

## DIAGNOSTIC DU RETARD MENTAL CHEZ L'ENFANT DANS LA VILLE DE KINSHASA

*Robert TWELA MWAY-LINS, Professeur*

*Université pédagogique Nationale, Psychologue et psychothérapeute au Centre Médical de Kinshasa (CMK) et au Centre Congolais de l'Enfant et de la Famille (CCEF), République Démocratique du Congo*

*Ruth BUKABAU BABUYA, Professeur*

*Université de Kinshasa, Psychologue clinicienne, République Démocratique du Congo*

### **Résumé**

Cet article sur le retard mental, élaboré sur base d'entretiens semi-dirigés avec les parents ou tuteurs des enfants présentant un retard mental, nous a permis, pour la première fois dans notre pays la République Démocratique du Congo en général, et dans la ville de Kinshasa en particulier, de poser le diagnostic scientifique de ce trouble. La population s'est toujours fiée au diagnostic transculturel du retard mental, où l'enfant ayant ce trouble est considéré comme fruit de la sorcellerie, de mauvais sort ou de punition divine.... Ce qui entraîne la stigmatisation de ce dernier et la recherche de l'auteur de cet acte, le privant par ce fait, toute possibilité des apprentissages scolaire ou éducationnel.

Les résultats obtenus dans cette étude nous ont permis d'identifier les éventuelles étiologies responsables du trouble, de choisir les outils d'évaluation appropriés à partir des hypothèses de présomption, qui sont les tests d'intelligence et l'échelle du comportement adaptatif ainsi que de poser un diagnostic spécifique fonctionnel, tenant compte des critères de diagnostic respectif, du degré de sévérité du trouble ainsi que de l'aspect culturel dudit trouble.

**Mots-clés :** Retard mental ; Diagnostic ; enfant ; Kinshasa.

### **Abstract**

*This article on mental retardation, developed on the basis of semi-structured interviews with the parents or guardians of children with mental retardation, allowed us, for the first time in our country the Democratic Republic of Congo in general, and in the city of Kinshasa in particular, to make the scientific diagnosis of this disorder. The population has always relied on a cross-cultural diagnosis of mental retardation, in which the child with this disorder is considered to be the fruit of witchcraft, bad luck or divine punishment.... This leads to the stigmatization of the latter and the search for the perpetrator of this act, depriving him by this fact, any possibility of school or educational learning.*

*The results obtained in this study allowed us to identify the possible etiologies responsible for the disorder, to choose the appropriate assessment tools based on the assumptions of presumption hypotheses, which are the intelligence tests and the scale of adaptive behavior as well as to make a specific functional diagnosis, taking into account the respective diagnostic criteria, the degree of severity of the disorder as well as the cultural aspect of the disorder.*

**Keywords:** Mental retardation; Diagnosis; child; Kinshasa.

### **Abstrato**

*Este artigo sobre deficiência mental, elaborado com base em entrevistas semidirigidas com pais ou responsáveis de crianças com deficiência mental, permitiu-nos, pela primeira vez no nosso país a República Democrática do Congo em geral, e na cidade de Kinshasa em particular, para fazer o diagnóstico científico desta doença. A população sempre contou com o diagnóstico transcultural de retardo mental, onde a criança com esse transtorno é considerada fruto de feitiçaria, má sorte ou castigo divino.... Isso leva à estigmatização deste último e à busca do autor desse ato, privando-o de qualquer possibilidade de aprendizagem escolar ou educacional.*

*Os resultados obtidos neste estudo permitiram identificar as possíveis etiologias responsáveis pelo transtorno, escolher os instrumentos de avaliação adequados a partir das hipóteses presuntivas,*

que são os testes de inteligência e a escala de comportamento adaptativo, bem como fazer um diagnóstico funcional específico, levando em consideração os respectivos critérios diagnósticos, o grau de gravidade do transtorno, bem como o aspecto cultural do referido transtorno.

**Palavras-chave:** Retardo mental; Diagnóstico; filho ; Kinshasa.

#### **Resumen**

*Este artículo sobre retraso mental, elaborado a partir de entrevistas semidirigidas a padres o tutores de niños con retraso mental, nos ha permitido, por primera vez en nuestro país la República Democrática del Congo en general, y en la ciudad de Kinshasa en particular, para hacer el diagnóstico científico de este trastorno. La población siempre ha confiado en el diagnóstico transcultural de retraso mental, donde el niño con este trastorno es considerado fruto de la brujería, la mala suerte o el castigo divino.... Esto conduce a la estigmatización de este último ya la búsqueda del autor de este hecho, privándolo así de toda posibilidad de escolarización o aprendizaje educativo.*

*Los resultados obtenidos en este estudio permitieron identificar las posibles etiologías responsables del trastorno, elegir las herramientas de evaluación adecuadas a partir de las hipótesis presuntivas, que son los tests de inteligencia y la escala de conducta adaptativa, así como realizar un diagnóstico funcional específico, teniendo en cuenta los respectivos criterios diagnósticos, el grado de severidad del trastorno así como el aspecto cultural de dicho trastorno.*

**Palabras llave:** Retraso mental; Diagnóstico; niño; Kinsasa.

# DIAGNOSTIC DU RETARD MENTAL CHEZ L'ENFANT DANS LA VILLE DE KINSHASA

*Robert TWELA MWAY-LINS, Professeur*

*Université pédagogique Nationale, Psychologue et psychothérapeute au Centre Médical de Kinshasa (CMK) et au Centre Congolais de l'Enfant et de la Famille (CCEF), République Démocratique du Congo*

*Ruth BUKABAU BABUYA, Professeur*

*Université de Kinshasa, Psychologue clinicienne, République Démocratique du Congo*

## Introduction

Le retard mental est l'un des troubles du développement habituellement diagnostiqué pendant la première enfance, la deuxième ou l'adolescence. Handicap majeur le plus fréquent, sa prévalence a été estimée de 1 à 3 % en 2014, avec en moyenne 2 pour 1000 enfants dans le monde (DSM-V, 2014 et DSM-5, 2015). Ce trouble affecte les facultés intellectuelles de l'enfant dans divers domaines de son développement, entre autres celui du langage, de la motricité, de la socialisation et de la cognition.

Le retard mental, comme le dit si bien le mot, repose sur la responsabilité du cerveau qui, lui, est protégé par les méninges, le crâne, la peau et les cheveux. Ainsi, il apparaît inopportun de désigner un sujet comme présentant un retard mental, en ne se référant qu'à la couleur de ses cheveux, à l'orientation de son crâne, à sa capacité de se mouvoir, aux difficultés de langage verbal ou non verbal, expressif ou réceptif, au manque de dextérité et à son sens d'exécuter un ordre, à ses échecs scolaires à répétition, à la disposition des éléments de sa face, excepté dans le cas de la trisomie 21.

En République Démocratique du Congo en général et à Kinshasa en particulier, le diagnostic du retard mental n'a été posé que de manière aléatoire, variant d'une tribu à l'autre et d'une conception à l'autre (diagnostic transculturel). A ce sujet, Montreuil (2000) utilise le concept de « culturellement normatif ». Ce qui suppose l'intégration de la dimension culturelle dans le retard mental.

Dans cet article porté sur le diagnostic du retard mental chez l'enfant dans la ville de Kinshasa, nous soulevons la problématique du diagnostic scientifique dudit trouble. Il s'agit d'une question touchant la santé mentale d'une personne, mais avec des répercussions au niveau de la famille, de l'école et de la communauté toute entière. Les retentissements sont susceptibles de franchir les barrières tribales, claniques et constituer un objet d'étonnement dans tout le village. De nombreuses questions sont suscitées par les parents, des éducateurs et des professionnels autour de l'origine du trouble.

Selon Blancher (1984), Il y a, à l'annonce du handicap, une crise initiale marquée par un état de choc et un déni de la réalité, accompagnée souvent par une phase de désorganisation émotionnelle intense, avec sentiment de culpabilité vécu par les parents (pourquoi moi ?, c'est peut-être de ma faute qu'un enfant pareil soit né). De ce handicap survient des difficultés de développement d'attachement réciproque, une estime de soi faible et une dévalorisation de ses compétences naturelles.

Cet article a pour objectif de poser le diagnostic du retard mental en République Démocratique du Congo en général, et dans la ville province de Kinshasa en particulier, parmi les premières études dans le domaine, entrepris au sein de la population congolaise (enfants) ainsi que les étiologies à risque identifiées. Ce qui pourront nous aider à établir une comparaison avec les données des systèmes des classifications internationales de troubles (ex : CIM-10, 2015 et DSM-5<sup>R</sup>, 2015).

Nous avons travaillé avec une population de 148 enfants porteurs du retard mental habitant la ville province de Kinshasa. De cette population, nous avons tiré un échantillon aléatoire simple de 62 enfants grâce à la technique de l'urne, par tirage avec remise des numéros correspondant à leurs dossiers respectifs.

Comme technique de récolte des données, nous avons utilisé les instruments de collecte des données anamnestiques de chaque enfant, complétées par les batteries de deux tests d'intelligence dont le test de Wisc-R (Wechsler, 2005) pour les enfants dont l'âge chronologique a varié entre 7 ans à 17 ans 11 mois ainsi que le test non verbal de Borel Maisonny (Borel, 1985) pour ceux dont l'âge a varié entre 3 ans à 6 ans. Nous avons également utilisé l'Échelle d'Inventaire de Progrès du Développement Social (EIPDS) ou Progress Assessment Chart of Social and Personal development (PAC) (Fontaine et Magerotte, 1973) pour évaluer le niveau du comportement adaptatif, pour les deux catégories d'âge.

Comme technique d'analyse des données, nous avons utilisé le pourcentage des fréquences observées ainsi que le calcul de  $\chi^2$ , appuyé par les systèmes de classifications internationales et cliniques a-théorique, dont le DSM-5 (2015) et la CIM-11 (2015), en vue de confronter nos résultats obtenus.

## **1. Éléments de contexte sur le retard mental**

Selon l'OMS, dans sa Classification Internationale des Maladies (CIM-11, 2015), le retard mental est défini comme un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé essentiellement par une insuffisance des facultés qui déterminent le niveau global de l'intelligence, notamment les fonctions cognitives, le langage, la motricité, et les performances sociales.

L'Association Américaine pour le Retard Mental (AAMR, 1992), le retard mental est un état de réduction notable du fonctionnement actuel d'un individu, caractérisé par un fonctionnement intellectuel général significativement inférieur à la moyenne. Ce fonctionnement s'accompagne des limitations significatives dans le comportement adaptatif dans au moins deux des secteurs d'aptitudes dont : la communication, l'autonomie, la vie domestique, les aptitudes sociales et interpersonnelles, mise à profit les ressources de l'environnement, les responsabilités individuelles, l'utilisation des acquis scolaires, le travail, les loisirs, la santé et la sécurité (Association des Psychiatres Américains, APA, DSM-5, 2015). Ces caractéristiques doivent être présentes avant l'âge chronologique de 18 ans.

### *Perception du retard mental à Kinshasa*

La difficulté dans la compréhension du retard mental réside dans la complexité des manifestations qui le caractérisent, et surtout dans leur expression clinique. Son diagnostic appelle à des spéculations et à des diverses interprétations à caractère tribal. On peut lire une

adhésion massive de la population à des explications parfois sensationnelles, tendant malheureusement à mettre en danger la vie de la personne porteuse du handicap mental, qu'il faut encore déterminer qui l'est et qui ne l'est pas.

Dans notre précédent article, nous avons soulevé la problématique du diagnostic transculturel du retard mental dans notre pays. Les répercussions au niveau social sont susceptibles de créer de véritables conflits, allant jusqu'au rejet de la victime. Partant de la conception africaine, les questions sur l'homme ont, depuis toujours, fait l'objet de grandes investigations scientifiques, surtout par les anthropologues, les sociologues, les psychologues et tant d'autres.

En Afrique comme en République Démocratique du Congo en général et à Kinshasa en particulier, surtout en milieu rural, la vie est l'une des valeurs dont tous les membres cherchent à en bénéficier, tout en restant dans la normalité. C'est plus au travers des rapports sociaux que la vie a effectivement un sens. C'est pourquoi, l'on entretient la provenance à la souche de base du clan et à la tribu par le renforcement des appellations telles que : cousin(e), oncle, tante, etc.

Au sein de ces rapports, des relations entre les vivants d'une part, font que l'un ne puisse vivre qu'avec l'autre, par l'autre, pour l'autre et en constante référence à l'autre : « dans notre clan, la tribu ou l'ethnie n'admet nullement tel acte ou tel autre, notre forêt et de l'autre côté ; il ne faut pas aller chasser dans celle-là, même si quelqu'un d'autre t'invite au risque d'être maudit et avoir des cas de handicap ; il faut vous marier dans telle famille et pas dans telle autre... Il y a donc des principes préalablement établis, des orientations auxquelles l'on est obligé de souscrire. La transgression de l'un des principes ou orientation est considérée comme une hérésie, une faute susceptible d'entraîner vers une pathologie ou une souffrance. Les rapports entre les vivants d'une part et les morts d'autre part, conduisent les africains à entretenir divers types de rapports avec des objets différents. Ils entretiennent des liens avec le génie, le totem, les ancêtres et autres. Parfois il existe des rapports privilégiés avec un animal : « si vous touchez le chat, selon notre tribu, vous aurez de la galle... ».

Partant desdits rapports, tout ce qui sort de l'ordinaire est tout de suite considéré comme une punition, un mauvais sort, dont il faut trouver obligatoirement l'auteur, ou quelqu'un sur qui devait retenir l'attention des sages, des féticheurs ou autre dans la recherche d'une thérapie appropriée.

Selon Boelaert cité par Mukau (2006), « le muntu saisit la causalité suivant sa métaphysique réaliste. Les noirs suivent les principes de causalité de leur philosophie de force. Cette philosophie des bantous repose sur une évidence externe, l'autorité et la force de vie dominante des ancêtres, en se reposant en même temps sur l'évidence interne de l'expérience de la nature et des phénomènes vitaux, faites de leur point de vue ».

Selon Pierre Erny (1987), le respect de la coutume, des prescriptions des ancêtres et celles des aînés sont fondamentales pour l'africain. En cas de défaillances vis-à-vis de certaines règles, la coutume prévoit des sanctions voire des rites pour réparer la faute commise.

En ce qui concerne le retard mental, la vraie cause de la survenue du trouble est ignorée, comme dit précédemment. C'est vrai que la procréation rend absolument complémentaire l'homme et la femme. Mais la présence du trouble est sujet d'une frustration, d'une incertitude du lendemain, d'un vécu traumatisant avec des ruminations mentales en permanence chez les parents.

Selon Mukau (2006), dans les sociétés traditionnelles africaines, les enfants sont les bourgeons de la société, et chaque naissance est comme le début des pluies. Cela veut dire que « la vie jaillit et la communauté prospère ».

Pour Munzele (2001), l'enfant « vient des morts » et fait revivre l'ancestralité. La naissance constitue en soi un événement attendu par tous, parce qu'elle signifie que tout le monde a été satisfait du processus. Une nombreuse progéniture est la garantie de la perpétuité. La stérilité, au contraire, condamne sans équivoque à la mort sans retour.

L'auteur renchérit que « la naissance d'un enfant avec handicap, par contre, intrigue les deux familles ainsi que les parents, parce qu'il faudra en trouver l'auteur. C'est le sens de la punition infligée à la famille, par les ancêtres, à cause du non-respect des principes du lignage ».

La naissance d'un enfant ne concerne pas seulement ses parents, mais un grand nombre de membres de sa famille, selon Munzele (2001), les vivants comme les morts. Mais lorsque l'enfant issu de cette naissance présente des problèmes, un handicap ou un trouble, c'est le village entier qui est alerté. La famille se lance dans la recherche de savoir « le pourquoi » du problème chez l'enfant. De façon surnoise, cela correspond à la recherche de l'auteur de l'acte. Viendra ensuite la recherche de la raison ayant causé le dit trouble, et enfin le « comment », qui est la détermination du processus de résolution du problème, qui n'est rien d'autre que la thérapie traditionnelle.

Pour le retard mental, la cause est à chercher parmi les membres de la famille, parmi les parents, les membres du clan etc. C'est dans cette optique que nous avons voulu, à travers cette recherche, poser le diagnostic scientifique du retard mental dans la ville de Kinshasa, capitale de la république, en vue de faire bénéficier au patient, victime du trouble et de la stigmatisation une prise en charge psychoéducative appropriée.

Certains troubles, de caractère apparent, facilitent la présomption du diagnostic. C'est le cas par exemple, des troubles moteurs où l'identification est facilitée à l'œil nu à cause de la difficulté dans la mobilité d'un membre ou d'un muscle à la suite d'une paralysie, d'une amputation, d'une malformation orthopédique...

Dans la plupart des cas, il est difficile de comprendre de quoi il s'agit à cause du fait que le déficit n'est généralement pas apparent. Toutefois, les données cliniques peuvent faciliter la mise en évidence de certaines manifestations en termes de symptômes, dont il faut cependant toujours relativiser, parce que n'étant pas l'apanage du seul retard mental.

Le retard mental est une idée, un état, un syndrome, un symptôme, une source de douleur et de confusion pour de nombreuses familles. Certaines personnes, qui se rallient à la conception étio-pathogénique sociale du handicap, manifestent parfois une attitude de peur face au retard mental de leur enfant, liée aux pratiques d'envoutement, surtout lorsqu'il s'agit d'un professionnel de sexe féminin et enceinte. Cette dernière se recroqueville dans la prière permanente, en raison de son comportement jugé à priori anormal, craignant ainsi une sorte de contamination ou de mutation. La présence d'un enfant à problème ou avec un handicap vient ternir l'image de certains parents nantis. C'est pourquoi il est parfois caché à la maison. Selon Malanda Dem (1994), « le handicap est au départ un problème fait chair. Il existe et vit en marge de la société, dans quelque culture que ce soit, soit par son intelligence accusant trop d'écart par rapport à la moyenne de la population, soit par son caractère qui le met en marge de la conscience normale de la société. L'attitude à son égard est que le handicap est un état de gêne qui n'est pas traité comme les autres ».

Ne pas être traité comme les autres suppose trois types d'attitude : le rejet psychologique, la déshumanisation et la suppression physique de la personne victime de ce handicap. Dans l'autre sens, le mariage entre parents se voit même menacé de voler en éclat : les époux s'accusant mutuellement dans la responsabilité du trouble de l'enfant.

Toutefois, la plupart des parents ont pour motivation première, lorsque l'enfant atteint l'âge de la scolarité, de l'inscrire soit en maternelle ou en première année primaire selon le programme d'enseignement national en RDC. Ces parents étant majoritairement des croyants, se réfèrent à la parole biblique tirée d'une part de Proverbe 17 :6, qui sous-tend que « *les petits-enfants sont une couronne des vieillards, et les pères sont la gloire des enfants* », et d'autre part du Psaume 127 :3 qui soutient que « *l'héritage que l'éternel donne, ce sont des fils ; les enfants sont une récompense* ».

Cet héritage que l'éternel donne est interprété différemment par les parents lorsqu'il présente un handicap en général, et un retard mental en particulier. Néanmoins, la majorité de ces derniers s'insurge contre cette situation qui leur paraît plus comme une punition divine, car elle ne voit pas comment cette catégorie d'enfants pouvait être leur soutien pendant leur vieillesse. D'où, la remise en cause de leurs convictions religieuses, allant même jusqu'à renier leur foi en Dieu. D'autres, encore préfèrent envoyer à l'école les enfants dits normaux parce qu'ils voient en eux l'accomplissement ultérieur du message biblique.

Avoir un enfant présentant un retard mental est donc un motif de désespoir, d'inquiétude, d'angoisse, de frustration pour les parents. Or toute frustration engendre de l'agressivité (Combaluzier, 2012). Cette agressivité est dictée consciemment ou inconsciemment par l'intensité de la violence du traumatisme psychique et du vécu situationnel.

Cependant, de nos observations il ressort, lors de l'orientation des enfants présentant des problèmes pour un bilan psychologique, en provenance de différents milieux de prise en charge dans la ville de Kinshasa, qu'aucun diagnostic précis n'a déjà été posé. C'est pourquoi, notre étude se veut parmi les toutes premières dans ce domaine, du reste peu développé. Raison pour laquelle, l'absence d'un diagnostic scientifique a servi de base à certains acteurs sociaux pour se fixer des objectifs plutôt pécuniaires que pédagogiques. Notamment les « *églises de réveil* » qui disent aux parents que cet enfant est envouté, qu'il faut des consultations prophétiques et des jeûnes agressifs pour chasser les démons. Cette situation a toujours entraîné des conséquences multiples, non seulement sur la qualité de vie de cette catégorie d'enfants, mais également de celle de leurs familles respectives.

Malgré les différentes pratiques traditionnelles mises en place pour traiter l'enfant porteur du retard mental, aucune des tribus ne reconnaît guérir le retard mental, sauf protéger la famille contre les forces maléfiques et le risque de récurrence du trouble. C'est le mobile qui nous a poussé d'entreprendre une étude pour poser le diagnostic du retard mental.

## **2. Cadre d'analyse sur le retard mental**

### *Terminologie*

Selon Sebastian (2011), les termes utilisés pour définir les personnes présentant un retard mental ont beaucoup évolué au cours du temps. Au XIX<sup>e</sup> siècle, les personnes ayant un retard

mental moyen ou grave étaient qualifiées d'idiots ou débiles, alors que celles qui présentaient un retard léger étaient appelées imbéciles ou débiles légers.

Pour Binet, cité par Mirabail (1992), était désigné par idiot, tout enfant qui n'arrivait pas à communiquer par la parole avec ses semblables. C'est-à-dire qui ne pouvait ni exprimer verbalement sa pensée, ni comprendre la pensée verbalement exprimée par d'autres, alors que ni un trouble de l'audition, ni un trouble des organes phonateurs ne pouvait expliquer cette pseudo-aphasie, liée entièrement à une déficience intellectuelle. Il a renchéri, disant que si on se rappelle qu'un enfant normal de deux ans sait comprendre la parole d'autrui et se faire comprendre par autrui, pour ses besoins les plus simples, on verra que la distinction entre l'idiot et le normal sera facile.

Pour le même auteur, était désigné imbécile, tout enfant qui ne parvenait pas à communiquer par écrit avec ses semblables, c'est-à-dire qu'il ne pouvait nullement exprimer sa pensée par l'écriture, ni pour lire l'écriture ou l'imprimer, ou plus exactement comprendre ce qu'il lit, alors qu'aucun trouble de la vision ou aucune paralysie motrice du bras n'expliquerait la non-acquisition de cette forme de langage, un défaut d'acquisition lié à une déficience intellectuelle. Donc, on ne pourra reconnaître un enfant comme imbécile que lorsqu'on l'aura accordé beaucoup plus que le temps normal pour apprendre à lire et à écrire.

Dans le contexte de notre enseignement en République Démocratique du Congo, le temps accordé chez un enfant présentant le retard mental peut correspondre à la période d'une année de scolarité, c'est-à-dire dix mois. En général, un enfant qui, au bout de deux ans d'école correspondant à un degré (élémentaire, moyen ou terminal), ne sait pas encore ses lettres a des chances de rester imbécile.

Le terme *oligophrénie* s'utilisait pour un retard mental grave. Il n'y a toujours pas de consensus clair sur le(s) terme(s) à utiliser. A ceux de « retard mental » et de « handicap mental » s'ajoutent, par exemple, les termes d'« arriération mentale » ou de « déficience intellectuelle ».

L'oligophrénie, concept plus utilisé par l'école russe, résulte d'un quelconque facteur pathologique externe qui trouble le développement normal du cerveau, selon Luria *et al.* (1974). Bon nombre de travaux ont révélé que l'oligophrénie pouvait survenir comme effet d'infection, d'intoxications, ou de troubles du métabolisme du cerveau fœtal en cours de développement. L'oligophrénie pouvait aussi résulter, dans certains cas, d'autres conditions pathologiques du développement intra-utérin. Très souvent, le développement normal du cerveau est perturbé par des traumatismes susceptibles d'atteindre le cerveau pendant l'accouchement. On pouvait citer, parmi les exemples, l'utilisation des forceps inadéquats, une délivrance entraînant une hémorragie cérébrale ou une asphyxie puerpérale prolongée de l'enfant, et conduisant à une souffrance fœtale. Il y a aussi certains cas diagnostiqués oligophrènes, où des très jeunes enfants ont souffert d'une intoxication provoquée par une dyspepsie chronique ou ont subi des traumatismes dans les premiers mois de la vie. Donc, l'oligophrénie survient soit à la suite d'une lésion de l'embryon, soit à la suite d'une lésion du système nerveux central dans les premiers stades du développement de l'enfant.

Généralement, on distingue deux types de modifications anatomiques chez l'oligophrène : l'une est caractérisé par le sous-développement du cerveau, en l'occurrence un développement inadéquate caractérisé par des épisodes convulsives, un nombre réduit des



couches corticales, une distribution incorrecte des cellules de ces couches, un nombre réduit de cellules nerveuses pouvant survenir chez un enfant dont l'âge chronologique s'étend avant six mois à cause d'un marasme aigu, un sous-développement de la substance blanche, l'apparition d'éléments cellulaires dans la substance blanche, etc.

L'Association des Psychiatres Américains (APA), dans le Manuel de diagnostic et statistiques des troubles mentaux (DSM-5) ainsi que l'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans (CIM-11), emploient néanmoins le terme « Retard mental ». Ce terme « retard mental » s'applique le plus souvent au moment de la scolarité. Dans la plupart de cas, avant cette période, on utilise plutôt l'expression retard du développement, quand l'évaluation du quotient intellectuel est possible. Cette évaluation permet de préciser le degré de retard mental.

#### *Les étiologies probables du retard mental*

Partant de la littérature scientifique, le retard mental présente plusieurs étiologies probables qui sont identifiées parmi les causes biomédicales, sociales, comportementales et éducationnelles. On citera, parmi elles :

- Les causes biomédicales

Les causes biomédicales sont de multiples ordres. Pendant la période prénatale, nous pouvons citer : les désordres chromosomiques, l'âge des parents (trop avancé), les désordres métaboliques, le désordre d'un gène, la maladie de la mère et la perturbation génétique cérébrale.

Pendant la période périnatale, nous pouvons citer : la prématurité, les accouchements dystociques et les blessures de naissance, qui peuvent être liés à la mauvaise utilisation de certains instruments tels que la ventouse ou le forceps...

Pendant la période postnatale, nous citerons : les blessures traumatisantes de suite de traumatisme crânien, les désordres dégénératifs, la malnutrition et les encéphalopathies.

- Les causes sociales

En ce qui concerne les causes sociales pendant les différentes périodes du développement, en l'occurrence pendant la période prénatale, nous citerons : la pauvreté, le manque d'accès aux soins prénatals, la malnutrition maternelle et la violence domestique.

Pendant la période périnatale nous citons principalement, le manque d'accès aux soins périnatals. Pendant la période postnatale, nous retrouvons : les mauvaises relations entre adultes et enfants, les maladies chroniques familiales, le manque de stimulation suffisante, l'institutionnalisation et la pauvreté familiale.

- Les causes comportementales

Parlant des causes comportementales, nous pouvons citer, pendant la période prénatale: l'alcoolisme ou la drogue des parents pendant cette période, l'immaturation parentale ainsi que les parents fumeurs, plus particulièrement la mère.

Pendant la période périnatale, il y a : l'irresponsabilité des parents ainsi que l'abandon de l'enfant par les parents, principalement la mère, et pendant la période postnatale, il y a les abus de l'enfant, la dépravation des mœurs, la violence domestique, les difficultés comportementales et l'insuffisante mesure de sécurité de l'enfant.

- Les causes éducationnelles

Les causes éducationnelles sont multiples. Mais pendant la période prénatale, il y a les parents avec faible niveau cognitif, et leur impréparation. Les gènes peuvent se transmettre dès la conception.

Pendant la période néo ou périnatale, nous citerons principalement, la tardive intervention du service des accoucheuses. Et pendant la période postnatale, il y a le niveau trop bas des parents, l'inadéquation de service, le retard du diagnostic, l'inadéquation de service d'intervention et l'inadéquation du soutien familial, qui sont le plus cités.

La prévention ou la prophylaxie consiste à observer les différentes causes afin de capitaliser les chances de son côté, de ne pas favoriser le développement d'un enfant porteur du retard mental.

#### *Théories justificatives du retard mental*

Après avoir rassemblé les données pendant plusieurs années, Lambert (1986) affirme que toute discipline scientifique est à la recherche d'une série de lois générales dont la cohérence peut déboucher sur la construction d'un modèle théorique. Actuellement, certaines théories peuvent se dégager de l'ensemble des recherches sur le retard mental.

Ces théories sont spécifiques, en ce qu'elles sont directement issues de l'expérimentation chez les arriérés mentaux. Il s'agit entre autres de la théorie déficitaire, de la théorie développementale et du modèle comportemental.

- Théorie déficitaire

Cette théorie sous-entend que le retard mental diffère du normal tant quantitativement que qualitativement, car il y a la présence d'un déficit. Les arriérés mentaux ou ceux ayant un retard mental, présentent un comportement retardé lorsqu'ils sont comparés à des sujets normaux d'âge chronologique identique. La recherche a pour vocation de relever et de décrire ces différences.

La majorité des chercheurs de l'approche déficitaire ont élaboré leurs propres modèles explicatifs, très souvent basés sur des analogies physiologiques, comme le disent Luriane (1961), Zeaman et House (1963), cités par Lambert (1986.p.105-106).

- Théorie développementale

D'après cette théorie, la différence entre le retard mental et le normal est essentiellement quantitative. Elle s'appuie sur la théorie selon laquelle le développement cognitif de l'enfant porteur d'un retard mental est caractérisé par une progression plus lente, mais identique à celle du normal. C'est-à-dire que cela progresse selon la même séquence de niveaux cognitifs. La position développementale émet l'hypothèse selon laquelle il n'existe pas de différence dans le développement cognitif formel entre arriéré mental et le normal appariés sur la base d'un niveau cognitif général.

De Grand Mont (1995) affirme que la déficience intellectuelle n'est pas une maladie, elle est un état permanent de la personne. Selon Werner (1991.p.108), certains font la confusion entre le « retard mental » et la « maladie mentale ». Mais ce sont deux choses très différentes. Une personne souffrant de la maladie mentale peut avoir une intelligence normale ou très développée, et peut faire des études. Mais, à la suite des expériences angoissantes ou des maladies affectant son cerveau, son comportement devient étrange ou encore il y a la présence d'une atteinte organique (organicité).

- Modèle comportemental

Le retard mental dérive de l'analyse expérimentale du comportement telle que développée par Skinner, ou conditionnement opérant. Le modèle comportemental, ou behavioriste de l'arriération mentale a été élaboré par Bijou, cité par Lambert (1986).

Dans le behaviorisme, de multiples perspectives sont apparues et qui sont censées présenter une explication de la raison pour laquelle le comportement s'est présenté de telle ou telle autre manière. Cette explication est souvent conçue comme un processus de conditionnement dans lequel deux stimuli sont associés, de telle sorte que l'un d'eux neutre, acquiert les propriétés d'un autre appétitif ou aversif basé sur la répétition de son association (conditionnement classique), ou en ce que cette relation se produit entre la conduite du comportement et ses conséquences appétitives ou aversives (conditionnement opérant). Mills (2000). Une de ces perspectives est le behaviorisme empirique, défendu par d'autres auteurs.

Partant du behaviorisme empirique de Bijou, de ses propositions et de ses caractéristiques, il est impérieux de reconnaître qu'il existe de nombreux paradigmes et courants théoriques qui ont existé en psychologie au cours de l'histoire, tous centrés sur l'étude de la psyché et du comportement humain (et animal), selon des approches très différentes. Parmi ces courants, les plus connus au niveau populaire sont probablement le courant cognitiviste, le comportementaliste et le psychanalyste, ainsi que les courants psychodynamiques (la théorie systémique, la Gestalt et les courants humanistes et intégrateurs). Mais dans chacun de ces paradigmes, on peut trouver diverses théories permettant de différencier les sous-types du courant théorique en question. En ce qui concerne le behaviorisme, l'une de ses variantes, bien que reprenant les idées du behaviorisme opérant, est le behaviorisme empirique et l'analyse comportementale du développement de Bijou.

L'approche behavioriste est importante à prendre en considération, non à cause de son efficacité à décrire l'étiologie de l'arriération mentale, mais pour son approche fonctionnelle du comportement retardé, approche ayant entraîné la mise au point d'un courant d'intervention dit « Modification du comportement ou Behavior Modification ». Cette approche s'affirme aujourd'hui comme l'une des plus utiles pour l'éducation des sujets présentant un retard mental.

Selon Mboma Mighion (2005), les thérapies comportementales cherchent à modifier, à améliorer des comportements jugés inadéquats ou inadaptés. Elles constituent par-là, des processus où les comportements observables sont modifiés par l'application systématique des techniques basées sur la théorie de l'apprentissage et de la recherche expérimentale.

Le retard mental ou l'arriération mentale a longtemps été défini par le déficit intellectuel, en ne se basant que sur des tests de quotient intellectuel (Q.I) pour la déterminer (Blanchet, 1980). Ces tests de quotient intellectuel sont des tests standardisés où, à la suite d'échantillonnages scientifiquement établis, on a déterminé que la moyenne de la population a un quotient intellectuel de 100. Ce qui a conduit à l'élaboration d'une courbe de répartition du fonctionnement intellectuel dans la population dite courbe de Gauss (Lazar et Schwartz, 1967).

Selon l'OMS, dans sa Classification Internationale des Maladies (CIM-10, 2015), le retard mental est défini comme un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé essentiellement par une insuffisance des facultés qui déterminent le

niveau global de l'intelligence, notamment les fonctions cognitives, le langage, la motricité, et les performances sociales.

Selon American Association on Mental Retardation (AAMR, 1992) et la Version Révisée du DSM-5<sup>R</sup> (2015), le retard mental est un état de réduction notable du fonctionnement actuel d'un individu, caractérisé par un fonctionnement intellectuel général significativement inférieur à la moyenne. Ce fonctionnement doit s'accompagner de limitations significatives du fonctionnement adaptatif dans au moins deux des secteurs d'aptitudes parmi lesquels: communication, autonomie, vie domestique, aptitudes sociales et interpersonnelles, mise à profit des ressources de l'environnement, responsabilités individuelles, utilisation des acquis scolaires, travail, loisirs, santé et la sécurité (Association des Psychiatres Américains, APA, DSM-5, 2015) . Les caractéristiques doivent être présentes avant l'âge chronologique de 18 ans.

Selon Luckasson et al. (1992), le retard mental est un état dans lequel on observe des limites au niveau de l'intelligence conceptuelle, pratique et sociale. Les classifications internationales des troubles donnent également des directives pour le diagnostic (CIM -10, 2015).

Selon l'OMS (1994), l'intelligence n'est pas la seule faculté qui détermine le retard mental. Son évaluation repose sur l'appréciation d'un grand nombre de facultés différentes, plus ou moins spécifiques. Chez un individu donné, ces facultés se développent en général simultanément et atteignent un niveau comparable ; il peut toutefois y avoir des discordances importantes dans ce développement, en particulier chez les sujets présentant un retard mental.

Pour Fuster et Jeanne (2004), les personnes qui souffrent d'un retard mental sont victimes de perturbations du développement. Elles ont des détériorations des fonctions cognitives telles que la perception, l'attention, la mémoire et la pensée.

Selon Guessibia et al. (2011), Le retard mental est le handicap majeur le plus fréquent, dont la prévalence est de 1 à 3% dans la population générale. Les progrès récents en cytogénétique et en biologie moléculaire ont permis d'identifier de nombreux gènes responsables du retard mental, notamment dans les formes autosomiques.

Pour Rondal (1985), on parle du handicap mental, d'arriération, de retard mental ou de déficience mentale, lorsque tout individu a un niveau général de façonnement intellectuel (mesuré au moyen du QI) inférieur à plus de deux standards à la moyenne de la population et dont le comportement adaptatif présente un déficit démontrable.

Nous constatons que toutes les définitions des auteurs ci-dessus énumérés convergent et reprend la description de l'enfant présentant le retard mental.

Un retard mental grave peut s'accompagner d'un handicap important dans un domaine déterminé (par exemple : le langage), mais avec des facultés relativement développées dans un autre domaine (par exemple : celui des tâches Visio-spatiales simples). Ceci pose problème lorsqu'on cherche à classer un sujet dans un sous-groupe déterminé de retard mental selon le degré de sévérité.

L'évaluation du niveau intellectuel doit prendre en considération toutes les informations disponibles, en particulier, les résultats de l'examen clinique, les capacités adaptatives (en tenant compte du contexte socioculturel du sujet), et les résultats des tests psychométriques. Le diagnostic repose sur la présence d'une réduction du fonctionnement intellectuel, à l'origine d'une diminution des capacités d'adaptation aux exigences quotidiennes de l'environnement social. La présence d'un autre trouble surajouté influence significativement le tableau clinique et sur l'usage que le sujet peut faire de ses facultés. Le choix de la catégorie

appropriée de retard mental repose sur une évaluation globale des aptitudes, et non pas sur celle d'une déficience ou d'une faculté spécifique.

Nous soutenons la définition du retard mental qui tient compte non seulement du niveau intellectuel, mais aussi du comportement adaptatif. Notre expérience dans la pratique en clinique a montré qu'il existe des enfants qui ne présentent qu'un déficit du point de vue intellectuel mais pas sur le plan du comportement adaptatif.

### *Epidémiologie*

Le taux de prévalence du retard mental se situe approximativement autour de 1 à 3 %, comme dit précédemment avec Guessibia N. et al. Ce chiffre varie beaucoup selon les études compte tenu des différentes définitions utilisées, des différentes méthodes d'évaluation ainsi que des différentes populations étudiées. Il est estimé qu'il y a 1,6 garçon pour 1 fille.

Parmi le cent pour cent de la population des sujets présentant une déficience intellectuelle, 85 % sont dans une déficience intellectuelle légère, 10 % une déficience moyenne, 3 à 4 % présentent une déficience grave et 1 à 2 % une déficience profonde.

### *Quotient Intellectuel*

Le quotient intellectuel est le résultat d'un test psychométrique qui, lorsqu'il est corrélé avec les autres éléments psychologiques, entend fournir une indication quantitative standardisée liée à l'intelligence abstraite.

La construction des tests de QI est totalement empirique, le résultat est considéré comme simplement indicatif de difficultés cognitives de l'enfant. Il constitue surtout un classement d'un individu par rapport à une population donnée, et ne renseigne que son écart par rapport à la norme. Il doit être évalué à l'aide de tests d'intelligence standardisés, passés de façon individuelle, et adaptés aux normes culturelles locales.

Selon Blanchet (1980), on s'est rendu compte que le calcul du QI seul ne tenait pas, compte tenu de deux facteurs importants dans l'appréciation de l'arriération mentale :

- a. les facteurs d'erreur dans l'appréciation des tests d'intelligence. Il est admis que les variations allant de +1 à -10 peuvent se glisser dans la détermination du QI. Ceci est lié tant aux dispositions du sujet à évaluer qu'à des facteurs socioculturels comme la race, la pauvreté, etc.
- b. les tests de QI ne tiennent pas compte de la capacité d'adaptation d'un individu, son potentiel d'autonomie et ses capacités de communication et de socialisation.

On doit sélectionner un test d'intelligence adapté au niveau de fonctionnement de l'individu et à certains déficits spécifiques (p. ex. un trouble du langage de type expressif, un trouble auditif ou une anomalie physique).

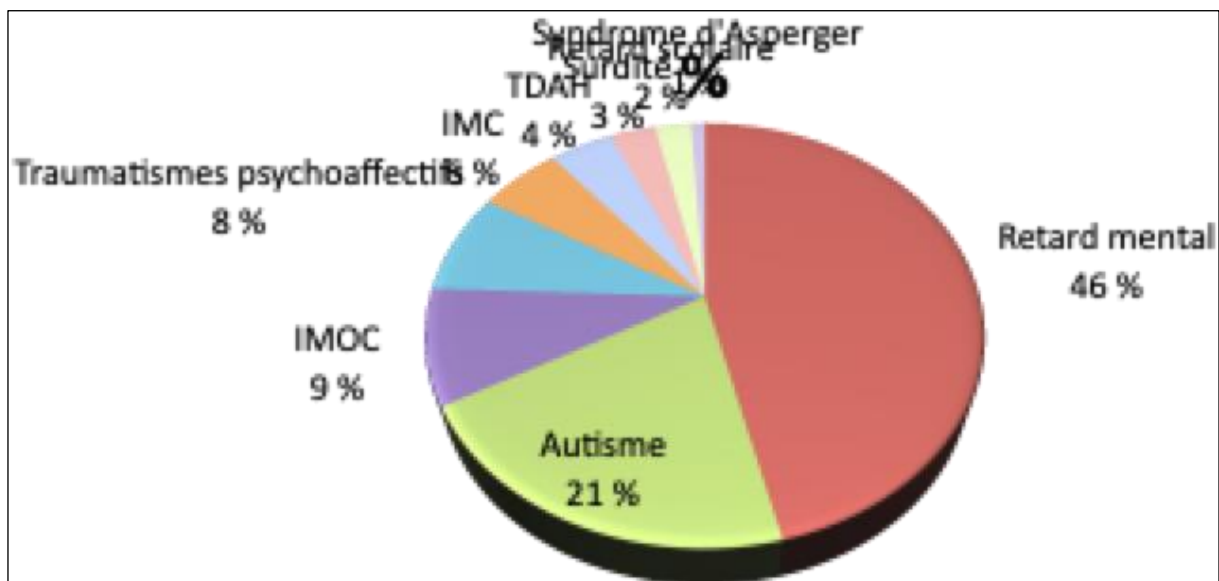
Plusieurs niveaux de QI sont proposés pour guider le diagnostic ; on doit les utiliser avec souplesse et tenir compte des problèmes de validité transculturelle. En plus, le QI n'est qu'un indice du développement mental. Il permet de situer le sujet dans la catégorie diagnostique correspondante. Il ne peut pas être considéré comme une fin en soi. La prudence à laquelle nous faisons allusion consiste à ne pas stigmatiser l'enfant à vie mais se servir de cet indice comme base de réflexion aux stratégies d'aide.

### **3. Principaux résultats**

Les résultats obtenus dans cette étude ont été présentés en tenant compte de plusieurs données dont : le pourcentage de différents troubles des cas d'enfants reçus en consultation

psychologique de manière générale, révélant l'importance du pourcentage élevé des cas ayant de retard mental. Ce qui a justifié à suffisance l'importance d'étudier le retard mental. De la population d'étude des enfants avec retard mental s'en est suivi les caractéristiques de l'échantillon ; les plaintes des parents formulées lors de la recherche du diagnostic ; l'identification des facteurs étiologiques de 62 enfants ; les résultats aux tests d'intelligence de ces cas ; leurs résultats à l'échelle du comportement adaptatif ainsi que le pourcentage des cas du retard mental identifié, partant de leur degré de sévérité.

Figure 1 : Pourcentages de différents troubles identifiés dans la population d'étude de 320 enfants



Le graphique ci-dessus révèle d'une part, que parmi les 320 enfants consultés, ceux ayant présenté un retard mental ont connu un pourcentage élevé par rapport aux autres troubles, soit 46,25%. D'où l'importance de mener une étude là-dessus. Ce trouble accompagne également les enfants porteurs de l'autisme dans 75 à 80% de cas et ceux porteurs d'Infirmité Motrice d'origine Cérébrale (IMOC) dans 100% des cas.

D'autre part, et au regard des différents pourcentages sur le graphique, nous constatons que les enfants ayant présenté le retard mental ont plus consulté par rapport aux autres. Tous ces autres cas sont malheureusement considérés comme ayant un retard mental en RDC, faute d'un diagnostic spécifique.

A côté du retard mental, nous trouvons des troubles tels que : l'autisme 21% d'enfants, l'infirmité motrice d'origine cérébrale (IMOC) 9% d'enfants, le traumatisme psychoaffectif 8% d'enfants, l'infirmité motrice cérébrale (IMC) 6% d'enfants, le trouble déficit d'attention et hyperactivité (TDAH) 4% d'enfants, la surdité 3% d'enfants, le retard scolaire 2% d'enfants ainsi que le syndrome d'Asperger, qui est l'autisme de haut niveau 1% d'enfants.

#### *Caractéristiques de l'échantillon*

Les auteurs comme Pires (1997), Mialaret (1996) et Meyers et al. (2008), considèrent l'échantillon comme un nombre réduit des participants extraits de la population de référence. Dans cette population de 148 enfants, comme développé ci-dessus, présentant un retard

mental, nous avons tiré un échantillon aléatoire simple de 62 enfants. Les caractéristiques de cet échantillon se présentent comme suit :

Tranche d'âge	Sexe				Total	%
	Masculin	%	Féminin	%		
4 à 5,11 ans	3	8,11	2	8	5	8,01
6 à 7,11 ans	6	16,22	1	4	7	11,29
8 à 9,11 ans	10	27,03	3	12	13	20,97
10 à 11,11 ans	2	5,41	5	20	7	11,29
12 à 13,11 ans	8	21,62	6	24	14	22,58
14 à 15,11 ans	3	8,11	4	16	7	11,29
16 à 17,11 ans	2	5,41	3	12	5	8,07
18 à 19,11 ans	3	8,11	1	4	4	6,45
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

La lecture du tableau ci-dessus se fait à deux niveaux. Le premier, c'est par rapport au genre (sexe) des sujets de l'échantillon, et le second, par rapport aux tranches d'âges.

- **Par rapport au genre (sexe) :**

Nous avons constaté qu'il y a eu 59,7% des sujets de sexe masculin qui ont été retenus dans l'échantillon contre 40,32% des sujets de sexe féminin.

- **Par rapport aux tranches d'âges :**

Sur les 59,68% de sujets de sexe masculin retenus dans l'échantillon, 27,03% ont été identifiés dans la tranche d'âge comprise entre 8 et 9,11 ans, et 21,62% dans celle comprise entre 12 et 13,11 ans. Une concentration de sujets de sexe masculin se dégage dans les tranches d'âge comprises entre 8 et 9,11 ans ainsi que 12 et 13,11 ans. Cela a une double raison :

Sur les 40,32% de sujets de sexe féminin retenus dans l'échantillon, 24% ont été identifiés dans la tranche d'âge comprise entre 12 et 13,11 ans ; 20% dans celle comprise entre 10 à 11,11 ans et 16% dans celle comprise entre 14 et 15,11 ans.

La concentration des sujets de sexe féminin dans les tranches d'âge comprises entre 12 et 13,11 ans peut avoir les mêmes raisons que celles évoquées chez les garçons.

- **Par rapport au genre (sexe) et aux tranches d'âges**

Sur les 100% des sujets de sexe masculin et féminin retenus dans l'échantillon, 22,58% ont été identifiées dans la tranche d'âge comprise entre 12 et 13,11 ans contre 20,97% dans celle

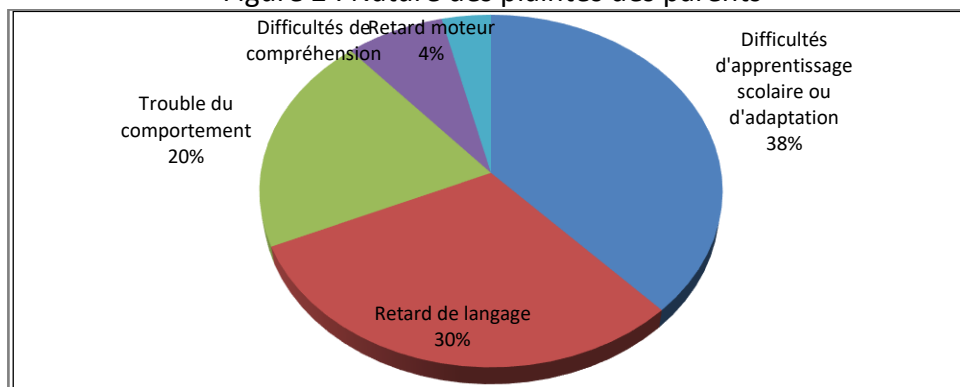
comprise entre 8 et 9,11 ans. La concentration des sujets dans la tranche d'âge allant de 12 à 13,11 ans et entre 8 et 9,11 ans trouve les mêmes justificatifs.

Aussi, cela justifie le retard dans la scolarisation desdits sujets, à cause probablement des considérations ethno-tribales des parents, qui sont liées en premier lieu à l'exorcisme, à une guérison immédiate. Les mauvaises performances enregistrées pendant la scolarité en sont une autre raison.

### *Plaintes des parents*

Les différentes plaintes formulées par les parents de 62 enfants avec retard mental ont été regroupées dans les catégories principales suivantes : le retard de langage, les difficultés liées aux apprentissages scolaires, les troubles de comportement, le retard psychomoteur et les difficultés de compréhension.

Figure 2 : Nature des plaintes des parents



Parmi les plaintes formulées par les parents, 38% sont liées aux difficultés d'apprentissage scolaire. Ces plaintes ont été exprimées en ces termes : « l'enfant ne sait ni lire, ni écrire, ni calculer ; ne connaît pas la monnaie, ne s'applique pas en classe, ne veut pas aller à l'école, joue seul à l'école, semble présenter plus de l'agressivité à l'école... ». Mirabail (1992), a relevé cet aspect de chose, en notant que dans l'étude de mécanismes sociaux et économiques, en ce qui concerne les difficultés mentales chez l'enfant, la catégorie culturelle qui préside à l'apparition de la déficience intellectuelle est l'échec scolaire. Cela met donc en lumière la modalité selon laquelle se saisit culturellement la déficience intellectuelle. Elle se saisit par référence à l'école. Voilà pourquoi dans cette recherche, les difficultés d'apprentissage scolaire ont la fréquence la plus élevée parmi les plaintes formulées par les parents.

La seconde plainte a été celle relative au retard de langage tant verbal que non verbal, expressif que réceptif, impliquant aussi les troubles d'articulation chez 30% d'enfants.

Pour le langage verbal expressif, les parents ont formulé comme plainte : « l'enfant ne parle pas, il n'exprime pas ses besoins clairement, il ne communique que par des mots phrases etc. ». En ce qui concerne le langage non verbal expressif : « il peut faire un geste qui n'exprime rien du tout, des gestes parfois inappropriés ». Concernant le langage verbal réceptif : « on peut envoyer l'enfant à la maison pour aller chercher la cuillère, mais il revient avec un caleçon, on peut lui donner un crayon et une feuille et on lui dit d'écrire quelque chose, mais il se met à déchirer la feuille ou à mettre le crayon dans la bouche ». Pour le langage non verbal réceptif : « il ne répond pas au message lui transmis par geste ».

Les troubles du comportement ont été identifiés à la hauteur de 20%. Parmi ces troubles de comportement, les parents ont cité : « taper les autres (l'agressivité), les absences, parler sans



se fatiguer (verbalisme), il est toujours debout et en mouvement (hyperkinésie et instabilité) ; les difficultés de compréhension ont été identifiées à la hauteur de 8% des cas.

Les quatre plaintes expliquent les difficultés relevées par les parents au niveau de la scolarité de l'enfant. Les deux premières plaintes constituent en elles seules 68% des principales inquiétudes des parents.

#### *Identification des facteurs étiologiques*

Après l'analyse des étiologies dans les trois périodes du développement de 62 enfants à savoir : la période prénatale, néonatale et la période postnatale, nous avons retenu celles jugées éventuellement responsables du retard mental à cause de leur implication dans le dit trouble. Ci-dessous les résultats :

<b><i>Etiologie</i></b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Souffrance fœtale	44	42,72
Neuropaludisme	15	14,56
Trisomie 21	9	8,74
Epilepsie	7	6,80
Méningite	6	5,83
Malformation congénitale	3	2,91
Prématurité	3	2,91
Malnutrition de l'enfant	3	2,91
Fermeture tardive de la fontanelle	3	2,91
Bronchopneumonie	2	2,3
Convulsions	2	2,3
Ictère néonatale	2	2,3
Atteinte lombaire	1	1,94
Rougeole	1	1,94
Traumatisme Psychoaffectif	1	1,94
Microcéphalie	1	1,94
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100</b>

Nous observons un pourcentage élevé de la souffrance fœtale ou asphyxie perpartale comme étiologie à risque majeure chez les enfants ayant présenté le retard mental soit 42,72%, suivie du neuropaludisme 14,56%, puis de la trisomie 21 8,74%, de l'épilepsie et la méningite classées parmi les encéphalopathies infantiles (Kashama wa Kashama, 1994), identifiées respectivement à 6,80 % et 5,83 % de sujets.

Nous constatons un total de 103 sujets, supérieur au nombre retenu dans l'échantillon. Parce qu'il y a certains sujets qui ont présenté 2 ou 3 étiologies à risque, et nous les avons retenus dans chacune des catégories.

- Résultats aux tests d'intelligence de 62 enfants partant des catégories diagnostiques

Catégories Diagnostiques	WISC-R		Borel Maisonnny	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
<b>RML</b>	18	32,73	5	71,43
<b>RMM</b>	23	41,82	1	14,29
<b>RMG</b>	12	21,82	1	14,29
<b>RMP</b>	2	3,64	0	0
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

Partant des catégories diagnostiques, nous constatons que sur 100% des enfants qui ont été évalués :

- à l'échelle du WISC-R : 41,82% ont présenté un retard mental moyen ou modéré, contre 32,73% pour le retard mental léger, 21,82% un retard mental grave ou sévère et 3,64% un le retard mental profond.
- Au test de Bonhomme, 40,32% d'enfants ont présenté un retard mental moyen ou modéré, contre 35,48% un retard mental léger, 20,97% un retard mental grave ou sévère et 3,23% un retard mental profond.
- Au test non verbal de Borel Maisonnny, 71,43% d'enfants ont été catégorisés dans le retard mental léger, contre 14,29% comme présentant un retard mental moyen ou modéré et 14,29% dans celle dite grave ou sévère. Il n'y a pas eu de cas présentant un retard mental profond.

Nous constatons une concentration des sujets dans la catégorie de retard mental moyen ou modéré pour les deux premiers tests, dont celui du Wisc-R et de Bonhomme, offrant ainsi une même tendance pour les restes des catégories diagnostiques.

Ce constat nous amène à la conclusion selon laquelle il existe une corrélation entre les trois tests d'intelligence, au regard des résultats obtenus à partir des catégories diagnostiques présentées.

- Résultats à l'échelle du comportement adaptatif de 62 enfants

Nous avons utilisé, pour l'évaluation du comportement adaptatif, l'échelle EIPDS ou PAC comme décrit précédemment. Les données recueillies se présentent de la manière suivante :

Secteur de développement	Niveau du comportement adaptatif	f	%	Total cumulé
<b>Autonomie</b>	S'habiller et se déshabiller	33	16,92	<b>42,56 %</b>
	Hygiène corporelle	37	18,97	
	Occupation	2	1,03	
	Motricité	11	5,64	
<b>Communication</b>	Langage	38	19,49	<b>20,52 %</b>
	Hypoacousie	2	1,03	
<b>Socialisation</b>	Jeu social	2	1,03	<b>1,03 %</b>
<b>Cognitif</b>	Difficultés scolaires	41	21,03	<b>21,03 %</b>
<b>Comportement</b>	Trouble du comportement	29	14,87	<b>14,87 %</b>
<b>Total</b>		<b>195</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

- Du point de vue de l'autonomie

Il y a eu un pourcentage élevé des enfants ayant présenté des problèmes liés à l'autonomie relative à l'hygiène corporelle (se brosser les dents, se laver le corps, se peigner les cheveux...) soit 18,97%, suivi de l'autonomie liée à l'habillement et au déshabillage (les vêtements, les chaussures...), 16,92% ; 1% ont été identifiés comme ayant des problèmes dans l'autonomie liée à l'occupation (aide aux travaux de ménage...).

Les enfants avec un retard mental ont présenté des difficultés majeures liées à l'autonomie tant personnelle que résidentielle. Dans le cas de notre étude, nous notons un total cumulé de 42,56%, supérieur par rapport à ceux ayant présenté des problèmes dans d'autres secteurs du développement.

- Dans le domaine cognitif

Les difficultés se sont plus manifestées dans les acquisitions des matières scolaires, lorsque l'enfant ne réussit pas à l'école, tant à l'oral que par écrit, soit 21,03% d'enfants. En calcul, pour ceux dont le développement cortico-cérébral a été effectif, il doit connaître le comptage, la reconnaissance de chiffre, la reconnaissance des nombres, l'identification terme à terme ainsi que les quatre opérations simples, dont l'addition, la soustraction, la multiplication et la division.

- Dans le domaine de la communication

Dans ce domaine, soit que l'enfant a connu un retard dans l'acquisition du langage verbal expressif, soit qu'il a présenté des troubles dans l'apprentissage même de ce langage.

L'hypoacousie dans ce domaine de la communication est un handicap surajouté. C'est-à-dire que certains enfants ayant présenté le retard mental ont été identifiés aussi comme porteurs d'un handicap surajouté, qui est la surdité partielle. 20,52 % de sujets ont présenté des problèmes liés à la communication.

- Dans le domaine du comportement

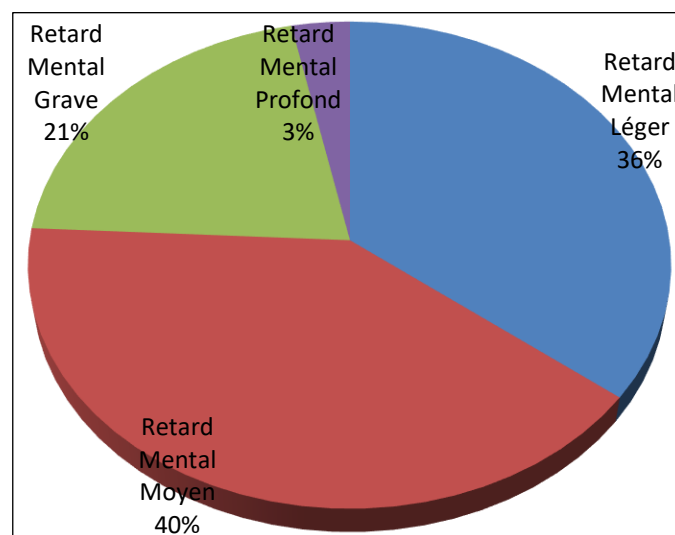
Nous constatons que 14,87% d'enfants avec un retard mental ont présenté des problèmes de comportement, entre autres : l'hyperkinésie, l'instabilité psychomotrice, l'apathie et les crises de colère ainsi que le Trouble Déficit de l'Attention et Hyperactivité (TDAH).

- Dans le domaine de la socialisation

Des problèmes au niveau des jeux sociaux ont été présentés par 1,03% d'enfants. Ils ne voulaient pas s'associer aux autres pour jouer. Ce pourcentage serait relatif aux cas du retard mental profond identifié aux tests de Wisc-R et au Bonhomme.

Au regard des catégories diagnostiquées, le pourcentage des cas du retard mental chez les enfants évalués se présente dans le graphique comme suit :

Figure 3 : Retard mental par niveau



Les enfants ayant présenté le retard mental moyen ont été identifiés à 40% contre 36% de ceux qui ont été identifiés avec un retard mental léger, 21% avec un retard mental grave. Ce qui revient à dire qu'il y a eu plus des sujets avec retard mental moyen qui ont consulté par rapport aux autres catégories.

## Conclusion

Nous constatons, qu'en fin de tout processus et malgré toutes les considérations transculturelles, que la survenue du retard mental est consécutive à une étiologie généralement bien précise, excepté quelques cas dont l'étiologie reste le plus souvent sans précision.

Comme le souligne l'association des psychiatres américains dans Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5<sup>R</sup> 2015.), que le handicap intellectuel existe dans toutes les ethnies et cultures. Que la connaissance des éléments culturels est indispensable pendant l'évaluation, car on devra tenir compte du contexte ethnique, culturel et linguistique du sujet ; de ses expériences réussies et de son fonctionnement adaptatif au sein de son cadre culturel et communautaire.

Les pratiques traditionnelles utilisées à cet effet ne pourraient qu'avoir une signification psychologique, ne consistant qu'à se défouler de la peur, d'une incertitude du lendemain, de l'étonnement et d'une angoisse dans l'acceptation de la différence, interprétée en termes de « protection de la famille contre le risque de récurrence, ou contre les forces maléfiques ». Pour notre part, et tenant compte des résultats de nos recherches portant sur le « diagnostic du retard mental » dans la ville de Kinshasa, il a été démontré que le retard mental, en tant que trouble du développement de l'enfant et de l'adolescent, a plusieurs étiologies. Ces facteurs sont identifiés et sont regroupés parmi les causes tant biomédicales, sociales, comportementales et éducationnelles, pendant les trois périodes du développement de l'enfant dont : la période prénatale, la période néonatale ainsi que la période postnatale comme nous les avons identifiées précédemment.

Le diagnostic du retard mental tel que présenté est un long processus, s'inscrivant dans le cadre de bilan psychologique. Elle débute par l'identification des facteurs étiologiques, qu'il faut rechercher plus dans les trois périodes du développement du sujet, dont la période prénatale, néonatale et postnatale, enfin de poser un diagnostic étiologique. Les hypothèses de présomption guideront le choix de matériel d'évaluation tenant compte de critères de diagnostic des troubles, afin de déboucher sur un diagnostic spécifique ou fonctionnel. Pour les cas du retard mental nous concernant, l'évaluation du niveau intellectuel et du comportement adaptatif a été appropriée en fonction des critères de diagnostic dudit trouble.

Nous pensons qu'avec le diagnostic du retard mental posé dans notre pays en général, et dans la ville de Kinshasa en particulier, et ce pour la première fois, les évaluations systématiques seront proposées pour tout enfant soupçonné porteur du dit trouble, compte tenu des résultats obtenus, afin de spécifier ceux ayant un retard mental isoler et de mettre en place des stratégies de prise en charge psychoéducatives appropriées. Cette étude vient éclairer la lanterne en ce qui concerne le besoin « éducatif » de cette catégorie d'enfants, dans la mesure où, la maîtrise des données du diagnostic du retard mental est susceptible d'ouvrir la voie d'apprentissage dans le cadre de l'éducation inclusive. Car, ce diagnostic pourra permettre l'élaboration d'un programme d'apprentissage spécifique et intégratif.

## Références bibliographiques

- AMERICAN ASSOCIATION ON MENTAL RETARDATION. (2002). *Mental Retardation. Definition, Classification, and Systems of Support*. 10th Edition. Washington : D.C.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5 R)*. Paris : Elsevier Masson SAS.
- BERGERET J. (2008). *Psychologie pathologique. Théorique et clinique. 10ème Edition*. Paris: Elsevier Masson S.AS.
- BLANCHER J. (1984). *Sequential stages of parental adjustment to the birth of a child with handicap: Fact or artifact?* Vol.4. n° 1.
- BLANCHET A. (1980). *L'arriération mentale*. Canada : Gaëtan Morin & associés Itée, Canadap. P :373 – 392/
- BOREL M.S. (1985). *Langage oral et écrit*. Paris :Delachaux et Niestlé.
- COMBALUZIER S. (2012). *Introduction à la psychopathologie de l'adulte*. Paris : Université de Rouen.
- DE GRAND MONT N. (1995). *Pédagogie du jeu : jouer pour apprendre. Du normal au déficient*. Québec : Logiques.
- FONTAINE P.J. ET MAGEROTTE.G. (1973). *Inventaire des progrès du développement social*. Forme 1. Louvain (Belgique) : Centre de psychopathologie de l'enfant et d'orthopédagogie.
- GOODENOUGH F.L. (1926). *Measurement of intelligence by drawings*. New york :
- GUNZBURG M.A. (1977). *Progress Assessment Chart of social and personal development*. Belgique : université de Louvain.
- LAMBERT J.L. (1986). *Introduction à l'arriération mentale*. Bruxelles :Mardaga 2ème édit.
- LAZAR P., SCHWARTZ D. (1967). *Eléments de probabilités et de statistique*. France : Flammarion. p : 86.
- LUCKASSON R. ET AL. (1992). *Mental retardation. Définition, classification, and systems of supports*, (9th edition). Washington, DC : American Association on Mental Retardation.
- LURIA (1974). *L'enfant retardé mental*. Toulouse : Privat.
- MALANDA DEM. A. (1994). *L'enfant déficient mental*. Revue zaïroise pour la sauvegarde de l'enfance. Kinshasa : Bon Départ. P.2.
- MBOMA M.A. (2005). *Comment modifier les comportements sociaux difficiles en milieux scolaires: Fondement et Pratique*. Kinshasa : PUC.
- MILLS, J. A. (2000). *Contrôle: une histoire de la psychologie comportementale*. New York : Presse universitaire de New York.
- MIRABAIL M. (1992). *Les difficultés mentales chez l'enfant*. Toulouse : Privat.
- EBWEL M. (2006). *Diagnostic et intervention auprès des enfants présentant de l'autisme en République Démocratique du Congo*, Thèse de Doctorat en psychologie. Gand : Université de Gand.
- MUZELE M.J.M. ( 2001). *Conception de l'univers chez les Ambuun*. Bastidiana. 33-34 ; 179-192.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (1994). *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. CIM-10/ICD-10. Genève & Paris :OMS & Masson.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS).(2015). *Classification Internationale des troubles Mentaux et des troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. CIM-11/ICD-11. Genève & Paris :OMS & Masson.
- RONDAL J.A. (1985). *Langage et communication chez les handicapés mentaux*. Bruxelles : Mardaga.
- SEBASTIAN S. (2011). *Medicine - Mental Retardation* : Article, MD.

- SMITH D. & WILSON A.A. (1976). *L'enfant trisomique 21: mongolisme*. Paris : Centurion. p : 13 – 27.
- TWELA MWAY-LINS R. (2018). *Diagnostic du retard mental et apprentissages chez l'enfant en République Démocratique du Congo*. Thèse de doctorat unique. Brazzaville : Université Marien Ngouabi. ENS.
- WECHSLER D. (2005). *Echelle d'intelligence de WECHSLER pour enfants et adolescents*. WISC IV. 4e édition. Paris : ECPA.
- Werner D. (1991). *L'enfant handicapé au village*. Lyon : 2,CRTT. Lumière.