquêter et la population cible. On va essayer de présenter les origines géographiques de ces enfants, leur sexe, et leurs âges,

¹² Né le 3 juin 1914 et mourut le 18 octobre 2009, médecin et chirurgien spécialisé en orthopédie.

❖ Origine Géographique

Notant que tous ces enfants ne viennent pas de la même région ou de la même commune. En fait ces enfants viennent de toute la région de Madagascar dans un simple but : « être comme les autres ».

Graphe n°1 : Répartition selon l'origine Géographique des enfants et celui des parents



Source : Enquête personnelle, Août 2018

Commentaire

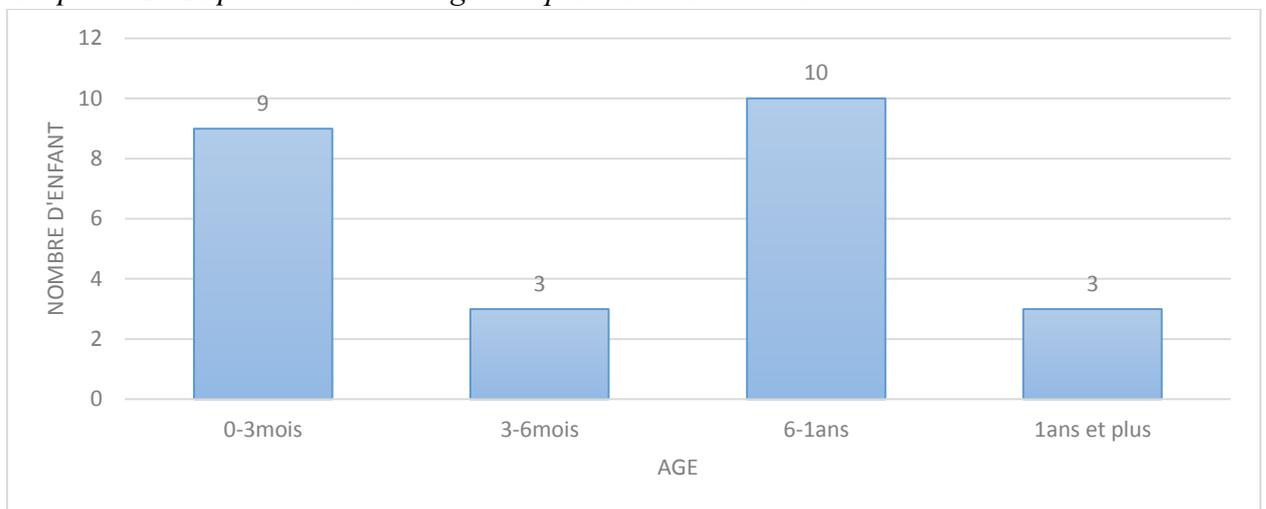
Historiquement le CHRD Itaosy se situe dans le district d'Atsimondrano, plus précisément loin de la capitale. Même si l'hôpital est loin, les patients arrivent quand même et sur ce graphe la majorité des patients viennent de Tana Ville (48%) comme Ivato, Ambohimanarina, Anjanahary, Antanimena. Mais cela n'empêche pas les patients des autres régions et district. On a pu constater durant le dépouillement des dossiers de ces patients que certaines patients viennent de loin tel qu'Atsimondrano, et d'Avaradrano et même plus loin, On a même rencontrés des patients qui viennent des provinces Mais le plus étonnant on a aussi relevé que à part des malgaches, des Etrangers comme les comoriens aussi viennent ici pour traiter leurs enfants.

❖ Age

L'âge de nos patients a la première consultation varie entre 12 jours de vie et 5 ans ;
Sur les 25 patients :

- 9 ont été vus entre la naissance et 3 mois,
- 3 ont été vus entre 3 mois et 6 mois,
- 10 ont été vus entre 6 mois et 1 an
- 3 ont été vus après l'âge de 1an

Graphes n°2 : Répartition selon l'âge a la première consultation



Source : Enquête personnelle ; Aout 2018

Commentaires

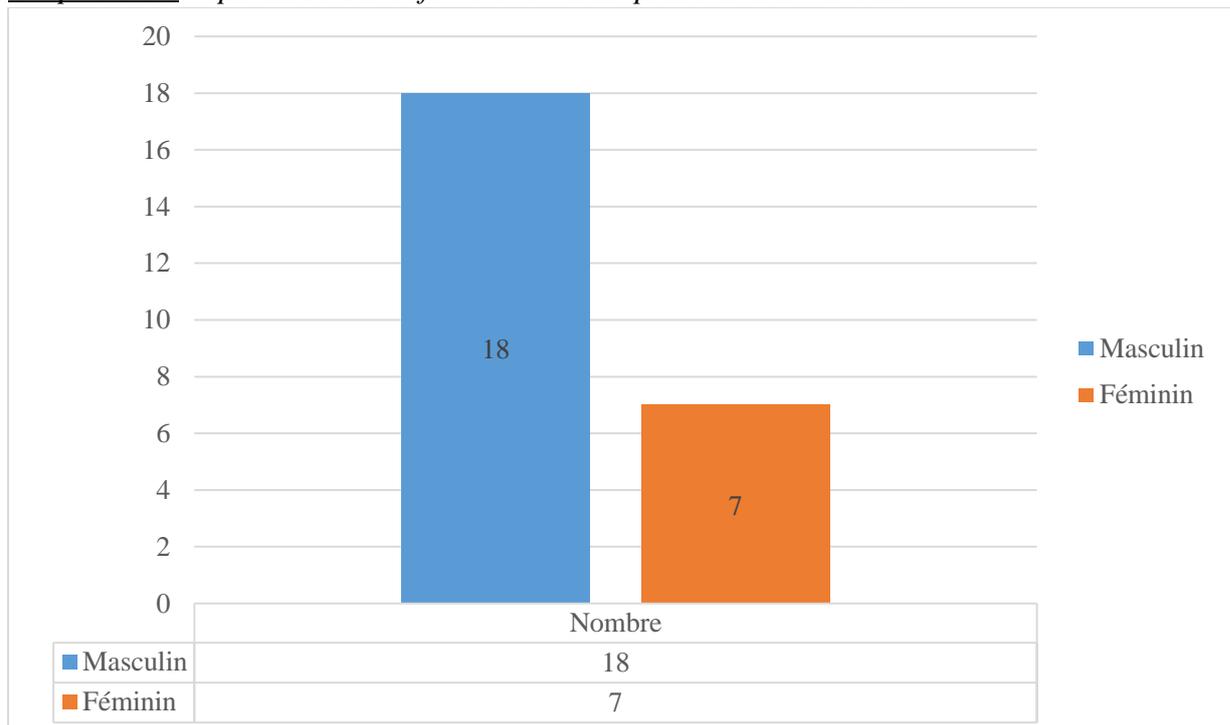
Sur les 25 sujets que nous avons suivis tout au long de notre enquête, la majorité ont été vus entre l'âge de 6 mois et 1an. On a posé la question auprès des parents pourquoi attendre ? Et c'est à ce moment que les parents relatent qu'ils ont tenté de traiter leurs enfants par la méthode traditionnelle. D'autres disent que « *faute de moyen financier, on a attendu un peu* » mot d'un Maman, pour d'autres parents, ils ne savent pas que cette déformation peut être soignée d'où un retard de prise en charge. « *Je croyais que c'est une punition divine, c'est alors que j'ai entendu par quelqu'un que cette maladie peut être guéri* » Mot d'un parent.

❖ Sexe

Le pied bot est une malformation du pied décrite en médecine depuis Hippocrate. Il s'agit aujourd'hui de la déformation orthopédique la plus fréquente. Au niveau Mondiale elle touche environ un nouveau-né sur 1000. La majorité des cas frappe les garçons

Concernant notre étude le graphe suivant nous montre la répartition des enfants atteints d pied bot selon le sexe.

Graphe n°3 : Répartition des enfants atteints du pied bot selon le sexe



Source : *Enquête personnelle, Août 2018*

Commentaires

Sur nos 25 populations enquêtées, on a dû recourir à une prédominance au niveau du sexe masculin car la majorité des patients venus à l'hôpital sont en fait des garçons avec un sex-ratio de 72% contre seulement, 28% pour les sexe féminins, une cause qui reste inexpliquée. Pour cela on peut en déduire alors que ce sont les garçons qui sont les plus touchés par cette pathologie, mais en contrepartie cela n'empêche pas les filles d'être victimes de cette maladie.

4.1.2 CLINIQUE

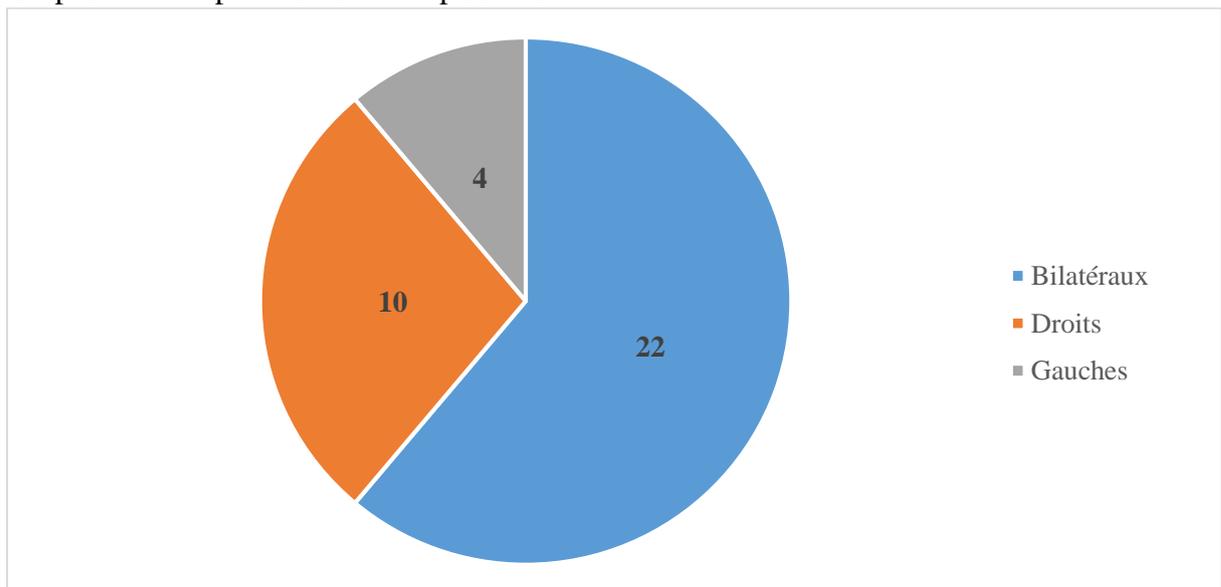
❖ Topographie

Une topographie médicale est une pratique médicale très répandue au XIX^e siècle, dans un simple but d'examiner les causes qui peuvent avoir des influences sur la santé d'un individu. En se référant à notre étude, le nombre total des enfants est de 36 cas de PBVEC dont :

- 22 PBVEC bilatéraux
- 4 PBVEC Gauche
- 10 PBVEC Droite

Le graphe ci-dessous nous montre plus clairement la répartition topographique de ce cas.

Graphe n°4 : Répartition selon le pied atteint



Source : Enquête personnelle, Août 2018

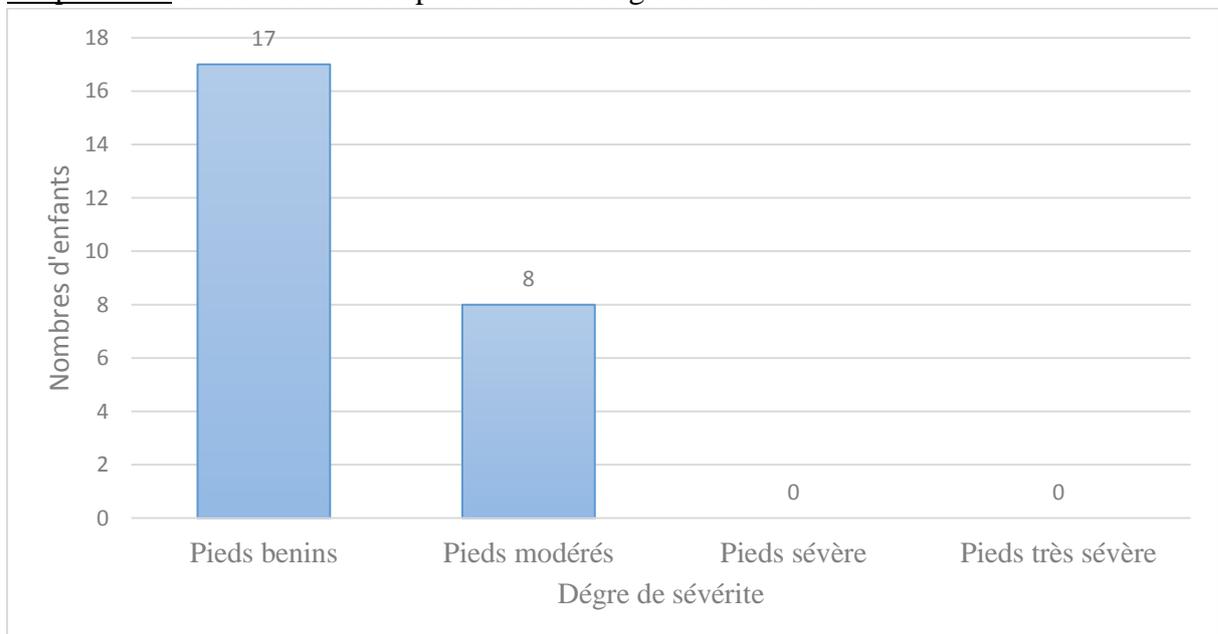
Commentaire

Le pied bot est une malformation congénitale qui touche les nouveaux nés. À la naissance elle est constatée par la sagefemme ou les personnes responsables de l'accouchement. Au moment de cette annonce, elle peut être bilatéraux c'est-à-dire les deux pieds sont affectés, mais elles peuvent être droits ou gauches. Pour notre étude, la majorité des enfants sont atteints de PBVEC bilatéraux. Pour le pied droit il y a une fréquence un peu dominante. ;

❖ Degré de sévérité de PBVEC

Le pied bot peut être diagnostiqué dès l'échographie du cinquième mois. Pendant l'échographie, il faut imaginer que le bébé bouge mais son pied lui, reste fixé dans une position et ne bouge pas du tout. Le traitement du pied bot commence très tôt normalement dès la naissance car à ce stade les nouveaux nés sont encore malléables. En contrepartie si le pied n'est rapidement pris en charge, la déformation va s'aggraver tout au long de sa vie et peut entraîner des contraintes sur les articulations. Sa gravité va aussi modifier ou s'amplifier si elle n'est pas traitée rapidement. Concernant notre population d'étude, le degré de sévérité de ces enfants est mesuré à l'aide de la classification de *piranni*. Cette classification permet de séparer les pieds bots très sévères, les modérés et les bénins.

Graphe n°5 : Classification des pieds selon le degré de sévérité



Source : Enquête personnelle, Août 2018

Commentaires

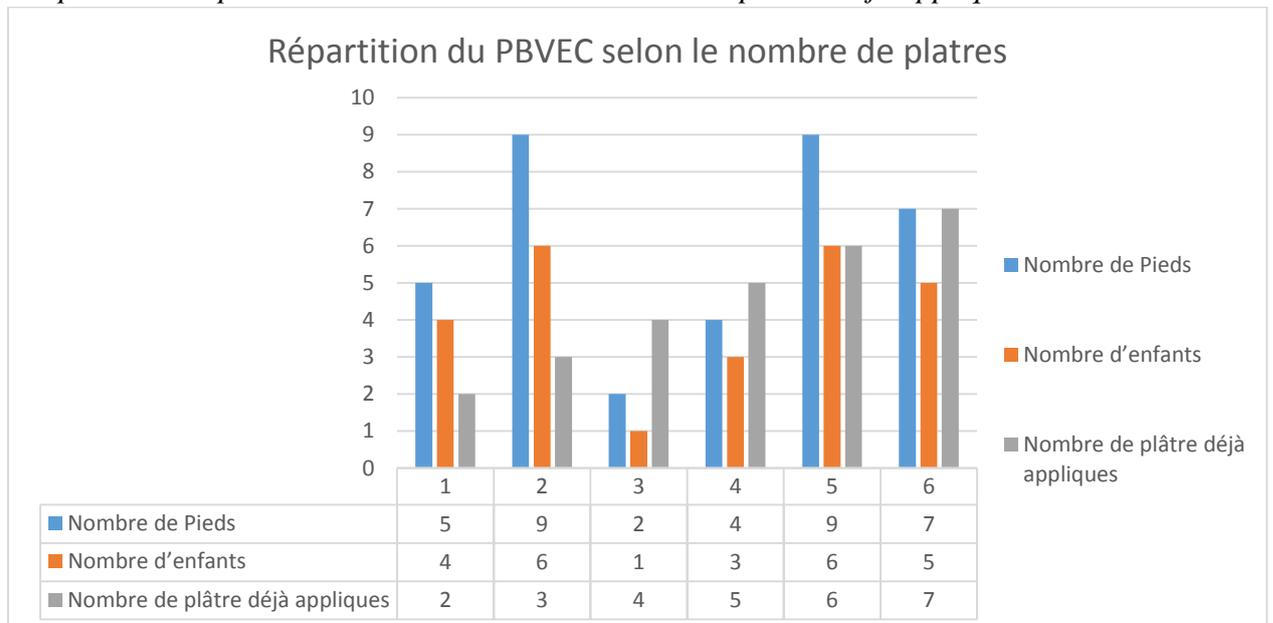
La plupart des pieds traités au service sont des pieds bots dits « *bénins* » c'est-à-dire pas sévère. Une ou deux plâtres suffissent pour que les pieds deviennent normaux, mais il existe aussi quelques pieds qui sont un peu « *modérés* » c'est-à-dire le degré de sévérité est élevé. Pour ces cas on doit utiliser au-delà de deux plâtres voire même cinq plâtres pour redresser le pied.

❖ Le nombre de plâtre utilisé pour chaque pied

La technique de Ponsenti est un traitement correctif du pied bot qui consiste à appliquer une succession de plâtres ou de coques, qui est changés régulièrement pour obtenir un alignement quasi normal des os et des muscles du pied au début pour faciliter, la marche. Autrefois, on n'a pas eu recours au traitement adéquat de pied bot. Dans ce cas, les victimes souffrant de pied bot varus équin portaient de très grosses chaussures. Pour notre série d'étude, le nombre moyen de plâtre utilisé varie en général entre 5 plâtres.

Sur nos 25 sujets, une figure récapitulative permet de bien distinguer le nombre de plâtre utilisé pour chaque pied. Cela varie en fonction du nombre de pieds mais aussi en fonction du nombre de plâtre appliques pour chaque enfant.

Graphes n°6 : Répartition du PBVEC selon le nombre de plâtres déjà appliquées



Source : *Enquête personnelle, Août 2018*

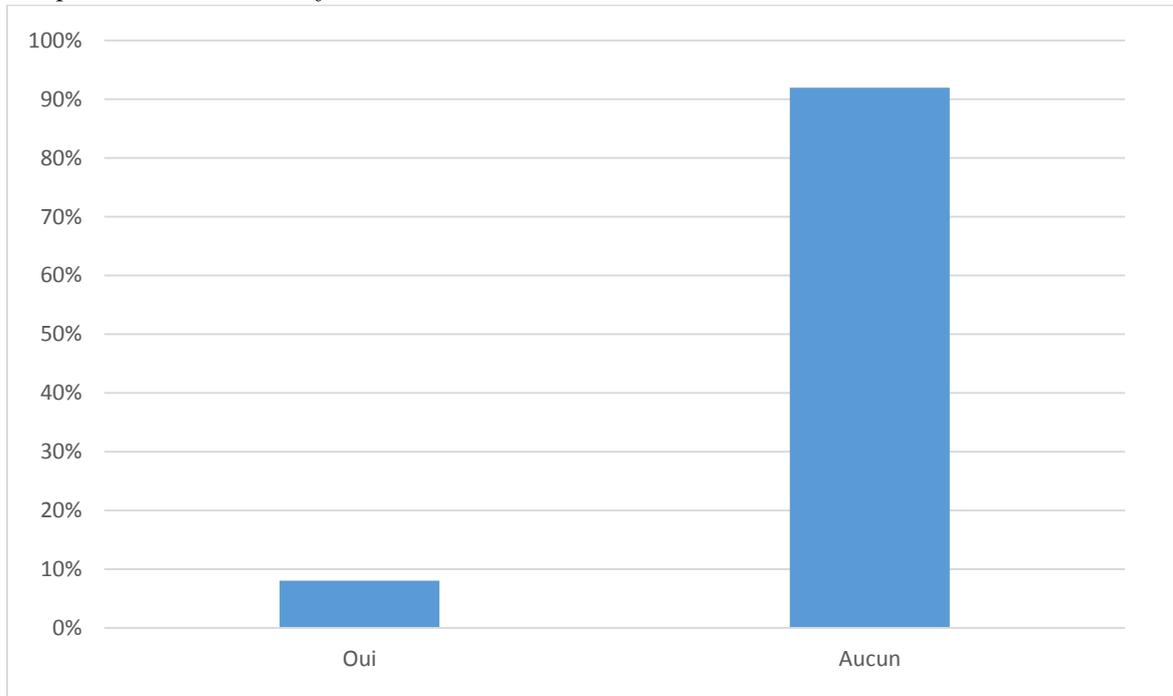
Commentaires

Sur ce graphique, le nombre de plâtre appliqué pour chaque pied varie en fonction de l'âge de l'enfant mais aussi en fonction du nombre de pied atteints. Le pied affecté est bilatéraux (gauches et droites) ou unilatéraux (peut être gauche ou droite). Dans ce cas il varie aussi en fonction de l'âge de l'enfant. Pour les nouveaux nés < 1an, le nombre de plâtre varie entre 2 à 3 plâtres ; quant aux enfants >3ans cela peut aller jusqu'au-delà des 9plâtres.

❖ Autres malformations

Parmi nos 25 sujets, deux d'entre eux présente d'autres malformations. A part le pied bot, l'un d'ordre neurologique qui est porteur d' « hydrocéphalie »¹³, l'autre enfant présente une « bride amniotiques¹⁴ », pour le reste aucune malformation n'est associée.

Graphe n 7: Autres malformations



Source : *Enquête personnelle, Août 2018*

Commentaires

La plupart des cas, le PBVEC est idiopathique c'est-à-dire aucune anomalie n'est associée. Parmi les 25 sujets qu'on a choisis, il existe deux qui présentent une autre anomalie, notamment une autre malformation congénitale. Cependant, cette autre malformation n'a pas eu de problèmes vis-à-vis du traitement de ce dernier a-t-il souligné le médecin « *le fait que l'enfant présente une autre malformation n'empêche pas de le traité convenablement* ». En somme, dans les circonstances ces autres maladies sont curables.

¹³ Celle-ci correspond à une accumulation excessive de liquide céphalo-rachidien

¹⁴ Malformation congénitales complexes des membres

Pour connaître la réalité sur cette étude nous allons présenter les renseignements concernant les parents de ces enfants

4.2 Identification des Parents

Cette section comprend en premier les renseignements concernant les membres de la famille, ensuite leur niveau d'instruction suivit de leur activités journalières et enfin la connaissance sur la sévérité d pied bot.

4.2.1 Renseignements sur les membres de la famille

Le tableau ci-après nous montre plus précisément les aspects essentiels sur les familles enquêtés.

Tableau n°4 : Renseignement sur la famille

N° Parents enquêtée	1- Nom et Prénom	Nombre enfants		• Profession	Situation matrimoniale		
		G	F		D	V	C
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

Source : Enquête personnelle, Aout 2018

Situation matrimoniale

M=Marié (e)

D=Divorcé (e)

V=Veuf (ve)

C=Célibataire

Nous avons enquêté quelque dizaine de parents qui suivent leurs enfants pendant la séance de plâtre. La plupart de ces familles sont des familles à caractère chétif plus précisément dans la catégorie des pauvres, parmi ceux des parents ont a pu relever aussi que la plupart sont des mères divorcés à cause de cette malformation qui touchent leurs enfants d'où une instabilité de leur familles qui finit par une rupture du couple.

4.2.2 Catégorie Socio-professionnelle des Parents

Pendant notre enquête auprès de ces parents, ils nous ont relevé que pour gagner de l'argent ils pratiquaient n'importe quel travail, notamment pour soigner leur enfants. « *Je veux que mon fils devienne comme les autres enfants normaux, c'est la raison pour laquelle je consacre mes forces pour lui* » Mot d'un Papa ; un peu confiant et courageux tout au long de notre interview.

Afin qu'on puisse connaître la réalité, le tableau ci-après nous montre les CSP des parents ayant des enfants handicapés.

Tableau n°5 : CSP des parents ayant des enfants handicapés

Catégorie Socio-professionnelle	CPS +	CSP intermédiaire	CSP-
Nombre des Parents	0	3	22

Source : Enquête personnelle, Août 2018

Commentaire

L'histoire de Madagascar est toujours marquée par des crises politiques régulières qui entraînent des changements de dirigeants et empêchant tout développement continu d'un pays au potentiel pourtant conséquent. Plus de 77% des populations vivent en dessous du seuil national de pauvreté¹⁵ entraînant une pénurie de travail. Actuellement chercher de travail est si difficile vu la crise qui a frappé le pays depuis 2009. Et dans ce tableau on a pu constater que plus de 90% des parents qui soignent leurs enfants au CHRD se trouvent dans la catégorie socio-professionnelle négative qui regroupe les travaux comme maçons, Laveuse de linge, marchand, Eleveur et Agriculteurs. Par ailleurs, durant notre entretien auprès de ces parents la majorité affirme qu'elle est femme de ménage comme profession mot d'une mère d'enfants, Pour les pères ils exercent comme métier Maçon et chauffeur, d'autres sont cultivateurs et éleveurs.

¹⁵ Enquête réalisée par la Banque Mondiale auprès des Ménages en 2012,

4.2.3 Niveau d'instruction des adultes et fréquentations scolaires

Le tableau ci-dessus, nous montre le niveau d'instruction des adultes c'est-à-dire celui des parents des enfants ayants de pied bot.

Tableau n°6 :_Niveau d'instruction des parents

N° famille personne		Ana	Pri	Se 1	Se 2	Sup
1-Renseignement :						
Père de famille (1).....						
Mère de famille (1).....						
2-Père de famille (2).....						
Mère de famille (2).....						
3-Père de famille (3).....						

Source : *Enquête personnelle ; Août 2018*

Commentaire

Nous pouvons déduire alors que d'après ce tableau la plupart des pères et des mères des familles qui viennent à l'hôpital sont en difficultés. La plupart sont des analphabètes. Nous pouvons dire aussi qu'il y a bon nombres de parents de famille quittent l'école au classe secondaire 1 et secondaire deux 2. On ne peut pas nier aussi que certains parents quittent l'école lorsqu'ils étaient à la classe primaire. D'après toujours ce résultat d'enquête, aucun parents fréquentent l'université ou bien aucuns (niveau) parents atteignait le niveau supérieur

Bien sûr bon nombres de parent ne savent même pas lire et écrire.

N.B

Ana : Analphabète

Pri : primaire

Se₁ : secondaire 1

Se₂ : secondaire 2

Sup : Niveau supérieur

4.2.4 Salaire

Tableau n°7 :_Revenu de la famille

Parent enquêté	Revenu journalier/ Mensuelle de chaque famille	
	Journalier	Mensuelle
N°1 : Père de famille	✓	
N 2: Mère de famille	✓	
N°3 : Père de famille		✓
N°4 : Mère de famille	✓	
N°5 : Mère de famille	✓	
N°6 : Mère de famille	✓	
N°7 : Mère de famille		✓
N°8 : Père de famille		
N°9 : Mère de famille	✓	
N°10 : Mère de famille	✓	
N°11 : Père de famille	✓	
N°12 : Mère de famille	✓	
N°13 : Père de famille	✓	
Autres.....	✓	

Source : *Enquête personnelle, Août 2018*

Commentaire

Il est difficile d'avoir le montant précis du salaire de telle personne classée dans la population active ou non. Mais malgré cela, nous constatons d'après les résultats d'enquêtes affichées dans le tableau ci-dessus que la plupart des parents touchent des salaires au jour le jour. Cela veut dire qu'ils ont besoins au moins quelques somme d'argents au titre d'avance ou ses salaires totales pour subvenir ses besoins quotidiennement.

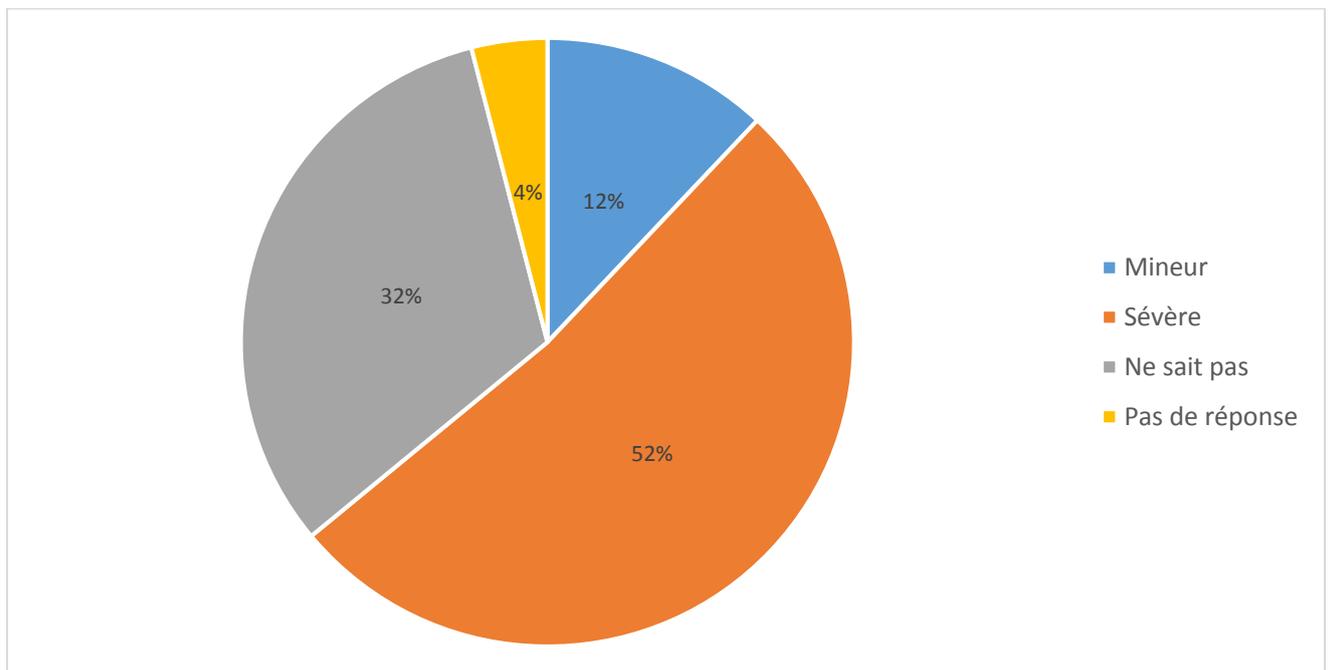
4.2.5 Taille de famille

Ce sont des familles à la fois des nucléaires et des familles étendues. Cela veut dire que ce sont des grandes familles. Nous avons enquêté plus de dizaine de parents des d'enfants souffrant de PBVEC. Et d'après notre enquête en moyenne un père et une mère de famille ont 3 à 5 enfants.

4.2.6 Connaissances et renseignements médicales concernant la pathologie

Nous avons déjà constaté vu auparavant que la plupart des pères et des mères des familles ayant des enfants PBVEC ne sont pas du tout bien instruits compte tenu de notre enquête la plupart d'eux quittent l'école très tôt. Pour d'autres ils ont atteints le niveau secondaire. Face à cela on avait questionné les parents sur la connaissance concernant cette pathologie, et le graphe ci-dessus nous montre le résultat de notre questionnement

Graphe n° 8 : Connaissances concernant la sévérité du pied bot



Source : Enquête personnelle ; Août 2018

Commentaires

Sur ce graphe ci-dessus on a remarqué durant notre interview auprès des parents que avoir des enfants victimes de Pied bot est considéré comme eux « une chose » très sévère soit 52% de proportions, pour ces parents c'est comme une maladie très grave voire même incurable, Une Maman affirmait que « *c'est probablement une punition divine, peut être le mal nous a frappé* ». Pour d'autres parents, le manque d'instruction leurs conduits à l'ignorance de cette pathologie car ils expliquaient, qu'ils ne savent pas tels ou tels le pied est dite sévère. Et enfin pour d'autre parent enquêter ils ont déjà souligné que « *des antécédent de pied avait été déjà constaté dans la famille, cette pathologie est commune en nous* » pour ces parents c'est comme un genre de chose qui arrive pas du tout grave.

CHAPITRE V : LES IMPACTS SOCIO-ECONOMIQUE ; PSYCHOLOGIQUE ET FAMILIALE DU HANDICAP CHEZ L'ENFANT

Depuis la crise de 2009, la vie des malgaches ont bousculées et prend une nouvelle tournure, en fait c'est à ce moment-là que le pays s'est engouffré dans une crise qui depuis aujourd'hui reste un fléau de tous un peuple, la cicatrice est présente dans la vie quotidienne des malgaches .car presque 77% de la population vivent avec un seuil de pauvreté et un chômage très élevée¹⁶. En dépit à cela les besoins journalières des malgaches sont limités, sur le plan sanitaire les parents se plaignent des que leurs enfants sont malade, mais le pire des qu'ils sont hospitalisé. Pour notre cas, les impacts ressentis par les parents ayant cette pathologie est très visible et touche sur le plan socioéconomique, psychologique et voire même au niveau de la famille.

5.1 Impact socio-économique

Dans cette section on va entamer sur quel point l'arrivée d'un handicap d'un enfant aurait-il d'énormes répercussions

➤ Au niveau financier

Dès qu'on parle de financier on parle souvent de l'argent. Et pour pouvoir profiter pleinement d'une prise en charge de bonne qualité, les parents doivent dépensés chaque semaine entre 10.000 Ar à 20.000 Ar pour les plâtres et 15.000 Ar a 30.000 Ar pour les chaussures orthopédiques sans compter les frais de déplacement. Un problème à qui les parents doivent faire face. Au début de notre enquête on a pu trouver que la majorité des parents sont à faibles revenus économiques, pour certains un revenu journalière. Lors de notre interview, un Papa à relever que « *On n'a pas beaucoup d'argent en main pour traiter cette maladie pourtant je veux que mon fils soit comme les autres* ». Il poursuivait même en affirmant que « *je suis maçon , ma femme elle , elle travaille comme lessiveuse, on a entendue à la radio que là-bas à Itaosy, le prise en charge des enfants victimes de pied bot est « gratuit » , on était heureux , on ne se posait même pas le question tout de suite on a décidé d'emmener nos petit fils ; pour nous c'est une opportunité qui se présente devant nous qu'il faut saisir car on n'a pas les moyens comme les riches* » affirmait -il.

¹⁶ Enquête réalisée par L' INSTAT, EPM 2012

➤ Au niveau de déplacement

On a vu au-dessus que le problème au niveau financier reste une grande place et un véritable blocage pour le traitement de cette pathologie. Mais à part de cette problème au niveau financière, les parents révèlent durant l'interview qu'on fait que au niveau du déplacement il a aussi un problème. L'origine géographique de ces patients tout au long de résultat de l'enquête révèle qu'ils ne proviennent pas de la périphérie de l'hôpital, c'est-à-dire a une bonne dizaine de km aux alentours de l'Hôpital. (48%) viennent de Tana Ville par exemple Ivato, Antaninarenina a part de cela certains patient aussi viennent des provinces. Mais ce qui nous intéressent le plus c'est le problème au niveau de déplacement, a vraie dire la dépense que consomme les parents par semaine pour y arriver à l'hôpital.

Une fois par semaine, des dizaines de parents amènent leurs enfants au CHRD notamment au service de rééducation fonctionnelle, la plupart d'entre eux viennent pour la mise en place des plâtres. Pour d'autres, la dépose d'une attelle. En somme, ils viennent tous pour le même traitement, le PBVEC. Ces parents sont cosmopolites, ils viennent de n'importe où de n'importe FKT, Commune, de Région, de District, un simple but d'emmener leurs enfants pour être soigner. « *On était déjà arrivé ici vers 5h du matin, pour aligner notre carnet* » affirmait une mère de famille venant d'Imertsiatosika, elle défendait même son idée que « *la raison pour laquelle on est venu ici si tôt c'est que on habite si loin, mais aussi on aimerait être reçus si tôt* ». Cette mère de famille et son fils accompagné de sa cousine viennent d'Imeritsiatosika (à peu près 25 Km de Tana), chaque semaine cette petite famille dépense des heures de marche pour y arriver à l'hôpital. Elle relate « *que pour y arriver ici chaque semaine ; nous prenons le taxi brousse, ensuite, il faut prendre deux fois le bus pour y arriver ici, en somme on dépense dans les 2h de temps voire même plus pour y arriver,* » à part la dépense de temps on a aussi recours à une problème au niveau du frais de déplacement car en fait on dépensait en générale dans les 10000 Ar pour frais de déplacement tous simplement, la mère de famille ne cesse de répéter pendant qu'elle relate que « *je travaille comme lessiveuse,* ». Le même problème est rencontrée chez presque toutes les parents qu'on avait enquêtés, le problème de déplacement est l'une des blocages liées à la prise en charge de cette pathologie.

5.2 Impact psychologiques

➤ Isolement

L'isolement fait partie des impacts causé par cette malformation. En fait, l'enfant ne ressent pas le bonheur comme les autres en voyant ces amis courir, jouer et marcher correctement, l'enfant a du mal à digérer cela donc il se décide de s'isoler à l'égard de ces alentours. Dans leurs petites sociétés un petit garçon âgée de 6ans est victime de ce phénomène d'isolement, il raconte que « *je n'ai pas d'ami, je suis devenu solitaire dès que mes amis an constater que mon pied est anormaux* » face à cela je joue souvent seul car personne ne veut pas jouer avec moi « *un jour, lui racontait, mes camarade ont eu peur de mes pieds* ». Suite à cette histoire on peut analyser que les enfants victimes de cette pathologie subissent un véritable enjeu vis-à-vis de leur avenir.

Dès qu'on parle de psychologie, ça revient toujours en tête au niveau de la pensée, en général, quand quelqu'un est incapable de faire quelque chose, il est parfois que cette personne subissent souvent à des violences de la part de l'autrui. Parmi cela, l'enfant ayant des pieds bots. Lors des entretiens entamer auprès des enfants, la plupart nous a révéler qu'ils subissent le pire des pires venant de la société A titre d'exemple, un témoignage fait par une jeune fille qui disait que « *si on allait à l'école les camarades nous moquent, si on allait à une réunion de famille les cousins ainsi que les cousines nous éloignent. Ils estiment qu'on ne fait pas à partie de la famille* » a vraie dire on subit a un phénomène de rejet. Parmi cela,

➤ L'ostracisme

Celle-ci est l'une des formes d'exclusions délibérée d'un individu d'une relation sociale, cela inclut le rejet interpersonnel et le rejet sentimental, l'enfant est rejeter à cause de sa pathologie qui se manifeste selon notre enquêté auprès de ces enfants par des harcèlements, intimidations, par des activités physiques et/ou morales blessantes en somme par des violences morales. Selon même ces enfants, elles peuvent venir de n'importe qui que ce soit de la famille ou venant des proches comme les amis et les collègues. Ils ont révéle qu'à l'école etc... Pour tout dire on note que les enfants victimes de pied connaissent des problèmes majeurs sur leur avenir.

5.3 Impact Familiale

On est étonné par la réponse à qui les parents nous a révélé lors de notre enquête. Pour les 25 sujet que nous avons enquêté ils ont tous révéler que depuis que leurs enfants sont considérés comme « anormaux » ils ont ressentis un véritable impact, la tension monte dans la famille, aboutissant à une divorce pour certains couples, pour d'autres une forme de discrimination venant de la famille.

Une mère de famille nous a raconté que depuis que X est né est que la sagefemme leurs annonçait la mauvaise nouvelle, une nouvelle tensions se montent dans la petite famille, *« désespérer par ce nouvelle, mon mari ma abandonner , depuis ce temps-là on a divorcer : suite à cette éventuelle nouvelles, notre vie a changé »*, raconte-t-elle, mais a part de ce divorce qui m'a bouleverser ; la famille nous a laisser, car presque abandonner, pour eux l'arrivée de cette pathologie dans la famille est connue comme une sorte de malédiction. Depuis ce temps c'est moi seul qui a élever et soigner mon enfants, *« je travaille comme femme de ménage, et pour combler nos besoins ma sœurs parfois m'aident dans la vie »*. Pour d'autres familles c'est à dire autres couples l'avenue d'un nouveau problème telle que le pied bot engendre a une perte de revenu de l'autres c'est à dire, si au début les deux couples travaillent pour combler les besoins de leurs petites famille, aujourd'hui ils devront décider de cesser leurs activités pour pouvoir traitre et de surveiller leurs enfants.

On a constaté durant notre séjour au service que la majorité des parents qui accompagnent leurs enfants pendant la séance sont en majorité la mère, mais il y avait aussi des papas mais peu de cas. Face à cela, on avait interviewer ces mères de famille, elles relatent que *« on fait le tour de rôle pour emmener nos fils, parfois c'est moi qui cherche de l'argent et vice versa »*, car il ne faut pas cacher lui affirmait -elle que depuis que notre fils est devenu bot on a ressenti un surcout au niveau de l'argent, c'est l'un des problèmes que nous faisons face tous les jours et souvent un problème qui a un lien au traitement ,car parfois on n'arrive pas à trouver de l'argent.

Pour d'autres parents enquêtes comme le cas de Y, c'est son oncle qui a pris en charge l'enfant *« je ne supporte pas que le fils de mon frère reste dans cet état, j'envisage les impacts à long terme, donc je prends en main son traitement »*. Il affirmait que les parents de Y est une famille à faible revenu. Pour eux traiter cette pathologie sera un énorme fardeau donc c'est à moi de mener la prise en charger même si c'est n'est pas mon fils quand même il fait partie de notre famille, il faut l'aider.

➤ La difficulté d'accès à l'école

Une fois que le pied bot est maltraité c'est-à-dire en absence de traitement ou parfois retard de traitement, l'enfant est confrontés à des problèmes plutôt visible qui laissent des cicatrices sr le reste de son avenir. On analyser cet impact est on a constaté que durant l'interview établie auprès des enfants ayant l'âge au-delà 3ans et plus. Ils représentent des difficultés face à l'accès à l'école. Ils ont révélé tous que « *On a du mal à travailler en classe car les amis nous éloignent vue notre situation qui est différent, pour nos amis on n'est pas exposer à travailler avec eux car on est bizarre* » Pendant l'entretien qu'on avait entamé auprès de ces enfants, ils nous relatent même que « *tant que ce pied n'est pas traité, l'accès à l'école est si difficile. On n'est pas concentrer à l'école car cette pathologie nous gêne trop sur toutes les activités qu'on aimerait faire ?* ».

➤ Analphabétisation

Si l'enfant n'arrive pas à aller à l'école, vis-à-vis de cette déformation, les effets néfastes sont très visibles sur la vie de l'enfant. Contrairement ils ont un retard vis-à-vis de ses amis en matière d'éducation qui aboutira à une analphabétisation si en contrepartie cette pathologie n'est pas traitée dans le temps. Cette cicatrice est constatée sur les enfants traitées au service. Ils sont au total cinq enfants : dont trois garçons et deux jeunes fille âgée aux alentours de 3 et 7 ans. Pendant l'enquête l'un d'entre eux nous a expliqué que « *Avant, j'allais souvent à l'école avec mes pieds anormaux, qui n'est pas comme les autres, j'ai étudié comme les autres enfants, mais j'ai dû arrêter brusquement de travailler car la bas à l'école mes amis me détestent. Pour eux je suis bizarre. Depuis ce temps, j'ai arrêté de fréquenter l'école. Actuellement, j'ai 7ans et je suis encore en classe de 9^èm. Si ça continue c'est-à-dire si je porte encore ce fardeau, peut-être je deviendrais analphabète voire même illettré* » a-t-elle affirmé. A partir de ce témoignage de l'une de notre population cible on peut analyser sur le fait que les enfants sont les premiers victimes de cette pathologie si ce dernier n'est pas traité à temps

Pour mieux comprendre cette analyse, dressons sous forme de tableau l'impact au niveau de l'enfant

Tableau n°8 : Répartition des enfants en fonction de leur âge et de leur classe

Numéro	Sexe	Age	Classe
1	Masculin	7 ans	Néant
2	Féminin	6 ans	8 ^{ème}
3	Féminin	6 ans	9 ^{ème}
4	Masculin	5 ans	Néant
5	Masculin	5 ans	Néant

Source : Enquête, personnelle Août 2018

Commentaire

Dans ce tableau on peut analyser donc que les enfants ayant cette pathologie n'aiment pas aller à l'école. Pour d'autre (n°2 et n°3), ils ont déjà fréquenté l'école mais ont dû arrêter brusquement car ils ont subi d'énorme critique vis-à-vis de leurs pieds. En fait, cette pathologie est un handicap pour toutes personnes si celui-ci n'est pas traitée à temps et convenablement.

TROISIEME PARTIE :
APPROCHE PROSPECTIVE ET SUGGESTIONS

Ce dernier chapitre est subdivisé en deux grands chapitres que nous allons entamer : tout d'abord l'analyse, et discussions des résultats d'enquête suivit d'un bref bilan. Pour terminer nous allons avancer des recommandations pour éradiquer les problèmes.

.CHAPITRE VI : ANALYSE, BILAN ET DISCUSSIONS

Le pied bot fait partie des malformations congénitales survenues durant la grossesse. A l'absence de traitement, cette pathologie devient une «handicap» pour l'enfant et causera des impacts négatifs sur le reste de sa vie. De plus, cela aura des répercussions négatives sur la vie des parents.

Ce chapitre comprend : tout d'abord les analyses des résultats sur le terrain, par la suite une discussion concernant le traitement adéquates et pour terminer une brève discussion.

6.1 Analyse des résultats

6.1.1 Facteurs génétiques

Parmi les causes de cette malformation notamment du PBVEC, certains chercheurs fait appel à la consanguinité qui accroît la prévalence des anomalies congénitales génétiques rares en doublant pratiquement le risque de décès du nouveau-né et de l'enfant de troubles intellectuels et d'autres anomalies congénitales chez les enfants issues des cousins germains. A titre d'exemple, chez certaines communautés ethniques comme les juifs ashkénazes ou les Finlandais, présentent une prévalence relativement élevée de mutations génétiques rares avec un risque accru d'anomalies congénitales. Pour notre étude, on n'a pas eu recours à la consanguinité mais plutôt à un phénomène d'hérédité concernant la pathologie de pied bot. Certains parents interrogées ont répondu que «*_cette maladie et belle et bien présente dans la famille. Avant c'était le grand père qui a été touché, maintenant ce sont au tour des enfants qui sont victimes. Cette pathologie est héréditaire en nous* ».Ce qui est sûr et net c'est que cette pathologie est héréditaire due à certaines anomalies chromosomiques venant de l'un des deux couples.

❖ Carence sur l'état nutritionnel de la mère

La carence en iode, l'excès pondéral et le diabète sucré sont liées à certaines anomalies congénitales. Tout d'abord même si l'ensemble des vitamines et des minéraux contribue au bon fonctionnement du corps humain, on sait maintenant que quatre micronutriments sont prioritaires pour la femme enceinte : acide folique, le fer, le calcium, et la vitamine D. en fait ce nutriment joue un rôle très important dans le développement de l'embryon et du fœtus.

Or, pendant notre interview auprès des parents on a sur l'état nutritionnel des mères durant leurs grossesses. Certaines affirment qu'elle mange un repas monotone (presque des brèdes) « *c'est rare de manger de viandes ou de poisson car le moyen financier pour contribuer à cela n'est pas assez* ». Pour d'autres « *on mange parfois des aliments réguliers plus précisément à chaque fin de semaine car c'est à ce moment qu'on a un peu d'argent* »

Il faut noter que la prise quotidienne d'un supplément prénatal de vitamines et de minéraux est vivement conseillée aux femmes enceintes. Parfois, l'alimentation ne fournit pas suffisamment de certains éléments nutritifs dont le rôle est crucial durant la grossesse, la multivitamine aide à combler les manques qui pourraient se produire au cours du 9^{ème} mois de grossesse. Parmi les problèmes qui peuvent être à l'origine de la malformation. On a constatés : le manque d'acide folique ou la vitamine B9 ; mais aussi le manque de fer ; le manque de Calcium et de vitamine D.

❖ Le manque d'acide folique ou la vitamine B9

Cette vitamine est très importante, surtout en début de grossesse. De nos jours, les médecins recommandent même aux femmes de prendre ces multivitamines. Une carence en cette vitamine engendre un retard de croissance, une malformation congénitale du tube neural (spina-bifida). Eh bien oui, on a constaté cette anomalies durant notre enquête à l'hôpital En moyenne une femme enceint doit manger entre 0,4 mg à 1 mg de cette vitamine. Cette vitamine est constater chez

- Les légumes vert foncé tels que (laitue, choux, brocolis, épinards.....)
- Les légumineuses (Haricots rouges, haricots soya, lentilles.....)
- Les farines enrichies et les pâtes alimentaires
- Les fruits orangés (oranges et jus d'orange, mandarine.....)

❖ Le manque de Fer

Le fer se retrouve dans les globules rouges du sang. Il permet notamment aux globules rouges de capter l'oxygène dans les poumons et de le transporter dans tous le corp. Les femmes enceintes ont besoins de plus de fer car leur volume de sang augmente. Une carence en fer peut causer l'anémie, peuvent aussi provoquer la fatigue et l'essoufflement plus rapide à l'effort.

On retrouve cette multivitamines chez

- Les viandes rouges (bœuf, veau, agneau, gibier....)
- La volaille (poulet, dinde...)
- Les poissons et les fruits de mer

A part de cela les aliments d'origine végétale aussi contiennent des fers mais en petite quantité.

❖ Le manque de Calcium

Le fœtus a besoin du calcium pour fabriquer son squelette. Ce dernier sert à construire les os et les dents. Si l'alimentation de la femme enceinte n'est pas suffisamment riche en calcium, le futur bébé risque une malformation est la plus constater le pied bot car les os ne se forment pas correctement

Face à cela, la mère doit manger en quantité des produits laitiers tels que (laits, yogourt, fromages.....) ou buvez chaque jour 2 tasses de lait ou d'une boisson de soya enrichie, manger aussi des légumes verts. Pour que la constitution de l'os est correctement.

❖ Carence en vitamine D

La vitamine D agit en tandem avec le calcium. Elle permet d'assimiler le calcium et de le fixer sur les os. Elle participe aussi à la croissance des cellules et au fonctionnement du système immunitaire. Des taux de vitamine D adéquates durant la grossesse procure des bienfaits sur la femme enceinte et son enfant, dans ce cas la mère doivent en manger plusieurs aliments riches en vitamines D tels que le lait de vache (0% à 3,25% MG) certaines boissons de yogourts, le saumon et enfin les œufs.

Sur cette petite section, on a pu déduire que les parents qui ont des enfants pieds bot n'ont pas pu manger convenablement tous ce nutriment car on avait souligné au départ que leur revenu journalier est très limité mais aussi les connaissances en matière de santé sont en manque. Or le pays en dispose de tous ces élément les problèmes c'est que la population y vivent ne savent pas saisir l'opportunité.

6.1.2 Facteurs Environnementaux

Il est encore mal connue et mal compris mais ils existent. Ils peuvent faire intervenir des produits à faible dose (polluants organométalliques comme l'on a constaté lors de la catastrophe de minamata au Japon qui entraînait des malformations génitales parfois graves). Il est également probable que des synergies entre différents produits chimiques soient également parfois en cause. Les causes précises sont parfois difficile à identifier

Par exemple, une étude américaine, réalisée en 2000 a montré que le risque des enfants présentant des malformations congénitales des membres inférieures tels que les pieds bots augmentent significativement quand la mère habitait au moment de la grossesse près d'un champ de maïs (le risque est multiplié par 1,47 par 10ha supplémentaire plantés de maïs dans un rayon de moins de 500m autour de l'habitation). Ces causes d'ordres environnementaux restent inexplicables. Seule des études restent à connaître l'influence de cette pathologie.

6.1.3 Facteurs médicamenteux

L'influence des médicaments sur l'embryogénèse est connue depuis les années 60 comme étant les principales causes de la malformation suite à l'affaire de thalidomide¹⁷ médicament prescrit entraînant une phocomélie¹⁸ chez le fœtus. Durant l'interview qu'on a fait auprès des parents, la plupart ont affirmé qu'ils ont pris une énorme quantité de médicament durant leur grossesse « *Quand j'étais enceinte, j'ai senti que je prends un peu de température, suite à cela j'ai pris une dose de médicament c'est peut-être la raison pour laquelle mon enfant a eu cette malformation* » affirmait une mère de famille.

¹⁷ Médicament tératogène prescrit pour lutter contre le vomissement

¹⁸ Malformation dans laquelle les membres sont réduits à une seule extrémité

6.2 Bilan

Vis-à-vis de ces impacts causés par cette pathologie, un traitement adéquat serait envisageable pour alléger les répercussions que ce soit sur l'avenir de l'enfant mais aussi sur le parent elle-même. Au CHRD, Itaosy, des partenaires y collaborent pour aider et pour subvenir au prise en charge de cette pathologie, parmi cela la fondation TELMA et Miracles feet, les enfants souffrant de PBVEC sont traité par la méthode que l'on appelle « méthode de Ponseti » Tout d'abord avant de donné les bilans concernant l'évolution de cette pathologie, il est nécessaire de donné plus de détails concernant cette méthode.

6.2.1 La méthode de Ponseti c'est quoi ?

Cette méthode est considérée aujourd'hui comme « *le gold standard* » de la prise en charge des pieds bots congénitaux. On rapporte que plus de 78% de bon résultat meilleurs que ceux de la chirurgie en termes de nombre d'interventions, de reprise et de complications. La réussite de ce traitement repose sur quelque base selon Ponseti lui-même :

Sélectionner les patients : pouvant bénéficier du traitement orthopédique, a vraie dire les patients qui ont tout simplement une malformation de pied mais pas d'autre pathologie.

Le pied bot Varus Equin doit être idiopathique : lorsqu'il est typique dans sa présentation en adductus, cavus, varus, équin et que l'enfant présente un examen clinique normal par ailleurs sans autre antécédent identifié.

Le traitement doit être débuté le plus tôt possible : le plutôt possible c'est de traiter cette pathologie le plus tôt, or pour le cas de Madagascar diffèrent blocage font preuve d'une retard de prise en charge Mais néanmoins Ponseti a rapporté que : « il n'y a pas d'âge maximal pour initier une tentative de traitement par cette méthode », Au CHRD Itaosy, Dr Fanekena. Il nous a aussi affirmé que « *des bons résultats ont été observés sur des prises en charge tardives voire même chez les enfants qui avait déjà marché, mais cela dépend de leur parent* ».

6.2.2 Dans quel but cette méthode est-elle efficace ?

Cette méthode de Ponseti a pour but de :

- obtenir un pied plantigrade le plus rapidement possible
- permettre de stabiliser cette correction dans le temps
- rendre le cout du traitement acceptable pour les familles

6.2.3 Quelles sont les méthode et procédures pour ce traitement ?

Selon Ponseti elle est constituée en trois étapes : à débiter par la pose de plâtre hebdomadairement, par la suite, la ténotomie et enfin la phase de consolidation.

➤ **Pose de plâtre**

Cette première étape consiste à corriger la déformation moyen d'un plâtre par semaine pendant cinq semaines en moyenne (cela varie en fonction des états des plâtres certains patients casses leurs plâtres cela peuvent remonter au-delà de cinq plâtres). Elle permet de corriger l'adduction, l'équin, le cavus et le varus. (Voir photo n°1)

➤ **La ténotomie**

Cette étape est destinée à corriger l'équin suivi de trois semaines d'immobilisation afin d'obtenir la cicatrisation tendineuse. Selon Ponsenti : « *la ténotomie du tendon calcanéen est une petite intervention qui se fait sous anesthésie locale en consultation (anesthésiant local^{3/4} d'heure avant* ». Pour nos 25 sujets, la plupart n'était pas soumis à une anesthésie car en fait la majorité des enfants sont à quelque de mois de naissance mais aussi l'os de ces enfants sont encore disant « indolents », (Voir photo n°5).

➤ **La phase d consolidation**

Cette phase de traitement vise à stabiliser la correction par le port d'attelles. Elles doivent être portées à plein temps pendant quatre mois, puis un port nocturne pendant quatre ans environ. La compliance au port de l'attelle est essentielle afin de pérenniser la correction. Selon même Dr Fanekena « *L'absence de compliance est à l'origine de récives du pied bot* ». Une étude néo-zélandaise à montrer que le risque de récive serait cinq fois plus élevée quand l'attelle n'est pas correctement portée (Voir photo n°3).

Si tous ces paramètres sont réunis ont peu estimé à un bon résultat. Est sur nos 25 sujets ont a recours à des bons résultats, dans les 90% des cas sont excellent car les parents suivent la démarche imposer. La preuve c'est le score de piranie qui est l'une des mesures a qui les praticiens font référence pour repérer l'évolution des pieds (de 6 à 0).

Le tableau n°9 nous montre les évolutions des pieds de chaque enfant, traité par la méthode de Ponseti.

Tableau n°9 : Evolution de pied selon le score de Piranni

Numéro	Sexe	Score de Piranni	
		Avant	Après
1	Masculin	2	0
2	Masculin	3	0
3	Masculin	2	0
4	Masculin	7	2
5	Masculin	5	0
6	Féminin	6	0
7	Masculin	5,5	0
8	Masculin	5	0
9	Féminin	4,5	0
10	Masculin	6	0
11	Masculin	5,5	0
12	Masculin	3,5	0
13	Féminin	2	0
14	Féminin	5	0
15	Masculin	6	0
16	Masculin	3,5	0
17	Féminin	7	0
18	Masculin	3	0
19	Masculin	4	0
20	Masculin	6	0
21	Masculin	7	4,5
22	Masculin	3	2,5
23	Masculin	6	0
24	Féminin	6	0
25	Féminin	3	0

Source : *Dépouillement du dossier de patients, Août 2018*

Commentaire

Sur ce tableau on a pu constater que la méthode de Ponsenti est excellente dans le traitement de cette pathologie. La preuve l'évolution de score si une fois le score est devenu 0 on le pied est corrigé on peut entamer à la phase suivant du traitement mais parfois le score reste constante. Pour l'enfant n°4, n°21 et n°22 leur score n'ont pas évolué car en fait ces derniers n'ont pas du respecter les consignes donné par les praticiens pendant la mise en place du plâtre, d'où répétitions successifs de plâtre. Pour ces enfants, le nombre de plâtre est déjà élevé à 10 reprises.

6.3 Discussions

La discussion concernant cette pathologie sera donc en corrélation avec les hypothèses qu'on avait posées avant la descente sur terrain.

Concernant **l'hypothèse n°1** elle est vérifiée durant le résultat de l'enquête car en fait l'arrivée d'une enfant « *pas comme les autres* » aboutira en quelque sorte a des impacts sur le plan social. Tels que le divorce ainsi que les problèmes familiaux. Les parents n'ont pas à hésiter de nous raconter leur problème

Quant à **l'hypothèse n°2** elle est aussi vérifiée car les parents se plaignent d'un problème économiques pendant le traitement de cette pathologie a noté comme le problème de déplacement qui pose un problème vis-à-vis au traitement de cette pathologie

CHAPITRE VII : RECOMMANDATION DU TRAVAILLEUR SOCIAL

Plus de 90 % des enfants ayant un pied bot sont nés dans des pays dont l'accès au traitement est inexistant ou quasi inexistant¹⁹. Plus d'un million d'enfants ne peuvent marcher convenablement en raison d'un pied bot non traité. Le pied bot est l'une des principales causes de handicap physique dans le monde. Le point positif est qu'il peut être traité de manière efficace et à moindre coût grâce à la méthode de Ponseti à effraction minimale, le traitement de référence du pied bot qui convient parfaitement aux environnements à faibles ressources. Face à cela Mieux vaut comprendre les problèmes pour mieux les prévenir.

Les solutions attribuées sont classifiées sous trois couches : tout d'abord, au niveau du gouvernement, ensuite au niveau du CHRD et enfin au niveau de la population notamment chez les mères de famille

7.1 Au niveau du gouvernement

-Accroître le taux de couverture via un programme national c'est-à-dire

- ✚ Travailler en partenariat avec le ministère de la Santé
- ✚ Fournir des services médicaux dans des hôpitaux publics sous la surveillance de chirurgiens employés par le ministère de la Santé, ainsi que de fabrication et de distribution de fournitures de traitement et d'appareils orthopédiques
- ✚ Renforcement de la sensibilisation au sein des centres médicaux communautaires, promoteurs issus des médias et de parents de patients
- ✚ Surmonter les obstacles à l'accès en implantant des centres médicaux de sorte que très peu de familles aient à parcourir plus de 5 km pour se faire soigner

-Collaborer avec Un ou une(s) partenariat(s) public ou privé pour le traitement du pied bot

-Assurer la disponibilité de matériel de traitement de qualité (fournitures de pâtres et de ténonomie)

-Mettre à disposition des espaces pour centres médicaux aux fins de traitement, de formation des parents, et de stockage d'appareils orthopédiques / de dossiers

¹⁹ Global Club foot Initiative, « Eliminer le handicap du pied bot : Une stratégie Mondiale » en 2017

- Renforcement du programme national avec miracles feet
- Augmenter le nombre de centre médical type dédié au traitement de pied bot

7.2 Au niveau ONG

- Renforcement des capacités et déploiement de formations tels que
 - ✚ Recueil et transmission de données comme le CAST
 - ✚ Renforcer la communication avec les familles par la mise en place d'un système par SMS mais aussi un système d'appel auprès des parents
- Subvenir aux besoins du centre tels que les chaussures orthopédiques

7.3 Au niveau du Service de rééducation fonctionnelle

- Ressources humaines :

Chaque centre médical ou service qui traite cette pathologie doit disposer d'un minimum de deux praticiens formés à la méthode de Ponseti et de la disponibilité de routine d'un clinicien qui effectuera la ténotomie. Bien que cela varie, dans de nombreux pays, les professionnels de rééducation assurent le traitement du pied bot sous la surveillance d'un chirurgien orthopédiste. Le chirurgien effectuera également des ténotomies et pourra opérer des cas complexes ne pouvant être complètement corrigés à l'aide du traitement selon la méthode de Ponseti.

En outre, les centres médicaux doivent disposer de parents éducateurs ou d'assistants médicaux qui pourront contribuer à la formation des familles et apporter un soutien de suivi critique tout au long du traitement en vue d'aider les familles à adhérer au traitement, en particulier pendant la phase d'entretien ou de pose d'attelle plus difficile de la méthode Ponseti alors que le risque de décrochage se veut plus grand. Ces éducateurs/assistants pourront également apporter un soutien en matière de tâches administratives ou de saisie de données ; outre ce dernier peuvent faire aussi une tâche comme :

- Ressources matériels :

- ✚ Distribue des brochures ou mettre des affichages concernant cette pathologie pour plus d'information aux patients mais aussi pour que ce dernier ne s'inquiète pas.
- ✚ Mise en place d'un centre d'écoute comme un centre de conseil

✚ Favoriser la communication car les parents souffrent d'un manque de connaissance de cette pathologie, parmi la population.

-Approfondir les recherches sur les malformations congénitales du pied et afin de mieux cerner l'ampleur, la gravité et les facteurs de risque du phénomène.

CONCLUSION GENERALE

En guise de conclusion, les malformations congénitales du pied sont nombreuses et variées. Elles peuvent être d'ordre qualitatif comme celui de notre étude le pied bot ou d'ordre quantitatif comme la présence d'orteils en excès par exemple, qui sont tous courantes de nos jours. La plus fréquente d'entre elles est le pied bot varus équin, une malformation qui survient vers la fin du 1^{er} trimestre de la grossesse. Cette pathologie frappe en majorité les garçons. Elle peut être unilatérale ou bilatérales. A part de cela cette malformation est parfois associées à d'autres troubles comme le spina-bidifa ou d'autres syndromes de polymorfatif. En dépit de cela le traitement de cette pathologie reste un grand fléau pour les parents, un traitement onéreux qui touche presque dans les 550.000 AR a 750.000 AR en totale pour un simple traitement, double pour les bilatéraux, ce qui représente une somme au-dessus des familles qui ont des enfants présentant cette malformation. De plus ces familles sont en général issues d'un milieu rural ou de milieu social défavorisé mais non seulement le problème financier qui fait blocage au traitement de cette pathologie les croyances traditionnelles ainsi que l'absence d'informations éclairées font l'un des abandons

A l'absence de traitement, cette pathologie aboutira à des impacts négatifs sur la vie de l'enfant qui deviendra en quelque sorte un « handicap » elles peuvent entrainer des contraintes sur l'articulation, de mauvais appui à la marche voire de l'arthrose et des douleurs, mais aussi la difficulté d'accès à l'école, au niveau de loisirs ainsi qu'au niveau du sport, sans compter les alternations des voisinages ainsi que les violences morales de ces derniers. Les parents eux aussi vont avoir des répercussions négatives sur la vie de la famille que ce soit sur le plan financier ou sur le plan économique. Même si cette pathologie qui n'est pas encore courante de nos jours on se pose la question : Quelle stratégie l'Etat adoptera-t-il vis-à-vis de ces enfants ? »

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrage généraux :

1. DURKHEIM, E, (1967) *les règles de la méthodologie sociologique*
2. Freud (S) *L'inquiétante étrangeté*, 1919, in : Essais de psychanalyse appliquée, Paris, Gallimard coll., idées no 353), 1978(

Ouvrage spécifique :

3. BEDOUELLE, (J) *Malformation congénital du pied. Pied bot varus équin congénital*. Encyclopédie. APL 15255
4. BENCHEMOUL (P), GONGRYP (N) *Etude radiographique du pied normal et pathologique chez le nourrisson*. Le petit enfant
5. BENSANEL (H), *Abrégé d'orthopédie pédiatrique*. Paris : MASSON 1978.2^{ème} tirage 67-71
6. BOULENGER (E), *Le traitement chirurgical du Pied bot vars équin congénital avant l'âge de marche*. Reins.1978
7. COURTIÈRE (B), *Le traitement du pied bot varus équin congénital*. Caen 1977.12 (4) 163-177
8. DUHAMEL (G), *Statistique générales et méthodes thérapeutiques des pieds bots*. Paris MASSON 1976
9. GRAWITZ in *Methodes des sciences sociales*, 11^{ème} édition, Dalloz, Paris, 2001, p512
10. JAVEAU, C, in *L'enquête par questionnaire : Manuel à l'usage du praticien*, 3eme Ed., Edition de l'Université de Bruxelles, Bruxelles, 1985
11. LELIEVRE (J), *Le pied bot varus équin congénital*. Encyclopédie. Pédiatrie. Paris Malformations congénitales 1960
12. LEVEUF et BERTRAND (P), *Traitement du pied bot varus équin congénital chez les jeunes enfants*, 1945
13. N'da, in *Méthodologie de la recherche de la problématique a la discussion des résultats*, Edition Universitaire de Cote d'Ivoire, Abidjan, 2002.
14. PONSETI, CAMPOS (J), *Observation on pathogenesis and treatment of congenital, club foot*, 1972
15. POULAIN (J), *Arthrographie tibio-tarsienne dans le PBVEC*, Paris, 1970

16. QUIVY, R, in *Manuel de recherche en sciences sociales*, nouvelle édition, Dunod, Paris, 1995
17. Sausse S. *Le miroir brisé. L'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste*. Paris, Calmann-Lévy, 1996
18. Simone KORF-SAUSSE, *Approche psychanalyse du handicap*, Paris, Février 2002

Revues et presses

19. *Hôpital Itaosy : centre d'orthopédie pédiatrique* par Midi Madagasikara apparue le 12 août 2017 écrit par Hanitra R.
20. *ONG Miracle Feet-Fondation Telma : zaza mivadi tongotra 150 hotsaboina eny amin'ny CHRDR Itaosy* par Taratra apparue le 24 octobre 2017 rédigé par Vonjy A.
21. *Pied bot : Prise en charge gratuite dans six centres hospitaliers* in La depeche publiée le 15 juin 2018 rédigé par Hanitra RAKOTOBÉ
22. *Pied bot : une déformation qui se soigne* par Les nouvelles sur 22 Juin 2017 rédigé par Fahranarison
23. *Quelle prise en charge pour un pied bot enfant ?* par La dépêche de Madagascar Publié le 19 janvier 2017
24. *Malformation congénitales : les cas de pieds bots augmentent* par l'express d Madagascar parue le 25 mai 2011 rédigé par Michelle RAHARISOA
25. *Centre d'appareillage : les cas de pied bot en hausse* par Les Nouvelles parue le 11 Aout 2017rédigé par Sera R
26. *Journée mondiale du pied bot : Subventions de centre par la Telma et « Miracle Feet »* par Midi Madagasikara parue le 13 juin 2018 rédiger Luz Razafimbelo
27. *La chirurgie orthopédique onéreuse* par l'Express de Madagscar parue le 21juillet 2017 rédiger par Mamisoa Antonia

Webographie

28. <https://mobile.allodocteurs.fr/se-soigner/reeducation/pied-bot>
29. <https://handicap-international.ch/fr/le-traitement-du-pied-bot>
30. <https://www.jle.com/fr/revues/mst/e-docs/traitemnt-du-pied-bot-varus-équin>
31. <https://www.merckmanuls.com/fe-ca/problèmes-de-santé-infantile/présentation-des-malformations-congénitales>
32. <https://www.midi-madagasikara.mg/societe/jornee-mondiale-dud-pied-bot>
33. <https://www.sante.gov.mg/>

34. <https://www.research-journal.net/fr/Clubfoot-treatment-by-a-modified-Ponseti-method.html>
35. <https://www.universalis.fr/encyclopie/malformation-congenitale/>

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION GENERALE	1
CHAPITRE I : MONOGRAPHIE DU LIEU D'INTERVENTION	5
1.1 Présentation du cadre d'étude	5
1.1.1 Le centre Hospitalier en général	5
<input type="checkbox"/> Délimitation géographique	5
<input type="checkbox"/> Couverture sanitaire.....	5
1.1.3 Activités de l'hôpital.....	7
1.1.4 Organigramme	7
1.1.5 Partenariats.....	8
1.1.6 Mode de fonctionnement	9
<input type="checkbox"/> Structure du service	9
<input type="checkbox"/> Personnel du centre.....	10
1.2 Présentation de l'unité rééducation fonctionnelle	11
1.2.1 Aperçu historique du SRF.....	11
1.2.2 Objectifs.....	11
1.2.3 Fonctionnement Organisationnel du service.....	12
<input type="checkbox"/> Personnel de service	12
<input type="checkbox"/> Mode de fonctionnement du SRF.....	12
1.2.4 Organigramme	13
CHAPITRE II : REPERES THEORICO-CONCEPTUELS	15
2.1 Cadre théorique	15
2.2 Définitions de quelques concepts	17
2.2.1 Le handicap.....	17
<input type="checkbox"/> Terminologie	17
<input type="checkbox"/> Définitions	17
2.2.2 La malformation	18
<input type="checkbox"/> Malformation congénitale :	18
2.2.3 Le pied bot varus équin :	18
2.3 Problématiques et Hypothèses	19
2.3.1 Problématique	19
2.3.2 Hypothèses.....	20
<input type="checkbox"/> Sociales.....	20

<input type="checkbox"/> Economique	20
2.4 Objectifs spécifiques	20
CHAPITRE III : METHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	21
3.1 Outils	21
3.1.1 Questionnaires	21
3.2 Techniques	21
3.2.2 L'observation	22
3.2.5 Interview	22
CHAPITRE IV: RESULTATS D'ENQUETE	24
4.1 Identification de l'enfant	24
4.1.1 Présentation épidémiologie de l'enfant.....	24
<input type="checkbox"/> Origine Géographique	25
<input type="checkbox"/> Age	26
<input type="checkbox"/> Sexe	27
4.1.2 CLINIQUE.....	28
<input type="checkbox"/> Topographie.....	28
<input type="checkbox"/> Degré de sévérité de PBVEC.....	29
<input type="checkbox"/> Le nombre de plâtre utilisé pour chaque pied.....	30
<input type="checkbox"/> Autres malformations	31
4.2 Identification des Parents	32
4.2.1 Renseignements sur les membres de la famille	32
4.2.2 Catégorie Socio-professionnelle des Parents	33
4.2.4 Salaire	35
4.2.5 Taille de famille	35
4.2.6 Connaissances et renseignement médicales concernant la pathologie	36
CHAPITRE V : LES IMPACTS SOCIO-ECONOMIQUE ; PSYCHOLOGIQUE ET FAMILIALE DU HANDICAP CHEZ L'ENFANT	37
5.1 Impact socio-économique	37
<input type="checkbox"/> Au niveau financier	37
<input type="checkbox"/> Au niveau de déplacement.....	38
5.2 Impact psychologiques	39
<input type="checkbox"/> Isolement	39
<input type="checkbox"/> L'ostracisme	39

5.3 Impact familiales	40
□ La difficulté d'accès à l'école.....	41
□ Analphabétisation	41
.CHAPITRE VI : ANALYSE, BILAN ET DISCUSSIONS	43
6.1 Analyse des résultats	43
6.1.1 Facteurs génétiques.....	43
6.1.2 Facteurs Environnementaux	46
6.1.3 Facteurs médicamenteux	46
6.2 Bilan	47
6.3 Discussions	50
CHAPITRE VII : RECOMMANDATION DU TRAVAILLEUR SOCIAL	51
CONCLUSION GENERALE	54
BIBLIOGRAPHIE	58
TABLE DES MATIERES	
ANNEXES	

ANNEXES

QUESTIONNAIRE

Auprès responsable du service

A propos du service

1. Depuis quand ce service est-elle mise en fonction?

La réponse est obligatoire.

2. Quelle sont les spécialités du service?

3. Pourriez-vous déterminez les objectifs du service?

4. Y-t-il d'autres occupations exercé par le service à part la rééducation fonctionnelle?

1. Oui 2. Non

Aller à '5-a3' si a2 = "Oui"

5. Si oui, les quels

6. Est-ce que des partenariats collaborent avec le service dans la réalisation de ces missions?

1. Oui 2. Non

Aller à '7-avis' si partenaire = "Oui"

7. Si oui, lesquels?

8. Pourriez-vous détailler le mode de fonctionnement du service journalière?

A propos du personnel

9. Au total combien de personne travail ici?

1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 ou plus

10. Quels sont les différentes occupations de ces personnels?

A propos du pied bot

11. Qu'est-ce qu'un pied bot?

12. Cette maladie est-elle grave?

1. Oui 2. Non

Aller à '13-Causes de la maladie' si avis1 = "Oui"

13. Si oui, quelles en sont les causes de cette pathologie?

1. Héritaires 2. Environnementaux 3. Autres...

Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).

14. Cette maladie est-elle guérissable?

1. Oui 2. Non

Aller à '15-traitement' si avis2 = "Oui"

15. Si oui, par quels moyen traite-t-on cette maladie?

16. Actuellement cette pathologie est-elle fréquente?

1. Oui 2. Non

Aller à '17-avis3' si fréquence = "Oui"

17. Si oui, pourriez-vous en déduire les causes ainsi les chiffres?

18. Combien de types de PBVEC peut-on rencontrer lors d'une naissance d'un bébé?

La réponse est obligatoire.

19. L'échographie peut-elle diagnostiquer un pied bot?

1. Oui 2. Non

Aller à '20-avis4' si diagnostique = "Oui"

20. Si oui, a quelle moment de la grossesse est-elle repérable?

21. Quand doit-t-on débiter le traitement de cet pathologie?

22. En moyenne, combien dure le traitement de cet pathologie?

1. Une semaine 2. Deux semaines 3. Trois semaines 4. Ou plus.....
-

23. Le traitement de cette pathologie est-il onéreux?

1. Oui 2. Non

Aller à '24-prix1' si prix = "Oui"

24. Si oui, combien coute

Veillez indiquer le montant

25. A quel âge le traitement doit-elle commencer?

1. Dès la naissance 2. Après un mois 3. Plus de un mois
-

26. Le traitement du pied bot est-elle douloureuse?

1. Oui 2. Non
-

27. Quelles étapes faut-ils suivirent pour traiter le pied bot?

28. Pendant la séance de plâtre, le pied peut-elle grandir

29. Combien pèse un plâtre?

30. Est-ce qu'on peut mouiller les plâtres lorsqu'elles sont confectionnées?

1. Oui 2. Non

Aller à '31-palte' si avis5 = "Non"

31 . Si Non, quels en sont les conséquences?

32. Un PB demande en moyenne combien de séance de plâtre?

Mais ça dépend de la sévérité du pied ainsi que la qualité de prudence des parents

33. Comment on utilise le port d'attelle?

34. Le pied bot sera-t-il un jour un pied "normal"

1. Oui 2. Non

36 . Pourriez-vous citez, quelles en sont les problèmes rencontrer lors du traitement?

Après des Parents

Caractéristiques sociodémographique de l'enquêtée

1. Genre

1. Masculin 2. Féminin
-

2. Où habitez-vous ?

1. Tana ville 2. Tana Atsimondrano 3. Tana Avaradrano 4. Autres(provinces ou étrangers)
-

3. Dans quelle tranche d'âge vous situez vous ?

1. Moins de 25 ans 2. De 25 à 45 ans 3. De 46 à 60 ans 4. Plus de 60 ans
-

4. Quelle est votre situation matrimoniale ?

1. Célibataire 2. Marié(e) 3. Vivant maritalement 4. Veuf(ve) 5. Divorcé(e) 6. Séparé(e)
-

5. Avez-vous fréquenté l'école?

1. Oui 2. Non.
-

6. Si oui, quel est le niveau d'étude que vous avez atteint?

1. Primaire 2. Secondaire 1 3. Secondaire 2 4. Supérieur 5. Jamais
-

7. Nombre d'enfants à la charge

8. Permettez moi de poser cette question, quelle est votre profession?

9. A propos de votre salaire. Est ce

1. Journalier 2. hebdomadaire 3. mensuelle
-

10. Catégorie socio-professionnelle

1. Agriculteur 2. Commerçant, artisan, chef Entreprise 3. Cadre.Prof.Intellectuelle.Sup.
 4. Profession intermédiaire 5. Employé 6. Ouvrier
 7. Chomeur 8. Elève, Etudiant 9. Inactif
 10. Autre
-

Renseignement et connaissance du pied bot

11. Cette malformation est-elle héréditaire dans la famille?

1. Oui 2. Non
-

12. Si oui, y-a-t-il d'autres malformations à part le pied bot dans la famille?

1. Oui, Non
-

13. Si oui, pouvez vous citer?

14. Saviez-vous que le pied bot est curable?

1. Oui 2. Non
-

15. Concernant la malformation dans vos enfants souffrait. Comment la considérait vous, Est ce

1. Sévère 2. Modérée 3. Mineur 4. Ne sait pas 5. Pas de réponse
-

16. Quand l'annonce de malformation a été faite

1. A la naissance 2. Pendant l'échographie
-

17. Par qui, l'annonce a été faite

1. L'échographiste 2. L'obstétricien 3. La sage-femme
-

18. Au moment de l'annonce, quelle était vos sentiments?

1. Emus 2. Heureux 3. Déçu 4. En colère 5. Triste

19. A votre avis, quelle pourrait être les conséquences d'une prise en charge tardive?

Traitement du pied bot

20. Pourquoi vous avez attendue si tard pour le traitement de cette pathologie?

21. Qui vous a informé que le pied bot est curable?

1. A la radio 2. Les voisinages 3. Autres

22. Etes-vous satisfaits du traitement offert par le service?

1. Oui 2. Non
-
-

PHOTO SUR TERRAIN



Photo n°1 : Difficulté du patient à marcher présentant cette pathologie. Elles peuvent être source de déformation si elle n'est pas guérit à temps.

Source : *Enquête personnelle, Aout 2018*



Photo n°2 : Cette photo nous montre une fois la confection du plâtre est effectuée.

Source : *Enquête personnelle, Aout 2018*



Photo n°3 : Après une dizaine de séance de plâtrage, la photo prise ci-joint nous montrera la patiente qui porte une attelle de correction.

Source : *Enquête personnelle, Aout 2018*

Photo n°4 : Evolution du pied après quelque port de plâtre



Photo n°5: Image correspondant à la phase de ténatomie



RESUME ET CV

Nom: RAMBININTSOA

Prénom(s): Hery Maminiaina

Né(e) le: 06 septembre 1995

Lieu de naissance: Befelatanana

Adresse : Lot IAC 6D Andramahavola-Ambohidrapeto

Téléphone : 0341069231

Email : rambinintsoa.hery@gmail.com



Titre du mémoire : Etude sur la malformation congénitale des pieds. Cas des enfants souffrant de pied bot varus équin au CHRDRD Itaosy

Champ de recherche : Sociologie de la santé

Nombre de/des/d' :

Pages : 55

Ouvrages généraux : 4

Ouvrages spécifiques : 14

Journaux : 10

Tableaux : 7

Graphes : 8

Photos : 3

RESUME

Dans le but d'étudier les aspects épidémiologiques et cliniques des malformations congénitales reconnaissables à la naissance chez les nouveau-nés tels que le pied bot ; une étude prospective sur 3 mois a été menée dans le service de rééducation fonctionnelle au CHRDRD Itaosy. Le pied bot est une déformation la plus courante de nos jours qui touche en majorité des cas, les garçons. Le mieux c'est de traiter cette pathologie le plutôt possible, or le traitement de cette pathologie est onéreux à Madagascar, ce qui représente une somme exorbitante pour les familles à faibles revenus. Pour cela, sans être traitées à la naissance, les pieds bots seront un handicap pour l'enfant mais aussi tout au long de sa vie, tout en limitant le genre de travail qu'il peut faire, l'empêchant de marcher correctement. En somme, l'avenir de l'enfant dépend du traitement de ces pieds.

Mots clés : malformation congénital, enfant, pied bot varus équin, handicap

Encadreur pédagogique : Madame RAKOTONIRINA Voahangy, Maitre de Conférences