UNIVERSITÉ DU BURUNDI
GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI
Dépôt institutionnel officiel
https://repository.ub.edu.bi

Connaissances et attitudes des mères sur le retard de développement psychomoteur de l'enfant. A propos de 152 cas colliges au CHUK

Nyandwi, Gratien; Directeur de thèse : Dr Alice Ndayishimiye

2021-02
UBI, Faculté de Médecine
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/711

Document téléchargé depuis le **Grenier du Savoir du Burundi** — https://repository.ub.edu.bi

UNIVERSITE DU BURUNDI

FACULTE DE MEDECINE



CONNAISSANCES ET ATTITUDES DES MERES SUR LE RETARD DE DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR DE L'ENFANT.

A PROPOS DE 152 CAS COLLIGES AU CHUK

PAR

Gratien NYANDWI

Directeur de thèse :

Dr Alice NDAYISHIMIYE

Thèse présentée et soutenue publiquement en vue de l'obtention du grade de **Docteur en Médecine**

Bujumbura, février 2021

IDENTIFICATION DES MEMBRES DU JURY

Président du jury : Dr Zacharie NDIZEYE

Secrétaire du Jury : Dr Daniel NDUWAYO

Directeur de thèse: Dr Alice NDAYISHIMIYE

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE (2018-2019)

I. BUREAU DECANAL

1. Pr Jean Baptiste NGOMIRAKIZA : Doyen
2. Pr Martin MANIRAKIZA : 1er Vice-Doyen
3. Dr Désiré NISUBIRE : 2ème Vice-Doyen

II. PROFESSEURS EMERITE

1. Pr Evariste NDABANEZE
2. Pr Gabriel NDAYISABA
3. Pr Richard KARAYUBA
4. Pr Léodégal BAZIRA

III. PROFESSEURS ORDINAIRES

1. Pr Théodore NIYONGABO : Pathologies infectieuses et parasitaires
2. Pr Léopold NZISABIRA : Neurologie
3. Pr Gaspard KAMAMFU : Pneumologie
4. Pr Aloys NIYONGABO : Biochimie Structurale et Métabolique
5. Pr Frédéric NSABIYUMVA : Pharmacologie Spéciale, Endocrinologie
6. Pr Rénovât NTAGIRABIRI : Gastro-Entérologie, Hépatologie
7. Pr Elysé BARANSAKA : Cardiologie
8. Pr Jean Baptiste NGOMIRAKIZA : Hépatologie, Nutrition, Physiologie et Sémiologie Digestive
9. Pr Déogratias NIYUNGEKO : Pédiatrie
10. Pr Gordien NGENDAKURIYO : Oto-Rhino-Laryngologie

IV. PROFESSEURS ASSOCIES

1. Pr Salvator HARERIMANA : Gynécologie-Obstétrique
2. Pr Serge BAHIMANGA : Pédiatrie
3. Pr Claudette NDAYIKUNDA : Hématologie Fondamentale, Hématologie Clinique, Biochimie Pathologique
4. Pr Hélène BUKURU : Pédiatrie
5. Pr Joseph NYANDWI : Néphrologie, Sémiologie et Physiologie rénale
6. Pr Sylvestre BAZIKAMWE : Gynécologie-Obstétrique, Soins Maternels et Infantiles
7. Pr J. Claude NIYONDIKO : Anatomie
8. Pr Eugène NDIRAHISHA : Endocrinologie, Physiologie et Sémiologie Cardiaque
9. Pr François NDIKUMWENAYO : Physiologie générale et Education à la Citoyenneté
10. Pr Patrice BARASUKANA :Neuroanatomie,Sémiologie neurologique
11. Pr Sébastien MANIRAKIZA : Imagerie médicale
12. Pr Levi KANDEKE : Ophtalmologie
13. Pr Alexis SINZAKARAYE : Rhumatologie et Médecine Physique et de Réadaptation
14. Pr Martin MANIRAKIZA : Pathologies infectieuses et parasitaires, Endocrinologie
15. Pr Pontien NDABASHINZE : Pédiatrie
16. Pr Déogratias NTUKAMAZINA: Gynécologie-Obstétrique
17. Pr AMANI Moïbéni : Sémiologie Médicale et Physiologie Digestive
18. Pr Louis NGENDAHAYO : Anatomie pathologie

19. Pr Stanislas HARAKANDI : Soins Palliatifs et douleurs ;Anesthésie-Réanimation
20. Pr Léonard BIVAHAGUMYE : Anatomie Tête et Cou

V. CHARGES DE COURS

1. Dr Emmanuel GIKORO : Imagerie Médicale.
2. Pr Hermann NIMPAYE : Parasitologie, Entomologie Médicale
3. Dr Désiré NISUBIRE : Biologie Moléculaire, Cytologie et Génétique
4. Dr Gilbert NDAYIZEYE : Anatomie
5. Dr Alice NDAYISHIMIYE : Pédiatrie
6. Dr Chantal MUREKATETE : Radiologie
7. Dr Paul BANDEREMBAKO : Urologie
8. Dr Jean Claude MBONICURA : Pathologie chirurgicale
9. Dr Thierry SIBOMANA : Pneumologie
10. Dr Thoto Shabani MAREBO : Urologie
11. Dr Jean Bosco BIZIMANA : Neuro-anatomie, Neurochirurgie
12. Dr Daniel NDUWAYO : Neuro-physiologie
13. Dr Zacharie NDIZEYE : Méthodologie de la Recherche, Epidémiologie et Déontologie

VI. CHARGES D'ENSEIGNEMENT

1. Dr Jacques NDIKUBAGENZI : Hygiène et Epidémiologie
2. Dr Sandra NKURUNZIZA : Initiation à la Santé Publique
3. Dr Alexandre NIYONKURU : Médecine nucléaire

VII. MAITRES ASSISTANTS

1. Mme Claire NDAYIKENGURUKIYE : Immunologie, Bactériologie, Virologie et Mycologie
2. Ph Ramadhan NYANDWI : Pharmacologie Générale
3. Dr Désiré HABONIMANA : Economie de la Santé
4. Dr Jean Claude NKURUNZIZA : Administration des Services de Santé

VIII. ASSISTANTS

1. Dr Paulin BARAMBURIYE : Anatomie (en formation)
2. Dr Roméo IRANKUNDA : Physiologie (en formation)
3. Dr Eloi IRANGABIYE : Anatomie-Pathologie (en formation)
4. Dr Épipode NTAWUYAMARA : Anatomie-Pathologie (en formation)
5. Dr Evrard NIYONKURU : Anatomie-Pathologie (en formation)

IX. ENSEIGNANTS A TEMPS PARTIEL

1. Dr Elie MUPERA : Dermatologie
2. Dr Sylvère SAKUBU : Psychiatrie
3. Dr Gaspard MARERWA : Anatomie Pathologie Spéciale
4. Dr Thaddée BARANCIRA : Physique
5. Dr Léopold HAVYARIMANA : Chimie Générale et Organique
6. Dr Jean Bosco KAYOYA : Biostatistique
7. Dr Juvénal MUYUKU : Stomatologie
8. Mr Bonaventure NIYOYANDOYE : Psychologie Générale
9. Mr Eric NIYIKIZA : Mathématiques
10. Mr Ferdinand NCABWENGE : Anglais Médical
11. Dr Alexis BANUZA : Informatique
12. Mme Patricie BARAHINDUKA : Soins Infirmiers
13. Dr Emmanuel KAMO : Médecine du Travail
14. Dr Sylvain NIYONKURU : Sémiologie Chirurgicale I
15. Dr Canisius HAVYARIMANA : Sémiologie Chirurgicale II
16. Dr Didier KAMATARI : Anatomie

DEDICACES

A mes chers parents ;

Sans vos efforts, vos endurances, vos encouragements, vos privations, je n'aurais pas abouti à ce résultat ;

A mes chers frères et sœurs ;

A ma sœur **Odette BARAKAMFITIYE** et son époux **J.Claude HABONIMANA** ;

A la mémoire de mes grands-parents ;

A tous ceux qui m'ont dispensé le savoir depuis l'école primaire jusqu'à l'université ;

Je dédie cette thèse.

REMERCIEMENTS

A notre directeur de thèse, Dr. NDAYISHIMIYE Alice

Cher maître, votre amour du travail, votre rigueur scientifique, vos conseils pertinents, votre disponibilité, et surtout votre gentillesse nous ont marqué.

Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et président du jury de thèse, Dr NDIZEYE Zacharie

Nous vous remercions du très grand honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de ce jury de thèse.

Veuillez trouver ici, l'expression de notre reconnaissance et notre haute considération.

A notre maître et secrétaire du jury de thèse, Dr NDUWAYO Daniel

Pour l'honneur que vous nous faites en jugeant cette thèse.

Soyez rassuré de notre gratitude.

A la famille HABONIMANA J Claude

Votre soutien tant moral que matériel restera gravé dans notre mémoire. Recevez nos sincères remerciements.

A la famille HATUNGIMANA Epithace

Votre soutien tant moral que matériel nous a touché. Que nos remerciements vous parviennent.

A tous les étudiants de la 36ème promotion de la faculté de médecine de l'Université du Burundi ; A tous ceux qui nous ont aidé de près ou de loin dans l'élaboration de ce travail ;

A tous ceux qui nous sont chers et que nous avons oublié de citer involontairement.

LISTE DES ABREVIATIONS

ATCD : Antécédent

AVP : Accident de la Voie Public

CHUK : Centre Hospitalo –Universitaire de Kamenge

CPN : Consultation Prénatale

DPM : Développement Psychomoteur

EPS : Education Pour la Santé

INNBP : Infection Néonatale Bactérienne Précoce

PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant

QI : Quotient Intellectuel

RDPM : Retard du Développement Psychomoteur

RGD : Retard Globaux du Développement

RM : Retard Mental

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Etapes du développement de l'enfant en fonction de l'âge dans les différents domaines du développement 3mois à 7 mois..... 10

Tableau II : Etapes du développement de l'enfant en fonction de l'âge dans les différents domaines du développement de 8 à 13 mois..... 11

Tableau III : Etapes du développement de l'enfant en fonction de l'âge dans les différents domaines du développement de 15 à 30 mois 12

Tableau IV : Etapes du développement de l'enfant en fonction de l'âge dans les différents domaines du développement de 3 à 6 ans 13

Tableau V : Répartition des mères selon l'âge..... 23

Tableau VI : Répartition des mères selon le statut matrimonial..... 23

Tableau VIII: Répartition des mères selon les enfants vivants..... 26

Tableau VIII: Répartition des enquêtées selon les signes évoqués en faveur d'un bon DPM..... 26

Tableau IX: Répartition des mères selon leur opinion sur l'âge de la tenue stable de la tête..... 27

Tableau X: Répartition des mères selon leur opinion sur l'âge de l'existence d'un retournement..... 27

Tableau XI: Répartition des mères selon leur opinion sur l'âge d'acquisition de la position assise..... 28

Tableau XII: Répartition des mères selon leur opinion sur l'âge d'acquisition de la marche à 4 pattes..... 28

Tableau XIII: Répartition des mères selon leur opinion sur l'âge d'acquisition de la position debout..... 29

Tableau XIV: Répartition des mères selon leur opinion sur l'âge d'acquisition de la marche autonome..... 29

Tableau XV: Répartition des mères selon leur opinion sur l'âge d'acquisition du langage disyllabique..... 30

Tableau XVI: Répartition des mères selon leur opinion sur l'âge d'acquisition de sourire 30
Tableau XVII: Répartition des mères selon leur opinion sur l'âge d'acquisition de la vision 31
Tableau XVIII: Répartition des mères selon leur opinion sur l'âge d'audition 31
Tableau XIX: Répartition des mères selon les signes d'alerte en faveur d'un retard du DPM..... 32
Tableau XX: Répartition des mères selon leurs réponses sur les étiologies du retard du DPM..... 33
Tableau XXI: Répartition des mères selon leur attitude devant un signe d'alerte à un retard du DPM..... 35
Tableau XXII: Répartition des mères selon les réponses sur l'existence ou non d'un traitement 34
Tableau XXIII: Répartition des mères selon la prise en charge évoquée en cas de retard du DPM..... 34
Tableau XXIV: Répartition des mères selon leurs opinions sur le devenir d'un enfant avec retard du DPM..... 35

TABLE DES MATIERES

IDENTIFICATION DES MEMBRES DU JURY i
LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE (2018-2019) ii
DEDICACES vi
REMERCIEMENTS vii
LISTE DES ABREVIATIONS viii
LISTE DES TABLEAUX ix
TABLE DES MATIERES xi
CHAPITRE 0 : INTRODUCTION 1
1. Objectifs de notre étude 2
1.1. Objectif général 2
1.2. Objectifs spécifiques 3
CHAPITRE I : GENERALITES 4
I.1. Définition des concepts 4
1°. Développement 4
2°. Retard Global du Développement 4
3°. Retard mental 4
4°. Troubles spécifiques des apprentissages 5
I.2. Le développement psychomoteur 5
I.2.1. Eléments du développement psychomoteur 5
I.2.2. Domaines d'évaluation 6
I.2.3. Grandes étapes du développement psychomoteur normal 7
I.2.3.1. Développement de 0 à 2 ans 7
I.2.3.1.1. Réflexes archaïques 7
I.2.3.1.2. Tonus musculaire 7
I.2.3.1.3. Développement postural 8
I.2.3.1.4. Motilité et locomotion 8
I.2.3.1.5. Préhension 8
I.2.3.1.6. Sensorialité 8

I.2.3.1.7. Sourire 9
I.2.3.2. Développement après 2 ans 9
I .3. Retard du développement psychomoteur 14
I.3.1. Retard du développement moteur isolé 14
I.3.2. Retard du développement du langage 15
I.3.3. Retards globaux du développement (RGD) et /ou Retard Mental (RM) ... 15
I.4. Facteurs étiologiques dans le retard du développement psychomoteur 15
I.4.1. Causes anténatales (pendant la grossesse) 15
I.4.1.1. Période embryonnaire 15
I.4.1.2. Période Fœtale 16
I.4.2. Causes périnatales 16
I.4.2.1. Prématurité 16
I.4.2.2. Asphyxie périnatale 16
I.4.2.3. Ictères du nouveau-né 17
I.4.3. Causes post-natales 17
I.4.4. Causes inconnues 17
I.5. Prise en charge de retard du développement psychomoteur 18
I.5.1. Aide éducative 18
I.5.2. Aide médicale 18
I.5.3. Aide psychologique 18
CHAPITRE II : MATERIELS ET METHODES 20
II.1. Matériels 20
II.1.1. Lieu d'étude 20
II.1.2. Type et durée de l'étude 20
II.1.3. Population d'étude 20
II.1.3.1. Critère d'inclusion 20
II.1.3.2. Critères d'exclusion 20
II.1.3.3. Echantillon 21
II.2. Méthodes 21
II.2.1. Collecte des données 21

II.2.2. Saisie et traitement des données 22
II.3. Limites et contraintes 22
CHAPITRE III : RESULTATS 23
III.1. Données sociodémographiques 23
III.1.1. Age 23
III.1.2. Statut matrimonial 23
III.1.3. Niveau d'instruction 24
III.1.4.Profession 24
III.2. Données gynéco-obstétricales 25
III.2.1. Gestité 25
III.2.2. Parités 25
III.2.3. Nombre d'enfants vivants 26
III.3. Evaluation des connaissances et attitude des mères 26
III.3.1. Connaissances 26
III.3.1.1. Connaissances sur les signes en faveur d'un bon développement psychomoteur 26
III.3.1.2. Connaissances sur l'âge d'acquisition des signes en faveur d'un bon développement psychomoteur 27
III.3.1.2.1. Tenue de la tête 27
III.3.1.2.2. Retournement 27
III.3.1.2.3. Position assise 28
III.3.1.2.4. Marche à 4 pattes 28
III.3.1.2.5. Position debout 29
III.3.1.2.6. Marche autonome 29
III.3.1.2.7. Langage di syllabique 30
III.3.1.2.8. Sourire 30
III.3.1.2.9. Vision 31
III.3.1.2.10. Audition 31
III.3.1.3. Signes d'alerte d'un retard du développement psychomoteur 32
III.3.1.4. Causes du retard du développement psychomoteur 33

III.3.1.5. Existence de la prise en charge en cas de retard psychomoteur 34
III.3.1.6. Traitement évoqué en cas de retard du DPM 34
III.3.1.7. Devenir de l'enfant avec retard du DPM 35
III.3.2. Attitude des mères 35
III.3.2.1. Attitude des mères devant un retard du développement psychomoteur de l'enfant 35
CHAPITRE IV : DISCUSSION ET REVUE DE LA LITTERATURE 36
IV.1. Socio-épidémiologique 36
IV.1.1. Age des mères 36
IV.1.2. Statut matrimonial 36
IV.1.3. Niveau d'instruction 37
IV.1.4. Profession 37
IV.2. Antécédents gynéco-obstétriques 38
IV.2.1.Parités, nombre d'enfants vivants 38
IV.3. Evaluation des connaissances et attitude 38
IV.3.1.Connaissances 38
IV.3.1.1. Signes en faveur d'un bon développement psychomoteur 38
IV.3.1.2. Age d'acquisition des signes en faveur d'un bon développement psychomoteur 39
IV.3.1.2.1. Tenue de la tête 39
IV.3.1.2.2.Position assise 39
IV.3.1.2.3. Station debout 40
IV.3.1.2.4. Retournements 40
IV.3.1.2.5. Passage assis debout 41
IV.3.1.2.6. Marche à 4 pattes 41
IV.3.1.2.7. Marche autonome 42
IV.3.1.2.8. Langage 42
IV.3.1.3. Signes d'alerte d'un retard du développement psychomoteur 42
IV.3.1.4. Causes du retard du développement psychomoteur 43
IV.3.1.5. Existence d'un traitement en cas de retard psychomoteur 44

IV.3.1.6. Traitement évoqué du retard du DPM 44
IV.3.1.7. Devenir de l'enfant avec retard du DPM 45
IV.3.2. Attitude des mères 45
IV.3.2.1. Attitude devant un retard du développement psychomoteur de l'enfant 45
V. CONCLUSION ET SUGGESTIONS 46
V.1. Conclusion 46
V.2. Suggestions 47
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES **48**
ANNEXES **52**
RESUME **56**

CHAPITRE 0 : INTRODUCTION

Le développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant est le reflet de l'interaction entre des facteurs génétiques et des facteurs environnementaux, qui débutent dès la vie intra-utérine. La maturation cérébrale et le développement du système nerveux central suivent étape par étape un programme déterminé. [1]

Le développement de l'enfant se fait à partir des facteurs innés (compétence du nouveau-né, capacités intellectuelles innées) et des facteurs environnementaux (investissement affectif des parents pour leur enfant, structure de la famille, niveau socioculturel) qui interagissent les uns et les autres [2].

Les facteurs environnementaux peuvent moduler le développement cérébral, certaines stimulations sont cruciales aux phases précoces de développement et dans une fenêtre temporelle donnée (périodes critiques) [1].

L'évaluation du développement psychomoteur est capitale. Il s'agit d'évaluer le développement d'un enfant d'un âge donné par rapport à une norme de population. Il faudra donc savoir tenir compte des variations individuelles au fil d'un calendrier qui sera toujours le même pour chaque enfant [1].

Deux circonstances différentes peuvent amener à évaluer le développement psychomoteur : examen systématique (tout examen pédiatrique doit tenir compte des étapes du développement psychomoteur) ; inquiétude des parents ou à l'occasion d'une pathologie [1].

Le retard psychomoteur désigne toute différence notable entre les acquisitions d'un enfant et celle des enfants normaux de la même tranche d'âge [2].

Le retard des acquisitions psychomotrices est une anomalie la moins bien reconnue par l'agent de santé. Il ne pourra être mis en évidence que si l'agent de santé a acquis pour chaque âge les repères précis du développement normal.
Le dépistage des anomalies du développement cérébral tôt dans la vie de l'enfant permet une prise en charge précoce de l'enfant [3].

La constatation d'une anomalie du développement psychomoteur (DPM) chez un enfant peut le mettre en difficulté, aussi bien par l'absence de critère standardisé pour objectiver cette anomalie, que par le caractère lourd de conséquence que peut avoir cette constatation, et son annonce aux familles. [4]
Des études américaines se sont intéressées aux modalités d'annonce du retard psychomoteur, du point de vue des parents, où il a été mis en évidence la difficulté de trouver un équilibre pour ne pas être trop alarmiste tout en évitant la fausse réassurance. [5]

Une insuffisance des connaissances des mères sur les signes d'alerte du retard psychomoteur peut retarder la prise en charge. Il s'avère important de connaître le niveau de connaissances des mères sur le retard psychomoteur.
Ceci pourra aider le personnel soignant à savoir quel type d'information sur le développement psychomoteur à donner aux mères lors des CPN ou des séances de vaccination pour nourrisson.

1. Objectifs de notre étude

1.1. Objectif général

Evaluer les connaissances et l'attitude des mères fréquentant le centre médical communautaire de CHUK sur le retard du développement psychomoteur de l'enfant.

1.2. Objectifs spécifiques

1. Evaluer les connaissances des mères sur les signes d'un bon développement psychomoteur de l'enfant ;
2. Déterminer les connaissances des mères sur les éléments d'alerte pour un retard du développement psychomoteur de l'enfant ;
3. Evaluer les connaissances des mères sur les causes du retard du DPM de l'enfant ;
4. Connaitre l'attitude des mères devant la présence d'un signe d'alerte définissant un retard du DPM de l'enfant ;
5. Montrer l'opinion des mères sur le devenir d'un enfant avec un retard du DPM de l'enfant.

CHAPITRE I : GENERALITES

I.1. Définition des concepts

1°. Développement

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

L'expression même du DPM implique le parallélisme sur deux plans : [6]

- **Neuromusculaire** : acquisition du tonus de certains groupes musculaires permettant des mouvements déterminés ;
- **Psychologique** : apparition par étapes des manifestations intellectuelles et affectives de plus en plus évoluées.

2°. Retard Global du Développement

Il s'agit d'un retard des acquisitions dans au moins deux domaines du développement de l'enfant (motricité fine et/ou globale, parole et/ou langage, cognition, socialisation) avec un écart significatif de deux déviations standards dans un test étalonné. Ce terme est généralement réservé aux enfants de moins 5 ans. Il n'est pas synonyme de retard mental. Il peut s'agir d'un enfant présentant l'association de troubles spécifiques sans déficience intellectuelle. [7]

3°. Retard mental

Il s'agit d'un fonctionnement intellectuel général significativement inférieur à la moyenne (QI < 70 soit < - 2ds) accompagné de limitations significatives du fonctionnement adaptatif dans divers secteurs d'aptitude. Ce terme s'applique généralement aux enfants de plus de 5 ans lorsqu'une évaluation psychométrique a été réalisée [8]

4°. Troubles spécifiques des apprentissages

Les enfants peuvent présenter des troubles spécifiques du développement, dont les caractéristiques communes sont le fait d'intéresser une fonction cognitive en épargnant les autres domaines du développement, pouvant survenir généralement en absence de lésions cérébrales ou de pathologies neurologiques avérées, chez des enfants au niveau intellectuel normal. Ces troubles sont généralement durables au cours du développement [7].

I.2. Le développement psychomoteur

Le développement psychomoteur n'est pas le seul résultat de la maturation du système nerveux central (SNC), aboutissant à des compétences innées et à des stades de développement progressifs et déterminés génétiquement. Il n'est pas non plus une succession d'expériences sensori-motrices permettant une construction intellectuelle. Il est la résultante d'interactions circulaires entre compétences perceptives présentes très précocement d'une part et sollicitation de l'environnement et productions motrices ultérieures d'autre part. Le développement est perceptivo-moteur [9].

I.2.1. Eléments du développement psychomoteur

Le développement psychomoteur (DPM) de l'enfant est non seulement lié à la maturation du cerveau, mais il est également dépendant des conditions matérielles, et surtout affectives de la vie. L'évaluation du DPM s'intéresse au plan moteur, au plan intellectuel et à la socialisation [10] :

- La motricité qui comporte la mobilité passive et active, le tonus, les réflexes archaïques ;
- L'adaptabilité qui est définie comme la réaction spontanée devant certaines situations données et autant que possible indépendantes de tout apprentissage **;**

- Le langage qui associe la voix et la mimique qui l'accompagne, ainsi que la compréhension d'ordres plus ou moins complexes et les réactions sociales qui sont les comportements spontanés ou provoqués devant des êtres animés ou des objets usuels et résultent en grande partie du nursing et de l'éducation [11].

Le développement psychomoteur est donc un processus continu qui débute à la fécondation, et se poursuit jusqu'à l'adolescence. C'est un développement qui se fait par étapes, mais ces étapes ne sont pas figées. Elles sont simplement des points de repère. Il nous faut donc garder à l'esprit que chaque enfant évolue à son propre rythme, afin d'éviter d'établir des comparaisons entre enfants du même âge, et même ceux issus d'un même foyer [10].

Dans le processus de DPM, il est surtout important de connaître l'ordre d'acquisition des performances qui est pratiquement le même pour tous les enfants. L'évolution motrice de l'enfant va lui permettre d'acquérir progressivement sa liberté de mouvements, puis son autonomie [11].

I.2.2. Domaines d'évaluation

Le DPM est l'évolution de manière parallèle des progrès de l'enfant sur un double plan : plan psychique (intelligence, langage, affectivité) et le plan moteur (mouvements du corps et des membres) [12].

A la naissance on va donc évaluer rapidement pour un enfant ses postures, ses facultés de préhension, son développement sensoriel et son langage [13].

Au cours de la première année, l'évaluation concerne la motricité générale (point de repère du développement moteur), la motricité fine (préhension, manipulation), la sociabilité (réponse à d'autres individus), et le langage (expression par mimique, vocalisation ...) [13].

Au cours de cette deuxième année, l'enfant perfectionne sa motricité globale, son habileté manuelle, et son langage. Vers 18 mois, il est capable de construire une tour de 3 à 4 cubes, de boire seul à la tasse qu'il tient des deux mains. A la fin de la deuxième année, il court, monte les escaliers marche par marche, saute sur place, monte sur une chaise tout seul, frappe un ballon avec le pied ; son vocabulaire s'enrichit, et à deux ans, il fait des phrases de 2-3 mots. Au cours de cette deuxième année, l'enfant acquiert la connaissance de son corps. Il désigne différentes parties de son visage [12].

I.2.3. Grandes étapes du développement psychomoteur normal

I.2.3.1. Développement de 0 à 2 ans

I.2.3.1.1. Réflexes archaïques

Ils sont les premières réponses aux stimuli extérieurs et ils existent dès la naissance. Ils représentent une valeur fonctionnelle et adaptative importante. Leur absence est un signe d'immaturité ; leur évolution et leur disparition sont le signe d'une bonne maturation [14].

A l'examen du nouveau-né, 4 réflexes archaïques sont recherchés : le réflexe de Moro ou « réflexe d'embrassement, le réflexe de fouissement, le réflexe de redressement et de marche automatique ainsi que le grasping **[**12**].**

I.2.3.1.2. Tonus musculaire

Il est évalué au niveau des membres et au niveau du tronc. On trouve une attitude en flexion à la naissance et une attitude en extension vers 3-5 mois. A la naissance, on trouve une hypertonie des membres puis une hypotonie vers 8-9 mois et qui disparaît vers 18 mois. A la naissance, on note aussi une hypotonie axiale puis progressivement, il apparaît un contrôle tonique des muscles de l'axe permettant le développement postural [14].

I.2.3.1.3. Développement postural

Il est progressif avec la tenue de tête vers 3 mois, la tenue assise vers 6 mois et véritablement stable vers 8-9 mois puis la station debout débutant vers 9-10 mois et acquise vers 11-12 mois [14].

I.2.3.1.4. Motilité et locomotion

Les premiers mouvements sont des décharges motrices sans objet à type de flexion - extension, pédalage dans le vide. Vers 3 mois apparaissent les mouvements des mains devant les yeux et possibilité de se soulever du lit [12].

Vers 4-5 mois, en position ventrale, l'enfant se redresse et s'appuie sur les mains. Vers 6 mois, il commence à ramper, à se déplacer sur les fesses, puis à 4 pattes. Vers 12 mois, il acquiert de la marche (variations entre 10 mois et 18 mois). L'autonomisation est progressive avec possibilité pour l'enfant de s'éloigner ou de se rapprocher de l'autre [3].

I.2.3.1.5. Préhension

Elle suit l'évolution de la motricité et la disparition du grasping. Vers 5 mois, il y a apparition du cubito-palmaire : la main « ratisse ». Vers 6 mois, le nourrisson peut passer un objet entre les doigts et la paume : c'est le digito-palmaire. Vers 9-10 mois apparaît le radio-digitale : c'est le début de la pince [3].
La préhension permet l'exploration des objets, leur manipulation à volonté. Porter un objet à la bouche est habituel [3].

I.2.3.1.6. Sensorialité

L'enfant a des compétences dès la naissance. Il voit dès le 4ème jour, particulièrement le visage humain (pendant la tétée). Il entend dès la naissance et peut localiser un son dans l'espace. Il reconnaît la voix de sa mère dès la 3ème semaine. Le nouveau-né reconnaît l'odeur du lait de sa mère et de sa peau [14].

I.2.3.1.7. Sourire

Il semble exister dès la naissance et serait dû à la satisfaction alimentaire. Il peut être provoqué, entre 2 et 8 semaines, par des stimuli extérieurs et devient intentionnel vers 2-3 mois (organisateur de Spitz) et prend valeur de communication [12].

I.2.3.2. Développement après 2 ans

Evolution motrice : Il s'agit à ce stade d'une acquisition progressive d'une motricité de plus en plus fine. Après une phase d'instabilité psychomotrice normale avant 3 ans, l'enfant va se stabiliser. Le contrôle tonique devient meilleur [13].

Latéralisation : Une dominante latérale s'établit progressivement au niveau de la main mais aussi du pied et de l'œil. Certains enfants restent ambidextres [14].

Schéma corporel : L'enfant reconnaît progressivement les différentes parties de son corps et du corps de l'autre. Vers 3ans, il peut commencer à figurer le corps et les étapes du « dessin du bonhomme » sont un bon marqueur de son niveau de développement. Parallèlement, l'enfant investit son propre corps. La qualité de cet investissement est liée à celui que la mère aura pour son enfant [14].

Organisation spatio-temporelle : La notion d'espace s'élabore progressivement par l'intermédiaire du corps et en relation avec les expériences kinesthésiques et visuelles. Simultanément, se constitue la notion de temporalité et de rythme vers 5-6 ans [14].

Synthèse des étapes du développement de l'enfant en fonction de l'âge dans les différents domaines du développement

Tableau I : Etapes du développement de l'enfant en fonction de l'âge dans les différents domaines du développement d'avant 3mois à 7 mois [7]

	Avant 3 mois	**3 à 4 mois**	**5 mois**	**6 à 7 mois**
Développement Moteur	Tient sa tête quelques instants, Activité surtout réflexe	Tenue de tête	Tiens assis avec appui : «position dite du trépied »	Tiens assis sans appui Retournés dos-ventre et ventre-dos
Préhension	Réflexe ou Grasping	Début préhension de contact	Préhension volontaire, cubito-palmaire Porte l'objet à la bouche	Préhension digito-palmaire, Passe l'objet d'une main à l'autre
Développement Langage	Sons végétatifs (cris, pleurs, grognements), puis gazouillis à partir de deux mois (voyelles, puis consonnes)		Babillage (combinaison simple con-voy)	Babillage canonique: « ba-ba-ba » ou « da-da-da »
Développement Affectif	Sourire aux anges puis sourire réponse vers 3 mois		Rit aux éclats	Joue à « coucou, la voilà »
Sommeil	21 heures	18 heures	15-16 heures	
Alimentation	6 à 7 repas	Repas 5	4 repas	

Tableau II : Etapes du développement de l'enfant en fonction de l'âge dans les différents domaines du développement de 8 à 13 mois [7]

	8 à 9 mois	**10 à 11 mois**	**12 à 13 mois**
Développement Moteur	S'assied seul, fait éventuellement du quatre pattes	Rampe Se tient debout avec appui	Marche
Préhension	Préhension radiopalmaire avec pince pouce index Mange un biscuit seul	Lâcher involontaire Boit au verre	Lâcher volontaire Saisit un 3ème cube en gardant les deux autres
Développement Langage	Babillage diversifié : combinaisons complexes con-voy	Compréhension premiers mots	Production premiers mots
Développement Affectif	Timidité avec les inconnus	Fait au revoir, bravo	Pointe du doigt un objet
Sommeil	14 -15 heures		
Alimentation	4 repas		

Tableau III : Etapes du développement de l'enfant en fonction de l'âge dans les différents domaines du développement de 15 à 30 mois [7]

	15 mois	**18 mois**	**24 mois**	**30 mois**
Motricité Générale	-Marche seul en trottinant -Monte les escaliers à 4 pattes	-Monte/descend les escaliers avec aide -S'assoit seul sur une chaise	-Court -Donne un coup de pied dans le ballon	-Saute sur deux pieds -Marche sur la pointe
Motricité fine	Tour de 2 cubes	Empile 3 à 4 cubes	Tour de 6 cubes	Tour de 8 cubes
Graphisme	Gribouille spontanément		Copie un trait	Copie une croix
Développement Langage	-Jargon avec peu de mots intelligibles	10-12 mots comprend deux ordres simples	-Demande à boire et à manger -Associations de mots	Nomme 5 objets usuels
Développement Socio-affectif	-Enlève ses souliers -Utilise la cuillère proprement	-Imite les gestes ménagers -Propre le jour	-Lave et sèche ses mains, -Habille sa poupée et la met au lit	-S'habille avec aide

Tableau IV : Etapes du développement de l'enfant en fonction de l'âge dans les différents domaines du développement de 3 à 6 ans [7]

	3 ans	**4 ans**	**5 ans**	**6ans**
Motricité Générale	-Monte les escaliers en alternant le pas -Fait du tricycle	Tient sur un pied	Saute à cloche - pied	-Fait du vélo -Marche le long d'une ligne
Motricité fine	Fait un pont avec 3 cubes	-Utilise des ciseaux -Boutonne sa veste	Fait une pyramide avec 6 cubes	Noue les lacets de ses souliers
Graphisme	-Copie le rond -Dessine un bonhomme têtard	-Copie le carré -Dessine un bonhomme en 3 parties	-Copie le triangle -Ecrit son prénom	Copie le Losange
Développement Langage	-Fait des phrases -Utilise le « je »	-Comprend : sur, sous,devant, derrière -Raconte une histoire	-Nomme 4 Couleurs -Pose des questions sur la signification des mots	-Phonétisme complet -Développe le vocabulaire abstrait
Développement Socio-affectif	-Se déshabille seul -Se brosse les dents	-S'habille seul -Joue avec plusieurs enfants -Compare 2 longueurs et Compte jusqu'à 4	-Brosse et peigne -ses cheveux Compare 2 poids et compte jusqu'à 10	-Nomme les jours de la semaine -Connaît la droite et la gauche sur lui

I .3. Retard du développement psychomoteur

Il s'agit d'un motif fréquent de consultation en neurologie pédiatrique. Face à ce retard, le clinicien devra en affirmer la réalité, préciser sa sévérité, son caractère homogène ou inhomogène, en déterminer sa cause et orienter et planifier sa prise en charge [8].

Le clinicien évoquera le retard de part sa connaissance du développement normal de l'enfant et son expérience. Le retard sera confirmé par l'utilisation de tests étalonnés dont la passation sera réalisée par le professionnel adéquat (ex : passation d'épreuve psychométrique par un psychologue ou neuropsychologue, passation de tests moteurs par un psychomotricien, passation de tests de langage par un orthophoniste) [7].

Le retard du développement peut concerner un seul aspect du développement (ex: retard de langage ou retard moteur isolés) ou concerner les différentes aspects du développement (retard global du développement) [7].

La cause des retards de développement n'est pas toujours identifiée malgré un bilan étiologique détaillé dans 40 à 50 % des cas. La dynamique du développement est importante à préciser car schématiquement on oppose les pathologies fixées aux pathologies progressives (où l'on retrouve les notions de stagnation ou régression dans le développement de l'enfant) [8].

Dans tous les cas l'objectif sera un dépistage précoce du retard pour initier une prise en charge adaptée et en minimiser les conséquences à long terme [8].

Une distinction importante à réaliser, au niveau diagnostic du fait des implications à la fois en termes d'orientation et de propositions thérapeutiques adaptées, est celle entre le retard mental et le trouble spécifique des apprentissages [8].

I.3.1. Retard du développement moteur isolé

Les signaux d'alerte sont l'absence de la tenue de tête à 4 mois **;** absence de station assise à 9 mois et absence de marche à 18 mois [8].

I.3.2. Retard du développement du langage

Les signaux d'alerte sont absence de babillage canonique à 9 mois, absence de mots à 15 mois, et absence de phrases à 3 ans [12].

I.3.3. Retards globaux du développement (RGD) et /ou Retard Mental (RM)

Les signes d'alerte sont soit avant 2 ans avec retard postural et retard d'éveil ; soit entre 2 et 4 ans avec retard de langage, soit à partir de 5 ans avec difficultés d'apprentissages (lecture, écriture, mathématiques) [7].

Le clinicien devra faire un diagnostic différentiel entre difficultés d'apprentissages secondaire à un retard mental à des difficultés secondaires dues à un trouble spécifique d'apprentissage de la lecture ou dyslexie développementale [7].

I.4. Facteurs étiologiques dans le retard du développement psychomoteur

Les causes du RPM peuvent être survenues avant la naissance (anténatale), pendant l'accouchement ou dans les premiers moments de la naissance (néonatale) ou postnatale (classiquement pendant les deux premières années). Cependant, il existe des risques de récurrence lors de grossesses ultérieures si la cause de l'accident périnatal est liée à une pathologie maternelle non contrôlable [15].

I.4.1. Causes anténatales (pendant la grossesse)

On distingue deux périodes :

I.4.1.1. Période embryonnaire

Elle va de la conception au quatrième mois de la vie intra-utérine. Les lésions intervenant à cette période créent des embryopathies dont la plus connue est l'embryopathie rubéoleuse [16].

I.4.1.2. Période Fœtale

On distingue les fœtopathies microbiennes (listériose), virale (inclusions cytomégalovirus), parasitaires (toxoplasmose). Dans cette période néonatale peuvent intervenir des facteurs favorisants : les intoxications (médicaments, monoxyde de carbone), les irradiations (rayon X). Les causes anténatales représentent environ 1% des cas [16].

I.4.2. Causes périnatales

Ce sont les plus nombreuses soit environ 20% des cas **[**16**]**. La période périnatale englobe les trois mois qui précèdent le terme, la naissance et une période qui s'étend jusqu'à la fin du premier mois. Ces causes périnatales sont :

I.4.2.1. Prématurité

Elle intervient dans au moins 20% des cas. Le risque de lésion cérébrale par ischémie est très important dans les cas de prématurité avec petit poids de naissance. Le trouble moteur le plus souvent rencontré est la diplégie spastique ou maladie de Little **[**17**]**.

I.4.2.2. Asphyxie périnatale

Les lésions peuvent se produire au cours du travail d'accouchement même paraissant s'être déroulé normalement, mais elles sont plus fréquentes que l'accouchement a été prolongé, que la présentation était inhabituelle, qu'il a fallu recourir au forceps, que l'enfant n'a pas crié spontanément **[**18**]**.

Les problèmes présentés par le nouveau-né sont très importants car il s'agit d'une période où apparaît une série de fonctions vitales avec essentiellement la respiration. L'anoxie, joue un rôle déterminant dans près de la moitié des cas et l'apparition de mouvements anormaux est plus fréquente que les paralysies **[**19**]**. Le niveau intellectuel est en général proportionnel à la diffusion et au degré de l'atteinte motrice, mais quelques exceptions sont souvent notées [20].

I.4.2.3. Ictères du nouveau-né

Le caractère pathogène de ce désordre métabolique est cité en causes.
Qu'il s'agît d'incompatibilité sanguine (notamment dans le système rhésus ou de l'hyper bilirubinémie du prématuré etc.), l'atteinte des noyaux gris centraux donne lieu à une infirmité motrice de type athétosique, le plus souvent accompagnée d'une surdité, rarement l'intelligence est sous normale **[**17**]**.

I.4.3. Causes post-natales

Elles surviennent au cours des premiers mois de la vie et sont d'une extrême diversité, on peut citer :

- Les traumatismes crâniens et même les accidents anesthésiques qui sont susceptibles de laisser des séquelles motrices ;
- Les encéphalopathies aiguës métaboliques (hypocalcémie, déshydratation, etc.…), les encéphalopathies aiguës convulsivantes ;
- Les infections aiguës du système nerveux central (méningite et méningo encéphalites) ;
- Le traitement de tumeur, les lésions secondaires à l'intervention chirurgicale ou à la chimiothérapie **[**21**].**

I.4.4. Causes inconnues

Dans d'autres cas, aucune étiologie n'est décelée dans 14%.

I.5. Prise en charge de retard du développement psychomoteur

Les enfants présentant un retard psychomoteur ont besoin d'une prise en charge globale.

I.5.1. Aide éducative

Elle se base sur l'appréciation du développement, guide l'enfant dans la découverte de ses possibilités et donne aux parents les moyens de les faire émerger. Après 4 – 5 ans, l'enfant doit être inséré dans une structure éducative collective, si possible en externat, ou bénéficier d'une insertion en école maternelle si son niveau le permet [22].

I.5.2. Aide médicale

Elle va lutter contre tous les facteurs surajoutés : comitialité (épilepsie), déformation orthopédique. Des appareillages, comme le siège moulé ou l'attelle de station debout, peuvent être proposés pour soutenir l'enfant dans son désir moteur et lui offrir le plaisir d'être assis ou debout. Des déficits sensoriels (auditifs, visuels) doivent être recherchés attentivement, car ils désavantagent d'autant plus ces enfants qui ont déjà tant de mal à capter les informations environnantes [22].

I.5.3. Aide psychologique

Elle s'adresse aux parents, qui ont à faire face à l'annonce du handicap ou qui, au contraire, ont été faussement rassurés initialement et qui ont à affronter le regard d'autrui. Une demande de soutien peut aussi venir de la fratrie. Les parents peuvent être désarmés et perdre les repères comme l'apprentissage du déshabillage, de l'autonomie d'alimentation, de la propreté, l'éducation de la sexualité, l'ouverture vers l'extérieur [22].

Il faut parfois rappeler les possibilités de l'enfant, ce d'autant que ses acquisitions peuvent être disharmonieuses. L'enfant se construira si on le stimule en respectant ses capacités d'attention, si on l'encourage et si on respecte un espace pour son propre désir mais aussi si on lui impose des limites. Certains enfants peuvent avoir des périodes de repli sur soi et des attitudes psychotiques [22].

Les mouvements compulsifs en sont une expression. Il faut alors amener l'enfant à construire une relation au travers d'un jeu correspondant à son niveau réel. Ceci peut demander d'adapter le soutien éducatif. Chaque étape dans l'orientation de ces enfants ravive chez les parents le face à face avec le handicap. Le soutien d'une équipe cohérente et des liens réels entre les structures qui l'ont pris en charge et celles qui vont l'accueillir sont des éléments importants [22].

Chez ces enfants au développement lent et difficile, les gratifications viendront de tout progrès minime, auquel il faut savoir être attentif. La vie de l'enfant est rythmée par des jeux adaptés à son niveau d'intérêt, les sorties en plein air et les soins quotidiens. Les difficultés à la prise des repas peuvent nécessiter d'adapter l'alimentation; les troubles digestifs doivent être pris en compte et plus particulièrement la constipation, qui peut être réduite par des massages abdominaux réguliers et un apport hydrique suffisant ; les troubles du sommeil peuvent venir rompre l'équilibre de vie de la famille [22].

CHAPITRE II : MATERIELS ET METHODES

II.1. Matériels

II.1.1. Lieu d'étude

L'étude a été menée au Centre Hospitalo- Universitaire de Kamenge (CHUK) et s'est déroulée dans le centre médical communautaire. Celui-ci comprend 4 services à savoir PTME (prévention de la transmission mère -enfant), Vaccination, Planning familial et CPN (Consultation prénatale).

II.1.2. Type et durée de l'étude

Notre travail est une étude transversale descriptive et a concerné 152 mères qui ont amené leurs enfants pour une vaccination dans le centre médical communautaire de CHUK durant la période du 9 au 23 septembre 2020.

II.1.3. Population d'étude

Notre population d'étude était constituée par les mères fréquentant le service de vaccination du centre médical communautaire du CHUK.

II.1.3.1. Critère d'inclusion

A été inclus toute mère ayant un enfant âgé de plus de 6 mois et qui a accepté de participer dans l'étude.

II.1.3.2. Critères d'exclusion

Ont été exclu :

- Les mères ayant un trouble psychiatrique ou incapable de répondre à nos questions (Sourdes muettes) ;
- Les femmes dont l'enfant amené en vaccination ou les enfants dont elles ont la charge ne sont pas les leurs ;
- Les mères ayant un seul enfant âgé de moins de 6 mois.

II.1.3.3. Echantillon

La taille de l'échantillon a été calculée selon la formule de Schwatz :

$n=Z^2xPx(1-P)/e^2$; n=la taille de l'échantillon requise ;Z=le niveau de confiance ;P=Prévalence estimative ;e= marge d'erreur

Dans notre étude, la marge d'erreur était fixée à 8% dont la valeur type est de 0,08 et le niveau de confiance retenu était de 1,96, ce qui correspondrait à la valeur de probabilité associée à un intervalle de confiance de 95%. Etant donné qu'il n'y a pas d'études antérieures trouvées pouvant nous servir comme base d'estimation de P, le niveau initial des indicateurs a été fixé à 50%. Ainsi donc ;

$n=(1,96)^2x0,5x\ (1-0,5)/(0,08)^2=150,0625$

Tenant compte des critères d'inclusion et d'exclusion, notre échantillon est constitué de 152 mères.

II.2. Méthodes

II.2.1. Collecte des données

Au cours de notre étude, un questionnaire de collecte des données préétabli a été rempli par moi même en posant directement les questions à chaque mère ayant accepté de participer dans l'étude.

Ces données s'intéressaient aux connaissances en rapport avec les signes permettant de conclure à un bon DPM ou à un retard du DPM et les étiologies du retard du DPM, l'attitude des mères devant un signe d'alerte pour un retard du DPM, les considérations des mères sur les traitements du retard du DPM et leur opinion sur le devenir d'un enfant avec un retard du DPM.

Nous avons recueilli les éléments sur les données sociodémographiques tels l'âge, le niveau d'instruction, la profession, le statut matrimonial et leurs antécédents gynéco-obstétricaux tels que la gestité, la parité, nombre d'enfants vivants.

II.2.2. Saisie et traitement des données

Pour la saisie et l'analyse descriptive et statistique de ces données, nous avons utilisé le logiciel Epi Info 7 Version : 7.2.1. La réalisation des graphes a été faite avec le programme Excel.

Pour apprécier le niveau des connaissances, nous avons attribué la note bonne connaissance à chaque question posée répondue et réussie à 80%, connaissance moyenne à la question répondue et réussie entre 50% et 80%, connaissance faible à chaque question répondue et réussie entre 25% et 50% et connaissance médiocre à chaque question répondue et réussie par moins de 25%.

II.3. Limites et contraintes

Les difficultés que nous avons rencontrées étaient le refus de certaines mères de répondre à nos questions. D'autres n'acceptaient pas d'attendre après la vaccination pour pouvoir répondre à notre sollicitation, ce qui a contribué dans l'allongement de notre période d'étude.

CHAPITRE III : RESULTATS

III.1. Données sociodémographiques

III.1.1. Age

Tableau V : Répartition des mères selon l'âge

Classe d'âge	Effectifs	Pourcentage
<20	1	0,66%
20-24	34	22 ,37%
25-29	53	34,88%
30-34	41	26,98%
35-39	13	8,56%
>40	10	6,58%
TOTAL	**152**	**100,00%**

Nous notons que la tranche d'âge de 25 à 29 ans est dominante à 34,88%. L'âge moyen étant de 29,01 ans avec des extrêmes allant de 19 à 42 ans.

III.1.2. Statut matrimonial

Tableau VI : Répartition des mères selon le statut matrimonial

Etat civil	Effectifs	Pourcentage
Mariée	142	93,42%
Divorcée	6	3,95%
Célibataire	4	2,63%
Total	**152**	**100,00%**

La répartition selon le statut matrimonial montre une prédominance des mères mariées à 93,42%.

III.1.3. Niveau d'instruction

Tableau VII: Répartition des mères selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentage
Niveau fondamental	52	34,21%
Niveau post fondamental	44	28,95%
Universitaire	37	24,34%
Alphabétisation des adultes	13	8,55%
Analphabète	6	3,95%
Total	**152**	**100,00%**

La répartition des mères selon le niveau d'instruction montre une prédominance des mères ayant un niveau primaire suivi de celles de niveau secondaire respectivement à 34,21% et 28,95%. Les mères avaient un niveau d'instruction bas dans la majorité des cas.

III.1.4.Profession

Tableau VIII: Répartition selon la profession des mères

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère ou femme de foyer	69	45,39%
Cultivatrice	29	19,08%
Commerçante	23	15,14%
Fonctionnaire	22	14,49%
Etudiante/ Elève	6	3,95%
Tailleur	3	1,97%
Total	**152**	**100,00%**

Les ménagères étaient les plus représentées avec 45,39%. Cette classe est suivie de celle des cultivatrices puis de celle des commerçantes respectivement dans 19,08% et 15,14%. Les fonctionnaires sont représentés à 14,49%.

III.2. Données gynéco-obstétricales

III.2.1. Gestité

Tableau IX: Répartition des mères selon les gestités

Gestités	Effectifs	Pourcentage
1	39	25,66%
2 et plus	113	74,34%
TOTAL	**152**	**100,00%**

On remarque que 74,34% avaient eu 2 grossesses et plus contre 25,66% ayant une seule grossesse. La gestité moyenne est de 3,04 avec des extrêmes allant de 1à 10.

III.2.2. Parités

Tableau X: Répartition des mères selon les parités

Nombre de parité	Effectifs	Pourcentage
1	44	28,95%
2 et plus	108	71,05%
TOTAL	**152**	**100,00%**

La répartition des mères selon la parité montre que 44 mères parmi les enquêtées soit 28,95% étaient primipares contre 108 mères soit 71,05% qui étaient multipares. La parité moyenne est de 2,89 avec des extrêmes allant de 1 à 10.

III.2.3. Nombre d'enfants vivants

Tableau VIII: Répartition des mères selon les enfants vivants

Nombre d'enfants vivants	Effectifs	Pourcentage
1	44	28,95%
2 et plus	108	71,05%
TOTAL	**152**	**100,00%**

On trouve 44 mères soit 28,95% des mères ayant un seul enfant vivant contre 108 soit 71,05% ayant 2 et plus. Le nombre moyen d'enfants vivants est de 2,80 avec des extrêmes allant de 1 à 10.

III.3. Evaluation des connaissances et attitude des mères

III.3.1. Connaissances

III.3.1.1. Connaissances sur les signes en faveur d'un bon développement psychomoteur

Tableau VIII: Répartition des enquêtées selon les signes évoqués en faveur d'un bon DPM

Signes évoqués concluant au bon DPM	Effectifs(n=152)	Pourcentage
L'acquisition de la position assise	142	93%
L'acquisition de la marche à 4 pattes	141	93%
L'acquisition de la marche autonome	138	91%
Tenue stable de la tête	108	71%
L'acquisition d'un langage di syllabique	85	56%
Vision (La capacité de voir)	85	56%
L'acquisition de la position debout	83	55%
Existence d'un sourire	60	39%
Une bonne tonicité	50	33%
L'existence d'un retournement	49	32%
Le bon contact social	82	54%
Audition (Capacité d'entendre)	14	9%

Dans les signés évoqués par les mères qui les aident à conclure à un bon développement, la position assise et la marche à 4 pattes viennent en tête à 93% chacun suivis par la marche autonome et la tenue de tête respectivement à 91% et 71%.

III.3.1.2. Connaissances sur l'âge d'acquisition des signes en faveur d'un bon développement psychomoteur

III.3.1.2.1. Tenue de la tête

Tableau IX: Répartition des mères selon leur opinion sur l'âge de la tenue stable de la tête

Age de la tenue stable de tête en mois	Effectifs (n=108)	Pourcentage
Bonne réponse (3 à 4 mois)	94	87,04%
Mauvaise réponse (en dehors de 3 à 4 mois)	14	12,96%
Total	**108**	**100,00%**

Nous remarquons que 94 mères sur 108 ayant évoqué le signe de tenue stable de la tête comme repère d'un bon DPM soit 87,04% situe l'âge de la tenue stable de la tête entre 3 et 4 mois tandis que pour 14 mères soit 12,96%, la tenue stable de la tête est acquise en dehors de cette période.

III.3.1.2.2. Retournement

Tableau X: Répartition des mères selon leur opinion sur l'âge de l'existence d'un retournement

Age d'acquisition de retournement en mois	Effectifs	Pourcentage
Bonne réponse (6 à 7 mois)	3	6,00%
Mauvaise réponse (en dehors de 6 à 7 mois)	47	94,00%
Total	**50**	**100,00%**

On note seulement 3 mères soit 6,00% sur 50 mères ayant évoqué le signe de retournement, qui situe l'âge d'acquisition du retournement entre 6 et 7 mois tandis que pour 47 restantes soit 94%, le retournement est acquis avant 6 mois.

III.3.1.2.3. Position assise

Tableau XI: Répartition des mères selon leur opinion sur l'âge d'acquisition de la position assise

Age d'acquisition de la position assise	Effectifs (n=142)	Pourcentage
Bonne réponse (6 à 7 mois)	29	20,42%
Mauvaise réponse(en dehors de 6 à 7 mois)	113	79,58%
Total	**142**	**100,00%**

Nous constatons que parmi les 142 mères ayant évoqué ce signe 29 mères soit 20,42% situent la position assise entre 6 et 7 mois tandis que 113 mères soit 79,58% le situent en dehors de cette période.

III.3.1.2.4. Marche à 4 pattes

Tableau XII: Répartition des mères selon leur opinion sur l'âge d'acquisition de la marche à 4 pattes

Age d'acquisition de marche à 4 pattes en mois	Effectifs(n=141)	Pourcentage
Bonne réponse (entre 8 à 9 mois)	25	17,73%
Mauvaise réponse (en dehors de 8 à 9 mois)	116	82,27%
Total	**141**	**100,00%**

Nous remarquons que 25 mères soit 17,73% sur les 141 ayant évoqué ce signe de marche à 4 pattes le situent entre 8 à 9 mois et ont trouvé la bonne réponse tandis que 116 (soit 82,27% des mères) situent la période d'acquisition de la marche à 4 pattes en dehors de 8 à 9 mois.

III.3.1.2.5. Position debout

Tableau XIII: Répartition des mères selon leur opinion sur l'âge d'acquisition de la position debout

Age d'acquisition de la Position debout en mois	Effectifs(n=83)	Pourcentage
Bonne réponse (entre 10 à 11 mois)	10	12,04%
Mauvaise réponse (en dehors de10 à 11 mois)	73	87,96%
Total	**83**	**100,00%**

On trouve que pour les 83 mères ayant évoqué le signe de la position debout, 10 mères soit 12,04% ont trouvé la bonne réponse et la situent entre 10 à 11 mois tandis que 73 restantes soit 87,96% situent la position debout en dehors de cette période.

III.3.1.2.6. Marche autonome

Tableau XIV: Répartition des mères selon leur opinion sur l'âge d'acquisition de la marche autonome

Age d'acquisition de la marche autonome	Effectifs(n=138)	Pourcentage
Bonne réponse (entre 12 à 18 mois)	111	80,44%
Mauvaise réponse (en dehors de 12 à 18 mois)	27	19,56%
Total	**138**	**100,00%**

Nous trouvons que 111 mères soit 80,44% sur 138 mères ayant évoqué ce signe de marche autonome situent l'acquisition de la marche autonome entre 12 et 18 mois tandis que 27 mères soit 19,56% la situent en dehors de cette période.

III.3.1.2.7. Langage di syllabique

Tableau XV: Répartition des mères selon leur opinion sur l'âge d'acquisition du langage disyllabique

Age d'acquisition du langage disyllabique en mois	Effectifs(n=85)	Pourcentage
Bonne réponse (8 à 9 mois)	47	55,29%
Mauvaise réponse (en dehors de 8 à 9 mois)	38	44,71%
Total	**85**	**100,00%**

Parmi les 85 mères ayant évoqué le signe de langage di syllabique, nous constatons que 55,29% des mères situent ce signe entre 8 et 9 mois tandis que 44,71% le situent en dehors de cette limite.

III.3.1.2.8. Sourire

Tableau XVI: Répartition des mères selon leur opinion sur l'âge d'acquisition de sourire

Age d'acquisition de sourire en mois	Effectifs(n=60)	Pourcentage
Bonne réponse (2 à 3 mois)	50	83,33%
Mauvaise réponse (en dehors de 2 à 3 mois)	10	16,67%
Total	**60**	**100,00%**

Parmi les 60 mères ayant évoqué ce signe de sourire, 83,33% des mères situent ce signe entre 2 et 3 mois tandis que pour 16,67 % des mères situent l'acquisition du sourire en dehors de 2 à 3 mois.

III.3.1.2.9. Vision

Tableau XVII: Répartition des mères selon leur opinion sur l'âge d'acquisition de la vision

Age de l'acquisition de la vision en mois	Effectifs	Pourcentage
Bonne réponse (dès le 4è jour)	0	0%
Mauvaise réponse	84	100,00%
Total	**84**	**100,00%**

Toutes les 84 mères ayant évoqué le signe de vision ne localisent pas correctement la période d'apparition de ce signe qui apparait théoriquement dès le 4è jour.

III.3.1.2.10. Audition

Tableau XVIII: Répartition des mères selon leur opinion sur l'âge d'audition

Age d'audition en mois	Effectifs (n=14)	Pourcentage
Bonne réponse (dès la naissance)	0	0,00%
Mauvaise réponse	14	100,00%
Total	**14**	**100,00%**

Nous remarquons que pour toutes les 14 mères ayant évoqué le signe d'audition, l'audition est acquise au-delà de la période néonatale c'est-à-dire qu'elles ne localisent pas correctement l'apparition de ce signe qui apparait théoriquement dès la naissance.

III.3.1.3. Signes d'alerte d'un retard du développement psychomoteur

Tableau XIX: Répartition des mères selon les signes d'alerte en faveur d'un retard du DPM

Signes d'alerte d'un retard DPM	Effectifs	Pourcentage
Absence de la marche à 4 pattes	141	93%
Absence de la position assise	141	93%
Absence de la marche autonome	136	89%
Absence de la tenue stable de tête	108	71%
Absence du langage di syllabique	83	55%
Absence de position debout	81	53%
Absence de la capacité de voir	77	51%
Absence de sourire	58	38%
Hypotonie	58	38%
Absence de retournement	50	33%
Absence de socialisation	71	47%
Absence d'audition	13	9%
Absence de cris vigoureux	3	2%
Aucune réponse	1	1%

Parmi les signes d'alerte du retard du DPM évoqués, l'absence de la position assise et l'absence de la marche à 4 pattes viennent en tête à 93% chacun puis viennent l'absence de la marche autonome et absence de la tenue stable de la tête respectivement à 89% et 71%.

III.3.1.4. Causes du retard du développement psychomoteur

Tableau XX: Répartition des mères selon leurs réponses sur les étiologies du retard du DPM

Causes du retard psychomoteur	Effectifs	Pourcentage
Pas de réponses	58	38,16%
Paresse de l'enfant	24	15,79%
Absence de stimulation	24	15,79%
Mauvais état sanitaire de l'enfant (enfant maladif)	18	11,84%
Croyances occultes et/ou culturelles	17	11,18%
Malnutrition de la mère pendant la grossesse	12	7,89%
Malnutrition de l'enfant	12	7,89%
Antécédents familiaux du retard du DPM	12	7,89%
INNBP	12	7,89%
Asphyxie périnatale	12	7,89%
Pathologies sur grossesse	10	6,58%
Traumatismes crânio-encéphaliques	7	4,61%
Absence de vaccination	7	4,61%
Poliomyélite	6	3,95%
Prématurité	3	1,97%
Prise de toxiques sur Grossesse	2	1,32%
AVP sur grossesse	1	0,66%
Consanguinité	1	0,66%

Un grand nombre des mères n'ont aucune idée sur les causes du retard du développement psychomoteur soit à 38,1%.

Parmi les causes citées, les 4 causes qui viennent en tête sont : la paresse de l'enfant et l'absence de stimulation de l'enfant citées par 24 mères soit 15,79% chacune puis les pathologies à répétition et la croyance occulte et /ou culturelle respectivement à 11,84% et 11,18%.

III.3.1.5. Existence de la prise en charge en cas de retard psychomoteur

Tableau XXI: Répartition des mères selon les réponses sur l'existence ou non d'un traitement

Réponses	Effectifs (n=152)	Pourcentage
Je ne sais pas	77	50,65%
Non	49	32,23%
Oui	26	17,10%

On a eu 77 mères soit 50,65% qui ne savent pas s'il existe ou non des traitements du retard du DPM tandis que 32,23% affirment qu'il n'y a pas de traitements contre 17,10 % affirmant l'existence des traitements.

III.3.1.6. Traitement évoqué en cas de retard du DPM

Tableau XXII: Répartition des mères selon le traitement évoqué en cas de retard du DPM

Traitement proposé	Effectifs (n=28)	Pourcentage
Kinésithérapie	13	46%
Médicament naturel	8	29%
Dépakine	7	25%

Pour les 28 mères ayant répondu à cette question, la kinésithérapie vient en tête avec 46% tandis que 29% des mères évoquaient des médicaments naturels.

III.3.1.7. Devenir de l'enfant avec retard du DPM

Tableau XXIII: Répartition des mères selon leurs opinions sur le devenir d'un enfant avec retard du DPM

Réponses	Fréquence(n=152)	Pourcentage
Ils sont handicapés à vie	76	50,00%
L'évolution dépend de la cause (ils guérissent ou restent handicapés à vie)	42	27,63%
Ils peuvent guérir	33	21,71%
Ils meurent	1	0,66%

On note que la majorité des mères à 50% pensent que l'enfant avec un retard du DPM devient handicapé à vie et pour 27,63% des mères, l'évolution va dépendre du type ou de la cause du retard.

III.3.2. Attitude des mères

III.3.2.1. Attitude des mères devant un retard du développement psychomoteur de l'enfant

Tableau XXIV: Répartition des mères selon leur attitude devant un signe d'alerte à un retard du DPM

Réponses données	Effectifs	Pourcentage
Amener l'enfant en consultation	123	81%
Attendre l'évolution spontanée	25	16%
Amener l'enfant dans les prières	2	1%
Amener l'enfant en Kinésithérapie	2	1%
Aller chez le guérisseur traditionnel	0	0%

Nous remarquons que pour 123 mères sur 152, soit 81% leur attitude serait d'amener leur enfant dans une consultation médicale.

CHAPITRE IV : DISCUSSION ET REVUE DE LA LITTERATURE

IV.1. Socio-épidémiologique

IV.1.1. Age des mères

Au cours de notre étude nous avons enquêté 152 mères amenant leurs enfants en séance de vaccination ayant accepté de participer dans notre étude dont 65,13 % avaient moins de 30 ans avec une classe de 25 à 29 qui est dominante à 34,88%. L'âge moyen des mères était de 29,01 ans.

Les autres études réalisées dans des centres communautaires chez les mères retrouvent des résultats proches des nôtres :

- Dans une étude faite chez des mères dans un centre communautaire à l'Hôpital Rumonge, BIMENYIMANA Rémy [23] a trouvé que cette tranche d'âge est dominante à 35,12% avec un âge moyen de 27,18±4,61.
- Les mêmes résultats ont été trouvés par Mamadou SERME [24] où la classe dominante est de 25 à 29 ans avec l'âge moyen de 27,48 ans.
- Dans une étude faite dans le même service que notre étude par KINYANGE Placide [25] a trouvé une tranche d'âge dominante de 25-34 ans à 59,33%, ces résultats sont proches des nôtres si nous considérons la tranche d'âge de 25-34 qui est représentée à 61,86%.

IV.1.2. Statut matrimonial

Au cours de notre étude la majorité des mères ayant répondu à notre sollicitation sont mariées à 93,42%.

Dans 2 études effectuées au CHUK dans le service de vaccination, l'une par KINYANGE [25] et l'autre par HABONIMANA Yves [26] ont trouvé que la majorité des femmes étaient mariées respectivement à 97,56% et à 81,9%.

IV.1.3. Niveau d'instruction

Dans notre étude nous avons trouvé que la plupart des mères enregistrées avait un niveau d'instruction primaire à 34,21% suivie par celles de niveau secondaire à 28,95% puis les universitaires à 24,34%. Ces résultats sont proches des résultats de l'étude de NIMUBONA Marie Rose [27] faite en 2020 au CHUK chez les mères du centre communautaire où elle a trouvé 37,88% des mères de niveau primaire avec 23,64% de niveau universitaire.

KINYANGE Placide [25] dans son étude de 2017 au CHUK dans le même service, a trouvé 42,67% mères de niveau primaire, 31,33% de niveau secondaire avec 15,78% de niveau universitaire.

BIMENYIMA Rémy [23] dans son étude à l'Hôpital de Rumonge avait trouvé que la plupart des enquêtés étaient des analphabètes à 42,86% suivie par celles de niveau secondaire à 33,93% puis de niveau primaire à 23,21%. Cette différence peut s'expliquer par le fait que son travail concernait les zones rurales.

IV.1.4. Profession

Dans notre étude, sur les 152 mères ayant accepté de participer à notre étude, la plupart d'entre elles à 45,39% sont des femmes au foyer. Elle est superposable à celle trouvé par NIMUBONA Marie Rose [27] dans son étude au CHUK qui la rapporte à 44,55%.

Dans une étude au CHUK, KINYANGE Placide [25] a trouvé un taux des ménagères proche du nôtre avec 42,89%.

Tandis que BIMENYIMANA Rémy [23] dans son étude à l'Hôpital Rumonge a trouvé que la majorité des mères étaient des cultivatrices à 80,65%. Ces chiffres élevés s'expliquent par fait que son étude concernait un Hôpital rural.

IV.2. Antécédents gynéco-obstétriques

IV.2.1.Parités, nombre d'enfants vivants

Pour notre étude, la majorité des enquêtées soit 71,05% sont des multipares et 71,05% avaient des 2 et plus. BIMENYIMANA Rémy [23] dans son étude réalisée à Rumonge a trouvé la prédominance des multipares à 75% avec 75% ayant 2 enfants et plus. Cette prédominance est aussi trouvée en 2020 dans une étude au CHUK dans le service de vaccination par NIMUBONA Marie Rose [27] où elle a trouvé que les multipares représentent 64,54% avec 63,94% des mères ayant 2 enfants et plus.

IV.3. Evaluation des connaissances et attitude

IV.3.1.Connaissances

IV.3.1.1. Signes en faveur d'un bon développement psychomoteur

Deux circonstances différentes peuvent amener à évaluer le développement psychomoteur : examen systématique (tout examen pédiatrique doit tenir compte des étapes du développement psychomoteur) ; inquiétude des parents ou à l'occasion d'une pathologie [1].

Dans notre étude sept (7) signes sont seulement répondus à majorité. Il s'agit entre autres l'acquisition de la position assise et de la marche à 4 pattes à 93% chacune, l'acquisition de la marche autonome à 91%, la tenue stable de la tête à 71%, l'acquisition du langage di syllabique et la capacité de voir à 56% chacune et l'acquisition de la position debout à 55%.

Dans la littérature, beaucoup de signes pour un bon développement psychomoteur sont à évaluer. Dans notre étude nous remarquons que la majorité des mères se concentrent sur peu de signe pour arriver à conclure à un DPM normal. Elles évaluent surtout les acquisitions motrices. Cela peut être expliqué par le manque de formation adéquate sur le développement psychomoteur du

personnel soignant d'une part et le peu d'informations reçues au cours des CPN et des séances de vaccination pour les mères d'autre part.

IV.3.1.2. Age d'acquisition des signes en faveur d'un bon développement psychomoteur

IV.3.1.2.1. Tenue de la tête

L'âge médian de l'acquisition du maintien de la tête est de 2 mois et 80 % des enfants y parviennent à 3 mois. A 3 mois en moyenne, la tête est bien tenue quand le bébé est placé assis, et il la relève avec ses épaules en s'appuyant sur ses bras quand il est allongé sur le ventre [28].

Dans notre étude, 87,04% des femmes ayant accepté de participer dans notre étude ont projeté l'acquisition de la tenue stable de la tête entre 3 mois et 4 mois. Nous constatons que le niveau de connaissance sur l'âge de la tenue stable de la tête est bon. Peut être que la plupart s'est basée sur leurs expériences respectives pour répondre à la question.

IV.3.1.2.2.Position assise

A partir de 3 mois en moyenne, ce sont les épaules qui se redressent. A 6 mois, 80 % des enfants tiennent assis avec un léger support. Plus de la moitié des enfants réalise cet exploit à 4 mois. Dès 5 mois, le tronc est droit mais la station assise n'est pas acquise, elle le sera avec le support des bras vers 6 mois pour la moitié des enfants et sans le support des bras à 7 mois (80 % des enfants) [29].

Dans notre étude, seulement 20,42% des femmes ont projeté l'acquisition de la position assise entre 6 et 7 mois. La majorité des mères ont situé l'âge d'acquisition de la station assise en dehors de cette période. Nous constatons que le niveau de connaissances sur l'âge d'acquisition de la station assise est médiocre.

IV.3.1.2.3. Station debout

L'enfant se maintient debout avec support (soutenu légèrement sous les bras, ou en appui sur une table basse, par exemple) vers 6 mois pour 50 % des enfants, et vers 10 mois pour 90 %. L'étalonnage du baby-test de Brunet-Lézine fournit les chiffres suivant pour cette même compétence: 45% des enfants à 8 mois et 90 % à 11 mois. De manière générale, la station debout sans appui est acquise vers 11 mois pour la moitié des enfants, certains parviendront à cette prouesse dès 9 mois et d'autres devront patienter jusqu'à 16 mois [29].

Dans notre étude, 12,04% des femmes pensent qu'entre 10 et 11 mois, l'enfant acquiert la station debout et les autres la situent en dehors de cette période. Nous constatons que le niveau de connaissances sur l'âge d'acquisition de la station debout est médiocre.

IV.3.1.2.4. Retournements

Dans notre étude, 6,00% des femmes projettent l'existence de retournement entre 6 à 7 mois tandis que 94,00 % d'entre elles le mettent en dehors de cette période.

Le premier véritable changement de position que peut exécuter le nouveau-né est de se retourner sur le dos (décubitus dorsal) lorsqu'il est placé sur le côté (décubitus latéral). Certains bébés (10 %) effectuent ce mouvement dès 1 mois, la moitié à 2mois et la totalité des enfants à 6 mois [29].

Entre 6 et 7 mois, la moitié des enfants se retournent du décubitus dorsal au décubitus ventral (allongé sur le ventre), 76 % des enfants réalisent ce retournement à 8 mois selon Josse [28].

Nous constatons que le niveau de connaissances sur l'âge de l'existence des retournements est médiocre.

IV.3.1.2.5. Passage assis debout

Dans notre étude, 12,04% des femmes ayant participé dans notre enquête pensent que l'acquisition de la position debout se fait entre 10 et 11 mois et pour 87,96% des mères, l'âge d'acquisition de la station debout se situe en dehors de cette période contrairement aux résultats trouvés chez les enfants étudiés par Stambak [30], rares sont ceux qui parviennent à se dresser seuls à 8 mois, ils sont toutefois 39 % à 9 mois et 89 % à 11 mois.

L'étalonnage du Brunet-Lézine selon Josse [28] rapporte que 60 % des enfants de 10mois et 89 % des enfants de 11 mois passent de la position assise à la position debout en prenant appui sur une chaise, une table basse ou tout autre support.

Entre 10 et 14 mois, suivant les enfants, apparaît la possibilité de se baisser et de se redresser une fois en position debout. C'est aussi autour de 12 mois que les enfants parviennent à s'asseoir sans se laisser tomber alors qu'ils étaient debout [28].

Nous constatons que le niveau de connaissances sur l'âge d'acquisition de la station debout est médiocre.

IV.3.1.2.6. Marche à 4 pattes

Dans notre étude, 17,73% des femmes disent que l'acquisition de la marche à 4 pattes se fait entre 8 et 9 mois tandis que les autres la situent en dehors de cette période.

Dans l'étude de Stambak [30] et ceux figurant dans le manuel du Brunet-Lézine de Josse [28] notent respectivement que cette acquisition se fait en moyenne vers 6 mois, 10 % des bébés « rampeurs »commenceront à 5 mois et 90 % auront cette possibilité à 11 mois et en comptabilisant tous les modes choisis (reptation, 4 pattes ou *sliding*), le manuel du Brunet-Lézine rapporte des déplacements chez 22 % des enfants à 7 mois, chez 47 % à 8 mois, chez 75 % à 9 mois et chez 87 % à 10 mois.

Nous constatons que le niveau de connaissances sur l'âge d'acquisition de la station debout est médiocre.

IV.3.1.2.7. Marche autonome

Dans notre étude, pour la majorité des femmes soit 80,44%, l'acquisition de la marche autonome se fait entre 12 et 18 mois. Ces résultats concordent avec ceux trouvés par Josse [28] qui observe 47 % de réussite à 11 mois à l'item : marche avec aide quand on lui tient une main et 85 % à 12 mois. Les premiers pas autonomes apparaissent à 9 mois pour les plus précoces, pour la moitié des enfants à 12 mois et pour la grande majorité, cette étape essentielle est franchie à 17 mois [28].

Nous constatons que le niveau de connaissances sur l'âge d'acquisition de la marche est bon.

IV.3.1.2.8. Langage

L'acquisition du langage disyllabique s'acquiert au cours du neuvième mois chez de nombreux enfants. 60% seulement des enfants doublent les syllabes à 8 mois et 85% à 9 mois [31].

Dans notre étude, 55,29% des femmes projettent l'acquisition du langage dissyllabique entre 8 mois et 9 mois. Pour les autres soit 44,71% situent cette acquisition en dehors de cette période. Nous constatons que le niveau de connaissances sur l'âge d'acquisition du langage dissyllabique est moyen.

IV.3.1.3. Signes d'alerte d'un retard du développement psychomoteur

Le DPM est l'évolution de manière parallèle des progrès de l'enfant sur un double plan : plan psychique (intelligence, langage, affectivité) et le plan moteur (mouvements du corps et des membres) [10].

Dans notre étude parmi les signes évoqués orientant vers un retard du DPM, sept signes (7) sont les seuls évoqués à majorité par les mères qui ont accepté de participer dans notre étude et en répondant à la question posée.

Il s'agit de l'absence de la marche à 4 pattes à 93%, absence de la position assise à 93%, absence de marche autonome à 89%, absence de la tenue stable de la tête à 71%, absence du langage di syllabique à 55%, absence de position debout à 53%, absence de la capacité de voir à 51%.

Nous remarquons peu des signes sont majoritairement évoqués alors qu'il peut y avoir d'autres pouvant nous orienter vers un retard du DPM. Dans ce cas il peut y avoir des signes qui peuvent passer inaperçus et retarder ainsi la prise en charge précoce de l'enfant.

IV.3.1.4. Causes du retard du développement psychomoteur

Les causes du RPM peuvent être survenues avant la naissance (anténatale), pendant l'accouchement ou dans les premiers moments de la naissance (néonatale) ou postnatale (classiquement pendant les deux premières années). Cependant, il existe des risques de récurrence lors de grossesses ultérieures si la cause de l'accident périnatal est liée à une pathologie maternelle non contrôlable [15].

Dans notre étude, pour les 152 mères ayant accepté de participer dans l'étude la plupart d'entre elles ne connaissent aucune cause d'un retard du DPM (soit 38,16%). La paresse de l'enfant et la non stimulation sociale sont les causes évoquées par les mères en premier à 15,79% chacune. Pour les autres (11,18%), ce sont des croyances occultes et / ou culturelles qui peuvent expliquer le retard du DPM.

Ces résultats sont différents de résultats trouvés par Cheick Abdoul Kadri Abass Waïgalo [10] dans son étude sur le retard psychomoteur dans le service de pédiatrie du CHU GABRIEL TOURE où la souffrance cérébrale est responsable de 50% des retards avec un taux de 100% des arriérations profondes. Cette différence peut être due à la maque de formations et des informations sur le retard psychomoteur chez nos enquêtés.

IV.3.1.5. Existence d'un traitement en cas de retard psychomoteur

Les enfants ayant un retard du DPM ont besoin d'une prise en charge globale (aide éducative, aide médicale, aide psychologique et rappeler les possibilités de l'enfant) [22].

Dans notre étude, pour les 152 mères, 50,65% d'entre elles ne savent pas qu'il ya une prise en charge pour un enfant avec retard psychomoteur.

Les autres soit 32,23% disent qu'il n'y a pas de prise en charge pour ces enfants avec retard. Etant convaincu qu'il n'y a pas de traitement en cas de retard du DPM, ces mères ne vont pas amener l'enfant en consultation.

IV.3.1.6. Traitement évoqué du retard du DPM

L'aide éducative se base sur l'appréciation du développement, guide l'enfant dans la découverte de ses possibilités et donne aux parents les moyens de les faire émerger. **L'aide médicale** lutte contre tous les facteurs surajoutés : comitialité (épilepsie), déformation orthopédique (toute décision d'appareillage et plus encore chirurgicale doit rester extrêmement prudente chez des enfants dont le moindre progrès n'est obtenu qu'au prix d'une stimulation tout en douceur et en patience) [22].

Des déficits sensoriels (auditifs, visuels) doivent être recherchés attentivement, car ils désavantagent d'autant plus ces enfants qui ont déjà tant de mal à capter les informations environnantes. **L'aide psychologique** s'adresse aux parents, qui ont à faire face à l'annonce du handicap ou qui, au contraire, ont été faussement rassurés initialement et qui ont à affronter le regard d'autrui. Une demande de soutien peut aussi venir de la fratrie [22].

Dans notre étude parmi les 28 mères qui affirment que les traitements de retard du développement psychomoteur existent, 46% d'entre elles ont évoqué la kinésithérapie, 29% les médicaments naturels et 25% la dépakine.

En se basant de ces résultats, la plupart de ces mères ont évoqué des traitements en cas des facteurs surajoutés. Mais des 2 côtés éducatif et psychologique, elles n'ont rien dit. De plus il y a un nombre non négligeable des mères à 29% qui donne plus d'importance aux médicaments naturels.

IV.3.1.7. Devenir de l'enfant avec retard du DPM

Le devenir de l'enfant avec le retard du développement moteur va dépendre de la cause et de sa prise précoce.

Dans notre étude, pour 152 mères enquêtées, 50,00% affirment que l'enfant avec un retard du développement psychomoteur devient handicapé à vie tandis que pour 27,63 % l'évolution va dépendre de la cause c'est-à-dire soit il peut guérir soit il peut devenir handicapé à vie.

De ces résultats on en déduit que la majorité des mères ne seront pas motivées de consulter pour un enfant présentant un retard du fait qu'elles pensent que cet enfant ne pourra pas guérir plutôt qu'il va devenir handicapé à vie.

IV.3.2. Attitude des mères

IV.3.2.1. Attitude devant un retard du développement psychomoteur de l'enfant

Dans notre étude, on a voulu savoir l'attitude des mères si elles arrivent à détecter un retard du DPM. Dans notre étude avec les résultats obtenus à 81%, la grande majorité des mères ayant accepté de participer dans notre étude affirment que le premier réflexe serait d'amener l'enfant en consultation.

On peut signaler que 16% des mères disent qu'elles peuvent d'abord attendre l'évolution spontanée et 1% des mères l'amèneraient dans les prières. Ces deux comportements pourraient occasionner une prise en charge tardive.

V. CONCLUSION ET SUGGESTIONS

V.1. Conclusion

La tranche d'âge de 25 à 29 ans était dominante et la majorité de ces mères avaient un âge inférieur ou égale à 30 ans. Elles étaient majoritairement mariées et multipares. Le niveau d'instruction fondamentale était le plus représentatif et sont majoritairement des ménagères.

Les connaissances des mères fréquentant le centre médical communautaire de CHUK sur le retard psychomoteur ne sont pas satisfaisantes.

Pour la majorité des mères, les signes en faveur d'un bon développement psychomoteur sont témoignés par l'acquisition de la position assise, l'acquisition de la marche à 4 pattes, l'acquisition de la marche autonome, la tenue stable de la tête, l'acquisition d'un langage disyllabique, l'existence de la vision et l'acquisition de la position debout et leur absence est synonyme de retard du DPM. Mais l'âge d'apparition de ces acquisitions est mal localisé par les mères.

La plupart des mères ne connaissent pas les causes du retard psychomoteur. Parmi les causes signalées, les causes scientifiques relatives à l'agression sur le système nerveux central n'ont pas de place. La paresse de l'enfant, l'absence de stimulation et les croyances occultes et / ou culturelles sont évoquées en priorité.

Pour la majorité des mères, leur attitude face aux signes d'alerte en faveur d'un retard psychomoteur est d'amener l'enfant en consultation. Mais l'existence des traitements en cas de retard du DPM est méconnue par la grande majorité des mères. Quelques rares femmes accordent une importance à la kinésithérapie comme traitement du retard du DPM.

La prise en charge précoce de la cause peut permettre la récupération de l'enfant avec retard psychomoteur. Mais pour la majorité des mères, l'enfant avec retard psychomoteur devient handicapé à vie.

V.2. Suggestions

A la fin de ce modeste travail, une liste de suggestions peut être dégagée.

A ministère de la santé

Contrôler si les séances d'EPS données au cours de CPN et des séances de vaccination portent aussi sur le développement psychomoteur.

Aux professionnels de la santé

Donner toutes les informations nécessaires aux femmes fréquentant les structures de soins en particulier les centre médical communautaire sur les facteurs de risque de retard psychomoteur et sur l'évaluation du développement psychomoteur de l'enfant.

Expliquer aux mères l'existence de prise en charge du retard du DPM et les orienter en cas de besoin dans le centre de prise en charge adéquate du retard du DPM.

Aux femmes en âge de procréer

De consulter en moindre doute sur le développement psychomoteur de leurs enfants.

Suivre les conseils donnés par le personnel soignant et en mettant en pratique les informations reçues sur le développement psychomoteur des enfants.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Antoine Bourrillon, Grégoire Bénoit, Christophe Delacourt
Abrégé pédiatrie, Elsevier Masson, 2017, page 26

2. Bernard G, Francis G. Développement et maladie de l'enfant. Edition Masson, Paris, 1986 :634p

3. Battisti,P.O. Neurologie développementale, UGL 2000, page 9

4. Bartolo P a. Communicating a diagnosis of developmental disability to parents: multiprofessional negotiation frameworks. Child Care Health Dev. 2002;28(1):65–71.

5. Sices L, Egbert L, Mercer MB. Sugar-coaters and Straight Talkers: Communicating About Developmental Delays in Primary Care. Pediatrics. 2009 Oct 1 ;124(4) : e705–e713.

6. Aujuard.A, A. Bourillon, J.Gaudelus. Pédiatrie Editions Ellipse, Paris 1991

7. **Agr. Bouabida.** Développement psychomoteur, EHS Nouar Fadela, cours résidents 1ère année de médecine, module de pédiatrie année universitaire d'Oran 2019/2020, pages 10-11

8. Yves Chaix. Développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant : aspects normaux et pathologiques (psychomotricité, langage, intelligence). Troubles de l'apprentissage, Edition Odile Jacob, paris 2008, pge 11 ; 13

9. Philippe Scialom, Françoise Giromini et Jean-Michel Albaret
Manuel d'enseignement de psychomotricité, De Boeck-Solal 4, rue de la Michodière 75002, Paris. Page 21

10. Cheik Abdoul Kadri Abass Waïgalo. Etude du retard psychomoteur dans le service de pédiatrie du CHU GABRIEL TOURE à propos de 60 cas, Thèse de médecine,Université de Bamako en 2006, pge 4 ; 5

11. Artuis M., Renault F. Les infirmités motrices d'origines cérébrales, Med infant, 1983,7 : 769-826

12. Zennaki A. Développement psychomoteur normal et pathologique de l'enfant, article 2006, pages 2 ; 4

13. Bompard Y, Aufrant C, Massonnaud M, Gautlera. La souffrance cérébrale asphyxique du nouveau-né ; EMC, Pédiatrie, 1987 (Paris ; France), 4002560,7.

14. P Duverger et J. Malka. Développement psychomoteur du Nourrisson et de l'enfant et ses troubles, MODULE 3 : MATURATION ET VULNERABILITE, service de pédopsychiatrie chuk Angers, 2008, pge 14 ; 15

15. Seraphin N., Anderson N. et Al. Aspects cliniques et Etiologiques des infirmités motrices cérébrales chez les Enfants A Yaoundé : A l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (Cameroun)
Health Sci.Dis: vol 16 January-February-March 2015

16. M.CDI. MOTRICITE CEREBRALE READAPTATION NEUROLOGIQUE DU DEVELOPPEMENT. Organe officiel du cercle de documentation et d'information (CDI) pour la rééducation des infirmes moteurs cérébraux no4 tome 23-décembre 2002

17. Cahuzac. L'enfant infirme moteur d'origine cérébrale. Edition MASSON,Paris,1980, P27-70

18. J. Cambier M ; Masson M ; Dehen H. Neurologie 8è édition MASSON,Paris, Novembre 1995,pge 23

19. Michel A., Nicole P., Gérard P., Olivier D., Josette M. Neurologie pédiatrique 2è édition, Edition Brigitte Peyrot, Paris,2010, p289-314

20. Bobath B, Bobath K. Développement de la motricité des enfants IMC. MASSON, PARIS, 1985

21. Le Metayer M. Bilan psychomoteur de l'enfant normal. Encyclopédie médico-chirurgicale PARIS, 4.0.09, Kinésithérapie ,26028 B-10, Edition Elsevier Masson SAS, Paris, 2009.

22. Véronique Leroy-Malherbe. Les retards psychomoteurs d'origine indéterminée, éd APF, *SESSD APF d'Arpajon et d'Orsay (91)*,2002, pages 3-4

23. BIMENYIMANA R. Etude des connaissances, attitudes et pratiques des mères sur l'allaitement maternel en milieu rural. Etude prospective sur 3 mois à propos de 336 cas colligés à l'Hôpital de Rumonge. Thèse de Médecine, Université du Burundi,2017

24. Mamadou SERME. Déterminants communautaires de la fréquence élevée des abandons de la vaccination entre le BCG et le VAR chez les enfants de 0 à 11 mois dans la ville de POUYTENGA (Burkina Faso).

Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Attaché de santé en Epidémiologie 2011, Ecole nationale de la santé publique (Burkina Faso).

25. **KINYANGE P.** Connaissances et pratiques en matière d'alimentation du nourrisson : étude menée auprès de 450 mères des nourrissons ayant fréquenté le service de vaccination du CHUK. Thèse de Médecine, Université du Burundi, soutenue en 2017

26. HABONIMANA Y. Evaluation de l'état nutritionnel des enfants de 0 à 8 mois fréquentant le service de vaccination du CHUK dans le département de médecine communautaire.

Thèse de médecine, Université du Burundi, soutenue en 2017

27. NIMUBONA M. R. Etude des connaissances, attitudes et pratiques des mères sur l'allaitement maternel. Etude réalisée au centre de médecine communautaire du CHUK à propos de 330.Thèse de Médecine, Université du Burundi, soutenue en 2020

28. Josse, D. Manuel BLR-C, Brunet-Lézine Révisé : Echelle de développement psychomoteur de la première enfance. Paris : EAP, 1997.

29.Annabelle Miermon, Céline Benois-Marouani, Marianne Jover.
Le développement psychomoteur. Manuel d'enseignement de psychomotricité : - Tome1 : Concepts fondamentaux, pp.27, 2011 hal-02479358

30. Stambak, M. Tonus et motricité dans la première enfance. Edition Neuchatel: Delachaux et Niestlé,1963

31. N Billaud. Développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 2 ans. Signaux d'alerte ; décembre 2007, Article, pages 11-22

32. Fry, P.S. Relations between teenagers' age, knowledge, expectations and maternal behaviour. British Journal of Developmental Psychology, 1985, 3, 47-55.

33. Sparling, J. Information need and information delivery for parents with very young children. In J. Sparling (Ed.), Information needs of parents with young children: A synthesis of 15 child development information research studies. Washington, DC: Administration for Children, Youth and Families, 1980, pp. 77-78

34. Vukelich, C. et Kliman, D.S. Mature and tee nage mothers' infant growth expectations and use of child development information sources. Family Relations, 1985, 34(2), 189-196.

35. McGillicuddy-DeLisi, A.V. Parental Beliefs About Developmental Processes.Human Development, 1982, 25, 192-200.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

1. PRESENTATION

- Code (1ère lettre du nom et du prénom) :
- Age :
- Etat civil : Mariée □ célibataire □ veuve □ divorcée □
- Gestité : Parité : enfant vivant : enfant décédé :
- Niveau d'instruction : Analphabète □ alphabétisation □ niveau primaire □ niveau secondaire □ universitaire □
- Profession : Médecin □ Enseignante □ cultivatrice ou ménagère □ commerçante □ tailleur □ autres (à préciser) : …….

2. CONNAISSANCES ET ATTITUDE DES MERES SUR DPM

2.1. Connaissances

- D'après vous, quels sont les éléments que vous vous basiez pour dire que votre enfant a un bon DPM ?

Tenue stable de la tête □ à quel âge…….

Existence de retournement □ à quel âge…….

Acquisition de la position assise □ à quel âge……

Acquisition de la marche à 4 pattes □ à quel âge…….

Acquisition de la marche autonome □ à quel âge…….

Acquisition du langage di-syllabique □ à quel âge……

Hypotonie des membres □

- D'après vous, quels sont les éléments qui peuvent vous alerter pour dire que votre enfant n'a pas un bon DPM (à un retard du DPM ?)

Absence de latenue de la tête □ à quel âge…….

Absence de retournement □ à quel âge…….

Absence de la position assise □ à quel âge…….

Absence de la marche à 4 pattes □ à quel âge……

Absence de lamarche autonome □ à quel âge…….

Absence du langage □ à quel âge……

Hypotonie des membres □

Autres (à préciser) :

- D'après vous, quels sont les causes pour que l'enfant aurait un retard du DPM

  ATCD de :

- SFA ☐
- Pathologies sur grossesse ☐
- Prise des toxiques sur grossesse ☐
- INNBP ☐
- Prématurité ☐
- Traumatisme crânio-encephalique ☐
- Antécédents familiaux de retard DPM ☐
- Autres (à préciser) :

- Selon vous, existe-t-il une prise en charge de retard du DPM ?

  OUI ☐

  NON ☐

  Si oui, lesquels :

- Que deviennent les enfants avec retard psychomoteur

  Ils meurent ☐

  Ils sont handicapés à vie ☐

  Ils peuvent guérir ☐

  Autres :

2.2. Attitudes des mères

- Devant un signe qui montre que votre enfant présente un retard du DVP, quelle sera votre attitude face à cette situation ?

  Amener l'enfant à la consultation médicale ☐

  Aller au féticheur ☐

  Laisser l'enfant à la maison ☐

  Amener l'enfant en kinésithérapie ☐

  Autres (à préciser) :

- Si vous trouvez que votre enfant restera avec un retard du DPM, quel sera votre souci devant cette situation ?

  Continuer à le suivre de près ☐ Abandonner l'enfant ☐utres :

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis au nombre des membres de la profession médicale :
Je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'humanité.
Je garderai à mes maîtres le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.
J'exercerai mon art avec conscience et dignité.
Je considérerai la santé de mon patient comme mon premier souci.
Je respecterai le secret de celui qui se sera confié à moi.
Je maintiendrai, dans toute la mesure de mes moyens, l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.
Mes collègues seront mes frères.
Je ne permettrai pas que des considérations de race, de religion, de nation, 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 sa conception.
Même sous menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.
Je fais ces promesses solennellement, librement et sur honneur. »

RESUME

Objectif : Evaluer les connaissances et l'attitude des mères fréquentant le centre médical communautaire de CHUK sur le retard du développement psychomoteur de l'enfant.

Patients et méthodes: c'est une étude était transversale descriptive s'étalant du 9 au 23 septembre 2020.Elle concernait 152 mères amenant leurs enfants pour une séance de vaccination dans le centre médical communautaire du CHUK.

Résultats: La tranche d'âge de 25 à 29 ans était dominante à 34,88%. Elles étaient majoritairement mariées à 93,42% et à 71,05% étaient des multipares. Le niveau d'instruction fondamentale était le plus représentatif à 34,21% et les mères à 45,39% sont des ménagères.

Les signes comme l'acquisition de la position assise, l'acquisition de la marche à 4 pattes, l'acquisition de la marche autonome, l'acquisition du langage di syllabique, l'acquisition de la position debout, la tenue stable de la tête et la capacité de la vision sont majoritairement cités comme signes en faveur d'un bon DPM et leur absence est synonyme d'un retard psychomoteur.

La paresse de l'enfant et absence de stimulation sont les plus citées comme causes de retard du DPM dans 15,79% chacune. La kinésithérapie est le traitement connu pour le retard psychomoteur dans 46% de celles qui ont répondu. Les mères à 50% affirment que l'enfant avec un retard psychomoteur devient handicapé à vie. L'attitude des mères face à un signe d'alerte d'un retard psychomoteur, à 81% est d'amener l'enfant en consultation.

Conclusion : la majorité des mères, elles évaluent surtout les acquisitions motrices pour le développement psychomoteur de l'enfant et l'âge d'apparition de ces acquisitions est mal localisé par les mères. Parmi les causes signalées, les causes scientifiques relatives à l'agression sur le système nerveux central n'ont pas de place. L'existence des traitements en cas de retard du DPM est méconnue par la grande majorité des mères.

Mots-clés : Connaissances, Attitude, Retard du DPM, mères