

Etude de la déficience mentale chez les enfants de 3 à 60 mois.

**MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une foi



UNIVERSITÉ DE BAMAKO



**Faculté de Médecine de Pharmacie
et d'Odonto-Stomatologie**

Année Académique 2008-2009

N° _____/2009

TITRE

**ETUDE DE LA DEFICIENCE MENTALE
CHEZ LES ENFANTS DE 3 A 60 MOIS
AU CMPE DE L'AMALDEME.**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le/...../2009
À la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Par **Mme MAIGA SAFIATOU LELLI**

Pour obtenir le grade de **Docteur en médecine**
(Diplôme d'État)

JURY

Président :	Pr. Abdoulaye Ag RHALY
Membre :	Dr. TOURE Amadou Mahamane
Codirecteur de thèse :	Dr. Broulaye TRAORE
Directeur de thèse :	Pr. Mamadou Marouf KEITA

Dédicaces

- Je dédie ce travail à **ALLAH** le tout puissant ; le miséricordieux, le clément, le maître des destins, de m'avoir guidé surtout assisté tout au long de mes études jusqu'à la réalisation de ce document. Qu'il me guide encore d'avantage pour le restant de ma vie.

- **A mon père : FEU LELLI MOHAMED LAMINE :**
Très cher père, j'ai tant voulu partager avec toi ma joie en ce moment solennel de ma vie, mais le tout puissant a décidé autrement.
Tous tes enfants à travers ma voix sont très fiers de toi.
Homme de vertu, d'immense générosité et de simplicité, ta rigueur et ton honnêteté nous ont toujours été un exemple à suivre .Tes encouragements et tes bénédictions ne nous ont jamais fait défaut. Ce travail est le reflet de ton image.
Que le tout puissant t'accueille dans son paradis éternel. Amen !

- **A ma mère : FADIMATA YORO :**
Très chère mère, je ne cesserai jamais de te remercier pour ta sagesse, ton honnêteté et ta grande générosité .Ce travail est le fruit de ton encouragement et de tes nombreuses bénédictions .Ton dévouement et ton soutien efficace de tous les jours nous ont permis d'atteindre notre objectif .
Puisse ce modeste travail te donner un début de satisfaction de tes vœux les plus sincères.
Que DIEU nous prête une longue vie pour que tu puisses partager avec nous le fruit de ce travail.

➤ **A mon époux : MOHAMED :**

Tu as toujours été là pour moi, tes encouragements, tes conseils, ton amour et surtout ta tendresse m'ont permis de tenir le coup malgré la longue distance qui nous sépare. Reçois ici mon amour indéfectible et ma profonde reconnaissance.

Que ce travail qui est également ton œuvre efface en toi le triste souvenir de ce long moment passé loin de toi ainsi que tout ce que tu as enduré par amour.

Puisse DIEU le tout puissant nous accorder une longue et heureuse vie.

➤ **A ma fille : Fatoumata en témoignage de mon amour pour elle.**

➤ **A mon oncle : SALLIA MOHAMED LAMINE :**

En ce moment solennel de ma vie, il me manque les mots pour exprimer ma reconnaissance et mon attachement à vous.

Votre gentillesse, votre disponibilité, votre attention et votre esprit de sacrifice nous ont beaucoup marqué.

Merci d'avoir fait de moi ce que je suis aujourd'hui, qu'Allah le tout puissant vous garde longtemps à nos côtés. Amen !

➤ **A ma tante : MME SALLIA FATOUMATA :**

Vous avez été d'un apport inestimable dans l'élaboration de ce travail. Soyez rassuré de ma sincère reconnaissance.

➤ **A mes frères et sœurs : DAOULA, RAFIETOU, AZALI, HAOULA, ET HAMIDA ;**

Je ne sais quoi dire, les paroles diminueraient votre mérite. C'est vous qui ne soutenez aujourd'hui pas moi. Que le seigneur nous bénisse et renforce les liens qu'il a lui-même créés entre nous.

- **A ma belle famille:** vous avez permis et encouragé ce travail ; merci pour votre patience et votre compréhension.
- **A mes oncles :** sans vos conseils, vos sacrifices, vos prières et vos encouragements, ce travail n'aurait jamais pu être réalisé. Recevez toute ma gratitude.
- **A mes tantes :** vous qui m'avez toujours supporté et soutenu, sachez que ce travail est également le votre et veuillez recevoir toute ma reconnaissance.
- **A feu AKDARIS:** votre sympathie et vos soutiens nous ont permis d'accéder à un cycle universitaire. Merci, que ton âme repose en paix.
- **A mes cousins et cousines :** Merci pour l'estime et le respect que chacun de vous a manifesté a mon égard.
- **A mes neveux et nièces :** je vous souhaite beaucoup de courage et de succès et surtout que DIEU vous garde en bonne santé et vous donne une longue vie .
- **A ma chère ZEINA :** je remercie le bon DIEU d'avoir croisé nos chemins ; plus q'une simple amie tu est devenue pour moi une véritable sœur. Que DIEU nous aide à consolider éternellement cette amitié.
- **A mes amis (es) les plus chers (es) :** Fateye, Fata, Abdoul Baki, Ramata, sachez qu'en aucun instant je n'ai regretté votre

compagnie. Merci pour votre affection et votre sincère fidélité. Que DIEU renforce d'avantage ce lien si sacré qui nous unit.

- **A mes beaux frères** : Merci pour toute l'affection et la confiance que vous me portez.
- **A VIEUX AMADOU TRAORE** : Vous n'avez ménagé aucun effort pour m'aider dans la réalisation de cette thèse. Retrouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance.
- **A MOUSSA B MAÏGA** : votre affection, votre soutien et vos encouragements ont été constants tout au long de mon cycle. Recevez ici mes sincères remerciements.
- **A mes amis d'enfance** : pour tous ces bons moments passés ensemble, ce travail est le votre.
- **A toute ma promotion** : Que ce travail soit un facteur de renforcement de nos liens d'amitié.
- **A tous mes maîtres des cycles antérieurs** : Merci pour la qualité de l'enseignement que j'ai reçu auprès de vous.
- **A tous ceux ou toutes celles** qui d'une manière ou d'une autre ont contribué à l'élaboration de ce travail et dont les noms n'ont pas été cités : Ce travail est également le votre.
- **A tous les enfants malades du monde entier**: Que le miséricordieux vous donne la santé, Amen !

Remerciements

- A tout le corps professoral de la FMPOS.
- A tous les médecins de la pédiatrie du CHU Gabriel Touré

Pour la formation de qualité dont nous avons bénéficié

- Aux CES, aux internes, et au personnel de la pédiatrie : pour la bonne ambiance de travail et les nombreux services rendus ; à tous, je souhaite bonne carrière.
- Au personnel des urgences pédiatriques : médecins, internes, externes, infirmières et infirmiers : Pour votre collaboration, votre esprit d'équipe et votre respect.
- Aux personnels des unités CVD et DEAP pour leur franche collaboration.
- Au personnel du CMPE de l'AMALDEME pour l'aide spontanée.
- A tout le personnel du cabinet médical kaïdara pour votre sympathie.
- A tout le personnel de la bibliothèque de la FMPOS

- A tout le personnel du CHU Gabriel TOURE

HOMMAGE

A FEUE Mme SANHOGO KADIDIATOU BAGAYOGO DITE

KADI

Pour avoir créer une institution aussi importante comme l'AMALDEME

Que ton âme repose en paix dans le paradis éternel .AMEN !

A Notre maître et Président du jury

Professeur Abdoulaye Ag RHALY

- **Professeur honoraire de Médecine Interne à la FMPOS.**
- **Ancien Directeur Général de l'INRSP.**
- **Ancien Secrétaire Général de l'OCCGE.**
- **Chevalier des Palmes Académiques du CAMES.**
- **Secrétaire permanent du CNESS.**

Cher maître,

Notre joie est immense pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre amour pour le travail bien fait, votre disponibilité, votre sagesse, votre capacité d'écoute et votre expérience professionnelle vous honorent et font de vous un maître admiré.

Cher maître, soyez rassuré de notre profonde reconnaissance.

A Notre maître et juge

Dr Touré Amadou Mahamane

- **Médecin pédiatre**
- **Diplômé de neuropédiatrie**
- **Praticien hospitalier au service de pédiatrie du CHU de Gabriel Touré**
- **Médecin conseil de L'AMALDEME et du centre du père Verspieren**

Cher maître,

Nous vous sommes sincèrement reconnaissant d'avoir accepté de juger ce travail.

Nous avons été frappé par votre courtoisie.

Votre courage, votre spontanéité et votre engagement pour la formation et la réussite des jeunes font de vous un maître sûr et respecté.

Recevez notre gratitude pour votre contribution à l'amélioration de ce travail.

A Notre maître et co-directeur

Docteur Broulaye TRAORE

- **Praticien hospitalier**
- **Chef de service de la Pédiatrie du CHU GABRIEL TOURE**
- **Président de l'association Malienne de Lutte contre les Déficiences Mentales chez l'Enfant (AMALDEME)**
- **Chargé des cours de pédiatrie dans les écoles de formation socio sanitaires de Bamako.**

Cher maître,

Ce fut pour moi une grande fierté de compter parmi vos élèves. Vous nous avez inspiré, suivi et guidé dans l'élaboration de ce travail ; vous n'avez jamais été un maître inaccessible. Nous vous en remercions vivement. Votre dévouement au service des enfants, votre simplicité, votre modestie, votre amour pour la profession et vos qualités humaines forcent l'admiration.

Cher maître, soyez rassuré de notre respect et de notre profonde reconnaissance.

A notre maître et Directeur de thèse

Professeur Mamadou Marouf KEITA

- **Professeur honoraire de Pédiatrie**
- **Ancien chef de service de la pédiatrie du CHU GABRIEL TOURE**
- **Président du comité d'éthique de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie**
- **Membre fondateur de l'AMLUD**
- **Président de l'association des Pédiatres du Mali**
- **Médaille du mérite national de la santé**

Cher maître,

En acceptant de diriger ce travail, vous nous avez signifié par la même occasion votre confiance.

Honorable professeur, nous avons été fascinées par la qualité de vos enseignements.

Votre abord facile, votre franc parlé, votre dynamisme, votre grande expérience en pédiatrie et surtout votre immense culture scientifique font de vous un maître distingué.

Veillez accepter cher maître, nos sincères remerciements.

Puisse Allah le tout puissant vous garder le plus longtemps possible auprès de nous.

LISTE DES ABREVIATIONS

AMALDEME	: association malienne de lutte contre la déficience mentale
AMLUD	: association malienne de lutte contre la drépanocytose
ATCD	: antécédent
CMPE	: centre medico-psycho éducatif
CMV	: cytomegalo- virus
CPN	: consultation prénatale
CSCOM	: centre de santé communautaire
CSREF	: centre de santé de référence
DM	: déficience mentale
DS	: déviation standard
FMPOS	: faculté de médecine de pharmacie et d'odonto- stomatologie
HTA	: hypertension artérielle
IEC	: information éducation communication
IMC	: infirmité motrice cérébrale
OMS	: organisation mondiale de la santé
PC	: périmètre crânien
QI	: quotient intellectuel

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1- 2
OBJECTIFS	3
GENERALITES.....	4- 23
METHODOLOGIE.....	24- 30
RESULTATS	31- 45
COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	46- 51
CONCLUSION	52- 53
RECOMMANDATION.....	54
BIBLIOGRAPHIE.....	55- 59
ANNEXES.....	60- 67

I – INTRODUCTION

Le développement de l'intelligence de l'enfant est une préoccupation constante de la famille et du médecin. Ce développement commence pendant la grossesse et se poursuit après la naissance.

La déficience mentale est un état relevant de causes multiples, qui peut se définir comme une insuffisance des capacités intellectuelles rendant difficiles ou impossibles l'autonomie et l'adaptation à l'environnement du sujet qui en est atteint [23].

Des études menées par l'OMS de 1979 à 1999 ont révélé que plus de 120 millions de personnes en sont concernés dans le monde [28].

On estime que de la prévalence du retard mental (toutes catégories confondues) chez les moins de 18 ans est de 5 à 25 pour 1000 dans les pays développés et 46 pour 1000 dans les pays en développement. Dans ces mêmes populations une prévalence de retard mental grave serait respectivement de 3 à 4 pour 1000 et 5 à 16 pour 1000 [28].

En Angleterre 2 pour 100 des enfants âgés entre 7 et 14 ans ont un quotient intellectuel (QI) inférieur à 70 [33].

Une étude épidémiologique réalisée dans deux centres de protection maternelle et infantile à Tunis dans les tranches d'âge de 2 à 7 ans a montré que la prévalence de la déficience mentale est de 1,4% [33].

Au Mali, l'enquête de prévalence de l'AMALDEME datant de 1987 a été consacrée à cette étude.

Etude de la déficience mentale chez les enfants de 3 à 60 mois.

Elle a recensé 1318 cas de retards identifiés sur 9000 enfants soit une prévalence estimée dans la ville de Bamako à 14,6% avec 3% de retard profond ou sévère [13].

Les pathologies en cause sont multiples. Dans 80 à 90% des cas, elles surviennent lors du développement du système nerveux central, en cours de grossesse, pendant l'accouchement, ou dans les premiers jours de vie [8].

Le CMPE, depuis sa création en 1989 assure la prise en charge des handicapés mentaux. Ces dernières années le nombre d'enfants admis par semaine est passé du simple au double. La sensibilisation des parents et des professionnels de santé suffit-elle à elle seule pour expliquer cette augmentation ?

Il nous semble très important de réfléchir sur les causes du handicap mental de ces enfants et leur prise en charge au CMPE. C'est pour quoi nous avons décidé de mener cette étude dont les objectifs sont les suivants :

II – OBJECTIFS

1. Objectif général :

Etudier la déficience mentale chez les enfants de 3 à 60 mois au CMPE de
1' AMALDEME

2. Objectifs spécifiques :

- a) Déterminer la prévalence de la déficience mentale chez les enfants de 3 à 60 mois
- b) Décrire les différents tableaux cliniques de la déficience intellectuelle
- c) Identifier les principales causes de la déficience intellectuelle
- d) Déterminer le principe de la prise en charge.

III – GENERALITES

1. Le développement psychomoteur de l'enfant

On appelle développement, le processus qui fait passer de l'état de nourrisson vagissant, à l'état adulte.

L'expression même du développement psychomoteur implique le parallélisme sur deux plans :

- psychologique : apparition par étape de manifestations intellectuelles et affectives de plus en plus évoluées,
- neuromusculaire : acquisition du tonus de certains groupes musculaires permettant des positions déterminées [22].

Chez le jeune enfant (dans les deux ou trois premières années), le développement moteur va de pair avec le développement psychique (c'est-à-dire intellectuel et relationnel), d'où le terme un peu ambigu de développement psychomoteur. Si chez l'enfant normal comme chez l'enfant déficient mental le développement est habituellement homogène, il n'est pas moins vrai que le développement intellectuel est indépendant du développement moteur en particulier postural [32].

Ce développement spectaculaire correspond à un "programme" préétabli (identique chez tous les enfants) dont la chronologie dépend de l'équipement neurologique de chacun et de l'influence de l'environnement. Il est donc non seulement lié à la maturation du cerveau, mais également aux conditions matérielles, et surtout affectives de la vie [32].

Le développement de l'enfant ne correspond pas à l'accumulation, mois après mois, de diverses acquisitions mais au franchissement de certains paliers qui le font passer à un nouveau stade de son évolution et à une organisation différente de ses activités [32].

1.1. Les éléments du développement psychomoteur [2, 15, 22, 32]

Les éléments qu'on explore sont les suivants :

1.1.1. La motricité

Elle comporte la mobilité active et passive, le tonus, les réflexes archaïques.

1.1.2. L'adaptabilité

Elle est définie comme la réaction spontanée devant certaines situations données et autant que possible indépendantes de tout apprentissage.

1.1.3. Le langage :

Elle associe la voix et la mimique qui l'accompagne ainsi que la compréhension d'ordres plus ou moins complexes.

1.1.4. Les réactions sociales :

Elles sont le comportement spontané ou provoqué devant des êtres animés ou des objets usuels et résultent en grande partie du nursing et de l'éducation.

1.2. Les points de repère de développement psychomoteur :

Ils sont représentés en fonction des différents stades de développement. Ils ne constituent que des points de repère mais beaucoup de variations sont possibles, chaque enfant ayant une personnalité, un rythme de croissance, des modalités de communication et un comportement d'adaptation au monde qui lui est propre.

1.2.1. Nouveau-né (0 – 28 jours)

1.2.1.1. Tonus

- **Tonus passif** : Spontané, hypotonie axiale et hypertonie périphérique des quatre membres en flexion symétrique.
- **Tonus actif** : réactionnel, augmentant le tonus de base, apprécié précocement par la manœuvre du “tiré- assis”.

1.2.1.2. Réflexes archaïques

Automatismes moteurs dont la présence et la qualité ont une valeur et une chronologie particulières :

- orientation, succion et déglutition avec le réflexe des points cardinaux
- grasping des mains (doigts et membre supérieur) et des orteils
- allongement croisé : la stimulation de la plante du pied entraîne une flexion extension et adduction du membre inférieur controlatéral
- réflexe de Moro : extension soudaine de la nuque entraîne une extension et abduction symétrique des 2 membres supérieurs, puis ouverture des mains, et enfin une adduction et embrassement avec un cri.
- Réflexe tonique asymétrique de la nuque : la rotation forcée de la tête d'un coté entraîne l'extension des membres (supérieur et inférieur) du même coté et la flexion des membres controlatéraux (réflexe d'escrimeur)
- Marche automatique : le nouveau-né tenu verticalement et appuyé sur un plan dur, incliné en avant effectue des mouvements alternés de flexion et extension de membres inférieurs qui le propulsent en avant.

1.2.1.3. Comportement

Gesticulation spontanée (mouvements de flexion extension), réactivité motrice et sensorielle (orientation vers la lumière douce, sensible à la voix humaine particulièrement celle de sa mère), structuration des périodes de veille et de sommeil (dort 21 heures par jour).

1.2.2. 1^{er} au 2^{ème} mois [2, 15, 22]

- **Motricité** : la tête est molle mais tenu assis il peut contrôler un instant sa tête. En décubitus ventral, il décolle un instant son menton du plan d'examen.
Les membres sont hypertoniques, il est en « position foetale ».
- **Préhension mobilité manuelle** : le réflexe d'agrippement (grasping) très marqué le 1^{er} mois devient plus discret le 2^{ème} mois
- **Vision** : il peut suivre un objet jusqu'à 90° le 1^{er} mois et jusqu'à 180° le 2^{ème}. Il fixe le visage humain et lui sourit, les yeux convergents.
- **Audition** : dès les premiers jours de la vie, réagit aux bruits forts. Il se calme lorsqu'il entend de la musique. Au cours du 2^{ème} mois, il peut localiser le bruit.
- **Langage** : les pleurs ont une valeur de communication et traduisent différents types d'inconfort. Au 2^{ème} mois, il vocalise.
- **Développement social** : il dort 20 heures par jour, mais il est déjà réceptif à la voix de sa mère et à sa présence.

1.2.3. 3^{ème} au 4^{ème} mois [2, 15, 22]

- **Motricité** : tenu en position assise le nouveau-né tient sa tête droite. En décubitus ventral, il soulève sa tête de 90° au dessus du plan du lit en prenant appui sur les avant-bras.
- **Préhension mobilité manuelle** : le grasping disparaît, il est remplacé par la préhension au contact, les mains sont ouvertes il les referme et retient un objet placé à leur contact ; c'est la réaction tactilo - motrice.
- **Vision** : il tourne la tête complètement pour suivre un objet qui se déplace.

Il découvre ses mains et les porte à la bouche.

- **Audition** : Il identifie et localise les sons et s'intéresse aux voix humaines.
- **Langage** : Il communique par des « gazouillis »
- **Développement social** : pour se faire comprendre, il utilise le langage du corps, il s'agite avec des cris de joie ou de détresse. Il peut se crisper quand sa mère veut le coucher.

1.2.4. 5^{ème} au 6^{ème} mois : [2, 15, 22]

- **Motricité** : la tête et le tronc sont fermes, il prend appui sur ses mains pour se redresser lorsqu'il est en décubitus ventral. Il tient assis en appui sur ses mains en avant ; tenu debout, il sautille : stade du sauteur.
- **Préhension –mobilité manuelle** : apparition de la préhension volontaire : Il saisit entre la paume et les doigts un objet de grosse taille placé devant lui et porte les objets à la bouche : c'est la réaction tactilo visuelle. Il saisit ses pieds et les porte à la bouche.
- **Vision** : il peut se tourner complètement sur lui-même dans un sens ou l'autre pour suivre quelqu'un.

- **Audition** : il tourne la tête vers la source sonore, il est très sensible aux intonations des voix humaines, à la musique.
- **Langage** : c'est l'âge des « lallations », il s'écoute et prend conscience des sons qu'il émet.
- **Développement social** : il découvre son image dans le miroir, il répond à son nom. Il manifeste son goût pour certains aliments. Il imite un mouvement (tire la langue).

1.2.5. 7^{ème} au 8^{ème} mois [2, 15, 22]

- **Motricité** : l'enfant tient assis seul à 8 mois, il peut se pencher pour attraper un objet.
Il peut évoluer en roulant.
- **Préhension mobilité manuelle** : Préhension en « pince inférieure » entre le pouce et le 5^{ème} doigt. Il fait passer les objets d'une main à l'autre. Le relâchement est volontaire et global : il lâche un objet pour en prendre un autre.
Stade de la « permanence de l'objet » : il cherche un objet qu'il vient de voir disparaître.
- **Langage** : périodes des monosyllabes (da – ba – pa – ma)
- **Développement social** : réaction de peur à l'étranger, c'est la période de la « crise anxieuse », tout ce qui est nouveau l'angoisse période où il faut éviter de mettre un enfant en crèche pour la première fois.

1.2.6. 9^{ème} au 10^{ème} mois [2, 15, 22]

- **Motricité** : le nourrisson rampe sur le ventre et marche à quatre pattes. Il se met debout seul en se tenant aux meubles. Assis, il peut se retourner pour attraper un objet.

- **Préhension compréhension** : préhension en « Pince supérieur » entre le pouce et l'index. A la demande il place un objet dans la main de l'examineur : il y a échange.
Il a le sens du moyen et du but, du contenant et du contenu : il met des objets dans une boîte.
- **Langage** : premiers mots sous forme de « syllabes redoublées ». Il comprend le sens général d'une phrase et le ton de la phrase, il pleure si le ton est dur.
- **Développement social** : il a une activité débordante, il est curieux de tout.

1.2.7. 11^{ème} au 12^{ème} mois [2,15, 22]

- **Motricité** : il marche avec appui tenu par une main et tient debout un instant sans appui
- **Préhension compréhension** : il acquiert un relâchement fin et précis et aime jeter les objets un à un (façon rudimentaire de compter). Il a le sens de la profondeur, du solide, du haut, du bas, du contenant et du contenu : il emboîte les objets.
Il embrasse sur commande.
- **Langage** : Il dit 2 ou 3 mots qui ont un sens et s'exprime dans un jargon peu explicite mais qui correspond à des situations très précises. Evolution variable entre 12 et 24 mois, mais il doit comprendre la signification de plusieurs phrases.
- **Développement sociale** : il a une bonne mémoire visuelle, il a un sens de l'ordre très développé correspondant à un besoin profond de sécurité.

1.2.8. 15^{ème} au 18^{ème} mois [2, 15, 22]

- **Motricité** : « marche libérée » 15 mois
Il court à 18 mois et monte les escaliers tenu par la main, il les descend main tenue à 21 mois.

Il s'agenouille seul et peut se mettre debout seul, mais il tombe souvent, il peut tirer un objet derrière lui.

- **Préhension compréhension** : le relâchement de l'objet est fin et précis : il introduit une pastille dans le goulot d'une bouteille. Il sait tenir une cuillère, tourner les pages d'un livre, reproduire un trait sur un papier, faire des gribouillis. Il construit une tour de 3 cubes.
- **Langage** : début du négativisme.
Exécute quelques ordres simples
- **Développement social** : a un grand désir d'autonomie et se passionne pour les jeux qui mettent à l'épreuve ses nouvelles capacités motrices. Il s'intéresse aux jeux de collectifs, son attention est plus soutenue mais il préfère jouer seul, ses rapports avec les autres sont peu harmonieux.
Premier signe de contrôle sphinctérien : il signale à sa mère qu'il est mouillé.

1.2.9. 2 à 3 ans [2,15, 22]

- **Motricité** : il court vite, il grimpe, il monte et descend les escaliers seul.
Il acquiert l'équilibre : il tape dans un ballon
- **Préhension** : totale indépendance manuelle : il mange seul, se lave, ouvre et ferme les portes, s'habille seul...
- **Compréhension** : il sait la signification de 4 – 8 images.
Il sait trouver 4 -8 objets usuels, 4 – 8 parties de son corps.
Il comprend 2 à 4 ordres donnés à la suite.
Il maîtrise ses sphincters : 2 ans propreté diurne ; 3 ans propreté nocturne.
Construction : il peut faire des tours de 6 – 8 cubes.
Il connaît 2 à 4 couleurs.
Il peut compter jusqu'à 4 à 2 ans, jusqu'à 8 à 3 ans.
- **Langage** : Il utilise le verbe et fait des phrases
A 2 ans, il se nomme par son prénom ou bébé
A 3 ans, il utilise le « je »

- **Développement social** : A 3 ans :
 - Indépendance
 - Sociabilité
 - Curiosité intellectuelle
 - Phrase œdipienne

2. La déficience mentale

2.1 Définitions - classification

2.1.1 Définitions

- La déficience mentale est définie comme un fonctionnement intellectuel général significativement inférieur à la moyenne qui s'accompagne de limitation significative du fonctionnement adaptatif dans les secteurs d'aptitude tels que : communication, autonomie, apprentissage scolaire, vie sociale, responsabilité individuelle, travail, sécurité et santé [30].
 - La déficience mentale (DM) ou déficience intellectuelle (DI) ou retard mental (RM) est définie comme étant un développement incomplet ou insuffisant des capacités mentales qui va entraîner l'impossibilité d'apprendre et de s'intégrer normalement dans la société et de pouvoir se suffire à soi même et de réagir de façon appropriée aux circonstances de la vie quotidienne [33].
 - Un enfant est à priori, atteint de déficience mentale lorsqu'il a un décalage notable, par rapport aux enfants de son âge, dans toutes les acquisitions [32].
 - Le retard mental est un arrêt du développement mental ou un développement incomplet, caractérisé essentiellement par une insuffisance des facultés qui déterminent le niveau global d'intelligence c'est-à-dire les fonctions cognitives, le langage, la motricité et les performances sociales [28].

- L'intelligence peut être définie comme l'aptitude d'un être vivant à s'adapter à des situations nouvelles, à découvrir des solutions aux difficultés qu'il rencontre [32].

2.1.2 Classification : [21, 25]

La déficience mentale est un déficit associé à des aptitudes intellectuelles et des capacités d'adaptation.

Les aptitudes intellectuelles sont évaluées sous la forme du Quotient Intellectuel ou QI (rapport entre l'âge correspondant aux aptitudes évalués chez le sujet et son âge chronologique).

S'il n'y a pas de doute quand il s'agit d'une déficience profonde, en revanche, il est malaisé de définir la limite supérieure de la déficience.

L'exigence scolaire a été à l'origine de la création des tests avec pour souci de distinguer les enfants aptes à une scolarité normale et ceux qui ne le sont pas. Aussi a-t-on quasiment confondu, au début, débilité et inaptitude scolaire or, en utilisant un tel critère, des travaux plus récents ont montré qu'un quotient intellectuel (QI) > 96 était nécessaire pour suivre, de nos jours une scolarité satisfaisante selon ce critère la débilité commence-t-elle à partir d'un QI < 96 ?

D'un point de vue pratique et empirique, de nombreux pédiatres et pédopsychiatres considèrent de leur côté que la débilité se caractérise par un QI inférieur ou égal à 85.

La classification de l'OMS est la suivante

- déficience mentale profonde : QI inférieure ou égal à 25
- déficience mentale sévère : QI inférieure ou égal à 40
- déficience mentale légère : QI inférieure ou égal à 55
- déficience mentale modérée : QI inférieure ou égale à 70
- déficience mentale limite : QI inférieure ou égal à 85

2.2 Diagnostic positif : [15, 16]

Il nécessite une bonne connaissance des étapes du développement psychomoteur. Mais ceci n'est pas suffisant, pour trois raisons :

- Il existe de grandes variations individuelles du développement psychomoteur : chaque enfant possède une vitesse de développement qui lui est propre, et les données de référence n'ont qu'une valeur globale.
- Les conditions de l'examen peuvent influencer les résultats obtenus : l'état de vigilance, en particulier, compte beaucoup pour l'examen neurologique, et il faut, chaque fois que possible, examiner un enfant éveillé et calme ; de toute manière, un examen unique n'est pas fiable, et il convient en cas d'anomalie de le répéter : on doit tenir le plus grand compte des éléments décrits par la mère ; une pathologie générale peut également influencer sur l'examen.
- Chez le nourrisson, dont « l'intelligence » est essentiellement praxique, des anomalies posturales ou motrices gênent beaucoup l'évaluation du niveau mental.

2.2.1 Motifs d'inquiétude [16, 32]

La DM est suspectée, selon son degré, à différents âges et devant des situations différentes :

- Dans les premiers mois, c'est l'absence de poursuite oculaire, du sourire ; les troubles du tonus, soit une hypotonie anormale de l'axe corporel (non tenue de la tête au delà de 4 mois), soit une hypertonie périphérique persistante.
- C'est entre 5 et 18 mois que le retard postural (pas de station assise à 9 mois, pas de marche à 18 mois) ; ou le retard des acquisitions mentales (à 5 mois l'enfant ne joue pas avec ses mains ; il n'a pas acquis la

préhension volontaire à 7 mois ; il ne cherche pas à retrouver un objet caché à 12 mois) attire l'attention.

- Ailleurs, c'est le retard de langage ou même les premières difficultés scolaires.
- Situation exceptionnelle où le diagnostic étiologique du DM précède le diagnostic positif : cas de l'enfant trisomique reconnu à la naissance avant tout retard de développement.

2.2 L'examen clinique :

L'examen neurologique est le temps essentiel de l'évaluation. Dans la première année de vie ; les différents signes spécifiques manquent le plus souvent, et tout se résume à une hypotonie [7].

L'interrogatoire recherche : [16, 30,32]

- Les antécédents familiaux comparables
- L'histoire de déroulement de la grossesse
- Le terme de la grossesse
- Les conditions de l'accouchement
- Les paramètres de l'enfant à la naissance (poids, taille, périmètre crânien) et leur évolution
- Les phénomènes pathologiques des premiers jours de vie
- L'histoire du développement psychomoteur de l'enfant. Il faut essayer de déterminer si l'enfant est normalement stimulé par l'entourage.

L'examen de l'enfant doit préciser : [8, 32]

- l'existence d'autres troubles liés à l'atteinte cérébrale :
- Troubles neurologiques : raideur, diffusion des réflexes, mouvements anormaux qui s'organisent en différents tableaux hémiplégie, quadriplégie, maladie de Little, athétose, signe de Rossolimo
- Epilepsie
- Troubles du comportement : agitation, bizarreries du comportement ; stéréotypies caractérisant la psychose déficitaire.

- L'existence des troubles extra-cérébraux, importants pour l'orientation étiologique
- Dysmorphies et malformations viscérales, dans les aberrations chromosomiques et de nombreux syndromes caractérisés
- Signes cutanés des nombreux syndromes neuro - cutanés
- Signes de surcharge viscérale, en particulier hépato splénomégalie des maladies de surcharge
- Signe d'atteinte nerveuse périphérique ou rétinienne, troubles sensoriels
- Le degré de la DM

2.3 Tableaux cliniques [21, 27, 28]

2.3.1 Niveau de développement et efficence sociale :

2.3.1.1 Déficience mentale profonde

Le niveau mental ne dépasse pas 2 à 3 ans.

On note dans la petite enfance un retard massif de toutes les acquisitions, qui restent souvent incomplètes.

L'autonomie des conduites de la vie quotidienne est partielle (alimentation, toilette, contrôle sphinctérien), mais peut toute fois être améliorée dans le cadre d'une bonne relation. Le langage est quasi inexistant, réduit à quelques mots ou phonèmes.

Ces patients dépendent d'un tiers, le plus souvent de structure institutionnelle.

L'existence d'anomalies morphologiques, de troubles neurologiques, de crises épileptiques associés est fréquente.

3.1.1.2 Déficience mentale sévère et modérée :

Ces sujets ne dépassent pas un âge mental de 6 – 7 ans. Le retard de développement psychomoteur est fréquent. Une certaine autonomie dans les

conduites sociales est possible, surtout si l'enfant évolue dans un cadre stimulant et chaleureux, mais un encadrement protecteur reste nécessaire.

Le langage reste asyntaxique, quoique son niveau dépende beaucoup du degré de stimulation de l'entourage.

La lecture, en revanche, est impossible ou reste au niveau d'un déchiffrage rudimentaire, la scolarisation est impossible.

2.3.1.3 Déficience mentale légère et limite :

La scolarisation devient un critère fondamental : l'échec scolaire caractérise ces enfants qui, jusqu'à l'entrée à l'école, ont eu le plus souvent un développement psychomoteur normal.

Le langage ne présente pas d'anomalie grossière.

L'insertion sociale extrascolaire (famille, les autres enfants) est souvent satisfaisante.

Il est rare de trouver des anomalies somatiques associées. En réalité ce sont donc les exigences d'une scolarité obligatoire qui conduisent à isoler ce groupe.

L'incapacité d'accéder à une structure de pensée formelle représente une limite à la progression dès les premières classes de la scolarité primaire.

2.3.2 Troubles affectifs, des conduites et du comportement

La présence de ces troubles est sinon constante, du moins très fréquente.

Leurs manifestations cliniques dépendent en partie de la profondeur du déficit cognitif.

On peut décrire deux extrêmes entre lesquels tous les intermédiaires peuvent se rencontrer.

2.3.2.1 Déficience mentale profonde et sévère :

On rencontre fréquemment des perturbations relationnelles massives : isolement, voire véritable retrait affectif, stéréotypies fréquentes sous forme de balancement, décharges agressives et grande impulsivité, en particulier en cas de malaise ou de frustration, automutilations plus ou moins graves.

L'ensemble de ces symptômes n'est pas sans évoquer ce qu'on observe dans certaines psychoses infantiles précises, ce qui a fait discuter la possibilité d'une organisation psychotique conjointe dans ces déficits massifs.

2.3.2.2 Déficience mentale limite ou légère :

Les perturbations affectives sont très fréquentes et s'organisent selon deux lignées.

- le versant des manifestations comportementales :

Instabilité, réaction de prestance pouvant aller jusqu'aux réactions coléreuses devant l'échec, troubles du comportement en particulier chez l'adolescent entraîne par ceux de son âge (petit délit, vol).

A ces conduites s'associe souvent une organisation très rigide marquée par des jugements excessifs, sans autocritiques.

- l'autre versant et représenté par :

L'inhibition, la passivité, l'abattement, une soumission extrême à l'entourage des adultes comme des enfants.

Les possibilités intellectuelles peuvent, elles aussi, subir le poids de cette inhibition : les tests mettent alors en évidence des échecs répétés qui entravent l'efficience intellectuelle.

Chez d'autres enfants, en revanche, on ne note pas de troubles affectifs particuliers en dehors d'un certain infantilisme ou puérilisme : il s'agirait ici, selon certains auteurs, de la débilité « harmonieuse, simple ou normale ».

2.3 Diagnostic différentiel

La déficience mentale est opposée classiquement à :

- chez le nourrisson :
 - hypotonie ou de retard postural :
 - les maladies neuromusculaires
 - *les affections extra neurologiques graves : cardiaque, digestive, rénale, viscérale et autres*
 - retard d'éveil (regard, sourire)
 - troubles sensoriels : surdité, malvoyance
 - Troubles envahissant du développement : autisme
- chez l'enfant :
 - troubles du comportement (hyperkinésie, agressivité) :
 - troubles cognitifs et d'apprentissage spécifiques,
 - déficit attentionnel
 - trouble de la mémoire
 - retard du langage :
 - dysphasie, dyslexie, dyspraxie, dysgraphie
 - échec scolaire
 - troubles psychoaffectifs sévères : autismes, dysharmonies

2.5 Diagnostic étiologique [21, 23, 27, 28, 33]

La recherche d'une étiologie est importante, non pas tant pour l'enfant lui-même (les possibilités thérapeutiques se limitent à l'hypothyroïdie et quelques maladies métaboliques) que pour le conseil génétique que l'on sera amené à donner aux parents.

D'une façon générale, toutes les atteintes du SNC (système nerveux central) qu'elle qu'en soit la cause sont susceptibles d'entraîner une diminution des capacités intellectuelles.

Parmi les causes de la DM on distingue :

2.5.1 Les causes organiques

2.5.1.1 Les causes prénatales : pendant la grossesse

- Les aberrations chromosomiques : telles que
 - la trisomie 21 ou mongolisme ou syndrome de down
 - le syndrome de l'X fragile
 - le syndrome de Turner (Xo).
- Le déficit enzymatique tel que :
 - la phénylcétonurie,
 - la galactosémie,
 - les maladies de surcharge métaboliques,
 - Les maladies neuromusculaires : la dystrophie musculaire de Duchenne. . .
- Les malformations cérébrales :
 - Spina bifida,
 - microcéphalie,
 - agénésie du corps calleux
- Les neuroectodermoses :
 - syndrome de Sturge weber,
 - la sclérose tubéreuse de Bourneville
- Les embryo - fœtopathies :
 - rubéole,
 - toxoplasmose,
 - cytomégalovirose,
 - syphilis,

- listériose

-VIH

- Encéphalopathies endocrines : hypothyroïdie
- Insuffisance circulatoire fœtale maternelle (insuffisance placentaire au cours de la 2^e moitié de la grossesse)
- Autres : éclampsie, hypertension artérielle, diabète, alcoolisme, toxicomanie, tabagisme, médicaments contre indiqués, radiations etc.

2.5.1.2 Les causes périnatales : du début du travail à J28 post natal

- Hyperbilirubinémie
- les infections néonatales
- souffrance foetale aiguë par anoxie
- la prématurité
- la post maturité
- hémorragie cérébrale
- Hypoglycémie etc.

2.5.1.3 Les causes post natales :

- Traumatiques : les traumatismes crâniens
- Infectieuses :
 - Méningite
 - paludisme grave forme neurologique
 - encéphalites etc.
- métaboliques : hypoglycémie, déshydratation
- neurologiques :
 - encéphalopathies épileptiques : syndrome de Lennox Gastaut, syndrome de West
 - épilepsie
- infirmité motrice cérébrale.

2.5.2. Les causes psychosociales

- Malnutrition sévère et prolongée
- Carence affective

2.6 Prise en charge : [21, 32]

Il n'existe pas une attitude thérapeutique commune, mais une série de mesures dont l'utilisation dépendra de chaque cas individuel. Par contre les étiologies particulières telles que (l'épilepsie, hypothyroïdie, infection, phénylcétonurie, etc....) justifient un traitement médicamenteux.

Les projets éducatifs et de soins doivent être pluridisciplinaires gérés par le médecin, le neuropédiatre le pédopsychiatre, le rééducateur, le kinésithérapeute, le psychomotricien, le psychologue, des éducateurs spécialisés qui vont prendre en charge l'enfant et la famille.

Cette prise en charge sera adaptée en fonction des déficiences retrouvées en particulier cognitives, comportementales, motrices ; et modifiée avec l'évolution.

Le suivi très régulier de ces enfants et de leurs familles est indispensable pour apprécier les progrès, reconnaître les complications, le retentissement sur la vie de la famille.

Plusieurs types d'institution existent pour ces soins qui peuvent être ambulatoires ou à plein temps.

- Les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP)
- Les services de soins et d'éducation spécialisée à domicile (SSESD)
- Les centres medico-psycho-éducatifs (CMPE)
- Les hôpitaux du jour (HP)
- Les centres medico-psychologiques (MMP)
- Les instituts medico-éducatifs (IME)
- Les externats médico-pédagogiques ou à temps complets

Etude de la déficience mentale chez les enfants de 3 à 60 mois.

- Les internats médico-pédagogiques ou médico-professionnels pour les 16 à 25 ans.

Le projet idéal doit viser à donner la meilleure autonomie à ces enfants, une intégration la plus satisfaisante possible ; en parfait accord avec les « possibilités » et les « souhaits » des familles. L'encadrement de ces parents très souvent déstabilisés, culpabilisés, et angoissés par la fragilité de leurs enfants, est essentiel pour qu'ils acceptent, participent et supportent le projet, condition de sa réussite.

IV.METHODOLOGIE

1- Cadre d'étude

Notre enquête s'est déroulée au Centre Médico – Psycho - Educatif de l'AMALDEME, situé à Lafiabougou Bougoudani dans la commune IV du district de Bamako.

Située sur la rive droite du fleuve Niger et à l'extrême ouest du district de Bamako, la commune IV s'étend sur une superficie de 3768 hectares et comporte huit (8) quartiers groupés en trois (3) ensembles :

- quatre (4) quartiers spontanément fondés
- deux (2) quartiers à autorisation coutumière
- deux (2) quartiers administrativement créés.

Créée en 1961 par les autorités de la première république du Mali à l'intention des maliens venus du Sénégal après l'éclatement de la fédération du Mali, ceux refoulés du Congo Zaïre et les anciens habitants de Bamako sans habitat d'ou le nom «Lafiabougou » signifiant cité de la paix, le quartier Lafiabougou est l'un des quartiers administrativement créés et est le plus grand quartier de la commune IV de part sa population (75000 habitants), et est divisés en six (6) secteurs.

L'AMALDEME est une association humanitaire créée le 31 juillet 1984 grâce aux efforts conjugués de nombreuses personnalités Maliennes et étrangères, au soutien des autorités maliennes, de nombreuses organisations internationales et non gouvernementales et suivant les dispositions de l'ordonnance N° 49/PG.MS du 28-03-1959.

Elle est reconnue d'utilité publique par décret N°96/028 du 25-01-1996 pris en conseil de ministre.

Elle est placée sous la tutelle du ministère du développement social, de la solidarité et des personnes âgées. Elle a pour but la promotion de la personne déficiente intellectuelle et la défense de ses droits humains fondamentaux.

C'est à partir de son expérience professionnelle que Madame SANHOGO KADIATOU BAGAYOKO, assistante sociale, mère de deux filles déficientes intellectuelles a fondé L'AMALDEME.

Le CMPE est créé en 1987 et est l'une des premières structures de L'AMALDEME. Il a pour but de permettre la prise en charge des enfants et jeunes déficients intellectuels sur le plan de la rééducation, de la scolarisation et la mise en apprentissage. Il est composé de 3 sous directions : la sous direction thérapie, la sous direction scolarisation et la sous direction insertion socioprofessionnelle.

Il est situé à l'ouest de Lafiabougou dans le secteur VI ou secteur Bougoudani.

Il est limité :

- à l'est par l'école communautaire de Bougoudani et l'antenne Malitel
- à l'ouest par le CSCOM ASACOLA B5
- au sud par les anciens cimetières de Taliko
- au nord par le quartier Bougoudani

1.1. Les locaux

Le siège du CMPE de l'AMALDEME compte plusieurs bâtiments :

- **le bâtiment central est composé de :**
 - un hall avec service d'accueil et des toilettes
 - deux salles pour la section Psychologie
 - une salle pour la section Orthophonie
 - une salle pour la section Education spécialisée
 - une salle pour la section Médecine
 - une pharmacie
 - une bibliothèque

- un bureau pour la direction
- une salle pour la comptabilité
- un magasin

- **à l'ouest du bâtiment central**
 - une salle pour la section Psychomotricité
 - une salle pour la section Kinésithérapie
 - un bâtiment d'un étage fait de studios de logement pour accueillir les formateurs expatriés
 - un bâtiment abritant les bureaux de l'AMALDEME

- **au sud du bâtiment central**
 - un bâtiment de 3 salles pour l'école spéciale
 - trois bâtiments de 9 salles pour l'école intégrée

- **à l'est du bâtiment central**
 - un bâtiment abritant le réfectoire
 - un bâtiment pour le préapprentissage
 - un bâtiment abritant des magasins

1.2. Le personnel

- **division thérapie:**
 - 1 psychologue
 - 3 orthophonistes
 - 2 éducateurs spécialisés
 - 3 ergothérapeutes
 - 2 psychomotriciens
 - 2 kinésithérapeutes
 - 1 médecin consultant pédiatre

1 médecin généraliste
1 (une) assistante sociale

- **division scolarisation:**
 - **École spécialisée**
 - 1 enseignant de formation
 - 7 encadrants (formés sur place)
 - **École intégrée**
 - 10 enseignants

- **division insertion socioprofessionnelle :**
 - 1 éducateur spécialisé

- **administration :**
 - 1 directrice
 - 2 comptables
 - 1 administrateur délégué
 - 1 assistant administrateur délégué
 - 3 secrétaires
 - 3 chauffeurs
 - 3 cuisinières
 - 3 manœuvres
 - 2 gardiens

1.3. Les activités du CMPE

Elles sont fonction des sous directions :

1.3.1. La sous-direction thérapie :

Elle comprend sept (7) sections : la psychologie, la kinésithérapie, la psychomotricité, l'ergothérapie, la médecine, l'orthophonie et l'éducation spécialisée. Ces différentes sections travaillent en équipe autour des activités suivantes :

- l'évaluation des enfants déficients mentaux
- les consultations médicales, pédiatriques et neurologiques
- les réunions de synthèses
- les activités d'information, d'éducation, de soutien psychologique aux familles
- la rééducation fonctionnelle des enfants
- la prise en charge à domicile des enfants.

1.3.2. La sous-direction scolarisation :

Comprend 2 filières : Spéciale et Intégrée.

- La filière spéciale travaille à l'amélioration et la consolidation des acquis de la thérapie, ainsi qu'à la préparation de façon harmonieuse d'une intégration du jeune déficient intellectuel. Cette filière comprend 4 niveaux d'apprentissage : l'éveil, l'initiation, l'orientation et le préapprentissage.
- La filière intégrée, ses activités sont celles de la maternelle et l'école primaire (programme national de l'enseignement fondamental).

1. 3. 3. La sous direction insertion socioprofessionnelle :

Elle travaille à la capitalisation et au renforcement des acquis de toutes les actions des centres de rééducation de l'AMALDEME. Le CMPE assure également l'encadrement des stagiaires venus de différentes écoles nationales et étrangères (canada, France) pour des stages pratiques.

2. Type et Période d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective sur deux ans de octobre 2004 à septembre 2006

3. Population d'étude

- Les enfants déficients mentaux âgés de 3 à 60 mois admis et évalués au CMPE de l'AMALDEME

3. 1. Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans notre étude les enfants :

- âgés de 3 à 60 mois présentant une déficience mentale
- évalués au CMPE de L'AMALDEME durant la période d'étude
- dont les dossiers sont exploitables.

3. 2 Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus dans notre étude tous les enfants déficients mentaux :

- âgés de moins de trois mois et de plus de 60 mois
- non évalués au CMPE ou évalués en dehors de la période d'étude
- dont les dossiers sont inexploitables

Etude de la déficience mentale chez les enfants de 3 à 60 mois.

3.3 Echantillonnage :

Il s'agit d'un échantillonnage exhaustif la taille de l'échantillon N est de 339.

4. analyse des données

Nos données ont été saisies puis analysées dans le logiciel Epi- info version 6.0.

5. paramètres étudiés : sont

a- profile épidémiologique :

- age, sexe, ethnie;
- résidence ;
- niveau d'instruction des parents

b- les antécédents pathologiques

- médicaux;
- chirurgicaux;
- gynéco obstétricaux

c- la consanguinité des parents

d- les paramètres cliniques de l'enfant :

- le poids,
- la taille,
- le PC
- le QD

e- pathologies associées

f- le suivi de l'enfant

6. Problème d'éthique

La confidentialité des dossiers médicaux a été garantie

VI. RESULTATS

Durant notre période d'étude 358 enfants ont été évalués au CMPE de L'AMALDEME, 19 dossiers sont restés incomplets donc exclus de l'étude ; notre étude a porté sur 339 enfants.

1. Caractéristiques des pères

Tableau I : Répartition des pères selon les tranches d'âge

Tranches d'âge du père (ans)	Effectif	Pourcentage
20-30	90	26,6
31-40	130	38,3
41-50	94	27,7
51 et plus	25	7,4
Total	339	100

Plus du tiers des pères (38,3%) appartenait à la tranche d'âge de 31 à 40ans.

Tableau II : Répartition des pères selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Aucun	219	64,6
Primaire	59	17,4
Secondaire	45	13,3
Supérieure	16	4,7
Total	339	100

La majorité des pères (64,6%) n'avaient reçu aucune instruction.

Tableau III : Répartition des pères selon la profession

Profession du père	Effectif	Pourcentage
Commerçant	116	34,2
Ouvrier	108	31,9
Fonctionnaire	64	18,9
Cultivateur	37	10,9
Elève/Etudiant	7	2,1
Autres*	7	2,1
Total	339	100

Plus du tiers des pères (34,2%) étaient des commerçants.

2. Caractéristiques des mères

Tableau IV : Répartition des mères selon les tranches d'âge

Tranches d'âge	Effectif	Pourcentage
<18	42	12,4
18-40	235	69,3
>40	62	18,3
Total	339	100

La majorité des mères (69,3%) appartenait à la tranche d'âge 18 – 40 ans.

Tableau V : Répartition des mères selon le niveau d’instruction

Niveau d’instruction de la mère	Effectif	Pourcentage
Aucun	292	86,1
Primaire	9	2,7
Secondaire	28	8,3
Supérieur	10	2,9
Total	339	100

La plupart des mères (86,1%) n’avaient reçu aucune instruction.

Tableau VI: Répartition des mères selon la profession

Profession de la mère	Effectif	Pourcentage
Ménagère	243	71,7
Fonctionnaire	36	10,6
Commerçante	31	9,1
Elève/Etudiante	16	4,7
Autres	13	3,8
Total	339	100

Plus de la moitié des mères (71,7%) étaient des ménagères.

Tableau VII : Répartition des mères selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux de la mère	Effectif	Pourcentage
HTA	12	3,5
Cardiopathie	6	1,8
Diabète	4	1,2
Asthme	2	0,6
Drépanocytose	1	0,3

L'HTA était la plus représentée (3,5%).

Tableau VIII : Répartition des mères selon le nombre de grossesses

Nombre de grossesse	Effectif	Pourcentage
Primi geste (1)	77	22,7
Pauci geste (2-3)	110	32,4
Multi geste (4-6)	80	23,7
Grande multi geste (>6)	72	21,2
Total	339	100

Les pauci gestes sont les plus nombreux (32,4%).

Tableau IX : Répartition des mères selon le nombre d'accouchement

Nombre d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Primipare (1)	83	24,5
Pauci pare (2-3)	129	38,1
Multipare (4-5)	66	19,4
Grande multipare (<5)	61	18
Total	339	100

Les pauci pares constituent plus du tiers de notre effectif (38,1%)

Tableau X : Répartition des mères selon le nombre de consultations prénatales (CPN)

Nombre de CPN	Effectif	Pourcentage
< 4	282	83,2
≥ 4	57	16,8
Total	339	100

La majorité des mères (83,2%) avaient fait moins de 4 CPN.

Tableau XI : Répartition des mères selon le terme de la grossesse

Terme de la grossesse	Effectif	Pourcentage
Terme	319	94,1
Post-terme	13	3,8
Prématurité	7	2,1
Total	339	100

Dans 94,1% des cas, la grossesse est à terme.

Tableau XII : Répartition des mères selon le lieu d'accouchement

Lieu d'accouchement	Effectif	Pourcentage
CSCOM	212	62,5
Hôpital	84	24,8
Domicile	28	8,3
Clinique	15	4,4
Total	339	100

Plus de 90% des mères ont accouché dans une structure sanitaire dont (62,5%) un centre de santé communautaire.

Tableau XIII : Répartition des mères selon le mode d'accouchement

Mode d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Par voie basse	332	94,9
Césarienne de sauvetage	16	4,8
Césarienne Programmée	1	0,3
Total	339	100

L'accouchement s'est déroulé par voie basse dans 94,9% des cas.

Tableau XIV : Répartition des mères selon l'existence de dystocie

Dystocie	Effectif	Pourcentage
Non	215	63,5
Oui	124	36,5
Total	339	100

La dystocie est retrouvée dans plus d'un tiers des cas (36,5%)

3. Caractéristiques des enfants

Tableau XV : Répartition des enfants selon les tranches d'âge

Tanches d'âge (mois)	Effectif	Pourcentage
3-24	215	63,4
25-36	50	14,7
37-48	45	13,3
49 - 60	29	8,6
Total	339	100

La tranche d'âge de 3 à 24 mois représente plus de deux tiers de notre effectif.

Tableau XVI : Répartition des enfants selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	203	59,9
Féminin	136	40,1
Total	339	100

Les garçons sont plus nombreux que les filles avec un sexe ratio de 1,49 en faveur des garçons

Tableau XVII : Répartition des enfants selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	121	35,7
Sarakolé	76	22,4
Peulh	52	15,3
Malinké	35	10,3
Sonrhäi	19	5,6
Dogon	10	2,9
Autres	10	2,9
Bobo	6	1,8
Kakolo	6	1,8
Sénoufo	4	1,2
Total	339	100

L'ethnie bambara est la plus représentée avec un pourcentage de 35,7

Tableau XVIII : Répartition des enfants selon la résidence

Résidence (commune)	Effectif	Pourcentage
Commune I	55	16,2
Commune II	41	12,1
Commune III	18	5,3
Commune IV	83	24,5
Commune V	26	7,7
Commune VI	71	20,9
Hors Bamako	45	13,3
Total	339	100

Près d'un quart (24,5%) des enfants proviennent de la commune IV du district de Bamako.

Tableau XIX : Répartition des enfants selon le rang dans la fratrie

Rang dans la fratrie	Effectif	Pourcentage
1^{er}	112	33
2 ^{ème}	57	16,8
3 ^{ème}	51	15
4 ^{ème}	36	10,6
5 ^{ème}	26	7,7
6 ^{ème}	12	3,5
7 ^{ème}	20	5,9
8 ^{ème}	16	4,7
9 ^{ème}	5	1,5
10 ^{ème}	1	0,3
11 ^{ème}	2	0,6
12	1	0,3
Total	339	100

Les premiers enfants de la fratrie sont les plus nombreux (33%).

Tableau XX : Répartition des enfants selon la notion de consanguinité

Consanguinité des parents	Effectif	Pourcentage
Non	248	73,2
Oui	91	26,8
Total	339	100

La consanguinité a été retrouvée dans 26,8%

Tableau XXI : Répartition des enfants selon l'antécédent familial de déficit intellectuel

Notion de déficit intellectuel familial	Effectif	Pourcentage
Non	311	91,7
Oui	28	8,3
Total	339	100

Le déficit intellectuel familial était présent dans 8,5% des cas

Tableau XXII : Répartition des enfants selon la notion d'épilepsie familiale

Notion d'épilepsie familiale	Effectif	Pourcentage
Non	329	97,1
Oui	10	2,9
Total	339	100

L'épilepsie familiale était retrouvée dans 2,9%

Tableau XXIII : Répartition selon le poids de l'enfant à l'admission

Poids de l'enfant	Effectif	Pourcentage
< -2DS	143	42,2
± 2DS	195	57,5
> +2DS	1	0,3
Total	339	100

42,2% des enfants ont un retard pondéral

Tableau XXIV : Répartition de enfants selon la taille

Taille de l'enfant	Effectif	Pourcentage
< -2DS	123	36,3
± 2DS	209	61,7
> +2DS	7	2,1
Total	339	100

Plus d'un tiers des enfants (36,3%) avaient un retard statural

Tableau XXV : Répartition des enfants selon le périmètre crânien (PC)

PC de l'enfant	Effectif	Pourcentage
< -2DS	294	86,7
± 2DS	33	9,7
> +2DS	12	3,5
Total	339	100

La majorité des enfants ont une microcéphalie

Tableau XXVI : Répartition des enfants selon le quotient de développement intellectuel (QD)

QD	Effectif	Pourcentage
≤ 25 (Déficience mentale profonde)	37	10,8
26-40 (Déficience mentale sévère)	85	25,1
41-55 (Déficience mentale modérée)	89	26,3
56-70 (Déficience mentale légère)	82	24,2
71-85 (Déficience mentale limite)	46	13,6
Total	369	100

La déficience profonde est présente dans 10,8% des cas

Tableau XXVII : Répartition des enfants selon le type de retard

Type de retard	Effectif	Pourcentage
retard moteur	247	72,9
Trouble du langage	137	40,4
Trouble du comportement	77	22,7

Le retard moteur était retrouvé dans 72,9% des cas.

Tableau XXVIII : Répartition des enfants selon la cause de la D M

causes	Effectif	Pourcentage
Souffrance cérébrale néonatale	170	50,1
Infection	98	28,9
Trisomie 21	24	7,1
Inconnu	14	4,1
Malnutrition	13	3,8
Post maturité	8	2,4
Prématurité	5	1,5
Encéphalite	4	1,2
IMC	3	0,9
TOTAL	339	100

La souffrance cérébrale néonatale a été retrouvée dans 50,1% des cas.

Tableau XXIX : Répartition selon les pathologies associées

Pathologies associées	Effectif	Pourcentage
Strabisme	25	7,3
Hémiplégie	13	3,8
comitialité	8	2,4
Poly malformation	3	0,6
Trouble auditif	2	0,5
Total	51	14,6

14,6% des enfants avaient une pathologie associée dont 7,3% de strabisme et 3,8% d'hémiplégie.

Tableau XXX : Répartition selon la prise en charge de l'enfant à l'AMALDEME

Suivi à l'AMALDEME	Effectif	Pourcentage
Kinésithérapie +Ergothérapie+ Psychomotricité	187	55,2
Orthophonie+ Education spécialisée	51	15
Kinésithérapie +Ergothérapie+ Psychomotricité+Orthophonie+ Education spécialisée	43	12,7
Ergothérapie+ Psychomotricité	26	7,7
Psychomotricité+Orthophonie+ Education spécialisée	20	5,9
Psychomotricité	5	1,5
Orthophonie	4	1,2
Education spécialisée	3	0,8
Total	339	100

12,7% des enfants sont suivis dans toutes les sections de rééducation du CMPE.

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSION

1. Les difficultés :

Compte tenu de la nature rétrospective de notre étude le dépouillement des dossiers a été malaisé car certains sont restés incomplets surtout dans la chronologie des acquisitions psychomotrices.

2. Variables sociodémographiques :

- Enfants

- Notre étude a concerné 339 enfants dont 203 garçons et 136 filles ce qui donne un sexe ratio de 1,49 en faveur des garçons.
Cette prédominance masculine a été rapporté par d'autres auteurs [3 ; 7 ; 18 ; 30] sans apporter une explication valable.
Toute fois WAIGALO [34] dans sa série avait rapporté une prédominance des filles.
- Dans notre étude la tranche d'âge 3-24 mois a été la plus représentée.
Cette tranche d'âge correspond à l'apparition des repères fondamentaux dans les acquisitions psychomotrices. L'absence ou le retard d'apparition de ces acquisitions constitue une source d'inquiétude pour les parents ce qui les amènent alors à consulter.
Ce résultat confirme celui de ARMELLE [3] qui, dans son étude avait trouvé une plus grande fréquence dans la tranche d'âge 13-24 mois.
- L'ethnie Bambara est la plus représentée dans notre étude. Ceci pourrait s'expliquer par l'effectif global de cette ethnie à Bamako.
Mais ARMELLE [3] dans son étude avait trouvé une représentation plus forte de l'ethnie Sarakolé.
- Les enfants premiers nés sont les plus nombreux à être atteints dans notre étude. La primiparité expose à des risques d'accouchement dystocique et ces risques sont d'autant plus élevés que la grossesse n'a

pas bénéficié de bonne surveillance. Cependant il est difficile d'établir ce lien en l'absence d'étude.

Ce résultat est en conformité avec celui de WAIGALO [34] mais diverge avec celui de ARMELLE [3] qui avait trouvé plus de la moitié de son effectif constituée par les derniers enfants de la fratrie.

- Il ressort de notre étude que, près du 1/4 (24,5%) de notre effectif provient de la commune IV du district de Bamako. Cela s'explique peut être par la situation géographique du CMPE de l' AMALDEME.

- Parents

- Dans notre étude la tranche d'âge des mères majoritairement représentée était celle de 20- 40 ans (69,34%).

Cette tranche d'âge correspond habituellement à la période où le taux de fécondité est le plus élevé.

Ce résultat est en conformité avec celui de ARMELLE [3].

- La majorité des parents n'avaient reçue aucune instruction dans notre étude.

Nos résultats confirment ceux d'autres études [3 ; 34].

- La consanguinité a été retrouvée dans 26,8% des cas.

Le risque de survenue de DM chez les enfants est d'autant plus élevé qu'ils sont issus d'union consanguine car la consanguinité augmente la probabilité d'apparition d'affection héréditaire [19 ; 20].

Nos résultats sont en conformité avec l'étude de ARMELLE [3] qui avait trouvé un taux de consanguinité de 27,6% mais supérieurs à ceux de WAIGALO [34] qui avait retrouvé 16,6% de consanguinité dans son étude.

- Dans notre étude La majorité des mères (71,6%) étaient des ménagères.

- La tranche d'âge des pères la plus représentée dans notre étude était celle de 31-40 ans (38,3%). Ce taux est en conformité avec celui de ARMELLE [3].
- Plus d'un tiers (34,2%) des pères étaient des commerçants dans notre étude.

3. Antécédents

- Mères

➤ Gynéco Obstétricaux :

- On note dans notre étude : 62,6% de pauci pares dont 24,5% de primipare ; 19,4% de multipare et 18% de grande multiparité. On constate ainsi une prédominance des pauci pares.

Cette prédominance des pauci pares a été souligné dans l'étude de ARMELLE [3].

- La majorité des mères (83,2 %) ont fait moins de 4 CPN. Ce qui nous fait dire que jusque là les grossesses ne sont pas correctement suivies dans notre pays. Un suivi médiocre ou nul des grossesses est responsable d'une augmentation des pathologies périnatales : prématurité, RCIU, infections, SFA, ce qui expose au risque de séquelles neurologiques dont la déficience mentale [14].

Ce résultat est en conformité avec celui de ARMELLE [3] .

Cependant WAIGALO [34] a trouvé que 73,3% des mères ont fait plus de 4 CPN.

- L'accouchement s'est déroulé par voie basse dans 94% des cas avec 32% de dystocies.

Si dans la littérature, les accouchements dystociques représentent 5% des accouchements en général [9], dans notre étude elles représentent 36,5% d'où la fréquence élevée de la souffrance fœtale aigue avec pour conséquence un risque accru de DM.

Nos résultats sont en conformité avec les études de ARMELLE [3] et de WAIGALO [34].

- Dans 94,1% des cas La grossesse est à terme, la prématurité et la post maturité ont été retrouvées respectivement dans 3,8% et 2,1% des cas. La prématurité reste l'une des préoccupations des pédiatres car apparaît comme un facteur de risque déterminant de DM de par ses séquelles neurologiques.

La post maturité entraîne une hypoxie fœtale in utero responsable d'anoxie à la naissance, de signe neurologiques anormaux avec risque de DM [10 ; 14].

Nos résultats sont inférieurs à ceux de ARMELLE [1] qui a trouvé 9,4% de post maturité et 7% de prématurité.

➤ **Médicaux :**

- L'HTA est retrouvée chez 3,5% des mères.

L'association HTA et grossesse est grave de par ses complications maternelle et/ou fœtale avec un pronostic fœtal sévère. Les séquelles neurologiques responsables de DM chez l'enfant sont la conséquence de l'hypotrophie par anoxie chronique in utero, de la prématurité et de la SFA [11 ; 12].

Nos résultats sont similaires à ceux de ARMELLE [3] qui, dans son étude avait trouvé 3,7% d'HTA.

- Les notions de déficience mentale familiale et d'épilepsie familiale ont été retrouvées respectivement dans 8,3% et 2,9% des cas.

4. Données anthropométriques :

- Plus de la moitié des enfants (86,7%) avaient une microcéphalie dans notre étude. Cette microcéphalie est une conséquence de la souffrance cérébrale néonatale, et s'accompagne fréquemment ou presque exclusivement de DM [14].

Nos résultats confirment ceux de WAIGALO [34] et ARMELLE [3].

- Plus d'un 1/3 de notre effectif avait un retard staturo-pondéral.
Nos résultats sont proches de ceux d'autres études [3 ; 18 ; 34]

5. Quotient de développement

- Dans notre étude Nous avons constaté une légère prédominance de la déficience modérée, la déficience profonde étant la moins fréquente.
Nos résultats sont en conformité avec ceux de ARMELLE [3].
Cependant CECILE [18] en Suisse avait souligné une prédominance de la déficience profonde.

6. Types de retard

- 247 enfants soit (72,7%) de notre effectif ont un retard moteur.
Nos taux sont inférieurs à ceux de Waigalo [33], qui dans son étude avait trouvé 83,3% de retard moteur
- Les troubles du langage sont retrouvés dans 40,4% des cas
Nos taux sont proches de ceux de WAIGALO [34] qui a trouvé 38,3% de troubles de langage dans sa série

7. Pathologies associées

- Le strabisme était la pathologie la plus fréquemment associée (49%).

8. Les causes de la déficience :

- Dans notre étude l'étiologie la plus fréquente dans la genèse de la déficience mentale était La souffrance cérébrale néonatale (SCN), (50,1%).

En effet la souffrance fœtale aigue ou asphyxie périnatale résulte d'une perturbation des échanges gazeux materno fœtale au moment de la naissance elle est responsable d'une souffrance cérébrale par hypoxie. La gravité de cette pathologie périnatale réside en sa fréquence et son retentissement morbide sur le développement neuro- psychique de l'enfant. Les enfants ayant présentés une souffrance cérébrale à la

naissance constituent incontestablement un groupe à risque élevé du fait de la destruction neuronale liée à l'asphyxie cérébrale [5 ; 3].

Ce résultat est en conformité avec celui de WAIGALO [33] qui avait rapporté 50% de SCN dans sa série.

- La trisomie 21 demeure la principale cause d'origine chromosomique de DM et les personnes trisomiques ont des capacités intellectuelles diminuées en comparaison à la population ordinaire [25].

La trisomie 21 a été retrouvée dans 7,1% des cas dans notre étude [20].

Nos résultats confirment ceux de ARMELLE [3] mais inférieurs à ceux de WAIGALO [33] qui avait rapporté dans sa série 23,3% de trisomie 21.

- Les infections ont été responsables de 28,9% de déficience mentale dans notre étude.

Nos taux sont inférieurs à ceux de ARMELLE [3] qui avait trouvé 44% de déficience d'origine infectieuse

- Nous avons retrouvé dans notre étude 4,1% de déficience de cause inconnue.

Nos résultats sont comparables à ceux de ARMELLE [3] qui avait trouvé 6,5% de cause inconnue mais nettement inférieurs à ceux de CAN, C et all [7] en France qui, dans leur étude ont rapportés 49,3% de déficience de cause inconnue.

VII. CONCLUSION

Au terme de notre étude sur la déficience mentale concernant 339 enfants âgés de 3 à 60 mois au CMPE de l' AMALDEME ; nous pouvons dire que :

- Les garçons sont plus nombreux avec un sexe - ratio de 1,49 en faveur des garçons
- Le déficit intellectuel modéré est le plus fréquent
- Les enfants de moins de 24 mois représentent plus de deux tiers de notre effectif
- La prise en charge peut nécessiter une rééducation de plusieurs types et doit être précoce pour avoir des bons résultats
- Les activités préventives ne sont pas efficacement menées : mauvaise qualité des CPN, non assistance médicale spécialisée des accouchements dans la plus part des cas
- Plus de la moitié des causes peuvent être prévenues (souffrance cérébrale, infections)

La déficience mentale de l'enfant est certainement le handicap le plus difficile à tolérer pour des parents dans une société comme la notre ; elle est une conséquence réelle et douloureuse de plusieurs affections, principalement obstétricales et infectieuses d'où l'importance de la prévention par :

- Un bon suivi des grossesses
- Une surveillance médicale de tout accouchement
- Une couverture vaccinale suffisante et une IEC sur les mesures d'hygiène afin de prévenir les maladies infectieuses.
- Une meilleure prise en charge des nouveaux-nés dans les salles d'accouchement

Etude de la déficience mentale chez les enfants de 3 à 60 mois.

- Une prise en charge rapide et adéquate de toute affection fébrile chez les enfants par un personnel médical compétent.

VIII. RECOMMANDATIONS

Les résultats de notre étude nous amènent à formuler les recommandations suivantes :

1. Aux autorités

- Assurer la formation d'un personnel qualifié pour un bon suivi des grossesses et des accouchements
- Assurer la spécialisation des pédiatres en pédopsychiatrie et en neuropédiatrie
- Mettre en place avec un plateau technique adapté dans nos structures sanitaires pour une meilleure prise en charge des accouchements
- Octroyer les moyens suffisants pour la prise en charge des nouveaux nés avec souffrance cérébrale
- Extension des structures de prise en charge des déficients mentaux

2. Au corps médical

- Assurer une meilleure prise en charge de la grossesse et de l'accouchement par un recyclage des sages femmes et une assistance médicale des accouchements
- Prise en charge rapide et adéquate des pathologies de l'enfant

3. A L'AMALMEME :

- Se doter d'un personnel qualifié et compétent dans la prise en charge tant sur le plan rééducation que nutritionnel des déficients mentaux

4. Aux populations

- prendre conscience de l'importance des CPN qui permettent de détecter les facteurs étiologiques pendant la grossesse
- Consulter rapidement les structures médicales en cas d'affection fébrile chez les enfants
- Accepter le handicap, seul garant d'une prise en charge.

IX. BIBLIOGRAPHIE

- 1 Amiel - Tison, Claudine**
L'enfant nouveau-né, un cerveau pour la vie ; Ann Steward Paris ;
INSERM, 1995; 7377; 339

- 2 Amiel - Tison, Claudine**
La surveillance neurologique au cours de la première année de la vie ;
Masson, 1985

- 3 Armelle, O. K. F**
Facteurs de risque de survenue de la déficience intellectuelle chez l'enfant.
Thèse med Bamako 2008

- 4 Bates, B**
Guide de l'examen clinique de l'enfant
3eme édition, Arnette, 569

- 5 Bagayoko, N**
Pronostic materno -fœtal des grossesses non suivies à propos d'une étude
cas- témoin dans le service de gynéco obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré.
Thèse med 2004

- 6 BEDNAREK, NATHALIE ; MOTTE, JACQUES.**
Epilepsie et retard psychomoteur
Epileptic Disorders : 2004, 6 (No.spécial), 17-21

- 7 Cans, C et All**
Aetiological finding and associated factors in children with severe mental
retardation

Developmental medicine and child neurology 1999, 41: 233-239

8 COLASSON, FRANCIS

**Pathologies périnatales et anténatales à l'origine d'un handicap mental.
Concours med:2002,124, Fasc18, 1219-1223**

9 Coulibaly. B

**Grossesse et accouchement à risque au centre de santé de référence de la
commune IV du district de Bamako. Thèse med 1995**

10 Coulibaly, F. M. T

**Aspects epidemio- cliniques de l'accouchement prématuré dans le service de
gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune II
du district de Bamako. Thèse med 2005**

11 Diallo, F. D

**H T A et grossesse dans le service de gynéco obstétrique du C H U Gabriel
Touré. Thèse med 2008**

12 Doumbia. M. K

**H T A et grossesse : pronostic materno-fœtal à propos de348 cas de 2000 à
2003.Thèse med 2006**

**13 Enquête AMALDEME / Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie
1987**

14 Francoual, Christine; Bouillée, Jacques; Huraux-Renda, Christiane

Pédiatrie en maternité, 2e édition, Flammarion med science 1999, 171-182

15 Gesell, A

Le jeune enfant dans la civilisation moderne, P.U.F, 1980, 58-64

16 Grenier, B ; Gold, F

**Abrégés du développement et maladies de l'enfant. Edition Masson 1986
Abrégés de pédiatrie, 4eme édition Masson-Paris, Milan 1986, 523-538**

17 Grenier, B et Coll.

**Pédiatrie en poche
3eme édition.doin. Editeurs-Paris 34-35**

18 Holenweg-Gross, Cécile

**Evaluation de l'état nutritionnel d'une population de 72 enfants
polyhandicapés et de son impact sur l'état de santé et la qualité de vie,
Lausanne. CHU Vaudois, 2007 ; 51p**

**19 [http:// fr.wikipedia. org/ wiki/oligophr %C3 %](http://fr.wikipedia.org/wiki/oligophr%C3%A9nie) Agnie retard mental
24/12/2008**

20 [http:// www. Trisomie21-92. fr](http://www.Trisomie21-92.fr)

21 [http:// loeillet.Chez-alice.fr/html/ladeficience.htm](http://loeillet.Chez-alice.fr/html/ladeficience.htm) en date du 12/01/2007

22 ILLINGWORTH, R.S

L'enfant normal, Masson1985, 20-28

23 Lyon, G ; Evrard, P

Neuropédiatrie, 2^e édition Masson- Paris, 2000

24 MELLIER, DANIEL ; BRUN, PHILLIPE

**Régulation émotionnelle et retard mental
Handicap : 2004 ; Fasc. 101-102, 19-31**

- 25 Moraine, Claude**
Déficience mentale : exploration visant au conseil génétique
[http:// college-genetique. Igh. Cnrs.fr/Enseignement/genformclin/deficment.html](http://college-genetique.igh.cnrs.fr/Enseignement/genformclin/deficment.html)
- 26 Mouillard, Arnaud ;**
6e édition de la journée nationale de la trisomie21 « [http://hern.overbloq.com/ 24/12/2008](http://hern.overbloq.com/24/12/2008)
- 27 OMS publication offset n°86 :**
L'arriération mentale : un défi à relever, OMS, GENEVE1986, 8-15
- 28 Organisation mondiale de la santé**
Préventions primaires des troubles mentaux, neurologiques et psychosociales. Edition organisation mondiale de la santé, Genève1999 ; 9-18
- 29 Peudenier, Sylviane**
Développement et examen neurologique de l'enfant. Rennes : Institut mère enfant, Hôpital du sud, 1999-6p
- 30 PORTES, V .DES ; LIVET, M.O ; VALLEE, L et le groupe de travail de la SFNP sur les retards mentaux.**
Démarche diagnostic devant une déficience mentale de l'enfant en 2002
Arch. pediatri 2002 ; 7 ; 709-25
- 31 Sangaré, F.K**
Grossesses et accouchement à risque dans le service de gynéco obstétrique de l'hôpital du point G : 723 cas. Thèse med 1997
- 32 Pr Tounian, P; Richardet, J.M**
Développement psychomoteur de l' enfant- élément d'appréciation
Orientation diagnostic devant un retard intellectuel ; Université Pierre et Marie Curie, La science et Paris, Faculté de Médecine. Mise à jour Juillet

1998,172-182

33 TABARKI, B ; THABET, F; YACOUB, M ; SELMI, H; ESSOUSSI, A .S

Le retard mental chez l'enfant

Revue maghrébine de pédiatrie:1999, 9, 4 ,171-174

34 Waigalo, C.A.K.A

**Etude du retard psychomoteur dans le service de pédiatrie du CHU Gabriel
Touré à propos de 60 cas. Thèse med Bamako 2006**

Fiche d'Enquête

I. IDENTIFICATION

Nom : Rang dans la Fratrie :

Prénoms : Résidence des Parents :

Age (mois) : Ethnie :

Sexe : Masculin Féminin

II. ANTECEDENTS

A. ANTECEDENTS DU PERE

Nom :Prénoms :

Profession :

Age : Ethnie :

Niveau d'instruction : Primaire Secondaire
Supérieur Aucun

ANTECEDENTS MEDICAUX

Diabète : Hémoglobinopathies :

Asthme : HTA :

Autres : Aucun :

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

Oui Non

B. ANTECEDENTS MATERNELS

Nom : Prénoms :

Profession :

Age : Ethnie :

Niveau d’instruction : Primaire Secondaire
Supérieur Aucun

ANTECEDENTS MEDICAUX

Diabète : Hémoglobinopathies :
Asthme : HTA :
Autres : Aucun :

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

Oui Non

ANTECEDENTS GENYCO – OBSTETRICAUX

Gestité : Parité :

Accouchement prématuré : ... Avortement :

Cesarienne :

Nombre d'enfants vivants ... Nombre d'enfants décédés :

■ **GROSSESSE ACTUELLE**

➤ **SUIVI DE LA GROSSESSE**

• **NOMBRE DE CPN**

CPN \geq 4

CPN $<$ 4

➤ **TERME A L'ACCOUCHEMENT**

Prématuré :

Terme :

Post terme :

➤ **DEROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT**

Eutocique :

Dystocique :

Césarienne :

➤ **LIEU DE L'ACCOUCHEMENT**

Hôpital :

CSREF :

CSCOM :

Domicile :

Autre(s) :

C. ANTECEDENTS PERSONNELS

Notion d'embryo-foetopathie :	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Souffrance Cérébrale Néonatale :	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Convulsions fébriles :	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Ictère néonatale :	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Infections Néonatales :	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
ATCD de Méningite :	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
ATCD de Neuropalu :	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Autres :	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

III. CONSANGUINITE DES PARENTS

Oui Non

IV. HISTOIRE DE LA MALADIE

.....
.....
.....

V. EXAMEN CLINIQUE DE L'ENFANT

Etat général :

Poids :

Taille :

Périmètre crânien :

Quotient intellectuel de développement :

VI. LE RETARD EST – IL HOMOGENE OU HETEROGENE ?

A. HOMOGENE

Oui Non

B. HETEROGENE

Trouble du comportement :	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Trouble du langage :	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Déficit moteur :	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Déficit intellectuel :	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

Autres :

.....

VII. PATHOLOGIES ASSOCIEES

Oui Non

VIII. LE SUIVI DE L'ENFANT A L'AMALDEME

Kinésithérapie :

Ergothérapie :

Psychomotricité :

Etude de la déficience mentale chez les enfants de 3 à 60 mois.

Orthophonie :

Education Spécialisée

FICHE SIGNALETIQUE

NOM : **LELLI**

PRENOM : Safiatou

TITRE : Etude de la déficience mentale chez les enfants de 3 à 60 mois au
CMPE de l'AMALDEME

ANNEE DE SOUTENANCE : 2009

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOT : bibliothèque de la FMPOS

RESUME :

Il s'agit d'une étude rétrospective ayant porté sur 339 enfants âgés de 3 à 60 mois ; inclus au CMPE de l'AMALDEME pour déficience mentale.

Une analyse de nos résultats a permis les précisions suivantes :

- Les enfants de moins 24mois sont les plus concernés
- Les garçons étaient plus nombreux que les filles
- Les causes les plus fréquentes étaient : la souffrance cérébrale néonatale et les infections
- La microcéphalie était presque constante
- **Mots clés** : déficience mentale, enfant, CMPE

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et jure au nom de l'être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.

Etude de la déficience mentale chez les enfants de 3 à 60 mois.

-