

**UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I
THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I**

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

**UNITÉ DE RECHERCHE DE
FORMATION DOCTORALE EN
SCIENCES HUMAINES ET
SOCIALES**

DÉPARTEMENT DE SOCIOLOGIE



**POST GRADUATE SCHOOL FOR
HUMAN, SOCIAL AND
EDUCATIONAL SCIENCES**

**DOCTORAL RESEARCH UNIT
FOR HUMAN AND SOCIAL
SCIENCES**

DEPARTMENT OF SOCIOLOGY

**HANDICAPÉS VISUELS ET ACCÈS AUX SOINS
OPHTALMOLOGIQUES DANS LA VILLE DE YAOUNDÉ : UNE
APPROCHE SOCIOLOGIQUE**

Mémoire de sociologie présenté pour l'obtention du diplôme de Master

Option : population et développement

Présenté par

Marie-Christelle DJOMOU MAFO

Licence en sociologie

Sous la direction de

Yves Bertrand DJOUDA FEUDJIO

Maître de Conférences



Février-2022

À mon père David DJOMOU

REMERCIEMENTS

La concrétisation de ce mémoire a été possible grâce à notre concours, et celui d'autres personnes auxquelles nous témoignons toute notre gratitude.

Nous adressons précisément notre reconnaissance au Pr. Yves Bertrand DJOUDA FEUDJIO, notre directeur de mémoire pour sa disponibilité, ses trajectoires heuristiques, sa rigueur dans la recherche, et la validation de ce travail.

Qu'il nous soit également permis de gratifier le Pr. LEKA ESSOMBA, chef de département de sociologie et l'équipe pédagogique, qui nous ont facilité la recherche de terrain en produisant les documents nécessaires au parcours.

Nous remercions tous les enquêtés pour nous avoir donné l'occasion de réaliser le travail de terrain.

Nous sommes reconnaissante envers Donald MEGHO et Franck TCHUISSE. Ils ont effectué les relectures tout en suggérant certaines pistes de recherche.

Nos sincères remerciements à la grande famille DJOMOU, particulièrement à nos mamans Annette MAMBOU et Bibiane DJOMOU, au couple Espérance SIWE, et à notre frère Rodrigue DJOMOU. Leur soutien matériel, financier et psychologique pendant ce cycle de recherche a été d'un grand intérêt pour nous.

SOMMAIRE

DÉDICACE.....	i
REMERCIEMENTS.....	ii
SOMMAIRE	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	iv
LISTE DES PHOTOS.....	v
LISTE DES ANNEXES	vi
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	vii
RÉSUMÉ.....	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCTION.....	1
PREMIÈRE PARTIE :LA SOCIOGÉNÈSE DE LA DÉFICIENCE VISUELLE : DES FACTEURS DE CONTINGENCES AUX STRATÉGIES DE SOIN.....	44
CHAPITRE I : LE HANDICAPÉ VISUEL : INCURSION AUTOUR DES ORIGINES ET DES MESURES D’ACCOMPAGNEMENT PAR LA SOCIÉTÉ	46
CHAPITRE II : L’AMBIVALENCE DE L’ACCÈS A LA SANTÉ OPHTALMOLOGIQUE A YAOUNDÉ.....	65
DEUXIÈME PARTIE:DÉFICIENTS VISUELS : COMPRENDRE LES RELATIONS AVEC LA SOCIÉTÉ	87
CHAPITRE III : LA RÉINSERTION SOCIALE DES HANDICAPÉS VISUELS.....	89
CHAPITRE IV : MAL VOYANTS ET NON VOYANTS : CALIBRER LES IMPACTS DU HANDICAP VISUEL ET FORMULER DES ACTES DE CHANGEMENT.....	109
CONCLUSION.....	129
BIBLIOGRAPHIE	136
ANNEXES.....	143
TABLE DES MATIÈRES	156

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Echantillon et les différentes catégories	32
Tableau 2: La synthèse de dépenses médicales chez quelques déficients visuels nantis	80
Tableau 3: Tableau des personnes interviewées.....	151

LISTE DES PHOTOS

Photo 1: Carte de situation de la ville de Yaoundé.....	33
Photo 2: MINAS, un cadre public de protection des handicapés	57
Photo 3: Illustration d'une structure parapublique s'impliquant dans l'inclusion des déficients visuels.....	59
Photo 4: Système d'écriture tactile à points saillants à l'usage des personnes déficientes visuelles	69
Photo 5: Information en écriture à encre potentiellement destinée aux déficients visuels.....	69
Photo 6: Carte Nationale d'Invalidité cartonnée en cours d'usage	76
Photo 7: Couple de cannes reçues par don et achat appartenant à un seul individu.....	96
Photo 8: Campagne de prévention contre le Glaucome à Bingo Hospital	119

LISTE DES ANNEXES

Annexe I : Guide d'entretien	143
Annexe II : Guide d'entretien.....	145
Annexe III : Guide d'entretien	147
Annexe IV : Guide d'entretien	149
Annexe V : Liste des interviewés	151
Annexe VI : Établissement du Certificat Médical Spécial	154
Annexe VII : Établissement de la Carte Nationale d'Invalidité	155

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

Sigles :

CAY	: Commune d'Arrondissement de Yaoundé
CLCC	: Comité de lutte contre la cécité
CPC	: Centre Pasteur du Cameroun
DV	: Déficient Visuel
Dv	: Déficience Visuelle
HV	: Handicapé Visuel
Hv	: Handicap visuel
IPP	: Incapacité Potentielle Permanente
MV	: Mal Voyant
NV	: Non Voyant
OCT	: Tomographie en Cohérence Optique (Optical Coherence Tomography)
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PS	: Personnel Soignant
RP	: La Rétinite Pigmentaire

Acronymes :

ASCOVIME	: Association de Compétences pour une Vie Meilleure
C.J.A.R.C.	: Club des Jeunes Aveugles Réhabilités du Cameroun
CMS	: Certificat Médical Spécial
CNI	: Carte Nationale d'Invalidité
Handivisuels	: Handicapés visuels
Minsanté	: Ministère de la Santé Publique
MINAS	: Ministère des Affaires Sociales
PROMHANDICAM- Association	: Promotion des Handicapés du Cameroun

RÉSUMÉ

Le mémoire de sociologie intitulé « Handicapés visuels et accès aux soins ophtalmologiques dans la ville de Yaoundé : une approche sociologique » élabore le constat selon lequel : les principes des normes portant protection et promotion de la santé des handicapés (déficients visuels), sont en déphasage des réalités de terrain. En effet, les patients bénéficient d'une prise en charge ophtalmologique traversée par des obstacles informationnels, communicationnels et économiques, ce qui rend difficile l'accès à la santé. Dès lors, cette recherche vise à faire comprendre l'origine sociale de ces obstacles. C'est cette problématique qui justifie la question de recherche principale suivante : Comment expliquer l'accès difficile aux soins ophtalmologiques des handicapés visuels à Yaoundé ? Ce questionnement trouve une réponse au travers de l'hypothèse principale suivante : les difficultés d'accès aux soins ophtalmologiques s'élucident à partir d'une inter-ignorance des mécanismes de prise en charge par les patients et l'administration, phénomène qui génère des conséquences sociales. Pour mener cette problématique, nous avons fait usage d'une méthodologie qui mobilise entre autre le champ théorique. Ce champ déploie trois théories à savoir : la construction sociale de la réalité, le courant d'ethnométhodologie, et le stigmate social. Son apport heuristique a été de construire un cadre de référence pour l'analyse du sujet. L'opérationnalité du champ théorique a fait usage des méthodes qualitatives de collecte des données en occurrence : l'observation documentaire, celle directe, l'entretien ou l'étude de cas. Ces techniques de collecte d'informations ont permis d'obtenir des explications plus significatives sur l'accès à la santé ophtalmologique. La recherche a porté sur les déficients visuels et les « *normaux* » impliqués dans la prise en charge de ce handicap. Nous avons mobilisé un échantillon probabiliste de trente-quatre enquêtés. L'usage des sous-catégories d'interviewés que sont les soignés, les soignants, les agents administratifs a exigé le choix de l'échantillonnage stratifié. Ces catégories d'acteurs ont été assorties systématiquement à partir d'une liste d'intervenants. Substantiellement, de cette recherche, quatre résultats sont retenus. Le premier dévoile que l'Etat et ses partenaires prennent en charge les déficients visuels. Cette assistance est d'ordre normatif, technique, matériel, même si les patients contestent très souvent l'appui de l'Etat. Les représentations des déficients expliquent le handicap visuel par des arguments cliniques, naturels ou traditionnels. En second, l'obstacle majeur lié à l'accès difficile à la santé ophtalmologique se constitue autour de l'inter-ignorance que partagent les managers de santé et les déficients visuels dans le sens où il n'existe pas toujours un cadre commun de connaissance facilitant les épreuves de communication entre ces acteurs. Ce postulat génère des obstacles informatifs et économiques auprès des handicapés. Le troisième résultat démontre que les considérations mitigées que les normaux et déficients visuels ont de la cécité, affectent la réinsertion. La cohésion sociale est déterminante dans la prise en charge, or tous les normaux n'intègrent pas encore le fait que le handicap est une pathologie sociale. Quant au quatrième résultat, une prise en charge non favorable féconde des effets psycho-sociaux chez les patients. Il existe en occurrence un mécanisme langagier qui procure le sentiment de stigmatisation chez les déficients visuels. Toutefois, les acteurs sont animés par des opinions reconstructives de l'accès à la santé en préconisant une prise en charge moderne. Ces expressions d'enquêtés se détournent de la question de fond à savoir : la maîtrise des mécanismes de prise en charge. La ville demeure une référence d'accès à la santé, seulement que les patients ne sont pas tous informés des démarches rationnelles de prise en charge spécifique. Ce travail ouvre une perspective sur la déficience visuelle « *mise en scène* ».

Mots clés : Handicap/déficient visuel, accès à la santé, stigmate, (re) insertion, prise en charge.

ABSTRACT

The sociology dissertation entitled "Visual disabilities and access to care ophthalmologists in the city of Yaoundé: a sociological approach" develops the observation that: the principles of the standards protecting and promoting the health of the disabled (visually impaired), are out of phase with the realities on the ground. Indeed, patients benefit from ophthalmological care crossed by informational, communicational and economic obstacles, which makes it difficult to access health care. Therefore, this research aims to understand the social origin of these obstacles. It is this problem that justifies the following main research question: How explain the difficult access to eye care for the visually impaired in Yaoundé? This questioning finds an answer through the following main hypothesis: the difficulties of access to ophthalmological care are elucidated from an inter-ignorance of the mechanisms of care by the patients and the administration, phenomenon that generates social consequences. To address this issue, we have made use of a methodology that mobilizes among other things, the theoretical field. This field deploys three theories namely: the social construction of reality, the current of ethnomethodology, and social stigma. Its heuristic contribution was to build a frame of reference for the analysis of the subject. The operability of the theoretical field made use of qualitative methods of data collection in occurrence: documentary observation, direct observation, interview or case study. These information-gathering techniques have yielded more meaningful explanations of access to eye care. The research focused on the visually impaired and the "normal" involved in the management of this disability. We mobilized a probability sample of thirty-four respondents. The use of the sub-categories of interviewees that are patients, caregivers, and administrative agents required the choice of stratified sampling. These categories of actors were systematically matched from a list of stakeholders. Substantially, from this research, four results are retained. The first reveals that the State and its partners take care of the visually impaired. This assistance is normative, technical, material, even if the patients very often dispute the support of the State. The representations of the disabled explain the visual handicap by clinical, natural or traditional arguments. Secondly, the major obstacle linked to the difficult access to ophthalmological health is constituted around the inter-ignorance shared by health managers and the visually impaired in the sense that there is not always a common framework for knowledge facilitating communication tests between these actors. This assumption generates informational and economic obstacles for the disabled. The third result demonstrates that the mixed views that normal and visually impaired people have of blindness affect rehabilitation. Social cohesion is a determining factor in care, but not all normal have yet understood the fact that disability is a social pathology. As for the fourth result, unfavorable care leads to psycho-social effects in patients. In this case, there is a language mechanism that provides the feeling of stigmatization in visually impaired people. However, the actors are driven by reconstructive opinions of access to health by advocating modern care. These expressions of respondents turn away from the fundamental question, namely: the control of the mechanisms of care. The city remains a reference for access to health, only that patients are not all informed of rational approaches to specific care. This work opens a perspective on "staged" visual impairment.

Keywords: Handicap / visually impaired, access to health, stigma, (re) insertion, care.

INTRODUCTION

CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La problématique de la déficience visuelle est d'actualité. A l'échelle internationale, l'Organisation Mondiale de la Santé édite que « *plus d'un milliard de personnes vivent avec une déficience visuelle parce qu'elles ne reçoivent pas les soins dont elles ont besoin pour des affections déficiences visuelles ou de cécité.* » Ensuite : « *Les affections oculaires et les troubles de la vision sont très répandus et, bien trop souvent, ils ne sont pas traités.* »¹ En Afrique du nord, sur une population de 600 millions, la partie subsaharienne compte 8 millions d'aveugles, pendant que 24 millions sont mal voyants². Il existe pourtant des hôpitaux de référence en relation soins ophtalmologiques, cependant les constats statistiques ci-dessus, qui exposent la tangibilité de la pathologie suscite d'observer le décalage entre le rapport de prescription, et la pratique (l'empirisme).

Au Cameroun, les autorités politiques tout comme les acteurs de la société civile ne cessent d'accompagner les catégories déficientes visuelles en leur accordant un soutien multiforme qui se traduit par les séminaires, les campagnes gratuites de consultation médicale, voire la distribution gratuite des médicaments entre autres³. Malgré ces efforts, l'accès aux soins oculaires au Cameroun n'est pas évident. Il subsiste d'anomalies qui accentuent la mal voyance et la cécité. Le Comité national de lutte contre la cécité articule que : « *80% des cas de cécité sont évitables.* » « *La cécité est d'un impact néfaste aux plans communautaire, social et économique.* »⁴ Subséquemment, des décisions fermes sont engagées, une raison qui dévoile pourquoi en 2018 le thème de la journée mondiale de la cécité était : « *soins oculaires à notre portée.* ». A la suite, en 2020, il n'y a pas eu de véritable amélioration au niveau du rapport patient et santé. « *Le bilan de l'initiative vision 2020 au Cameroun* » retenu comme thème

¹Tedros ADHANOM GHEBREYESUS, communication de presse OMS du 08/10/2019/Génève, <https://www.who.int/fr/news/item/08-10-2019-who-launches-first-world-report-on-vision?> Consulté le 07/12/2020/17h/36min/Ciber.

²Alain AUZEMERY et André Dominique NEGREL, « Cécité et baisses de vision au sud du Sahara, un problème de santé publique », Organisation pour la prévention de la cécité, <https://www.em-consulte.com/article/10104/figures/cecite-et-baisses-de-vision-au-sud-du-sahara-un-pr#:~:text=L%27Afrique%20subsaharienne%20paie%20un,de%20malvoyants%20à%2024%20millions.> Consulté le 07/12/2020/16h/31min/Ciber. Paris, Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, 2002, résumé.

³ Informations recueillies sur le terrain. ASCOVIME (Association de Compétences pour une Vie Meilleure), et des organisations non gouvernementales opérant périodiquement en coaction de certaines églises et mairies de Yaoundé, accordent des appuis techniques plus ou moins gratuits aux déficients visuels.

⁴Cameroun tribune, Lutte contre la cécité : des avancées majeures, 12 octobre 2018. <https://www.cameroon-tribune.cm/article.html/21323/en.html/lutte-contre-cecite-des-avancees-majeures.> Consulté le 07/12/2020/16h/42min/Ciber.

renseigne que : « 75% de cas peuvent être guéris ou soignés »⁵. C'est une autre contrariété dans la propagande sanitaire redondante et vraisemblablement moins active sur le terrain ; ces statistiques chronologiques (ci-haut) le témoignent. La déficience visuelle/le Handicap visuel (DV/Hv) est certes « un problème de santé publique », mais aussi, un frein des rapports sociaux, et surtout à l'autonomie individuelle du déficient visuel. Une santé optimale contribue au progrès économique, sécuritaire, sanitaire (...) lorsque les conditions adéquates sont définies. La demande non satisfaisante de soins ophtalmologiques se traduisant par les récits de terrain suivant : « les textes de 2010 sont en noirs »⁶ ; « les soins sont approximatifs »⁷, « Au X, la qualité du personnel et diagnostique cause problème »⁸ ; exige de se déployer sur l'accès aux soins ophtalmologiques à Yaoundé.

Le thème : les « *Handicapés visuels et accès aux soins ophtalmologiques dans la ville de Yaoundé : une approche sociologique* » saisit les trajectoires thérapeutiques des déficients visuels. Du point de vue scientifique, ce mémoire accroît les connaissances sur la déficience visuelle des handicapés en contexte camerounais, car nous analysons les obstacles liés à la prise en charge des handicapés visuels à Yaoundé. De même, nous expliquons les enjeux sociétaux liés à la santé et aux soins. L'intérêt social de cette recherche se justifie dans la mesure où la sociologie immerge les pratiques sociales, contribuant à l'appréhension, à la résolution des difficultés auxquels font face les déficients visuels. Améliorer considérablement les conditions sanitaires de la minorité déficiente visuelle (soit environ 11% des handicapés), ne saurait reposer uniquement par la régulation institutionnelle. Les considérations sociologiques des acteurs impliqués dans le système de santé sont susceptibles de contribuer certes au bien-être des déficients visuels mais surtout à la problématique de fond : ce qui justifie l'accès pénible des handicapés à la santé ophtalmologique.

I-PROBLEME

Ce problème de recherche émerge d'un contraste entre le principe des normes sanitaires favorisant l'accès aux soins ophtalmologiques des handicapés (visuels), et les obstacles de terrain qui adviennent. Socialement, la vue est essentielle dans le processus d'échange d'informations. Or, les handicapés visuels (taux d'acuité visuel sévère) en sont limités, et

⁵Cameroon tribune, Lutte contre la cécité : un mois de dépistage gratuit. Disponible sur <https://www.cameroon-tribune.cm/article.html/35597/fr.html/lutte-contre-la-cecite-un-mois-de-depistage-gratuit>. Consulté le 09/10/2020/13h/14min/ consulté le 07/12/2020/Ciber.

⁶ Entretien du 29/11/2020.

⁷ Entretien du 29/11/2020.

⁸ Entretien du 30/11/2020. La lettre X codifie l'anonyme.

devraient bénéficier optimalement de la prise en charge ophtalmologique pour s'adapter au handicap et à la société d'appartenance. Confronté à la situation des personnes déficientes visuelles, l'Etat du Cameroun a pris des dispositions administratives et sanitaires pour les assister. C'est l'institutionnalisation du handicap à partir de la loi n°2010 / 002 du 13 avril 2010 et son décret d'application de 2018 y compris les textes particuliers ; voire la création des ministères partiellement dédiés à la cause (déficience visuelle), qui sont quelques mesures d'encadrement. Au plan sanitaire la loi prévoit que :

*ARTICLE 1er : La présente loi porte protection et promotion des personnes handicapées. A ce titre elle vise : - La prévention du handicap. - La réadaptation et l'intégration psychologique, sociale et économique de la personne handicapée ; - La promotion de la solidarité nationale à l'endroit des personnes handicapées.*⁹

La déficience visuelle est constatée gratuitement « par un médecin ayant qualité », qui « délivre un certificat médical spécial et gratuit »¹⁰ au patient. De même, il existe l'accompagnement psycho-social, d'où « l'éducation spéciale de la personne handicapée. » Pour illustrer, le Ministère des Affaires Sociales assure « le suivi des personnes âgées et des personnes handicapées, en liaison avec les ministères concernés »¹¹. Théoriquement, ces variables devraient favoriser l'accès à la santé à savoir : l'information, l'accessibilité financière, l'éducation, les représentations sociales optimistes des déficients visuels, l'adaptation ou la réadaptation. Nonobstant, les faits de terrain contrarient en ce sens que la connaissance ne reflète pas le réel.

Sur 100 handicapés camerounais, 10,9% sont déficients visuels¹², et ignorent souvent les informations liées à la prise en charge. Il se dégage de potentiels obstacles techniques où la norme de 2010/2018 est largement sous la forme écrite, et sans version audio. Subséquemment, une source déclare : « les textes de 2010 sont en noir, c'est-à-dire : écrits »¹³. Une telle défaillance ne favorise pas le rapport à la santé, car le handicapé visuel ne dispose d'aucun moyen authentique d'adaptation au système de santé conçu par les voyants. Aussi, « les campagnes d'informations », celles « d'éducation » ou de « communication »¹⁴ ne sont pas

⁹ Loi n°2010 / 002 du 13 avril 2010, portant protection et promotion des personnes handicapées. p. 1.

¹⁰ Idem. p. 3.

¹¹ Décret n°2007/383 du 18 juillet 2017, portant organisation du Ministère des Affaires Sociales. Le Ministère investit dans les domaines de la prévention, assistance et protection des personnes socialement vulnérables. Le Ministère des Affaires Sociales élabore des plans d'action et leurs réalisations en fonction de la politique du gouvernement.

¹² <http://www.bucrep.cm/index.php/fr/recensements/3eme-rgph/20-3emergph/presentation/16/09/2020/16h/20min/Ciber>.

¹³ Entretien du 29/11/2020.

¹⁴ Loi n°2010 / 002 du 13 avril 2010, portant protection et promotion des personnes handicapées.

constamment implémentées. Dans le même sens, les associations « *de lutte contre les inégalités de santé* »¹⁵, qui offrent gratuitement les soins ophtalmologiques aux patients, proposent des publicités informatives, mécaniques, et persuasives écrites (papier et plastique encre). Or, ce type d'informations n'est pas accessible au déficient visuel parfois prudent de son accompagnateur. Par contre, la gratuité totale des services est un adjuvant d'accès aux soins spécialisés pour certains déficients. Un inconvénient qui alimente le constat selon lequel : « *80% des cas de cécité sont évitables* »¹⁶. Pourtant, l'accès à la santé est favorable « *lorsque les moyens de compensation* », notamment des « *outils techniques* »¹⁷ (informations, éducation, documents transcrits en braille) sont à point.

En termes économiques, les déficients visuels se plaignent des coûts de prise en charge onéreux et du non-respect de leurs droits d'exonération partielle/totale. Il devient difficile pour ces derniers d'accéder aux services spécialisés (diagnostique, analyse) à cause de la cherté relative du service. A propos, une source renseigne : « *c'est cher, c'est cher. Ma maman dépensait 30.000 chaque visite [...] Il n'y a pas de réduction comme c'est le cas avec sa carte d'invalidité. Le rabais de 10 à 15%, ce n'est pas le cas* »¹⁸. Cependant, les déficients visuels nécessitent des soins, tantôt pour entretenir la vue restante, soit pour éviter des complications et maladies opportunistes malgré la cécité.

Il se dégage un contraste technique entre les dispositifs managériaux mis en place pour prendre en charge les handicapés visuels et les réalités de terrain. Du coup, les déficients visuels accèdent avec obstacle à la santé. Ce sujet pose alors le problème de l'accès difficile à la santé ophtalmologique des personnes déficientes visuelles de Yaoundé (Cameroun).

II-PROBLÉMATIQUE

« *L'homme n'est jamais un commencement. Tout homme est un héritier* »¹⁹, soutient Norbert ELIAS. A sa suite, Raymond QUIVY et Luc Van CAMPENHOUNDT déclarent que «

¹⁵ASCOVIME (Association de Compétences pour une Vie Meilleure), est une association camerounaise regroupant les bénévoles. Elle fournit gratuitement les consultations médicales, les médicaments et les opérations. Au cours du mois de novembre 2020, l'association était à Sangmélina pour des prestations de soins.

¹⁶Cameroon tribune, Lutte contre la cécité : des avancées majeures, 12 octobre 2018.<https://www.cameroon-tribune.cm/article.html/21323/en.html/lutte-contre-cecite-des-avancees-majeures>. Consulté le 07/12/2020/16h/42min/Ciber.

¹⁷ Audrey SITBON, INPES, institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Déficiences visuelles et rapport à la santé, Résultats d'une étude qualitative, Rapport d'étude médicale, in <https://www.firah.org/notice/175/deficiences-visuelles-et-rapport-a-la-sante-resultats-d-une-etude-qualitative.html>, consulté le 02/12/2020/13h/41min/Ciber, p. 14.

¹⁸ Entretien du 29/11/2020.

¹⁹ Norbert ELIAS, *Qu'est-ce-que la sociologie ?*, Paris, L'aube, 1991, p. 34.

Dans quelques domaines du social où l'on s'aventure, nous ne sommes jamais sur des terres vierges, mais dans des territoires depuis longtemps parcourus en tous sens»²⁰. La thématique du handicap visuel n'est pas vierge ; elle a déjà suscité une forte mobilisation scientifique et politique.

Cette revue de littérature regroupe une documentation de valeur informative issue des livres, des articles scientifiques, des périodiques, de faits de terrain et de documentaire radio. Ce sont des documents physiques et électroniques, audiophones élaborés en général par des chercheurs d'Afrique et d'outre-mer. Les thématiques discutées sont d'ordre scientifique, et parfois littéraire s'appliquant à la question en cours de recherche. Elles impliquent : l'éducation des déficients visuels, l'inadéquation entre moyens disponibles et demandes de soins, ou bien les représentations sociales du handicap entre autre.

Admettant de prime abord que la production scientifique sur le handicap visuel n'est pas abondante, les recherches sélectionnées dans cette partie d'entame sont de caractère didactique. Les auteurs posent que : **l'éducation scolaire et professionnelle française est inclusive**. Selon Marion BLATGE, la France n'en a nullement moins eu une fonction démesurée dans l'inclusion des malades visuels (non rectifiables). Par exemple, l'institution spécialisée est une aubaine pour le déficient visuel. Elle s'appuie sur les institutions spécialisées des handicapés visuels Français pour explorer leur expérience. En effet, en France, il existe des « associations spécialisées » dans la « prise en charge » des déficients visuels. Lesquelles associations accompagnent, en favorisant l'intégration sociale du mal voyant, et du non voyant. Précisément, les associations offrent des services d'apprentissage, d'emplois professionnels, et même de divertissement. Ce sont là quelques critères d'assimilation, dont la reconnaissance sociale est parfois revendiquée par les malades. On met la personne handicapée face à des situations sociales quotidiennes, dans lesquelles il devrait s'assimiler. Ce n'est qu'en intégrant son milieu de vie, c'est-à-dire intérioriser les normes et les valeurs locales en pratique, que le handicapé visuel se forge une identité psychologique et sociale. Marion BLATGE peut d'ailleurs écrire que :

Ces lieux qui accueillent uniquement des personnes handicapées visuelles sont les points d'ancrage d'une entreprise de socialisation qui peut se révéler assez radicale. On peut qualifier cette forme d'apprentissage de socialisation, de conversion : la personne va être modelée, voire transformée en intégrant différents savoirs et différentes valeurs relatives à un groupe particulier. La personne apprend une

²⁰ Raymond QUIVY et Luc Van CAMPENHOUNDT, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 1995, pp. 42- 43.

*nouvelle gestion de son corps tandis que son environnement immédiat va évoluer, par la fréquentation de lieux dédiés au handicap.*²¹

A travers ces associations, les déficients visuels profitent « *des apprentissages qui mettent en jeu le rapport au temps, au corps et à l'espace.* »²² L'auteur conclut en éclairant que le passage des personnes déficientes de vue au sein de ces associations n'est pas superflu. Les handicapés bénéficient de l'assimilation sociale. Généralement, ils n'arrivent pas à l'école avec le minimum requis d'expérience de vie. C'est leur assiduité qui génère des compétences, lesquelles favorisent l'immersion dans le milieu d'appartenance. Sinon, du point de vue performance, les malades se distinguent d'entre eux, c'est : « *l'idiosyncrasie* ».

*Aiguillées par leurs expériences passées et par leurs réseaux, les personnes handicapées peuvent développer des capacités de lecture des mondes sociaux qu'elles fréquentent. Selon le développement et l'usage de ces compétences sociales, la fréquentation de ces institutions va avoir des incidences assez dissemblables sur les trajectoires individuelles.*²³

A partir de cette lecture, nous déduisons que l'enseignement des personnes déficientes de vue agit en tant qu'habitude compensatoire du handicap. Cependant cette analyse didactique évite de saisir la différence entre l'apprentissage des « *normaux* » et des handicapés.

Pour GIULIA GARATTO, c'est la législation qui en fondant une éducation spécialisée des handicapés, rapproche ces derniers de l'instruction. A la réalité, il examine comment « *la législation* », puis les droits de ces derniers sont appliqués dans leur éducation. En France, les malades visuels n'ont pas toujours tous accès à l'éducation. Pourtant, il existe des écoles et des instituts spécialisés consacrés à leur cause. Ces centres de formation utilisent des « *éditions adaptées* »²⁴ de document. L'objectif est d'offrir une éducation équitable entre les apprenants non-voyants et ceux voyants. Une telle base objective donne aux déficients visuels de concurrencer à l'image des enfants normaux. A cet effet, Pierre BOURDIEU développe une sociologie de conflit pour rappeler que les champs sociaux sont des espaces de lutte et de positionnement. Le handicapé visuel devrait se positionner. L'école en France outille les individus malvoyants et non-voyants. « *L'école apprend, par différentes méthodes, à lire et écrire, à s'exprimer et à s'intégrer au sein d'un groupe* »²⁵. Cependant, le fait que le déficient

²¹ Marion BLATGE, Apprendre le handicap visuel. La prise en charge de personnes déficientes visuelles par des institutions spécialisées, in Bulletin amades, anthropologie médicale appliquée au développement à la santé, n°83/2011. (En ligne <https://journals.openedition.org/amades/>) consulté le 13/11/2020/15h 31 min/ Ciber.

²² Idem.

²³ Marion BLATGE, op.cit.

²⁴ GIULIA GARATTO, Handicap visuel et société: quelles méthodes et éditions adaptées pour la scolarisation et l'intégration sociale, Mémoire de Master 1 professionnel, Université de Limoges, 2013, p. 88.

²⁵ GIULIA GARATTO, Op.cit, p.88.

visuel ait recourt à une école de formation ne garantit en rien sa réussite. On rencontre aussi les moins intégrés dans ce sous-système éducatif. Néanmoins, l'école ne s'écarte pas de son objectif d'intégration :

*L'action poursuivie assure, chaque fois que les aptitudes des personnes handicapées et de leur milieu familial le permettent, l'accès du mineur et de l'adulte handicapés aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et leur maintien dans un cadre ordinaire de travail et de vie.*²⁶

Généralement, les instituteurs de ces écoles spécialisées développent un langage identique de soutènement de leurs apprenants. C'est une appréciation positive. Les enseignants concèdent assez d'efforts pour contribuer à l'insertion des enfants aveugles. L'école, dans la conception *bourdieusienne* est un cadre de formation des élites, aussi c'est « *un mécanisme de reproduction sociale* » de la classe nantie qui fixe les modalités, régule l'organisation scolaire et inscrit les enfants dans ces écoles à cause de leur capital économique dominant. Il se trouve que l'école dans le contexte de déficience visuelle, est aussi un milieu d'émergence d'égalité de chance, de proportionnalité d'insertion entre les catégories sociales. L'école donne à l'aveugle la même capacité cognitive de compétence avec le reste de personnes normales. On peut lire d'un éducateur de déficient auditif que : « *J'essaie de faire suivre cet enfant comme font les autres [...] il faut l'amener à faire ce que font les autres [...] de façon à ce que dans la vie il puisse s'intégrer dans un milieu normal, sans handicap* »²⁷. La remarque faite à cette littérature est que l'éducation spécialisée n'exclut en rien la prudence de la société vis-à-vis du HV.

Denis DIDEROT ouvre le débat sur la retenue de la société en insistant sur la crédibilité sociale du voyant au détriment du déficient visuel. L'auteur discute de la confiance, des angoisses entre les acteurs aveugles et ceux qui voient. Le sens visuel permet effectivement de distinguer plusieurs réalités. Pour l'auteur, l'absence de vue chez les déficients affecte leur relation sociale. On ne pourrait pas accorder une confiance absolue à celui qui présente certaines anomalies visuelles. Il est en incapacité de discerner tout ce qui puisse se présenter entre ses sens. Son avis partisan est qu'on devrait accorder de l'importance à celui que la société assimile de déviant quelconque, que l'autre, victime d'une vue délicate. Il note d'ailleurs que :

J'aurais moins de confiance dans les réponses d'une personne qui voit pour la première fois, que dans les découvertes d'un philosophe qui aurait bien médité son

²⁶ Idem.

²⁷ Nicole LANTIER, Alette VERILLON et al *Enfants handicapés à l'école: des instituteurs parlent de leurs pratiques*, (11ème collection) INRP, L'Harmattan, 1994 p.50.

*sujet dans l'obscurité; ou, pour parler le langage des poètes, qui se serait crevé les yeux pour connaître plus aisément comment se fait la vision*²⁸.

Cette approche ci-dessus est discutable parce que la scolarisation est partiellement un catalyseur d'intégration. En effet, par l'école, les enfants, en stade d'apprentissage, risqueraient de connaître moins de frustration que des adultes non instruits. La difficulté avec les majeurs réside sur le fait qu'ils ont déjà subi dans leur collectivité des frustrations qui retardent l'évolution scolaire. L'éducation, surtout celle qui implique les déficients visuels à la vie active est une aubaine. Au sens d'Audrey SITBON « Une éducation tournée vers l'autonomisation de l'enfant constitue tout d'abord une ressource importante quand la déficience intervient à un âge précoce. »²⁹ L'importance de l'enseignement a pour corollaire d'épanouir le malade du « stress », de la « tension nerveuse », des « inquiétudes », des « angoisses », voire un manque de confiance en soi. Ce sont des affections découlant de la multiple sollicitation familiale, éducationnelle, professionnelle [...] ³⁰ dans un espace partagé avec les voyants.

Cette séquence initiale de lecture a ceci de particulier qu'elle est fondamentalement didactique. La personne aveugle est certes parfois sous-scolarisée, nonobstant, l'éducation lui permet parfois de s'intégrer en France. La critique adressée est que la didactique n'explique pas le rapport soignant-soigné.

La seconde session de revue répond à la question : **quel rapport existe entre l'offre et la demande des soins ophtalmologiques ? Il est analysé dans cette séquence l'inadéquation entre les ressources disponibles et la demande des patients ; ce qui constitue un obstacle d'insertion des handicapés.** En allant du ratio entre la demande et l'offre de santé, il est démontré que les demandeurs de service de santé ne sont pas généralement satisfaits des solutions aménagées par les entreprises sanitaires concernées.

La distance au centre de traitement ainsi que la pauvreté financière explique l'insatisfaction chronique des problèmes de santé chez les handicapés, soutient Le Ministère

²⁸ Denis DIDEROT, *Lettre sur les aveugles à l'usage de ceux qui voient*, Paris, Gallimard Folio, 2004, p. 68.

²⁹ Audrey SITBON, INPES, institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Déficiences visuelles et rapport à la santé, Résultats d'une étude qualitative, Rapport d'étude médicale, in <https://www.firah.org/notice/175/deficiences-visuelles-et-rapport-a-la-sante-resultats-d-une-etude-qualitative.html>, consulté le 02/12/2020/13h/41min/Ciber.

³⁰ Nicole LANTIER, Alette VERILLON et al *Enfants handicapés à l'école: des instituteurs parlent de leurs pratiques*, (11ème collection) INRP, Harmattan, 1994 p.50.

³⁰ Denis DIDEROT, op.cit, p. 68.

³⁰ Audrey SITBON, op.cit.

camerounais de l'Economie et de la Planification du territoire (Cameroun). La question du handicap est au centre des politiques publiques. Le service de démographie du ministère cité ci haut, chargé de concilier la population et le développement, avance que : les handicapés ne trouvent pas tous guérison quant à leur contrariété sanitaire. Nous sommes dans un contexte de précarité, où les institutions hospitalières ne sont pas fortement rapprochées des malades. Si bien était le cas, il y'a un autre obstacle lié aux exonérations.

De nombreuses personnes à travers le monde éprouvent des difficultés à accéder aux soins en raison de nombreux facteurs. Au rang de ces personnes se trouvent les personnes vivant avec un handicap. Les facteurs les plus cités constituant des obstacles au recours aux soins sont l'éloignement des centres de santé par rapport aux domiciles, les difficultés financières.³¹

Au Cameroun, l'Etat fait des efforts pour améliorer la qualité et la quantité de service afin de satisfaire les populations handicapées. Malgré l'implication des pouvoirs publics pour moderniser les équipements et le personnel soignant, des manquements subsistent. Les centres de traitement éprouvent de besoins, de telle sorte que nous sommes confrontés à la qualité et à la quantité des services. Nous pouvons lire :

La dégradation du niveau de vie des populations malgré la volonté affichée des autorités politiques de lutter contre la pauvreté, touchant près de 40 % de la population camerounaise[...], ne permet d'accéder à des soins de santé de qualité dans un environnement où l'offre de soins en terme de quantité et de qualité laisse à désirer [...]³²

Cette remarque documentaire est appuyée empiriquement à partir de deux récits de terrain. Pour une source, « On a demandé une grosse somme d'argent à ma maman pour m'opérer. Je souffre de cataracte, il faut m'opérer sinon(...) Un million, elle dit qu'elle ne peut pas réunir ça »³³. La même idée est carrément reprise chez un autre interlocuteur, il déclare : « ça prend beaucoup d'argent, ma maman dépensait 30.000 en moyenne par rendez-vous »³⁴. Ce sont des sommes considérables et importantes pour ces deux informateurs. Il demeure que la santé est parfois dépendante du coût économique. L'OMS ne se détache pas des constats ci-dessus dans l'une de ses interventions.

Le système de santé mondiale n'est pas assez consistant, c'est la raison fondamentale que la prise en charge des handicapés demeure non satisfait de par le monde (L'OMS).La santé

³¹ Victor Stéphane MVODO, Le handicap comme risque de faible recours aux soins de santé au Cameroun, démographie, Rapport d'activité, MINEPAT, Cameroun, <https://uaps2015.princeton.edu/papers/150257/21/09/2020/17h/47min/Ciber>, p. 2.

³² Idem.

³³ Entretien du 29/11/2020.

³⁴ Entretien du 30/11/2020.

humaine est primordiale dans le processus d'épanouissement des individus. En fait, les catastrophes naturelles, la crise économique, la vulnérabilité, les guerres, entre autres accentuent la fracture sociale entre les handicapés et leur santé. Cependant, ils auraient des besoins sanitaires élevés dans la mesure où leurs comportements à risque seraient culminants. On peut d'ailleurs lire de l'OMS que :

Malgré la très grande importance accordée à la santé, de nombreuses personnes handicapées dans le monde continuent de trouver leurs besoins en santé insatisfaits [...] Les personnes handicapées indiquent rechercher davantage de soins de santé que les autres et avoir davantage de besoins non satisfaits. Une enquête récente portant sur les personnes ayant des troubles mentaux importants a montré qu'entre 35% et 50% d'entre elles dans les pays développés et entre 76% et 85% d'entre elles dans les pays en développement n'ont reçu aucun traitement au cours de l'année précédant l'enquête. Le processus de vieillissement de certains groupes de handicapés commence plus tôt que la normale. Les personnes handicapées seraient les personnes ayant des taux de comportement à risque plus élevés : tabagisme, mauvaise hygiène alimentaire et inactivité physique. En outre, la fréquence du handicap est en partie majorée du fait de populations vieillissantes et de l'augmentation des maladies chroniques.³⁵

Autrement dit, le statut sanitaire des handicapés augmente le déficit hygiénique. Dans ce cas de précarité, qu'elle est la responsabilité de l'Etat dans la prise en charge des handicapés ?

La santé publique voudrait que l'Etat s'implique à fond, il en va de sa fonction. Jeanine POMMIER et Olivier GRIMAUD développent l'idée que la santé des individus est une émanation de l'Etat. Il doit prendre des dispositions pour satisfaire sa population. Une telle thèse est plus captivante, lorsque les personnes handicapées sont concernées. De manière basique et synthétique, l'Etat a « *la responsabilité collective de la santé et le rôle clé de l'État dans la protection et la promotion de la santé publique; l'orientation sur des groupes de population ou sur des populations entières* ». C'est alors ambivalent de constater que :

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et son bureau régional pour les Amériques (PAHO) constatent que la santé publique est souvent négligée par les gouvernements en tant que responsabilité sociale et institutionnelle et qu'il est nécessaire de moderniser l'infrastructure pour son développement. Le deuxième constat est que le réaménagement du champ de la santé publique ne peut passer que par la définition claire de son rôle ainsi que des concepts sur lesquels elle se base.³⁶

³⁵OMS, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>,30/11/2020/16h/33min.

³⁶Jeanine Pommier, Olivier Grimaud, « Les fonctions essentielles de santé publique : histoire, définition et applications possibles », in Santé Publique 2007/hs (Vol. 19), (pages 9 à 14), p. 1, <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-hs-page-9.html?contenu=auteurs/22/09/2020/17h/04min/Ciber>.

Ce comportement terre n'est pas le propre des Amériques. Au Cameroun, le matériel d'hospitalisation et les praticiens sont inférieurs à la demande des malades. Le journal camerounais REPERES a engagé des réflexions sur la santé publique et l'indigence. Il retient que la santé des individus en général ne trouve pas un répondant adéquat au Cameroun. Il existe toujours l'écart entre demande de soin et satisfaction. Au plan literie, dans les hôpitaux publics, 26 lits sont disponibles pour 10.000 malades. Ensuite 1, 5 médecins correspond à 10.000 patients. Enfin, la pauvreté s'élève au taux de 37% au Cameroun. Une fréquence qui fusionne les personnes valides et les invalides³⁷. Le contraste de cette analyse est la globalisation des données rendant moins visibles les Handicapés dans la population globale. Cependant, son contour matériel isole celui humain.

Le suivi des handicapés dépend aussi du facteur humain. Tout ne saurait se résumer ni aux ressources matérielles. Les DV sont des individus sensationnels. Il nécessite à leur égard un soutien mental. C'est ce genre d'affection qui secrète la cohésion entre le HV et son entourage. Il fait face à une quête de reconnaissance. Barbara CARNEVALI maintient que l'acteur social est une personne d'estime. « L'« estime » est une valeur et une appréciation positive que l'on peut attribuer à une personne, aussi bien que l'« estimation », l'acte de déterminer la valeur et le prix d'une chose et d'une personne, au sens moral, économique, esthétique, etc. »³⁸ Ce sentiment d'appartenance est au socle de l'intégration. Du moins, revenant sur Audrey SITBON, il faut :

*Valoriser une personne en l'écoutant et en l'aidant à exploiter ses ressources afin qu'elle se sente comprise, estimée – ce qui, in fine, contribuera à donner un sens à son existence – est prioritaire si l'on s'intéresse à la santé des personnes déficientes visuelles, même si d'autres aspects, notamment économiques ou d'accès à la prévention et aux soins, ne sont pas à négliger.*³⁹

Nonobstant ce constat, la problématique du handicap ne se limite pas à l'intervention étatique. Les acteurs de la société civile sont aussi des maillons essentiels. Nous appréhendons ce point de vue à partir des efforts réunis des citoyens pour prendre en charge les malades. La littérature suivante introduit l'imaginaire sociale du handicap en s'intéressant à **la construction sociale de l'explication du handicap en Afrique.**

³⁷ Journal REPERES, Le Cameroun en 100 repères, n°900, 21/09/2020. p. 1.

³⁸ Barbara CARNEVALI, « Aisthesis et estime sociale. Simmel et la dimension esthétique de la reconnaissance », in revue Terrains et Théories, <https://doi.org/10.4000/teth.686.4> | 2016 Consulté le 02/12/2020/14h/06min/ciber.

³⁹ Audrey SITBON, INPES, op.cit.

D'entame, l'ethnie et la religion ont des connaissances atypiques à propos du handicap. La représentation sociale des collectivités n'est pas toujours en faveur de la thèse scientifique. Concevant le cas camerounais, Olivia DEMAIN relève que « *Les représentations sociales du handicap au Cameroun sont fonction de l'appartenance ethnique et religieuse.* » C'est à partir de l'ethnie que sont véhiculées les pensées sur les handicapés. Le handicap est relativement toléré par communauté. « *Chacune de ces ethnies a une façon qui lui est propre de voir le handicap* ». Les familles religieuses quant à elles, se forment des imaginations qui ne sont pas toujours éloignées de celle des communautés ethniques. Les personnes handicapées sont très souvent indexées de mauvais sort, de malfaiteurs dans leurs communautés d'origine⁴⁰. Moins explicite sur les types de conceptions, on devrait mieux discerner les conceptions selon Jean Pierre FOPA.

Effectuant une analyse générale sur la conception du handicap en Afrique centrale, Jean Pierre FOPA fait état de deux genres de conception. Il existe des handicapés d'infortune, et ceux de « *chance* ». Certes humains, les communautés développent des représentations ambiguës sur les personnes handicapées. Ces représentations contribuent à l'écart des handicapés, ou à leur rapprochement. De toute façon, il y'a toujours une certaine flétrissure de la population handicapée. Ces imaginaires n'aident pas toujours les déficients, au contraire, ils les situent comme des « *a sociaux* », et parfois des sociables. Le handicapé est toujours stigmatisé. C'est toujours l'une des deux conceptions qui prévaut. « *Dans la plupart des cas, les mythes et les conceptions sur le handicap sont à fort potentiel dévalorisant et renforcent la construction et la structuration des préjugés et des stigmates qui défavorisent la personne handicapée.* » Ils sont classés dans la catégorie des sorciers, des impures et de tous les péjoratifs justifiant l'animosité, ou la présence des individus abjects. « *Ces mythes sont, dans la majorité des cas, relatifs aux prétendus pouvoirs mystiques que détiendraient des personnes handicapées (malchance, chance, guérison, etc.)* »⁴¹ Au demeurant, l'auteur expose plus l'imaginaire péjoratif des handicapés sans en préciser les types de handicapés référencés. C'est justement pourquoi le MINAS envisage certaines précisions.

⁴⁰ Olivia DEMAIN, Vivre le handicap au Cameroun, Mémoire présenté en vue de l'obtention du Master professionnel 2ème année en Déficiences et activités physiques adaptées, Université Marc Bloch de Strasbourg, 2007. <https://www.rfi.fr/fr/emission/20190216-afrique-jeunes-africains-situation-handicap-pauvrete-education-integration21/09/2020/18h/07min/Ciber>.

⁴¹ Jean Pierre FOPA, Mythes et conceptions sur le handicap en Afrique Centrale. Communication au Séminaire sous régional de « Formation et de plaidoyer sur la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées et son Protocole facultatif », Yaoundé, Cameroun, 23 - 25 novembre 2010.

Les albinos tout comme les malades mentaux sont toujours mystiquement stigmatisés. Parfois démunis, ces acteurs sociaux relèvent du spiritisme, de l'occultisme. L'inaptitude du recul réflexif des communautés sur les indigents est au fondement de ces conceptions culturellement valides, mais scientifiquement refoulées. Les cas précis « *d'albinos* » et des malades « *mentaux* » sortent du cadre théorique, pour s'appliquer comme règle sociale révérée. Du rapport de l'opinion, on retient cet extrait :

Pour ce qui est des fondements de ces mythes, ils sont de plusieurs ordres notamment, l'ignorance, la croyance à la magie et à la sorcellerie. Les conséquences sont que les personnes handicapées sont stigmatisées et la thèse scientifique du handicap rejetée. On ne saurait manquer de signaler de nombreux cas de mutilations des albinos en raison des croyances fallacieuses qui sont courantes à leur égard. Les handicapés mentaux quant à eux sont abusés sexuellement car, selon certaines mentalités profondément ancrées dans le pays, ils apporteraient la chance. Dans de nombreuses familles, des jeunes enfants handicapés sont cachés dans certaines pièces de la maison d'où ils ne sortent presque jamais afin de les tenir éloigner du regard des visiteurs. La personne handicapée est donc traitée comme sous-produit humain.⁴²

Cette perception atypique ne favoriserait donc pas une attention particulière et une prise en charge optimale. Ce cadre d'analyse témoigne de ce que notre axe d'analyse n'est pas abordé par ces auteurs. Le marquage dont développe l'auteur n'a pas toujours de relent mystique, mais aussi social selon les médiats.

En Afrique, le handicap s'assimile à la pauvreté, l'intégration dans les groupes de pair devrait limiter cette stigmatisation. La Radio France Internationale réalise un programme d'animation dessus. Sur les 7.55 milliards (sept milliards, 55 millions) de populations que comptait le monde en 2017, quasiment 1 milliard souffre de handicap. « *D'après le premier Rapport mondial sur le handicap produit conjointement par l'OMS et la Banque mondiale, plus d'un milliard de personnes aujourd'hui dans le monde souffriraient d'un handicap.* » En Afrique surtout, les jeunes sont confrontés à plusieurs difficultés. Nombreux ne se « *soignent pas* », ne vont pas à l'école, et au-delà de tout, ils sont pauvres, démunis. La cause s'explique par l'indisponibilité des services appropriés à leur demande.

En Afrique, les handicapés vivent souvent dans des conditions difficiles, et particulièrement les jeunes handicapés. Des jeunes qui sont généralement « en plus mauvaise santé », atteignent des niveaux d'éducation plus bas, et présentent des taux plus élevés de pauvreté que les personnes non handicapées. Cette situation est due,

⁴² Ministère des Affaires Sociales et al (2010), Rapport du séminaire sous-régional de formation et de plaidoyer sur la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées et son Protocole facultatif, Yaoundé, Cameroun du 23-25 novembre 2010.

*dans une large mesure, au manque de services à leur disposition et aux nombreux obstacles qu'elles rencontrent dans leur vie de tous les jours.*⁴³

Sauf qu'il y'a des handicapés prospères. L'émission donne l'une des solutions en cours d'exploitation au Niger, qui consiste à créer et susciter l'adhésion des handicapés dans des associations dédiées à la cause. N'est-ce pas dit-on « *qu'un bras ne monte pas de fagot* », pour reprendre une connaissance culturelle. La fusion des énergies pour revendiquer les choses communes est parfois une pression pour satisfaire de quoi de droit. A ce propos, l'émission énonce que :

*[...] le Niger où nous plongeons dans le quotidien d'X, paralysé des deux jambes depuis ses quatre ans, suite à une poliomyélite. Aujourd'hui, ce jeune Nigérien est artisan et très engagé dans le milieu associatif des handicapés du pays. Il milite en faveur de leur intégration dans la société. »*⁴⁴.

L'actualité sur le handicap que développe cette émission apprend le lecteur sur les spécificités africaines du handicap ; nonobstant, son approche associative d'inclusion gagnerait à joindre celle psychologique. En outre, l'auteur a écarté la priorité qu'accordent les politiques publiques à ce phénomène social.

C'est par revendication sociale que le handicap a commencé par être pris en compte par les politiques publiques. Le handicap n'a pas toujours été une priorité des politiques européennes. Considéré comme « *écart* », le handicap ne faisait pas partie des priorités politiques. Humains, les handicapés n'avaient pas une accessibilité fluide aux « *soins de santé primaire* ». Il a fallu attendre la décennie 1970 pour constater des revendications portant sur la réévaluation de cette catégorie sociale. En effet c'est la conférence d'Alma-Ata qui a accéléré l'assimilation des handicapés. Ainsi, la dynamique sur la considération des déficients s'est progressée. Pour Clémence BUSSIERE, dire déficient, c'est classer les acteurs. La société use d'un mécanisme propre pour écarter les uns auprès des autres notamment les déficients. Sa thèse est que c'est : l'environnement inadapté définit le handicap. Le handicap est un produit social. D'ailleurs, l'extrait suivant donne des précisions.

Depuis la conférence d'Alma-Ata en 1978 les SSP sont mis en avant pour la réduction des inégalités de santé à travers le monde. Dans la deuxième moitié du XXème siècle également, le regard que la société porte sur les personnes handicapées a changé

⁴³ Ismaël TRAORE et Diara NDIAYE, Radio France Internationale, Titre de l'émission : Le combat des jeunes Africains en situation de handicap, Audio 48 min:30 s, Publié le : 14/02/2019/17min:28s/<https://www.rfi.fr/fr/emission/20190216-afrique-jeunes-africains-situation-handicap-pauvrete-education-integration>21/09/2020/18h/07min/Ciber.

⁴⁴ Ismaël TRAORE et Diara NDIAYE, idem.

*(Ravaud et Mormiche 2000; Ville, Ravaud et Letourmy 2003). Ce n'est que très récemment que la considération du handicap s'impose comme un enjeu des politiques sociales et sanitaires. [...]C'est la notion de norme qui prime : le handicap se présente comme un écart à « une norme », elle-même définie par la société. Il semble que le terme « inadaptation » serait plus à même de qualifier la vision contemporaine du handicap: c'est bien un environnement inadapté qui entraîne une « situation de handicap ».*⁴⁵

La reconnaissance législative du handicap est certes une avancée, ce qui n'influe en rien la conception anthropophagique. **La revue qui succède est de relent pessimiste.**

Certaines rédactions soutiennent que les albinos sont parfois prétendus à l'anthropophagie énonçant ainsi leur ablation. Les albinos font partie des aliments de festins mystiques. Chez les scientifiques, il faut traiter l'albinisme en déphasage des conceptions culturelles. L'albinisme est « *Une anomalie génétique induisant un handicap certain* ». Cette composante sociale, dans leur majorité absolue s'expose à de maladie irréversible. A dire que leur déficience avis, est attaquée par une autre pathologie qui les entrainerait sans doute au décès. « *L'accès aux soins médicaux étant limité, on estime que près de 98% des personnes atteintes d'albinisme mourront d'un cancer de la peau avant 35 ans.* »⁴⁶ Au Malawi, les albinos font partie intégrante des repas de rituel. Dans l'une de ses campagnes contre l'ablation des albinos au Malawi, Amnesty International a d'abord exposé l'usage des albinos dans les rites traditionnels. Ce sont des personnes (albinos), dont l'entourage a une considération mystique. Il est établi qu'ils représentent des outils et moyens intermédiaires dans les cérémonies communautaires. Les mystiques, comme les archaïques utilisent des organes d'albinos dans les cérémonials au Malawi. Les personnes albinos :

*Sont à la fois considérées comme surnaturelles, à la limite entre l'humain et le divin, et en même temps stigmatisées, leurs organes et fluides étant utilisés lors de rituels à la fois mystiques et archaïques. Mélanger du sang albinos avec des poudres mystérieuses dans l'objectif d'obtenir l'immortalité n'a rien d'original. L'idée que leurs os contiendraient de l'or, que la maladie serait contagieuse.*⁴⁷

⁴⁵ Clémence BUSSIERE, Recours aux soins de santé primaires des personnes en situation de handicap : analyses économiques à partir des données de l'enquête Handicap-Santé, Thèse de doctorat de l'université PARIS-SACLAY, Santé publique – sciences économiques, 2016, p. 217.

⁴⁶ ARIQUE DURABLE 2030, une revue d'Africa 21 sur la mise en œuvre de l'agenda 2030 de développement durable en Afrique et une plate-forme d'échanges entre praticiens et chercheurs du sud et du nord, n°06, Minorités en Afrique et Agenda 2030, 2018-2019, p. 54.

⁴⁷ Document de campagne, Amnesty International, cinq faits à savoir sur l'albinisme au Malawi, 1er décembre 2016. Disponible sur <https://www.amnesty.org/fr/latest/campaigns/2016/12/5-facts-about-albinism-in-malawi/23/09/2020/13h/21min/Ciber>.

La cannibalisation telle que constatée ne nous apprend rien de l'accès aux soins ophtalmologique de la catégorie des malvoyants et de non-voyants.

Le handicap est d'immanence social. Pour l'Organisation Mondiale de la Santé, toutes les catégories sociodémographiques sont susceptibles au risque de déficience. Personne n'est épargné. Quelquefois, c'est le temps qui détermine les malades de demain, car le taux de prévalence renseigne sur la possible augmentation des cas. Nonobstant, comme toute pathologie, il y'aurait des strates démographiques vulnérables que d'autres. L'extrait qui suit nous situe sur les catégories les plus touchées tout en énonçant certaines causes :

Les plus touchés par le handicap sont les femmes, les personnes âgées et les pauvres. Les enfants de ménages défavorisés, les enfants des peuples autochtones ou des minorités ethniques sont eux aussi beaucoup plus exposés au risque de handicap. Les femmes et les filles handicapées sont souvent en butte à une « double discrimination » alliant violence sexiste, mauvais traitements et marginalisation. De ce fait, les femmes handicapées sont souvent plus défavorisées que les hommes handicapés et que les autres femmes. Les autochtones, les personnes déplacées à l'intérieur de leur pays, les réfugiés, les apatrides, les migrants et les détenus handicapés ont eux aussi difficilement accès aux services.⁴⁸

Il apparait que la population pauvre est vulnérable au handicap comparée à celle nantie. Les femmes, les vieux, les enfants, les minorités dont il est question dans l'extrait ci haut ont pour trait commun la faible protection sociale. Ils sont en proie à un déficit économique, qui traduit la pauvreté, et donc l'exposition au risque de handicap. Cette approche ne prend pas en considération les trajectoires thérapeutiques des patients.

La thèse anti nataliste introduit l'hypothèse que le taux du handicap est tributaire de la démographie abondante. Avec Benoît LIBALI, la fécondité en Afrique est d'actualité. Il écrit : « *Les niveaux actuels de la fécondité africaine sont, pour la plupart des observateurs, l'expression d'un maintien des valeurs traditionnelles d'essence ancestrale* »⁴⁹. La population du continent augmente comme le constate Thérèse LOCOH⁵⁰ « *Désormais, chaque nouvelle enquête vient confirmer que l'Afrique subsaharienne s'engage dans une nouvelle phase de la transition démographique mais nombre de pays ne donnent encore que les premiers signes de ce tournant* ». Pour croiser les informations, le taux de prévalence du handicap est de 1,5% au

⁴⁸ Organisation Mondiale de la Santé, Projet de plan d'action mondiale de l'OMS relatif au handicap 2014-2021, un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées, Organisation Mondiale de la Santé, 2016, p. 2 .

⁴⁹ Benoît LIBALI, Comportements reproductifs en République du Congo : permanences et changements. Pour une approche contextuelle et dynamique de la fécondité, thèse de Doctorat PhD en Sociologie-Démographie, Université de Bourgogne, 2015, p. 4.

⁵⁰ LOCOH, Thérèse (2002), « structures familiales et évolutions de la fécondité dans des pays à fécondité intermédiaire d'Afrique de l'ouest », in bulletin démographique des nations unies, n° 48/49, (p. 177), pp 177- 192.

Cameroun. Au fait, plus on vieillit, plus la marge du handicap évolue. Le temps exerce une pression sociale de par les distensions humaines qui émergent. De manière synthétique, le BUCREB⁵¹, s'appuyant sur des indicateurs du recensement de 2005 estime ce qui suit : 262.119 individus vivent avec au moins un handicap, dont 127.738 femmes et 134.738 hommes. En effet, si les informations quantitatives sur la question du handicap visuel ne sont pas à jour chez nous, du moins, on enregistre 10,9% d'aveugles. Tous les âges concernés, les hommes, 10,4% sont moins victimes que les femmes (11,4%)⁵². Ce qui suppose un taux de prévalence nationale de 1,5%. Si l'espace rural totalise 1,7% ; celui urbain se réduisait à 1,3%. La Banque Mondiale et l'OMS (2010)⁵³ signalent que la population handicapée est estimée à 15% de la population mondiale. La critique demeurant est que le handicap est préventif, de même que jeunes et vieux ont parfois les mêmes handicaps.

La faible quantification des déficients visuels (10%) intéresse peu, comparé à la prédestination sanitaire. Nous abordons les trajectoires thérapeutiques des déficients visuels au Cameroun. L'ultime partie de cette revue repose sur l'interventionnisme scientifique.

Pour la dernière thématique, les sciences sociales sont au service de la maladie.

Ridha ABDMOULEH remarque que les sciences sociales et la maladie se rapprochent. Pour l'auteur, la question de la santé ou celle portant sur la maladie ne sont pas des exclusivités de la médecine. Les sciences telles que : « *la sociologie, l'anthropologie* » ont des raisons valables de s'investir dans ces domaines. La santé, la maladie ont d'abord un fondement socio-culturel qu'il faut appréhender. Les acteurs sont toujours animés des représentations sociales qui expliquent leur vécu. L'auteur écrit :

Nous assistons de nos jours à un intérêt croissant accordé par les sciences sociales aux questions relatives à la santé et à la maladie. Cette réalité représente en soi un grand tournant ainsi qu'un acquis considérable. Car, en effet, parler de la santé et de la maladie au même titre que le médecin, il y a environ un demi-siècle, était presque de l'ordre de l'inconcevable. Désormais, des disciplines, comme l'anthropologie et la sociologie, ne cessent de s'affirmer, affichant leur volonté de s'impliquer davantage dans la pratique sociale contribuant ainsi à la compréhension et à la résolution des problèmes auxquels se heurtent les

⁵¹<http://www.bucrep.cm/index.php/en/home/47-3eme-rgph/volume-ii--analyses-thematiques/137-resume-situation-socioeconomique-des-personnes-vivant-avec-un-handicap#:~:text=Le%20milieu%20rural%20a%20un,7%25%20dans%20la%20population%20rurale>. Consulté le 17/09/2020/17h/49min/Ciber.

⁵² Bucreb, disponible sur <http://www.bucrep.cm/index.php/fr/recensements/3eme-rgph/20-3eme-rgph/presentation/16/09/2020/16h/20min/Ciber>.

⁵³ Monic AMOR NDJABO, L'expérience de l'incapacité motrice à Yaoundé - Cameroun : une analyse des perturbations biographiques, thèse de doctorat de sociologie de développement, (co-tutelle) Université Catholique d'Afrique Centrale-Université Rennes 2, 2018, p. 08.

*populations. Un champ de recherches et d'investigations consacré à la construction sociale de la maladie et de la santé a vu le jour.*⁵⁴

Cet extrait cautionne notre idée de saisir l'accès des personnes handicapées visuels aux services ophtalmologiques à partir de la sociologie de la santé. Dans ce sens, la science permet de saisir les pathologies chroniques comme la cécité.

Non exhaustive, cette revue de littérature révèle un fait : la pertinence du phénomène du handicap dans le monde. L'Afrique réalise des constats ennuyeux : la conception pessimiste des personnes handicapées. Ces recherches ont le mérite de situer l'actualité sur le handicap, par contre leurs défauts est de ne pas avoir insisté sur la relation à la santé visuelle des handicapés. C'est pourquoi, le sociologue devrait approfondir cette dimension, en analysant les obstacles que les DV rencontrent dans la prise en charge.

Cette recherche élabore une sociologie de la maladie, voire de l'accès à la santé qui a pour exigence d'investiguer sur le rapport entre la pathologie (la déficience visuelle), la médecine de Yaoundé et l'accès à la santé des yeux. Il existe une médecine définie par les voyants, et qui concerne des malades non-voyants comme les mal voyants. La question de la santé se résume quelque fois au renseignement. Or, il se trouve que les déficients visuels camerounais ne sont pas toujours bien informés pour accéder aux soins et à la prévention. Il n'existe pas de véritable mécanisme d'adaptation à leurs besoins. Il y'a des difficultés d'accès à l'information, aux services de soins, des obstacles économiques ou psychologiques. Le développement au Cameroun ne saurait négliger la santé des déficients visuels, du fait qu'un handicapé de vue est d'abord une ressource humaine, il ne faudrait pas sous-estimer ses compétences. Les personnes handicapées visuelles ont des droits de santé au Cameroun. La vision est complexe, et pertinente dans les interactions. Les atteintes de la vue, tendent à déformer la cohésion, en ce qu'elles empruntent de nouvelles formes excluant ceux qui sont différents des « *normaux* ». L'aveugle, le mal voyant dans la société des voyants est confronté à une double adaptation : sa cécité et sa société. Une société d'ailleurs construite au dépend de la vue. Dès lors, le sociologue concilie les deux dimensions (cécité et société) pour appréhender la prise en charge. C'est cette problématique qui justifie les questions de recherche suivantes :

⁵⁴ Ridha ABDMOULEH, « Construction sociale de la maladie et rapport aux médecines. Une approche dynamique et intégratrice », in Revue algérienne d'Anthropologie et de sciences sociales, n°38, 2007. <https://journals.openedition.org/insaniyat/3239>.

III-QUESTIONS DE RECHERCHES

1-QUESTION PRINCIPALE

Comment expliquer l'accès difficile aux soins ophtalmologiques des handicapés visuels à Yaoundé ?

1-1-QUESTIONS SECONDAIRES

-Comment se représente la prise en charge ophtalmologique à Yaoundé ?

-Qu'est-ce qui explique les obstacles liés à la santé ophtalmologique des personnes mal voyantes et non voyantes à Yaoundé ?

-Comment s'intègrent quotidiennement les déficients visuels dans une société qui n'interprète pas toujours ce handicap comme une pathologie ?

-Quels effets sociologiques génèrent les difficultés d'accès aux soins ?

IV-HYPOTHESES

1-HYPOTHESE PRINCIPALE

Les difficultés d'accès aux soins ophtalmologiques s'élucident à partir d'une inter-ignorance des mécanismes de prise en charge chez les patients et l'administration, phénomène qui génère des conséquences sociales.

1-1-HYPOTHESES SECONDAIRES

-Organisée par l'Etat du Cameroun et ses partenaires locaux, la prise en charge se représente comme une réalité étendant des connaissances psycho-sociales, médicales, comme matérielles, et dont la pertinence est relativement comprise par les patients.

-Les obstacles sont dus à une inter-ignorance parfois partagée entre les acteurs institutionnels, les soignés, sur l'information conforme à la prise en charge, ce qui rigidifie l'accès communicationnel, économique à la santé, tout en incitant la médecine traditionnelle.

-Les déficients visuels développent des rationalités quotidiennes en guise de méthode psycho-sociale et matérielle de survie au sein de leur cadre sociétal pour recouvrer une certaine cohésion relative et confiance en soi.

-Les effets sont d'ordre psycho social, exprimant la stigmatisation des déficients visuels, et dont une prise en charge rigoureuse nécessite une reconstruction sociale de la réalité qui repose sur le pragmatisme administratif, l'éducation des acteurs et la modernisation de la prise en charge.

V-METHODOLOGIE

1- Cadre théorique

Nous appréhendons la déficience sous l'angle interactif.

-Théorie des représentations sociales : de la construction sociale de la réalité à « la santé-maladie »

Le concept de « *représentation* » utilisé ici est emprunté à la psychologie sociale, introduit par Serge MOSCOVICI. Cependant, son usage en sociologie en tant qu'impulsion théorique et épistémologique est d'Émile DURKHEIM, lorsqu'il segmente « *les représentations religieuses de celles magiques* »; ou oppose la distinction entre « *les représentations individuelles* » et celles « *collectives* »⁵⁵.

S'appuyant sur Denise JODELET, la représentation :

*Est une forme de connaissance socialement élaborée et partagée ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. Elle n'est pas le simple reflet de la réalité, mais fonctionne comme un système d'interprétation de la réalité qui organise les rapports entre les individus et leur environnement et oriente leurs pratiques.*⁵⁶

On s'inspire de la démarche sociologique élaborée par Peter BEGER et Thomas LUCKMANN afin d'exercer l'étude empirique. Traitant de la « *connaissance* », les auteurs posent la question suivante : « *comment se fait-il que l'activité humaine produise un monde des choses?* »⁵⁷ Le monde social est une production humaine, une réalité objective, l'acteur est une production sociale à partir des expériences de la socialisation primaire, puis de celle secondaire.

Deux concepts génèrent le social, à savoir : la « *réalité* » et la « *connaissance* ». Par réalité, notons qu'il s'agit d'une « *qualité appartenant à des phénomènes que nous reconnaissons comme ayant une existence indépendante de notre propre volonté* ». Alors

⁵⁵Émile Durkheim, *Les formes élémentaires de la vie religieuse : le système totémique en Australia*, Paris, F. Alcan, 1912.

⁵⁶ Denise JODELET, *Les représentations sociales*, Paris, PUF, 1997. p. 36.

⁵⁷ Peter BEGER and Thomas LUCKMANN, *The social construction of reality; a treaty of a sociology of knowledge*, Armand colin, Paris, 1977, p. 30.

que la connaissance est « *la certitude que les phénomènes sont réels et qu'ils possèdent des caractéristiques spécifiques* »⁵⁸. Consubstantiels, la combinaison de ces deux concepts résume le social. En réalité, l'acteur n'agit pas toujours qu'en fonction des connaissances reçues de la socialisation. Ce dernier construit son imaginaire au grès des interactions et des possibilités ou intérêts à recouvrir: « *la réalité de la vie quotidienne n'est pas seulement constituée d'objectivations. Celles-ci forment également la condition sine qua non de son existence* »⁵⁹.

Cette analyse théorique est bénéfique dans la mesure où nous avons pénétré les réalités et connaissances des individus pour déceler les origines sociales du handicap visuel. Il a été question de saisir comment certains expliquent leurs déficiences avec ou sans explications médicales, dégager les groupes de déficience tout en relevant les stratégies d'accompagnement du gouvernement face à un phénomène parfois d'exclusion. La représentation sociale a tout de même permis de donner sens à la reconstruction du secteur socio-sanitaire afin de l'acclimater aux exigences actuelles. La connaissance tout comme l'ignorance des enquêtés ont donné d'élaborer d'espèce de nouvelle schème de savoir. Cette théorie est complétée par l'approche santé maladie.

L'approche de Claude HERZLICH⁶⁰ entendue comme celle de la santé et maladie cerne les opinions, les informations, le niveau de culture, pour matérialiser les fonctions des représentations sociales des cibles. Ces représentations communicationnelles, reconstructives, et de maîtrise de l'environnement ont dévoilé l'importance des savoirs uninominaux dans une société cohabitée par les handivisuels et les « *normaux* ». Cette grille méthodologique est prolongée par l'ethnométhodologie.

-L'ethnométhodologie

« *L'ethnométhodologie est un courant de la sociologie américaine né dans les années 60* »⁶¹. S'inspirant d'Harold GARFINKEL, la recherche sociologique s'exerce sur les « *interprétations* » de circonstance des actions rationnelles des acteurs sociaux. Le postulat de ce courant est que : « *La relation entre acteur et situation ne sera pas le fait de contenus culturels ni de règles, elle sera produite par des processus d'interprétation* »⁶².

⁵⁸ Peter BEGER and Thomas LUCKMANN, Op.cit. pp. 7-8.

⁵⁹ Idem., p. 53.

⁶⁰ Claude HERZLICH, *Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale*, mouton Paris la haye, 1969.

⁶¹ Alain COULON, *L'ethnométhodologie*, Paris, PUF, 1987, p.3.

⁶² Idem, p.6.

L'analyse des comportements ordinaires, des actions « rationnelles », qu'il qualifie de « *raisonnement sociologique pratique* »⁶³ se concrétise à partir des représentations sociales, puis reposent sur des explications sociales. Il s'agit de cerner les méthodes, les subterfuges, les mécaniques élaborés par les acteurs afin d'appréhender leur rationalité quotidienne. C'est une approche permettant de saisir les acteurs en individuel ou en groupe, où ils fabriquent des procédures pour « *donner sens et en même temps accomplir leurs actions de tous les jours : communiquer, prendre des décisions, raisonner* »⁶⁴. Sans doute, les relations étant dynamiques, ce courant ouvre l'importance à l'actualisation des comportements. Qu'elle est l'usage de l'ethno-méthode?

*L'observation attentive et l'analyse des processus mis en œuvre dans les actions permettraient de mettre à jour les procédures par lesquelles les acteurs interprètent constamment la réalité sociale, inventent la vie dans un bricolage permanent*⁶⁵.

Il est question d'évaluer chacune des méthodes employées par les acteurs dans le quotidien afin de rationaliser leurs actions.

*Les études ethnométhodologiques analysent les activités de tous les jours comme des méthodes que les membres utilisent pour rendre ces mêmes activités visiblement rationnelles et rapportables à toutes fins pratiques, c'est-à-dire descriptibles*⁶⁶.

En mobilisant ce courant pour répondre à la deuxième question de recherche, il est cerné les difficultés sociales et administratives qui expliquent pourquoi les personnes dépourvues de vue, et les collectivités humaines qui l'entourent, se constituent parfois en obstacle de prise en charge. Sont saisis, les interprétations sociales découlant de la culture, l'accompagnement technique, et la question de management des handicapés qui définissent les itinéraires thérapeutiques des malades. De même, sont interprétés les stratégies individuelles d'accès à la santé, qui impliquent le capital relationnel, économique, culturel et la question d'éthique dans la thérapie. Cette grille est bouclée par le stigmatisme social.

-Le stigmatisme social

Le stigmatisme social ou l'étiquetage est une théorie élaborée par Erving GOFFMAN. En son époque, l'auteur parcourt le phénomène de handicap social afin de le dépouiller des opinions et ainsi ressortir les caractéristiques.

⁶³ André AKOUN et Pierre ANSART, Dictionnaire de sociologie, Paris, Le Robert/Seuil, 1999, p.201.

⁶⁴ Alain COULON, Op. cit. p.26.

⁶⁵ Idem, p.28.

⁶⁶ Harold GARFINKEL, cité par André AKOUN et Pierre ANSART, ibid.

*On demande à l'individu stigmatisé de nier le poids de son fardeau et de ne jamais laisser croire qu'à le porter, il ait pu devenir différent de nous ; en même temps, on exige qu'il se tienne à une distance telle que nous puissions entretenir sans peine l'image que nous nous faisons de lui. En d'autres termes, on lui conseille de s'accepter, en remerciements naturels d'une tolérance première que nous ne lui avons jamais accordée. Ainsi, une acceptation fantôme est à la base d'une normalité fantôme.*⁶⁷

L'auteur pose qu'en interactions, les acteurs disposent au sens psychosocial des comportements qui les catégorisent en leurs octroyant des « *attributs* ». Dès lors, on assiste au stigmatisme social qui étiquette l'individu. Ce résultat d'étiquetage est issu d'un mécanisme approprié et véhiculé par les mêmes acteurs.⁶⁸ Ainsi, dit l'auteur : « *Je ne m'occupe pas de la structure de la vie sociale, mais de la structure de l'expérience individuelle de la vie sociale* ». ⁶⁹ Le sociologue dès lors réfléchit sur « *l'information sociale* », c'est-à-dire celle que la personne communique d'elle-même ou d'un tiers⁷⁰ sur la déficience visuelle à Yaoundé.

Dans les sociétés inclusives, il existe toujours deux catégories d'individus, d'une part les « *stigmatisés* » et d'autre part des « *normaux* ». Loin d'un jugement moral, l'auteur entend traduire la dichotomie de conception des individus les uns aux autres pour se singulariser. Le discrédit devient une marque catégorielle attribuant une identité « *virtuelle* » (ce qu'il n'est que par jugement de l'autre) qui altère parfois la « *réelle* » identité. Nous sommes dans la logique d' « *Il y a les stigmates que laissent la maladie ou l'accident* ».

Avec Erving GOFFMAN, nous élaborons les effets psycho-sociaux qu'engendre la situation du handicap visuel, en corrélation à l'accès à la santé. La déficience visuelle chez les cibles est inguérissable. Leur prise en charge, leur acclimatation à l'environnement de vie où continue l'adaptation ; fabriquent des effets auxquels le chercheur doit avoir accès. Ce qui admet de comprendre pourquoi est-ce que le « *handicap* » est dilué dans le temps, comment les concernés et leurs environnements provoquent les conséquences ? La théorie a accordé de l'importance au « *passing* », au « *marquage* », à la dissimulation du handicap et aux types de stigmatisme. Ces théories mobilisées sont suivies par des techniques de collectes et d'archivage d'informations.

⁶⁷ Erving GOFFMAN, *Stigmates. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Ed. Minuit, 1975, Résumé, (Tradfr, 1^{re} éd. 1963).

⁶⁸ Idem, Op.cit., p. 22.

⁶⁹ Idem.

⁷⁰ Idem, p. 8.

2-Techniques de collecte de données

S'inspirant de l'approche qualitative qui n'exclut pas forcément celle quantitative, cette recherche opte pour les observations et entretiens.

2-1-Observation indirecte

C'est une technique renseignant les faits à partir de certaines analyses préexistantes sur le sujet ou les aspects qui gravitent.

-L'observation documentaire.

Emanant de l'observation indirecte, l'examen documentaire a essentiellement permis la recherche de référence de documents déployant la problématique du handicap (visuel) à partir des ouvrages, les articles scientifiques, les journaux, les documentaires sur la question du handicap dans le monde et au Cameroun. Cette documentation est plus ou moins récente à l'année 2021, et en dessus des années 1960. L'importance de cet outil consiste à recueillir des informations qui sont distinctes, de ce qu'offrent des textes et statistiques sur l'état de l'art du handicap. Cette technique est mise en œuvre dès le début de notre recherche, c'est-à-dire : avant même le séjour sur le terrain et pendant la rédaction. Elle esquisse des pistes de réflexion, discerne les sentiers battus, et construit le « *recul réflexif* ». Un contemporain souligne à cet effet que : « *Hormis les cas d'extrême urgence, l'enquête n'est jamais entreprise sans un dépouillement de la documentation accessible sur le sujet choisi. Sur le terrain, il est recommandé de consulter les archives [...]* ». ⁷¹Dans ce sens, nous avons exploité la documentation sur les travaux antérieurs, portant sur : la didactique des personnes déficientes visuelles, la problématique des représentations du handicap, la question du ratio malades et infrastructures etc. Il s'agit des documents physiques et numériques en rapport au thème des handicapés et handicapés visuels. C'est à partir du dépouillement de ces thématiques, que notre axe de réflexion sur l'accès difficile aux soins spécialisés des handicapés de vue est affermi. Ces documents sont capitaux pour l'intuition scientifique, raison pour laquelle, l'essentiel de leur contenu est placé en début de ce mémoire. Surélevons cette technique par une autre.

⁷¹Jean-Claude COMBESSIE, *La méthode en sociologie*, I, l'observation, Paris, Repères, La découverte, 2007, pp. 12-23.

2-3-L'observation directe

Elle rapproche le chercheur de l'objet et des pratiques à analyser.

-L'observation « *in situ* »

Elle donne la possibilité d'aller voir et de saisir les pratiques sociales en temps réel, apprécier les acteurs déficients visuels en rapport aux soins ophtalmologiques. Par contrainte et par choix, le laboratoire du sociologue est le terrain. Il est observé les acteurs de terrain en situation du handicap, en situation de santé, de prise de décision, d'insertion sociale. Le chercheur va vers eux et les acteurs connexes pour apprécier le quotidien, l'adaptation, la représentation du handicap de la vue. Ils sont saisis en relation avec les textes. Il est observé les acteurs handicapés dans leur mobilité de domicile/externe, à l'hôpital. De même qu'un regard est dirigé vers les administrateurs en situation d'accompagnateur des HV. Cette observation soulève les pistes de réflexion à propos du niveau des informations des acteurs, les réflexes, les obstacles économiques, les confusions [...] Si l'éthique permet d'exercer la profession de soignant, ou de discipliner les patients, quelles conditions la rende-elle favorable ? Est-une attitude socio-professionnelle ou circonstancielle ? L'accent est porté sur les pratiques qui concourent au maintien de la santé visuelle, le diagnostic, l'adaptation à la pathologie ; puis les attitudes du personnel chargé de suivre les handicapés visuels, et A ceux-ci, les balades de rue des déficients, les discussions entre déficients visuels/voyants ne sont pas en reste [...] Distant des observés, le chercheur n'interrompt pas le déroulement des activités au risque de modifier les actions. Le réel ne se porte pas forcément du regard, de ce fait, nous avons donné une écoute attentive du fait que les interviewers n'accorderaient qu'on ne regarde, ce qu'ils nous laissent regarder. Il est émis une pratique réflexive pour densifier les données, et argumenter les idées. L'observation est menée dans les sites retenus et détaillés plus bas. Une période de trois mois parcellisée en semaine (01, 02 ou 2,5 semaine (s) en un mois) entre janvier et juillet 2021 ont permis d'atteindre la saturation d'informations. De commun accord avec Everett HUGHUES, on retient que :

Le travail de terrain sera envisagé ici comme l'observation des gens in situ : il s'agit de les rencontrer là où ils se trouvent, de rester en leur compagnie en jouant un rôle qui, acceptable pour eux, permette d'observer de près certains de leurs comportements et d'en donner une description qui soit utile pour les sciences sociales

*tout en ne faisant pas de tort à ceux que l'on observe. Même dans le cas le plus favorable, il n'est pas facile de trouver la démarche appropriée.*⁷²

Dans notre situation, nous observons les itinéraires thérapeutiques, le capital économique d'accès à la santé [...] Il découle que les actions, les textes, les causeries, les gestes, les objets personnels, l'autonomie des personnes déficientes et de la collectivité sociale (qui en principe est chargée de les suivre sur la question sanitaire) sont les mines de renseignements. L'observation peut parfois introduire des biais que trient les entretiens.

2-4-L'entretien

-L'entretien semi-directif

Cette technique participe à la semi-centralité du discours des interviewers handicapés visuels et non handicapés. Cet entretien est concrétisé par 04 guides d'entretien. Un pour les déficients visuels. Le deuxième s'adresse à l'ophtalmologue. Le suivant s'intéresse au psychologue ; et le dernier intègre les autorités du ministère des Affaires sociale (cadres et service social). Le « *guide d'entretien* » est l'outil d'aide-mémoire par lequel est répertorié l'ensemble des thèmes abordés, sous la forme des questions ouvertes et parfois fermées. Ce guide comprend des thèmes généraux qui correspondent à un objectif de connaissance, et des questions générales qui ont des sous-questions plus ou moins établies. Différents du point de la forme, ces quatre guides complexifient les informations pour percevoir le fond de la problématique.

En effet, il (le guide) nous présente 03 caractères : celui exploratoire qui nous a servi de test en ce que nous regroupons les données utilisables ultérieurement tout en offrant certaines précisions sur l'objet. Celui principale, dans ce sens qu'il (entretien) nous a permis d'affirmer les hypothèses de départ. L'ultime guide a joggé les deux premiers pour se rassurer de la cohésion dans les idées. Nous avons disposé de trois mois pour finaliser cette approche. Afin de justifier l'importance de cet entretien semi-directif, Luc ALBARATO soutient qu'il donne de saisir « *l'écoute, la parole, le sens* »⁷³ que les individus ont d'eux-mêmes.

Pour remédier les faiblesses de la mémoire, les questions étaient imprimées sur format, pendant que les informations furent recueillies par un téléphone androïde à cause de sa capacité

⁷²Everett HUGHE, « La place du travail de terrain dans les sciences sociale », in *Le regard sociologique*, Paris: EHESS, 1996, p.267.

⁷³ Luc ALBARELLO, *Apprendre à chercher*, De Boeck, Bruxelles, 1999, p.43.

de capture, d'enregistrement, de stockage et de conservation. 34 informateurs sont concernés dans cette recherche. Ce sont les personnes handicapées visuelles/patients/soignés, les responsables des entreprises sanitaires/soignants et ceux du Ministère des Affaires Sociales/accompagnateurs. De par sa complexité, l'entretien semi-directif complète les renseignements recueillis par l'observation documentaire et celle directe. De même, il a fallu suivre timidement les informateurs handicapés visuels pour plus de sérénité.

2-4-5-L'étude de cas

Technique qualitative, l'étude de cas est une analyse approfondie des faits. A partir d'une prospection spécifique de cas, la technique apporte des informations qualitatives. Son intérêt repose sur l'apport des données de fond. Interpréter, saisir les expériences et les significations des trajectoires thérapeutiques des déficients visuels recommandent d'utiliser cette approche. Olivier DOUVILLE⁷⁴ estime que : « l'« étude de cas » porte l'intérêt sur le travail d'analyse et de présentation du matériel concernant une personne en situation. » Pendant que Laurence KOHN et Wendy CHRISTIAENS affinent cette technique en l'immisçant à l'observation. L'étude de cas consiste alors à donner sens aux expériences de vie des enquêtés.

*Le but de la recherche qualitative est de développer des concepts qui nous aident à comprendre les phénomènes sociaux dans des contextes naturels (plutôt qu'expérimentaux), en mettant l'accent sur les significations, les expériences et les points de vue de tous les participants.*⁷⁵

La nécessité de cette technique est due au fait que la recherche se veut qualitative. De ce fait, nous avons relevé les expériences de rencontre entre normaux en compagnie de DV ; entre DV et compères, ceci a permis de cerner les opinions pour interpréter le sens. Ensuite, la thématique du handicap visuel en rapport à la santé est spécifique. Pendant le travail empirique, nous avons découvert le capital en usage dans la thérapie qui peut ou non favoriser l'éthique socio-professionnelle, la situation des représentations sociales du handicap ainsi que les stratégies d'accompagnement des HV. De même, il faut assimiler la confiance qu'accordent les handicapés de vue aux ressources qui sont octroyées pour leur accompagnement. Appréhender l'utilité de leurs démarches, également les « effets pervers » et « effets émergents » advenus du

⁷⁴Olivier DOUVILLE, *Les méthodes cliniques en psychologie*, (Chapitre 6 : L'étude de cas : de l'illustration à la conviction, Claude Revault D'ALLONNES), Paris, Dunod, 2014. pp. 101-115.

⁷⁵ Laurence KOHN et Wendy CHRISTIAENS, « *Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances* », in « Reflets et perspectives de la vie économique », en ligne <https://www.cairn.info/revue-reflets-et-perspectives-de-la-vie-economique-2014-4-page-67.htm>. Paris, De Boeck Supérieur, 2014, pp 67-82.

handicap en rapport à la santé. En réalité, ce procédé est utilisé pendant la phase de pré-enquête, et celle d'enquête. Pour mieux l'exploiter, il est immergé dans l'observation directe et l'entretien semi-directif où nous sommes passés plus de trois fois chez 04 handicapés visuels. La technique s'érige avec les personnes déficientes visuelles ainsi que les normaux pour réaliser les conceptions de déficiences, la réadaptation sociale, le quotidien qui sont autant d'éléments sanitaires. Il est question d'enregistrer les données vocales à partir d'un téléphone androïde pour ensuite les exploiter. Une période de trois mois a été suffisante pour son exploitation. A ceci nous majorons le récit de vie qui traduit le rapprochement à l'intimité.

2-4-5-Récit de vie

Chaque parcours de vie d'une personne est synthèse de multiples déterminations, d'interactions et des actions de la personne elle-même. Aussi chaque récit d'un parcours de vie contient-il, sous forme narrative, des informations et des significations sur des niveaux très divers de réalité.⁷⁶

Le récit de vie est du registre d'étude qualitative. C'est une production orale de l'enquêté face au chercheur, où le premier article autour d'événements ayant marqué son social, son handicap visuel. Le malade est confronté à une situation où il est acteur, auteur et même lecteur. Ces analyses situent les considérations sociales qui planent sur sa maladie. La déficience visuelle dans la société des voyants est un sujet complexe où il est question d'associer les récits des déficients visuels et des visuels, cette « *mémoire* » permet de percevoir les différences de traitement, les options de traitement, l'ignorance de certains, les revendications non fondées des autres. Les cibles, ont un handicap constaté à la naissance ou acquis, ce qui suppose : une situation initiale, un événement perturbateur, des péripéties et une situation presque finale. Comment se résilie-t-on à un handicap visuel ? La pathologie étant individuelle, le chercheur interroge les trajectoires sociales des enquêtés. Le sens qu'ils donnent à leurs expériences, à leurs anecdotes, à ce qu'ils n'arrivent pas à voir, à ce qu'ils ne peuvent qu'écouter ; se constituent comme des données pertinentes dans la compréhension des itinéraires thérapeutiques. Le chercheur a discuté en compagnie de 06 déficients visuels pour réaliser leur récit de vie. S'inspirant de certaines questions du protocole d'entretien, nous avons émergé plusieurs dans 10 domiciles où 06 enquêtés ont montré la volonté de s'accorder au récit de vie. Les questions déployées pour les récits de vie, sont intégrées dans les entretiens, puis renfermées dans le magnétophone de notre téléphone androïde. L'usage de discussion de récit de vie est de trois mois (temps de terrain). Nous avons rencontré les mal voyants et aveugles

⁷⁶Daniel BERTAUX, *Le récit de vie*, Paris, Armand colin (4ème édition), 2016, 4ème de couverture.

dans leur domicile pour avoir plus de quiétude. Au crépuscule des techniques de recherche, comment analyser les informations recueillies ?

2-4-6-L'analyse des informations : l'analyse de contenu thématique

D'abord, après avoir recueilli les informations, nous les avons traitées à partir de l'analyse de contenu thématique. En réalité, de manière manuelle, il a été question de transcrire, retranscrire ultérieurement, et lire les verbatimes. Ensuite, de coder les informations pour dégager les sous-thématiques dans lesquelles les dimensions, indicateurs et indices ont jailli. Ce cadre se présente comme une partie du fond thématique de notre mémoire. En outre, ces données ont été catégorisées. Cette étape a permis de regrouper les idées récurrentes et similaires, puis de les classer en fonction des thématiques répertoriées dans le guide d'entretien tout en incluant les nouveaux thèmes soulevés par les interviewés. Ainsi, cinq thèmes ont été abordés (causes de l'accès laborieux à la santé, l'encadrement du handicap, l'insertion sociale, l'effet, la reconstruction de la prise en charge). Ces thématiques ont été parfois les concepts, et ont contribué à la définition des nominatifs des parties, puis chapitres. Enfin, nous avons inféré. L'inférence a exercé un examen systématique et méthodique des documents et verbatimes. La pratique consistait à diminuer les biais et essayer de réaliser l'analyse objective. A présent, constituons l'échantillon.

3-Echantillon probabiliste et l'échantillonnage stratifié

Le choix repose sur le fait d'accorder aux cibles (personnes souffrant de déficience visuelle et les autorités impliquées dans le système de santé) la même chance d'appartenir à l'échantillon. En outre, l'usage des sous-ensembles d'enquêtés (DV, PS, cadre/employé administratif) sied à cette démarche, et par conséquent, l'échantillonnage stratifié se présente comme celui adéquat du fait de son homogénéité. Les déficients visuels (mal voyant/non voyant situés à moins de 5/10 d'acuité visuelle) étant la cible principale, ils cumulent en terme stratifié environ 68%. Le reste d'enquêtés est évalué à 32%.

Ayant constaté la variabilité de la cible, il a été procédé par une sélection systématique où nous avons d'abord subdivisé les enquêtés en 02 groupes : les HV et les acteurs connexes de santé.

-Les HV. Disposant d'un répertoire de 48⁷⁷ déficients visuels (mal voyant et aveugle), que nous avons sélectionné systématiquement dans leurs plateformes numériques; on a retenu 38 potentiels informateurs, auxquels 28 correspondaient aux critères objectifs de déficience visuelle (ne pas voir ou bien voir les silhouettes, incapables de lire sur le papier écrit). Aussi, ces enquêtés ont manifesté le désir de participer à l'enquête malgré certaines anxiétés, dues aux précédentes enquêtes les ayant abusées.

-Les acteurs connexes sont choisis par profil professionnel que nous avons indiqué dans nos correspondances adressées à leur hiérarchie. Un profil plus ou moins mis à la disposition par les administrations concernées (les informations précises sont développées plus bas). Eu égard de la relation à la santé, on a sélectionné 13 structures pour ne bénéficier de l'approbation de 06. En fonction de l'adhésion des structures au projet de cette recherche, certaines ont mis à notre disposition un personnel sollicité pour la cause de la recherche. C'est dans cette mesure qu'ophtalmologue, Aide-soignant, psychologue, cadre/employé administratif, travailleur social, ont apporté des informations.

Travaillant sur les conditions d'accès à la santé chez les personnes déficientes visuelles à Yaoundé, l'activité empirique, à ce titre interroge un échantillon de 34 informateurs. S'inscrivant dans l'étude qualitative, l'information a atteint la saturation à ce niveau. De même, six sites d'observation ont été exploités. L'observation in situ des acteurs handicapés ou non, exige des descentes sur le terrain. A propos de la collecte d'informations, nous rencontrons les acteurs où ils se trouvent : les bureaux pour les employés; les maisons et parfois l'espace public chez les HV. A présent, constituons la grille des enquêtés.

***Le public directement concerné**

C'est la population sur laquelle porte l'investigation : les handicapés visuels et les autorités sanitaires. Nous avons rencontré 28 déficients visuels, 03 personnels de santé et 03 managers du Hv. Au total, cette recherche a mobilisé 34 enquêtés parmi lesquels 23 non-voyants ; 05 mal voyants ; 06 voyants. 16 hommes et 18 femmes. Nous avons constaté la déficience physique et normative avant que l'enquêté soit retenu. Dans le tableau ci-dessus, il est présenté l'échantillon dans ses diverses catégories.

⁷⁷ C'est à partir des intermédiaires et plates-formes numériques que nous avons obtenus le nombre 48. Cette technique nous a été inspirée après la pré-enquête d'implémentation difficile.

Tableau 1: Échantillon et les différentes catégories

Echantillon	Catégories stratifiées			Totaux
Soignés/Handicapés visuels	Mal voyants	Non-voyants		28
	05	23		
Soignants	Psychologue	Ophtalmologue strabisme	Infirmière	03
	01	01	01	
Accompagnateurs/Agents d'administration	Minas/Sous-directrice de la protection sociale des personnes handicapées (service social)	Minas/Sous-direction de la protection sociale des personnes handicapées /Agent	Centre Pasteur du Cameroun/Secrétariat Général/Secrétaire	03
	01	01	01	
				34

La taille de cet échantillon est connue. Son taillage ne garantit pas certes la qualité et la pertinence des informations. Au fond, ce nombre a facilité de par nos approches méthodologiques la découverte, l'amélioration des savoirs, toute en résolvant notre doute. Cette partie amorce la carte de situation.

4-Site d'investigation : Yaoundé.

Sur le plan cartographique, voici comment se présente la ville de Yaoundé logée dans le département du Mfoundi.

Photo 1: Carte de situation de la ville de Yaoundé.



Source : Coopération Cameroun Banque mondiale, Ministère de l'Habitat et du Développement Urbain.⁷⁸

CAY: Commune d'Arrondissement de Yaoundé.

Pourquoi le choix de la ville de Yaoundé ?

Yaoundé s'est constituée comme pôle d'observation à cause de son statut politique, démographique et sanitaire. Yaoundé est la capitale politique, siège des institutions et centre névralgique de prise de décision. C'est l'espace de prise de décision et du vote de loi sanitaire. En outre, le milieu urbain compte moins de DV, « 1,3% »⁷⁹, ce qui pourrait favoriser l'accès à la santé du point de vue quantitatif. De même qu'on croise les HV dans les coins de la ville accompagnés ou non. La culture urbaine influencée par l'accès à l'information à partir des moyens classiques et modernes a forcément un imaginaire sur le HV. Le dernier élément repose

⁷⁸ Cette carte est choisie à dessin dans le sens où nous n'avons pas pu trouver une autre qui sied à l'enjeu hospitalier dans le département du Mfoundi.

⁷⁹ Monic AMOR NDJABO, L'expérience de l'incapacité motrice à Yaoundé - Cameroun : une analyse des perturbations biographiques, thèse de doctorat de sociologie de développement, (co-tutelle) Université Catholique d'Afrique Centrale-Université Rennes 2, 2018, p. 08.

sur la présence des centres hospitaliers de référence ou non, les services sociaux et Centre d'entraide des déficients visuels. La ville de Yaoundé a été sectionnée en plusieurs sous-sites.

L'unique site est Yaoundé où nous avons mobilisé 4 sous sites que sont : 3 hôpitaux abritant les services ophtalmologiques (le Centre des Handicapés d'Etoug-Ebé, Bingo et le CPC). Puis, un Club (Club Des Jeunes Aveugles Réhabilités du Cameroun) ; les habitations (et autres espaces communicationnels) des patients. Enfin, nous avons investi les locaux du ministère des Affaires Sociales. Ces choix correspondent aux lieux où trouver les informateurs, sinon observé l'accès à la santé ophtalmologique. Plus distinctement, voici les détails sur les endroits investis.

*Le Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Cardinal Paul Émile LÉGER (CNRPH-Etoug-Ebé) est un Établissement Public administratif situé au quartier Etoug-Ebé. Créé en 1971 par le prélat Canadien suscité, plu tard le centre est cédé à l'Etat. Sur l'aspect sanitaire, ce centre concourt à la réhabilitation et à la reconversion des personnes handicapées, dont plusieurs des enquêtés l'ont fréquenté au moins une fois. Propriété de l'Etat, le centre accueille et prend en charge toutes les catégories de personnes handicapées. Une telle spécificité est bénéfique à notre recherche sur le rapport à la santé de personnes handicapées visuels. Ces atouts font de ce milieu, une cible potentielle, au-delà du fait qu'il est sollicité par les déficients visuels, les campagnes ophtalmologiques, un personnel approprié et une école inclusive. En profondeur, il nous renseigne sur les conditions, les contraintes de santé visuelle des patients. Le centre est l'un des choix de référence de l'Etat pour patient. La question de l'inapplication de l'exonération demeure d'actualité contrairement à la cible qui suit.

*Le Centre Pasteur du Cameroun est situé dans le quartier administratif de Yaoundé. Créé en 1959, le Centre Pasteur est en partenariat avec le Ministère de la Santé Publique du Cameroun. Sa spécificité est la mise en relation des équipes scientifiques, médicales et de techniciens de laboratoire. Le CPC⁸⁰ investit au projet de santé pour endiguer certaines maladies, faire la promotion de la santé par des prises en charges, les exonérations partielles entre autres. Il excelle dans l'analyse médicale. Le critère de sélection de ce Centre est l'accueil de quelques patients déficients visuels, l'application de l'exonération partielle, soit 50%. Si ce centre est d'ordre international, celui qui suit est national.

*BINGO-Baptist hospital de Nsimeyong. Hôpital privé confessionnel, il est doté d'un important service d'ophtalmologie. La pertinence de ce centre permet d'observer comment la

⁸⁰ CPC est le Centre Pasteur du Cameroun.

question ophtalmologique est traitée dans l'espace privé, accrédité comme assistant du HV par la loi 2010. En plus, les patients fréquentant Bingo émettent implicitement le souhait d'inclure cet hôpital. La pré-enquête a permis de consulter le laboratoire ophtalmologique et le PS qui nécessairement ont consolidé l'idée de collaborer avec ce centre. L'accès à la santé prend en compte la différence entre hôpital privé et public qui peut se constituer en obstacle si le patient n'est pas suffisamment informé. Cependant, l'hôpital ne fait pas de don aux HV comme au CJARC.

*Le Club des Jeunes Aveugles Réhabilités du Cameroun (CJARC). Au début, c'est un centre créé par deux citoyens camerounais déficients visuels en 1988. La structure est transformée en 2013, dès lors, elle s'est revêtue de la dénomination de Club. Ce Club est certes privé, autrement, bénéficie des financements de l'Etat du Cameroun et de plusieurs partenaires individuels/collectifs à l'échelle nationale et internationale. Ce n'est pas un hôpital, mais une société d'appui médical, académique (...) des autres membres déficients en détresse. L'infirmier gérée par l'infirmière, le personnel et les élèves ML et NV qui bénéficient des appuis médicaux du Club sont concernés par la prise charge. C'est pour des questions d'expérience d'accès à la santé de DV, de cible déficiente visuelle, d'appui technique, scolaire, stratégique des handicapés visuels camerounais que nous l'avons retenu. Toutefois, nous avons été influencé par les interviewés de la pré-enquête qui ont identifié cet espace comme celui à scruter. Le club influence le quotidien des DV, toutefois la planification nationale de la prise en charge est menée par d'autres institutions.

*Les services administratifs de santé logés dans les ministères sélectionnés. 02 ministères nous servent de support heuristique en ce sens qu'ils définissent et appliquent la politique sanitaire des personnes handicapées ; de même que leur clairance éthique est d'un apport maximal pour la collecte des informations. Sont affiliés à cette étude : le Ministère de la Santé (MINSANTE-Hôpital) ; le Ministère des Affaires Sociales (MINAS-Centre social). Sur le plan médical, ce sont des structures qui veillent sur la santé entend que détenteurs de pouvoir administratif, facilitateurs de l'obtention du statut de déficient et de l'appui technique (cane), adjuvants de soin (médicaux, éducatifs), spécialistes de santé (ophtalmologue, Aide-soignant). Ces astuces exposent les contraintes auxquelles sont confrontés les acteurs. De toutes ces structures, on ne croise pas toujours les handicapés visuels qui sont parfois chez eux, dans la rue [...]

*Les résidences des handicapés visuels. L'expérience visuelle renseigne qu'il est difficile de rencontrer les aveugles et mal voyants à l'hôpital. Ils sont rarement alités. A partir des plates-

formes de déficients visuels, nous avons enregistré les contacts pour effectuer les rencontres. Ainsi, plusieurs ont accepté de les rencontrer à domicile, pendant que quelques autres nous ont reçu dans des espaces propices à l'informatisation (banc public, espace scolaire). Certainement déficients, ces derniers ne sont pas alités c'est pourquoi nous allons les rencontrer. De plus, les domiciles et espaces publics sont propices à la relaxation, à la certitude des DV. Surtout, les domiciles donnent d'observer le cadre de vie, saisir l'histoire de vie ; appréhender l'ordre (des meubles, ustensiles, outils personnels et collectifs) des locaux, de cachette de CNI, le matériel médical, les réactions de l'entourage qui sont autant d'astuces pour assimiler l'accès à la santé.

***Modalité sur les lieux d'investigation⁸¹**

L'approche empirique a mobilisé 13 quartiers/espaces sociaux du département du Mfoudi. A partir du mode de recrutement aléatoire et systématique basé sur les listes de plateformes WhatSapp de déficients visuels, les quartiers et autres lieux ci-après ont été concernés. Il s'agit d'Ekouou, Kondengui, Obili, Ngoa-Ekélé, Melen, Nkolndongo, Etoug-ebé, Ekie, Mimboman, Marché du Mfoundi, Post-centrale, Quartier administratif, et Nsimeyong. Sont donc concernés, les arrondissements de Yaoundé I, IV, V, et VI. Ce palier ferme l'énumération des sites d'investigation.

VI-DEFINITION DES CONCEPTS

Dans le cadre de cet exercice, 04 vocables sont clarifiés, notamment : « *handicapés visuels, les soins ophtalmologiques/spécialisés, accès aux soins et ville* ». Dans le sens durkheimien, le sociologue doit énoncer clairement son lexique pour s'écarter des « *prénotions* » et de « *préjugés* ». En prolongeant, Pierre BOURDIEU remarque ce qui suit :

[...] c'est surtout en sociologie que ces prénotions, pour reprendre l'expression de Bacon, sont en état de dominer les esprits et de se substituer aux choses. En effet, les choses sociales ne se réalisent que par les hommes ; elles sont un produit de l'activité humaine⁸².

⁸¹ L'annexe V reprend en détaille la répartition des interviewés sur l'espace.

⁸² Pierre BOURDIEU, Jean-Claude CHAMBOREDON et Jean-Claude PASSERON, *Le métier de sociologie*, Paris, Mouton, 1973, p.27.

1-Handicapés visuels

-La personne handicapée :

Au Cameroun, elle désigne « *Toute personne dans l'incapacité d'assurer par elle-même tout ou partie des nécessités d'une vie individuelle ou sociale normale, du fait d'une déficience physique ou mentale, congénitale ou non.*⁸³ » Dans ce sens, la définition ressort quelques caractéristiques :

a-La situation de handicap ou sa qualification résulte d'une double situation : la désignation administrative de « *l'anormalité* », puisque, peut-on lire : « *Toute personne dans l'incapacité [...]* ». L'anormalité est l'étrangéité, ce qui a des caractéristiques spécifiques comparés à l'expérience commune. Ensuite la « *reconnaissance* » de cette distinction qui veut que le patient, du fait de sa déficience, soit considéré ainsi.

b-Le handicap concerne les individus de sexe masculin et féminin. Les composantes d'individus sont : les enfants, les jeunes, adultes et les vieillards. Tout le monde est susceptible d'être handicapé, certes les formes physiques et psychologiques sont déterminantes pour s'identifier, mais il faudrait bien le démontrer par un certificat national d'invalidité valide.

c-L'incapacité des concernés. Le handicap de la personne doit se constituer en obstacle physique et/ou psychologique, le limitant sur le plan individuel voir collectif à assumer ses propres fonctions. Ce sont des fonctions les handicapés n'arrivent pas à remplir sans l'aide d'un tiers. C'est par voie médicale que l'incapacité est déterminée à travers le taux d'IPP (Incapacité Potentielle Permanente). Sous cet angle, on peut envisager la définition du HV.

- Le handicapé visuel

Le handicapé visuel est celui qui souffre de mal voyance ou de non voyance incurable (dans notre cas, l'IPP≤49%). C'est-à-dire que la vue ne peut pas être améliorée par les soins ophtalmologiques. Un handicapé visuel concerne toute infirmité liée à la vue. Il peut s'agir d'une anomalie congénitale ou acquise par des acteurs sociaux camerounais de deux sexes. Les handicapés visuels, sont du registre des « *personnes handicapées* », car, concernés prioritairement par le handicap physique : le sens de la vue, donc les yeux sont l'organe. Ce handicap physique considère les déficients sensoriels dont les composants sont ; les mal

⁸³ Loi n°2010 / 002 du 13 avril 2010, portant protection et promotion des personnes handicapées. L'assemblée nationale a délibéré et adopté. Le Président de la république promulgue la loi dont la teneur suit : chapitre premier des dispositions générales. Article 1er : la présente loi porte protection et promotion des personnes handicapées.

voyants et les aveugles⁸⁴. Les premiers apprécient (très faiblement) au plus des silhouettes. Leurs acuités visuelles sont réduites. Cependant, ils aperçoivent au moins un peu de lumière. Néanmoins, le peu de vue disponible ne peut pas être améliorée, de ce fait s'affaiblit chronologiquement.

Les deuxièmes (aveugles) sont privés complètement du sens de la vue. Ils ne voient rien, et c'est irréversible. Les deux catégories peuvent utiliser l'aide technique médicale qu'est la « *canne blanche, les lunettes* ». En bref, le handicap visuel est persuadé comme une limitation des opérations et des fonctionnements du système visuel.

Il découle que la personne handicapée visuelle éprouve une certaine incapacité. Alors elle est incapacité, déficiente, infirme. Dans ce registre, notre étude s'appuie sur des cas de déficients visuels. Cette approche est purement fonctionnelle dans la mesure où le handicap visuel se conçoit à partir d'une fonction, de la mobilité du concerné. Dans les conditions collectives, un DV peut-il solliciter les soins ophtalmologiques quotidiennement sans avoir recourt à l'aide d'un tiers ? De ce fait, l'approche sociale et surtout médicale (c'est le médecin qui établit le CMS et calcule le taux IPP) sont incluses. En sociologie de la santé, il devient évident de parcourir les acteurs pour s'assurer de la nature des faiblesses à partir de leurs conceptions du handicap. La représentation du handicap Est-elle médicale, institutionnelle, stratégique, sociale ? Correspond –elle aux différentes variables citées ci-haut ? Il est probable que c'est la manière d'être des acteurs en coaction qui traduit un handicap, et non la détermination clinique ou non. Comment utilise-t-on le handicap pour avoir accès aux soins spécialisés ? L'expression (handicap) est inductrice dans la mesure où elle limite la cible déficiente, et nous donne accès aux données, précise les trajectoires thérapeutiques, et croise la norme et le choix des centres de prise en charge des patients.

2-Les soins ophtalmologiques

Au sein des entreprises de santé, la question de soin ophtalmologique peut se réduire à celle de soin spécialisé. La précision en vaut la peine parce que la vue se constitue comme une spécialité dans le corps de la santé. Basiquement, l'Ophtalmologie est alors « *cette partie de la médecine qui traite des affections de l'œil et de ses annexes* ». L'ophtalmologie se constitue en prise en charge des soins ophtalmologiques. Les soins ophtalmologiques se rapportent à la santé du sens de la vue, dont l'œil est l'organe. Il peut s'agir des deux yeux, marqués par une pathologie qui les rend soit mal voyants, soit les obscurcis. Le spécialiste se sert de

⁸⁴ Loi n°2010, op.cit, article 3, pp. 1-2.

« l'ophtalmomètre », « l'ophtalmoscope, l'ophtalmoscopie » ou « l'ophtalmométrie » pour distinguer les pathologies de l'œil que sont « l'ophtalmie, l'ophtalmoplégie »⁸⁵. Notons que les malvoyants non suivis risquent la cécité complète ; les aveugles quant à eux nécessitent un suivi oculaire pour limiter les desquamations des yeux et des pathologies oculaires qui viendraient compliquer une cécité éprouvant déjà l'acteur, s'exposant aux risques des maladies opportunistes⁸⁶. C'est le personnel de santé (Médecin généraliste, ophtalmologue) qui discerne les vues et délivre un CMS.

Unité d'observation, les personnes handicapées visuelles sont une catégorie sociale dont l'imaginaire social a tendance de catégoriser en genre particulier de personne. Cette assertion ne s'écarte d'ailleurs pas du fond de définition que les textes légaux accordent à ces malades. Pour plus de précisions, nous éclatons en 2 l'expression (soins spécialisés) ci-dessus.

Débutons l'exploration de ce vocable (soins spécialisés) par un constat de précision, pour situer l'interpellation nécessaire pour les soins de santé spécialisés.

*Les travailleurs de la santé sont confrontés à de nouvelles situations de soins qui leur demandent d'acquérir de nouveaux savoirs, de nouvelles habiletés et de nouvelles attitudes. Les soins spécialisés à l'hôpital exigent que les soignants soient de plus en plus performants.*⁸⁷

En d'autres termes, ces services sont complexes et délicats, c'est pourquoi, il leur est exigé beaucoup de savoir-faire.

Les soins spécialisés sont typiques à un domaine. Le domaine exploité ici est l'ophtalmologie qui est reliée aux problématiques de déficience de vue et crises connexes. En effet les pathologies sont parcellarisées. Les soins médicaux spécialisés couvrent les travaux de pratique courante et l'application habituelle des connaissances médicales spécialisées. Les soins primaires ne pouvant pas traiter certaines singularités de la maladie, il est question de se référer à un spécialiste de la question, qui apporte des « services » ou « soins de santé spécialisés ». Cette définition de l'appellation est commune à l'activité dédiée à ce registre. C'est dans cette optique que des observateurs estiment que : c'est lorsqu'il y a « risque », que s'impose forcément les services de spécialiste. On peut lire ce qui suit : « le risque très élevé d'infection

⁸⁵ Jacques QUEVAUVILLIERS, Dictionnaire médical de poche, Paris, Elsevier Masson, 2007, p. 35-336.

⁸⁶ Informations issues des enquêtes de terrain.

⁸⁷ GUYLHEME PERODEAU et Dénise COTE, *Le virage ambulatoire : défis et enjeux*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2002, p. 166.

auquel est exposé le patient explique en grande partie la nécessité des soins spécialisés et adéquats »⁸⁸.

Les soins spécialisés s'occupent des maladies « *rare, grave, chronique et invalidante* », nécessitant « *des soins lourds et prolongés.* » Il se trouve que la déficience visuelle est une maladie chronique, permanente, « *grave* » ou dangereuse et sur tout « *invalidante* ». ⁸⁹ Tout ce lexique renseigne sur l'incapacité sociale qu'entraîne la maladie chez l'individu. Le suivi de ceux qui sont affectés par ces caractéristiques est assuré par des soins spécialisés.

L'ophtalmologue, le psychologue [...] sont notre cible principale dans la mesure où ils s'occupent des DV. Le personnel de santé chargé de soins spécialisés est un traitant. Ces médecins partagent parfois leurs activités distraitemment avec ses patients. Le sociologue de la santé immerge cette organisation des soins pour faire émerger des réalités qui favorisent l'accès laborieux à la santé des personnes déficientes visuelles⁹⁰. Le rapport aux soins exige une déontologie de la part des acteurs en coaction, dès lors, nous devons s'assurer de l'application de ce leitmotiv, socle granitique de l'accès à la santé. Quelle réponse, a notre système de soin face à la demande de déficient visuel ? Le concept de soin ophtalmologique est interdépendant de celui de handicapé visuel, une consubstantialité qui dévoile le quotidien, la représentation, les conséquences ou le projet de réfection de l'accès à la santé. Que veut dire l'accès à la santé ?

3-L'accès aux soins (de santé).

Pour les textes normatifs de santé des handicapés, l'accès aux soins est fondamental. Lorsque les individus d'une communauté peuvent adresser avec une facilité plus ou moins grande les doléances, au service de santé sollicité, à une tierce personne, alors, on parle d'accès aux soins de santé. Ce vocable médical qu'empreinte la sociologie de la santé met en relief plusieurs dimensions de possibilité. A Yaoundé, il s'agit de la barrière économique, physique, culturelle (connaissance/ignorance), nomenclature (écriture braille), de favoritisme (économique), matériel (cane), de psychose entre autres, qui sont des paramètres d'accès à la santé. Ces dimensions conditionnent l'accès à la santé, ou le rendent si laborieux malgré les mesures de simplification. Cette expression comme le souligne un contemporain est d'usage

⁸⁸ Ann AERTS, Dorine NEVELSTEEN and al, *Soins de plaies*, Paris, Deboeck, 1998, p.245.

⁸⁹ Doris BONNET, *Repenser l'hérédité*, Paris, Archives Contemporaines, 2009, p. 69.

⁹⁰ Danièle CARRICABURU, Marie MENORET, *Sociologie de la santé*, Chapitre 5 - Sociologie de l'activité médicale : des médecins et des patients, 2004. pp. 75-90.

double forme : soit elle exhibe les bonnes qualités d'un système de santé ; soit elle critique négativement. Laurent CHAMBAUD, écrit :

*La notion d'accès aux soins revient régulièrement dans les débats autour de notre santé. Elle est très souvent utilisée soit pour louer l'universalité de notre système, soit au contraire pour en dénoncer les insuffisances ou les dangers, et notamment les inégalités qu'il laisse perdurer ou se creuser.*⁹¹

Nous analysons les deux sens tout en comprenant en profondeur celui qui favorise l'émergence des obstacles. Ce concept opérationnalise trois formes d'accessibilité.

-L'accessibilité financière pour pénétrer la capacité qu'ont des patients à résoudre les paiements de prise en charge sans rechigner. Analyser les plaintes liées aux dépenses économiques, à la relation avec l'ophtalmologue et la typologie de l'espace sanitaire concerné.

-L'accessibilité informationnelle qui est à la base de la connaissance sur le Hv et sa conception. Elle permet de dépouiller les conditions du savoir, axe principal d'obstacle à la santé.

-L'acceptabilité des services pour évaluer le jugement que se font les uns et les autres sur l'offre de service. Ainsi nous sommes fixés sur l'un des problèmes qui ne favorisent pas les chances d'accès à la santé. « *Les difficultés d'accès aux soins doivent être mieux comprises. Il est important toutefois de connaître les limites de ces actions en sachant qu'elles ne peuvent à elles seules réduire les inégalités de santé* ». ⁹² Cette recherche est réalisée dans un cadre urbain.

-La ville

Le concept de ville a connu de nombreuses recherches sociales auxquelles nous ne saurons établir une revue ici. Allant de la conception géographique, la ville est une agglomération humaine, située dans un espace physique et se caractérisant par un certain nombre d'activités propres.

Nous concevons la ville d'abord comme espace politique avant d'être culturel et sanitaire. Sur le plan politique, la ville d'Afrique constitue un thème majeur. C'est la lecture pré et post

⁹¹ Laurent CHAMBAUD, Accès aux soins : Eléments de cadrage, in Regards 2018/1, n° 53, pp.19-28. On line : <https://www.cairn.info/revue-regards-2018-1-page-19.htm>. Consulter le 27/05/2021/12h/20 min/Ciber.

⁹² Un rapport des Inégalités Sociales de Santé (l'IGAS de 2011) sur les inégalités sociales de santé avançait que l'accès au système de soins et la prise en charge des pathologies ne compterait que pour 20 % dans les inégalités sociales de santé, sans que ce chiffre puisse être vérifié. In Laurent CHAMBAUD, Accès aux soins : éléments de cadrage

coloniale qui accorde cette caution. Sous cet angle, elle est conçue comme espace d'influence. C'est le lieu des décisions nationales, et surtout le siège d'institutions. Il s'agit du socle granitique de la dynamique des lois sur la santé, la création des hôpitaux de référence, ou le milieu d'enrôlement pour les Cartes Nationales d'Invalidité. C'est pourquoi Catherine COQUERY-VIDROVITCH insiste qu'en Afrique : « *Les villes ont toujours été et demeurent des lieux de pouvoir. Le prototype de ce pouvoir est évidemment la capitale politique de l'État.* »⁹³

Notre approche de la ville est aussi technique, car le cadre hospitalier, les ressources humaines, matérielles l'expriment. Au point culturel, la médecine est très souvent culturelle chez les MV et NV, même s'ils (HV) reconnaissent aussi le caractère moderne de la médecine. L'histoire urbaine chez Jean-Marc ELA nous apprend comment la ville d'Afrique noire est spécifique en ce qu'elle ne se distingue pas du village. La ville dégage un aspect de pauvreté. Ce sont des « *villes poubelles* », « *villes insalubres ou poussiéreuses* », où des populations en provenance chaque jour des campagnes, font face à la grande pauvreté urbaine et inventent des réseaux et des pratiques illicites qui compromettent toute efficacité d'une réelle politique urbaine. »⁹⁴ Jusque-là, la culture numérique et celle de la science ne semblent pas encore influencer (la représentation sociale du handicap) plusieurs citoyens qui reproduisent les habitudes communautaires. Pour Yves FEUDJIO, « *La ville est un espace de « réinvention des habitudes communautaires* », où il est expérimenté « *la médecine traditionnelle* » »⁹⁵. C'est dire que les trajectoires thérapeutiques sont parfois culturelles.

La perspective sanitaire théorise la ville comme une interaction entre la démographie galopante et la transition épidémiologique ou malade qui intègre les « *déterminants culturels, sociaux, comportementaux* », sans méconnaître les façons de se soigner, d'être soigné, ou de concevoir les patients ; la ville est un espace au profil de « *meilleure couverture vaccinale, meilleur accès aux soins, offre de soins multiple (moderne et traditionnelle)* ». »⁹⁶ Toutefois, ce

⁹³Catherine COQUERY-VIDROVITCH, De la ville en Afrique noire, in Annales Histoire, Sciences Sociales 2006/5 (61e année), pp.1087 -1119 (<https://www.cairn.info/revue-Annales-2006-5-page-1087.htm#no93>, consulté le 14/07/2021/15h/27 min, cyber.)

⁹⁴Catherine COQUERY-VIDROVITCH, op.cit.

⁹⁵Yves FEUDJIO, Comprendre autrement la ville africaine, in urban knowledge cities of the south. Network Association of European researchers on urbanization in the south (November 2010), <https://www.bibsonomy.org/bibtex/21f5f977a6d66f43755c414e4b18a676d/lakostephane>. Consulté le 14/07/2021/15h/34 min.

⁹⁶Gérald SALEM et Florence FOURNET, CONFÉRENCE INTRODUCTIVE, Villes africaines et santé : repères et enjeux. UR Populations et espaces à risques sanitaires, (IRD), 21, rue de l'École de Médecine, 75006, Paris, France. Manuscrit n° DK/72. 6ème congrès international francophone de médecine tropicale "Santé et urbanisation en Afrique"(Dakar, octobre 2001). Accepté le 25 mars 2003, In Bull Soc PatholExot, 2003, n°96, 3, pp. 145-148.

qualificatif de ville firmament au plan sanitaire devrait prendre en considération la culture des citoyens Camerounais, leurs niveaux de connaissances, le statut, la conception du handicap visuel qui sans doute peut remettre en doute la théorie d'édén sanitaire de la ville de Yaoundé. Nous allons de cette hypothèse pour confronter les infrastructures, le personnel, leur compétence, la culture citadine face au phénomène du handicap visuel.

Cette phase méthodologique est prolongée par celle pratique où le chercheur croise l'hypothèse au fait, dans le sens de la confirmer. Pour ce, un constituant de deux parties d'égale chapitre (02) chacune, élabore les analyses. En interprétant les représentations sociales des acteurs, les méthodes quotidiennes, sans méconnaître les stigmates d'ici et là, nous expliquons la genèse sociale du handicap visuel, les raisons d'un accès laborieux aux soins de santé, les possibilités d'intégration, les conséquences du handicap en relation à la santé. Voilà sommairement les articulations qui animent les axes de réflexion de cette articulation.

PREMIÈRE PARTIE :

**LA SOCIOGÉNÈSE DE LA DÉFICIENCE VISUELLE : DES
FACTEURS DE CONTINGENCES AUX STRATÉGIES DE SOIN**

Préalablement, tout dysfonctionnement visuel a une explication clinique, mais aussi culturelle. C'est justement cette exégèse qui catégorise la pathologie de l'œil et fait de la vue un centre d'intérêt en l'affiliant dans la thématique de déficience visuelle. Aussi, devrait-on socialement distinguer les paramètres qui sont susceptibles de détériorer la vue, car, comment évoquer un fait en ignorant son mécanisme d'opération ? Cette partie d'entame s'investit aux origines sociales de la déficience visuelle en tentant de saisir la question sous l'angle des acteurs de terrain qui sont agents et parfois témoins du handicap visuel. Le fonctionnement de l'encadrement du handicapé visuel est préoccupant dans une société où voyants et non-voyants cohabitent. Dès lors, il est analysé les fédérations des énergies que les deux catégories (voyants et non-voyants) mobilisent dans la mesure de s'entraider en octroyant aux déficients les facilités d'autonomies. Surtout de se rendre compte de l'adéquation entre les descriptions et les prescriptions. Sus-évoquées, les thématiques rassemblées constituent les axes de cette partie répartie en deux chapitres.

CHAPITRE I : LE HANDICAPÉ VISUEL : INCURSION AUTOUR DES ORIGINES ET DES MESURES D'ACCOMPAGNEMENT PAR LA SOCIÉTÉ

Le handicapé visuel encore dénommé déficient visuel est une personne présentant de trouble de la vue. Ce handicap réduit l'acuité de la vision pour les moins affectés avec un taux d'IPP de 4/10. Parfois, il prend une proportion extrême, d'où la cécité complète. Par conséquent, la communauté à partir des mesures idoines se propose d'assister les handicapés visuels, car ces derniers ne vont pas construire une société d'exclus.⁹⁷ Ils continuent de cohabiter avec les personnes de vue normale. Ce chapitre a pour objectif de situer non pas les origines médicales de la déficience visuelle, mais les explications de la genèse sociale de ce handicap tout en formulant les efforts élaborés par le pouvoir central afin de les assister. Allant de l'hypothèse que la déficience visuelle est une pathologie socialement acquise, sur laquelle les représentations sociales concèdent des explications rationnelles, implicites et dont la collectivité humaine assiste les patients à partir d'un apport psycho-social, médicale, et matériel, ce chapitre envisage trois sous idées. La première pensée explique la genèse du handicap, la seconde situe les méthodes d'encadrement de l'Etat. Tandis que la dernière estime à partir des bénéficiaires et leur accompagnateur l'effort des pouvoirs publics. Nous saisissons ce chapitre sous le prisme de la théorie de la construction sociale de la réalité et de « *la santé-maladie* » pour cerner l'imaginaire sociale du handicap et les mesures d'accompagnement de la collectivité humaine.

I : LA TRIPLE EXPLICATION DE LA GÉNÈSE DE DÉFICIENCE VISUELLE

Pour certains, ils sont nés sans voir, pour d'autres, la vue a été perdue avec le temps. Chez les plus handicapants, ils voient très faiblement, à peine ils distinguent physiquement les objets. Or, dans la même société, il existe aussi les « *voyants* », c'est-à-dire : celui qui discerne facilement les choses physiques. Ces constats d'entame marquent une curiosité sur le fait qu'une frange de la population ne voit ou presque pas. Comment comprendre la survenue de la déficience visuelle ? Comme pose le postulat philosophique de la « *causalité* », chaque chose a une explication. Nous procédons à l'explication de l'apparition de la mal et non voyance chez nos cibles. Ce n'est pas un exercice médical, mais social qui peut s'appuyer sur certaines considérations médicales. Deux argumentaires encadrent ce premier moment : l'innéisme et l'acquis de la déficience visuelle.

⁹⁷ A cet effet, lire les travaux de Marion BLATGE, GIULIA GARATO sur la question du Hv et la société.

1-L'approche innéiste

1-1-La naissance aveugle et la simplification de l'origine du handicap

S'appuyant du discours des déficients, cette phase d'idée considère que les individus naissent aveugles. C'est une représentation sociale qui n'accuse pas une origine clinique, mais les enquêtés constatent simplement une sociobiologie de la cécité. Elle présuppose que la déficience est antérieure à la naissance. Lorsque l'individu naît, il est déjà non voyant. L'autre spécificité de cette thèse est qu'aucune explication scientifique n'est attribuée à ce handicap. La déficience est innée, elle a même l'air normale. Depuis les entrailles maternelles, le fœtus serait déjà atteint d'une cécité complète. Cependant, si la cécité est très souvent appréciée en situation de face à face et surtout médicale et normative au Cameroun, nul ne saurait socialement constater la perte de la vue dans les entrailles. Dans l'abdomen, le fœtus bouge. A l'extérieur, le nouveau-né peut entendre, sentir, goûter, toucher, mais le sens cadet qu'est la vue n'est pas actif, c'est au fur et à mesure que la vue se découvre. Deux récits nous fixent sur cette thèse en ces termes :

Moi je suis comme ça (il doigte ses yeux non-voyants). Bon je suis né au sud-Est. Quand je suis né, mes parents m'ont amené à l'hôpital comme là-bas c'est facile, il y'a l'hôpital des yeux. Arrivé, on a dit que je ne vois pas. Nous sommes venus à Yaoundé. (Rire) aujourd'hui je suis en première A 4, je ne peux pas faire C, car il y'a les courbes là-bas. Je n'ai même jamais demandé ce qui fait que je ne vois pas. Ça va me servir à quoi ?⁹⁸

Pour le deuxième :

Elle au moins elle avait vu (rire) (s'adresse-t-elle à sa copine). Moi je n'ai jamais vu hein (rire). Je suis née comme ça. J'ai tété deux seins : pour ma mère et ma tante. Actuellement je vis avec ma tante qui m'a prise tout bébé. J'ai constaté que je ne voyais pas, et que j'entends seulement. Ce sont des choses qui arrivent. Bon je vis avec, je n'ai pas de problème. Je n'ai jamais demandé ce qui a causé ça. Je ne m'occupe pas de ça. Le jour où j'ai mal, on part à l'hôpital. Le reste là j'oublie.⁹⁹

Pour les intervenants, la situation de cécité est pré-partum. Ils sont nés sans voir ou bien la vue n'a pas existé avant la naissance. Sans quoi, personne ne se préoccupe des causes de ce handicap. Il ne serait pas intéressant de se situer sur l'origine de la cécité lorsqu'on est convaincu de son origine biologique. Comme, le disent-ils trivialement : « on a rien à gagner ».

Contrairement à ce point de vue, c'est en société que le handicap visuel est constaté après la naissance. C'est dans la société qu'on n'est rassuré que le nouveau-né ne voit pas. Ce qui traduit qu'il

⁹⁸ Entretien du 27 mars 2021.

⁹⁹ Entretien du 27 mars 2021.

ne naît pas forcément aveugle, car, dans les entrailles, il ne voyait pas, les yeux sont fermés. Nous le constatons tout simplement à l'état post-partum. On dirait que la vue est socialement découvrable et non le contraire. Alors, pour les acteurs, il y'a une relation entre la grossesse et l'existence après la naissance du bébé. Il arrive certes les yeux fermés, mais il parvient aveugle.

Par ailleurs, la médecine donne des explications pathologiques dues à ces cas. Généralement, les patients sont rattachés à des maladies génétiques qu'ils ignorent. L'expérience de terrain renseigne que les tests de cécité (mouvements des objets, commissions, jeu de seringue) se font à l'état post-partum.

Retenons que la connaissance sociale ou leur (déficients visuels) représentation sociale est qu'on naît aveugle. Cette imaginaire est forcément encrée, au point où tous les enquêtés ne remettent pas en question cette perception, soit 2/2. Par la suite, ce modèle dispensé devient une connaissance traduite par les entretiens retenus et mentionnés ci-haut. Il arrive aussi qu'un tiers sache l'origine du handicap.

1-2-La relation entre tentative d'avortement et la cécité

Pour cette trajectoire, la cécité est un effet non prévu par la tentative d'avortement. La cécité provient d'un accident programmé d'avortement, qui inopportunément échoue et favorise la perte de vue. La provocation d'un avortement à partir de l'inoculation des produits dangereux à la santé humaine, crée à partir des substances toxiques le dysfonctionnement de certains sens et du fœtus, et de la gestante. Un récit nous renseigne que :

Moi c'est le « Glaucome » hein. Moi c'est mon grand-père qui m'a fait ça. Ma mère avait 15 ans en quatrième. Enceinte, son père a dit « non », sa fille n'accouche pas. Il a injecté le mercure. Soit il voulait quoi oh! Heureusement, nous deux on a eu. J'ai perdu la vue (glaucome), ma mère a eu la cataracte. Le glaucome nooon. On dit que c'est un parasite qui attaque les nerfs optiques là. Tu prends le mercure pour injecter à ta fille. (Il était médecin ?) NOOOO (non). Juste un sorcier comme ça.¹⁰⁰

Le glaucome, jusque-là est incurable et rend aveugle. C'est une maladie oculaire qui attaque le lien entre l'œil et le cerveau. Pour ce cas singulier, sa cécité est reliée à la pratique d'avortement raté de son grand parent sur sa génitrice. Pourtant il se trouve qu'il existe une similarité d'obstacle visuel entre la mère et la fille : les deux sont déficientes visuelles. Du moins, il y'a un lien entre la situation du handicap et le développement du fœtus d'après ce récit secondaire emprunté chez l'ophtalmologue. En bref, l'enquêté est né aveugle. Toutes ces opinions ont pour fondement que les cibles naissent sans voir, même si, dans le ventre, socialement on ne saurait distinguer, les yeux

¹⁰⁰ Entretien du 25 janvier 2021.

fermés dans les paupières qui verraient, de ceux qui ne verraient pas. Les agents développent le même système d'interprétation de la réalité aveugle : l'inné du handicap visuel. Tous les déficients visuels de Yaoundé ne naissent pas toujours sans voir.

2-L'éclipse visuel irréversible : de la voyance à la mal voyance/cécité complète.

D'autres déficients visuels acquièrent le handicap. Il s'agit notamment des personnes qui naissent parfois sans difficultés oculaires, mais dont le temps et d'autres facteurs associés favorisent l'engloutissement de leur vue. Ainsi, ils deviennent mal voyants et plus tard, non-voyants.

2-1-Le défaut de l'éveil parental sur la progéniture : un adjuvant à la déficience

L'expression éveil parental introduit l'idée que les parents soient distraits sur la santé visuelle de certains enfants. Sans les discriminer/incriminer, les parents pourraient ne pas accorder assez de sécurité sanitaire auprès des enfants en bas âge qui n'ont pas tous la capacité de dévoiler les dysfonctionnements de leurs membres. La réalité de la vie quotidienne étant acquise par des expériences, certains enfants n'auraient pas assez d'expérience sur la « vue » afin de débusquer à temps les malaises. Il se trouve que les poussières, l'usage de l'eau souillée, les objets pointus, les frottements violents [...], en rapport aux yeux, les endommagent dans le temps. Les enfants/adolescents sont parfois soumis à ces pratiques pendant les jeux. De même, Il peut arriver que le parent néglige tout simplement le malaise oculaire d'un enfant pour des raisons quelconques. Mature, le parent devrait veiller à la santé de la progéniture dans le sens d'éviter certains opportunistes pouvant détériorer les yeux, et ainsi la vue. Toutes les légèretés de sécurité sanitaires sont susceptibles d'impacter la santé oculaire de l'enfant. Deux sur deux enquêtés affirment ce qui suit :

Au départ, je vois bien. Ma nourrice est affectée dans les hauts plateaux. Elle est venue me chercher comme elle n'avait pas d'enfant fille, seulement les garçons (...) Comme elle venait les week-ends, il fallait préparer pour les garçons et son mari (...) Pendant les congés de Noël (...) Je veux faire mes devoirs. A 3 heures j'ouvre le cahier, je vois le blanc. Je m'en dors croyant que c'est le sommeil. En journée, je voyais toujours blanc (...) je balayais déjà mal(...) Pour ma nourrice, c'est que je fais la méchanceté (...) je connais déjà les hommes (...) A l'école, je suis en seconde, je quitte de 10 à 07 de moyennes. Un jour, je décide de regarder même ce qu'on écrit toujours dans mon carnet (...) Tu connais les écritures de docteur là noon (éclat de rire). Je lis : quoi quoi (onomatopée) « fumée ». Donc on m'avait interdit la fumée à l'hôpital pourtant ma nourrice me fait préparer au feu de bois (...) Je souffrais seule. Personne ne me comprenait. On se disait que je fais volontairement (...) Un jour j'ai dit à ma nourrice, va me laisser chez ma mère (...) C'est

*comme ça que je quitte là (...) Si elle m'aimait trop, je ne serais pas mal voyante aujourd'hui.*¹⁰¹ (Cataracte).

Pour l'autre intervenant,

*C'est la cataracte. Pour moi, déjà je voyais avant. Quand ça commencé (diminution de la vue) j'étais encore petit. Je ne prenais pas ça en compte. Donc, on a découvert ça tard (la cataracte). Mais ce qui est sûr, lorsqu'on a découvert, on a directement fait le possible. Je suis parti à l'hôpital le lendemain que ça a commencé (cécité).*¹⁰²

La cataracte est une maladie de l'œil qui rend opaque « la clarté du cristallin ». Il y'a lieu d'estimer que si les interventions des parents auraient été promptes ces cas seraient peut-être décrits autrement. La cataracte affecte plus de 50% de notre échantillon. De toute façon, la conception suivante démontre comment l'on peut perdre la vue parce que l'attention est moindre. Les enfants en question vivent avec des ascendants, en principe, ce sont ces parents qui sont sensés encadrer la santé des enfants/adolescents. Toute forme d'inattention facilite la prolifération de maladie d'yeux. Cependant, l'attention parentale peut-elle continuellement éviter la cécité d'un enfant ?

2-2- La consistance de la maladie des yeux et l'implication génétique

La sécurité parentale peut être accrue, cependant, la maladie de l'œil que fait face l'enfant est plutôt consistante en terme d'enracinement et de complication. Dans les circonstances pareilles, les géniteurs assistent de manière faible à l'aveuglement de leurs enfants. « *C'est des maladies chroniques, tu dois vivre avec. Qu'on le veuille ou pas, tu seras aveugle* »¹⁰³ appuie un informateur. Cet enquêté reprend simplement les paroles d'ophtalmologue, qui dans les contextes indiqués socialisent les parents et patients sur l'amplification et la situation finale qui adviendra. Ce sont des discours de confort lorsque la médecine moderne constate l'implication génétique dans la maladie. Ce sont des cas qui à date ne sont pas traitables ou remédiables à Yaoundé. Nous apprenons d'interviewés ce qui suit :

*Quand j'avais 4 ans, le ballon près de moi, j'ai commencé à le chercher. Ma mère a compris que ça n'allait pas. A l'époque, les occidentaux officiaient là, et puis ils ont dit à ma mère que tôt ou tard, je perdrai la vue. J'ai une cataracte compliquée, avec la rétine attaquée. C'est à 15 ans que je perds totalement la vue après avoir ressenti très mal dans les yeux pendant trois jours.*¹⁰⁴

L'aveuglement en cours de vie peut aussi avoir une explication génétique. La génétique humaine relève de l'hérédité. Il existe des caractères héréditaires transmis par le lien génétique entre

¹⁰¹ Entretien du 25 janvier 2021.

¹⁰² Entretien du 25 janvier 2021.

¹⁰³ Entretien du 19 mai 2021.

¹⁰⁴ Entretien du 17 mars 2021.

le parent et l'enfant. Échappant à la sociobiologie, nous partons de cette science génétique pour aboutir à des réalités sociologiques. En effet, le caractère aveugle chez certains résulte de la transmission d'un gène transe-générationnel. De la sorte qu'un parent portant le gène d'aveugle en lui, le transmette à son enfant. D'ailleurs, un informateur note :

Nous sommes trois dans notre famille : ma mère qui ne voit pas, ma sœur qui voit et moi. Je suis aveugle. Je ne vois rien. Avant, je voyais. Je dansais, je faisais les trucs de jeunes. A un moment, ma vue a commencé à baissé lentement. J'ai hérité de ma mère. J'ai la rétinite pigmentaire.¹⁰⁵

Le croisement de récit de vie et étude de cas renseigne sur la volonté des parents à sauvegarder la vue de leurs enfants malgré la thèse de la pathologie irréversible de l'ophtalmologue. Dans ces familles, les mobilités de fréquentations d'hôpitaux à la recherche de thèses contradictoires et profitables par les parents, traduisent la volonté de conserver/ renouveler la vue des enfants. Les représentations et la construction sociale médicale de la réalité malade des ophtalmologues se confirment très souvent. Un accident peut favoriser la DV.

2-1-Un accident tragique : du véhicule à l'opération achoppée

Non souhaité, fortuit et délicat, l'accident humain peut entraîner des dommages qui affectent la vue. En réalité, ce n'est pas l'accident en lui-même qui endommage la vue, mais l'impact que celui-ci peut créer autour de la zone de l'œil et ses constituants. Dès lors, il devient probable que les personnes accidentellement affectées perdent quelque fois la vue. L'approche par accident est confirmée par un récit de terrain :

Je suis né bien. Tout allait normalement. Bon, un jour j'ai voyagé, j'ai eu un accident qui me rend ainsi (aveugle). A l'hôpital, après les examens, on a conclu que mes nerfs optiques ont été attaqués. Ça fait deux ans que ça dure. La famille s'est battue franchement hein pour retrouver la vue. Mais Dieu a décidé autrement.¹⁰⁶

S'il n'aurait pas effectué l'accident, il verrait peut-être encore voyant. L'accident a joué d'adjuvant dans la cécité de cet interviewé. Certes, il estime que le sort divin serait à l'origine, cependant, la corrélation des faits, amène à conclure qu'il a reçu des violences oculaires au cours de l'accident. En bref, par cet argumentaire, l'acteur construit socialement sa réalité. L'accident n'est pas qu'automobile, il peut être thérapeutique.

De même, des conditions d'opérations ophtalmologiques précatives peuvent conduire à la perte du peu de vue existant. En effet, certaines maladies liées à la vue peuvent se présenter

¹⁰⁵ La rétinite pigmentaire/RP est une maladie grave de l'œil. Elle est héréditaire et rare.

¹⁰⁶ Entretien du 31 janvier 2021.

sous une forme aiguë où la nécessité d'opérer s'impose en solution absolue. A la suite, il peut arriver quelques complications qui provoquent l'extinction de la vue. Très rare, cette possibilité existe du moins. D'ailleurs, en milieu hospitalier, l'imperfection est reconnue : « *une erreur ? C'est rare, mais ça peut arriver. L'ophtalmologue peut-être mal formé* ». ¹⁰⁷Un enquêté estime que sa situation de cécité complète est liée à l'échec de son opération.

Je ne suis pas né avec (la cécité complète). Mes yeux étaient « normal », mais quand un jour j'étais en train de courir, quand je fréquentais à l'Omnisport ici à Yaoundé. Je suis tombé. Je suis allé me cogner sur le mur seul. C'était dans une école. On m'a opéré, ça a raté. ¹⁰⁸

L'opération est antérieure à l'échec. Il a été opéré pour améliorer ce qui n'allait pas. La relation aux faits démontre que la vue s'est éteinte après les formalités d'opération. C'est en relation de causalité que l'enquêté soutient que l'opération a raté. En voulant protéger la vue, elle s'est anéantie. De même, il est possible que le patient n'ait pas appliqué les restrictions post opératoires qui compromettent dès lors sa vue. Il existe des interdits cliniques de touché, de mouvement post opération à l'endroit du patient, afin de sécuriser la partie concernée qui est encore enveloppée. Si le patient n'est pas assidu, il aurait l'impression que l'écart est externe, pourtant personnel. Comment conclure de ces origines de malvoyance et de cécité ?

2-5-La construction du handicap visuel en société.

De ce qui précède, les sources confirment la pertinence du handicap visuel (mal voyant et non voyant). Ils élaborent toujours des savoirs plus ou moins médicaux sur l'origine de l'explication du HV. En langage médical, les patients ont un champ de vision inférieur à « *5/10 d'acuité visuelle binoculaire* ». Cette double situation (ML et NV) trouve une origine dite « *innée* » par les enquêtés. En effet, ils établissent le lien socio biologique pour expliquer l'apparition d'un individu qui ne voit pas depuis la naissance. Sans quoi, c'est après la naissance qu'on constate la cécité. Dans ce cas, on développerait la théorie sociale qui veut qu'on parle de la cécité dès le moment où le handicap est constaté, et non avant. De même, les accidents de circulations, les maladies des yeux : RT, cataracte peuvent expliquer la cécité acquise. L'origine mixte du HV est corroborée par plusieurs enquêtés, dont l'intervention suivante reprend en cœur : « *on peut naître aveugle. Parfois on tombe même aveugle. Tout dépend du moment. Il y'a les maladies qui peuvent faire ça. Ou bien tu nais avec (...)* » ¹⁰⁹

¹⁰⁷ Entretien du 19 mai 2021.

¹⁰⁸ Entretien du 18 mars 2021.

¹⁰⁹ Entretien du 22 janvier 2021.

Pour une autre source, la majorité des cas aveugles sont acquis : « *Parmi les aveugles, nombreux naissent voyants* »¹¹⁰.

Les acteurs font montre d' « *une forme de connaissance socialement élaborée et partagée ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* ». ¹¹¹Au quotidien, la réalité de déficience visuelle est toujours secondée par la connaissance. La réalité est qu'ils reconnaissent les qualités de la situation du handicap : avoir un champ visuel très réduit, voire inexistant. La connaissance est qu'ils sont certains de l'explication du handicap, de même ils sont la preuve du phénomène de cécité. La conscience est aussi que plusieurs d'entre eux, soit 4,5/5 ne déclarent pas qu'ils sont aveugles, leurs gestuelles maladroites laisse parfois déduire. C'est une manière de refuser d'accepter leur situation. « *La réalité de la vie quotidienne construit des schémas de typification en fonction desquels les autres sont appréhendés et « traités » dans des rencontres en face à face* »¹¹². L'aboutissement de cette section amène à se demander : Conscient de la situation de handicap visuel des citoyens, comment l'Etat enclos les concernés ?

II-L'ÉTAT ET SES CITOYENS DÉFICIENTS VISUELS : LE RECOURS À UNE APPROCHE PLURIELLE DE PRISE EN CHARGE.

La théorie économique et financière due à la situation conjoncturelle des années 1970 et 1980 en Afrique avait soutenu que la fonction protectrice de l'Etat eu égard de sa population était devenue fragile. Une délicatesse justifiée par l'inquiétude d'utiliser le peu de ressources disponibles dans la protection des individus. A l'époque contemporaine, cette analyse est moins digeste. Au Cameroun principalement, l'Etat ; à partir des moyens possibles élabore les moyens d'accompagnement des handicapés visuels, tout en incitant la collectivité humaine à s'impliquer dans l'inclusion des couches dites vulnérables. Nous examinons essentiellement les contributions du gouvernement et ses relais.

1-La recherche de l'harmonie : la normalisation de la situation du handicapé

L'Etat Camerounais dans sa politique de protection a constitué une loi et son décret d'application. Il s'agit des textes qui régissent la situation du handicap des citoyens. Or il se trouve que les déficients visuels soient des handicapés. Ainsi, ces textes ont l'objectif de faire connaître le handicap tout en précisant les mesures de prise en charge. Cliniquement, la prise

¹¹⁰ Entretien du 19 mai 2021.

¹¹¹ Denise JODELET, op.cit., Paris, PUF, 1997p. 36.

¹¹²Peter BEGER and Thomas LUCKMANN, op.cit, p. 47.

en charge est le fait de veiller médicalement sur un patient. Une mesure toute fois contextuelle et respectant des règles qui lui sont définies. De cette loi, l'article premier, nous pouvons lire : « *La présente loi porte protection et promotion des personnes handicapées.* » Cette intervention a une large dimension active qui consiste en la prise en charge des handicapés. La loi vise alors : - *La prévention du handicap.* - *La réadaptation et l'intégration psychologique, sociale et économique de la personne handicapée ;* - *La promotion de la solidarité nationale à l'endroit des personnes handicapées* ». ¹¹³ Pour éviter tout amalgame, la loi précise ce que veut dire « *handicapé* ». La Personne Handicapée « *est toute personne dans l'incapacité d'assurer par elle-même tout ou partie des nécessités d'une vie individuelle ou sociale normale, du fait d'une déficience physique ou mentale, congénitale ou non.* » Le déficient visuel ne saurait assurer de manière autonome toutes les nécessités. De même, il a une déficience visuelle. Par la suite, la loi précise ce que veut dire les vocables : d'incapacité, d'invalidité, et d'infirmité. Ce sont les langages du handicap. Les déficients visuels se sont-ils tous appropriés de la loi sur le handicap Camerounais ? Seulement 2/4 des enquêtés déclarent qu'il existe une législation à leur avantage. Nous pouvons constater des opinions affirmatives suivantes : « *oui, il y'a les textes de 2010* » ¹¹⁴ ; « *Ça parle de la santé (décret de 2010). Ça ne parle pas seulement du handicap, mais de la santé.* » ¹¹⁵ A la question de savoir : donnez un exemple de loi protectrice des handicapés Camerounais, un intervenant répond : « *la loi 2010 par exemple* ». ¹¹⁶ Ces interventions témoignent de ce que l'Etat a formulé un modèle d'accompagnement. Ce n'est pas que l'année 2010 marque le début du Handicap visuel au Cameroun, plutôt, cette période correspond à l'achèvement d'un important texte dédié à la cause. Par la suite, la loi est rendue applicable à partir d'un texte de déroulement qui en son article 1 et 2 fixent les modalités de bénéfices :

ARTICLE 1er. Le présent décret fixe les modalités d'application de la loi n° 2010/002 du 13 avril 2010 portant protection et promotion des personnes handicapées. ARTICLE 2.- Les dispositions du présent décret s'appliquent aux personnes handicapées titulaires d'une Carte Nationale d'Invalidité et justifiant d'un taux d'Incapacité Potentielle Permanente (d'IPP) d'au moins cinquante pourcent (50%) ¹¹⁷.

¹¹³ Loi n° 2010, op.cit., p. 1.

¹¹⁴ Entretien du 07 janvier 2021.

¹¹⁵ Entretien du 25 janvier 2021.

¹¹⁶ Entretien du 27 janvier 2021.

¹¹⁷ Décret n° 2018/6. 233 /pm du 26 juillet 2018 fixant les modalités d'application de la loi n° 2010/002 du 13 avril 2010 portant protection et promotion des personnes handicapées. Consulté le 05/04/2021/14h/46/ciberhttp://www.minas.gov.cm/index.php?option=com_content&view=article&id=156&itemid=182&lang=frCopyright © 2021 minas. Tous droits réservés. (Joomla! est un logiciel libre sous licence GNU/GPL.)

Pour plus d'efficacité, le gouvernement a confié à certaines structures la charge du suivi des handicapés. Ce suivi est de deux dimensions : celle publique, et celle particulière.

2-Les accompagnateurs multidimensionnels

Ce sont des guides, conseillers parapublics chargés de prendre soin des handivisuels¹¹⁸. En réalité, les textes ci-dessus incitent la collectivité entière d'assister les cibles¹¹⁹. La collectivité peut être publique.

2-1-Les administrations publiques

Ces accompagnateurs ont des qualités administratives, techniques, et matérielles.

En tant qu'institution, l'Etat adopte des mesures de soutien des patients à partir des textes et missions dont implémentent les structures spécialisées. Ayant une influence nationale, ces structures spécialisées s'attellent à vulgariser la prise en charge à l'échelle nationale. Dans ce sens, chacune accomplit une fonction complémentaire à l'autre. Certaines sont mêmes complexes dans la prise en charge, d'autres techniques. A ce rang, nous convoquons quelques-uns, à savoir :

-Le Ministère des Affaires sociales. Dans son décret de fonctionnement, une partie de sa mission est dédiée aux personnes handicapées en générale. Il établit par exemple les cartes d'invalidité. Le ministère de la santé, et celui des finances ne sont pas écartés de ce registre. Sinon, le premier est plus en vue.

-Le CLCC¹²⁰. Il joue un rôle déterminant dans la prévention et la communication sur la question aveugle.

-Les Centre sociaux logés dans les mairies et hôpitaux qui appuient techniquement et administrativement les déficients.

-Le Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées d'Etoug ébé. Doté d'un hôpital et d'une école, le centre a plusieurs domaines d'intervention : opération, campagnes de sensibilisation, éducation scolaire inclusive, conseils psychosocial, réadaptation, distribution des kits sanitaires entre autres. Conscients de ces appuis, la minorité des déficients s'expriment en guise de reconnaissance de l'existence de certaines structures en ces

¹¹⁸ Handivisuels/Handicapés visuels.

¹¹⁹ Loi n°2010 / 002 du 13 avril 2010.

¹²⁰ Comité de lutte contre la cécité/CLCC.

expressions : « *J'avais reçu une canne au centre social de Yaoundé 4 ici. Oui les mairies donnent les cannes* »¹²¹. « *Il y'a les dépliants du Comité de lutte contre la cécité du Cameroun* »¹²². Egalement, on peut suivre que : « *C'est aux affaires sociales (Ministère) qu'on établit ça* » (c'est-à-dire la Carte d'invalidité)¹²³. Ces quelques récits témoignent en partie de la connaissance des structures Etatiques d'accompagnement. Le plus intéressant est la contribution de l'Etat, car, si le gouvernement les fournit en dépliants sur les questions de vue, ailleurs, on bénéficie de la canne, ou bien la CNI. Toutefois, la critique principale de ces structures d'encadrement est que malgré leur multiplicité, le comité de lutte contre la cécité continue de constater la non maîtrise de la cécité curative. Ci-dessus, est illustré un cadre d'appui public aux DV.

¹²¹ Entretien du 18 mars 2021.

¹²² Entretien du 26 mars 2021.

¹²³ Carte Nationale d'invalidité/CNI.

Photo 2: MINAS, un cadre public de protection des handicapés



Source : DJOMOU MAFO, enquêtes de terrain, avril 2021.

La société civile aussi s'occupe des prérogatives du handicap visuel.

2-2-L'implication de la société civile.

La société civile, en tant que groupement d'acteurs œuvrant à but non lucratif, et dont le fondement de l'intervention est essentiellement social. Elle agit en qualité de sacerdoce au sens premier du terme. A ce niveau, le travail évite de pénétrer les profondeurs empestées auxquelles les littératures pessimistes et critiques présentent souvent certaines catégories de la société civile. Parmi ces acteurs, nous pouvons retenir :

-PROMHANDICAM-Association est un centre d'écoute animé en partie par les cliniciens et psychologues. Disposant des moyens d'inclusion pour tous, le Centre essaie de prendre en charge plusieurs catégories handicapées moteurs, aussi, les déficients visuels qui soient fréquentent au sein de la structure, ou sont suivis par les cliniciens et opticiens.

-Le CJARC¹²⁴. Cette structure réalise un accompagnement multidimensionnel. Celui technique, psychologique et d'intégration sont des illustrations.

-Des partenaires quelconques comme ceux des « *Philippines (Églises)* », ou des personnes morales des « *Etats Unis* ». Ces partenaires agissent sur le couvert du CJARC.

-Le CPC¹²⁵. Laboratoire médicale, il joue plusieurs fonctions, desquelles l'exonération partielle de 50% des droits hospitaliers, et les analyses.

-Nous comptons aussi les média audio-visuels, les déficients et leur entourage. En effet, comme le soutient une source, l'insertion des HV est une affaire commune : « *tous avons un rôle dans leur encadrement* »¹²⁶. En contre bas, nous mettons en exergue une structure privée/parapublique manifestant l'intérêt pour les HV.

¹²⁵ Le CPC. C'est un laboratoire médical destiné aux fins épidémiques. Il appartient au réseau sanitaire international et relié au MINSANTE qui réfère plusieurs handivisuels.

¹²⁶Entretien du 19 mai 2021.

Photo 3: Illustration d'une structure parapublique s'impliquant dans l'inclusion des déficients visuels.



Source : DJOMOU MAFO, enquêtes de terrain, mai 2021

Les rencontres de terrain et l'observation directe permettent d'affirmer que les acteurs sont conscients de l'accompagnement non étatique. Les récits suivant sur l'identification et la dynamique de la Société Civile induisent son apport chez les déficients. « *Ce sont les structures en charge des HV comme le CJARC, PROHANDICAM à Yaoundé par exemple qui reçoivent les dons de certains partenaires et les redistribuent* »¹²⁷. « *Nous faisons venir les spécialistes ici pour les campagnes. Ça aussi, ça permet d'avoir les notes au niveau des informations* »¹²⁸. « *Par moment, le CJARC fait le don des cannes* »¹²⁹. « *Ma canne, on m'a donné. C'est monsieur XX*¹³⁰ *qui m'a donné. Les lunettes, c'est l'ophtalmologue qui m'avait*

¹²⁷ Entretien du 7 janvier 2021.

¹²⁸ Entretien du 26 mars 2021.

¹²⁹ Entretien du 17 mars 2021.

¹³⁰ XX est un anonymat.

donné à Douala »¹³¹. «*Crownfounding, c'est un appel à l'accompagnement matériel (que nous lançons chez nous) en format, papier, qui puissent aider. En retour nous les distribuons (...) Les cannes, on a des partenaires en Philadelphie, une église qui a offert 1000 cannes l'année passée* »¹³². Ces interventions résument les manifestations privées ci-haut définies.

Du moins, nous sommes renseignés de l'encadrement social de l'acteur handicapé visuel. L'Etat, sur le plan démographique, a engagé des stratégies d'aide aux déficients à partir du constat de leur représentation ; à savoir, ce sont parfois des personnes vulnérables et dotées d'une frêle autonomie. Pour les assister, les normes et l'incitation de la société civile à accompagner ce projet social ont été sollicitées. Il existe une interactivité entre le malaise physique des cibles, et la réaction de la collectivité humaine. C'est pourquoi :

*La réalité de la vie quotidienne s'organise autour du « ici » de mon corps et du « maintenant » de mon « présent » « la réalité de la vie quotidienne construit des schémas de typification en fonction desquels les autres sont appréhendés et « traités » dans des rencontres en face à face*¹³³.

Le dernier mouvement de ce chapitre s'articule sur le jugement de l'offre de l'Etat par les concernés. Nous voulons savoir le niveau d'acquisition qu'ils ont de leur dotation.

III-L'OFFRE DE L'ETAT DANS L'AMBIGUITÉ : ET SI LE GOUVERNEMENT ÉTAIT PEU COMPRIS ?

Dans la partie précédente, nous avons mentionné que l'Etat du Cameroun aménage des efforts pour soutenir les déficients visuels. Aussi, il incite tous les acteurs visuels à se solidariser aux déficients. Il peut arriver que les cibles ridiculisent par des opinions la contribution de l'Etat à partir d'une dimension d'ignorance due à l'absence de connaissance sur ce qui est fait par la collectivité humaine. La réalité du handicap visuel féconde une certaine connaissance d'ignorance.

1-L'assistance gouvernementale : esquisse de trajectoire de méconnaissance.

Nous tentons de mettre en commun les acteurs qui méconnaissent et méditent les efforts du gouvernement. Dans cette dimension d'abandon des HV par l'Etat, il est soutenu que le gouvernement ne fait pas montre d'encadrement. On dirait qu'il ne se soucie pas des HV. Dès

¹³¹ Entretien du 18 mars 2021.

¹³² Entretien du 26 mars 2021.

¹³³ Peter BERGER et Thomas LUCKMAN, op.cit., pp. 35-47

lors, les acteurs développent une théorie de l'abandon social incriminant l'état dans l'incompétence de son rôle paternel. Sur la question de savoir : comment l'aide publique et privée vous-êtes-vous utile ? Un répondant déclare : « *Il n'y a pas d'accompagnement pour le public* »¹³⁴. Le public renvoie à l'aide gouvernementale. On croirait que c'est l'Etat qui a favorisé le handicap. Un autre intervenant n'est pas très certain des efforts du gouvernement en termes de dons par exemple. Il déclare : « *Le gouvernement, peut-être qu'il offre* »¹³⁵. Cette opinion exhibe le doute. Elle exprime le désintéressement de l'enquêté eu égard des activités du gouvernement. La capacité de l'informateur à se passer des aides peut étayer ce genre de point de vue. Un dernier intervenant signale que :

*Les yeux en général ce n'est pas comme les autres là (maladies). Le public, c'est dire qu'en effet, toute maladie de handicapé doit-être prise en charge en partie. C'est souvent très compliqué. On paye, puis qu'ils (personnel de santé) disent qu'il faut payer pour le (ophtalmologue) voir. C'est le spécialiste. On ne le voit pas comme ça.*¹³⁶

Cet extrait renseigne sur la disponibilité d'hôpital de référence ; tout en accusant l'Etat de ne pas veiller sur les exonérations des HV. Ces considérations pessimistes sont reprises environ par 51% des interviewés. Ce ratio permet de dégager que la majorité des HV manquent des informations sur la dotation légale, administrative, technique, de l'Etat. Une telle représentation sociale n'est pas adéquate de ce qui est fait au quotidien. L'opinion étant individuelle ou groupale, pour l'administration, cette certitude ne résiste pas à la comparaison au réel. L'Etat prend toujours en compte les déficients¹³⁷.

2-Le gouvernement Camerounais relève ses responsabilités.

Cette argumentaire contre carre celle précédente. Nous mobilisons ici des ressources qui œuvrent quotidiennement à l'amélioration des conditions des DV. Il existe un service chargé de la réinsertion.

¹³⁴ Entretien du 17 mars 2021.

¹³⁵ Entretien du 25 janvier 2021.

¹³⁶ Entretien du 27 janvier 2021

¹³⁷ Jeanine Pommier, Olivier Grimaud, « Les fonctions essentielles de santé publique : histoire, définition et applications possibles », in Santé Publique 2007/hs (Vol. 19), (pages 9 à 14), p. 1, <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-hs-page-9.html?contenu=auteurs/22/09/2020/17h/04min/Ciber>.

2-1-Réconforter les usagers enregistrés et déclarés.

Au Cameroun, l'administration est d'ordre bureaucratique au sens weberien. Ce qui suppose que le procès écrit sous forme de CNI est antérieur au défaut oculaire. La médecine en elle-même procède par preuve avant de proclamer quelques conclusions que ce soit. Tout HV est d'abord déclaré déficient visuel par la médecine moderne, pour être institutionnellement catégorisé. Ce n'est qu'à la suite que ce dernier est dit : déficient visuel. Le Hv se concourant à la santé, dès lors, la hiérarchie statutaire sus-évoquée devient une exigence institutionnelle. Tant qu'il n'y a pas de preuve médicale, l'acteur n'est ni NV, ni ML. Ce filet est à l'origine d'une gestion transparente de la question visuelle, qui certes ne saurait être excellente en termes d'objectivité. Passé ce promontoire, l'Etat par ses services spéciaux peut poursuivre le suivi singulier des HV, qui lui-même par expérience demeure problématique.

La procédure permettant au HV de s'identifier comme tel est annexé à la fin de ce mémoire. Le MINAS s'intéresse véritablement à la santé du HV lorsque toutes les preuves de déficience sont accumulées. Il s'occupe principalement de deux aspects : la prévention et l'accompagnement.

La prévention socio-médicale est un ensemble de geste et communication à titre préventif. Les normaux et anormaux sont éduqués sur les mesures appropriées d'hygiène ophtalmologique et les automatismes hospitaliers. Mentionnons que ce dispositif est inclusif du fait qu'il concerne à la fois les visuels et les non-visuels. Il s'agit pour tous ces acteurs de savoir prévenir pour ne pas multiplier les cas de déficience visuelle. La manipulation non hygiénique des yeux dont la mise de « *super glue, les frottements accentués, l'usage de l'eau souillée, la sous-alimentation en carotène, l'exposition des yeux aux lectures dangereuses* » sont des expressions à l'origine de plusieurs maladies des yeux. Des maladies qui rendront forcément aveugles comme la cataracte et le « *glaucome* ». A ce titre, une source signale : « *au MINAS, on fait aussi la prévention* »¹³⁸. Le plus souvent, le MINAS marque les DV.

Marquer les DV veut dire la structure les identifie comme tels en octroyant aux quêteurs la CNI. L'appel à l'identification est individuel. Il faut que le HV s'auto-déclare ou bien que sa famille le fasse avec lui. La loi 2010 est un mécanisme incitatif donnant la possibilité aux concernés d'effectuer leur devoir pour bénéficier des droits avec un système de communication non transcrit à l'avantage des HV. La technique attentiste où l'administration attend le patient permet alors d'établir la CNI aux volontaires signalés. Il faut avoir sollicité le service en se

¹³⁸ Entretien du 10 mai 2021.

soumettant au mécanisme d'enrôlement. 2/2 sources assurent que l'administration joue une fonction d'identification. Nous pouvons lire : « *L'hôpital s'occupe de la santé, nous (MINAS), on les gère lorsqu'ils sont déjà handicapés, donc le dossier est complet.* »¹³⁹ « *Nous nous occupons des personnes déjà handicapées visuelles, quand ils ne voient plus (...) Après avoir fait ton dossier, on t'établit la carte d'invalidité. C'est une carte qui atteste de ton invalidité* »¹⁴⁰. Ces certitudes administratives étayent la partition étatique dans l'accès à la santé des HV. C'est cette étape qui donne au DV de jouir de ses droits hospitaliers. Disons que ces dispositions sont très souvent moins visibles sur le terrain. Par moment, les campagnes se font à la veille d'une célébration de cérémonie en rapport à la déficience visuelle.

La démarche administrative n'est pas hasardeuse. La situation du HV a favorisé l'émergence des imaginaires sociaux au point de créer une procédure d'identification. C'est à partir d'une représentation commune de la réalité médico-administrative que les DV et l'administration s'accordent aux principes d'enrôlement. La preuve, sur un échantillon de six, tous ont une CNI. La déficience visuelle à Yaoundé est essentiellement médicale, malgré les anomalies physiques présageant la mal voyance et la non voyance. Seulement, l'ignorance de certains enquêtés plombe l'effort de l'Etat.

Ce chapitre marque les savoirs complexes de par son effort de saisir à partir des représentations des populations les élaborations explicatives de l'origine sociale de la déficience visuelle. A l'issue de ce chapitre, on peut retenir que : la DV est toujours socialement constatée et catégorisée. C'est-à-dire qu'elle est constatée et expérimentée en société. Chacun des patients a parfois une histoire particulière qui débouche à la DV. La manière par laquelle on est déficient visuel s'explique par une représentation sociale atypique, et les causes ne sont pas toujours intéressantes chez tous les patients. Ce sont les DV acquis qui généralement s'intéressent aux causes parce qu'ils ont vu autrefois et ne sont pas satisfaits de la situation actuelle. Par contre, les aveugles nés, n'ayant jamais vu, et ne sachant pas la différence entre la vue et la cécité, acceptent leurs états sans toutefois accorder de l'importance à l'origine de la cécité. Cependant, cette forme de négligence traduisant l'ignorance est susceptible de générer une descendance DV. De même, le chapitre a agencé les mesures normatives et techniques qu'accorde le gouvernement à ces citoyens. Ce sont des appuis multiformes, parfois mal connus des bénéficiaires et qui pourtant contribuent à la prise en charge à partir des services appropriés et dédiés à la cause du handicap. Déjà que le CMS, la CNI sont des documents

¹³⁹ Entretien du 10 mai 2021.

¹⁴⁰ Entretien du 10 mai 2021.

officiels uniquement délivrés par les institutions étatiques concernées. Possédant ces documents, les HV font montre d'ignorance des efforts du gouvernement ou dénie totalement l'apport de l'institution publique qui peut-être ne les prendrait pas en charge à leurs volontés personnalisées. L'affaiblissement de ce chapitre laisse pendre certaines curiosités moyennement répondues comme la problématique de l'ignorance qui sans doute peut expliquer l'accès difficile aux soins ophtalmiques des DV.

CHAPITRE II : L'AMBIVALENCE DE L'ACCÈS A LA SANTÉ OPHTALMOLOGIQUE A YAOUNDÉ.

La mal voyance tout comme la cécité complète est une forme d'handicap visuel dont le suivi médical est recommandé. Le fait d'avoir une « *basse vue* » mérite l'entretien afin de conserver le peu de vue restant. Aussi, ne rien voir n'écarte pas l'individu des soins ophtalmologiques, car, les yeux sont toujours propices à des maladies qui affermissent le contrôle du handicap primaire. De ce postulat, au Cameroun, les déficients visuels de Yaoundé, à partir des facilités ou non accordées par les textes légaux se font consulter pour des prises en charge du handicap visuel. L'accès à la santé chez le DV est agrippé par un certain nombre d'obstacles qu'il brave en partie. Ce second chapitre nous propose une analyse centrée sur la possibilité encombrante d'aller aux soins ophtalmologiques que plusieurs handicapés présentent en tant qu'adversité psycho-sociale. Répondant à la deuxième question de recherche, l'hypothèse de ce chapitre est que : Les obstacles sont dus à une inter-ignorance partagée entre les agents institutionnels, les patients sur l'information conforme à la prise en charge, ce qui rigidifie l'accès communicationnel, économique à la santé, tout en incitant la médecine en parallèle. L'ethnométhodologie, comme courant de pensée nous sert de repère d'analyse, parce que, ni la loi, ni son décret d'application, ni la culture n'encadrent les interactions, seulement le « *processus d'interprétation* ». Quatre mouvements rythment ce chapitre. Le premier reproche la communication au tour du handicap, le second aborde l'accès à la santé sous l'angle économique. Alors que le dernier se penche sur la trajectoire thérapeutique culturelle.

I-LES PATIENTS ET LES ACCOMPAGNATEURS: UNE CONNAISSANCE APPROXIMATIVE SUR LA PRISE EN CHARGE

L'accès aux soins de santé ophtalmologique est tributaire du niveau de connaissance du patient et de son interlocuteur. Mieux le déficient a des informations crédibles, vite il échappe aux obstacles. La connaissance approximative est propice aux palissades qui rendent difficiles l'accès à la santé.

1-L'inter-ignorance entre les patients et les administrateurs.

Il existe des textes de référence pour acquérir les connaissances à propos de l'accès à la santé des HV. Ce sont des documents généraux largement vulgarisés, et ceux spécifiques de

moins en moins aperçus. Le constat est que les DV ne sont pas tous renseignés des connaissances nécessaires à leur santé. Inconscients de la réalité, les cibles pensent aborder la question sanitaire, qu'elle est. L'ignorance traduit le fait de ne pas savoir quelque chose. Le défaut et le manque d'expérience d'informations propices traduisent la déformation du savoir. A défaut de la méthode générale, on s'adapte à ce qu'on croit savoir. Le décalage entre la réalité et sa perception sont les aspects qui démontrent que les HV et les administrateurs ne disposent pas les mêmes informations. Pour les premiers, les données qu'ils disposent sont des évidences. Quant aux seconds, ils ne savent pas continuellement que les premiers souffrent de carence informationnelle, surtout qu'ils vont vers les HV sporadiquement, quelquefois, ils sont silencieux et ignorants. Un inter ignorance aboutissant à la considération des opinions comme des vérités absolues. Sous cet angle, les acteurs HV développent des stratégies d'ignorance pour exprimer le désarroi auquel se trouve le système de santé ; tant dis que l'administration énonce les évidences pour discriminer l'attitude des DV. Des sources élaborent la thèse de l'ignorance en ces termes : « *L'ignorance est une cause majeure. Même ceux qui font les cartes, qui parfois ne comprennent pas. La compétence ne rassure pas toujours l'occupant du poste* »¹⁴¹ ; « *L'ignorance (...) Certains connaissent la loi, et d'autres pas. C'est la même chose pour les administrations. Pour certains qui ne connaissent pas, dès qu'ils vous voient, ils vous compliquent la tâche* »¹⁴² ; « *L'ignorance est pour beaucoup dans la santé des handicapés* »¹⁴³. 3/3 interviewés soutiennent la thèse de l'inter-ignorance entre les administrateurs et les patients. En effet, les acteurs ne maîtrisent pas toujours les démarches qui favorisent l'accès à la santé.

Soulignons que les multiples dispositions des normes qui sont d'ailleurs disséminés dans des textes différents et imprimés, c'est-à-dire illisibles pour le DV sont susceptibles de proliférer l'ignorance. On ne pourrait se limiter à l'appropriation d'un seul texte, puis prétendre bénéficier de la prise en charge. Or, c'est cette approche qui semble vulgaire, à suivre les informateurs. La prise en charge (consultation ; les examens de laboratoire, de radiographie ou d'imagerie médicale ; l'hospitalisation ; achats de certains produits et matériels) partielle ou totale est subordonnée à plusieurs modalités. On connaît plus souvent la CNI. Elle est bénéfique lorsque le détenteur n'est pas « *indigent* ». L'indigence est établie sur enquête sociale après la déclaration d'un HV. L'emploi ou l'auto-emploi équivalent au Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti, la perception d'un appui, ou bien de financement quelconque

¹⁴¹ Entretien du 10 mai 2021.

¹⁴² Entretien du 10 mai 2021.

¹⁴³ Entretien du 10 mai 2021.

écartent le DV de l'exonération. L'autre condition est d'avoir un taux d'IPP de 50% comme toutes nos cibles. De tous ces critères, seule la CNI rentre comme document fondamental chez les patients. La méthode du peuple interprète juste le seuil connu de la norme. C'est le fait d'ignorance qui engendre la suite des obstacles à commencer par la crise communicationnelle.

II-LA CRISE COMMUNICATIONNELLE

La communication ici insinue l'ensemble d'interactions entre agents promouvant l'échange d'informations crédibles et d'assouplissement à l'accès de la santé visuelle. De ce partage visé, la communication apparaît de prime abord comme un élément fédérateur, ou un activateur de cohésion sociale. Lorsqu'il n'existe pas une réelle politique de communication prenant en compte toutes les composantes sociologiques peu importe le niveau de leur connectivité (faible ou forte), elle réduit la possibilité de bénéficier des soins. Cette section est répartie en deux : la diffusion contestable de l'information(1), et le regard sur l'assistance social (2).

1-La diffusion contestable de l'information

1-1-L'absence de l'écriture technique : le braille

Une information claire suivie de son application normale contribue à l'intégration des handivisuels. Chez les HV, le reproche est que la diffusion de l'information sur l'accès à la santé manque d'originalité. Les concernés voudraient bien que le social des voyants adapte à leur communication, des techniques incluant les acteurs HV. C'est véritablement le nœud du problème. Si la loi 2010 comme son décret d'application (2018) sont déjà des efforts, 11 ans ou 3ans plus tard (de 2010/ de 2018 à 2021), le constat est que la personne handicapée visuelle n'exploite pas les informations à partir du langage technique, dont il s'identifie : le braille¹⁴⁴. Bâtit à l'époque 1825, Louis BRAILLE a disponibilisé un type de code en écriture relief pour insérer les déficients au système de communication globale et singulier. Curieusement, la conversion des textes normatifs en braille n'existant pas, le résultat est que la communication sereine entre voyant et non voyant¹⁴⁵ devient discutable. Or, le NV dépend d'une organisation sociale édifée par les voyants. Cet obstacle qui soulève le problème de l'appropriation des droits du NV par lui-même à partir de son système de communication limite l'accès à l'information. Du coup, en tant qu'handicapé visuel, l'appropriation personnelle des notes

¹⁴⁴<https://www.google.com/search?client=opera&q=le+braile&sourceid=opera&ie=UTF-8&oe=UTF-8>, consulté le 15/04/2021/Cyber.

¹⁴⁵ Non Voyant/NV.

officielles devient problématique. De ce fait, quelques enquêtés (relativement 70%) estiment que la non conversion des textes écrits, en braille est une anomalie limitant l'accès à la santé. Voici les réactions retenues : « *Les textes de 2010 sont en noir, c'est-à-dire écrits* ». ¹⁴⁶En d'autres termes, ils sont inaccessibles pour le NV.

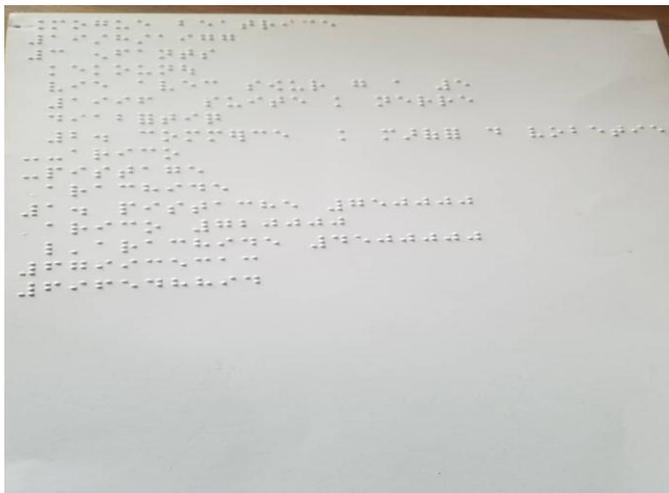
C'est notre système de communication (le braille). Lorsqu'on a des informations sur les médias, c'est des informations généralistes qui échappent aux déficients. Il y'a les dépliants que le comité de lutte publie ; ce n'est pas accessible (à l'œil aveugle). Le braille est notre moyen de communication. Le fait de ne pas les avoir (les informations) dans notre mode d'écriture, cela ne permet pas qu'on soit bien informé autant que les autres. ¹⁴⁷

De ces entretiens représentatifs, nous retenons que la non-disponibilité de l'écriture technique empêche sur le plan communicationnel l'appropriation des droits. En effet, il existe des informations générales qu'on peut s'enquérir, entre temps, les informations complémentaires à celles générales sont parfois affinées. Or, supposé que celles globales ne sont pas traduites, combien de fois celles spécifiques? Si l'interviewé fait référence aux « *dépliants* », en insinuant qu'il n'y a pas de stratégie d'appropriation ; l'expérience empirique enseigne que les campagnes liées à la vue sont ponctuées par des communiqués écrits sous le support plastique et papier. Entre temps, cette communication visuelle n'est pas suivie de celle auditive. Les bandes annonces en bas d'écran des chaînes télévisions ne sont pas en reste de ces constats. En contre bas, les figures 4 et 5 opposent les modes informatifs de voyant et déficient visuel.

¹⁴⁶ Entretien du 07 janvier 2021.

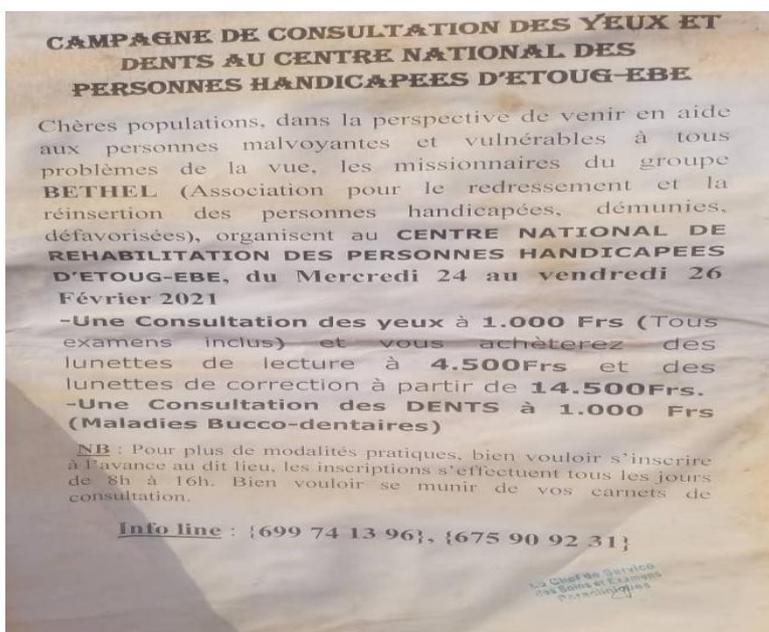
¹⁴⁷ Entretien du 26 mars 2021.

Photo 4: Système d'écriture tactile à points saillants à l'usage des personnes déficientes visuelles



Source : DJOMOU MAFO, enquête de terrain, mai 2021.

Photo 5: Information en écriture à encre potentiellement destinée aux déficients visuels.



Source : DJOMOU MAFO, enquête de terrain, Mars 2021.

Cette contradiction éclaire sommairement les attitudes informatives liées à la santé des HV. Si non, d'autres paramètres compliquent la communication.

1-2-Des dispositions légales à la tendance d'ornement.

La disponibilité des textes normatifs sur l'encadrement socio-médical des HV est une aubaine. Cependant, il leur manque une vitalité. Dès lors, les règles juridiques semblent être dépourvues de leur authenticité. La loi n'est que ce qu'elle est par rapport à ce qu'elle a de fondamental : l'accompagnement des HV. Contrairement à notre cas d'étude, le contrat social sensé être la propriété de la norme est chétive. C'est la raison pour laquelle une catégorie de personnes développe l'idée que la norme est plus qu'ornement que bienfaitrice. A cette idée, quelques déclarations s'élèvent : « *L'accès à l'information est bon, le problème est qu'on n'applique pas (la loi). Si tu pars pour faire valoir tes droits noooooon, oublie !* ». ¹⁴⁸ Ensuite, « *Il y'a un problème de volonté et de compréhension qui bloque que la loi devienne effective. Tiens par exemple à Yaoundé X¹⁴⁹, j'ai fait un dossier qu'on a rejeté. Le service social, parfois ne comprend pas grande chose* ». ¹⁵⁰ L'effectivité du contrat social postulé par les normes sont vidés de leur sens parce que les agents sensés les accompagner au profil des HV ne les appliquent pas.

A des moments, il y'a un argument construit autour du dépouillement de l'authenticité de la norme comme pour justifier le caractère du code normatif. Si la norme n'est pas appliquée, c'est que « *l'interprétation* » des agents va de soi. Finalement, la norme sociale ne cadre pas les interactions, mais les interprétations en déphasage de cette dernière, qu'on les individus. La norme qui est sensée décharger le quotidien médicale, le surcharge au contraire. Les extraits suivant font des précisions sur ce point de vue :

Comment dans un centre social on vous dit que « la loi est lourde » ? Alors qu'elle est claire ! Les affaires sociales doivent signer des conventions avec le Minsanté pour améliorer les conditions. On a impression qu'ils ne s'entendent pas. Dès lors, chacun fait ce qu'il veut, car personne ne maîtrise la loi. Certains pensent que c'est une faveur, une supplication, c'est partiel. C'est la volonté qui bloque tout ça. Il n'y a pas de volonté. ¹⁵¹

Il y'a cette tendance à justifier la lourdeur administrative. Or la thèse bureaucratique chez Max WEBER est un idéal type de la société moderne. Cette théorie a du mal à se confirmer dans ce contexte. Ce qui fait que la santé ophtalmologique des DV devient une affaire textuelle et non sociale. Un informateur laisse entendre qu' :

¹⁴⁸ Entretien du 25 janvier 2021.

¹⁴⁹ X est l'anonymat.

¹⁵⁰ Entretien du 30 janvier 2021.

¹⁵¹ Entretien du 30 janvier 2021.

*Au Cameroun, la santé est sur les textes et non sur les gens. Le décret en lui-même est faible, je ne sais pas le dossier qu'on remplit encore là (...) On ne sait pas à qui s'adresser. Qui fait même les exonérations ? Le médecin ? Qui ? Vu que moi je n'ai jamais bénéficié de ça.*¹⁵²

Pour l'informateur, il existe un parchemin obligatoire pour bénéficier des prérogatives. Nonobstant, la norme est « faible » du fait que les avantages sanitaires qu'elle énonce ne sont pas applicables. Il existerait d'autres critères que la loi n'a pas prévus ? Le handicap de la communication s'exprime par la confusion entre prescription et application. L'ordre social préconisé par les cadres normatifs est modifié par les acteurs. Cette modification redimensionne les interactions. Ce qui fait dire aux HV que la santé est textuelle que sociale. Par-là, le sociologue constate une absence de communication efficiente entre les textes, les agents institués et les HV. L'autre obstacle de communication est lié à l'assistance sociale.

2-Le regard sur l'assistance sociale : des microgravités apparentes

2-1-Le nœud indéfini entre les intermédiaires institutionnels de la santé

Le vocable assistance sociale n'est pas que sous sa forme institutionnelle, c'est-à-dire un service spécialisé de l'Etat chargé de suivre tel angle des activités sociales. Il s'agit de toute aide, peu importe le registre statutaire de l'aidant. L'accompagnement social est une obligation pour le HV dans le processus d'accès à la santé. Lorsque l'intermédiaire qu'est l'assistant social n'assure pas une communication vigoureuse en vue de communier avec les HV voire les autres acteurs du système de santé, il est évident que l'aveugle bute à un obstacle. La communication qui rend plat les interactions entre solliciteurs de santé et agents intermédiaires de santé manque à ce secteur.

La thèse du rapport opaque entre les intermédiaires institutionnels, stipule que les services affectés dans l'assistance sociale des HV ne sont pas sereins dans la gestion des patients. Il se dégage une certaine interférence d'entre les structures systémiques chargées de la santé. Si la loi est sans reproche, les acteurs de terrain n'ont pas de plateforme commune permettant d'enduire le flux de la demande de santé. A l'origine, le MINAS et le MINSANTE, structures fondamentales, ne s'accordent pas de la gestion commune des HV. Justement deux réactions retenues soulignent que : « *Il y'a les obstacles. Je n'accuse pas le gouvernement ; les affaires sociales doivent sensibiliser tous les services sociaux d'ici et d'ailleurs, en ville et dans*

¹⁵² Entretien du 25 janvier 2021.

les autres coins ». ¹⁵³De même, « *Les affaires sociales doivent signer des conventions avec le Minsanté pour améliorer les conditions. On a l'impression qu'ils ne s'entendent pas. Dès lors, chacun fait ce qu'il veut (...)* » ¹⁵⁴.

Les services d'Etat sont accusés d'incapacité de fonction. Certes, cette pensée exprimée par un échantillonnage de près de 15% a tendance de soutenir que les personnalités institutionnelles bloquent le processus d'accès à la santé. Il leur est reproché de ne pas uniformiser des pratiques nécessaires à l'encadrement des HV, notamment la sensibilisation des subalternes qui sont très proches des DV et la collaboration interministérielle. D'ailleurs, la « *sensibilisation* » est l'un des axes de la politique d'intégration et d'insertion sanitaire des HV. Pendant le terrain, aucun enquêté n'a affirmé avoir assisté à des séances de sensibilisation publique en 2020 et 2021. Lesquelles sensibilisations devant se tenir dans les écoles n'ont pas été constatées par le chercheur.

Cet argumentaire des interviewés est partiellement valide. L'ignorance est parfois à l'origine de ce genre de thèse lorsqu'on sait qu'il y'a eu en 2018 un arrêté conjoint entre le MINSANTE et le MINAS sur les contours de la CNI. Le reproche communicationnel est parfois dominé par une ignorance des acteurs qui n'altèrent pas forcément leurs opinions parfois fondées. L'assistance sociale prend aussi une forme non institutionnelle.

2-2-Une assistance immédiate parfois défaillante.

Le mal voyant ou l'aveugle n'interprète pas le social à partir de la vue. Pourtant la vue est essentielle lorsqu'on veut se soigner. Ne maîtrisant pas toujours les milieux, il lui faut une assistance immédiate tributaire de la famille ou de toute autre personne du milieu où il se trouve. Cette personne l'accompagne et le renseigne des lieux, lit à sa place, lui traduit les messages. En bref, l'accompagnateur est une aide à la communication. Il fixe les repères et les acquis du HV. Notons quand même que l'assistant est volontaire, il n'est pas rémunéré. Alors, le temps qu'il occuperait gratuitement avec le DV, le priverait d'intervenir à d'autres activités qui lui incombent. Cette note de terrain, sans doute convint un enquêteur de déclarer que : « *Il y'a un problème d'accessibilité à ne pas négliger qui part de ce qu'on veut se déplacer mais on ne sait qui accompagner* ». ¹⁵⁵Cette déclaration ne signifie pas l'embarras à choisir l'accompagnateur, plutôt la personne disponible et sincère. Etant donné que l'expérience de

¹⁵³ Entretien du 30 janvier 2021.

¹⁵⁴ Entretien du 30 janvier 2021.

¹⁵⁵ Entretien du 10 mars 2021.

terrain enseigne que la déficience visuelle est parfois mystique (aucun signe pathologique détecté par l'ophtalmologue) l'assistance devient laborieuse et distante de peur de contamination.

Sur le plan communicationnel, le chercheur est rassuré que l'accès à la santé a des obstacles réels de communication parfois répandus d'ignorance qui compliquent d'avantage la possession d'informations avantageuses chez le patient. Les individus utilisent dès lors des interprétations singulières, qui expriment leur méthode de gestion de la communication, une itinéraire informative a social du point de vu des DV. Plusieurs obstacles rendent difficiles la santé¹⁵⁶. A présent, il faut analyser l'obstacle sous l'angle économique.

III-LA SANTÉ : UN INVESTISSEMENT ÉCONOMIQUE CONSISTANT.

« *La santé c'est l'argent* », soutient la pensée populaire. La santé est économiquement onéreuse lorsque les individus ne maîtrisent pas les stratégies disposées à leur avantage. C'est le constat que dégage cette section d'analyse. Les cibles et les acteurs concourant à la santé émettent un ensemble d'arguments exprimant l'obstacle économique ; qui parfois est tributaire de leur ignorance. Cette section repose sur trois sous-ensembles : le recours aux soins ophtalmologiques, la difficulté économique d'accès à la santé et la synthèse de dépense chez quelques HV.

1-La nécessité du recours aux soins ophtalmologiques en ville: le reproche de payer les soins

Conventionnellement, il faudrait consulter un ophtalmologue lorsqu'il survient des dysfonctionnements de vue. Les DV ne sont pas ignorants de cet avertissement. Sur une échelle de 100, Moins de 78% font de l'ophtalmologie une référence en cas de malaise. C'est dire que la majorité sait que le recours ophtalmologique est nécessaire. A ce propos, trois récits sont représentatifs de cette déclaration. A la question de savoir : quel recourt adopter lorsqu'il survient une maladie de la vue ? Nous suivons : « *Pour la santé ? Il faut aller à l'hôpital nooon. Tu as problème de vision, si tu sens mal ou quoi c'est l'hôpital* »¹⁵⁷. Aussi :

La santé ophtalmologique, ça se réfère aux yeux noon. Le manque de vision, de réduction tout ça ? Si déjà tu voyais, et que la vision diminue, voilà, tu pars

¹⁵⁶ L'OMS, op.cit., p. 1.

¹⁵⁷ Entretien du 25 janvier 2021.

directement à l'hôpital pour voir ce qui fait la diminution. Justement, la première chose c'est d'aller consulter un ophtalmologue¹⁵⁸.

Ainsi, les HV savent où se rendre en cas de trouble visuel. L'accès à la santé commence par là. Les patients contestent très souvent la paye de la consultation alors qu'ils estiment être ML et NV. Pour eux, la preuve de déficience étant physiquement et non médicalement établie, l'article sur l'exonération ou bien la paye partielle de consultation mérite d'être appliquée sans d'autres conditions. Or, pendant la première consultation ophtalmologique, voire la énième, tant que le patient est ignorant des procédures et conditions d'exonération et de dispense de frais de prise en charge, il ne bénéficie de rien. La décision des facilitations économiques est du MINAS avant que le MINSANTE l'applique. Autant, toutes les institutions spécialisées et les formations sanitaires ne sont pas toutes accréditées pour la prise en charge. Le choix inadéquat entre centre sanitaire, exonération et patient, ne contribue pas à son objectif. C'est en partie l'ignorance qui accable certains de ces acteurs. Une source explique en quoi consiste son activité.

Nous faisons des consultations, pausons le diagnostic, donner un traitement équivalent. La personne est aveugle ou de basse vision ? Quel est son taux de cécité ? Donc, il a payé sa consultation. Les cartes sont octroyées au MINAS, et chaque carte a des conditions d'utilisation. Il y'a un obstacle d'ignorance. Parfois, eux-mêmes, les handicapés ne comprennent pas les conditions de gratuité.¹⁵⁹

2-L'économie, un obstacle majeur à la santé ophtalmologique : comprendre l'exonération

2-1-La carte nationale d'invalidité : autour de sa gratuité et sa caution.

« Lorsque vous avez une carte d'invalidité, on fait les rabais, c'est ce que dit la loi. Non non, moi je paye tout, je ne sais si les autres déficients payent ou non. »¹⁶⁰ Primordiale, la CNI singularise son détenteur en favorisant ses soins. Elle est la démonstration officielle et surtout pratique du handicap que souffre l'acteur. Cette pièce renseigne sur les paramètres du Hv. Une certaine opinion imite le caractère handivisuel pour s'approprier des avantages des HV apprend-on. La photographie de l'acteur donne parfois d'écarter l'ivraie du bon. Gratuite dans les formulaires de propagande en vue d'inciter les DV à se civiliser, il existe un écart entre l'expression orale et la praxis, soutiennent les HV. Plusieurs sources relèvent que la carte n'est ni gratuite, ni avantageuse dans les droits. 5/5 enquêtés convergent d'idée en soutenant que rien

¹⁵⁸ Entretien du 22 janvier 2021.

¹⁵⁹ Entretien du 19 mai 2021.

¹⁶⁰ Entretien du 27 janvier 2021.

n'est gratuit. Voici quelques extraits : « *C'est les affaires sociales qu'on établit ça (CNI). C'est gratuit mais il y'a les papiers à légaliser* ». ¹⁶¹ « *La carte d'invalidité, on dit qu'elle est gratuite, mais tout ce qui tourne autour est payant par exemple la photo. Vue les dépenses autour, c'est pas gratuit. La gratuité veut dire quoi ? Que tu fais tout ce qu'il faut sans dépenser* » ¹⁶². Au sein d'une institution de prise en charge où elle officie, une source déclare : « *Ici, je ne bénéficie pas des réductions. Ici, moi je ne bénéficie pas. Si oui, il faut toute une enquête* ». ¹⁶³ A des moments, d'aucun essaie d'illustrer leur propos pour témoigner en quoi est-ce que la CNI est payant :

On dit que la carte est gratuite, mais ce n'est pas gratuit parce qu'il y'a beaucoup de documents à fournir avec le « camelot » qui te donne le taux de handicap, prendre la course au minas pour le formulaire. Voir un généraliste (médecin) pour signer. Repartir encore au MINAS. Payer un certificat de domicile, ce n'est pas gratuit. Voir le chef de quartier pour signer. Hm, et quand tu vois l'ophtalmologue, hm tu paies la cession. ¹⁶⁴

Honnêtement, la carte est gratuite. La gratuité concerne uniquement la transcription de la CNI et sa signature explique l'administration. D'ailleurs que c'est après avoir établi le document que l'administration considère l'acteur comme un HV. « *La carte est gratuite après avoir constitué votre dossier. On ne vous demande rien. Ni de demande timbrée, vous établissez juste vos pièces* » ¹⁶⁵. De ce fait, les plaintes ci-dessus ne tiennent pas compte de la modalité. Une telle ignorance s'abreuve l'opacité de traduction des documents en braille. Justement, les modalités pareilles sont contenues dans les textes particuliers du MINAS. Il est alors improbable de les traduire en braille lorsque les manuscrits généraux échappent déjà. La représentation sociale des acteurs (normaux et anormaux) est fécondée par des pratiques quotidiennes qu'ils croient fondées. Les professionnels du ministère sont aussi responsables de cette situation car « *même ceux qui font les cartes qui parfois ne comprennent pas grande chose* » ¹⁶⁶ parce que leur profil est questionnable. En parallèle, ce type d'information n'est pas disponible sous le mode numérique tant convoité par plusieurs des HV. Ce n'est pas pour dire qu'ils n'établissent pas les CNI pour des raisons de gratuité, mais l'opinion estime que c'est un obstacle de financer ce qui est supposé être gratuit. Les économies pour la constitution de la carte auraient aidées ailleurs. Ici-bas, la figure 6 illustre la CNI.

¹⁶¹ Entretien du 17 mars 2021.

¹⁶² Entretien du 26 mars 2021.

¹⁶³ Entretien du 17 mars 2021.

¹⁶⁴ Entretien du 26 mars 2021.

¹⁶⁵ Entretien du 10 mai 2021.

¹⁶⁶ Entretien du 19 mai 2021.

Photo 6: Carte Nationale d'Invalidité cartonnée en cours d'usage



Source : DJOMOU MAFO, enquêtes de terrain, février 2021.

Cet obstacle sur la gratuité prolonge un autre.

2-2-Le suivi thérapeutique et la condition sine qua non

Si les confesses normatives exigent une remise des charges économiques de la partie au tout du DV, il demeure que la réduction en question est opiniâtre dans plusieurs cadres sanitaires, déroulent les enquêtés HV. Déjà, on ne sait à quel niveau des opérations (billet de session ? Consultation ? Paiement des factures ? Pharmacie ?) la directive prend effet. Dans les structures publiques et privées, nombreuses d'entre elles appliquent des taux normaux aux DV. Les dépenses étant généralement « *démesurées* » pour les patients, la bourse individuelle ne les permet pas de s'acquérir convenablement des soins. Cette expression est probablement de la catégorie moyenne ou pauvre. L'économie devient un obstacle dans la mesure où tous les DV ne sont pas habiles à s'offrir une santé en ratio à leur économie. Il arrive que la vue se perde parce qu'on n'a pas pu réunir le montant exigé. Nous rappelons que pour le comité de la cécité, 75% de cécité est évitable au Cameroun. On sait que l'argent va avec la santé, cependant les personnes HV ont des droits singuliers. Un enquêté relate : « *Ma vue baisse vraiment. On a demandé une grosse somme à ma maman pour m'opérer. C'est la cataracte. Tu vois le temps passe, et je vois de moins en moins. Imillion ? Elle ne peut pas réunir ça.* »¹⁶⁷ L'observation directe témoigne des cas de cécité complète due au faible suivi économique. Les exigences en termes de financement de soin n'ont pas abouti. « *La loi ? Hououou (effarement), ça n'a rien avoir avec la médecine* »¹⁶⁸. « *J'étais à XX sur la route d'Okola, j'ai tout payé. XX est*

¹⁶⁷ Entretien du 08 janvier 2021.

¹⁶⁸ Entretien du 25 janvier 2021.

privé ». ¹⁶⁹ La santé se définit à l'économie. C'est une économie chère, témoigne 3/3 d'acteurs MV ou NV. A ce titre, ces réactions corroborent l'idée : « *Ce qui est difficile, c'est que, il faut beaucoup d'argents pour aller avec à l'hôpital. Il faut aller voir les bons docteurs (...) L'argent ? Il faut des centaines d'Euro de mil* ¹⁷⁰ ». Un autre accuse le pouvoir économique comme premier obstacle: « *Les moyens financiers en premiers* » ¹⁷¹. Cette intervention est reprise par un autre interviewé : « *Les moyens financiers, si j'ai mal et qu'il faut partir à l'hôpital ; il faut l'argent. Combien ? Je ne sais pas. Il faut consulter d'abord. Tu as telle maladie, le coli coûte tant.* » ¹⁷²

Une information complémentaire tant à étendre cette thèse dans un domaine complémentaire à celui ophtalmologique.

Pour être prise en charge sur le plan psychologique comme tout le reste, le déficient visuel obéit, ce sont les mêmes conditions si c'est une consultation psychologique. La prise en charge psychologique n'a pas de réduction. Le coût de cette prise en charge vous le payez totalement, vu qu'on ne va rien prescrire comme comprimés. ¹⁷³

Ce pendant le Centre Pasteur applique une réduction de 50% d'après les informations de terrain. Aussi, quelques acteurs ajoutent que : « *Mercy ship, j'étais à Mercy ship à Douala. Là-bas, je n'ai rien payé* » ¹⁷⁴. « *C'était gratuit, j'étais là-bas (Mercy ship), moi aussi je n'ai rien payé* » ¹⁷⁵. Les cibles semblent comparer les mêmes services effectués parmi tant d'autres, toutefois non payés ailleurs qu'ici.

Une autre fois, la connaissance par ignorance élabore les réactions des cibles. L'exonération n'est pas toujours automatique dans les centres agréés. Dans plusieurs exemples convoqués à Yaoundé, plusieurs interpellent des centres de santé non impliqués dans la prise en charge. Dans certains hôpitaux accrédités, il faut passer par le service social, seul compétent d'engager les démarches d'exonération. Au cas contraire, la cible est considérée comme personne normale car elle se déroge des obligations. Le service social que l'aveugle non accompagné ne voit pas pour ressentir un réflexe, peut-être qu'il peut se renseigner, est un intermédiaire entre l'hôpital et le MINAS. S'il n'existe pas au sein de l'hôpital, celui rattaché au milieu de vie du HV peut l'aider. Le Centre Social, « *Il ne gère pas, il facilite la tâche en se*

¹⁶⁹ Entretien du 25 janvier 2021.

¹⁷⁰ Entretien du 18 mars 2021.

¹⁷¹ Entretien du 12 mars 2021.

¹⁷² Entretien du 17 mars 2021.

¹⁷³ Entretien du 18 mars 2021.

¹⁷⁴ Entretien du 25 janvier 2021.

¹⁷⁵ Entretien du 25 janvier 2021.

*rendant au bureau du Directeur ou au service adéquat. Il n'a pas l'argent posé pour ça ».*¹⁷⁶
Outre passé le service social, le patient paye normalement ses soins.

Ailleurs, il faut maîtriser l'organisation interne de la structure pour déterminer quel service joue la fonction d'assistant social lorsqu'il n'est pas inscrit quelque part. De même, les financements de soins par l'Etat sont repartis à la dimension nationale du territoire et de la typologie de handicap. Tous les centres agréés ne sauraient toutes les fois bénéficier au même moment, souligne une source. Si les moyens sont peu, nombreux ne sauront bénéficier. A supposer que les fonds soit consistants, il faudrait que l'individu se trouve dans une catégorie handicapante moins concurrencée pour bénéficier de la prise en charge exonérée. Le Budget de financement de la prise en charge n'est pas aussi constatant, « *quand il y'a les difficultés, on réduit* »¹⁷⁷ sans se soucier du devenir de la santé des autres.

Parfois, la subvention s'avère une faveur et non un droit. Vu qu'aucune gratuité n'existe officieusement, on peut s'en passer. Lorsque les aveugles et les non-voyants contestent du paiement de soins de santé oculaire, ils devraient avoir en idée qu' « *aucun service n'est gratuit. Il y'a toujours quelqu'un qui paye ça* »¹⁷⁸. Ces informations ne sont pas forcément connues du grand public. Ce qui accroît le risque d'ignorance et l'arrogance administrative.

2-3-Patient et praticien : le nœud économique

Les patients avouent mordicus que le lien avec l'ophtalmologue est un échange de service où le plaignant sollicite la santé, et le praticien exerce son professionnalisme. Seulement, l'argent à dépenser pour les charges adéquates permet de déclencher le rapport au soignant. S'il ne déclenche pas, il aide à maintenir les soins. Pour ceux qui résistent au financement sanitaire, un rapport fait état de ce que le lien à la santé est substantiellement économique. Voici quelques réactions d'illustrations. « *Celui (l'ophtalmologue) que j'ai ici, c'est mon médecin de Douala qui me l'a envoyé. Je paye les consultations par mois noon* ».¹⁷⁹ « *Oui, pour voir l'ophtalmologue, il faut l'argent.* »¹⁸⁰ « *Non non, le rapport c'est l'argent. Il faut un billet de cession, je le vois pas d'abord pour savoir qui sait* ».¹⁸¹ Même si on prétend un rapport approfondi avec le praticien, l'argent reste le lien de pré-soin « *Moi j'ai un médecin qui me suit depuis. Quand j'ai un problème, j'appelle ou « écris » sur WhatsApp, on prend rendez-*

¹⁷⁶ Entretien du 10 mai 2021.

¹⁷⁷ Entretien du 10 mai 2021.

¹⁷⁸ Entretien du 10 mai 2021.

¹⁷⁹ Entretien du 26 mars 2021.

¹⁸⁰ Entretien du 18 mars 2021.

¹⁸¹ Entretien du 17 mars 2021.

vous. Parfois elle vient à la maison, je passe au Cabinet ou elle me communique par téléphone le remède que j'achète à la pharmacie. »¹⁸². Un intervenant estime qu'en fonction du pouvoir économique, est établi une hiérarchisation d'accueil de patient.

On te prend rapidement en charge quand tu as un statut. C'est un rapport statutaire. C'est parce que tu es un déficient que forcément on te prend en charge. Moi, j'ai connu cette expérience-là. J'arrive à l'hôpital XX(...) J'étais arrivé avant lui, mais ayant les moyens, on l'a reçu. On a fini avec lui moi n'ayant pas les moyens. Puis lui, venait de l'Europe, paix à son âme, il est décédé aujourd'hui. Le docteur (il reprend les paroles du docteur face au patient nanti) : « haa monsieur, vous êtes déjà là, je m'occupe rapidement de vous ». Toi, tu étais là avant, personne ne cherchait à savoir si on t'a reçu et tout.»¹⁸³

Les patients nantis ont très souvent une mémoire de dépense quasi-stable.

3-Une synthèse des dépenses chez la catégorie handivisuelle dite nanti

L'analyse en cours réunit des parties prenantes à l'enquête ayant étayé les dépenses d'ici et d'ailleurs pour recouvrir illusoirement la santé. Ils ont/font recours à des démarches possibles qui finalement ont échoué ou sont en cours d'observation. Les montants exprimés sont minimalement approximatifs et ne sont pas circonscrits à un temps maîtrisable. Pauvres et riches sont confrontés au handicap¹⁸⁴. Le tableau suivant se focalise sur les HV nantis qui se plaignent la prise en charge.

¹⁸²Entretien du 30 janvier 2021.

¹⁸³ Entretien du 08 janvier 2021.

¹⁸⁴ Organisation Mondiale de la Santé, Projet de plan d'action mondiale de l'OMS relatif au handicap 2014-2021, un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées, Organisation Mondiale de la Santé, 2016, p. 2 .

Tableau 2: La synthèse de dépenses médicales chez quelques déficients visuels nantis

CATEGORIE D'ACTEURS A ACTION ACHEVEE						
Noms	TYPE DE HANDICAP	Dépenses locales	Temps de consultation (02 révolues)	Voyage	Dépenses sanitaires	Moyenne de dépenses cumulées
XX	De mal voyant à aveugle	90 mil en moyenne par semaine durant le temps de mal voyance	Non évalué	Cameroun-Doubaï-Emirats Arabes. 2.5 millions	Des centaines de milles en francs CFA	En moyenne 4 millions FCFA
XX	De mal voyante à aveugle	50 à 120 mil par semaine le temps de mal voyance	Quelques mois	Cameroun-Espagne en 2 places. 2.5 millions	Montant en Euro non dévoilé + un long séjour	Au moins 7 millions FCFA
XX	Mal voyante	250 mil le scanner chaque année	Depuis l'enfance	Non	Non	Des millions FCFA
CATEGORIE D'ACTEUR A ACTION EN COURS						
Nom						
Xx	Mal voyant	Des centaines de mill	RAS	Non	800.000 en FCFA sont les frais d'achat d'un remède nouvellement conçu au Canada.	Millions FCFA

Le choix de ces acteurs n'est pas hasardeux. Nous avons des HV qui décrivent de manière pessimiste la prise en charge, pourtant ils ne sont pas concernés par les modalités d'exonération. 3/4 sont employés, 1/4 est élève. Ils bénéficient d'une autonomie économique qui les débarrasse de la bourse employée aux « *indigents* ». Il ne faut seulement pas être DV pour bénéficier des privilèges économiques, le patient ne doit profiter d'une situation professionnelle (emploi et auto-emploi), l'adresse, la perspective de l'évolution du taux IPP, la non jouissance d'aucune prestation sociale sont déterminantes dans l'annulation de la gratuité des services de santé. Ces éléments sont quelques fois mentionnés sur la CNI (en écriture courant). La médecine conventionnelle n'encadre pas toujours les HV.

VI-QUELQUES INFORTUNES D'ACTIVITÉ DE SANTÉ ET LES THÉRAPIES EN PARALLELE.

L'ultime mouvement de ce chapitre se consacre à l'analyse du présupposé jugement de l'activité médicale des ophtalmologues. Il prend aussi en compte les thérapies en parallèle, c'est-à-dire côtoyées par les HV. L'intérêt est de situer les obstacles d'accès à la santé en formulant l'argument de la compétence équivoque des techniciens sanitaires eu-égard de leurs clients, aussi la délibération individuelle de suivre un traitement de santé non conventionnel.

1-L'opinion sur l'expertise inexperte ophtalmologique : incriminé le Personnel de Santé, et méjuger les attitudes de patients.

Les querelles économiques sont prolongées à celles de la qualité d'expertise inconstance. La qualité de l'expertise du personnel soignant¹⁸⁵ est remise en cause par une fraction d'enquêtés. Sur l'échelle de 8 personnes ayant fréquenté les centres hospitaliers en vue des soins, 5/8 défendent l'hypothèse que les ophtalmologues rencontrés sont de mauvaise efficacité. Ils se basent d'un empirisme individuel au dénouement éprouvé avec le PS pour soutenir et très souvent généraliser ces expériences peut-être isolées. Si la formation médicale confère aux apprenants des acquis de soins, certains HV dévoilent plutôt l'incompétence du PS. Voici la synthèse de certaines réactions : « *Les soins sont approximatifs* »¹⁸⁶, puis, « *On remet en question la qualité de la formation de nos agents* »¹⁸⁷, voire, « *Bon, nous sommes en Afrique, c'est pareil partout (en Afrique), on fait avec ce qu'il y'a. Nous faisons avec le peu de moyen qu'il y'a* »¹⁸⁸. Ce dernier déploie la théorie du « *Knock out* », l'afro pessimisme

¹⁸⁵ Personnel Soignant/PS

¹⁸⁶ Entretien du 07 janvier 2021.

¹⁸⁷ Entretien du 22 janvier 2021.

¹⁸⁸ Entretien 27 janvier 2021.

africain où le mythe d'ailleurs est dominant. Chez nous, même le diagnostic de détection de l'obscurantisme du champ visuel fait défaut :

*Je crois que je serais assez radical. Lorsqu'on est formé et on ne parvient à détecter le mal, ça fait problème. Ils nous permettent de remettre en cause leur qualité de soin. Oui, j'ai eu le palu, on m'a soigné (...) Mais où je voulais ne ce reste que savoir ce que je souffre, rien. Oui les soins sont faits, mais on en a encore plus besoin pour qu'on n'en soit plus face aux problèmes de consultation, c'est banal.*¹⁸⁹

Ces récits témoignent des méthodes de peuple contribuant à démoder l'image de la profession d'ophtalmologue. Certes, certaines notes seraient vérifiables, mais la dynamique est telle que le médecin de par ses soins devient un obstacle à la santé ophtalmologique. Le serment d'Hippocrate du point de vue morale n'autorise pas un médecin de marauder la santé ophtalmologique. L'opinion d'incrimination du PS est validée en partie lorsqu'une source déclare que : « *L'échec du diagnostic ? C'est un peu rare, mais ça peut arriver. L'ophtalmologue peut-être mal formé.* »¹⁹⁰ Ainsi les témoins participants ML et NV trouvent leur thèse justifiée. Ce n'est pas soutenir que les DV ne sont pas fautifs quoi qu'ils n'en évoquent pas.

Les patients sont impliqués dans l'échec de leur thérapie. Les soins ont un caractère interactif. Il faut bien que la partie patiente respecte les engagements et prescriptions médicales. Nonobstant, il y'a de MV qui ne retournent pas à l'hôpital pour des causes économiques, d'autres arrivent lorsque le mal est déjà extrême. Nous rencontrons des MV qui portent de lunettes en cas d'urgence ; et de NV qui ne se protègent pas des poussières. Pourtant la prescription des lunettes dans ce cas est d'usage ininterrompu. Les prises inconstantes de médicaments chez les patients n'échappent pas à cette discourtoisie. C'est dire que ces éléments contribuent aux imperfections sanitaires. Nous apprenons que : « *le patient parfois ne respecte pas les prises des médicaments. Dans ce cas, le traitement sera inefficace* »¹⁹¹. Ces infortunes incitent à consulter ailleurs.

2-Le choix des trajectoires thérapeutiques complémentaires : des actions a pos théorie individuelles.

La santé, dans une conception anthropologique, a une solution culturelle, se disent les Hv. Cette imaginaire devient plus assidue lorsque l'hôpital peine à recouvrer la santé. Ce sont des engagements sectoriel et général, qui s'appuient des compétences et ressources locales. Le

¹⁸⁹ Entretien du 10 mars 2021.

¹⁹⁰ Entretien du 19 mai 2021.

¹⁹¹ Entretien du 19 mai 2021.

souci de savoir de quoi est-ce qu'on souffre, n'explique pas toujours le choix thérapeutique traditionnel. Parfois, c'est lié à la croyance de pouvoir développer la vue ou de la redécouvrir à partir des pouvoirs traditionnels. L'adoption du suivi religieux et de thérapeute traditionnelle organisent ce sous-ensemble.

2-1-L'impasse trajectoire religieuse : « On m'a vendu le rêve ».

Chez certains HV, la divinité est considérée comme un espoir pouvant résoudre plusieurs problèmes. C'est par action logique que les individus se dirigent plus ou moins accompagnés vers les espaces sociaux promouvant la guérison par « *miracle* » à partir de la foi et des louanges. Les données de terrain argumentent qu'on ne va prier pour des raisons non utilitaire (sauver l'âme). La fréquentation de ces lieux ecclésiastiques par la fraction d'interviewés est due à des doléances purement socio-sanitaire, par conséquent, elle écarte l'aspect spirituel et de l'âme. C'est parce qu'on accuse des origines mystiques à la cécité que le recours religieux se présente comme une opportunité d'autant que la divinité est « *le début et la fin* » des maladies. L'évangile de Jean dans la Bible rehausse la guérison de la cécité lorsqu'il met en scène le personnage de Jésus qui soigne la vue « *d'un aveugle-né* ». Le mystique relève d'expériences non sensorielles c'est-à-dire non physiques. Cependant, la vue est organique et physique. A la question de l'origine de la maladie oculaire, un enquêté déclare que : « *Parfois c'est mystique quand même* ». ¹⁹²La divinité est mystique dit-on. ¹⁹³

Dès lors, le discours religieux sur le caractère pieux des croyants qui devrait les épargner de la prison, l'enfer de braise de feu (interprétation biblique de certains passages de la mission de l'église) connaît une dynamique de conception. Certains fréquentent l'église/la religion révélée pour des raisons de santé : recouvrer la vue. Nous pouvons lire : en dehors de l'itinéraire médical, quelle autre employez-vous ?

L'itinéraire religieuse bien sûre, et là ça dépend de l'entourage. L'entourage peut emmener le déficient à s'orienter, du genre on t'a fait ça au village. Oui, du coup le déficient aura tendance à chercher la guérison traditionnelle, oui religieuse parce qu'on aurait dit c'est mystique (...) Il y'a beaucoup de déficients visuels qui vont à l'hôpital on ne trouve rien. Donc, le médecin fait les examens, et te dit on ne

¹⁹² Entretien du 19 janvier 2021.

¹⁹³ Olivia DEMAIN, Vivre le handicap au Cameroun, Mémoire présenté en vue de l'obtention du Master professionnel 2ème année en Déficiences et activités physiques adaptées, Université Marc Bloch de Strasbourg, 2007. <https://www.rfi.fr/fr/emission/20190216-afrique-jeunes-africains-situation-handicap-pauvrete-education-integration21/09/2020/18h/07min/Ciber>.

*comprend pas d'où sort votre cécité. Pratiquement, tu vois la personne va s'orienter soit vers le traditionnel, soit vers le religieux.*¹⁹⁴

« *On t'a fait ça au village* » est une expression codifiée dans le langage de certains cadres sociaux véhiculant l'idée « *mystique* ». Très souvent, c'est pour accuser distraitemment un mauvais sort d'origine filiale. L'intervenant suspecte une « *main noire* », c'est en guise de rupture de ce lien mystique qu'il va à l'église, en espérant recouvrir la vue. Un autre intervenant signale que : « *Moi j'ai été victime, le recours religieux où on va prier et je vais me lever. Il y'avait un pasteur réputé à l'époque qui disait faire des miracles. On m'a vendu le rêve. C'est beau à raconter* ». ¹⁹⁵ Vendre le rêve, ou promettre l'irréalisable. A l'époque des faits, cet intervenant était encore mal voyant avant de devenir aveugle. La vente de rêve chez les personnes vulnérables est courante.

*Cette question, c'est vrai qu'on en parle de ça. Il faut aller à l'église, on va prier, vous allez « voir ». Mais je suis déjà allé à l'église plusieurs fois, on a prié, mais ça n'a pas porté de fruit. Je ne sais pas si ça existe. C'est vrai qu'on en parle partout (prière qui soigne). En ce qui me concerne, je suis allé plusieurs fois, ça n'a pas abouti, je ne peux donc pas dire que ça existe. Ça n'a pas marché, pour dire que quelque chose existe, il faut que ça marche. C'est vrai que ça peut exister, que ça peut aller avec d'autres personnes. Moi, je n'ai jamais vu quelqu'un sur qui ça a marché.*¹⁹⁶

Pourtant, lui-même ne voit pas. Ce dernier récit renseigne sur la déception, comme d'ailleurs la précédente. Les HV fréquentant les églises, à ce que nous sachions, n'ont jamais été restituées en termes de santé. Les malvoyants de l'époque sont devenus aveugles ; les aveugles de l'époque, n'ont jamais vu. Dès lors, ce choix thérapeutique individuel est une voie sans issue favorable. Elle empêche aux concernés de réaliser quelques autres activités de santé pertinentes : assister à la sensibilisation, atelier, gestion du stress ou du déplacement des DV qui sont des atouts à la santé visuelle. Au-delà de la religion, on peut aussi rencontrer « *le marabout* ».

2-2-La tradi-pratique : rencontrer le marabout

Si la divinité à partir de la convocation humaine ne réagit pas en faveur de la doléance des HV, plusieurs enquêtés préfèrent faire confiance à des personnalités recouvertes du pouvoir dit traditionnel. En langage local, elles sont dénommées : marabouts. De sa signification propre, c'est un homme pieux. Or, les usagers le conçoivent comme un traitant

¹⁹⁴ Entretien du 22 janvier 2021.

¹⁹⁵ Entretien du 26 mars 2021.

¹⁹⁶ Entretien du 27 janvier 2021.

traditionnel ayant la capacité de traiter des pathologies mystiques. Pour quelqu'un de neutre, la simple évocation du vocable marabout attire un effarement. Une discussion renseigne : « *Ekieh (ébahissement), on part chez les marabouts ? Ça existe ?* » A son interlocuteur de répondre « *oui, blague (rire), ça existe. Il y'a plein qui partent là-bas* »¹⁹⁷. Les causes mystiques du Handicap visuel¹⁹⁸ sont du domaine des marabouts. « *On fait comment pour dégager le mystique ? Le mystique ? C'est chez les marabouts nooon qu'on détecte* ». ¹⁹⁹ La consultation maraboutique consiste à détecter et soigner la vue.

En effet, ces soignants traditionnels adoptent souvent des traitements de soin très rigoureux. A la limite, le traitement est ambigu dans la mesure où on ignore s'il veut soigner ou bien provoquer le désistement par manière du patient parce que l'incapacité d'infécondité du traitement semble se confirmer. Un entretenu répond que : « *On m'a mis le fiel du poisson dans les yeux, les marabouts, les plus prolifiques m'ont promis quand j'étais mal voyant. Mais, je crois qu'ils mettaient le piment rouge dans mes yeux. C'est tellement douloureux, au bout de trois semaines j'ai abandonné* ». ²⁰⁰ Une démission d'infertilité de résultat ou de tracement ? De toute façon, il demeure aveugle.

Parfois, on est convaincu d'une cause « *de magie noire* », il demeure que le commun des thérapies de marabout ne soigne jamais le patient dans notre cas d'espèce. « *Je ne sais pas, les histoires de mystiques là, vu que c'est ça que je souffre, tu vois nooon. Mais, on(ne) m'a jamais soigné. Ca fait des années que j'ai ça. Peut-être il peut (marabout) soigner si ça vient de commencer* ». ²⁰¹

Au sortir du débat dit « *mystique* », la construction sociale est telle que le recours à des thérapies religieuses et maraboutiques sont des cadres de transformation de la santé. L'interprétation des Hv est qu'ils peuvent recouvrir le handicap au sein des sociétés mystiques de promotion de santé. Ce choix dévoile la stratégie d'une population en quête de santé. Cependant, empiriquement cette trajectoire n'est pas efficiente sur le plan pragmatique. L'introduction des substances sales dans les yeux provoque la cataracte. De même, la morphologie des yeux non-voyants se modifie à partir du traitement non approprié qu'on adapte aux yeux. « *L'investissement nul* » que font montre certains HV compliquent la gestion de la santé oculaire, car ils sont retournés de l'approche conventionnelle outillée dans

¹⁹⁷ Entretien du 25 janvier 2021.

¹⁹⁸ Handicap visuel/Hv.

¹⁹⁹ Entretien du 19 janvier 2021.

²⁰⁰ Entretien, du 26 mars 2021.

²⁰¹ Entretien du 25 janvier 2021.

ce domaine. La surestimation de l'opinion personnelle face à la réalité scientifique devient un obstacle.

Au demeurant, l'accès à la santé de plusieurs DV est conditionné par l'itinéraire d'obstacles sociaux tributaire d'un manque de connaissance auxquels s'ajoutent de nombreuses barrières. Comme le prévoyait Harold GARFINKEL, les normes ne sont pas toujours à l'origine des relations sociales. Chacun interprète à son niveau puis implémente son imaginaire. Si la loi est claire à propos d'une communication inclusive, les responsables ne travaillent pas assez pour la dépouiller de son caractère malingre. De même, le contexte économique, malgré les simplifications textuelles, il demeure suffisamment de résistance sur plusieurs plans. La compétence de certains praticiens ne convainc pas toujours tous les usagers, tout comme les patients sont têtus ; de même que le choix de thérapie en parallèle des MV et NV les dissocie du suivi moderne. Au fond, les pratiques administratives consistent à confirmer que certains cas de santé ne sont pas récupérables, il ne faudrait pas dépenser gratuitement. Les essais cliniques, religieux, maraboutiques poursuivis par les DV ne sont que des pratiques d'aide partielle. Aucune vue dans notre contexte n'est redécouvrable. L'administrateur donne sens à ses actions en signifiant au statut de déficient leur situation inchangeable.

Cette première partie avait un double objectif décliné dans ses deux chapitres. Dans le premier domaine, nous voulons saisir l'explication de la sociogenèse du HV, tout comme la réponse administrative accordé à ce handicap. Il en ressort que la DV est d'origine sociale, qui s'explique par divers arguments. La découverte majeure ici est l'explication biologique de la cécité. On naît aussi aveugle. Pour le sociologue, cette représentation sociale est discursive, car c'est à la naissance que la vue ou la cécité est constaté : on devient socialement aveugle. La seconde spécialité de cette partie questionnait l'accès à la santé en ressortant les causes qui obstruent les soins ophtalmologiques. Les méthodes des acteurs (déficients et praticiens) sont telles que chacun s'inspire d'une stratégie quotidienne pour expliquer un obstacle. Ayant connaissance de nombreux obstacles sanitaires, comment le DV s'ajuste à la situation ?

DEUXIÈME PARTIE

**DÉFICIENTS VISUELS : COMPRENDRE LES RELATIONS
AVEC LA SOCIÉTÉ**

La déficience visuelle est une préoccupation qui traverse le cadre hospitalier. Le déficient visuel vit dans une société lui exigeant un double enjeu : maîtriser son handicap ainsi que le cadre quotidien en guise de stabilité sanitaire. Ce défi repose sur une adaptation ou une réadaptation sociétale. La réadaptation ici se confond à l'intégration. Elle est une exigence pour recouvrir les tendances stigmatisant des « *normaux* ». L'autonomie au moins partielle du déficient visuel paraît en exigence quotidienne dans une société où « *la distance sociale* » est de pair à « *la philosophie de l'argent* ». Comprendre la relation du déficient visuel et son cadre de vie met en exergue les stratégies de socialisation/resocialisation ; pareillement s'intéresser aux effets du handicap visuel, dont l'extension est la réponse à l'accès laborieux à la santé ophtalmologique, reflète le contenu de cette deuxième articulation.

CHAPITRE III : LA RÉINSERTION SOCIALE DES HANDICAPÉS VISUELS

L'insertion pour les DV nés, et la réinsertion chez les HV acquis sont des mesures d'accompagnement socio-morales, éducatifs permettant aux déficients de s'adapter dans leurs milieux de vie. C'est une prise en charge collective (société) et individuelle(HV).Il s'agit d'une phase d'amélioration de la socialisation et d'intégration des MV et NV qui est sensée limiter les obstacles d'accès aux soins ophtalmologiques en ce qu'elle étend le lien social. Néanmoins, cette période est confrontée par certaines résistances sociales compliquant la prise en charge. Convaincu du handicap, les acteurs concernés s'adaptent à la nouvelle situation en utilisant un ensemble de stratégie d'autonomie partielle. Parfois, temporairement interrompus de lien social avec l'entourage, car certains d'entre eux vivent seuls, les DV cultivent des repères socio-matériels pour s'adapter à la société d'appartenance. Le chapitre actuel déroule les mécanismes mis en place dans un parcours de réadaptation ou d'adaptation sociale. A partir de l'ethnométhodologie, nous mobilisons les subterfuges, les mécanismes que mobilisent les agents pour s'acclimater à leur environnement quotidien. L'hypothèse est que les déficients visuels développent des rationalités quotidiennes en guise de méthode psycho-socio-matérielle de survie au sein de leur cadre sociétal pour retrouver une certaine autonomie et confiance en soi. La mobilisation des idées harmonisant ce chapitre s'articule d'abord autour du mécanisme officiel de réinsertion qui déroule la démarche du pouvoir institutionnel. En plus, le chapitre se concentre sur les instruments d'aide à la réinsertion, car la vue est défaillante, il faut bien la seconder. Ensuite, en cas de déficience visuelle, socialement, les autres sens concourent à l'autonomie soit-elle partielle de l'acteur. En fin, l'imaginaire social externe et interne est un des atouts médiateurs d'insertion. La qualité de la considération de l'acteur social à partir du rapport qu'il a aux autres ou de sa propre représentation contribue à la conceptualisation de son identité.

I-L'ACCOMPAGNEMENT INSTITUTIONNEL POUR L'ADAPTATION SOCIALE DES DÉFICIENTS VISUELS

L'engagement de l'Etat en vers les populations handicapées visuelles se poursuit jusqu'en phase de réadaptation/d'adaptation médicale et de rééducation fonctionnelle. Cette partie d'entame donne le ton sur les mesures d'accompagnement des HV qui dorénavant vivront parfois sans assistance sociale. C'est l'étude au « *marquage* ».

1-L'adaptation sociale du handicapé visuel : essai sur les multiples apports

Lorsqu'on perd la vue, on devient différent de celui qui voit couramment. L'intention administrative est de renverser cette conception en dotant au DV des outils cognitifs capables de surmonter son handicap. Cet enseignement est d'autant fondamental dans la mesure de diminuer les effets d'infirmité, en plus de doter au concerné une autonomie pour ne pas largement dépendre des voyants, affublés eux-aussi de plusieurs pressions sociétales. C'est dans cette perspective que le MINAS à partir des services spécialisés qu'offrent les « Centres » éduquent au déplacement ; à l'usage de la canne ; la reconnaissance des formes, de couleur ; aux automatismes, à la capacité de rédemption et de souvenir à partir des gestes répétitifs. « *On se charge de la réinsertion* »²⁰² peut-on suivre. Ou bien, « *On les suit, on les réhabilite. Ils cuisinent, ils ont des ordinateurs, des applications. Ils travaillent (emploi), ils vous saisissent les textes et impriment* »²⁰³. En fonction des spécialités ophtalmologiques, il y'a des ophtalmologues qui par formation exercent des tâches de rééducation.

Pendant l'observation de terrain, les séances d'éducation, dans le sens de faciliter l'intégration morale des HV, étaient perceptibles uniquement dans l'administration privée, pourtant celle publique en fait une promotion dans les textes. Du bouche à oreille, les DV s'interconnectent aux initiatives privées d'adaptation sociale non payantes, ce qui est une aubaine. Les tables rondes, les rencontres, les sensibilisations et les réunions diverses du CJARC sont des exemples. Ordinairement, l'offre éducative dispensée par les acteurs privés (voire publics) aux DV est généralement secondaire. La majeure partie des HV sont autodidactes (interconnaissance, interdépendance) fonctionnels et bénéficient de l'éducation de leurs réseaux sociaux. Cette technique est vulgaire du fait que plusieurs acceptent le handicap dans le temps et non à l'immédiat. C'est dire que l'administration, la collectivité territoriale n'influencent pas toujours leur adaptation. Il est clair que les mesures institutionnelles ne sont pas toujours pertinentes au sens de cette recherche. Dès lors, les HV apprennent par eux-mêmes les réflexes de déficients sans toujours recourir aux professionnels qui sont par exemple les ophtalmologues. Très souvent, le HV répète les gestes (marcher, nettoyer, ranger...) des voyants à la maison. Cette socialisation familiale est due précisément parce que l'acteur a tendance à se couper du reste, il s'apitoie de son sort en ignorant qu'il devrait s'autonomiser. C'est généralement plus tard (02 à 03 ans) qu'on s'ouvre aux autres

²⁰² Entretien du 19 mai 2021.

²⁰³ Entretien du 19 mai 2021.

pour intégrer les repères quotidiens des HV. Cette attitude claustrophobe est un obstacle à l'insertion et à l'accès à la santé. Comment le déficient visuel se prend en charge ?

II-LES OUTILS MÉCANIQUES D'AIDE A LA RÉINSERTION

Le sociologue s'intéresse au social. Il paraît insignifiant de captiver des êtres inanimés. Sauf que ces objets qui nous entourent prennent souvent des significations particulières à partir du sens que leur donnent les utilisateurs. Nous nous efforçons d'expliquer et de comprendre la contribution des ustensiles inertes dans le quotidien des handivisuels. Très souvent, les DV utilisent la « *canne blanche* » et lunette qui sont des méthodes qui donnent sens à la communication et au soin. Ces outils ne suppléent pas l'organe affecté, ils tendent à participer à un indéterminisme moyen.

1-La canne : les typologies et le statut qui déterminent l'adoption d'une béquille.

A Yaoundé, les cannes modernes et traditionnelles sont utilisées. La canne-béquille est un outil manuel destiné aux faits de déplacement et repérage des déficients visuels. C'est généralement une tige droite sécable en trois fractions inter reliées par un filin interne. Ce modèle est une qualité légère importée, c'est lui qui porte le nom de la canne blanche à cause de la couleur dominante (blanche). Au Cameroun, on distingue plus souvent les cannes importées de celles locales. L'observation de terrain révèle que seuls deux enquêtés ont des cannes traditionnelles, c'est-à-dire en gaulette de bois non peint en blanc. Au constat de la vue, ce modèle local est comme un arbuste découvert de son écorce. C'est à l'état sec et non partageable qu'elle est utilisée. Nonobstant le caractère non payant de la canne locale, la masse utilise plus des cannes-béquilles importées/industrielles.

En effet, les 02 acteurs utilisant les cannes locales sont différents des autres dans le sens qu'ils ne sont pas enregistrés dans les centres sociaux et autres associations de prise en charge des HV. Ni carte d'invalidité, ni connaissances sur les procédures de regroupement de DV pour être à niveau, le « *petit* » commerçant d'ignames, septuagénaire et le jeune adulte sans emploi (quarantenaire) s'appuient de gaulette sans expliquer le pourquoi du choix. Par contre, les acteurs usant des cannes modernes semblent plus dynamiques de par leurs connaissances sur les pathologies des yeux, la fréquentation des plates-formes de handicapés visuels, et surtout de la maîtrise des modes parfois indéfinis d'acquisition des cannes. Sur la base d'identification d'enquêtés (1erepartie du guide d'entretien), ces individus sont des étudiants, des employés, des administrateurs, des élèves.

Dès lors, le niveau du statut social qui ouvre les savoirs aux acteurs semble déterminant dans la stratégie du choix des cannes. Les cannes sont très souvent gratuites pour tous les cas. Les cannes traditionnelles ne sont pas contraintes des démarches administratives, ni des demandes des solliciteurs. Elles sont gratuites, traditionnelles ou culturelles pour l'utilisateur. De même, pour certains qui sont d'un statut intellectuel consistant et ouverts aux groupes de DV, ils profitent des dons qui ne sont pas constants (moins de 3 dons par an ou rien et ça dépend du centre). L'avantage de cette typologie est que la canne est ultra mobile. On peut déplier et plier. Les acteurs au capital économique résistant peuvent se l'offrir régulièrement dans les points de vente.

1-1-La fonction communicationnelle de la canne : entre la direction et le signalement

La canne joue la fonction de communication avec l'environnement immédiat. Elle prend alors le sens de direction. Elle réalise la stratégie de contournement d'obstacle. La conduite consiste à relever les obstacles majeurs sur le parcours du DV. Il peut s'agir de fosses, de rigoles, d'escalier, de changement de passage, les mures, de mottes de terre entre autres propres à Yaoundé. Pendant les séances d'observation, on peut constater comment elles permettent de maîtriser les obstacles immédiats dont font face les usagers. Ils peuvent facilement esquiver les espaces accidentés s'ils en font parfait usage. Sauf que la capacité de détection de la canne est de courte longueur. Le récit de terrain suivant justifie cette assertion. « *En réalité, c'est nos yeux (la canne). C'est prudent de l'avoir. Les gens ne prennent pas compte de ces aspects-là. Si quelqu'un entre chez moi, il pose le tabouret à ma porte, c'est la canne qui va me guider* ». ²⁰⁴Ce qui l'éviterait d'un accident, car le handicap est plus accablant lorsqu'une affliction s'ajoute à la situation de déficience.

Aussi, la canne se révèle en signal de détresse. A ce niveau, elle permet de signaler la présence d'un DV dans l'espace commun. Le risque est souvent que tous les individus ne sont pas initiés à cette forme de signalisation où pour traverser la route (poste centrale, Nsimeyong...) on « lève » verticalement/horizontalement la canne. Il en va de même pour stopper un véhicule de transport, car, les stationnements pour handicapés ne sont pas toujours dispersés dans la ville de Yaoundé. Le constat est que le mouvement de la canne par son propriétaire est parfois indicateur de distinction exclusive. C'est-à-dire que le HV, voulant entraîner une action sociale avec son milieu, la limite, compte tenu de la sociabilité exclusive

²⁰⁴ Entretien du 10 mars 2021.

que certains visuels développent eu-égard des certains voyants. En effet, la couleur blanche dominante de la canne identifie son porteur. Si le manche est très souvent noir, le corps blanc avec une banderole rouge dans certains cas, et le bout opposé au manche sous forme de boule, de roue (...), c'est la coloration dominante qui identifie de loin l'acteur. Le DV se distingue de par la canne à coloration blanche. Cette couleur se justifie du fait de l'éclat qu'apporte le blanc en croisement de la lumière. « *La lumière frappe le banc* »²⁰⁵ affirme un enquêteur.

Il se dégage aussi un usage de communication violente. La canne se constitue parfois à un objet de violence. A cet égard, il y'a une minorité numérique qui utilise l'objet pour frapper une personne, l'intimider ou bien battre le tambour pendant les concerts ambulants qu'ils animent dans les lieux populaires de Yaoundé. Comment se l'acquiert-on?

2-Le mode d'acquisition de la canne-béquille en ville

Nécessaire dans les communications, l'acquisition de la canne est de deux formes : le don et l'achat. Les multiples foyers urbains (Centres, hôpitaux, club) facilitent les acquisitions, d'autant que la ville est le principal dispensateur des cannes pour les localités reculées.

2-1-Modalités et donation

Les dotations de cannes sont par enrôlement individuel, opération de campagne de distribution ou octrois par une connaissance. C'est dans le sens de renforcer l'autonomie des personnes handicapées visuelles que les Centres pour appui aux handicapés leur accordent gratuitement les cannes modernes. Les modalités d'acquisition sont socio-administratives. Il faudrait être abonné d'un centre, posséder la CNI puis soumettre une demande de canne. Plus concrètement, la procédure peut être simplifiée, car le social précède l'administratif estime-t-on. Il y'a certaines urgences qui dérogent les règles. Aussi, le HV étant en situation peu confortable, il lui est accordé la canne sans protocole administratif. Un enquêté déclare :

*Ici chez nous ça dépend, il y'a une demande, et la carte d'invalidité. Parfois, on fait avec l'urgence. Vois cette canne, tiens cette corde, si par accident elle se coupe là, va-t-on attendre la demande? Non, on vous sert, puis on consigne l'offre dans notre fiche de soutien où on écrit ton nom, la date et le service rendu, peu importe le matériel.*²⁰⁶

²⁰⁵ Entretien du 26 mars 2021.

²⁰⁶ Entretien 26 mars 2021.

Pour un autre informateur, « *Entend que responsable d'association, l'une des activités est la distribution des cannes aux non-voyants* »²⁰⁷. Les informations sur la distribution des cannes sont connues par plusieurs personnes, en occurrence, « *Les autres (HV) par exemple reçoivent ça en association* »²⁰⁸, ou bien « *pour ma canne, on me l'a offerte. Généralement c'est privé. J'ai reçu cette canne au Centre, ici là chez XX. Il a des partenaires et ONG*²⁰⁹ qui envoient ça. Celle-ci vient de la Hollande ».²¹⁰

A des moments, il arrive qu'un centre de référence distribue les cannes à d'autres centres pour des besoins de nécessité. De même qu'une cérémonie de remise de don soit organisée après un besoin identifié en cannes dans une ville. Nous apprenons par exemple que : « *La Hollande, ils ont envoyé près de 1000 cannes. Il a donc (Le Directeur du Centre) distribué ça dans plusieurs régions hors mis le Centre.* »²¹¹

L'offre d'une canne à partir d'un Centre n'est pas une exclusivité. Les relations d'amitié entre des individus peuvent également conduire à une acquisition. Il peut s'agir d'une offre interpersonnelle comme suit : « *Celle-là (il doigte) je l'ai reçue par un ami vivant aux États-Unis qui me l'a rapportée* »²¹²; « *Le domaine des cannes, c'est un domaine qui n'est pas normé. J'ai deux. Il y'a deux façons de s'acquérir la canne. Là je l'ai acheté et l'autre on me l'a offerte, ça fait deux.* »²¹³ Ces deux réactions témoignent d'une attribution individuelle des cannes. La canne béquille s'acquiert évidemment par achat.

2-2-L'achat de béquille

Un autre canal d'acquisition de canne est l'achat. Cette interaction économique permet d'obtenir autant de canne en fonction du pouvoir économique de l'acheteur. La conquête économique se définit à travers une stratégie de pouvoir émanant lui-même de l'économie. La condition ici est de payer. Des informations allant dans ce sens dévoilent par exemple que « *La canne, moi-même j'ai acheté* »²¹⁴ déclare un interviewé. Dans cet échantillon, les achats de cannes ne sont pas vulgaires à cause de l'investissement que cela coûte. Les prix ne sont pas aussi fugaces que ça. Une source rappelle que les béquilles sont commercialisées au Cameroun. « *Ça se vend dans le marché Camerounais. Les prix varient entre 20 et 30 mil*

²⁰⁷ Entretien du 27 mars 2021.

²⁰⁸ Entretien du 30 janvier 2021.

²⁰⁹ Organisation Non Gouvernementale/ONG.

²¹⁰ Entretien du 27 mars 2021.

²¹¹ Entretien du 27 mars 2021.

²¹² Entretien du 27 mars 2021.

²¹³ Entretien du 10 mars 2021.

²¹⁴ Entretien du 17 mars 2021.

dans l'entreprise privée *New vial point com* »²¹⁵, simultanément, une autre source signale que les prix sont transcendants parce que la qualité de la béquille compte. « *Une canne coûte 45 à 50 mil. Qui te donne ça? Parce qu'il y'a les qualités hein* »²¹⁶. C'est dire que l'achat est parfois exclusif, et l'économie peut constituer un obstacle à l'insertion.

Toutefois, il semble que la question économique soit toujours confrontée à des dérives. Les informations de terrain renseignent sur la manipulation des dons qui se transforme parfois en vente. C'est-dire que certaines autorités profitent de leur pouvoir de management et de manutention pour détourner quelques-unes en les introduisant au marché noire. C'est à partir du marché très codifié que les acheteurs pourront se les octroyer sous condition d'achat. Si la pratique beaucoup invectivée participe à une ouverture plus large de la canne, elle limite les dons ainsi que les potentiels bénéficiaires. Ce sont les acteurs sans pouvoir de décision qui dévoilent ces informations, généralement niées par les cadres des structures d'accompagnement. C'est par convenance qu'un entretenu dénonce que « *On achète dans les centres des aveugles privés. Va, on te vendra* »²¹⁷. Sauf que le Centre privé (qui n'est pas celui de la Mairie qui distribue très rarement les cannes) ne vend pas officiellement les béquilles. Les sources renseignent que les ventes en question sont d'un mécanisme très crypté. La figure 7 ci-dessous présente deux cannes d'un même utilisateur qui a d'une part acheté, et d'autre part reçu par don. Comme chez les autres DV, chacune des cannes a un usage approprié en fonction des milieux à parcourir. Les marques rouges à de hauteur différentielle sur les cannes servent de distinction et de provenance d'entre les deux.

²¹⁵ Entretien du 27 mars 2021.

²¹⁶ Entretien du 30 janvier 2021.

²¹⁷ Entretien du 17 mars 2021.

Photo 7: Couple de cannes reçues par don et achat appartenant à un seul individu



Source : DJOMOU MAFO, enquêtes de terrain, mai 2021.

2-3-L'usage limité de la canne.

La canne est d'un usage limité. Être aveugle/mal voyant ne suppose pas qu'on ne renoncerait pas par moment la béquille. Il y'a des situations où on peut l'utiliser facilement. Ainsi, pour les déplacements de longue distance, les sorties pour des lieux de moins en moins fréquentables, des secteurs inconnus, les espaces connus mais peu maîtrisables, alors, la béquille est nécessaire.

Par contre, si jamais les espaces sont « *acquis* » ou bien régulièrement fréquentables, les DV s'en passent de la canne. Dans cet ordre d'idée, à la maison, aux alentours d'un périmètre réduit, ils peuvent se mouvoir sans recourir à la canne. Aller à la cuisine externe, aux toilettes, à la boutique, passer de bureau en bureau de même palier, rencontrer le voisin par exemple, exclut très souvent l'usage de canne. Dans ces conditions de périmètres réduits, le DV semble expérimenter les obstacles majeurs des environnements car il les a psychologiquement marqué. C'est le calcul de la mobilité et le repérage sonore qui guident les acteurs. Ils semblent déterminer à combien de pas se trouve telle porte, telle place. Rarement, ils se trompent dans leurs déplacements. A propos, deux sources déclarent « *Oui j'ai ma canne. Ca dépend des lieux, tu comprends un peu? Si je connais déjà mon environnement, je*

m'en sors, au cas contraire non. »²¹⁸ « Pas de soucis. Le non voyant acquiert les réflexes à partir des capacités du milieu de son apparition(...) »²¹⁹

Parfois, si la distance est relativement longue et que les DV sortent en groupe minuscule de 2; 3 voire 4 individus; un prend la canne, c'est lui le guide rend, les autres forment une queue. Cependant le rang est de courte durée. A des endroits maîtrisables, le groupe se disloque. La stratégie de déplacement avec la canne est alors une opération rationnelle où l'expérience d'un milieu peut dominer sur l'usage des outils d'aide à l'autonomie. Ce n'est pas parce que normativement, la canne est qualifiée de compagnon manuel qu'elle ne saurait être interdépendante à l'utilisateur. L'usage de la canne est corrélatif aux lunettes médicales.

3-Les lunettes de vue et de protection

Les lunettes font parties des outils d'aide à la réinsertion des MV. Elles ont une double fonction : pallier à quelques défauts de la vue et de les protéger des dangers d'objets quelconques. La première dimension concerne les mal voyants. Cette catégorie de HV essaye de maintenir la vue, surtout le peu de vue restante. C'est pourquoi les lunettes, essentiellement commerciales leur permettent d'entretenir la vue vague qui existe. Elles ne permettent pas de voir, cependant, les lunettes améliorent les capacités organiques de la vue. Les DV de cet échantillon voient fondamentalement les silhouettes de grands objets (homme, table, habitation, porte...) Au cas contraire, ils tâtonnent dans la recherche ou l'identification (aiguille, chargeur, tasse...) La stratégie est celle de la stabilité de la vue, certes très réduite. C'est pourquoi plusieurs investissent dans l'emploi partiel des lunettes. *« Le mal voyant, à 80% de chance de finir non voyant. Oui le mal voyant a besoin de consultation, oui il y'a le suivi, le contrôle à l'hôpital pour stabiliser la vue. On lui donne des remèdes, des colis, des verres. »²²⁰* L'expérience dévoile que les lunettes sont de moins en moins portées par leurs propriétaires. Il est difficile de croiser les cibles avec les lunettes tous les jours. Parfois, elles sont employées parce que les yeux récidivent. Le langage de port de lunettes stratégique semble partager comme le montre l'étude de terrain. Une source s'explique : *« Ca se casse à tout moment. Je porte quand j'ai mal. Dès que ça finit, je dépose et ça se casse. »²²¹* Cette voix commune affirme que les lunettes sont des outils périssables et d'usage non aléatoire.

²¹⁸ Entretien du 26 mars 2021.

²¹⁹ Entretien du 10 mars 2021.

²²⁰ Entretien du 07 janvier 2021.

²²¹ Entretien du 13 mars 2021.

Lorsqu'on est déjà aveugle, il n'est pas interdit de connaître d'autres complications liées aux yeux qui pourtant ne voient plus. Il arrive que des maladies graves se développent, puis indisposent l'aveugle voire son environnement. Le constat est que le pus se coagule dans les yeux et se libère à des moments opportuns. Certes rare, il y'a des cibles qui sont affectés par ce type de pathologie où les yeux dégagent périodiquement le pus assortit d'une douleur intense traduite par les cris de détresse du concerné. Des complications comme telle sont très souvent dues au suivi rabougri des yeux. C'est pourquoi les lunettes de protection sont conseillées afin de limiter certaines intrusions aux yeux. L'aveugle ne voit pas. De ce fait, il n'a aucune source dépendante d'anticipation à d'éventuels obstacles de fumée, de poussière, ou toute autre particule pouvant s'incruster dans le « *gel intraoculaire* ». Cette défaillance est favorable à l'altération des yeux en disposant « *des dégénérescences maculaires* ». ²²²A la question de savoir : aveugle, comment protéger vos yeux? Des réponses suivantes sont entendues : « *Les lunettes, je mets pour me protéger. J'enseigne ici, nos cibles peuvent t'envoyer n'importe quoi à l'œil sans se rendre lui-même compte* » ²²³, « *J'ai les lunettes* » ²²⁴, « *Voilà, oui, les lunettes te protègent des rayons solaires.* » ²²⁵Nous pouvons ajouter : « *On met les verres fumés pour empêcher les poussières.* » ²²⁶. Ces réactions représentatives manifestent l'idée que les lunettes jouent une fonction protectrice.

Si la conscience de l'instinct de survie sanitaire est manifestée chez certains, parmi les autres, cette attitude est moins encensée. Une observation de terrain répétée sur les groupes de concert anarchique des aveugles renseigne sur l'inattention des lunettes. 5/6 aveugles n'ont pas de lunettes; 1/6 se gratte de temps en temps les yeux. Or, sans lunettes, les yeux sont plus exposés à d'autres infections. La saison sèche et poussiéreuse, les milieux populaires (centre-ville, marchés de vivre), les mouvements de danse, l'entassement des chanteurs, et la circulation du virus (Covid 19) sont opportuns à l'insalubrité des yeux, surtout lorsque ceux-ci (les yeux) ne sauraient anticiper certains obstacles par reflexe.

Au bout de cette analyse, les cannes et lunettes ne sont pas toujours des outils d'aide à la réinsertion. Les acteurs ne les utilisent pas constamment. Étant HV, la stratégie consiste à assumer son statut sans forcément avoir recourt aux outils; se confondre aux voyants.

²²² Langage technique ophtalmologique.

²²³ Entretien du 17 mars 2021.

²²⁴ Entretien du 13 mars 2021.

²²⁵ Entretien du 27 janvier 2021.

²²⁶ Entretien du 07 janvier 2021.

Façonner pour l'interdépendance, les cibles ne dépendent pas inlassablement de leur repère. Une minorité d'entretenus évoque parfois des mesures lointaines.

4-L'accompagnement bracelet et animalier : les solutions d'ailleurs.

Après avoir exposé l'usage des objets ordinaires, quelques acteurs évoquent des méthodes d'aide de réinsertion qui sont étranges aux cibles de Yaoundé. Dans cet ordre le bracelet et le chien sont des espèces d'accompagnateur. « *Il y'a le bracelet sur le plan technologique qui n'existe pas au Cameroun. Il oriente, guide, repère. Il y'a un accompagnement animalier. On n'a pas ça ici* »²²⁷; « *Il y' a le chien guide qui est très utilisé en Occident. Ici, ça nous coûte cher.* »²²⁸ En effet le « *bracelet électronique et le chien* » ont cette capacité de précision augmentant la capacité d'auto-dépendance. Le bracelet est une surveillance électronique situant la cible sur l'espace social. Pendant que le chien est dressé à la mesure des ordres de base du HV. Ces évocations démontrent comment est-ce que la curiosité anime une minorité sur les stratégies d'accommodation des HV ailleurs. Si ce n'est pas une convoitise de vouloir appartenir à une autre société afin d'expérimenter d'autres options, la connaissance éclaire sur l'actualité et l'exigence de réinsérer les HV. La contribution des autres sens sont fondamentaux dans la réadaptation.

III-L'ASSISTANCE SOCIALE ET LES SENS HUMAINS : UNE CONCOMITANCE DANS LA DYNAMIQUE D'INTÉGRATION.

La perte de vue ne facilite pas la mobilité. L'autonomie relative que devrait bénéficier un HV repose sur l'usage des lunettes pour soutenir la santé visuelle, et se protéger des maladies oculaires ou des accidents. La canne aussi contribue à régler des réclamations. Inopportunément, ces objets ne remplacent pas la vue. Dès lors, il faut élargir la palette de méthodes quotidiennes, car la tendance du multipartenaire accroît les possibilités d'adaptation. Le social entend qu'acteur voyant est l'une des possibilités.

1-La mobilité exige l'assistance sociale

Socialement, l'autonomie traduit l'indépendance à partir des atouts quelconques. Dépourvus plus ou moins de la vue nécessaire, les HV s'appuient sur l'assistance des voyants. Ce recours est pertinent dans la mesure de l'emprunt d'usage de la vue. Le HV ne maîtrise pas la société qui est d'ailleurs vaste et complexe comme l'aspect de la mobilité à Yaoundé le

²²⁷ Entretien du 10 mars 2021.

²²⁸ Entretien du 27 mars 2021.

démontre. De ce fait, il sollicite un accompagnement humain dans certaines dispositions. Le déplacement court/long, les commissions, sont par des mobilités où le regard extérieur intervient le plus souvent. Ce sont même des déplacements forcés pour la survie des uns. La rupture complète de vue ne traduit pas l'arrêt systématique des autres formes d'activités, surtout dans une société où la gestion des HV est généralement contestée par les DV. La mobilité exige l'assistance sociale en suivant nos sources : «*Par rapport à la mobilité, il y'a l'accompagnateur*»²²⁹, «*l'accompagnateur est nécessaire hein*»²³⁰, «*Il y'a l'accompagnateur*»²³¹. Ces interventions choisies accentuent la contribution du guide social. Nous retenons que les lunettes, les cannes, l'aide humaine sont complémentaires.

La question de l'assistance engage une double problématique, celle d'aider le DV et celle de prendre en charge deux personnes (deux places de transport, deux places en salle d'attente...) Aussi, chaque acteur ne trouve pas d'intérêt à ce projet de sociabilité. D'ailleurs, en ville, Georg SIMMEL élaborait la théorie de la «*distance sociale et la philosophie de l'argent*». Pour dire que l'intérêt de l'acteur est préoccupant que «*la solidarité mécanique*», lien familial. Et même, si nous écartons cette doctrine individualiste citadine, le lien social définissant le contrat entre protagoniste est une donnée rare. La confiance à l'assistance sociale est péremptoire. «*Celui qui t'aide à ses choses à faire. Tu n'es pas sûr de ce qu'il te dit, de ce qu'il lit comme tu n'as pas les yeux. Or la bonne information, il faut aller toi-même à la source*»²³². Partager la société avec les voyants pour ne pas construire «*le monde d'exclus*» exige une assimilation comportementale qui passe par l'information, contrainte de connaissance initiant les interactions. L'interaction est sensuelle.

2-L'ouïe et le touché : des dimensions sensorielles permanemment sollicitées en ville.

Nous essayons d'introduire une sociologie des sens, parce que la communication chez les HV convoque l'usage de l'ouïe et le touché dans la trajectoire d'adaptation sociale. «*La sensibilité*» s'impose comme l'un des moyens de communication dans «*la subjectivation du lien social*». La caractéristique du citadin peut-être que : «*L'être psychique des citadins est conditionné par l'« intensification de la vie nerveuse » résultant du « changement rapide et ininterrompu des impressions externes et internes ».* Le rythme de vie s'accélère avec

²²⁹ Entretien du 27 mars 2021.

²³⁰ Entretien du 13 mars 2021.

²³¹ Entretien du 26 mars 2021.

²³² Entretien du 27 janvier 2021.

l'urbanisation massive ». ²³³L'adaptation intrapersonnelle devient inhérente à partir des méthodes propres à chacun. Cette adaptation est favorisée par l'infrastructure de la ville (Téléphones, réseaux interconnectés, logiciels...)

-L'impératif informatique. La mondialisation a accru la possibilité d'accès à l'information à partir des gadgets technologiques. Ne voyant pas ou presque pas, la formule consiste à l'emploi des stratégies auditives. Les oreilles informent sur les situations audio-visuelles à partir d'une technologie appropriée. « NVDA, JAWS, TALLBACK, Voice over, » sont quelques applications d'expression qui traduisent en audio les informations. Gratuites et payantes, les applications « Voice » adhèrent aux « téléphones androïdes, i phones » et classiques. Ainsi, en fonction des moyens économiques personnels, le HV s'offre un téléphone auquel il adapte l'application parlée au cas elle n'existait pas. De l'expérience de terrain, tous ont presque des téléphones de toutes les catégories. Parfois, d'autres possèdent 2. C'est presque l'outil accessible à tous. C'est au travers de ces appareils informatisés qu'ils se partagent les informations et animent les plates-formes ordinaires ou singulières. Des 07 foyers parcourus, 2/7 possèdent des desktops arrimés au « Voice application », 7/7 ont des téléphones adaptés.

-La connexion aux médias classiques et le bouche à oreille. La radio, la télévision, les concertations sociales de vive voix sont des approches classiques qui utilisent régulièrement le sens de l'oreille. Comment accédez-vous à l'information ? Les enquêtés s'expriment sur l'exploitation de ce sens en des termes pluriels, chacun en fonction d'une certaine sensibilité fait de l'ouïe un sens ultime. « S'il n'y a pas l'écriture braille, il y'a l'outil informatique. Ou tu as un papier, quelqu'un t'aide à lire, il y'a l'ophtalmologue ». ²³⁴« Accéder à l'information? Premièrement c'est par les médiats (...) Moi particulièrement la radio et les médias sont mes meilleurs. C'est par là que je tiens un certain nombre de chose. » ²³⁵« Les médias, les consultations, le bouche à oreille permettent d'accéder à l'information. Il y'a la radio et le net. ²³⁶« Il y'a des tables rondes, causeries éducatives qui sont organisées, c'est pour que les déficients visuels aient les informations sur la santé. » ²³⁷ Entend qu'aveugles, les oreilles ne devraient souffrir d'aucune souillure, leurs fréquentes usages peut en engendrer.

²³³Rosa HARTMUNT, *Accélération, une critique sociale du temps*, La Découverte, 2010, p. 474.

²³⁴ Entretien du 26 mars 2021.

²³⁵ Entretien du 10 mars 2021.

²³⁶ Entretien du 26 mars 2021.

²³⁷ Entretien du 22 janvier 2021.

Durant la période de terrain, il a été constaté que le bruit guide généralement les HV. Il est un repère constant. Les animations musicales des bistrots, les regroupements humains à connotation discursive (tourne dos, marchés), les petits marchés ambulants déploient constamment des bruits nécessaires au repérage des HV. Par exemple, pour se rendre au marché chez la vendeuse de couscous, de tomate, de carotte, et à la poissonnerie, il y'a toujours un indice de son. De retour d'un déplacement par moyen automobile de mototaxi ou de taxi voiture, ce sont les repères sonores qui les amènent à s'arrêter après s'être rassurés du repère géographique. De ce fait, les retours tardifs en soirée ne sont pas favorables du fait que la profondeur de la nuit exclut très souvent certains bruits. Toutefois, les coupures électriques empêchent souvent le marquage sonore dans la mesure où ce sont les musiques, les lieux de bruit (cultes, mosquées), qui amplifient les sonorisations. Il en va de même pour les pluies qui limitent le ciblage. Dès lors, le sens oreille joue un rôle profond dans la prise de décision du HV. Le DV n'échappe pas à cette théorisation sociale du choix de l'action d'Henri BERGSON, sauf que ce dernier s'appuie sur l'empirisme auditif qui déclenche le départ de l'action subjectif qui devenant social à partir de la matérialisation du fait, perceptible chez les voyants.

Pour un informateur, l'accumulation des handicaps physiques est épouvantable, car les sens s'entraident dans une perspective de fonctionnalisme systématique pour acclimater le HV dans son milieu de vie. Il déclare:

Il y'a nos sens. C'est à travers nos sens qu'on a des informations sur notre environnement. Si vous êtes non voyant et vous n'entendez pas, vraiment c'est un peu compliqué. Avec les oreilles, on repère tel bruit, c'est où la moto doit me déposer. Si vous avez les problèmes de peau, le touché. Il y'a des endroits où le climat est toujours ainsi. C'est important pour nous. Ça, ce sont des aspects que vous négligez²³⁸.

Dans une ville cosmopolite où les citadins entremêlent la culture villageoise à celle urbaine d'après Jean-Marc ELA ou Yves DJOUDA, la culture de la division sociale des tâches s'affirme comme exigence sexuelle. Ce qui suppose que la femme aveugle/mal voyante est une sœur, une épouse qui doit réaliser les activités quotidiennes de ménage. Or, cuisiner, repasser le linge par exemple exige le touché. La réinsertion peut aussi s'appuyer sur la représentation sociologique qu'on se fait du handicap social.

²³⁸ Entretien du 10 mars 2021.

III-LA CONCEPTION SOCIALE DU HANDICAP VISUEL: CROISER LES IMAGINAIRES INTERNES A CEUX EXTERNES

Chez Emile DURKHEIM, les sociétés se distinguent de par leurs manières d'agir de penser et de sentir. L'auteur traduit le fait que toute intégration sociale est stratégique et découle des attitudes mentales et physiques. L'adaptation sociale du HV n'échappe pas à cette hypothèse psychosociologique. Il faudrait d'abord s'auto-construire une représentation de soi qui sera plus ou moins rejetée par la collectivité sociale. Nous envisageons comprendre l'imaginaire du handicap social. Est-elle intro/extra construite ? Comment les voyants et non-voyants se fréquentent en société? Ces interrogations modélisent le cheminement de l'analyse.

1-Le handicapé visuel: de la pression externe à l'acceptation de la différence

1-1-Claustrophobe : une émanation interne et externe

Etre handicapé visuel est un fait constructif. Evidemment, il existe une catégorie sociale handicapée qui érige l'état de vue poreuse en « *marque* ». C'est dire que les DV se présentent le handicap comme une blessure psychologique qui certes les différencie des autres, surtout les disqualifie socialement. Ils se cloîtent en eux en essayant de définir un monde des exclus sociaux. S'estimant a sociaux, ils s'isolent en limitant les relations sociales primordiales qui sauraient mieux les assimiler aux voyants. L'éducation est généralement l'un des points de discorde, or, elle est un facteur intégrateur. Dans les centres pour problèmes spécifiques, on s'est rendu compte que les aveugles comme les autres handicapés s'inscrivent après avoir passé plusieurs années à la maison. 4 cas sur 6 se sont inscrits au Centre d'aveugles pour apprendre le braille trois ans et plus après la survenue du handicap. Un informateur déclare :

*Aujourd'hui, beaucoup ne font pas les études. Ils se rétractent parce qu'on dit que nous ne servons à rien. Tu sais, j'ai demandé un stage au MINESUP, arrivé, on m'a dit que je ne suis utile en rien. On préfère un infirme qu'un aveugle. Pourtant, j'ai les capacités à faire les choses que les autres font. Tu écoutes ce genre de discours? C'est te marginaliser.*²³⁹

C'est la victimisation, c'est-à-dire que l'étiquette que lui attribue une certaine société n'émane pas de sa volonté, mais plutôt de la conception que les autres font de lui. Cette thèse contredit un peu la claustrophobe volontaire (d'origine interne) que nous avons développé

²³⁹Entretien du 07 janvier 2021.

plus haut. Un autre informateur souligne que la catégorisation sociale du handicap est une construction pérenne, elle est une vieille tradition.

*Il y'a un problème de stigmatisation. Social ou administratif, c'est un problème de stigmatisation. «La personne déficiente est toujours regardée avec mépris». Avec un handicap, on pense qu'on ne peut plus rien faire. Elle (la personne) n'est pas prise en compte dans le processus d'intégration.*²⁴⁰

Un autre informateur adjoint ce qui suit: «Les gens? Il y'a toujours ceux qui te regardent toujours négativement. C'est-à-dire tu ne peux rien, donc, tu ne sers presque à rien».²⁴¹ En d'autres termes, c'est le milieu social qui rejette le HV; pourtant ce dernier est animé par une attitude d'intégration. Sa stratégie inclusive à partir de l'employabilité est justement interrompue. Au contraire, une autre conception estime qu'il faut se construire un personnage que d'accepter la psychanalyse du personnage handicapé.

Dans la perspective collective, une opinion rejoint Durkheim en considérant le HV comme la copie conforme de sa structure. A ce titre, il dépend de l'imaginaire qu'on se fait de lui et non le contraire. Son caractère impénétrable est imputé à l'ordre social régnant. Un interviewé annonce: «l'environnement est déterminant, ça dépend de l'environnement, du milieu où évolue le déficient. S'il est où on l'intrigue, il ne va pas se considérer comme handicapé».²⁴² La morale est telle que la société d'appartenance transcende toute individualité. Par contre, malgré les divergences, le HV peut se construire une représentation.

1-2-L'acceptation de soi: se forger un caractère

*«Il faut t'accepter toi-même. Il faut d'abord ça. Moi je suis d'abord fière de moi, je suis contente».*²⁴³ lance un informateur. Sa conception du handicap visuel est qu'il faut assumer la pathologie que de la renier. Cet état motive le Hv à se considérer comme une personne « à part entière et non entière à part». La riposte à la pression sociale débute par la capacité à assumer ce handicap, lorsqu'il aurait accepté, alors toute contre opinion de disqualification sociale ne saurait le remettre en doute. La responsabilité de soi est axiale, rappelle un intervenant:

Si tu n'es pas jovial, toujours fâché, ça ne va pas encourager les autres à venir vers toi. Moi je suis toujours fière. Quand tu me vois, c'est comme si on se connaissait avant. Je m'affirme, ça fait que j'ai des amis, car mon intégration est facile. Je m'accepte

²⁴⁰Entretien du 07 janvier 2021.

²⁴¹Entretien du 30 janvier 2021.

²⁴²Entretien du 07 janvier 2021.

²⁴³Entretien du 17 MARS 2021.

*d'abord, je ne suis pas replié sur moi. Ça fait qu'on m'approche. Je suis toujours bien habillé, je pète la forme, ça fait que les gens, on ne regarde plus trop que je suis non voyant. On regarde que je suis propre, je suis sociable.*²⁴⁴

Non loin de « l'extériorisation de l'intériorité et de l'intériorisation de l'extériorité » Bourdieusien, cette cible traduit le rôle psycho-sociale de l'action sociale. Il faudrait projeter une représentation de soi auquel le sens ne serait déformé par le voyant: le sourire, la propreté qui sont des déclencheurs visuels d'interaction. La sociabilité avec les voyants est un principe de vie si l'on ne souhaite l'écart.

*Les autres gens te font confiance. Chez-moi, la famille me dit toujours de faire les choses comme les gens normaux. Que je suis homme avant d'être handicapé. «Tu dois t'impliquer aussi, démontre par ton implication que tu peux faire, c'est où ta considération vient. Démontre par l'implication dans le social. Il y'a toujours deux regards, dans ma famille, c'est un regard positif.*²⁴⁵

Disons que ces efforts rencontrent beaucoup de résistances.

1-3-Les incompris : le déficient et l'anarchie

Il y'a des scènes sociales qui semblent soutenir une certaine exclusion sociale des HV. C'est dire que la réinsertion est jalonnée d'obstacle. Plusieurs MV et NV se plaignent de l'absence d'une reconnaissance minimale au sein de leur milieu de vie. Cohabitants avec les voyants, ces derniers n'ordonnent pas de manière unique l'espace sociale partagé avec les DV. Ils imposent aux déficients un ordre anarchique de l'espace commun.

*Je n'aime pas aller chez ma tante. Elle me déteste, elle ne me comprend jamais. Pourtant, elle vit bien avec les autres, mes sœurs qui voient nooon. Quand je suis là-bas, elle dérange tout. Je pose ma brosse à dent ici, elle enlève, je pose la chaussure là, elle enlève. Quand je demande personne ne répond. Je fouille, je fouille, à peine je retrouve.*²⁴⁶

Justement, l'ordre anarchique auquel est soumis cet informateur expose l'abstraction dans laquelle elle est soumise. Il n'existe pas d'ordre statique auquel elle puisse facilement se repérer. Dans les foyers handicapés mariés ou célibataires, l'ordre est de rigueur pour tout visiteur. Il y'a généralement des voix comme: «couvre la porte après toi, remets la canne derrière la porte, remets-moi je mets dans mon sac, je sais comment garder, ne bouge rien, non ne touche à rien, reste-là, ouvre la marmite et jette dedans sans la déplacer, ne lave rien,

²⁴⁴ Entretien du 27 janvier 2021.

²⁴⁵ Entretien du 30 janvier 2021.

²⁴⁶ Entretien du 27 mars 2021.

donne moi je vais garder (...)». Ce lexique renseigne sur l'ordre. Ils sont amenés de fixer les emplacements de tout objet pour des facilités personnelles. C'est le « *marquage* ».

Dans la rue, nous avons constaté que tous les automobilistes n'interprètent pas toujours convenablement la communication de la traversée des aveugles. Ils y'a qui freinent de justesse, d'autres sont interpellés par les collègues voyants de ralentir. Dans cette communauté, l'abstraction du HV semble réel, non pas qu'ils ne font pas d'efforts, mais parce qu'ils sont moins compris. Un entretien apprend que:

*A la maison, on les ignore. On aménage les choses n'importe comment. On bouge la table, la chaise. Or, lui, il connaît un ordre. S'il n'y avait rien là, et que vous mettez les fleurs, lui, il s'égaré. On leur accumule alors les difficultés. On ajoute alors les difficultés aux difficultés parce qu'on n'est pas sensibilisé.*²⁴⁷

Au sortir de cette sous idée, l'incompréhension se manifeste sporadiquement. La socialisation inclusive fait parfois défaut. Il est retenu que les résistances sont tangibles, cependant souples à une époque récente où plusieurs cultures locales, contrairement à la thèse scientifique invectivaient constamment les HV d'a sociaux. Cette inadaptation s'explique par des accusations male versantes de «*sorcellerie noire*». A cet égard, on peut lire: «*Ils (les HV) ne sont plus considérés comme avant. Ils étaient des sorciers, oui, oui comme la malédiction. On les mettait au rang de mendiants*». ²⁴⁸Toutefois, ce point de vue est critiquable.

2-Les activités d'intégration: des tâches ménagères aux débats d'idée

2-1-L'exercice des travaux ordinaires: incursion dans quelques foyers

Des sept foyers parcourus, les NV hommes comme femmes exercent des activités quotidiennes de ménage. Nous retenons ici les activités de 4 intervenants que sont 2 filles et 2 garçons. L'une des filles vit en famille cuisine chaque fois pour la famille. Cette aveugle réagit par des automatismes qu'on croirait qu'elle voit. Esquiver un poteau de maison, ramasser le sel, laver et assembler les condiments, éplucher les tubercules, décoller les marmites à temps du feu (...) sont des attitudes manifestes ordinaires. Ainsi, la cadette contribue à la nutrition d'une famille à fille unique. La consommation est une activité sociale majeure d'intégration sociale. Nous pouvons la suivre à propos de ce sujet: «*(Rire), ce que tu oublies est que quand tu perds la vue, tu cherches de nouveaux astuces. Moi je prépare. Pour mesurer la quantité d'huile, de sel, poser la marmite au feu de bois, Comment allumer le feu?*

²⁴⁷Entretien du 18 mars 2021.

²⁴⁸ Entretien du 18 mars 2021.

Je calcule tout ça. Je sais qu'à un pas, il y'a le feu, à telle hauteur la marmite»²⁴⁹. Les trois autres acteurs vivent seuls. Chez la seconde fille, la lessive est méthodique. Départir les vêtements de couleur identique, pincer le linge pair, sécher, enlever, repasser et garder par ordre sont des quotidiennetés. Relativement aux garçons, le ménage est quotidien. Balayer et nettoyer leur habitation à partir des coups de balai et de serpillère. Le reproche est très souvent le nettoyage non équitable de la surface et la non-maitrise des ordures légères qui vont échapper la corbeille. La perte de vue reste un défaut malgré les applications.

2-2-Rapports aux déficients : des intrigues sur la vue à l'impulsion

Les NV se réfèrent toujours aux voyants. Dans leur discussion, très souvent le vocabulaire repose sur la vue dans les intrigues et expressions quotidiennes. Ils manifestent une certitude d'appartenance à une société de voyant. Ça permet probablement de ne pas se distinguer des autres et d'atténuer toute forme de disqualification visuelle. Tous aveugles, ils s'intriguent pour reprocher ou expliquer quelque chose. En voici quelques vocables : *«Vois moi l'aveugle là. Aveugle. On voit l'ophtalmologue. Attends je prends mes yeux (canne). Tu as vu ? (demande-t-elle à une autre aveugle). J'ai vu comment d'autres non-voyants sont partis et ça n'a pas abouti. J'ai vu dans certains documents. Tu télécharges ça sur numérique et tu commences à lire.»²⁵⁰*

Les rencontres d'idées entre voyants et non-voyants ne sont pas choses évidentes dans le cadre administratif. Les premiers semblent se maîtriser de par la normalité de leur sens, alors que les seconds optent pour une stratégie directe de communication peut-être à cause de la différence. On ne saurait mesurer le temps pour introduire méthodiquement les discussions. *«Sur la productivité, ils sont moins actifs. On les inclut par inclusion, par formalité. Mais ils sont toujours appuyés par ceux qui voient pour éviter certaines complications. C'est une dépendance, pas d'autonomie».²⁵¹*

Pendant les réunions, ce n'est pas facile. Ils (les HV) dégagent et ne font pas toujours comme le reste. Dans les collaborations et le fonctionnement administratif, ils disent tout, n'importe comment, et devant n'importe qui. C'est-à-dire que sur le plan psychologique, ils ont accumulé certaines pressions, sur le plan physique, ils ne voient pas. Il y'a les choses qui les différentient de ceux qui voient, alors ça éclate

²⁴⁹ Entretien du 26 mars 2021.

²⁵⁰ Information de terrain, issues de l'observation directe et de quelques entretiens.

²⁵¹ Entretien du 18 mars 2021.

*sans retenue. Si vous n'êtes pas manager prudent comme la femme qui était partie là, vous prendrez ça mal.*²⁵²

Les DV ont du mal à se maîtriser à certaines circonstances. C'est dire que la discipline en réunion n'est pas partagée par tous les participants. L'absence de la vue limite le réflexe visuel qui aurait rappelé la retenue devant la hiérarchie. Les yeux non-voyants, le DV n'est pas sur le plan charismatique influencé par la présence des cadres. Au moins la présence visuelle, du simple fait qu'il connaisse physiquement le manager aurait influencé autrement sa réaction.

Ce chapitre démontre les efforts des HV au-delà des conventions à s'impliquer dans la réinsertion sociétale, ce qui traduit l'accès à la santé ophtalmologique. Les DV usent des méthodes plurielles pour sécuriser leur quotidien et encadrer leur déficit sanitaire. Une ré/adaptation confrontée par des obstacles des voyants et de non-voyants. Ce sont des obstacles verbaux, psychologiques entre autres qui compliquent à la fois l'adaptation sociale et la prise en charge. Car, l'interprétation des antis valeurs chez les DV se présente toujours comme une nature sociale. Comment se déclinent socialement les effets du handicap visuel lorsque la prise en charge est terne ?

²⁵² Entretien du 18 mars 2021.

CHAPITRE IV : MAL VOYANTS ET NON VOYANTS : CALIBRER LES IMPACTS DU HANDICAP VISUEL ET FORMULER DES ACTES DE CHANGEMENT.

Dans le chapitre deux, nous avons relevé quelques causes traduisant l'accès difficile à la santé des déficients visuels. Il se trouve que ces obstacles entraînent de nouveaux faits qui transforment le social des handicapés visuels. Cet ultime chapitre immerge les pratiques sociétales pour déduire les impacts de vivre avec une vue valétudinaire, dans un environnement où la santé ophtalmologique est en construction. Les conséquences sont en rapport au vécu du déficient, autant qu'elles s'intéressent à l'aspect médical. Par ailleurs, le chapitre envisage des perspectives pour un bien-être sanitaire et social des personnes mal voyantes et non voyantes. La sociologie pure dans son essence est pratique. Reprenant Emile DURKHEIM, Marcel MAUSS écrit : « *la sociologie ne vaudrait pas une heure de peine si elle n'avait pas d'utilité pratique (...) Mais il ne faut pas confondre ses applications avec la science elle-même* »²⁵³. Mais Comment construire ou reconstruire la satisfaction psychosociale et matérielle des handicapés visuels Camerounais ? Cette question complète le premier axe sus-évoqué. L'hypothèse formulée est la suivante : Les impacts du handicapé visuel sont d'ordre psycho social, exprimant la stigmatisation des acteurs concernés, et dont une prise en charge rigoureuse nécessite une construction sociale de la réalité qui repose sur le pragmatisme administratif, l'éducation des acteurs et la modernisation de la prise en charge. L'étiquetage sous sa conception socio-morale et la représentation sociale sont les socles théoriques de cette partie. Le chapitre s'étend sur trois blocs dans lesquels le premier élabore l'impact socio psychologique du handicap visuel.

I-VIVRE AVEC LE HANDICAP VISUEL : LES EFFETS PSYCHOSOCIAUX

Chez Erving GOFFMAN, chaque individu est un acteur social. Il est animé par des sensations individuelles, qui sont en principe des activités mentales, ensuite, en fonction des interactions, les traduit en pratiques sociales. L'acteur a une dimension psychologique, et sociale qui se combine. Les effets psychosociaux obéissent à cette physionomie d'idéal type.

²⁵³ Frédéric RAMEL, « Marcel MAUSS et l'étude des relations internationales : Un héritage oublié », in *Sociologie et société*, Volume 36, Numéro 2, Automne 2004, p. 227-245. Disponible sur : <https://www.erudit.org/fr/revues/socsoc/2004>. Consulté le 26/04/2021/17h/04min/Ciber. (Mauss, 1969b, p. 233).

1-Le stigmat social

1-1-Regard sur l'infirmité

La cécité partielle et totale sont relatives à une « *infection ou un accident* » oculaire. Cette différence physique catalogue le HV dans un registre singulier, car il n'est pas « *normal* », il n'est pas comme les « *autres* », c'est-à-dire les voyants. Rien que ce défaut physique informe sur la dissemblance et la spécificité des HV. Or, la dissimilitude provoque la distinction, car il n'y a pas de caractère pair entre voyant et NV/MV. Dans cette mesure, le handicap visuel ne saurait être dissimulé à tout temps. Si les lunettes, et le déplacement autonome sans canne sont parfois des propriétés de dissimulation du handicap, les concernés ne sauraient toujours le (handicap) cacher. C'est dans cette perspective que « *l'attribut* » social et physique dévalorisant est déclenché. Le terme déficient/handicapé visuel ayant les étendues de mal voyant, de non voyant, d'aveugle, exprime « *l'étiquetage* ». D'il y'a étiquetage, d'il y'a « *stigmat* ». Dès lors, le patient porte une marque psychologique de rejet, de distinction se manifestant par le défaut physique : la vue. Plus loin, les faits révèlent qu'en famille (nucléaire et élargie), en entreprise, à l'école notamment, les HV sont des personnes en « *dessous* » selon les commentaires des personnes qui parfois les coudoient. C'est dire qu'ils sont des sociaux dans la mesure où, être aveugle, c'est avoir perdu l'utilité sociale. L'aveugle est une inanité sur le plan de la production sociologique, il se confond à un assisté auquel on ne saurait durablement nouer un contrat social fondamental dans le réseau social. Cette analyse découlant des faits observés, émanant des HV, projette l'idée du stigmat du handicapé visuel. L'accès à la santé est quelque part mental. C'est pourquoi le psychologue est intégré dans la prise en charge. Ce regard liminaire sur l'infirmité renferme le stigmat, qui est la symbolique du rejet et d'obstruction à la santé mentale. Le stigmat ne surgit pas ex nihilo, il est partagé par des mécanismes.

1-2-Etiquetage : des mécanismes de geste et de lexique

Nous élaborons certains indicateurs du HV pour les constituer en mécanisme d'étiquetage. A ce propos, la carte d'invalidité, les déplacements par tâtonnement ou la mobilité vacillante sont des indicateurs factuels et empiriques de « *l'information sociale* » du Hv. En plus, l'usage de la canne béquille, de l'accompagnateur, de la gestuelle en retrait de l'action (tendre l'écoute, la main à de position diamétralement opposées de l'origine de l'action externe), ne sont pas en reste. Tous ces signes renseignent évidemment sur l'ensemble d'éléments distinctifs entre le voyant et le NV. L'écart entre les deux dimensions est un

mécanisme de distinction entre les « *normaux* » et les inadaptés. Ces actes factuels construisent un mécanisme d'étiquetage, car le HV essaie de s'acclimater dans la société des voyants à partir des pratiques sociales qui l'identifient comme un inadapté du système. Le fait de ne pas voir ou de voir très peu en soi n'est pas forcément un défaut. Cependant, ce sont les acteurs de l'environnement social qui interprètent les gestes comme tel, et leur donnent un sens approprié. A Yaoundé, même le champ lexical et le regard sur la personne handicapée visuelle sont des mécanismes sociaux d'étiquetage.

D'une part, la nomenclature verbale qui utilise les termes « *aveugle, mal voyant, non voyant, « ivoirien », handicapé visuel, déficient visuel, journée mondiale de la cécité, journée de la canne blanche ; l'IPP* » ; les regards altruistes mais aussi de curiosité des voyants sur les NV. D'autre part, l'absence des normes transcrites en braille, l'appellation des noms propres des DV (l'appellation n'est pas toujours l'interpellation, aussi rappeler qu'il ne voit pas, mieux le nommer que de faire la gestuelle) ; font partie d'une stigmatisation parfois passive mais certaine. Il est certes prouvé que l'usage de patronyme pour interpeler un individu est une modalité de politesse et de reconnaissance. Chez les aveugles, écoutant plus, et ne voyant pas, l'articulation de leur nom signifie aussi leur distinction comparée aux voyants. La stigmatisation est un processus d'opprobre qui a bien des mécaniques. Le simple fait de marquer une différenciation dans le langage (vocal, gestuel, écrit) signale la dissimilitude. Tous ces éléments suscités se constituent en mécanisme d'étiquetage social dans la mesure où en voulant établir la différence d'être, accentue les discréditations du NV/ML. Le dispositif cognitif s'approprie de l'information et traduit le même langage toutefois qu'il y'aura interaction entre le « *normal* » et le « *discrédité* ». Ainsi, se produit une certaine socialisation d'usage et de langage qui perdure et fabrique à des échelles variées le stigmate. C'est-à-dire le rappel des cicatrices psycho sociales au DV qui sont devenues des marques et des blocus limitant la cohésion. Or, la cohésion sociale est un mécanisme de prise en charge. La confiance en soi dépend parfois du niveau de cohésion sociétale. Si cette formulation d'étiquetage est moins sensible parce psychologique, elle peut prendre des mesures distancées.

2-La distanciation sociale

2-1-Ne servir à rien

Ne servir à rien, se dit de la modification volontaire du lien social par les déficients visuels et les non déficients. La distanciation sociale est cet espèce de recule d'un acteur et de

tout un groupe social vis-à-vis d'autres personnes physiquement différents de lui. Elle a une double allure : psychologique et physique. Sur le plan psychologique, des barrières contre écoute sont élaborées par un lexique approprié. L'intention ici est de limiter le contact. Il faut créer des microsociétés au sein macroscopique pour éviter des civilités avec des individus qui en effet de par leurs qualités provoquent consciemment/inconsciemment le trouble de la cohésion. Ils ne sont pas opportuns aux relations de société. Un tel comportement enferme « *l'anormal* », le « *déficient visuel* » dans une solitude, car il semble écarté du point social de la microsociété des normaux. De toute façon, les visuels/non visuels semblent créer une société virtuelle de référence, face à celle d'appartenance, vice versa.

Pour le paramètre physique, l'individu MV/NV ou voyant, le système cognitif ayant établi le *distinguo* d'acteurs, il apparaît que les pratiques se déploient en fonction de la conception psychologique sur la base des opinions reçues. Ce qui suit est la déclaration des acquis des uns aux autres. On peut constater comment des messages pessimistes d'expérience individuelle des DV et les normaux sont partagés ici et là. La généralisation d'expérience singulière semble devenir une donnée continuellement crédible. Des acteurs s'expriment : « *Dans les quartiers, tu soulèves la canne, on fuit, ça arrive (...) D'autres se disent ça se contamine* »²⁵⁴ ; « *Avant hier, il y'a un gars qui stoppe la moto pour moi. La moto gare après il répare en vitesse et dit, ce n'est que moi que tu as vu? C'est comme ça, ne considère pas ça.* »²⁵⁵

Au fond, les deux dimensions (psychologique et physique) s'associent. L'une ne saurait s'exprimer sans l'autre. C'est au bout de l'acquisition des conceptions sur le HV que les voyants et les DV peuvent choisir d'interrompre les liens sociaux. Les faits de terrain ne sont pas en contradiction de l'extension de cette thèse de la distanciation sociale. Nous pouvons lire de quelques extraits ce qui suit : « *Aujourd'hui, beaucoup (mal voyants et non-voyants) ne font pas les études, ils se rétractent parce qu'on dit que nous ne servons à rien* »²⁵⁶. « *Tu sais j'ai demandé un stage au MINESUP*²⁵⁷. *Arrivé, on m'a dit que je ne suis utile en rien* »²⁵⁸. « *Les gens ? Il y'a toujours ceux qui te regardent toujours négativement, c'est-à-dire que tu ne peux rien, donc, tu ne sers à rien* »²⁵⁹. « *Même le taxi (le conducteur), il se rend compte*

²⁵⁴ Entretien du 26 mars 2021

²⁵⁵ Entretien du 21 mars 2021.

²⁵⁶ Entretien du 07 janvier 2021.

²⁵⁷ MINESUP : Ministère de l'Enseignement Supérieur.

²⁵⁸ Entretien du 07 janvier 2021.

²⁵⁹ Entretien du 30 janvier 2021.

que tu es aveugle, il part pam (onomatopée) »²⁶⁰. Ces états ont été confrontés au réel par le chercheur.

« *Servir* », veut dire être utile ou se faire utile. C'est aussi aider, appuyer. Pour un manque de sens de la vue, plusieurs HV sont qualifiés de ne « *servir à rien* ». Basiquement, ces derniers relèvent du néant, ils n'ont pas d'apport fondamental dans l'organisation sociale. La pensée populaire parle de « *bon à rien* ». Plus loin, on croirait qu'ils sont inutiles. Cette thèse ne résiste pas aux faits, car il existe des entretenus enseignants, administrateurs et étudiants. Si le langage des discréditations est certainement réel par endroit, il tend à diminuer fortement la valeur, en portant atteinte à la notoriété des HV. Ce n'est non plus un langage partagé dans tous les milieux pour être dispensé en théorie de la victimisation. Aussi, l'ignorance sur l'utilité d'un MV/NV n'est pas toujours à jour dans cette société qui découvre encore à peine les DV. Les intervenants convoqués ci-haut ont en commun le fait de justifier l'attribut « *d'inutilité* » à partir d'interaction. Rappelons autant que le sentiment de dénégation est parfois individuel. C'est dire que le HV reconnaissant la différence qui existe entre lui et le voyant, se créer une entrave psycho sociale envers lui et les autres. « *J'ai le sentiment, le sentiment d'infériorité, tu as un truc en mal. Tu as un truc que tu ne vas plus guérir. Pas que je suis petite par rapport aux autres, c'est que je n'ai pas ce qu'il faut. Tu es complexé. Tu as un truc en moins* »²⁶¹. Autant la société entrave la relative autonomie du DV en l'étiquetant, mieux il s'implique dans cette campagne de stigmatisation. Le résultat est que le DV intériorise la déception et les « *marques* » qui viennent faire obstruction à sa quiétude mentale. L'accompagnateur du DV inspire parfois moins dans le jeu d'interaction.

2-2-Accompagnateur : la réticence

Nous avons précédemment expliqué comment un accompagnateur est essentiel dans le quotidien du déficient visuel. Le DV doit se déplacer pour des raisons de survie (marché, école, hôpital, voyage), chercher des choses qui échappent son souvenir (aiguilles, fil, médicaments, poinçon, clé...) Dès lors, l'appui d'une personne qui accompagne est nécessaire. Chez ceux (02) qui vivent avec des femmes voyantes, la tâche est un peu souple. Par ailleurs, tous ne sont pas en concubinage, il y'a une fraction qui vit très souvent célibataire (homme et femme).

²⁶⁰ Entretien du 26 mars 2021.

²⁶¹ Entretien du 25 janvier 2021.

Les DV ont généralement le sentiment de vouloir vivre autonomement, ce qui n'est très possible dans ce contexte. Les HV en concubinage se plaignent de la disponibilité partielle de leurs amantes. Les DV sans compagnonnes n'ont pas toujours des accompagnateurs fiables. Bref, il y'a parfois un doute qui se dégage entre le handicapé et son accompagnateur. Le doute provient du premier qui n'a pas totalement confiance à l'interactant. Il voudrait se contrôler comme tout le monde. Etre à la portée de vue d'un tiers exposerait les secrets s'il y'en a. Chez André PETITAT, le secret est l'élément fondateur des relations sociales. Il faut toujours maîtriser ce que l'autre cache ou découvrir son intimité pour mieux le comprendre. « *L'interrogation sur la « vraie » nature des choses, sur une essence au-delà des apparences, est probablement tributaire, à l'origine, de nos aptitudes à dissocier être et paraître dans les interactions.* »²⁶² « *Toutes les relations entre les hommes reposent, cela va de soi, sur le fait qu'ils savent des choses les uns sur les autres* »²⁶³.

Sans vue, le DV cacherait moins de secret que son interlocuteur. Des récits de terrain font état de réticence eu égard des accompagnateurs. « *C'est vrai qu'il y'a toujours un regard stigmatisant. Ils ne se rapprochent pas de toi. On se dit ça se contamine. Il faut bien savoir ce qu'on fait, ce qu'on boit, pas facile avec l'accompagnateur* »²⁶⁴. Pour cet intervenant, le doute sur celui qui accompagne s'explique à partir de la stigmatisation qui pourrait prendre des formes extrêmes. Il établit alors le lien d'attachement entre la conception sociale du handicap et le doute qu'il a. Pour un autre informateur, tous les médicaments devraient être transcrits en braille pour anticiper les doutes. Le médicament étant un traitement, toute confusion saurait engager des dommages. La préférence est d'être sûr de ce qu'on exploite que de se fier à des orientations externes d'autant qu'il s'agit de la santé individuelle. Il déclare : « *Oui, on est pas sûr de ce qu'on boit. On doit lire, on doit être sûr, si on n'a pas le braille, on fait comment ?* »²⁶⁵. A l'autre d'ajouter : « *La confiance. On n'a pas toujours confiance hum hum (interjection) de ce qui est donné, ce qui est fait* »²⁶⁶. Egalement, cette réflexion introduit les risques médicaux parce que toute confusion médicale peut engendrer un drame. Une autre fois, la fébrilité de la cohésion sociale entre l'accompagnateur et le DV traduisant la méfiance, l'angoisse du patient se constitue en obstacle psychologique. Dans ce cas, le handicap est une difficulté autant que l'aide sociale. Une telle méfiance n'exclut pas celui qui prescrit tout comme l'autre qui vendrait un médicament non transcrit en braille. Cette autre carence de

²⁶² André PETITAT, *Secret et formes sociales*, Paris, Presses Universitaires de France, 1998.

²⁶³ Sociologie et sociétés, vol. xlv, no 2, automne 2012, pp. 143-164.

²⁶⁴ Entretien du 26 mars 2021.

²⁶⁵ Entretien du 07 janvier 2021.

²⁶⁶ Entretien du 27 mars 2021.

transcription est une difficulté moyenne comme l'indique une source : « *ça fait problème. On sait que le médicament doit être traduit, mais certains sont traduits. Menant, on (ne) peut pas tout traduire, ce sera très beaucoup* »²⁶⁷. Une attitude indécise. Nonobstant, tous les accompagnateurs ne sont pas boudés, autrement fortifie la dépendance du HV.

2-3-L'appui maximal : un blâme à la forme généreuse

En continuité de la veille d'accompagnateur, il y'a des situations d'appui maximal à la personne aveugle qui consiste à l'accompagner profondément au point qu'il ne fasse presque rien de majeur de lui-même. Ce sont des contributions sociales généreuses de la famille et des proches qui consolent à tout moment le HV, sans néanmoins lui permettre d'exercer une certaine disponibilité. Ces attitudes contribuent à améliorer le lien entre la société et le déficient de telle sorte que la cohésion demeure équilibrée, il doit se sentir aimé et intégré. Comme déclare une pensée générale, « *on gâte l'enfant* », pour dire qu'il est enjôlé. On lui couvre des biens et services (que lui-même est à mesure de garantir) dans le sens de le vulnérabiliser. La vulnérabilité n'est pas certes l'intention, pourtant se manifeste dans les gestes de générosité.

Justement, l'inquiétude apparaît du fait qu'ils ont une certaine autonomie de geste, « *qu'on le veuille ou pas, ils sont (HV) un peu diminués* » et non totalement restreints. Offrir à un aveugle tous les avantages en le privant de se les octroyer individuellement participe à limiter ses activités d'intégration. Il cultive une attitude d'attentisme où tout doit passer par les autres. Pertinemment, dans le chapitre 02, il a été expliqué que l'attentisme est un obstacle à la prise en charge. De ce point de vue, l'aveugle dort sur « *la nappe des autres* » pour reprendre une célèbre formule de développement. Cet esprit de dépendance où la chaise sinon la nourriture est tendue à l'aveugle ; il est conduit au « *petit coin* » ; il est assisté dans ses démarches (...), sont des pratiques philanthropiques qui neutralisent le HV en le dépouillant de la bravoure essentielle. A des moments, la famille prend en charge plusieurs personnes en raison d'encadrer l'aveugle et ceux qui s'occupent immédiatement de lui, sans omettre que la famille entière est concernée. A un interviewé de déclarer : « *les non handicapés visuels en font une stigmatisation qui n'est pas bien. Parfois les aider à ne rien faire, c'est les stigmatiser. Il faut plutôt les aider à être au minimum indépendants pour se sentir utile, et non inutile* »²⁶⁸. L'accompagnement idolâtrique peut avoir son contraire : l'exclusion.

²⁶⁷Entretien du 10 mai 2021.

²⁶⁸Entretien du 19 mai 2021.

2-4-L'exclusion manifeste du droit au foyer

Il arrive que le déficient visuel soit visiblement rejeté. L'aboutissement d'une telle action est en corrélation au handicap. Empruntant le terme de « *conservation d'espèce pure* » aux sciences naturelles, l'expression renvoie à l'exclusion d'hybridation. Entendons par là des individus qui ne voudraient pas s'associer aux autres afin de préserver leur lignée des intrusions qui affecteraient fatalement la cohésion du clan. L'aveugle et le mal voyant sont des catégories qui connaissent des souffrances de vue et dont la présence dans certaines familles est une détestation.

La conception biblique (livre de Genèse) tout comme la civilisation qui fonde la cohésion en un couple (tradition africaine de mariage) développe l'idée selon laquelle les individus de sexes opposés ont un contrat social d'union. Ce qui suppose que l'homme et la femme s'associent en vue de fortifier les liens tout en générant de nouvelles générations d'individus. Le mariage devient une sanction positive d'intégration sociale ; c'est une traversée de responsabilité. L'idéologie en elle-même est éthérée, seulement que la « *normalité* » physique des partenaires doit être irrépréhensible d'anomalie. Le DV pose dès lors des difficultés dans les démarches de mariage lorsqu'il fait face à des conceptions d'exclusion. Une expérience de terrain révèle:

Comme psychologue, j'ai vu des femmes rejetées par leurs futures belles-familles parce qu'elles étaient non voyantes. On ne peut pas penser parce qu'on est non voyant qu'elle n'a pas le droit de se marier, elle doit rester célibataire, elle ne doit pas avoir des enfants. Et ça c'est chez-nous, elles vivent des frustrations énormes sur le plan affectif.²⁶⁹

Pour l'auteur, son expérience est exclusivement féminine. Les femmes HV sont frustrées parce qu'exclues du mariage au moyen de la famille d'accueil du prétendant mari. Elles connaissent une exclusion manifeste du droit au foyer. En psychologie, la force mentale est une variable dans le développement personnel, lorsqu'elle fait défaut, l'individu éprouve de chagrin. C'est plutôt la réticence, la modification de la cohésion du couple et de famille est impactée, et dont le malaise à communier avec les autres. L'étiquetage peut avoir un relent médical.

²⁶⁹Entretien du 18 mars 2021.

3-Un service médical discutable.

3-1-La thèse du « *knock out* » ophtalmologique : lorsque les déficients visuels comparent leurs expériences ophtalmologiques d'ici et d'ailleurs.

En combat, le « *knock out* » est la mise hors de combat d'un compétiteur suite à la violence positive de l'adversaire. Transposé à ce contexte, il est l'incompétence du technicien de la vue. Instruments de diagnostics et de dépistages ophtalmologiques appuyés d'un ophtalmologue, sont quelques ressources accotant la santé visuelle. A Yaoundé, les patients ne sont pas toujours satisfaits de la qualité du service offert par les spécialistes de la vue. 25% des enquêtés soutiennent la thèse de la désillusion ophtalmologique. Les maladies telles que « *Le glaucome, le kératocône, la cataracte* » ; et « *la chirurgie avec implant premium et/ou torique, la chirurgie réfractive (...)* »²⁷⁰ ne sont pas de gestion évidente en contexte camerounais comparé aux hôpitaux qu'ils ont parcouru outre-mer. Les faits de terrain local, comparés à ceux d'outre-mer dévoilent un décalage entre la médecine du pays, et celle d'ailleurs. Il ne s'agit pas du seul critère de jugement d'opinion, car d'autres HV se basent des résultats des compétences locales sur des cas palpables pour opérer un jugement d'opinion. Nous pouvons lire que : « *les soins sont approximatifs. On n'a pas de bons médecins. Moi, au Cameroun, le médecin m'a consulté trois fois. On m'a dit c'est la myopie. On m'a donné les verres, les comprimés, les colis. La vue ne faisait que baisser.* »²⁷¹ Pour un autre informateur : « *Il y'a les docteurs, quand ils opèrent, ils ratent. Oui, on m'avait opéré, on a raté* ». ²⁷² Une autre source majeure qu'« *Au Qatar, le docteur m'a dit, oui « on n'aurait pas dû te soumettre à ce traitement ».* « *Il y'a beaucoup à faire, beaucoup de manquements. Ça fait qu'on remet en question la qualité de la formation de nos agents* ». ²⁷³ Ce sont des situations énoncées en défaveur de la ressource médicale locale. Les informateurs vont d'un examen de comparaison où la compétence est comparée à partir de sites hospitaliers d'inégale compétence, en croire les dénominations de « *pays tiers-mondistes* » et « *développés* ». Indubitablement, comparaison n'est pas raison. Il est admis quand même avec l'autorité camerounaise que ce champ est en friche. De là, à remettre la compétence de l'ophtalmologue en question, c'est précipiter les analyses. Deux réactions viennent conclure cette thèse du « *knock out* » ophtalmologique.

²⁷⁰ Faits de terrain.

²⁷¹ Entretien du 07 janvier 2021.

²⁷² Entretien du 18 mars 2021.

²⁷³ Entretien du 22 janvier 2021.

A Doubaï, on m'a consulté, je suis allé avec mon ordonnance du Cameroun. En 5 minutes, on a fait les machines tac tactac (onomatopée), c'est sorti. On dit c'est la « rétine pigmentation ». Je ne devais pas prendre des comprimés, les verres, les colis prescrits(...) Au Qatar, on m'a confirmé la même maladie : « la rétine pigmentation ». Au Cameroun ; la qualité du personnel et diagnostique cause problème²⁷⁴

Ensuite, on peut aussi lire :

Tu sais au Cameroun, même les médicaments me faisaient mal hein, ça n'aidait pas. On est allé en Espagne, le remède là-bas aidait. Ici, on te prescrit et ça n'aide pas. On m'a même dit en Espagne que le remède que je prenais ici n'était pas celui qu'il faut. A l'époque je voyais encore.²⁷⁵

Une autre source corrobore cette idée en ces termes : « l'échec de diagnostic ? C'est un peu rare, mais ça peut arriver. L'ophtalmologue peut être mal formé ».²⁷⁶ S'il n'y aurait pas eu des moyens conséquents chez certaines sources pour migrer et tenter la santé ailleurs, on aurait pas eu ces réactions. Ce qui résiste à l'analyse est que peu importe l'espace socio-médical employé par les patients, la santé n'a jamais été recouverte par les solliciteurs. Que ce soit au Cameroun ou en Occident, aucun des observés n'a redécouvert la vue. A ce stade d'analyse, que retenir ?

En filigrane, la désintégration sanitaire due au traitement inadéquat s'expose comme un mécanisme de stigmatisme social. Le fait d'exprimer une opinion pessimiste sur le service de santé local implique une certaine discrimination qui traduit le fait que les ophtalmologues sont à l'image des DV, mal entretenus. Forcément, si les HV sont désappris d'après leurs langages, alors, aucun sérieux ne saurait advenir sur la fermeté d'avoir des ophtalmologues aguerris. Des ophtalmologues pouvant soulager les anomalies des yeux comme « la myopie, le strabisme, l'hypermétropie, la presbytie, la conjonctivite, la cataracte, la baisse ou la modification de la vision ». Une autre fois, les DV sont étiquetés discrètement selon eux. La photo en contre bas situe la propagande contre le glaucome au Cameroun. La figure situe la différence entre l'œil normal et celui malade en rappelant la nécessité de prévention à partir du dépistage hâtif pour éviter la cécité et préjuger les ophtalmologues.

²⁷⁴ Entretien 07 janvier 2021.

²⁷⁵ Entretien du 27 mars 2021.

²⁷⁶ Entretien du 19 mai 2021.

Photo 8: Campagne de prévention contre le Glaucome à Bingo Hospital



Source : DJOMOU MAFO, enquêtes de terrain, mai 2021.

Le service ophtalmologique assure à son niveau, sauf qu'il persiste un problème de communication technique. Aucun aveugle ne saura lire cette banderole. La volonté d'encadrer les patients est parfois malhabile à cause de la stratégie de communication inadéquate.

3-2-Le service ophtalmologique assure à son niveau : une vue locale

Pour cette approche, le service ophtalmologique local garantit l'accès à la santé à la limite de ses moyens. En d'autres termes, la prestation minimale est réalisée. En effet, pour ces interlocuteurs, lorsqu'il advient des conclusions identiques sur les mêmes analyses, alors il y'a une part de compétence qui se décline à travers l'exercice des différents soignants. Les mêmes causes conduisant les mêmes effets dit-on, dans ce cas, les ophtalmologues ne se trompent pas. De même, toute pathologie n'est curative. La médecine ne saurait faire des miracles pour restaurer la vue. Il s'agit tout simplement d'entretenir à partir des moyens disponibles ce qui est faisable. Au-delà de ses volontés, la médecine ne saurait se substituer à la divinité. Dans cet élan, deux entretiens sont retenus pour illustrer l'optimisme en question.

Pour moi ; la prise en charge est bonne. Dès les premiers jours, on a dit à mon père de ne pas m'opérer, ça ne va rien changer. On lui a dit la même chose ici et là. Oui, ils (ophtalmologues) peuvent avoir les limites, ils sont quand même fiables. J'ai la rétine pigmentaire. Dernièrement, j'ai vu un ophtalmologue qui m'a dit de garder le peu de vue (ne pas s'opérer).²⁷⁷

Si je suis satisfaite, ça m'arrange. Ils (ophtalmologues) ne sont pas Dieu pour me remettre ma vision. Je suis bien reçu, c'est tout. Ils font ce qui est à leur niveau. Je n'ai pas d'hôpital fixe pour me faire suivre, sauf dans mes débuts, où une seule personne me suivait. Menant j'ai quitté la ville là. »²⁷⁸

Ce langage n'est pas étrange, car c'est la fonction que doit réaliser les ophtalmologues. Si les informateurs en question comme d'autres voient un peu, l'entretien ophtalmologique permet alors de cacher en quelque sorte le handicap parce qu'il permet parfois de se déplacer sans canne ni lunettes. Le traitement que ceux-ci reçoivent de part et d'autres les centres hospitaliers camerounais s'avèrent identiques. C'est dans cette logique que l'ophtalmologie locale est critiquée à sa juste valeur. Parfois, il y'a un stigmate de cachette que développent les DV.

4-Cacher le stigmate

4-1-Le temps et le comportement ordonné des aveugles acquis

Ce fragment se propose d'interpréter la dissolution du handicap visuel chez les aveugles dans le temps. Le temps social passé dans la maladie transforme souvent le psychisme du HV à tel point que ce dernier finisse par accepter de vivre avec le handicap. En réalité, les concernés semblent cacher à un moment social le stigmate pour qu'ils ne puissent plus les nuire dans leurs rapports avec autrui. La logique est qu'ils ont perdu la vue depuis une période. Les tentatives de redécouverte de la vue ayant failli, le stigmate devient de plus en plus plaignant. Lorsqu'on se rend compte qu'on n'est pas unique dans ce genre, ensuite, les recours sanitaires sont tous épuisés dans le temps, alors le HV est obligé de s'accepter ainsi. Dès lors, on assume le statut parce que plus rien dans leur contexte ne saurait restaurer la vue.

Confrontés à la cécité, les informateurs assurent que le début de cécité était plus éprouvant que la situation actuelle. Ne s'étant jamais incorporés à de telle restriction de vue, la socialisation à la nouvelle sensibilité est pénible. Il faudrait patienter que la déficience perdure en soi pour l'accepter comme telle. C'est une forme de déterminisme non visuel. Quelques extraits développent l'assertion du dépassement de la déficience par le temps :

²⁷⁷ Entretien du 13 mars 2021.

²⁷⁸ Entretien du 17 mars 2021.

« Haa ! C'est un problème ! Haaa je suis aveugle »²⁷⁹ ; « Au début, c'était dure pour moi. Moi j'étais très jeune, avec le temps je me suis adapté, ce n'est pas la fin du monde. Ça commencé j'avais hum 11 ans. Surtout que j'ai intégré un centre, donc ça été facile. Donc aujourd'hui je continue de fréquenter. »²⁸⁰ Nous pouvons aussi lire : « Haaka, aveugle oui »²⁸¹ ; « En ce qui me concerne, bien sûr, c'est ordinaire(...) moi je vis avec, si c'est la grippe ou autre chose, je suis affecté, mais la maladie ne dit plus rien ».²⁸² Pour sortir de ces renvois : « Pour moi, je n'ai plus de problème. Je vis avec »²⁸³ ; « La cécité acquise est difficile. Tout l'entourage et toi avez du mal à surmonter la cécité. Avec le temps j'ai pu »²⁸⁴.

Rappelons qu'être aveugle, c'est être « discrédité » ou « discréditable ». Le temps permet de dissimuler le HV. On est face à une mécanique de dissimulation du handicap qui n'aide pas le processus de prise en charge. Il est susceptible d'aider celui qui présente clairement son état de pathologie que de s'intéresser à l'autre qui cacherait, d'autant que tous les HV ne sont pas physiquement déterminables. Les acteurs feignent de ne plus être handicapés. Les stigmatisés paraissent désavouer « le poids du fardeau ». Ces extraits retenus et exposés ci-haut démontrent « la dissimulation et le passing », voir « l'évitement de la situation » au sens d'Erving GOFFMAN. Ces trois concepts s'interpénètrent pour révéler le mécanisme de la dissolution du stigmaté dans le temps. On finit par s'habituer à la situation aveugle dans la société des voyants en jouant le rôle d'un intégré. Un intégré est celui qui fait les calculs rationnels pour demeurer membre de sa collectivité. Dans ce sens, il y'a bien des situations auxquelles on ne serait s'exposer dans la mesure où des précautions sont prises pour éviter le stigmaté. Les débats sur le stigmaté social enjambent la reconstruction sociale de l'accès à la santé ophtalmologique.

II-OPINION SUR LA RÉORGANISATION ADMINISTRATIVE : REDÉFINIR LES LIENS MÉDICAUX.

Diverses approches de reconstruction sociale d'accès à la santé sont proposées par les acteurs. La communication stricte et le professionnalisme sont les propositions de reconstruction sociale.

²⁷⁹ Entretien du 25 janvier 2021.

²⁸⁰ Entretien du 27 janvier 2021.

²⁸¹ Entretien du 25 janvier 2021.

²⁸² Entretien du 27 janvier 2021.

²⁸³ Entretien du 25 janvier 2021.

²⁸⁴ Entretien du 27 janvier 2021.

1-La communication : un atout à redéfinir.

La représentation sociale suppose que les individus développent des connaissances sur plusieurs aspects. Les opinions, les croyances et même les informations sont des composants de la représentation. Justement, la communication sous l'angle informatif apparaît dès qu'on veut caractériser le secteur ophtalmologique. Les acteurs font une recommandation d'améliorer la manière actuelle de communiquer qui est exclusive. Il faudrait interpeller la société en général pour plus de considération de la personne handicapée visuelle.

1-2-Pour une approche des relations inter-représentatives

C'est une approche d'uniformisation des représentations des acteurs à partir d'une socialisation inclusive. Les récits de faits et l'observation directe renseignent sur la dichotomie des représentations sociales entre les normaux et les déficients visuels. En réalité, il existe des factions qui estiment que les HV sont des a sociaux, de même que les DV fustigent les voyants en les reprochant de ce comportement désobligeant. De ce contraste, émerge les considérations polysémiques d'entre les acteurs sociaux.

La solution consiste alors à éduquer les masses sur le respect et la considération du handicap visuel (personne et pathologie) à partir des communications fréquentes. Cette terminaison n'est pas nouvelle, vue que dans les normes de 2010 portant sur le Handicap, il est mentionné des communications publiques et populaires : « *sensibilisation dans les écoles* », en milieux professionnels. En outre, cette éducation doit inclure tous les niveaux sociaux. Si sur le terrain, il est difficile de croiser l'initiative, on devrait améliorer les fréquences de sensibilisation. L'engagement d'éduquer les déficients et parents du Centre d'Ekie ou d'Etoug-Ebe méritent d'être relayé à foison tout en intégrant d'autres acteurs dans ce registre. Les Camerounais ne connaissent pas toujours le langage des MV et NV. Soulever la canne béquille horizontalement, balader la canne sous l'angle oblique, interpréter le type de ruban rouge sur la canne blanche, l'usage rationnel des bruits (...) sont des codes moins maîtrisés par les voyants. A ceux-ci, s'ajoutent les considérations de la personne handicapée visuelle où la pathologie ophtalmologique semble contagieuse au touché, ou bien à l'adresse de parole. La socialisation demande de créer une relation sociale sereine, d'échanger des connaissances ou des émotions à travers un langage commun. La reconstruction a alors « *la fonction de code commun* ». La loi existante doit être appliquée. La sensibilisation est préventive en ce qu'elle met en garde les individus en indiquant les modes d'hygiène d'yeux ou bien l'anticipation de maladie, les automatismes médicaux. Les populations sont moins

éduquées à propos. Une source prend position sur la question de socialisation : « *il faut savoir les(HV) éduquer, apprendre à utiliser la canne. Il faut savoir les aider dans l'utilisation de la canne blanche, du déplacement, les capacités de cuisine. C'est de la responsabilité de tous* »²⁸⁵. La norme aussi devrait être revue.

1-2-Vitaliser et viabiliser la norme et le professionnalisme

Dans le propos précédent, il a été remarqué que la loi de 2010 et son décret d'application de 2018 sont de faible exercice au sens d'attribuer au HV toutes les prérogatives de droit. De ce constat, les acteurs impliqués dans la gestion du HV formulent la praticabilité des normes dans l'exonération. Elles (lois) existent, cependant le contrat économique auquel elles sont affectées est amorphe. En d'autres termes, elles manquent de vitalité, il est nécessaire de les viabiliser. Le personnel chargé d'encadrer la relation entre normes, HV et avantages doit lever les apesanteurs qui limitent l'appropriation de la loi. Le problème est très souvent la disponibilité du budget des charges handicapées. La demande est énorme, les finances très peu. Pourquoi n'y a-t-il dont pas adéquation entre demandeurs et ressources ? L'exonération des frais de prise en charge du HV promise est d'application partielle, la loi n'est pas traduite en braille, la prolifération des fausses cartes d'invalidité à titre de larcin, la longueur et temps (03 mois) de procédure pour effectuer la CNI sont quelques obstacles. Deux intervenants réagissent en ces termes : « *Sur le plan étatique, appliquer les textes, les lois adoptées pour ces personnes. Parfois, on a des lois, des textes qui ne sont (...) pas mis en pratique dans la vie ordinaire.* »²⁸⁶ Ensuite : « *Il faut des lois qui militent en leur faveur et appliquées dans la société* »²⁸⁷. Juste à côté, il faut permettre aux HV de maîtriser les textes spécifiques en sorte que chacun sache comment accéder facilement à ses droits sanitaires en toute connaissance. L'administrateur n'est pas le seul à être reproché.

Le personnel médical est accusé quelque fois de laxisme, appuient les DV. Le professionnalisme des professionnels de santé est généralement remis en question. De temps en temps, l'accueil insipide, la manière déplaisante de répondre (« *tu ne vois plus et tu viens encore faire quoi ?* »), la compétence douteuse des aptitudes, la fiabilité, le positivisme (...) ne contribuent pas chaque fois à la réputation prestigieuse des professionnels de santé. Tous n'excellent pas dans ce domaine d'après certaines opinions regroupées.

²⁸⁵Entretien du 19 mai 2021.

²⁸⁶ Entretien du 18 mars 2021.

²⁸⁷ Entretien du 18 mars 2021.

Ce contenu de proposition révèle la représentation sociale des populations de ce qu'elles voudraient de la société actuelle. « *La reconstruction du réel* » est une évidence dans la mesure où les acteurs semblent vouloir maîtriser « *l'environnement* » qui produit les idéaux. Dès lors, les solutions jouent « *la fonction de code commun* » afin de construire un secteur médical inclusif. Les conclusions sont aussi « *la fonction d'orientation des conduites* » qui inspirent les acteurs, et « *la fonction de justification* » qui intègre les individus. Le registre des solutions a un pend technique.

III-LES IDÉES DES ACTEURS SUR L'AMÉLIORATION DES ÉQUIPEMENTS TECHNIQUES ET L'IMPACT DE LA VILLE SUR LA SANTÉ

Cette section élabore des pistes de solution liées au revêtement physique des cadres hospitaliers. Aussi, elle intègre les modifications de la texture des certains médicaments. La contribution de l'équipement a tout son sens lorsqu'il est mis en relation avec les acteurs sociaux. L'équipage est d'un apport dans le processus d'accès à la santé.

1-L'adaptation de l'infrastructure aux besoins présents

1-2-Plan sommaire : améliorer l'accès au bâtiment, réformer le plateau technique, pérenniser la vulgarisation des cannes, puis transcrire en braille les médicaments.

La revendication principale est d'arrimer dans l'ensemble les infrastructures à l'état de besoin des Handivisuels. Cette doléance émane d'un « *mode spécifique de connaissance* » auquel les ouvrages disponibles ne sont pas faits à l'image des principaux bénéficiaires, ou n'inclut pas tous les potentiels demandeurs de service. Claudine HERZLICH écrit la représentation sociale consiste à : « *observer comment cet ensemble de valeurs, de normes sociales, et de modèles culturels, est pensé et vécu par des individus de notre société (...)* »²⁸⁸ Justement, il y'a différence entre la pensée du model culturel de la médecine moderne et le vécu. La maladie n'épargne pas les humains, et la santé est recherchée par tous. De ce point de vue, l'accès à la santé devrait être inclusif en termes « *d'objets, d'appareil, d'accessoires, de voies d'accès* ».

Nous pouvons lire d'un informateur que : « *le plan infrastructurel ne tient pas compte d'eux. Les soins, on ne leur accorde pas des facilités. Les gens particuliers devraient avoir*

²⁸⁸ Claudine HERZLICH, *Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale*, Paris, Mouton la Haye, 1969.

des avantages particuliers. »²⁸⁹ En réalité les plaintes infrastructurelles sont de plusieurs catégories chez les DV. En voici quelques unes retenues :

*l'accès facile à l'hôpital en contournant les escaliers. Il existe des bâtiments d'hôpitaux qui ne prévoient pas la visite des HV. Les rigoles ouvertes, les trajets mixtes véhicules et piétons dans l'enceinte de certains centres hospitaliers, les escaliers, la non inscription du braille sur les portes stratégiques sont des illustrations. L'observation de terrain a aidé à corroborer ce constat.

*la modernisation de l'appareillage ophtalmologique. Dans ce sillage, les récits des acteurs renseignent que tous les centres hospitaliers ophtalmologiques ou ayant les unités ophtalmologiques ne sont pas tous dotés d'appareils sophistiqués. Le diagnostic ophtalmologique demeure encore inconvenant à cause de l'usage d'appareils peut-être efficaces mais plus mécaniques qu'automatiques. Pour certains interlocuteurs, la demande en soin d'yeux augmente. C'est dans ce sens qu'il faudrait obtenir du matériel optique pour professionnel afin de maîtriser les requêtes et satisfaire les patients. Entre autres, voici esquissé le matériel de consultation et d'examen :

-for the Glaucomas, the need is: UVA, Eye screening, material of autorefraction, phaco, Emulation, Coco laser, Pattern noise-Pano.

-la lampe à fente (ou biomicroscope). Elle permet la visualisation d'images en coupe optique pour la partie antérieure et postérieure de l'œil.

- le réfractomètre automatique : il permet de diagnostiquer les troubles de la réfraction oculaire et d'obtenir la formule de la réfraction oculaire objective ;

-le tonomètre à air : le réfractomètre peut être couplé ou non à un tonomètre à air, qui permet, lui, la mesure de la pression intraoculaire.

-OCT²⁹⁰, qui fournit un examen très fin des différentes structures de l'œil, de la cornée à la rétine et au nerf optique.

²⁸⁹ Entretien du 18 mars 2021.

²⁹⁰ OCT (Optical coherence tomography). L'OCT est très utilisé pour le suivi des glaucomes et des maladies rétiniennes (rétinopathie diabétique ou DMLA notamment). Il est utilisé aussi en chirurgie réfractive, par exemple pour visualiser un traitement au laser sur la cornée.

-renforcer l'équipement d'appareils de champ visuel (périmètre ophtalmique) pour l'analyse du champ de vision central de la rétine (notamment pour la surveillance des glaucomes).

- approvisionner « *les lunettes et loupe binoculaire, ophtalmoscopes direct et indirect, lentilles* ». Ces solutions n'ont d'intérêt que dans les espaces sanitaires d'observation.

-pérenniser et vulgariser la politique de « *protection sociale d'une canne un aveugle* ». La distribution gratuite des cannes béquilles est une initiative anodine où tous les centres des handicapés et des structures spécialisées dispensent régulièrement les outils. La qualité de la matière y compris l'usage inaccoutumé des béquilles ne favorisent pas continuellement la durée de l'objet. Notons que la canne a tout son sens thérapeutique si elle est en bon état. Par contre les cannes écourtées, dénudées ne facilitent par l'interprétation des gestes du NV/MV, par le voyant. Le genre de béquille intègre son utilisateur. Dans certains Centres, il faut patienter une canne pour tous les 10 ans. La demande est énorme qu'on ne saurait satisfaire tous les handicapés. Sont servis, les besoins les plus répétitifs.

Cette contribution doit s'étendre dans les milieux ruraux du pays où les malades nantis recourent vers les centres urbains pour solliciter les soins. « *Il y'a les problèmes techniques. Les gens écrivent plus. Les informations sont écrites et vidéo. En santé, il s'agit d'abord de s'informer.*»²⁹¹D'autres sources font la suggestion de transcription des médicaments en braille sur les emballages. Des consommables médicamenteux observés sur le terrain, tous ne sont pas toujours transcrits. Les traitements des pathologies des yeux, et le reste du corps manquent quelquefois de traduction. L'accompagnateur social étant parfois absent, de même que certains n'ont pas trop confiance aux accompagnateurs, ou bien que certains HV vivent seuls, la manipulation du traitement, de la prescription devient aléatoire. Certaines sources affirment avoir violé les consignes médicales parce que les détails de brailles et les dimensions médicales sus-évoquées favorisent la confusion.

Ces perspectives formulées adhèrent à la matrice analytique de MOSCOVICI sur les représentations qui note : « *les représentations sont des formes de savoir naïf, destinées à organiser, les conduites et orienter les communications* ». L'intention des interviewés est de pouvoir organiser scientifiquement l'accès à la santé en précisant les conduites pour alléger la communication entre patients et les autres acteurs impliqués : ophtalmologues, administrateurs des structures spécialisés en HV.

²⁹¹ Entretien du 07 janvier 2021.

En effet, on fait face à « *la reconstruction du réel* » et « *la maîtrise de l'environnement* » pour reprendre JODELET. Les acteurs proposent de nouveaux imaginaires qu'ils défendent. C'est l'initiation d'une réponse radicale face à un phénomène qui semble peu maîtriser à Yaoundé, centre de référence médical. L'action de reconstruire permet à l'acteur de contrôler son milieu médical. Toutefois, ces opinions écartent l'accès à l'information crédible, essentielle à la réforme. Dès lors, comment caractériser la ville en termes d'accessibilité à la santé des déficients visuels ?

2-Ville, déficients visuels et santé

La définition de la ville sanitaire est proche de celle politique. Le présupposé est que c'est à Yaoundé qu'on rencontre les hôpitaux de niveau central, intermédiaire et de périphérie. « *Bingo, le Centre handicapé d'Etoug-Ebe* » sont catégorisées dans cette grille. De même que le système de santé urbain intègre les secteurs : public, privé lucratif/non lucratif et traditionnel. « *On a coutume de dire que l'offre de soins modernes est meilleur en ville qu'à la campagne. Ne voit-on pas effectivement concentrée dans les villes toute la gamme des infrastructures sanitaires, les médecins, les spécialistes, les hôpitaux et les cliniques?* »²⁹² Yaoundé est spécifique en ce qu'il abonde des ressources plurielles facilitant l'accès à la santé des DV : routes, hôpitaux, appareillages, PS, spécialistes, textes (...) Les patients les plus outillés au plan informatif (près de 10%) bénéficient des soins spécialisés sans obstacles majeurs. Par contre, la masse ignore certains détails propres à la ville. Tous les cadres de santé ne sont pas propices à la prise en charge exonérée, et même capables de les recevoir. A l'hôpital confessionnel, il faut bénéficier des grâces religieuses ou d'une recommandation du Ministère par exemple afin d'accéder librement. De même, tous les centres hospitaliers ne sont pas catalogués dans la prise en charge exonérée. Un cabinet de soin, est différent d'un hôpital de référence, d'un centre de santé. Chacun d'eux est adossé sur une exigence propre.

Tous ces espaces sanitaires accueillent des patients handicapés visuels. Une frange d'interviewés estime que les soins sont efficaces. C'est plus la catégorie d'acteurs à pouvoir économique qui apprécie le service. Les acteurs « *indigents* » auto-déclarés souffrent de l'application d'exonération qui n'est pas généralisée à tous les hôpitaux et surtout conditionnée à de mécaniques administratives. Quelques extraits traitent de ce fait : « *A Bingo, c'est à Nsimyong, on fait les rabais. Mais va à l'hôpital Central, Général, tu vas*

²⁹² Gérard SALEM et Florence FOURNET, CONFÉRENCE INTRODUCTIVE, op.cit.

*confirmer. (Rire moqueur), on paye tout là-bas sachant bien que tu es aveugle. Le médecin ne gère pas ça. Même comme certains gèrent. »²⁹³ « Va au CP pour les réductions »²⁹⁴, « Au centre Pasteur, la dernière fois j'ai payé 50% des charges »²⁹⁵. « Ici, on fait les examens médicaux et appliquons les règles en fonction du profil des patients. Les handicapés viennent ici, et reçoivent quoi de droit. La réduction est plausible ici »²⁹⁶ En effet, plusieurs patients consultent les centres de santé privés et publics, qui ne bénéficient pas des financements pour handicapés. De même, les « *handivisuels* » ne consultent pas les services sociaux du secteur pour mieux se renseigner. Certes, les officiants de ces services sont moins présents, mais la ville demeure un cadre de santé dont l'accès est conditionné par l'information fiable, complétude et pertinente.*

Ce chapitre de fermeture a eu pour intérêt de situer les conséquences psycho-sociaux du DV se constituant en stigmatisme social. Les mécanismes d'étiquetage qui sont verbales, écrites, ou gestuelles démontrent de la désagrégation sociale. Ragaillardir ces effets interpelle la mise en action d'une reconstruction sociale des représentations pour une intégration inclusive. Nonobstant, les opinions des acteurs sont très souvent évasives dans le sens où elles négligent l'axe de transmission des informations crédibles à une prise en charge exonérée, volonté des acteurs.

De cette ultime partie, les HV mettent des stratégies de réinsertion en jeu en vue d'intégrer le milieu. Cette ré/adaptation est confrontée par des obstacles des voyants, moins socialisés à la question de la DV. Les effets du handicap social peuvent-être reconstruits par une représentation en corrélation avec le réel d'après leurs opinions.

²⁹³ Entretien du 10 avril 2021.

²⁹⁴ Entretien du 19 mai 2021.

²⁹⁵ Entretien du 18 mai 2021.

²⁹⁶ Entretien du 26 mai 2021.

CONCLUSION

Tout bien considéré, ce mémoire s'est attelé à analyser le sujet suivant : « Handicapés visuels et accès aux soins ophtalmologiques dans la ville de Yaoundé ». Précisément, la sociologie de la santé établit le rapport entre les déficients visuels de Yaoundé, qui sont diminués sur le plan ophtalmologique, et la manière dont-ils bénéficient des soins ophtalmologiques dans leur espace social. Allant du constat que, malgré les normes régissant la santé des Handicapés au Cameroun, puis les infrastructures urbaines de la santé disponibles, les malvoyants et non-voyants dénoncent un accès à la santé laborieux. Dès lors, le sujet pose le problème scientifique d'accès difficile à la santé de mal et non-voyants à Yaoundé. Cette conclusion s'articule autour de cinq axes : le rappel des questions et hypothèses de recherche, leur vérification ; la présentation des doléances des enquêtés, les écueils de recherche, notre point de vue et les pistes de recherche.

La problématique de ce mémoire a permis d'élaborer la question de recherche principale suivante : Comment expliquer l'accès difficile aux soins ophtalmologiques des handicapés visuels à Yaoundé ? A la suite, 04 questionnements spécifiques ont suivi. Par ordre, elles sont articulées de cette manière :

- Comment se représente la prise en charge ophtalmologique à Yaoundé ?
- Qu'est-ce qui explique les obstacles liés à la santé ophtalmologique des personnes mal voyantes et non voyantes à Yaoundé ?
- Comment s'intègrent quotidiennement les déficients visuels dans une société qui n'interprète pas toujours ce handicap comme une pathologie ?
- Quels effets sociologiques génèrent les difficultés d'accès aux soins ?

Ces questionnements sont interdépendantes des hypothèses, dont celle principale est : Les difficultés d'accès aux soins ophtalmologiques s'élucident à partir d'une inter-ignorance des mécanismes de prise en charge chez les patients et l'administration, phénomène qui génère des conséquences sociales.

L'hypothèse principale repose sur quatre autres particulières. Il s'agit de :

-Organisée par l'Etat du Cameroun et ses partenaires locaux, la prise en charge se représente comme une réalité étendant des connaissances psycho-sociales, médicales, comme matérielles, et dont la pertinence est relativement comprise par les patients.

-Les obstacles sont dus à une inter-ignorance parfois partagée entre les acteurs institutionnels, les soignés, sur l'information conforme à la prise en charge, ce qui rigidifie l'accès communicationnel, économique à la santé, tout en incitant la médecine traditionnelle.

-Les déficients visuels développent des rationalités quotidiennes en guise de méthode psycho-sociale et matérielle de survie au sein de leur cadre sociétal pour recouvrer une certaine cohésion relative et confiance en soi.

-Les effets sont d'ordre psycho social, exprimant la stigmatisation des déficients visuels, et dont une prise en charge rigoureuse nécessite une reconstruction sociale de la réalité qui repose sur le pragmatisme administratif, l'éducation des acteurs et la modernisation de la prise en charge.

La mise en commun des questions et hypothèses de recherche a mobilisé 03 théories. Substantiellement, les hypothèses ont été confirmées par les faits de terrain. A présent, présentons l'analyse qui démontre cette conformité.

1-En relation à la première hypothèse, le handicap visuel est une pathologie sociale. Il s'agit d'un défaut physique qui trouve des explications dans les représentations sociales des patients et acteurs connexes. En réalité, les argumentaires cliniques, d'accidents, ou bien innéistes expliquent comment la vue s'est contractée de manière progressive, voire de façon immédiate. De ce fait, il est constaté comment les acteurs ont élaboré des schèmes de pensée afin de rendre audible les déficiences visuelles qui sont acquises. Acquises parce que la constatation de déficience est clinique, or ce n'est qu'à l'état présentiel que la cécité est constatée. Pour les informateurs, on naît aussi aveugle. L'Etat aménage des efforts normatifs, infrastructurelles, techniques pour une prise en charge consistante. En plus, il implique toute la collectivité humaine dans la prise en charge. Cependant, plus de la moitié des déficients contestent les efforts de l'administration centrale, parce qu'ils ne sont parfois pas informés. L'information dès lors, peut expliquer l'accès laborieux à la santé visuelle.

2-En parallèle à la deuxième hypothèse, il existe des obstacles à la santé ophtalmologique des déficients visuels à Yaoundé. De manière globale, l'inter-ignorance entre certains managers de santé et les handicapés est un frein. Si les premiers acteurs encadrent les handivisuels, ils ne maîtrisent pas toujours les textes liés à la prise en charge, et le capital informatif des déficients. Pendant que les seconds sont très souvent attentistes, ils développent une attitude à attendre que les choses se déroulent, pourtant leurs curiosités peuvent les aider. L'ignorance accroît les obstacles informatifs, économiques des déficients dans les centres de prise en charge, car les patients ne savent pas comment procéder pour bénéficier de l'exonération partielle ou totale. Seule la CNI ne suffit pas pour prétendre jouir d'une prise en charge « gratuite ». Dès lors, ils ont l'impression que les pratiques hospitalières à Yaoundé s'opposent radicalement aux facilités des cadres normatifs. De ce fait, chacun des acteurs estime que la représentation qu'il a de la prise en charge est conforme à la réalité.

3-A la mesure de la 3ème hypothèse, les handivisuels, de cécité acquise (à la naissance, au quotidien) continuent de cohabiter avec ou non les voyants. Cet état est appelé l'insertion ou la réinsertion. Il consiste en l'acquisition d'une confiance en soi, et d'une certaine autonomie. Ils (DV) ont besoin d'un appui matériel (cane, lunettes, téléphones, radio ...), humain (accompagnateurs). Aussi, les concernés font recours aux sens actifs comme l'ouïe (l'oreille), le touché (la peau). Ces paramètres relèvent des méthodes que chacun élabore pour aspirer à une certaine semi-autonomie, renforcer les liens sociaux. La réinsertion dans la société définit par les voyants nécessite une ethno méthode qui prend en compte tous les éléments sociaux pouvant permettre la survie de l'individu. Le sens de la cécité est polémique chez les voyants ainsi que les acteurs déficients. Dès lors, l'acteur doit demeurer au-dessus de la mêlée pour ne pas compromettre la ré/insertion qui est toujours en rapport aux voyants.

4-Corroborant la dernière hypothèse, la déficience visuelle en rapport à la santé génère des effets psychologiques et sociaux. Les deux dimensions sont consubstantielles. En effet, il existe des mécanismes élaborés par le langage (« handicapé, déficient, mal voyant, tu ne peux rien faire »...), ou bien par le matériel (« lunettes, béquille, poinçons, absence de braille »...) entre autres qui au fond véhiculent l'idée de différence, de dissemblance. Cette perception entraîne un étiquetage chez les victimes. Nonobstant, les acteurs déficients et les managers de santé formulent une opinion de reconstruction sociale de l'accès à la santé qui prenne en compte la modernité du plateau technique, l'éducation des populations [...] Le comble est que les propositions isolent la problématique de l'ignorance des connaissances sur la prise en charge. Les difficultés des acteurs se déploient en exhortation.

Compte tenu des difficultés auxquelles sont confrontées l'administration centrale, les cibles déficientes visuelles et le personnel de santé, de commun accord, les acteurs formulent des exhortations pour un bien être sanitaire au sens stricte du terme. C'est-à-dire que les politiques publiques et privées devraient reconstruire le secteur en veillant sur l'application et divulgation permanente et sereine de la norme, l'adaptation des édifices sanitaires aux besoins des HV, améliorer le plateau d'intervention technique, veiller sur le professionnalisme, éduquer inclusivement les populations sur les considérations du handicap. Ces conditions peuvent favoriser l'accès à la santé des patients.

En effet, ce sont là les carences récurrentes que les individus reproduisent pour améliorer les conditions. Cette démarcation ne saurait se confondre à une audite sociale pour servir de quoi de droit. Seulement, le sociologue se positionne comme intermédiaire entre le technocrate et les défis de la santé pour une aide à la prise de décision. Cette recherche a permis certaines découvertes qui façonnent notre position.

Cette analyse darde quelques découvertes socio-ophtalmologiques. D'après la convention, le handicap visuel, est toujours en relation à la médecine. Cette restriction est parfois prolongée par les parents qui dans la minorité, doutent souvent de la description mal voyante de quelques enfants. La décision de l'ophtalmologue n'est cependant pas « *l'argument d'autorité* » dans la mesure où le phénomène de « *faux déficients visuels* » prospère officiellement et officieusement dans les espaces de santé et les rues de Yaoundé.

L'autre constat est que, l'explication congénitale de la déficience ne résiste pas à la preuve des faits dans la mesure où c'est après examen scientifique que la déficience est établie. Aussi, on est mal voyant ou aveugle parce qu'on voit peu ou pas, or, comment voit-on au sein d'une grossesse ? De ce point de vue, on devient déficient, la déficience n'est pas socialement congénitale.

De l'insertion ou de la réinsertion des HV, elle est une priorité pour eux, l'institution et la communauté. C'est une adaptation qui nécessite un accompagnement social et matériel. Ce sont des formes de soutien interdépendants qui favorisent son autonomie minimale. Le handicap est un manque, et la vue est focale dans l'identification ou « *le marquage* ». Son absence rend plutôt dépendant le HV dans certaines circonstances qui impliquent le voyant.

Parmi les causes liées à l'accès laborieux à la santé ophtalmologique des patients, il y'a le problème du déficit de connaissance dans le domaine ophtalmologique. En réalité,

plusieurs des HV y compris les managers et les populations ne maîtrisent pas toujours les propriétés et les caractéristiques de la norme sanitaire, surtout les textes particuliers. Chez certains, la norme échappe, chez d'autres, les détails singulièrement applicables font défauts. Cette ignorance de connaissance fabrique chez eux une représentation sociale mélancolique de la santé visuelle. Ce qui n'est pas radicalement approximatif. C'est de manière attendue que se fécondent les effets de stigmatisation mécanisés qui affectent le psychique et le social des cibles.

En contre bas de ce qui précède, « *l'ignorance satisfaisante* » qui exprime un état de connaissance suffisant chez les normaux et les déficients est un obstacle. L'état de représentation sociale des acteurs ne correspond pas encore à la réalité. L'accès à la santé ophtalmologique serait normal, autant que la représentation sociale serait par la connaissance réelle et fondée. Quelques limites ont éprouvé cette recherche.

Chez Gaston BACHELARD, il existe toujours ce qui vient se placer entre le désir de connaître du chercheur et son objet d'observation. L'obstacle épistémologique est au sein de la science, et quelque fois, il s'est érigé en limite de ce travail. Trois principaux obstacles ont manœuvré le chercheur auxquels la compensation du temps.

La compensation, en termes de dédommagement du temps occupé par l'informateur en entretien individuel était exigible auprès de certains informateurs. Les DV sont sollicités par plusieurs études à Yaoundé. Il se pourrait que plusieurs des prédécesseurs chercheurs avaient réalisé des recherches et projets de développement sur la catégorie de HV. Ensuite, ils ont fait des engagements de motivation post études. Ces promesses d'ordre économique et matériel n'ayant pas abouti, dès lors, les HV se sont sentis offensés au point de devenir réticents aux demandes d'informations. Ainsi, dans certains Centres il est demandé au chercheur de motiver économiquement les jeunes informateurs pour compenser le temps de collecte d'informations. Le montant de dépannage est exigible, car la dépense moyenne est de 500Frcfa par entretenu. Ce qui permet aux informateurs d'être flattés. Le dédommagement disculpe les rumeurs qui très souvent traitent des dirigeants des Centres de personnalités détrousseuses des commissions d'informateurs. Reconnaissons dans ce cadre qu'aucun administrateur n'a rien demandé pour-soi, sauf qu'il fallait motiver (en fin d'entretien) à main propre les jeunes informateurs disponibles à répondre au chercheur.

De même, certains HV indépendants des Centres ont parfois demandé la compensation du temps en fin d'audition. Généralement pris de coup, le chercheur devait toujours répondre

aux doléances dans un contexte où le budget des déplacements était d'abord trop restreint. Il a fallu parfois prendre du temps pour descendre au terrain en toute quiétude économique pour favoriser les rapports informationnels. Cette forme de contrat social à l'allure corruptive pourrait enfreindre ce travail si jamais les acteurs répondaient en attente d'un « *contre don* » ; car des réponses ne seraient guidées par l'implication de l'interviewé privilégié, mais par des avantages économiques aussi succincts qu'ils soient. Toutefois, le « *recul réflexif* » permettait de nous rassurer que la sociologie de la santé soit au-dessus des divergences d'émotions en relançant parfois les mêmes questions. L'autre difficulté est l'indisponibilité des enquêtés.

L'indisponibilité et le renvoi intempestif des rencontres. En effet, nous avons établi une liste de personnes à interroger à partir d'une méthode systématique (classement systématique). Il se trouve que plusieurs informateurs ne répondaient pas à temps, et surtout renvoyaient les rendez-vous alors que nous étions déjà dans les locaux d'enquête. La culture d'anticipation et de prévision n'est pas toujours acquise par tous. Ces renvois intempestifs n'ont pas toutefois favorisés les déplacements et les programmations des rencontres qui s'entremêlaient. Il fallait parfois réagir à l'improviste pour ne pas qu'un enquêté s'auto-disqualifie. Compte tenu de notre pression sur les informateurs, les renvois sont susceptibles d'avoir introduit les biais parce que l'informateur saurait répondre pour se débarrasser du chercheur, et non exprimer des convictions nécessaires à la science. Ces attitudes normales de renvois des entretiens ont permis de rappeler constamment l'enjeu de la recherche et sa finalité pour qu'ils aient conscience de leur contribution à l'étude de sociologie. C'est là probablement une mesure de contournement des biais, car, les interpellés ressentent leur implication dans la recherche. La gestion administrative des requêtes a été aussi un labeur.

L'administration bureautique chargée de traiter nos différentes demandes d'informations a répondu de manière non expéditive. Il fallait suivre des mois les réclames d'informations qui étaient parfois réintroduites. L'indisponibilité des responsables de directions idoines auxquelles la demande est cotée, étaient parfois en déplacement. Parfois, c'était la surcharge de l'administrateur qui ne saurait recevoir à de brefs délais. Par ailleurs, la demande introduite devait voyager pour être traitée autre part où se trouve le responsable. De même, à des niveaux, c'est l'argument de « *priorité absolue* » qu'il fallait traiter avant d'en venir sur les requêtes d'étude. L'aboutissement de certaines d'entre elles s'est fait dans le temps. L'obtention de la clairance éthique n'a pas du coup donné accès à des administrations. Finalement, nous avons pu travailler avec quelques-unes (administrations) qui ont accordé un avis favorable.

Le souci est la rectitude de certaines informations livrées par les gestionnaires. Plusieurs d'entre eux étaient au courant de la présence du chercheur dans leur service. La longue temporalité prise avant de répondre aurait contribué à la remise à niveau informationnel du dirigeant afin de répondre. Cette attitude modifie le comportement des données de l'informateur en traduisant la sensation de libérer le chercheur. Néanmoins, le renseignement autour des personnes du service en question, la lecture des textes, et l'explication de l'intérêt de la recherche ont certainement contribué à limiter les biais au cours de ces entretiens.

Sans prétendre que nous avons réalisé « *un test empirique* » infaillible, les faiblesses de ce travail seraient « *d'expérience première* », de la « *connaissance première* » ou « *d'obstacle verbal* » (Gaston BACHELARD). Nous le soumettons à une « *réfutabilité* » poppérienne qui saura mieux nous façonner dans le sens scientifique. Quelles nouvelles pistes d'ouverture suppose ce sujet ?

Durant cette recherche, les cadres d'administration et les managers des Centres pour handicapés ont soulevé un phénomène marginal à la gestion du handicap visuel au Cameroun. L'Article 43 de la loi 2010 portant sur la pénalité des antis valeurs à propos des avantages exclusivement pour handicapés, n'influence plus assez les « *normaux* » au point de s'établir des CMS, les CNI. Lorsque les personnes voyantes s'arrogent des avantages des déficients visuels, logiquement le sociologue doit s'interroger. Comment comprendre l'appropriation des prérogatives du déficient visuel par les acteurs normaux ? Quelles sont les réseaux sociaux qui favorisent l'émergence de la marginalité sociale des déficients visuels ? Telles peuvent être des questions d'une nouvelle piste de recherche dont l'objectif serait de saisir les trajectoires officielles et officieuses qui obstruent l'intégration sanitaire des déficients visuels dans une société qui semble maîtriser la démographie handicapée, sans toutefois convenablement ceindre leur besoin sanitaire.

BIBLIOGRAPHIE

1-Ouvrages généraux

- **ALBARELLO, Luc**, *Apprendre à chercher*, De Boeck, Bruxelles, 1999.
- **BERGER, Peter, and LUCKMANN, Thomas**, *The social construction of reality; a treaty of a sociology of knowledge*, Paris, Armand Colin, 1977.
- BERTAUX, Daniel**, *Le récit de vie*, Paris, Armand colin (4ème édition), 2016.
- **BOURDIEU, Pierre, CHAMBOREDON, Jean-Claude et PASSERON, Jean-Claude**, *Le métier de sociologie*, Paris, Mouton, 1973.
- COMBESSIE, Jean-Claude**, *La méthode en sociologie*, Paris, Repères, La découvertes, 2007.
- ELIAS, Norbert**, *Qu'est-ce-que la sociologie ?*, Paris, L'aube, 1991.
- EVERETT CARRINGTON, Hughes**, *Le regard sociologique, Essais choisis*, Paris, Ecole des Hautes Etude en Sciences Sociales, 1997.
- GOFFMAN, Erving**, *Stigmates. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Minuit, 1975 (Tradfrc, 1 rc éd. 1963).
- **QUIVY, Raymond et CAMPENHOUNDT, Luc Van**, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 1995.

2-Ouvrages spécialisés

- AERTS, Ann, et NEVELSTEEN, Dorine**, *Soins de plaies*, Paris, Deboeck, 1998.
- **ASSOGBA, Yao**, *La raison démasquée, sociologie de l'acteur et recherche sociale en Afrique*, Québec, PUL, 2007.
- BONNET, Doris**, *Repenser l'hérédité*, Paris, Archives Contemporaines, 2009.
- BOURDIEU, Pierre**,
 - a) *Questions de sociologie*, Paris, Minuit, 1980.

b) *Le sens pratique*, Paris, Minuit, 1980.

c) *La noblesse d'État*, Paris, Minuit, 1989.

- **COULON, Alain**, *L'ethnométhodologie*, Paris, PUF, 1987.

-**DIDEROT, Denis**, *Lettre sur les aveugles à l'usage de ceux qui voient*, Paris, Gallimard folio, 2004.

- **DURKHEIM, Émile**, *Les Formes élémentaires de la vie religieuse : le système totémique en Australia*, Paris, F. Alcan, 1912.

-**GUYLHEME PERODEAU et COTE, Denise**, *Le virage ambulatoire : défis et enjeux*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2002.

-**HARTMUNT, Rosa**, *Accélération, une critique sociale du temps*, Paris, La Découverte, 2010.

-**HERZLICH, Claudine**, *Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale*, Paris, Mouton la Haye, 1969.

- **JODELET, Denise**, *Les représentations sociales*, Paris, PUF, 1997.

-**LANTIER, Nicole, VERILLON, Alette**, *Enfants handicapés à l'école: des instituteurs parlent de leurs pratiques*, (11ème collection) INRP, Paris, Harmattan, 1994.

-**MENDRAS, Henri et VERRET, Michel**, *Les champs de la sociologie française*, Paris, Armand Colin, 1988.

-**PETITAT, André**, *Secret et formes sociales*, Paris, PUF, 1998.

3-Articles scientifiques

-**ABDMOULEH, Ridha**, « Construction sociale de la maladie et rapport aux médecines. Une approche dynamique et intégratrice », in *Revue algérienne d'Anthropologie et de sciences sociales*, n°38, 2007. Disponible sur : <https://journals.openedition.org/insaniyat/3239>.

-**ARIQUE DURABLE 2030**, « Une revue d'Africa 21 sur la mise en œuvre de l'agenda 2030 de développement durable en Afrique et une plate-forme d'échanges entre praticiens et chercheurs du sud et du nord », n°06, *Minorités en Afrique et Agenda 2030*, 2018-2019, p. 54.

AUZEMERY, Alain et NEGREL, André Dominique, « Cécité et baisses de vision au sud du Sahara, un problème de santé publique », in Organisation pour la prévention de la cécité, Paris, Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, 2002, résumé. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/10104/figures/cecite-et-baisses-de-vision-au-sud-du-sahara-un-pr#:~:text=L%27Afrique%20subsaharienne%20paie%20un,de%20malvoyants%20à%2024%20millions>. Consulté le 07/12/2020/16h/31min/Ciber.

-BLATGE, Marion, « Apprendre le handicap visuel. La prise en charge de personnes déficientes visuelles par des institutions spécialisées », in Bulletin amades, anthropologie médicale appliquée au développement à la santé, n°83/2011. (En ligne <https://journals.openedition.org/amades/>) consulté le 13/11/2020/15h 31 min/ Ciber.

-BOUDON, Raymond, « individualisme ou holisme : un débat méthodologique fondamental », in Henri MENDRAS et Michel VERRET, *Les champs de la sociologie française*, Paris, Armand Colin, 1988, p.32. (pp.31-45).

-CARNEVALI, Barbara, « Aisthesis et estime sociale. Simmel et la dimension esthétique de la reconnaissance », in Revue Terrains et Théories, disponible sur : <https://doi.org/10.4000/teth.686.4> | 2016 Consulté le 02/12/2020/14h/06min/Ciber.

-CHAPOULIE Jean-Michel, « EVERETT CHERRINGTON, Hughes, et le développement du travail de terrain en sociologie », in Revue française de sociologie, Vol. 25, n°. 4 (Oct. - Dec., 1984), pp. 582-608 (27 pages), 1984. (Published By: Sciences Po University Press, <https://www.jstor.org/stable/3321824>).

-COQUERY-VIDROVITCH, Catherine, « De la ville en Afrique noire », in Annales Histoire, Sciences Sociales 2006/5 (61e année), pp.1087 -1119 (<https://www.cairn.info/revue-annales-2006-5-page-1087.htm#no93>, consulté le 14/07/2021/15h/27 min, cyber.)

-FEUDJIO, Yves, « Comprendre autrement la ville africaine », in urban knowledge cities of the south. Network Association of European researchers on urbanization in the south (November2010).Disponiblesur:<https://www.bibsonomy.org/bibtex/21f5f977a6d66f43755c414e4b18a676d/lakostephane>.Consulté le 14/07/2021/15h/34 min.

-LOCOH, Thérèse, «structures familiales et évolutions de la fécondité dans des pays à fécondité intermédiaire d’Afrique de l’ouest », in bulletin démographique des nations unies, n° 48/49, (p. 177), 2002, pp 177- 192.

-RAMEL, Frédéric, « Marcel Mauss et l’étude des relations internationales : Un héritage oublié », in Sociologie et société, Volume 36, n° 2, Automne 2004, pp. 227–245.Disponible sur <https://www.erudit.org/fr/revues/socsoc/2004>. Consulté le 26/04/2021/17h/04min/Ciber. (Mauss, 1969b, p. 233).

-SALEM, Gérard et FOURNET, Florence, « CONFÉRENCE INTRODUCTIVE, Villes africaines et santé : repères et enjeux. UR Populations et espaces à risques sanitaires », (IRD), 21, rue de l'Ecole de Médecine, 75006, Paris, France. Manuscrit n°DK/72. 6ème congrès international francophone de médecine tropicale "Santé et urbanisation en Afrique"(Dakar, octobre 2001). Accepté le 25 mars 2003, In Bull Soc Pathol Exot, 2003, n°96, 3, pp. 145-148.Disponible sur : <http://horizon.documentation.ird.fr> ».

-Sociologie et sociétés, vol. Xliv, n° 2, automne 2012, pp. 143-164.

4-Thèses

-AMOR NDJABO, Monique, L’expérience de l’incapacité motrice à Yaoundé, Cameroun : une analyse des perturbations biographiques, Thèse de doctorat PhD en sociologie du développement, Université Catholique d’Afrique Centrale, 2018.

- BLATGE, Marion, Apprendre le handicap visuel. La prise en charge de personnes déficientes visuelles par des institutions spécialisées, Thèse de doctorat PhD de sociologie, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, 2009.

- BUSSIÈRE, Clémence, Recours aux soins de santé primaire des personnes en situation de handicap : analyses économiques à partir des données de l’enquête Handicap-Santé, Thèse de doctorat en santé publique, Université PARIS-SACLAY, 2016.

- LIBALI, Benoît, Comportements reproductifs en République du Congo : permanences et changements. Pour une approche contextuelle et dynamique de la fécondité, thèse de Doctorat PhD en Sociologie-Démographie, Université de Bourgogne, 2015.

5-Mémoires

- **DEMAIN, Olivia**, Vivre le handicap au Cameroun, Mémoire présenté en vue de l'obtention du Master professionnel 2ème année en Déficiences et activités physiques adaptées, Université Marc Bloch de Strasbourg, 2007. Disponible sur : <https://www.rfi.fr/fr/emission/20190216-afrique-jeunes-africains-situation-handicap-pauvrete-education-integration21/09/2020/18h/07min/Ciber>.

-**GARATTO, GIULIA**, Handicap visuel et société: quelles méthodes et éditions adaptées pour la scolarisation et l'intégration sociale, Mémoire de Master 1 professionnel, Université de Limoges, 2013.

6-Dictionnaires et lexique scientifiques

- **AKOUN, André et ANSART, Pierre**, Dictionnaire de sociologie, Paris, Le Robert/Seuil, 1999.

-**ALPES, Yves, et al**, Lexique de sociologie, Paris, Dalloz, 2ème édition, 2007.

- **BOUDON, Raymond et BOURRICAUD, François**, Dictionnaire critique de la sociologie, Paris, PUF, 1986, 2° éd.

-**QUEVAUVILLIERS, Jacques**, Dictionnaire médical de poche, Paris, Elsevier Masson, 2007.

7-Presses

-**Cameroon tribune**, Lutte contre la cécité : un mois de dépistage gratuit. <https://www.cameroon-tribune.cm/article.html/35597/fr.html/lutte-contre-la-cecite-un-mois-de-depistage-gratuit/09/10/2020/13h/14min/> consulté le 07/12/2020/Ciber.

-**REPERES**, Le Cameroun en 100 repères, n°900, 21/09/2020. p. 1.

8-Décret et Loi du Cameroun

-Décret n°2007/383 du 18 juillet 2017, portant organisation du Ministère des Affaires Sociales.

-Décret n° 2018/6233 /pm du 26 juillet 2018, fixant les modalités d'application de la loi n° 2010/002, du 13 avril 2010 portant protection et promotion des, personnes handicapées.

- Loi n°2010 / 002 du 13 avril 2010, portant protection et promotion des personnes handicapées.

9-Rapport d'étude

- **FOPA, Jean Pierre**, Mythes et conceptions sur le handicap en Afrique Centrale. Communication au Séminaire sous régional de «Formation et de plaidoyer sur la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées et son Protocole facultatif », Yaoundé, Cameroun, 23 - 25 novembre 2010.

- **Amnesty International**, Document de campagne cinq faits à savoir sur l'albinisme au Malawi, 1er décembre 2016. Disponible sur :

<https://www.amnesty.org/fr/latest/campaigns/2016/12/5-facts-about-albinism-in-malawi/23/09/2020/13h/21min/Ciber>.

-**Ministère des Affaires Sociales et al** (2010), Rapport du séminaire sous-régional de formation et de plaidoyer sur la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées et son Protocole facultatif, Yaoundé, Cameroun du 23-25 novembre 2010.

- **MVODO, Victor Stéphane**, Le handicap comme risque de faible recours aux soins de santé au Cameroun, démographie, Rapport d'activité, MINEPAT, Cameroun. Disponible sur : <https://uaps2015.princeton.edu/papers/150257/21/09/2020/17h/47min/Ciber>, p. 2.

-**Organisation Mondiale de la Santé**, Projet de plan d'action mondiale de l'OMS relatif au handicap 2014-2021, un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées, Organisation Mondiale de la Santé, 2016.

- **TRAORE, Ismaël et NDIAYE, Diara**, in Radio France Internationale, Titre de l'émission : Le combat des jeunes Africains en situation de handicap, Audio 48 min:30 s, Publié le : 14/02/2019/17min:28s/disponible sur : <https://www.rfi.fr/fr/emission/20190216-afrique-jeunes-africains-situation-handicap-pauvrete-education-integration>21/09/2020/18h/07min/Ciber.

SITBON, Audrey, Déficiences visuelles et rapport à la santé, Résultats d'une étude qualitative, Rapport d'étude médicale, INPES, institut national de prévention et d'éducation pour la santé, disponible sur [https://www.firah.org/notice/175/deficiences-visuelles-et-](https://www.firah.org/notice/175/deficiences-visuelles-et)

rapport-a-la-sante-resultats-d-une-etude-qualitative.html,consulté le 02/12/2020/13h/41min/Ciber, p. 14.

10-Webographie

-**ADHANOM GHEBREYESUS, Tedros** communication de presse OMS du 08/10/2019/Génève, <https://www.who.int/fr/news/item/08-10-2019-who-launches-first-world-report-on-vision?> Consulté le 07/12/2020/17h/36min/Ciber.

-**CHAMBAUD, Laurent**, Accès aux soins : Eléments de cadrage, inRegards 2018/1, n° 53, pp.19-28.On line: <https://www.cairn.info/revue-regards-2018-1-page-19.htm>. Consulter le 27/05/2021/12h/20 min/Ciber.

-**OMS**,<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>,30/11/2020/16h/33min/Ciber.

-<http://www.bucrep.cm/index.php/fr/recensements/3eme-rgph/20-3eme-rgph/presentation/16/09/2020/16h/20min/Ciber>. En 1976, le Cameroun comptait 7 663 246 habitants ; en 1987, la population était de 10 493 655 habitants. En 2005, les résultats définitifs du 3ème RGPH indiquaient 17 463/17/09/2020/17h/55 min/Ciber.

-<http://www.bucrep.cm/index.php/en/home/47-3eme-rgph/volume-ii--analyses-thematiques/137-resume-situation-socioeconomique-des-personnes-vivant-avec-un-handicap#:~:text=Le%20milieu%20rural%20a%20un,7%25%20dans%20la%20population%20rurale.17/09/2020/17h/49min/Ciber>.

-<http://www.bucrep.cm/index.php/fr/recensements/3eme-rgph/20-3eme-rgph/presentation/16/09/2020/16h/20min/Ciber>.

-<https://www.google.com/search?client=opera&q=le+braile&sourceid=opera&ie=UTF-8&oe=UTF-8>, consulté le 15/04/2021/Cyber.

-<https://www.bibsonomy.org/bibtex/21f5f977a6d66f43755c414e4b18a676d/lakostephane>. Consulté le 14/07/2021/15h/34 min.

ANNEXES

Annexe I : Guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN N°1 (Destiné aux déficients visuels)

Sujet : Handicapés visuels et accès aux soins ophtalmologiques dans la ville de Yaoundé

Dans le cadre des études du cycle de Master académique, il est une exigence de rédiger à partir d'un sujet de recherche un mémoire en sociologie du développement, option santé. C'est dans cet élan que votre profil en rapport au handicap visuel à Yaoundé adhère à cette initiative. Ainsi, vous êtes invité (e) à répondre aux questions qui sont liées à votre statut. Vos informations ne seront être exploitées autrement que pour les besoins de la science, de même que votre identité ne sera pas dévoilée. Merci de votre coopération.

Identification de l'interlocuteur

-Qualité de l'informateur

I-thèmes

***Organisation de la prise en charge**

Questions

*Quelles mesures normative, administrative et technique emploient l'Etat et la société civile pour vous soutenir ?

*Votre appréciation à propos de leur contribution.

*Racontez-nous la survenue de votre handicap.

***Rapport difficile à la santé et imaginaires sociologiques**

*Quelles sont les causes qui limitent l'accès à la santé ?

*Le droit d'exonération est-il appliqué ?

*Quel capital dispose la relation à l'ophtalmologue ?

*La responsabilité des déficients.

*Faites-nous part de vos trajectoires médicales en parallèle.

***La réinsertion**

*Qui et comment vous aide-t-on à devenir autonome ?

*En réhabilitation/rééducation, quels matériels sont nécessaires à votre autonomie ?

*Racontez au choix, votre quotidien avec ce handicap.

***Les effets**

* Conséquences psychologique et sociale sur la conception des Handicapés Visuels en société camerounaise.

*Votre réaction à propos de votre déficience.

***La réforme**

*Comment reconstruire les conceptions psychologiques infortunées sur les Handicapés Visuels.

*Quels efforts l'administration doit-elle aménager pour améliorer l'accès à la santé des populations déficientes visuelles.

Annexe II : Guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN N°2 (Destiné à l'ophtalmologue)

Sujet : Sujet : Handicapés visuels et accès aux soins ophtalmologiques dans la ville de Yaoundé

Dans le cadre des études du cycle de Master académique, il est une exigence de rédiger à partir d'un sujet de recherche un mémoire en sociologie du développement, option santé. C'est dans cet élan que votre profil en rapport au handicap visuel à Yaoundé adhère à cette initiative. Ainsi, vous êtes invité (e) à répondre aux questions qui sont liées à votre statut. Vos informations ne seront être exploitées autrement que pour les besoins de la science, de même que votre identité ne sera pas dévoilée. Merci de votre coopération.

Identification de l'interlocuteur

-Qualité de l'informateur

I-thèmes

***Organisation de la prise en charge**

Questions

*Quelle réponse apportez-vous au phénomène de déficience visuel ?

***Rapport difficile à la santé et imaginaires sociologiques**

*Quelles sont les causes qui compliquent un accès aisé à la santé ophtalmologique des Handicapés Visuels ?

*La fonction des normes et professionnels de santé

*La responsabilité des déficients.

***La réinsertion**

*Quelles dispositions sont aménagées par l'Etat et le Ministère de la santé ?

*Comment socialiser un Déficient Visuel pour une autonomie sociale ?

*Votre considération des déficients visuels Camerounais.

***Les effets**

* Conséquences psychologiques sur la conception des Handicapés Visuels en société camerounaise

*Relation professionnelle, maritale entre voyant et non voyant.

***La réforme**

*Comment reconstruire les conceptions psychologiques infortunées sur les Handicapés Visuels.

*Quels efforts l'administration doit-elle aménager pour améliorer l'accès à la santé des populations déficientes visuelles.

Annexe III : Guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN N°3 (Destiné aux responsables du MINAS)

Sujet : Sujet : Handicapés visuels et accès aux soins ophtalmologiques dans la ville de Yaoundé

Dans le cadre des études du cycle de Master académique, il est une exigence de rédiger à partir d'un sujet de recherche un mémoire en sociologie du développement, option santé. C'est dans cet élan que votre profil en rapport au handicap visuel à Yaoundé adhère à cette initiative. Ainsi, vous êtes invité (e) à répondre aux questions qui sont liées à votre statut. Vos informations ne seront être exploitées autrement que pour les besoins de la science, de même que votre identité ne sera pas dévoilée. Merci de votre coopération.

Identification de l'interlocuteur

-Qualité de l'informateur

I-thèmes

***Organisation de la prise en charge**

Questions

*Chargé de la promotion du handicap, en quoi consiste votre activité?

*Quels types de déficients visuels recevez-vous ?

***Rapport difficile à la santé et imaginaires sociologiques**

*Quelles sont les causes qui limitent l'accès à la santé ?

*Que veut dire : « la gratuité de la CNI » ?

*Pourquoi l'exonération est d'application relative ?

*Pourquoi le braille demeure inaccessible dans l'usage des normes de santé ?

***La réinsertion**

*Comment autonomisez-vous-même en partie les déficients visuels ?

*En réhabilitation/rééducation, quels matériels sont nécessaires à leur autonomie, et à quelles conditions ?

***Les effets**

* Conséquences psychologique et sociale sur la conception des Handicapés Visuels en société camerounaise.

***La réforme**

*Comment reconstruire les conceptions psychologiques infortunées sur les Handicapés Visuels.

*Quels efforts les managers doivent-ils aménager pour améliorer l'accès à la santé des populations déficientes visuelles.

Annexe IV : Guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN N°4 (Destiné au psychologue)

Sujet : Sujet : Handicapés visuels et accès aux soins ophtalmologiques dans la ville de Yaoundé

Dans le cadre des études du cycle de Master académique, il est une exigence de rédiger à partir d'un sujet de recherche un mémoire en sociologie du développement, option santé. C'est dans cet élan que votre profil en rapport au handicap visuel à Yaoundé adhère à cette initiative. Ainsi, vous êtes invité (e) à répondre aux questions qui sont liées à votre statut. Vos informations ne seront être exploitées autrement que pour les besoins de la science, de même que votre identité ne sera pas dévoilée. Merci de votre coopération.

Identification de l'interlocuteur

-Qualité de l'informateur

I-thèmes

***Organisation de la prise en charge**

Questions

*Quelle réponse apportez-vous au phénomène de déficience visuel ?

***Rapport difficile à la santé et imaginaires sociologiques**

*Quelles sont les causes qui compliquent un accès aisé à la santé ophtalmologique des Handicapés Visuels ?

*La fonction des normes et professionnels de santé.

*La responsabilité des déficients.

***La réinsertion**

*Quelles dispositions sont aménagées par l'État et le Ministère de la santé ?

*Comment socialiser un Déficient Visuel pour une partielle autonomie sociale ?

*Votre considération des déficients visuels Camerounais.

***Les effets**

* Conséquences psychologiques sur la conception des Handicapés Visuels en société camerounaise

*Relation professionnelle, maritale entre voyant et non voyant et voyant

***La réforme**

*Comment reconstruire les conceptions psychologiques infortunées sur les Handicapés Visuels.

*Quels efforts l'administration doit-elle aménager pour améliorer l'accès à la santé des populations déficientes visuelles ?

Annexe V : Liste des interviewés

Tableau 3:Tableau des personnes interviewées.

MODALITES							
Nom	Sexe (M/F)	Déficiance	Quartier	Statut	Lieu d'entretien	Date d'entretien	Total
1-Franck	M	NV	Kondengui	Débrouillard- Concubinage	A domicile	07/01/2021	
2-Bruno	M	NV	Ekounou	Athlète- Concubinage	A domicile	07/01/2021	
3-Bolingo	M	NV	Obili	Elève	A domicile	07/01/2021.	
4-Viviane	F	MV	Ngoa-Ekélé	Etudiante	A domicile.	22/01/2021	
5-Honorine	F	MV	Melen	Ménagère	A domicile	25/01/2021.	
6-Yvan	M	NV	Nkolndongo	Débrouillard- Célibataire	Pont de la gare	27/01/2021	
7-Jérôme	M	MV	Ekounou	Elève	A domicile	30/01/2021	
8-Destin	M	VOYANT	Etoug-Ebé	Psychologue	Centre- CNRPH	18/03/2021	
9-Petit	M	NV	Ngoa-Ekélé	Etudiant	Campus- UYI	10/03/2021	
10-Lolo	F	MV	Ngoa-Ekélé	Etudiant	Campus- UYI	26/03/2021	
11-Kelly	F	NV	Etoug-Ebé	Enseignante	Ecole - CNRPH	13/03/2021	
12-Yvonne	F	MV	Ekie	Employée	Ekié-Club	26/03/2021.	
13-Gaël	M	NV	Etoug-ébé	Elève	Ecole- CNRPH	18/03/2021	
14-Monange	F	VOYANT E	Etoug-ébé	PS/Chirurgie ne	Hôpital- CNRPH	12/03/2021	
15-Brenda	F	NV	Ekie	Employée	CJARC	13/03/2021	
16-Coco	M	NV	Ekie	Directeur du	CJARC	27/03/2021	

Bertin				CJARC			
17-Armelle	F	NV	Mimboman	Employée	Mimboman	17/03/2021	
18-Boris	M	NV	Ngoa-Ekellé	Etudiant	Campus-UYI	25/01/2021	
19-Annie	F	NV	Ngoa-Ekélé	Etudiante	A domicile	25/01/2021	
20-Marie	F	NV	Ngoa-Ekélé	Etudiante	A domicile	25/01/2021	
21-Daddy	M	NV	Ekie	Elève	CJARC	27/03/2021	
22-Vanina	F	NV	Ekie	Elève	CJARC	27/03/2021	
23-Jorelle	F	NV	Ekie	Elève	CJARC	27/03/2021	
24-Apolinaire	M	NV	Marché du Mfoundi	Débrouillard	Marché du Mfoundi	25/01/2021	
25-Laurent	M	NV	Marché du Mfoundi	Débrouillard-concubinage	Marché du Mfoundi	18/01/2021	
26-Simon	M	NV	Poste-Centrale	Débrouillard-concubinage	Poste-Centrale	07/01/2021	
27-Jojo	M	NV	Poste-Centrale	Débrouillard	Poste-Centrale	13/03/2021	
28-Dashy	F	NV	Poste-Centrale	Débrouillard	Poste-Centrale	18/03/2021	
29-Angel	F	VOYANT	Quartier administratif	Employé	Bureau	10/05/2021.	
30-Yvanna	F	VOYANT	Quartier administratif	Sous-directeur	Bureau	10/05/2021.	
31-Michelle	F	VOYANT E	BINGO HOSPITAL NSIMEYO NG	Ophtalmologue-strabisme	Bureau	19/05/2021.	
32-Laure	F	Voyante	Centre Pasteur	Responsable de Direction	Bureau	26/05/2021	
33-Axel	M	NV	Ngoa-Ekellé	Etudiant	Campus-UYI	27/05/2021	

34-Calvin	M	NV	Ministère des Affaires Sociales	Débrouillard	Salon d'attente	27/05/2021	
Nombre par catégorie d'intervenants		NV : 23	MV : 05	Voyants : 06			34
Nombre par sexe		Hommes : 16	Femmes : 18				34

Annexe VI : Établissement du Certificat Médical Spécial

Les modalités pour établir et délivrer un CMS²⁹⁷

Article 2.-(1) Le certificat Médical Spécial est un document officiel délivré exclusivement aux personnes handicapées et indiquant l'origine du handicap, la nature de la déficience, le taux d'Incapacité Potentielle Permanant y afférent et les perspectives d'évolution de la déficience.

(2) Le Certificat Médical Spécial est gratuit.

Article 3.-Le Certificat Médical Spécial est établi sur une feuille de papier de couleur blanche, de format A4, imprimée au recto.

La suite des articles 4 (1) et 5 décrivent la texture et l'image Du CMS.

Article 6.-Le Certificat Médical Spécial est délivré à toute personne de nationalité camerounaise ou étrangère qui en fait la demande.

Article 8.-Le formulaire de Certificat Médical Spécial est dûment renseigné et délivré par un médecin généraliste de l'administration publique régulièrement inscrit à l'Ordre National des Médecins qui oriente, le cas échéant, le demandeur vers un spécialiste en (...) ophtalmologie pour les déficiences visuelles. Ceci est joint par le certificat d'invalidité pour la déficience physique/motrice.

²⁹⁷ MINAS et al, Recueil des textes juridiques relatifs à la promotion et la protection des droits des personnes handicapées au Cameroun, (Arrêté conjoint n° 0001/MINSANTE/MINAS du 13 aout 2018 fixant les modalités d'établissement et de délivrance du certificat médical spécial), MINAS, Yaoundé 2018, pp. 44-47.

Annexe VII : Établissement de la Carte Nationale d'Invalidité

L'établissement de la CNI²⁹⁸

Article 1^{ER}.- (1) Le présent arrêté fixe les modalités d'établissement et de délivrance de la Carte Nationale d'Invalidité.

(2) La Carte Nationale d'Invalidité est octroyée aux personnes du handicap d'une personne et confère à celle-ci les avantages prévus par les lois et règlements en vigueur.

Article 2.-La carte Nationale d'Invalidité est octroyée aux personnes handicapées de nationalité camerounaise titulaires d'un certificat médical spécial mentionnant un taux d'Incapacité Potentiel Permanent (IPP) au moins égale à cinquante pour cent (50%).

Article 5.- : La production du dossier pour la demande de la CNI comprend :

- Une demande non timbrée ;
- Une copie de la Carte Nationale d'Identité ;
- Une copie de l'acte de naissance de l'intéressé, pour les mineurs, ainsi que celle de son père ou de sa mère, ou à défaut, celle du tuteur légal ou du responsable coutumier ;
- Un certificat médical d'invalidité ;
- deux (02) photographies numériques 4*4 ;
- Une photographie entière laissant apparaître le handicap, pour les personnes handicapées moteurs ;
- Un certificat de domicile
- Une pièce justificative de la profession, le cas échéant.

Ce dossier est déposé au Centre social, où réside, le concerné contre un récépissé. C'est dans le même centre qu'il sera retiré après la délivrance du Ministre/ou bien la délégation de pouvoir qui durera 03 mois (Article 08).

²⁹⁸ MINAS et al, Recueil des textes juridiques relatifs à la promotion et la protection des droits des personnes handicapées au Cameroun, Arrêté n° 017/MINAS du 14 août 2018 fixant les modalités d'établissement et de délivrance d'établissement et de délivrance de la carte Nationale d'Invalidité. MINAS, Yaoundé 2018, pp. 44-47.

Article 9.-La délivrance de la Carte Nationale d'Invalidité est gratuit.

Article 10.- (1) La durée de validité de la Carte Nationale d'Invalidité est fixée à deux (02) ans.

À l'expiration de la CNI, bien vouloir produire un nouveau CMS, un trimestre avant la date d'expiration.

Annexe VIII : LETTRES D'AUTORISATION DE RECHERCHE²⁹⁹

1-Attestation de recherche accordé par le département de sociologie



²⁹⁹ Dans ce sens, ce travail s'est nourri de plusieurs autorisations de recherche afin d'investiguer dans les normes. Nous avons mentionné ici uniquement les permissions dont les institutions nous ont permis d'avoir les souches.

2-Attestation de dépôt de la demande de clairance éthique au CRERSHC

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Républik - Repabli - Repabli
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
SECRETARIAT GENERAL
COMITE REGIONAL D'ETHIQUE DE LA
RECHERCHE POUR LA SANTE HUMAINE DU CENTRE
Tél : 222 21 20 87 677 84 48 88 677 75 73 30

REPUBLIC OF CAMEROON
Républik - Repabli - Repabli
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
SECRETARIAT GENERAL
CENTRE REGIONAL ETHICS COMMITTEE
FOR HUMAN HEALTH RESEARCH



ATTESTATION DE DEPOT DE PROTOCOLE DE RECHERCHE

Je soussigné M. MBIDA Hervé Stan, Secrétaire Technique du Comité Régional d'Éthique de la Recherche pour la Santé Humaine du Centre (CRERSHC) atteste avoir reçu la demande de clairance éthique pour le projet de recherche intitulé

Handicapés visuels et sourds par sans optique ni langage dans les hôpitaux de référence au Cameroun

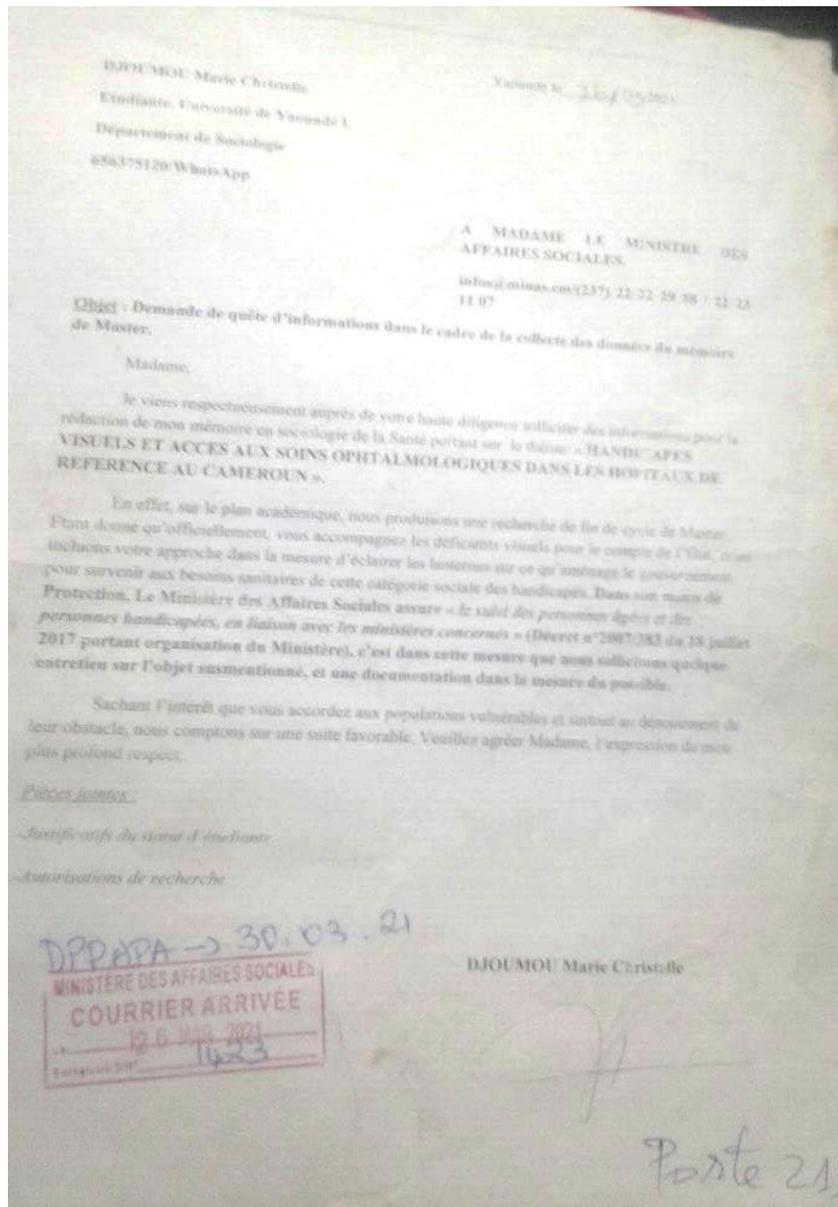
Soumis par M., Mme, Mlle *DJOMOU MARIE MARIE CHRISTELLE*

En foi de quoi la présente attestation est délivrée pour ce que de droit. **15 FEV 2021**

SECRETARE TECHNIQUE



3-Lettre de demande d'informations et autorisation de collecte au service DPPAPA du MINAS



4-Lettre de demande d'informations au CNRPH

Yaoundé le 24 Février 2021

DJOU MOU Marie-Christelle, 1463378

Chercheur-Etudiante au département de Sociologie UY1

Sociologie du Développement, option Santé.

Téléphone : 656375120/Whatsapp.

Carrefour TKC

LE 24 FEB 2021

A MONSIEUR LE DIRECTEUR/DU
Centre National de Réhabilitation
des Personnes Handicapées Cardinal
Paul-Émile LÉGER

Objet : Doléance pour deux catégories d'informateurs : Ophthalmologues et déficients visuels.

Monsieur,

Je viens auprès de votre haute responsabilité vous supplier de favoriser notre démarche scientifique de mémoire de M2 de Master, en nous accordant d'être informé par les informateurs mentionnés à l'objet.

Etudiante à l'Université de Yaoundé I, notre mémoire porte sur l'accès à la santé des handicapés visuels au Cameroun, dont votre structure correspond au site de collecte de données non compromettantes, dans la mesure de répondre à l'exigence académique. Ainsi se constitue le sens de cette doléance.

Sachant l'importance que vous accordez à toute analyse sanitaire avant de tirer les conclusions cliniques, et donc scientifique, je vous prie d'agréer l'expression de mes salutations distinguées.

Pièces jointes :

- Lettres administratives
- Attestation de recherche
- Protocole d'entretien individuel ou interactif
- Attestation de dépôt de protocole de recherche

DJOU MOU Marie-Christelle

5-Lettre d'acceptation de collecte d'information au CNRPH

CNRPH Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Cardinal Paul Emile LEGER
DIRECTION GÉNÉRALE
UNITE DE LA PLANIFICATION, DE LA COOPERATION
ET DE LA RECHERCHE

GENERAL DIRECTORATE
PLANNING, COOPERATION
AND RESEARCH UNIT

N°2021/182/J/CNRPH/DG/CPCR
Ref: VIL du 24 février 2021

Yaoundé, le 02 Mars 2021

**LE DIRECTEUR GENERAL
THE DIRECTOR GENERAL**
à/à
Madame DJOUMOU MAFO Marie Christèle,
Etudiante en Cycle de Master II au Département de Sociologie,
Option Population et Développement, Spécialité : Santé,
Faculté des Sciences de l'Education de l'Université de Yaoundé I
Tél : 656 37 51 20/Whatsapp

YAOUNDE

Objet : Accusé de réception -
Madame.

En accusant réception de votre correspondance dont la référence est reprise sous rubrique, et par laquelle, vous sollicitez mon accord, pour effectuer des recherches au Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Cardinal Paul Emile LEGER (CNRPH), en vue de la rédaction de votre Mémoire sur le thème : « Handicapés visuels et accès aux soins ophtalmologiques dans les hôpitaux de référence au Cameroun », et par conséquent, souhaitez la mise à disposition de deux catégories d'informateurs : les Ophtalmologues et les déficients visuels,

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance, que votre dossier a été l'objet de toute l'attention requise. Quant à l'objet de ma saisine, je marque mon accord, pour la réalisation de ladite activité.

Sur le plan pratique, vous voudrez bien prendre toutes les dispositions indiquées, pour vous acquitter au préalable des frais conventionnels de recherche académique, d'accompagnement et d'appui institutionnel, de cinq mille (5 000) F CFA par mois de recherche et par personne. Par ailleurs, à votre arrivée au Centre, vous devrez prendre l'attache de la Cellule de la Planification, de la Coopération et de la Recherche, au Bâtiment N°7, 1^{er} Porte, pour une meilleure organisation de votre séjour. Sur le plan technique, vos recherches seront faites sous la direction du Docteur NGO YAMBEN Marie Ange Clémentine, et le suivi de proximité assuré par Docteur MBOUMTOU Liliane épouse MBELE ONANA, Chef du Service de Soins Externes et des Examens Para Cliniques.

Sur le plan sanitaire, vous devrez produire l'original de votre examen diagnostic récent, à l'infection au nouveau Coronavirus ou Covid-19. Dans la même veine, durant tout votre séjour au Centre, vous devrez prendre toutes les dispositions indiquées, pour respecter les mesures-barrières de distanciation physique, de port permanent du masque de protection faciale, du lavage régulier des mains à l'eau courante et au savon ou encore, l'usage autant que de besoin, du gel hydroalcoolique.

A la fin des travaux, vous êtes formellement invité à déposer un exemplaire validé de votre Mémoire, au Bureau de l'Accueil, des Orientations et du Courrier, sis au Bâtiment N°2, à mon attention.

En vous souhaitant bonne réception de ma correspondance, veuillez agréer, Madame, l'assurance de ma considération distinguée./-

Copies:
- DGA } Pour information et appropriation
- CT }
- Dr NGO YAMBEN Marie Ange Clémentine } Pour coordination des recherches
- CPCR }
- C-SEEPIC } Pour dispositions pratiques à prendre

LE DIRECTEUR GENERAL
Manga Alexandros

8, P.O. Box 1386, Yaoundé, Tél: (97) 241 42 70 43. E-mail: sebastienmanga@gmail.com, mangalexandros@yahoo.fr Site Web/Url Site: www.cnrph.cm

6-Test obligatoire de la Covid 19 pour accès aux espaces de santé à investiguer

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix - Travail - Progrès

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
Coordination des Opérations d'urgence
De santé publique

REPUBLIC OF CAMEROUN
Peace - Work - Progress

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
Public Health Emergency Coordination Center

CEN/BIY/AB213

CAMEN DE DIAGNOSTIC DE L'INFECTION AU NOUVEAU CORONAVIRUS 2019
DISTRICT DE SANTÉ DE BIYEM-ASSI

Nom et prénom: DSEMOU MARCO Demofile: etog ebi
Age: 25 Sexe: M (1)
Nature du test: RTPCR COVIDV Ag
Date du test: 03/03/21 date de prélèvement et heure: _____
Type de prélèvement: Nasopharyngéaire (à préciser)
Indication du prélèvement: volontaire contrôle autres
Résultats: présence de SARS Cov Ag Absence de SARS Cov Ag
Indéterminé
Conclusion: Test COVID 19 Ag Négatif
Revenez-vous dans 02 semaines pour contrôle

Signature: [Signature]
Stamp: [Stamp]

Site Web: www.minsante.cm www.minsante.gov.cm

TABLE DES MATIÈRES

DÉDICACE.....	i
REMERCIEMENTS	ii
SOMMAIRE	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	iv
LISTE DES PHOTOS	v
LISTE DES ANNEXES.....	vi
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	vii
RÉSUME.....	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCTION.....	1
CONTEXTE ET JUSTIFICATION	2
I-PROBLEME.....	3
II-PROBLÉMATIQUE	5
III-QUESTIONS DE RECHERCHES	20
IV-HYPOTHESES	20
V-METHODOLOGIE.....	21
VI-DEFINITION DES CONCEPTS.....	36
PREMIÈRE PARTIE :LA SOCIOGÉNÈSE DE LA DÉFICIENCE VISUELLE : DES FACTEURS DE CONTINGENCES AUX STRATÉGIES DE SOIN	44
CHAPITRE I : LE HANDICAPÉ VISUEL : INCURSION AUTOUR DES ORIGINES ET DES MESURES D'ACCOMPAGNEMENT PAR LA SOCIÉTÉ.....	46
I : LA TRIPLE EXPLICATION DE LA GÉNÈSE DE DÉFICIENCE VISUELLE.....	46
1-L'approche innéiste.....	47
1-1-La naissance aveugle et la simplification de l'origine du handicap.....	47
1-2-La relation entre tentative d'avortement et la cécité.....	48
2-L'éclipse visuel irréversible : de la voyance à la mal voyance/cécité complète.	49
2-1-Le défaut de l'éveil parental sur la progéniture : un adjuvant à la déficience	49
2-2- La consistance de la maladie des yeux et l'implication génétique	50
2-1-Un accident tragique : du véhicule à l'opération achoppée	51
2-5-La construction du handicap visuel en société.....	52

II-L'ÉTAT ET SES CITOYENS DÉFICIENTS VISUELS : LE RECOURS À UNE APPROCHE PLURIELLE DE PRISE EN CHARGE.....	53
1-La recherche de l'harmonie : la normalisation de la situation du handicapé	53
2-Les accompagnateurs multidimensionnels.....	55
2-1-Les administrations publiques	55
2-2-L'implication de la société civile.....	57
III-L'OFFRE DE L'ÉTAT DANS L'AMBIGUITÉ : ET SI LE GOUVERNEMENT ÉTAIT PEU COMPRIS ?.....	60
1-L'assistance gouvernementale : esquisse de trajectoire de méconnaissance.....	60
2-Le gouvernement Camerounais relève ses responsabilités.	61
2-1-Réconforter les usagers enregistrés et déclarés.....	62
CHAPITRE II : L'AMBIVALENCE DE L'ACCÈS A LA SANTÉ OPHTALMOLOGIQUE A YAOUNDÉ.	65
I-LES PATIENTS ET LES ACCOMPAGNATEURS: UNE CONNAISSANCE APPROXIMATIVE SUR LA PRISE EN CHARGE.....	65
1-L'inter-ignorance entre les patients et les administrateurs.....	65
II-LA CRISE COMMUNICATIONNELLE.....	67
1-La diffusion contestable de l'information	67
1-1-L'absence de l'écriture technique : le braille.....	67
1-2-Des dispositions légales à la tendance d'ornement.....	70
2-Le regard sur l'assistance sociale : des microgravités apparentes.....	71
2-1-Le nœud indéfini entre les intermédiaires institutionnels de la santé	71
2-2-Une assistance immédiate parfois défaillante.....	72
III-LA SANTÉ : UN INVESTISSEMENT ÉCONOMIQUE CONSISTANT.	73
1-La nécessité du recours aux soins ophtalmologiques en ville: le reproche de payer les soins... ..	73
2-L'économie, un obstacle majeur à la santé ophtalmologique : comprendre l'exonération	74
2-1-La carte nationale d'invalidité : autour de sa gratuité et sa caution.....	74
2-2-Le suivi thérapeutique et la condition sine qua non.....	76
2-3-Patient et praticien : le nœud économique	78
3-Une synthèse des dépenses chez la catégorie handivisuelle dite nantie.....	79
VI-QUELQUES INFORTUNES D'ACTIVITÉ DE SANTÉ ET LES THÉRAPIES EN PARALLELE.....	81
1-L'opinion sur l'expertise inexperte ophtalmologique : incriminé le Personnel de Santé, et méjuger les attitudes de patients.....	81
2-Le choix des trajectoires thérapeutiques complémentaires : des actions a pos théorie individuelles.	82

2-1-L'impasse trajectoire religieuse : « <i>On m'a vendu le rêve</i> ».....	83
2-2-La tradi-pratique : rencontrer le marabout.....	84
DEUXIÈME PARTIE: DÉFICIENTS VISUELS : COMPRENDRE LES RELATIONS AVEC LA SOCIÉTÉ	87
CHAPITRE III : LA RÉINSERTION SOCIALE DES HANDICAPÉS VISUELS	89
I-L'ACCOMPAGNEMENT INSTITUTIONNEL POUR L'ADAPTATION SOCIALE DES DÉFICIENTS VISUELS.....	89
1-L'adaptation sociale du handicapé visuel : essai sur les multiples apports.....	90
II-LES OUTILS MÉCANIQUES D'AIDE A LA RÉINSERTION	91
1-La canne : les typologies et le statut qui déterminent l'adoption d'une béquille.	91
1-1-La fonction communicationnelle de la canne : entre la direction et le signalement	92
2-Le mode d'acquisition de la canne-béquille en ville.....	93
2-1-Modalités et donation.....	93
2-2-L'achat de béquille.....	94
2-3-L'usage limité de la canne.	96
3-Les lunettes de vue et de protection	97
4-L'accompagnement bracelet et animalier : les solutions d'ailleurs.	99
III-L'ASSISTANCE SOCIALE ET LES SENS HUMAINS : UNE CONCOMITANCE DANS LA DYNAMIQUE D'INTÉGRATION.	99
1-La mobilité exige l'assistance sociale	99
2-L'ouïe et le touché : des dimensions sensorielles permanemment sollicitées en ville.....	100
III-LA CONCEPTION SOCIALE DU HANDICAP VISUEL: CROISER LES IMAGINAIRES INTERNES A CEUX EXTERNES.....	103
1-Le handicapé visuel: de la pression externe à l'acceptation de la différence.....	103
1-1-Claustrophobe : une émanation interne et externe	103
1-2-L'acceptation de soi: se forger un caractère	104
1-3-Les incompris : le déficient et l'anarchie.....	105
2-Les activités d'intégration: des tâches ménagères aux débats d'idée.....	106
2-1-L'exercice des travaux ordinaires: incursion dans quelques foyers.....	106
2-2-Rapports aux déficients : des intrigues sur la vue à l'impulsion.....	107
CHAPITRE IV : MAL VOYANTS ET NON VOYANTS : CALIBRER LES IMPACTS DU HANDICAP VISUEL ET FORMULER DES ACTES DE CHANGEMENT.....	109
I-VIVRE AVEC LE HANDICAP VISUEL : LES EFFETS PSYCHOSOCIAUX.....	109
1-Le stigmat social.....	110
1-1-Regard sur l'infirmité.....	110

1-2-Etiquetage : des mécanismes de geste et de lexique	110
2-La distanciation sociale	111
2-1-Ne servir à rien.....	111
2-2-Accompagnateur : la réticence.....	113
2-3-L'appui maximal : un blâme à la forme généreuse.....	115
2-4-L'exclusion manifeste du droit au foyer	116
3-Un service médical discutable.....	117
3-1-La thèse du « <i>knock out</i> » ophtalmologique : lorsque les déficients visuels comparent leurs expériences ophtalmologiques d'ici et d'ailleurs.	117
3-2-Le service ophtalmologique assure à son niveau : une vue locale.....	119
4-Cacher le stigmate	120
4-1-Le temps et le comportement ordonné des aveugles acquis	120
II-OPINION SUR LA RÉORGANISATION ADMINISTRATIVE : REDÉFINIR LES LIENS MÉDICAUX.	121
1-La communication : un atout à redéfinir.	122
1-2-Pour une approche des relations inter-représentatives.....	122
1-2-Vitaliser et viabiliser la norme et le professionnalisme	123
III-LES IDÉES DES ACTEURS SUR L'AMÉLIORATION DES ÉQUIPEMENTS TECHNIQUES ET L'IMPACT DE LA VILLE SUR LA SANTÉ	124
1-L'adaptation de l'infrastructure aux besoins présents.....	124
1-2-Plan sommaire : améliorer l'accès au bâtiment, réformer le plateau technique, pérenniser la vulgarisation des cannes, puis transcrire en braille les médicaments.	124
2-Ville, déficients visuels et santé.....	127
CONCLUSION	129
BIBLIOGRAPHIE	136
ANNEXES	143
TABLE DES MATIÈRES	156