



Facteurs explicatifs de la déficience intellectuelle et stratégies de prise en charge psychopédagogique

Etude menée auprès des élèves du Centre Mpandilu Saint Clément de Kananga

Explanatory factors of Intellectual Disability and Psychopedagogical Care Stratégies.

A study conducted among students at the Mpandilu Saint Clément Center in Kananga.

David LUFU MUINAMINAYI

Université Pédagogique de Kananga/ République Démocratique du Congo

Résumé

La présente étude vise à identifier les facteurs explicatifs de la déficience intellectuelle chez les élèves sur la Ville de Kananga en général et au Centre Mpandilu Saint Clément en particulier et puis, proposer les stratégies de prise en charge psychopédagogique adaptées pour leur bien-être. L'approche utilisée pour cette étude est mixte : qualitative (enquête) et quantitative (statistique). Les résultats démontrent qu'il y a des facteurs qui sont imbriqués dans ce mal entres autres : héréditaires, congénitaux, périnataux et environnementaux ; et d'un autre côté, les enseignants du centre mpandilu n'utilisent pas un enseignement adapté au niveau de chaque élève souffrant ce déficit intellectuel.

Mots-clés : 1. facteurs explicatifs, 2. stratégies, 3. prise en charge, 4. Psychopédagogique et déficit intellectuel.

Abstract

This study aims to identify the explanatory factors of intellectual disability among students in the city of Kananga in general and at the Mpandilu Saint Clément Center in particular, and then to propose adapted psychopedagogical care strategies for their well-being. The approach used for this study is mixed: qualitative (survey) and quantitative (statistical). The results show that there are several intertwined factors behind this condition, including hereditary, congenital, perinatal and environmental factors. On the other hand, teachers at the Mpandilu Saint Clément Center do not use teaching methods adapted to the level of each student suffering from this intellectual deficit.

Keywords: 1. explanatory factors, 2. strategies, care, 3. Psychopedagogical et 5. intellectual disability.

Digital Object Identifier (DOI): <https://doi.org/10.5281/zenodo.21675275>



1. Introduction

De nombreux enfants naissent et grandissent avec des limitations cognitives et adaptatives durables. Malgré les interventions proposées par les systèmes de santé, d'éducation et de protection sociale, leurs besoins spécifiques demeurent souvent partiellement satisfaits (OMS, 2019). Ces limitations relèvent des troubles neuro-développementaux, parmi lesquels la déficience intellectuelle, qui se distingue par son incidence élevée et par le défi majeur qu'elle pose au développement global de l'enfant. Cette condition affecte significativement la capacité d'apprentissage, l'adaptation sociale et l'autonomie fonctionnelle (Schalock & Luckasson, 2017 ; Tassé et al. 2019).

Dans plusieurs familles, les enfants présentant une déficience intellectuelle sont encore perçus avec mépris, suscitant des attitudes de rejet, d'exclusion ou de stigmatisation (Emerson & Hatton, 2014 ; Ncube & Madhlopa, 2020). Ils sont parfois considérés comme incapables d'apprendre ou de s'intégrer, voire assimilés à des enfants « sorciers » ou « frappés de malédiction » une représentation sociale persistante dans plusieurs contextes africains (Avoke, 2002 ; Morrier & Gallagher, 2021).

C'est le constat que nous avons fait dans la ville de Kananga, en général, et au Centre Mpandilu Saint Clément, en particulier. Bon nombre d'enfants y présentent des anomalies physiques et comportementales telles que : malformations corporelles, retard du développement psychomoteur, troubles de l'attention, difficultés d'apprentissage, anxiété, dépression, turbulence ou encore faible estime de soi (Kogan et al. 2018).

Partant de ces observations, nous avons jugé nécessaire d'entreprendre la présente recherche dans le but d'identifier les facteurs explicatifs de la déficience intellectuelle et de proposer des stratégies de prise en charge psychopédagogique susceptibles d'améliorer le bien-être de ces enfants.

2. Méthodologie

Pour atteindre les objectifs de cette recherche, une approche méthodologique mixte, combinant les méthodes quantitatives et qualitatives a été adoptée. Cette démarche a permis de recueillir des données fiables et de mieux comprendre les facteurs explicatifs de la déficience intellectuelle ainsi que les stratégies de prise en charge psychopédagogique des élèves du centre mpandilu saint clément de Kananga. La méthode d'enquête a constitué l'approche principale de l'étude d'observation, d'entretien et de questionnaire pour collecter les données auprès des personnes concernées. Les données quantitatives ont été obtenues à l'aide des questionnaires administrés aux participants, tandis que les entretiens et les observations ont permis de recueillir des informations qualitatives sur les réalités vécues des enquêtés. Les données collectées ont ensuite été traitées et analysées au moyen de la méthode statistique à l'aide du test de Khi-carré pour évaluer les écarts entre les fréquences observées



par rapport aux fréquences théoriques. Une échelle d'évaluation est administrée au près d'un échantillon occasionnel de 50 sujets dont (3 élèves garçons et 5 élèves filles ; 6 parents hommes et 14 parents femmes ; 16 enseignants et 6 enseignantes).

2.2. Variables

La variable dépendante est la déficience intellectuelle et les variables indépendantes sont les facteurs explicatifs qui sont à l'origine ou qui aggravent la déficience intellectuelle. Les sous variables sont clarifiés de la manière que voici : genre, stratégie de prise en charge, psychopédagogique.

2.3. Stratégies de prise en charge

Utilisation de jeux thérapeutiques, ces jeux sont des activités lucratives qui aident l'élève avec déficience intellectuelle de se familiariser avec les autres et avoir de l'inclusion sociale ; accompagnement parental : cette stratégie vise à accompagner les parents en leur donnant des conseils pour qu'ils acceptent leurs enfants tels qu'ils sont et les traiter comme tous les autres ; initier aux enseignants d'utiliser un enseignement adapté au niveau de chaque élève ayant la déficience intellectuelle.

3. Résultats

2.1. Présentation

Tableau 1 : Identification des élèves avec déficience intellectuelle

	Fréquence	Pourcentage(%)
Par les anomalies physiques	7	31,8%
Par leurs difficultés d'apprentissage	5	22,7%
Par leurs comportements	6	27,3%
Par leur introversion	2	9,1%
Par leur distraction	2	9,1%
Total	22	100%

Source : Enquête sur terrain, 2025

Commentaire : le tableau ci-dessus présente l'identification des élèves avec déficience intellectuelle ; sur le nombre des enquêtés, 7 soit 31,8% anomalies physiques ; 5 soit 22,7% difficultés d'apprentissage scolaire ; 6 soit 27,3% comportement ; 2 soit 9,1% introversion et 2 soit 9,1% distraction.

3.2. Résultats de la technique d'entretien semi-directif

A. Avec les parents d'élèves ayant les déficiences intellectuelles



Tableau 2 : Maladies durant la grossesse

Avez-vous connu des maladies durant la période de la grossesse ? Si oui, lesquelles ?	Fréquence	Pourcentage
Jamais	5	25 %
Rarement	1	5 %
Quelques fois	2	10 %
Souvent	4	20 %
Très souvent	8	40 %
Total	20	100 %

Source : Enquête sur le terrain, 2026

Commentaire : ce tableau ci-dessus présente les maladies qu'a connu les mamans pendant la grossesse ; sur l'effectif de nos enquêtés, 5 soit 25% jamais connu; 1 soit 5% connu rarement; 2 soit 10% quelques fois; 4 soit 20% souvent, et 8 soit 40% très souvent. Le carré calculé est de 0,001.

Tableau 3: Etat d'accouchement

Dites-nous comment était l'état de l'accouchement ?	Fréquence	Pourcentage(%)
Normal	7	35%
Déchirure de l'utérus	3	15%
Par césarienne	5	25%
Dystocie des épaules d'un bébé	2	10%
hypertension artérielle	3	15%
Total	20	100%

Source : Enquête sur le terrain, 2026

Commentaire : le tableau ci-dessus présente l'état d'accouchement nous déclaré par les enquêtés ; 7 soit 35% était normal ; 3 soit 15% des déchirures de l'utérus ; 5 soit 25% par césarienne ; 2 soit 10% dystocie des épaules et 3 soit 15% hypertension artérielle. Le chi-carré calculé est de 0,029.

3.3. Résultats de la technique du Questionnaire

Tableau 4: Exposition à l'alcool pendant la grossesse

Buviez-vous de l'alcool ou d'autres produits traditionnels quand vous étiez enceinte?	Fréquence	Pourcentage(%)
Jamais	4	20%
Rarement	2	10%
Sans avis(neutre)	00	0%
Occasionnellement	6	30%
Régulièrement	8	40%
Total	20	100%

Source : Enquête sur le terrain, 2026

Commentaire : la lecture du tableau ci-haut sur l'exposition à l'alcool par la maman enceinte, concernant nos enquêtes sur terrain, sur 20 sujets enquêtés, 4 soit 20% jamais consommé, 2 soit 10% rarement; 00 soit 0% sans avis ; 6 soit 30% occasionnellement les et 8 soit 40% régulièrement. Le chi-carré calculé 0,04.

Tableau 5: Cas similaires dans la famille

Y-a-t-il eu les déficiences intellectuelles dans votre la famille ?	Fréquence	Pourcentage(%)
Oui	6	30%
Non	14	70%
Total	20	100,0%

Source : Enquête sur le terrain, 2026

Commentaire : le tableau ci-dessus montre les cas similaires de la déficience intellectuelle dans la famille ; sur notre effectif des parents enquêtés, 6 soit 30% des parents déclarent qu'ils ont les cas déficiences intellectuelles dans leurs familles et 14 soit 70% des parents disent qu'ils n'ont pas les cas des déficiences intellectuelles dans leurs familles. Le chi-carré calculé est de 0,003.



Tableau 6: Difficultés économiques dans la famille

Subissez-vous des difficultés économiques au sein de la famille pour soutenir votre enfant ?	Fréquence	Pourcentage (%)
Jamais	2	10%
Souvent	2	10%
Sans avis	4	20%
Très souvent	4	20%
Toujours	8	40%
Total	20	100%

Source: Enquête sur le terrain 2026

Commentaire : le tableau ci-dessus parle des difficultés des parents pour la prise en charge leurs enfants ayant la déficience intellectuelle ; sur l'effectif de nos enquêtés, 2 jamais subi ; 2 soit 10% ; 4 soit 20% sans avis ; 4 soit 20% très souvent ; 8 soit 40% toujours . Le chi-carré calculé est de 0,002.

Tableau 7: Traumatisme crânien

L'enfant a-t-il connu un accident au niveau de la tête durant son enfance?	Fréquence	Pourcentage (%)
Jamais	2	10%
Rarement	2	10%
Sans avis	0	0%
Occasionnellement	2	10%
Régulièrement	16	80%
Total	20	100%

Source: Enquête sur le terrain, 2026

Commentaire : le tableau ci-dessus présente le traumatisme crânien qu'a connu l'enfant pendant sa première enfance ; Après notre entretien, il ressort que âge que 2 soit 10% jamais ; 2 parents soit 10% rarement ; 2 soit 10% occasionnellement et 16 soit 80% régulièrement. Le chi-carré calculé est de 0,014.

Aux enseignants du Centre Mpandilu Saint clement**Tableau 8** : Utilisation des stratégies pédagogiques adaptées

Quelles stratégies pédagogiques utilisez-vous pour apprendre ces élèves ?	Fréquence	Pourcentage (%)
Utilisation de supports visuels	2	9%
Apprentissage par étape	7	31,8%
Répétition	5	22,7%
Travail en équipe	1	4,5%
Analyse	7	31,8%
Total	20	100%

Source : Enquête sur le terrain, 2026

Commentaire : le tableau ci-haut mentionné présente les stratégies pédagogiques utilisées par l'enseignant ; sur l'effectif de nos sujets enquêtés sur le terrain ; 2 soit 9% utilisent les supports visuels comme stratégie pédagogique ; 7 soit 31,8% utilisent l'apprentissage par étape comme stratégie pédagogique ; 5 soit 22,7% utilisent la répétition comme stratégie pédagogique ; 1 soit 4,5% utilisent le travail en équipe comme stratégie pédagogique et 7 soit 31,8% utilisent l'évaluation individualisée comme la stratégie pédagogique. Le chi-carré calculé est de 0,01.

Tableau 9 : Formations spécifiques suivies aux troubles du développement

Avez-vous suivi les formations spécifiques concernant les troubles du développement intellectuel ?	Fréquence	Pourcentage (%)
Oui	2	9,1%
Non	20	90,9%
Total	22	100%

Source: Enquête sur le terrain, 2026

Commentaire : le tableau ci-dessus présente les formations spécifiques des enseignants au trouble du développement ; 2 soit 9,1% des enseignants disent qu'ils ont suivi la formation spécifique au trouble du développement ; 20 soit 90,9% déclarent qu'ils n'ont pas suivi la formation spécifique au trouble du développement intellectuel. Le chi-carré calculé est de 0,038.

a. Aux élèves avec déficience intellectuelle**Tableau 10 : Jouer avec les autres enfants**

Joues-tu avec les autres enfants ?	Fréquence	Pourcentage(%)
Pas du tout	3	37,5%
Un peu	3	37,5%
Sans avis	1	12,5%
Très souvent	0	00%
Tout le temps	1	12,5%
Total	8	100%

Source : Enquête sur le terrain, 2026

Commentaire : ce tableau ci-dessus présente comme l'élève ayant la déficience intellectuelle joue avec les autres; sur l'effectif de nos sujets enquêtés, 3 soit 37,5% pas du tout ; 3 un peu ; 1 soit 12,5% sans avis et 1 soit 12,5% tout le temps. Le chi-carré calculé est de 0,00.

2.2. Interprétation

A la question de savoir comment identifier les élèves ayant la déficience intellectuelle au tableau 1, sur le nombre des enquêtés, 7 soit 31,8% des élèves sont identifiés par leurs anomalies physiques ; 5 soit 22,7% par leur difficultés d'apprentissage scolaire ; 6 soit 27,3% par leur comportement ; 2 soit 9,1% introversion et 2 soit 9,1% par leur distraction. A ce qui concerne la question adressée aux parents de savoir s'ils ont connu les maladies pendant la grossesse au tableau 2 ; sur l'effectif de nos enquêtés, 5 soit 25% jamais ; 1 soit 5% rarement; 2 soit 10% quelques fois; 4 soit 20% souvent, et 8 soit 40% très souvent. Au tableau 3, 7 soit 35% état d'accouchement était normal ; 3 soit 15% des déchirures de l'utérus ; 5 soit 25% par césarienne ; 2 soit 10% dystocie des épaules et 3 soit 15% d'hypertension artérielle. Au tableau 4, soit 20% des parents déclarent qu'ils n'ont jamais de l'alcool pendant la grossesse, 2 soit 10% rarement; 00 soit 0% sans avis ; 6 soit 30% occasionnellement et 8 soit 40% régulièrement. Pour le tableau 5 qui montre les cas similaires de la déficience intellectuelle dans la famille ; notre effectif des parents enquêtés, 6 soit 30% des parents déclarent qu'ils ont les cas déficiences intellectuelles dans leurs familles et 14 soit 70% des parents disent qu'ils n'ont pas les cas des déficiences intellectuelles dans leurs familles. Le tableau 6 qui parle des difficultés des parents pour la prise en charge leurs enfants ayant la déficience intellectuelle ; sur l'effectif de nos enquêtés, 2 jamais ; 2 soit 10% ; 4 soit 20% sans avis ; 4 soit 20% très souvent ; 8 soit 40%.



Concernant le tableau 7 sur le traumatisme crânien qu'a connu l'enfant pendant sa première enfance ; Après notre entretien, il ressort que 2 soit 10% jamais ; 2 parents soit 10% rarement ; 2 soit 10% occasionnellement et 16 soit 80% régulièrement. Pour le tableau 8 présentant les stratégies pédagogiques utilisées par l'enseignant ; sur l'effectif de nos sujets enquêtés sur le terrain ; 2 soit 9% utilisent les supports visuels comme stratégie pédagogique ; 7 soit 31,8% utilisent l'apprentissage par étape comme stratégie pédagogique ; 5 soit 22,7% utilisent la répétition comme stratégie pédagogique ; 1 soit 4,5% utilisent le travail en équipe comme stratégie pédagogique et 7 soit 31,8% utilisent l'évaluation individualisée comme la stratégie pédagogique. A ce qui concerne le tableau 9 pour les formations spécifiques des enseignants au trouble du développement ; 2 soit 9,1% ont suivi la formation spécifique ; 20 soit 90,9% non suivi et pour le tableau 10 d'élève ayant la déficience intellectuelle jouant avec les autres ; sur l'effectif de nos sujets enquêtés, 3 soit 37,5% pas du tout ; 3 un peu ; 1 soit 12,5% sans avis et 1 soit 12,5% tout le temps.

2.3. Discussion

La déficience intellectuelle Observée chez les élèves du centre Mpandilu Saint Clement résulte d'une interaction entre plusieurs facteurs, notamment, héréditaire, congénitaux, périnataux et environnementaux. Les résultats concordent avec les travaux de Maulik et al. Ainsi que ceux de l'OMS, qui soulignent l'influence des complications prénatales, des maladies précoces et des conditions socio-économiques. Il s'accorde également sur le modèle biopsychosocial de l'AAIDD de Schalock, Luckasson et Tassé, selon lequel la déficience intellectuelle doit être comprise à travers les capacités de la personne, son comportement adaptatif et l'environnement dans lequel elle évolue. Les constants rejoignent aussi l'approche neuroconstructiviste de Karmiloff-Smith, qui met en évidence l'importance des interventions précoces et des apprentissages adaptées au profil cognitif de chaque enfant. En outre, le modèle social du handicap de Mike Oliver rappelle que les difficultés rencontrées par ces élèves sont accentuées par le manque d'adaptation scolaire, les barrières sociales et la stigmatisation.

Conclusion

La présente étude a porté sur les facteurs explicatifs de la déficience intellectuelle et les stratégies de prise en charge psychopédagogique des élèves du Centre Mpandilu saint clément à Kananga. Les résultats de notre enquête confirment que cette déficience est causée par une combinaison de facteurs héréditaires, congénitaux, périnataux et environnementaux qui influencent le développement cognitif et l'adaptation sociale de ces élèves. L'étude montre



également que la prise en charge psychopédagogique est insuffisante pour répondre efficacement aux besoins spécifiques de ces élèves. Au regard de ces constats, cette recherche recommande le renforcement de la prise en charge par la mise en œuvre de stratégies adaptées comme, l'enseignement individualisé, les jeux thérapeutiques, thérapie cognitivo-comportemental, soutien émotionnel et l'accompagnement parental. Ces stratégies visent à favoriser le développement des capacités cognitives, l'autonomie, l'intégration scolaire et sociale ainsi que le bien-être des enfants présentant une déficience intellectuelle.

Bibliographie

- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5e éd., texte rév. : DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.
- Amiel, H. (2007). Causes et stratégies de prise en charge d'un enfant ayant une déficience intellectuelle. Elsevier Masson.
- Association des psychologues canadiens. (2021, 10 janvier). Douleur chez les enfants non verbaux ayant une déficience intellectuelle. Psychologie canadienne, 138(5), 301-500.
- Caroline, B. (2019). Indicateurs comportementaux qui peuvent révéler les difficultés d'apprentissage et d'adaptation. Tom Poussé.
- Classification internationale des maladies. (2019). Trouble du développement intellectuel (CIM-11). Organisation mondiale de la Santé.
- David, M. C. (2022). Attitudes sociétales envers les enfants ayant des déficiences intellectuelles. Ecosociété.
- Emerson, E. (2012). Deprivation, ethnicity and the prevalence of intellectual and developmental disabilities. Journal of Epidemiology and Community Health, 66(3), 218-224.
- Emerson, E. (2021). Inégalités sociales comme prédicteurs des troubles du développement intellectuel chez les enfants. Lancaster University.
- Emile, K. (2012). Différence entre l'oligophrénie (déficience intellectuelle) et la folie (troubles mentaux). Masson.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, 196(4286), 129-136.
- Gilly, J.-P. (2007). Evaluation et prise en charge des troubles d'apprentissage chez les enfants avec une déficience intellectuelle. Presses Universitaires de France.
- Handicap International – Humanity & Inclusion. (2026). In the DRC, HI supports access to education for girls with disabilities. HI



<https://www.uoguelph.ca/pphc/ressources/caregiver-pain-Information-guide>

Jean, D. K., & Xavier, R. (1993). Méthodologie du recueil d'information. De Boeck.

Jérémie, N. G. (2023). Facteurs explicatifs des phénomènes enfants de la rue dans la commune de Ngaba. Kinshasa.

Jessica, V. (2025). Facteurs affectifs précoces chez les enfants ayant une déficience intellectuelle [Thèse de doctorat, University of Amsterdam].

Kogan, M. D., et al. (2018). The prevalence of developmental disabilities among US children, 2009–2017. *Pediatrics*, 144(4), e20190811.

Marc, T. (2002). Reconceptualisation de la déficience. Presses Universitaires de France.

Maulik, P. K., Mascarenhas, M. N., Mathers, C. D., Dua, T., & Saxena, S. (2011). Prevalence of intellectual disability: A meta-analysis of population-based studies. *Research in Developmental Disabilities*, 32(2), 419-436.

McKinney, J. (2024). Environmental explanatory factors in intellectual functioning: A double impact model. *Journal of Developmental Psychology*, 46 (1), 12-31.

Misès, R. (2022). Pathologies limitées de l'enfance. Presses Universitaires de France.

Morrier, M. J., & Gallagher, P. A. (2021). Cultural beliefs and developmental disabilities in African contexts. *International Journal of Special Education*, 36(2), 15-27.

Ncube, B., & Madhlopa, T. (2020). Perceptions and stigma surrounding intellectual disabilities in sub-Saharan Africa. *African Journal of Disability*, 9(1), 1-10.

1Olusanya, B. O., Davis, A. C., Wertlieb, D., et al. (2023). Developmental disabilities among children younger than 5 years in 195 countries and territories. *The Lancet Global Health*, 11(4), eXXX-eXXX.

Organisation mondiale de la Santé. (2018). Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). OMS.

Peter, G. (2012). Fonctionnement du cerveau fœtal en réponse à la consommation d'alcool. Elsevier Masson.

Schalock, R. L., & Luckasson, R. (2017). Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports (12e éd.). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

Tassé, M. J., et al. (2019). Assessing adaptive behavior in individuals with intellectual disability. In M. J. Tassé (Dir.), *Adaptive behavior assessment* (pp. 23-45). AAIDD.

Tracy, S. J. (2010). Qualitative quality: Eight “big-tent” criteria for excellent qualitative research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837-851.



- UNICEF. (2020). Inclusión de los niños con discapacidad en la educación en la République Démocratique du Congo. UNICEF.
- UNICEF. (2021). Seen, counted, included: Using data to shed light on the well-being of children with disabilities. UNICEF.
- Vander, G. (2010). Développement cognitif et déficit intellectuel. De Boeck.

