

## L'INFLUENCE DES SOINS TRADITIONNELS SUR L'ACQUISITION DES HABILITÉS PSYCHOMOTRICES CHEZ L'ENFANT DÉFICIENT VISUEL CONGÉNITAL

## THE INFLUENCE OF TRADITIONAL CARE ON THE ACQUISITION OF PSYCHOMOTOR SKILLS IN CONGENITAL VISUAL DEFICIENT CHILDREN

<sup>1</sup> YEKE PENDI Ulrich Ariel, <sup>2</sup> MAKANGA Jean-Bernard.

<sup>1</sup> Assistant en Psychologie du Développement, Université Omar BONGO, Centre de Recherches et d'Études en Psychologie (CREP), arielyeke@gmail.com

<sup>2</sup> Enseignant-Chercheur, Maître de Conférences CAMES en Psychologie du Développement, Université Omar BONGO, Centre de Recherches et d'Études en Psychologie (CREP), makangajebernard@gmail.com

YEKE PENDI Ulrich Ariel et MAKANGA Jean-Bernard,  
L'influence des soins traditionnels sur l'acquisition des habiletés psychomotrices chez l'enfant déficient visuel congénital, *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 4 (8), 143-152, [En ligne] 2021, mis en ligne le 30/12/2021, consulté le 2021-12-30 22:33:30, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=219>

### Résumé

La question de l'acquisition des habiletés psychomotrices chez les enfants aveugles intéresse les psychologues développementalistes. L'objectif de cette étude est de cerner l'influence des soins traditionnels sur le développement psychomoteur. Deux hypothèses opérationnelles ont été formulées. L'usage de soins traditionnels favorise l'acquisition des habiletés psychomotrices chez les enfants aveugles de naissance âgés de quatre (4) ans (H1); et l'usage de soins non traditionnels

favorise moins l'acquisition des habiletés psychomotrices chez les enfants déficients visuels de naissance âgés de quatre (4) ans (H2). Trente (30) enfants déficients visuels congénitaux, de deux sexes âgés de quatre (4) ans en moyenne vivant dans quatre (4) provinces du GABON : Estuaire, Ngounié, Ogooué Lolo et Nyanga. Cet échantillon a été retenu selon l'accord et la disponibilité des parents. La méthode d'analyse des données est relative à l'analyse descriptive, de régression multiple et de corrélation. Cette étude a été menée de septembre 2017 à septembre 2021 soit une fréquence par an. L'étude s'appuie, entre autres, sur le relativisme culturel tant prôné par P.R. Dasen (1998, p. 422). Les résultats auxquels nous sommes parvenus, présentent un lien significatif entre le type de soins et les scores obtenus à l'Echelle d'Orientation Spatiale de Sparrow pour  $F=171,72$  et  $p<,000$ . Ce lien est soutenu par l'analyse de variance covariance de Leven  $R^2=,85$  % de variance totale expliquée; d'où, la confirmation de nos deux hypothèses opérationnelles H1 et H2.

**Mots clés:** Prise en charge psychothérapeutique, Habileté psychomotrice, Développement, Enfant, Aveugle congénital

## Abstract

The question of the acquisition of psychomotor skills in blind children is of interest to developmental psychologists. The objective of this study is to identify the influence of traditional care on psychomotor development. Two operational hypotheses were formulated. The use of traditional care promotes the acquisition of psychomotor skills in children blind from birth aged four years (H1) and the use of non-traditional care promotes less the acquisition of psychomotor skills in children with visual impairments from birth to older four years (H2). Thirty children with visual impairments from birth of two sexes aged four years living in the provinces of Gabon namely: Estuaire, Ngounié, Ogooué Lolo and Nyanga. This sample was selected according to agreement and availability of the parents. The method of data analysis is relative to descriptive analysis, regression multiplies and correlation. This study was carried out from september 2017 to september 2021, i.e. one frequency per year. The study is based, among other things, on the cultural relativism so much advocated by P.R. Dasen (1998, p.422). The results we arrived at show a significant link between the type of care and the scores obtained on the Sparrow Spatial Orientation Scale for ( $F=171,726$  and  $p<,000$ ). This link is supported by Leven's analysis of variance covariance ( $R^2=0,85\%$ ) of total variance explained, hence the confirmation of our two operational hypotheses H1 and H2.

**Key-words:** Psychoterapeutic care, Psychomotor skills, Development, Child Congenital blind.

## INTRODUCTION

L'étude des habiletés psychomotrices des enfants est, selon B. De Lièvre et L. Staes (2006, p.80), étroitement liée aux phénomènes du développement présentant un intérêt particulier en psychologie du développement. Ainsi, le

développement, la croissance, que l'on a toujours pu constater de l'extérieur renferme un caractère unique en son genre à cause du relativisme culturel tant prôné par P.R. Dasen (1998, p. 415), dans la mesure où étudier les enfants à risque en l'occurrence les enfants déficients visuels conduit le chercheur à prendre en considération la significativité de la prise en charge psychothérapeutique relativement efficaces à la bonne croissance de ces enfants en milieu rural. En milieu rural ces enfants sont l'objet des bains, des massages et des scarifications. Toutes ces pratiques thérapeutiques culturelles influenceraient le développement l'enfant. Notre recherche porte sur l'étude du développement des habiletés psychomotrices de l'enfant déficient visuel de naissance. Nous voulons dans cette étude ressortir l'apport des pratiques thérapeutiques culturelles sur le développement des habiletés psychomotrices des enfants. Selon U. A. Yeke Pendi (2020. 101), en milieu rural gabonais, il est fréquent pour les enfants à risque de bénéficier des soins traditionnels relatifs au bains, aux massages et aux scarifications composés d'un ensemble d'éléments naturels comme des écorces, des feuilles et des poils d'animaux. Raison pour laquelle, en nous intéressant aux enfants aveugles de naissance, nous voulons cerner s'il existe un apport considérable de toutes ces pratiques sur le développement des habiletés psychomotrices de ces enfants atypiques à savoir les enfants aveugles de naissance.

Parlant du bien-fondé de l'apport du facteur culturel sur le développement de l'enfant M. Gebek (1998, p. 249) souligne que l'Organisation Mondiale de la Santé a défini la Santé non comme l'absence de maladie, mais comme le complet bien-être physique, mental et psychologique. En effet, il est parfois pénible de constater que dans les pays ayant un bon niveau de santé physique, un meilleur être social, les troubles du comportement, du caractère et les retards augmentent dans la réalisation des actions psychomotrices, ceci peut être dû au manque d'intérêt que nous accordons à l'aspect culturel,

qui renferme, la parole, le chant, le geste, le rôle des important des mains qui massent, qui soignent et qui vaccinent M. Gebek (1998, p. 250). C'est dans cette optique que les traditions, les coutumes, les références parentales sont des appuis qui ont peut-être été trop brusquement bouleversés. Ils ont une large part dans le développement de l'enfant, car, l'ultime caractéristique de l'enfant est d'être en perpétuel devenir. C'est un développement qui a toujours lieu dans un cadre dont les caractéristiques matérielles et humaines sont liées aux facteurs culturels. C'est pour cette raison que le développement des enfants doit être mis en symbiose avec l'intensité des échanges affectifs d'une part, mais aussi avoir des attitudes éducatives traditionnelles d'autres part M. Gebek (1998, p. 251). De même, si les bains, les massages constitués des graines, des feuilles, des écorces curatives peuvent favoriser le développement des habiletés psychomotrices d'un enfant, alors c'est une donnée non négligeable qui devrait ainsi intéresser la communauté scientifique, l'ensemble des chercheurs et praticiens dans la prise en charge psychothérapeutique précoce de certaines déficiences qui pourraient retarder ou ralentir le développement et partant l'épanouissement de l'enfant. En milieu rural, dès que l'enfant présente une limite, il est soumis aux soins traditionnels (U. A. Yeke Pendi (2020, p.122) C'est pourquoi, notre étude tente de mettre en évidence l'apport significatif de ces pratiques thérapeutiques traditionnelles sur le développement des habiletés psychomotrices des enfants déficients visuels de naissance.

Selon H. Piéron (1990, p. 338), la culture désigne l'ensemble des actions du milieu assurant une socialisation des individus au cours de leur développement et de leur intégration dans une collectivité. Elle détermine les comportements des individus et apparaît comme un signe d'identification. C. Tourrette et M. Guidetti (2008, p.260) soulignent le fait qu'il existe des différences développementales entre les enfants, ces différences sont sous l'influence du milieu

culturel qui varie d'un enfant à un autre. Ainsi, les contacts corporels, les diverses manipulations stimulent aussi le système vestibulaire du bébé. Les nombreuses stimulations motrices, sensorielles et vestibulaires dont bénéficient les enfants africains en l'occurrence sont à l'origine de leur avance posturale dans la petite enfance, car, la culture est donc une réponse fonctionnelle, une adaptation aux contextes écologiques et sociologiques B. Bril et H. Lehalle (2008, p. 251). Pour M. Reuchlin (1990) il existe une importante différence individuelle dans les conduites générales d'adaptation comme les différences de niveau de développement entre enfant d'un groupe culturel à un autre. H. Bee (1997, p. 530) le mot culture fait référence à un système de coutumes et de significations, qui incluent les valeurs, les attitudes, les lois, les croyances, les idéologies et la moralité aussi bien que les artefacts physiques de toutes sortes comme les outils ou le type d'habitation.

Les séquences de maturation jouent un rôle primordial dans le développement psychomoteur, en particulier en ce qui concerne les changements aussi fondamentaux que les changements neuronaux et musculo-squelettiques. Les diverses séquences de croissance physique sont constantes suivant le même ordre chez tous les enfants, quand bien même que le rythme du développement varie d'un enfant à un autre H. Bee (1997, p. 528). Ainsi, les enfants atypiques ont souvent un développement psychomoteur plus lent que les enfants normaux. M. Gebek (1973, p. 146) souligne que le développement moteur de tout enfant est influencé par le milieu dans lequel il vit, partant de sa niche développementale. Cet auteur l'a si bien démontré sur les enfants zambiens, en faisant ressortir l'influence de la prise, du touché et des massages sur l'épanouissement moteur de ces enfants. La prise en compte du développement des enfants déficients visuels, quant à la diversité des soins traditionnels auxquels ils font l'objet est une donnée très pertinente, nous permettant de mieux vérifier l'influence des pratiques thérapeutiques

traditionnelles sur le développement des habiletés psychomotrices de l'enfant. En milieu rural, les enfants atypiques en général, particulièrement les enfants déficients visuels de naissance bénéficient d'un ensemble de pratiques, à l'exemple des massages, des bains et des scarifications qui seraient à l'origine de la précocité de leur développement psychomoteur, mais aussi de la rapidité et la justesse dans leurs mouvements, J.B. Makanga (2014, p. 112) .

Fort de ce qui précède, l'objectif de notre recherche est d'étudier l'influence des soins traditionnels relatifs aux massages, aux bains et aux scarifications sur le développement des habiletés psychomotrices de l'enfant d'une part, et d'apprécier l'existence d'une différence de développement entre les enfants aveugles de naissance issus des zones rurales ayant bénéficié des soins traditionnels versus enfants aveugles de naissance issus des zones urbaines n'ayant subi aucun soin traditionnel, d'autre part. En d'autres termes, il nous revient de montrer l'influence des soins traditionnels sur le développement des enfants; d'où la question suivante : Existe-t-il une différence entre les enfants ayant subi des soins traditionnels et ceux n'ayant pas au niveau des scores moyens de l'Échelle d'Orientation Spatiale de S. Sparrow (2010) ?

---

## 1. Méthodologie

---

### 1.1. Participants

La population d'étude est composée de 30 enfants déficients visuels de naissance, de deux sexes, âgés de quatre (4) ans et qui ont appris l'utilisation de la canne blanche. 15 enfants déficients visuels de naissance vivant en milieu urbain précisément dans la province de l'Estuaire à Libreville n'ayant subi aucun soin traditionnel versus 15 enfants déficients visuels de naissance, de deux sexes, et de même âge chronologique, vivant exclusivement en milieu rural dans les provinces de la Ngounié, l'Ogooué Lolo et la Nyanga ayant subi des soins traditionnels ont constitué notre échantillon. C'est à travers le Ministère des Affaires Sociales du Gabon que

nous avons pu identifier et sélectionner les enfants, d'une part ; et selon l'accord et la disponibilité des parents qui ont accepté les enjeux scientifiques de cette étude d'autre part. Ces provinces ont été choisies pour des raisons de proximité, à la fois géographique et linguistique. Nous avons rendu plusieurs visites aux enfants : en septembre 2017 ; septembre 2018 ; septembre 2019 ; septembre 2020. Les sujets ont été examinés au domicile des parents dans leurs provinces respectives.

### 1.2. Procédure expérimentale

Nous avons utilisé l'Échelle d'Orientation Spatiale de S. Sparrow (2010). La tâche consiste à parcourir un tracé de 50 mètres de longueur sur deux (2) mètres de largeur, comportant des marquages au sol qui indiquent les niveaux d'orientation. Ces marquages sont détectables et perceptibles à l'aide de la canne blanche. Il y a un (1) marquage tous les dix (10) mètres : soient cinq (5) marquages au total. Le premier marquage (1) correspond au niveau très faible soit un score de (1) ; le second correspond au niveau faible soit un score de (2) ; le troisième correspond au niveau moyen soit un score de (3) ; le quatrième correspond au niveau élevé soit un score de (4) ; le cinquième correspond au niveau très élevé soit un score de (5). Chaque niveau atteint reflète le niveau d'orientation spatiale de chaque sujet. Le sujet doit nécessairement parcourir le trajet sans s'éloigner du tracé. L'examen porte sur deux phases : une phase de reconnaissance au cours de laquelle le sujet s'oriente à l'aide de la canne blanche, et une phase expérimentale, qui est réalisée sans la canne blanche. La phase de reconnaissance se déroule en 15 minutes avant la phase expérimentale qui se déroule en 5 minutes selon la consigne de Sparrow. La passation est individuelle et le sujet doit se positionner sur la ligne du départ qui est fixée du côté du niveau très faible (1) vers le niveau très élevé (5). L'épreuve se déroule sur un terrain plat, sans obstacle au domicile familial.

soins non traditionnels), c'est une variable nominale.

### 1.3. Plan expérimental

Dans le champ d'appréhension de la vérification de notre hypothèse opérationnelle, le plan expérimental opté est le suivant : S15 [M2] : selon le plan initial, S représente les sujets repartis en deux groupes et l'indice 15 est le nombre de sujets par groupe. M2 représente les deux milieux de vie à savoir : milieu urbain et milieu rural.

### 1.4. Hypothèses de l'étude

#### Hypothèse Générale:

Le type de soin a une influence sur les habiletés psychomotrices des enfants déficients visuels âgés de quatre (4) ans. En d'autres termes, l'usage de soins aide les enfants aveugles de naissance à acquérir des habiletés psychomotrices qui permettront à ces derniers de réussir à l'Echelle d'Orientation Spatiale de Sparrow.

**Hypothèse opérationnelle (H1) :** L'usage de soins traditionnels favorise l'acquisition des habiletés psychomotrices chez les enfants aveugles de naissance âgés de quatre (4) ans. Nous prédisons que les enfants aveugles de naissance qui auront reçu des soins traditionnels obtiendront de meilleurs scores dans l'Echelle d'Orientation Spatiale de Sparrow.

**Hypothèse opérationnelle (H2) :** L'usage de soins non traditionnels favorise moins l'acquisition des habiletés psychomotrices chez les enfants déficients visuels de naissance âgés de quatre (4) ans. Par conséquent, ces enfants obtiendront des scores moins élevés dans l'Echelle d'Orientation Spatiale de Sparrow.

### 1.5. IDENTIFICATION DES VARIABLES

Les variables que nous dégageons de ces hypothèses se déclinent ainsi :

Variable Indépendante (VI) : Le type de soins, avec deux modalités (soins traditionnels versus

Variable Dépendante (VD) : Les scores obtenus dans l'Echelle d'Orientation Spatiale de Sparrow, avec trois modalités (élevé : 4 ; Moyen : 3 ; Faible : 2), c'est une variable ordinale.

### 1.6. Méthode de traitement des données

Pour notre étude, nous avons utilisé le logiciel SPSS 21 (Statistical Package for Social Science). C'est un logiciel spécialement conçu pour les analyses statistiques en Sciences Sociales. Il est utilisé pour le traitement des données quantitatives. Ce traitement nous a permis de mettre en exergue les analyses suivantes :

L'analyse de régression, nous a permis de valider ou pas les hypothèses constituant le sature de cette étude.

L'analyse corrélationnelle nous permet d'apprécier les relations qui existent entre les variables étudiées à savoir les scores obtenus à l'Echelle d'Orientation Spatiale de Sparrow et le type de pratiques thérapeutiques traditionnelles. Nous avons comme acquis théoriques, le relativisme culturel défendu par P. R. Dasen (1998, p. 410), les réalités des pratiques traditionnelles soulignées par J. B. Makanga (2014, p. 20) et la théorie de la niche développementale évoquée par, C. Super et S. Harkness (1983, p. 118).

---

## 2. RESULTATS

---

Les résultats ont été présentés en faisant d'abord la comparaison des moyennes obtenues en fonction du type des pratiques thérapeutiques, en croisant le nombre de mètres parcourus et le type de pratique thérapeutique d'une part, en menant les analyses de variance covariance de Leven et en croisant les corrélations entre le nombre de mètres parcourus, les scores obtenus à l'échelle d'orientation spatiale de Sparrow et le type de pratique thérapeutique d'autre part.

## 2-1- Relation entre la comparaison des moyennes obtenues en fonction du type de pratique.

Le tableau ci-dessous présente la comparaison des moyennes obtenues par les enfants aveugles de naissance en fonction du type de pratique

**Tableau n°1 : Rapport de l'effet des pratiques traditionnelles sur le nombre de mètres**

### Rapport

Scores obtenus à l'Echelle de Sparrow

TYPECOD	Moyenne	N	Ecart type
Usage des pratiques	4,33	15	,488
Non usage des pratiques	1,73	15	,594
Total	3,03	30	1,426

Source : Données de l'enquête, U.A. Yeke Pendi, & J.B. Makanga, 2021

L'analyse du tableau ci-dessus, révèle que les enfants qui ont bénéficié de l'usage des soins traditionnels obtiennent une moyenne de 4,33 et l'écart-type 0,488 ; contre une moyenne de 1,73 avec un écart-type de 0,594 pour les enfants déficients visuels de naissance n'ayant jamais bénéficié d'une prise en charge psychothérapeutique.

## 2-2-Relation entre le croisement du nombre de mètres parcourus et le type de pratique

Le tableau ci-après présente les résultats obtenus par les enfants déficients visuels de naissance à l'Echelle d'Orientation Spatiale de Sparrow

**Tableau n°2 : Croisement du nombre de mètres parcouru à l'Echelle d'Orientation Spatiale de Sparrow et type de pratique**

		Somme des carrés	Ddl	Carré moyen	F	Sig.
Nombres de mètres* Types	Intergroupes (combinée)	5070,000	1	5070,000	171,726	,000
	Intragroupes	826,667	28	29,524		
	Total	5896,667	29			

Source : Données de l'enquête, U.A. Yeke Pendi, & J.B. Makanga, 2021

Dans ce tableau ci-dessus, il est question de présenter le croisement de type 1 x 2 c'est-à-dire, la performance obtenue par les enfants déficients visuels de naissance au test de Sparrow et le type des pratiques.

Dans cet état d'effet, l'analyse de régression nous présente un résultat totalement significatif (F=171,726) ; (P< .000).

## 2-3-Relation entre les modèles d'analyses des doubles moindres carrés

Le tableau ci-après présente l'analyse de variance covariance de Leven obtenue par les enfants déficients visuels de naissance à l'Echelle d'Orientation Spatiale de Sparrow

**Tableau n°3 : l'analyse de variance covariance de Leven**

Récapitulatif des modèles		
Equation 1	R multiple	,927
	R-deux	,860
	R-deux ajusté	,855
	Erreur standard de l'estimation	,543

Source : Données de l'enquête, U.A. Yeke Pendi, & J.B. Makanga, 2021

Cette présence de lien significatif est soutenu par l'analyse de variance covariance de Leven (R2 =,855 %) de variance totale expliquée.

Nous pouvons retenir que, les enfants qui ont bénéficié des pratiques thérapeutiques traditionnelles c'est-à-dire les enfants qui ont été baigné, massé à l'aide des feuilles, des écores et

des racines de bois et vacciné à l'aide des poils d'animaux brûlés présentent une performance beaucoup plus accentuée. Ce résultat valide notre hypothèse (H1) qui révèle que : l'usage de soins traditionnels favorise l'acquisition des habiletés psychomotrices chez les enfants aveugles de naissance âgés de quatre (4) ans. Nous prédisons que les enfants aveugles de naissance qui auront reçus des soins traditionnels obtiendront de meilleurs scores dans l'Echelle d'Orientation Spatiale de Sparrow. Contrairement aux enfants qui n'ont pas eu l'usage des soins traditionnels. Ce résultat confirme notre hypothèse (H2) qui stipule que : l'usage de soins non traditionnels favorise moins l'acquisition des habiletés psychomotrices chez l'enfant déficients visuels de naissance âgés de quatre (4) ans. Par conséquent, ces enfants obtiendront des scores moins élevés dans l'Echelle d'Orientation Spatiale de Sparrow. Il y a donc une relation de causalité entre le suivi des pratiques

traditionnelles et la performance obtenue par les enfants lors du parcours du circuit. La présence de lien significatif est expliquée à plus de 85 % de la variance totale ( $R^2=,855$ ), d'après le test d'homogénéité de variances co-variances de Leven (tableau 3).

## 2-4-Relation entre liens corrélationnelles des variables à l'étude

Le tableau ci-dessous présente les différentes corrélations entre les scores obtenus par les enfants déficients visuels de naissance à l'Echelle d'Orientation Spatiale de Sparrow.

**Tableau n°4 : Croisement des corrélations entre le nombre de mètres, scores obtenus à l'Echelle d'Orientation Spatiale de Sparrow et type de pratique**

Variables de contrôle			Nombres de mètres	Scores obtenus à l'Echelle de Sparrow
TYPECOD	Nombres de mètres	Corrélation	1,000**	1,000**
		Signification (bilatérale)	.	,000
		Ddl	0	27
Scores obtenus à l'Echelle de Sparrow	Scores obtenus à l'Echelle de Sparrow	Corrélation	1,000	1,000
		Signification (bilatérale)	,000	.
		Ddl	27	0

\*\*La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Source : Données de l'enquête, U.A. Yeke Pendi, & J.B. Makanga, 2021

Le tableau ci-dessus nous donne des résultats très satisfaisants dans la mesure où les scores obtenus à l'Echelle d'Orientation Spatiale de Sparrow présentent un lien significatif parfait avec le nombre de mètres ( $r=1$  et  $p<,000$ ). Ce résultat s'explique par le fait que plus les enfants obtiennent des bons scores, mieux ils parcourent un nombre de mètres élevé.

## 3. DISCUSSION

Notre étude a porté sur l'influence des soins traditionnels sur le développement des habiletés psychomotrices de l'enfant déficient visuel congénital. Il nous revient de souligner qu'en Afrique Subsaharienne, précisément au Gabon, plusieurs familles en zone rural utilisent de multiples stratégies pour parvenir à booster, développer, et fortifier l'acquisition des habiletés psychomotrices chez les enfants à risques en

particulier. Ces pratiques thérapeutiques traditionnelles se font sous forme des massages, des bains et des scarifications qui sont réputés tonifier avec efficacité le développement psychomoteur de l'enfant.

D'ailleurs, les résultats obtenus à la suite des analyses descriptives révèlent que les enfants déficients visuels de naissance ayant bénéficié des soins thérapeutiques traditionnels, ont obtenu une moyenne de 4,33 avec un écart-type de 0,48 ; contre une moyenne de 1,75 pour un écart-type de 0,59 ; avec une différence de 3,03 au niveau de la moyenne et de 1,46 au niveau de l'écart-type, en faveur des enfants déficients visuels de naissance qui ont bénéficié d'une prise en charge thérapeutique traditionnelle. Nos résultats vont dans le même sens que le constat de M. Gebek (1998, p.100) qui précise que lors des séances des bains et des massages, il existe une relation intime liée aux soins thérapeutiques qui expliqueraient la précocité psychomotrice et la différence des scores observés entre les deux groupes d'enfant.

Dans le même ordre d'idées, C. Super & S. Harkness (1983, p. 229), soulignent que les pratiques thérapeutiques culturelles relatives aux soins administrés aux enfants à risques contribuent au développement psychomoteur de l'enfant. En outre, B. Bril (1999, p.70) constate à juste titre l'importance des bains et des massages en milieu rural, qui sont réputés développer la psychomotricité de l'enfant.

En outre, nous pouvons admettre toute prise en charge thérapeutique traditionnelle précoce doit être centrée sur la nécessité d'améliorer le quotidien de l'enfant à risque en vue de son adaptation dans son environnement tant physique que social. Pour cela, l'implication des familles est primordiale pour prévenir les éventuelles difficultés relatives au développement de l'enfant aveugle.

D'ailleurs, lors de nos investigations, les pratiques thérapeutiques relatives à la prise en charge psychothérapeutique de l'enfant déficient visuel constituent pour le psychologue du développement une source d'hypothèses, dans la

mesure où ces pratiques décrivent les phénomènes étudiés au niveau des réalités socio-culturelles comme le souligne Makanga en 2014, p.8. C'est dans cette optique que, le psychologue du développement en particulier cherche à quantifier ces résultats, car une simple observation participante ne suffit pas à elle seule d'expliquer, et de justifier les données obtenues. Pour notre cas, nous avons utilisé l'Echelle d'Orientation Spatiale de Sparrow. Cette échelle nous a permis d'obtenir les résultats quantitatifs, dont le traitement nous a permis de mettre en exergue l'analyse de régression multiple et l'analyse corrélacionnelle. En croisant les pratiques thérapeutiques traditionnelles et le score, les résultats révèlent que, les enfants qui ont bénéficié des pratiques thérapeutiques traditionnelles se situent dans la partie supérieure selon la nomenclature de Sparrow ; alors que, les enfants n'ayant pas bénéficié des massages, des bains et des scarifications se situent au niveau Moyen selon la nomenclature de Sparrow. En d'autres termes, les enfants ayant bénéficié des massages, des bains et des scarifications enregistrent des scores plus élevés à l'Echelle d'Orientation Spatiale de Sparrow que leurs pairs qui n'en ont pas bénéficié

De ce qui précède, nos résultats convergent dans le sens de la théorie de l'apprentissage moteur développée par J P. Famose, (1990, p. 25) lorsqu'il souligne que toute apprentissage, résulte d'une interaction, entre l'individu et son environnement. Nous pensons que, le changement tant prôné par Famose suscite l'intérêt de l'effet des soins traditionnels sur les enfants déficients visuels. Cet effet à favoriser l'amélioration des performances des enfants aveugles de naissance. Ces résultats corroborent aussi la théorie de la niche développementale développée par C. Super & S. Harkness (1983, p. 222) faisant appel aux contextes physiques et sociaux, aux pratiques éducatives qui interagissent avec l'enfant en développement. En effet, selon les résultats obtenus il existe un lien entre les pratiques thérapeutiques traditionnelles et le développement psychomoteur des enfants

aveugles de naissance. C'est dans ce sens que B. Bril (2000, p. 71) souligne l'influence des bains et des massages en milieu rural sur les enfants. En outre, le test de régression multiple valide une différence significative entre les deux variables (scores versus soins). Lorsqu'on examine les résultats intra-groupes, il existe une différence significative entre les enfants ayant bénéficié des pratiques thérapeutiques traditionnelles avec des scores plus élevés que ceux qui n'en ont pas bénéficié ; pour  $F= 171,726$  ;  $p < ,000$ . Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que l'enfant aveugle peut compenser son manque d'informations visuelles par d'autres modalités perceptives comme l'audition et le toucher. Nous pouvons dire que les relatives difficultés constatées lors de la passation de l'épreuve de Sparrow, peuvent être considérées comme le produit de l'adaptation fonctionnelle à une situation habituelle ou inhabituelle selon B. Bril (1999, p. 58).

Dans le même ordre d'idées, J.B. Makanga (2014, p.40) souligne à juste titre que l'enfant déficient visuel congénital, ayant bénéficié d'une prise en charge psychothérapeutique précoce, s'oriente mieux spatialement en adoptant des stratégies locomotrices particulières et des attitudes posturales qui favoriseraient son développement psychomoteur.

En se référant à l'analyse de variance covariance de Leven et de l'analyse corrélacionnelle, les résultats révèlent que les enfants qui ont été baigné, massé et vacciné traditionnellement obtiennent des meilleures performances beaucoup plus accentuées lors du parcourt de l'Echelle d'Orientation Spatiale de Sparrow ; contrairement à ceux n'ayant bénéficié d'aucune prise en charge thérapeutique traditionnelle. Ce résultat révèle l'existence d'un lien significatif entre le type de suivi traditionnel et les performances obtenues à l'Echelle d'Orientation Spatiale de Sparrow. En effet, la présence de ce lien est expliqué à plus de 85 % de la variance totale soit  $R^2=0,85$  d'après le test d'homogénéité de variance covariance de Leven ; ce qui laisse entrevoir que les enfants déficients visuels de

naissance ayant bénéficié des soins traditionnels appréhendent mieux l'espace au-delà de leur corps. Ces derniers maîtrisent leur espace locomoteur soulignent C. Turrette et M. Guidetti (2008, p.260).

A la lumière de ce qui précède, les pratiques thérapeutiques traditionnelles administrées aux jeunes enfants déficients visuels ont permis non seulement de booster mais aussi de développer leur orientation spatiale et leur psychomotricité.

---

## CONCLUSION

---

En définitive, l'étude sur la question de la psychomotricité chez les enfants déficients visuels se trouve au cœur de la Psychologie du Développement qui cherche, entre autres, à décrire, les aspects de la constitution des moyens instrumentaux qui permettent aux jeunes enfants aveugles d'agir dans leur environnement. Nous sommes intéressés aux pratiques thérapeutiques traditionnelles qui influenceraient l'acquisition des habiletés psychomotrices des enfants déficients visuels de naissance. Pour cela, les connaissances actuelles sur le développement de l'enfant en milieu rural nous permettent de prendre en compte les valeurs socio-culturelles qui s'organisent autour de la niche développementale de l'enfant aveugle. Statuant sur l'orientation spatiale, l'Echelle de Sparrow, nous a servi d'outil de travail. Ainsi, les résultats obtenus à l'Echelle d'Orientation Spatiale de Sparrow et analysés à l'aide du logiciel SPSS 21, montrent que les enfants aveugles de naissance pris en charge précocement, à l'aide des pratiques thérapeutiques traditionnelles, ont des scores plus élevés que leurs pairs qui n'ont pas été pris en charge.

D'où l'influence de ces pratiques thérapeutiques sur l'acquisition des grandes fonctions psychomotrices chez les déficients visuels.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BEE Helen, 1997, Psychologie du développement: les âges de la vie. De Boeck Université.

BRIL Blandine et LEHALLE Henri, 2008, Le développement psychologique est-il universel ? Approches interculturelles, Paris, PUF, 259 p.

BRIL Blandine, 1999, Psychologie du développement : Approche interculturelle. P.U.F

BRIL Blandine, 2000, La genèse des premiers pas. In J. Rivière (éd). Le développement psychomoteur du jeune enfant. Idées neuves et approches actuelles. Marseille, Solal Editeur, pp. 53-85.

DASEN Pierre René, 1998, « Le développement opératoire concret dans trois cultures », Journal de Psychologie Interculturelle, 19, pp.407-434.

DE LIEVRE B, et STAES L, 2006, La psychomotricité au service de l'enfant : Notions et applications pédagogiques (4e éd.). Bruxelles : De Boeck.

FAMOSE Jean Pierre, 1990, Apprentissage moteur et difficulté de la tâche. INSEP Publications.

GEBEK Michèle, 1973, L'environnement et le développement des enfants africains. In : Enfance, tome 26, n°3-4, pp. 145-147.

GEBEK Michèle, 1998, L'enfant africain dans un monde en changement (1è éd.). P.U.F.

Guidance Service.

MAKANGA Jean-Bernard, 2014, Surdité et c civit  : entre l'étiologie et le développement psychologique, Yaoundé, Editions CLE, 118 p.

PIERON Henri, 1990, Vocabulaire de la psychologie 8 me édition, P.U.F.

REUCHLIN Maurice 1990, Psychologie, 8 me Edition, P.U.F

SPARROW Sara, 2010, Space Guidance Scale (SGS). Circle Pines, Minnesota. American Guidance Service.

SUPER Charles et HARKNESS Sara, 1983, La construction culturelle du Développement de l'enfant : un cadre pour la socialisation de l'affect. Ethos, 11(4), pp.221-231.

TOURRETTE Catherine et GUIDETTI Michelle, 2008, Introduction à la psychologie du développement du bébé à l'adolescence, 3 me édition, Armand Colin, 264 p.

YEKE PENDI Ulrich Ariel, 2020, Pratiques thérapeutiques traditionnelles et habilités psychomotrices chez l'enfant déficient visuel de naissance : le cas des enfants âgés de 3 à 7 ans, Thèse de doctorat nouveau régime, Université Omar Bongo Libreville, 222 p.