

LES RETARDS PSYCHOMOTEURS AU CENTRE DE GUIDANCE INFANTILE D'ABIDJAN (CÔTE D'IVOIRE)

DELAYS PSYCHOMOTOR IN CHILD GUIDANCE CENTER OF ABIDJAN (CÔTE D'IVOIRE)

BISSOUMA A-C¹, TÉ BONLÉ DIAWAR M.²

Centre de guidance infantile, Institut National de Santé Publique de CÔTE D'IVOIRE BP V 47
Abidjan

1- Pédiopsychiatre, attaché de recherche, doctorante UTRPP-EA 4403 (UP13/FRANCE)

2- Pédiopsychiatre, chargé de recherche

Correspondant: Dr Bissouma A-C/ Pédiopsychiatre, attaché de recherche/annabissouma@yahoo.fr
Tel: + 225 07 06 36 63/01 BP 4741 Abidjan 01

RESUME

Contexte : En Côte d'Ivoire, le Centre de Guidance Infantile est le centre de référence dans la prise en charge des troubles psychopathologiques infanto-juvéniles. Sur une période de 6 ans (2000-2005), 44,7% des enfants consultaient pour un retard du développement psychomoteur (RPM).

Objectifs : l'objectif de l'étude était de décrire les RPM et d'en analyser les causes et la prise en charge.

Matériels et méthodes : Nous y avons mené une étude rétrospective de type exploratoire et descriptif portant sur 103 enfants couplé à un entretien prospectif avec un échantillon de 15 parents.

Résultats : 61% des enfants avaient moins de 2 ans. 57,3% étaient de sexe masculin. 72,8% des patients avaient des antécédents neurologiques dominés par les convulsions (45,6%). Les retards de langage étaient les plus fréquents (64%), le retard dans l'acquisition motrice était de 36,8%. 89,3% des retards étaient liés à une étiologie d'origine neurologique avec 86,4% de comitativité. Concernant la prise en charge, l'examen le plus souvent demandé était l'électroencéphalogramme (EEG) dans 93,2% avec 88,3% de tracé électrique perturbé. La prise en charge thérapeutique était médicale et rééducative dans 90,2%.

Conclusion : les RPM sont le plus souvent dus à des atteintes neurologiques. La prise en charge permet d'obtenir des résultats satisfaisants.

Mots-clés : Développement psychomoteur, Retards psychomoteurs, Neurologie, Épilepsie, Côte d'Ivoire

SUMMARY

Background: In Ivory Coast, the Child Guidance Center is the center of reference in support of infant and child psychopathology. Over a period of 6 years (2000-2005), 44.7% of children treated for delayed psychomotor development (RPM).

Objectives: The objective of the study was to describe the RPM and to analyze the causes and management.

Materials and methods: We conducted a retrospective descriptive exploratory in nature and involving 103 children coupled with an interview with a prospective sample of 15 parents.

Results: 61% of children were under 2 years. 57.3% were male. 72.8% of patients had a history dominated by neurological seizures (45.6%). Language delays were most frequent (64%), the delay in acquiring motor was 36.8%. 89.3% of delays were related to a neurological etiology with 86.4% of seizures. Concerning the care, examination most often asked was the electroencephalogram (EEG) in 93.2% with 88.3% drawing power disrupted. The management was medical and rehabilitative therapy in 90.2%.

Conclusion: RPM are most often linked to neurological damage. Management achieves satisfactory results.

KEY WORDS: Motor development delays, Neurology, Epilepsy, Ivory Coast ,

INTRODUCTION

Le développement psychomoteur du nourrisson et du petit enfant est le reflet de la maturation normale du cerveau, modelée par les interactions avec l'environnement. Les retards psychomoteurs sont des retards des différentes acquisitions psychomotrices du nourrisson (station assise, marche, langage...). Il s'agit d'un véritable frein au développement de l'enfant et à son épanouissement dans la société. Ils sont d'origine diverses et des causes neurologiques sont souvent mises en évidence, parmi elles l'épilepsie. La prise en charge de ces situations psychopathologique se fait, en Côte d'Ivoire en grande partie au Centre de Guidance Infantile de l'Institut National de Santé Publique. De nombreux enfants y sont reçus chaque année notamment pour ces troubles. C'est ainsi que l'étude menée en 1998 par KOUAKOU⁴ a montré que 81% des enfants suivis au CGI souffraient de troubles du développement psychomoteur. TE BONLE et Coll¹⁰, dans une étude réalisée sur une population de 14188 enfants de 0 à 16 ans reçus dans ce centre, retrouvaient 27,1% de cas de troubles du langage et 13,6% de cas de troubles psychomoteurs. Les troubles psychomoteurs sont les premiers motifs de consultation. Cette situation nous a conduits à scruter cette symptomatologie de plus près afin de mieux la cerner et d'améliorer les stratégies de prise en charge. Ainsi notre étude avait-elle pour objectif d'analyser les causes et la prise en charge des retards psychomoteurs reçus au Centre de Guidance Infantile de 2000 à 2005

I- PATIENTS ET METHODES

Le CGI, créé depuis 1974 et localisé à l'INSP depuis 1994, reçoit des enfants de 0 à 16 ans pour diverses perturbations de la santé mentale.

I.1- ECHANTILLON

Notre population d'étude se composait des enfants et de leurs parents reçus au Centre de Guidance Infantile du 01 Janvier 2000 au 31 Décembre 2005 ayant présenté un retard psychomoteur y compris un retard de langage. Rétrospectivement au cours de cette période, on avait noté un accroissement des demandes de consultation pour ce motif d'où l'intérêt de cette recherche.

3378 enfants de 0 à 16 ans ont été reçus au cours de la période dont 77,2% avaient entre 0 et 5 ans et 44,7% des consultants présentaient des retards moteurs et des retards de langage.

Quinze parents (ayant leurs enfants inclus

dans l'étude) tirés au sort et représentatifs de l'ensemble des parents d'enfants reçus à cette période d'étude ont été également interrogés.

I.2- METHODOLOGIE

Il s'agissait d'une étude rétrospective de type exploratoire et descriptif couplée à une enquête prospective auprès d'un échantillon représentatif de parents.

Ont été retenus dans l'étude, les enfants reçus pour retard psychomoteur ou retard de langage, ayant été correctement suivis pendant au moins six mois, chez qui le diagnostic de retard psychomoteur ou retard de langage a été posé, se situant dans la limite d'âge de 0 à 5 ans et quelque soit le sexe. Nous avons exclus ceux qui ont été reçus pour régression psychomotrice ou autre pathologie, qui avaient eu un suivi irrégulier, chez qui le diagnostic de retard moteur ou retard de langage n'a pas été posé, qui avait plus de 5 ans et chez qui les dossiers étaient mal remplis, incomplets. Ainsi, 103 dossiers d'enfants ont-ils été retenus.

Pour notre étude, nous avons utilisé les outils suivants : une fiche d'identification des enfants présentant un retard psychomoteur venus consulter dans la période du 1^{er} Janvier 2000 au 31 Décembre 2005 et un guide d'entretien adressé aux parents.

Les paramètres étudiés étaient la situation sociodémographique et psychopathologique des enfants, le diagnostic posé et la prise en charge mise en place, ainsi que ses modalités évolutives. L'entretien avec les parents recherchait leurs caractéristiques sociodémographiques, les connaissances qu'ils avaient des retards psychomoteurs, leur appréciation de la prise en charge et leur état psychologique.

L'enquête de terrain a duré 17 jours (du 07 janvier 2007 au 29 janvier 2007).

II- RESULTATS

II.1- ENFANTS

► Données sociodémographiques

28,6% des enfants présentant un retard psychomoteur avaient entre 6 et 12 mois et 61% avaient moins de 2 ans. La sex-ratio était de 1,3 (57,3% de garçon contre 42,7% de fille).

44,6% des enfants étaient aîné de fratrie dans le couple parental contre 41,7% chez la mère et 30,1% chez le père. 43,6% des enfants étaient enfant unique dans le couple, contre 35,9% chez

les mères et 27,1% chez les pères. 87,4% des parents avaient entre 1 et 5 enfants.

77,7% des patients vivaient avec les deux parents contre 17,5% qui vivaient avec leur mère et 1,9% avec leur père.

90 % des patients résidaient à Abidjan contre 9 % en provenance de l'intérieur et 1 % de l'étranger.

82,5 % des patients étaient accompagnés par leurs mères contre 12,6 % par le couple parental.

36,8 % des pères avaient un âge compris entre 31 et 40 ans. 49,4 % des mères avaient un âge compris entre 21 et 30 ans.

75% des enfants n'étaient pas scolarisés (la majorité des patients n'ayant pas l'âge de l'être (moins de 2 ans)). Seulement 15,5% étaient scolarisés et ce, au préscolaire. Cependant 40 % auraient dû être scolarisés.

► **Données cliniques**

La majorité des antécédents, incidents et accidents étaient survenus aux périodes anté- et post-natales. Les antécédents étaient dominés par les convulsions (46,6% avec 32% de convulsions néonatales) et les souffrances cérébrales néonatales (11,7%). 72,8% des patients avaient ainsi présenté une atteinte neurologique (méningite, neuropaludisme, convulsion, souffrance cérébrale néonatale).

Cliniquement, on notait 64% de retard dans l'acquisition du langage parlé, 36,8% de retard de la marche, 36,8% de retard de la station assise, 29,1% de retard dans le maintien du cou et 14,5% de retard de la préhension.

Les diagnostics étaient dominés par 86,4% de comitialité/épilepsie, 5,8% de trisomie, 4,9% d'infirmité motrice cérébrale, 3,9% de souffrance cérébrale. L'étiologie retrouvée était essentiellement d'origine neurologique avec dans 89,3% des cas une encéphalopathie épileptogène.

Dans 93,2% des cas, l'examen para-clinique demandé était l'électroencéphalogramme (EEG), tandis que le bilan psychomoteur n'était pas systématique. Les autres examens étaient fonction de l'évolution de l'état de santé de l'enfant. 88,3% des EEG réalisés étaient perturbés en faveur d'une encéphalopathie épileptogène ou d'une épilepsie en conformité avec le diagnostic étiologique.

► **Prise en charge**

La prise en charge a été autant rééducative (94,1 %) que médicamenteuse (90,2 %).

50,5 % des patients n'étaient pas assidus aux séances de rééducation contre 39,8 % qui l'étaient. Cette assiduité était influencée par les problèmes financiers (11,7 %), la négligence, les problèmes de santé ou un voyage (5,7 %), le découragement et l'éloignement 2 %.

61,2% des patients avaient eu une évolution clinique stationnaire contre 38,8% d'évolution satisfaisante. L'amélioration concernait la posture (15,5 %), la motricité (19,4 %), le langage parlé (10,6 %).

La durée moyenne du suivi était de 6 mois, le nombre de séances variant de 4 à 18. On observait qu'il fallait au minimum 4 séances de rééducation associées à la participation active des parents à la maison et dans un délai minimum de 6 mois pour obtenir des résultats satisfaisants.

II.2- PARENTS REÇUS EN ENTRETIEN

► **Caractéristiques sociodémographiques**

L'entretien avec les 15 parents avait permis de relever les éléments suivants : leur âge variait entre 30 et 40 ans. Il s'agissait dans 60 % des cas des mères. 86,5 % des parents avaient été scolarisés, 66,6% étaient chrétiens, 46,6 % vivaient en concubinage contre 40 % qui étaient mariés, 46,6 % avaient un enfant contre 33,1% qui en avaient au moins trois enfants.

► **Compréhension des retards psychomoteurs**

Tandis que 53,3% des parents évoquaient comme étiologie du retard psychomoteur une organicité les autres évoquaient des causes mystico-religieuses. Ces parents disaient avoir utilisé différents moyens thérapeutiques avant la prise en charge au Centre (traitement médical 66,6 %, traitement traditionnel 20 % et association des deux dans 13,3 %).

80 % des parents interrogés avaient été informés par l'équipe du centre sur la maladie de leur enfant.

73,3 % des parents interrogés étaient gagnés par le découragement car ils jugeaient le suivi trop long dans 48%, l'attente avant la séance trop longue dans 37% des cas, et le nombre de séances mensuelles insuffisant dans 35%.

III- DISCUSSION

Selon notre étude, la fréquence des RPM dans notre échantillon d'enfants de 0 à 5 ans était de 44,7 % pendant que Kouakou [4] retrouvait 44 % contre 15 % à la PMI de l'INSP selon Konan³

Les garçons étaient les plus touchés par les RMP (57,3%). La sex-ratio était de 1,3.

Ce résultat est inférieur à ceux de Mandah⁵ avec 2,08 en 1970 et 2,34 en 1990 et à celui de Konan 1,43³ et supérieur à celui de Kouakou avec 1,2⁴. Cette sex-ratio confirme cependant la prédominance masculine de l'échantillon en psychiatrie infantile. Pour expliquer cette tendance classique, certaines hypothèses ont été avancées par Brun-Ney, Blond et Gola rapportées par Mandah⁴ : une grande fragilité constitutionnelle des garçons à cet âge, une grande exigence sociale et en particulier scolaire vis-à-vis des garçons et une moins grande tolérance à l'expression de leurs difficultés. Par ailleurs, cette symptomatologie a un retentissement sur la scolarité et la socialisation car près de 40% d'enfants étaient non scolarisés alors qu'ils auraient dû l'être du fait de leur âge.

Un grand nombre des patients (43,6%) étaient enfants uniques et 41,7 % aînés du côté mère et 30,1% du côté père. 82,5 % des enfants étaient accompagnés par leurs mères, celles-ci étant plus disponibles. Les mères sont plus soucieuses du devenir de l'enfant à cause de la relation dyadique qui les lie c'est à ce propos qu'Acquah¹ a mis en évidence le lien entre l'affectivité, la relation mère-enfant et le développement psychomoteur.

90% des patients résidaient à Abidjan où se trouve le seul centre public de référence, ceci explique ce taux élevé des patients venant de cette localité.

Les atteintes ou affections neurologiques étaient globalement les principales causes et pathologies associées aux RPM. On retrouvait notamment des antécédents de convulsions fébriles (46,6%), 86,4% de cas de comitialité et 89,3% de cas d'encéphalopathie épileptogène au moment de la prise en charge.

Dans 93,2% des cas, l'examen para-clinique demandé était l'électroencéphalogramme (EEG), qui était perturbé dans 88,3% des cas en faveur d'encéphalopathie épileptogène ou d'une épilepsie en conformité avec le diagnostic étiologique. En 1998, cet examen était moins souvent pratiqué comme en témoigne Kouakou [4] avec 54,46 % d'EEG réalisés.

L'épilepsie était donc la cause principale des retards du développement psychomoteur des enfants reçus au CGI. Il existe donc un lien étroit entre RPM et épilepsie. Cette assertion s'appuie sur les travaux de Ngoungou et coll. [8], de Robert [9] et de Chevalier [2] couronnés par les propos de Mazet et Houzel [6]. Les deux premiers auteurs démontrent les liens entre différentes symptomatologies et l'épilepsie et le dernier le lien entre épilepsie et troubles psychiques/psychomoteurs. Pour Chevalier et coll. [2], l'existence de lésions pathologiques cérébrales qu'elles soient diffuses ou focales entraînent des conséquences psychiatriques sérieuses tels les retards mentaux associés à des troubles neurologiques. Or Mazet et Houzel [6] affirment que pour se réaliser, le développement psychomoteur a besoin surtout d'un équipement neuro-anatomique de base, de l'intégrité des structures anatomiques et du système nerveux central. Ainsi donc, nous pouvons en déduire que toutes altérations neuro-anatomiques de base et du système nerveux central est liée ou fortement corrélée à un trouble du développement psychomoteur. L'épilepsie et toutes autres altérations cérébrales (souffrance, encéphalopathie...) sont à l'origine des retards psychomoteurs constatés dans notre échantillon.

La prise en charge des RPM était autant rééducative (94,1 %) que médicale (90,2 %) de même que dans l'étude de Kouakou [4], la prise en charge a été tant médicale (22 %) que rééducative (18 %). La prise en charge est donc couplée, médicamenteuse et psychomotrice.

Concernant les traitements médicamenteux, notre étude ne s'est pas attachée à relever les molécules prescrites. Il faudrait mener une étude à ce sujet, d'autant que pour Robert [9], le phénobarbital est pour l'OMS l'anticonvulsivant de choix dans les pays en développement, où il est le médicament le plus souvent prescrit contre l'épilepsie car la phénytoïne, la carbamazépine et le valproate coûtent plus cher. Est-ce réellement le cas au CGI ?

Le vécu psychologique de ces parents n'a pas été exploré, or il joue un rôle important dans la compliance thérapeutique. Peut-être qu'il se joue à ce niveau des phénomènes qui pourraient expliciter la non assiduité des parents. Interrogés, ces derniers avaient déploré les trop longues attentes, la rééducation et le suivi trop long (plusieurs mois) ainsi que le manque de personnel. Ils ont reconnu avoir été découragés.

Pourtant les enfants les plus assidus avaient une évolution satisfaisante. Cette amélioration se voyait surtout au niveau de la motricité, de la posture et du langage parlé. Tout ceci met en exergue la nécessité d'associer à la prise en charge de l'enfant celle de la famille dans le cadre d'une guidance parentale. Celle-ci, en s'appuyant sur une psychothérapie de soutien, est importante car elle permet d'orienter les parents mais également de leur expliquer le projet thérapeutique et de répondre à leurs préoccupations..

CONCLUSION

Ce travail montre le lien étroit qui existe entre une épilepsie et un retard dans les acquisitions psychomotrices. Dans notre échantillon de 103 enfants reçus au CGI de janvier 2000 à décembre 2005, l'épilepsie (86,4%) et toutes autres altérations cérébrales (convulsions (46,6%), souffrance cérébrales fœtale (11,7%), encéphalopathie (88,3%°)) étaient à l'origine des retards psychomoteurs constatés dans notre population. Ces retards touchaient différentes fonction comme la motricité (36,8% de retard de la marche) et le langage parlé (64%).

Les résultats de notre étude interpellent quant à la nécessité d'accroître la collaboration entre pédopsychiatre et neurologue, comme déjà matérialisé au sein de l'Association Ivoirienne de Lutte contre l'épilepsie (AILE). Ils mettent également en exergue la part importante des sages-femmes et des gynécologues pendant le suivi des grossesses et en salle d'accouchement ainsi que des pédiatres dans la prise en charge néonatale afin de limiter les lésions cérébrales néonatales qui font le lit de l'épilepsie et des retards du développement psychomoteur.

REFERENCES

- ACQUAH Patrick. Pratique de l'allaitement maternel chez les mères d'enfants de 0 à 24 mois vus à la PMI et au service de réhabilitation nutritionnelle de l'INSP d'Adjamé. Thèse de médecine, Abidjan, 2005
- CHEVALIER JF, PLAS J et FINEYRE F. troubles psychiques de l'épilepsie - Editions Techniques- Encycl. Méd.Chir (Paris-France), Psychiatrie, 37-219-N-20 1993, 8p.
- KONAN A. I. Suivi du développement de l'enfant de 0 à 5 ans. Cas des enfants fréquentant la PMI de l'INSP d'Abidjan. Mémoire INFAS, 2005
- KOUAKOU BADOU ADJA-KRA MARIE. Les troubles psychomoteurs chez l'enfant africain et leur prise en charge au CGI- Thèse médecine, Abidjan, 1998, n°2102
- MANDAH OME-- La demande en hygiène mentale infantile : expérience du guidance infantile d'Abidjan de 1970-1990. Thèse de médecine Abidjan, 1996, n°1765
- MAZET et HOUZEL Développement psychomoteur in psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Edition Maloine, paris 1994
- MAZET P, GIROLAMI-BOULINIER A, GUILLARME JJ, ODEON N, MONFRONT C et POIROT M. rééducation en psychiatrie de l'enfant : domaine, objectifs et moyens - Editions Techniques- Encycl. Méd. Chir (Paris-France), Psychiatrie, 37-205-A-301 1993, 12p.
- NGOUNGOU EB, QUET F, DUBREUIL CM, MARIN B, HOUINATO D, NUBUKPO P et coll. Epidémiologie de l'épilepsie en Afrique subsaharienne : une revue de la littérature. Cahier d'études et de recherche francophones/ Santé, 2006, vol 16, 4, 225-38.
- ROBERT A. Scott, SAMDEN D. Lhato et JOSEMIR W.A.S. Sander. Le traitement de l'épilepsie dans les pays en développement : quelles pistes pour demain ? Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé. Recueil d'articles No 5, 2001
- TE BONLE DM, KONAN Y B, COULIBALY D
La pédopsychiatrie en Côte d'Ivoire : évolution, cadre d'intervention, bilan, perspectives-1^{er} congrès panafricain de santé mentale- Dakar- 2002