

*Malnutrition infantile : optimiser la prise en charge
nutritionnelle par la stimulation psychosociale et
l'amélioration des pratiques de maternage*



Diplôme Universitaire d'Action Humanitaire
Faculté de Médecine et Pharmacie de Dijon

Promotion 2013 - 2014

Rachel Roques-Cassagne & Marie-Anaïs Saizonou



"La qualité des soins relationnels, c'est une intensité de l'attention portée sur ce qui est vivant, pour stimuler, pour agrandir, pour donner gîte, pour confirmer, pour faire rayonner ce vivant, pour qu'il puisse envahir le corps et rejoindre ainsi le désir de croître s'il existe chez l'enfant."

Jacques Salomé

Table des matières

Introduction

I. Cadre conceptuel

- a. La malnutrition infantile : définitions et causes
- b. Impact de la malnutrition sur le développement psychoaffectif de l'enfant
 - 1. Le développement psychoaffectif et cognitif de l'enfant sain
 - 2. Le développement psychoaffectif et cognitif de l'enfant malnutri

II. Justification d'une approche relationnelle de la malnutrition infantile

- a. Revue de la littérature et constatations de terrain
- b. Le modèle transactionnel de soin

III. Réflexions concernant l'intégration de la dimension relationnelle dans la prise en charge de la malnutrition infantile

- a. Raisons de la prise en compte tardive de la dimension psychosociale dans les programmes de nutrition
- b. Propositions d'actions concrètes en centre de réhabilitation nutritionnelle
- c. Difficultés actuellement rencontrées

Conclusion

Bibliographie

Introduction

La malnutrition infantile constitue un problème de santé publique majeur dans l'ensemble des pays en voie de développement. Aujourd'hui encore, chaque minute, dix enfants dans le monde meurent de malnutrition aigüe. Le retard de croissance affecte 165 millions d'enfants de moins de 5 ans sur l'ensemble de la planète. Cela représente un lot de souffrances intolérables ainsi qu'une violation inacceptable du droit élémentaire « à une alimentation adéquate » énoncé dans l'article 27 de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant. Mais cela engendre aussi une énorme charge pour des pays déjà en grande difficulté économique et dont les futurs citoyens ne seront ni en aussi bonne santé, ni aussi productifs qu'ils auraient pu l'être.

Une carence alimentaire chronique, dans les 1000 premiers jours de la vie d'un enfant, peut avoir des conséquences irréversibles sur son développement, à la fois somatique et cognitif, qui l'affecteront à vie. Il est difficile d'imaginer plus grande injustice que celle qui prive un tout petit, dès son plus jeune âge, de la capacité à développer pleinement les compétences indispensables à ses perspectives d'avenir.

A ce jour, nous commençons enfin à reconnaître la gravité de la sous-nutrition et de ses effets à long terme et à lutter de plus en plus activement contre ce fléau. Si la prise en charge médicale et les protocoles de récupération nutritionnelle sont aujourd'hui au point, des études sur les étiologies de la malnutrition protéino-énergétique ont pu mettre en avant, qu'au-delà de l'aspect purement organique, conséquence d'une pathologie et de la sous-alimentation, la malnutrition pouvait être le produit d'un contexte psycho-affectif complexe. En effet, celle-ci exprimerait un malaise dont les causes seraient à replacer, bien souvent, au delà de la stricte composante alimentaire, dans le vaste champ de l'environnement familial, affectif et individuel de l'enfant.

Selon cette approche, on considère que le déficit nutritionnel est autant dû aux effets directs des carences globales qu'à ceux de la perturbation des interactions familiales et plus spécifiquement celles entre la mère, ou son substitut, et l'enfant. Actuellement, les programmes de prise en charge de la malnutrition protéino-énergétique dans les centres de récupération et d'éducation nutritionnelle (CREN) sont quasiment exclusivement basés sur des considérations d'ordre physiologique, or, une meilleure efficacité de ces programmes nécessite, nous semble-t-il, une réelle prise en considération de la qualité de la relation entre le nourrisson et son entourage.

C'est sur cet aspect que nous avons souhaité centrer notre recherche afin de tenter de répondre à la problématique suivante :

La dimension relationnelle, et particulièrement la perturbation des interactions mère-enfant, peut-elle être considérée, au-delà des carences alimentaires et de la maladie, comme une réelle étiologie de la malnutrition infantile dans les pays en voie de développement ? Si oui, pour quelles raisons la dimension relationnelle n'est-elle pas systématiquement intégrée aux programmes de réhabilitation nutritionnelle, quelles sont les raisons de ce retard ?

Quelles pistes d'actions concrètes pouvons nous aujourd'hui proposer et quels sont les obstacles à cette intégration ?

En premier lieu, dans le cadre conceptuel, nous allons définir la malnutrition infantile, en énoncer les causes puis rappeler succinctement les bases du développement psycho-affectif de l'enfant sain et la notion d'attachement. Dans une seconde partie, nous tenterons de justifier l'intérêt d'une approche relationnelle de la malnutrition infantile. Enfin, nous proposerons des pistes d'actions concrètes puis nous tenterons de repérer les obstacles à cette intégration.



I. Cadre conceptuel

a. La malnutrition infantile : définition et causes

La malnutrition infantile est définie par l'OMS comme un déséquilibre entre l'apport de substances nutritives et les exigences d'un organisme humain pour sa croissance, son maintien en vie et la conduite de ses fonctions spécifiques. Ce terme est généralement substitué à ceux de dénutrition ou sous-nutrition même si, techniquement, il peut également désigner la sur-nutrition.

La sur-nutrition correspond à une consommation excessive de calories conduisant à l'obésité. Ce type de malnutrition est également un réel problème de santé publique, d'une ampleur sans précédent, mais ne rentrera pas dans le cadre de notre recherche.

La malnutrition infantile, lorsqu'elle résulte d'une carence alimentaire, peut se manifester de diverses façons, elle est le plus souvent mesurée par le poids et la taille ainsi que par une évaluation biochimique et clinique.

Différents indicateurs anthropométriques permettent d'évaluer et catégoriser plus précisément le type de malnutrition, notamment le retard de croissance (taille inférieure pour l'âge) qui reflète une sous-nutrition chronique au cours des périodes de croissance et de développement les plus décisives de la petite enfance; l'insuffisance pondérale (poids inférieur pour l'âge); la malnutrition aiguë sévère ou émaciation qui reflète une sous-nutrition aiguë, les enfants présentent alors un poids très insuffisant pour la taille (< trois écarts-type) ou un périmètre brachial inférieur à 115 mm, en présence ou non d'un oedème d'origine nutritionnelle. Le dernier indicateur concerne l'insuffisance pondérale à la naissance qui est définie par un poids à la naissance inférieur à 2 500 grammes.

La malnutrition est cependant un état complexe, où peuvent se mêler des carences - multiples et concomitantes - en calories, en protéines et en micro-nutriments.

Le terme malnutrition englobe la malnutrition généralisée qui se manifeste par un retard de croissance, un déficit pondéral et l'émaciation, et les carences en micro-nutriments tels que le fer, la vitamine A, l'iode, le zinc, et l'acide folique. Celles-ci peuvent parfois se révéler aussi graves que le manque de calories ou de protéines et être particulièrement néfastes au développement de l'enfant.

La malnutrition, contrairement à la faim, ne dépend pas seulement de la satisfaction de l'appétit. Un enfant mangeant suffisamment pour calmer sa faim peut néanmoins être malnutri, de par une alimentation de faible qualité nutritionnelle, inadaptée à ses besoins.

On parle à ce sujet « d'urgence silencieuse ». En effet, les trois quarts des enfants qui meurent de causes liées à la malnutrition sont atteints de formes modérées ou légères, de façon chronique, ne s'accompagnant d'aucun signe clinique mais les rendant plus vulnérables aux infections.

Les manifestations de la malnutrition dues aux carences en calories et en protéines sont regroupées sous le terme de malnutrition protéino-énergétique (MPE) autrefois appelée malnutrition protéino-calorique (Briend, 1998).

Deux tableaux cliniques particulièrement sévères de malnutrition protéino-énergétique sont fréquemment rencontrés :

- le marasme, qui correspond à une malnutrition énergétique, se caractérise par un amaigrissement visible et sévère, une fonte graisseuse et musculaire, les orbites sont alors creusées, la peau est distendue et les côtes saillantes. L'enfant peut alors ne plus peser que la moitié du poids normal pour son âge.
- le kwashiorkor, qui correspond à une dénutrition protéique, se traduit par « *la maladie de l'enfant sevré quand son cadet vient au monde* » dans le dialecte ashanti du Ghana. Il touche principalement les jeunes enfants qui, âgés de 6 mois à trois ans, à la naissance d'un second enfant dans leur famille, sont brutalement sevrés et passent à une alimentation trop pauvre en protéines. Le kwashiorkor est diagnostiqué en présence d'oedèmes, de modifications cutanées à type de desquamation, décoloration et chute des cheveux, ulcérations et lésions exsudatives le plus souvent surinfectées. Le comportement de l'enfant est également modifié, il reste prostré, ne sourit plus, ne joue plus et refuse toute nourriture.

Ces deux situations, extrêmement préoccupantes, mettent en jeu le pronostique vital de l'enfant à court terme et nécessitent une prise en charge dans un centre de récupération et d'éducation nutritionnelle (CREN).

Concernant les causes de la malnutrition infantile, il est important de souligner tout d'abord qu'il s'agit d'un problème complexe, fruit d'une pluri-étiologie et d'un ensemble de facteurs physiologiques, psychologiques, économiques, environnementaux, sanitaires interconnectés dans un contexte socio-culturel particulier.

Cependant, l'UNICEF a, depuis 1990, catégorisé un ensemble d'étiologies immédiates et sous-jacentes à la malnutrition infantile.

Les causes immédiates sont l'inadéquation de la ration alimentaire et la maladie. Elles se manifestent au niveau individuel. Il existe des rapports de synergie puissants entre l'état de santé et l'état nutritionnel, leur interaction tend à créer un cercle vicieux : l'enfant malnutri est immunodéprimé, il contracte des infections, et, de ce fait, la malnutrition s'aggrave.

Les causes immédiates sont influencées par des causes sous-jacentes pouvant être classées en trois groupes, celles ci se manifestent au niveau des familles.

Il s'agit tout d'abord de l'insécurité alimentaire des ménages qui se définit par une impossibilité à accéder durablement à des denrées alimentaires quantitativement et qualitativement suffisantes pour assurer à tous les membres de la famille une ration adéquate et une vie saine.

La seconde cause est l'insuffisance des services de santé, d'accès à l'eau potable et d'assainissement. En effet, des services de santé de bonne qualité, pour un prix raisonnable, sont essentiels au maintien de la santé. Pourtant, dans 35 des pays les plus pauvres, entre 30 et 50% de la population n'ont aucun moyen d'arriver jusqu'à un quelconque service de santé. Le manque d'accès à l'eau potable et à un assainissement efficace, l'insalubrité dans et autour des maisons favorisent la propagation des maladies infectieuses qui alimentent le cercle vicieux de la malnutrition.

Aux cotés de l'alimentation et de la santé, un troisième facteur est sous jacent, il s'agit d'une défaillance concernant la qualité des soins apportés aux enfants. En effet, la déficience des pratiques de soins, c'est à dire l'incapacité de l'entourage maternant à prendre soin d'un tout petit, le nourrir de façon adéquate, le stimuler, l'éduquer, le soutenir dans ses apprentissages, le guider, lui assurer un soutien émotionnel et une sécurité affective constante, peut entraver gravement sa croissance et son développement. Ces grandes difficultés rencontrées dans les conduites de maternage sont, le plus souvent, l'expression d'une problématique plus profonde, témoignant d'un dysfonctionnement dans la mise en place des liens d'attachement mère-enfant.

Ces difficultés sont souvent liées à la grande pauvreté et la rudesse des conditions de vie des femmes qui sont soumises à une forte inégalité dans la division du travail et des ressources au sein des familles mais aussi des communautés. Ces conditions, qui leur sont souvent défavorables, mettent en danger la santé physique et psychique des mères et leur bien-être, et, par conséquent, celles des enfants. Ces derniers doivent recevoir régulièrement des soins de santé essentiels et pour se développer au mieux, ils ont besoin de trouver dans leur entourage immédiat – mère ou substitut– un soutien émotionnel et une stimulation

cognitive. Cependant, dans certaines situations, cette interaction est gravement altérée, mettant à mal le processus d'attachement mère-enfant et pouvant entraîner le déclenchement ou l'aggravation significative de troubles nutritionnels.

Ce dernier facteur crucial concernant les pratiques de soins infantiles et la dimension psycho affective est pourtant le moins connu et le moins pris en compte, tant au cours des analyses explicatives de la malnutrition, que dans la mise en place des programmes destinés à y remédier. C'est sur cet aspect que nous allons plus particulièrement nous pencher afin de déterminer son incidence réelle sur les comportements alimentaires et la malnutrition. Il ne s'agit pas d'avancer ici que les conduites de maternage et les troubles de la relation mère-enfant sont plus fréquemment à l'origine de la malnutrition que d'autres causes, mais de comprendre plus précisément cet aspect, souvent négligé ou méconnu, afin d'y apporter les réponses les plus adaptées et complètes possibles.



b. Impact de la malnutrition sur le développement psycho-affectif de l'enfant

1. Le développement psycho-affectif et cognitif de l'enfant sain

Tout d'abord, rappelons que le développement d'un enfant passe par différents stades. Selon Freud, père fondateur de la psychanalyse, il existe 6 stades de développement de l'enfant : le stade oral (de la naissance à 15 mois), le stade anal (2ème et 3ème année de vie), le stade phallique (3ème et 4ème année), la phase œdipienne (4 à 6 ans), la phase de latence (de 6 ans à 11 ans) et la phase d'adolescence (à partir de 12 ans).

Nous aborderons plus particulièrement, ici, le stade oral où les intérêts de l'enfant passent par plusieurs gratifications qui lui permettront de se développer et de devenir un individu à part entière. Ces gratifications sont soit orales alimentaires (motricité orale : plaisir d'être nourri par la tétée), soit orales non alimentaires (plaisir lors de la succion du pouce ou de la tétine). D'autres gratifications peuvent se présenter sous formes tactiles (contact corporel avec sa mère ou son entourage), kinesthésiques (besoin d'être tenu, bercé), auditives, olfactives (reconnaissance de l'odeur de la mère par exemple). Cela ferait partie du développement affectif qui correspond à l'évolution de la capacité qu'a un enfant à exprimer ses émotions, à interagir avec son environnement et à apprendre à les maîtriser.

Dès ses premiers jours de vie, le bébé interagit avec sa mère. Son corps est perçu comme une page blanche où les investissements d'une mère « suffisamment bonne » vont pouvoir permettre à ce petit être vide de s'ouvrir au monde extérieur. Il apprendra donc à communiquer avec sa mère en créant des liens d'attachement, signes des premiers liens sociaux.

Le lien d'attachement se tisse entre l'enfant et les personnes familières qui s'occupent de lui (la mère, le père, la nourrice,...). L'origine primaire de l'attachement est avancée par John Bowlby, psychanalyste anglais. Pour lui, la relation affective (de l'enfant avec sa mère ou avec son substitut maternel) qui est basée sur le contact physique et la recherche de proximité semble être un besoin primaire aussi important pour la survie de l'enfant que les soins quotidiens qui lui sont procurés.

Il a ainsi décrit cinq (05) comportements innés permettant au nouveau-né d'entretenir une relation affective avec sa mère : le sourire ; le contact visuel et le suivi par le regard ; les pleurs et les cris ; l'étreinte dans les bras ; la succion qui entretient le contact physique lors de l'allaitement. Ainsi donc pour lui, les besoins du bébé sont fondamentalement liés aux

contacts corporels et psychiques qu'il adopte avec sa mère ou son substitut. Autrement dit, c'est par la réciprocité entre les prédispositions de l'enfant et la sensibilité maternelle (de la mère ou de son substitut) que s'instaure et se développe le lien d'attachement. Cet avis est aussi partagé par la psychologue française Marie-Rose Moro qui affirme que « pouvoir nourrir pour la mère, pouvoir être alimenté pour l'enfant sont des actes qui engagent plus qu'un don de nourriture et d'apaisement de la faim ». En effet, nourrir un enfant rentre dans le cadre d'échanges relationnels et d'attachement dont a besoin l'enfant. L'attachement devient donc un modèle comportemental dans les relations sociales de l'enfant.

On distingue quatre formes dans le processus d'attachement chez l'enfant :

- L'attachement non sécurisé (insécure)/évitant ou indifférent : l'enfant n'est pas inquiet lorsque le parent part et qu'il est laissé seul. Il utilise peu sa mère comme base de sécurité et se livre à des activités l'aidant à supporter l'insécurité.
- L'attachement sécurisé (sécure) : l'enfant proteste lors de la séparation et accueille chaleureusement son parent lorsqu'il revient vers lui avec une recherche manifeste de contact. Pour lui, la mère est la base de sécurité quand elle est présente.
- L'attachement insécure/ambivalent ou résistant : l'enfant est perturbé par la séparation et va chercher du réconfort lors des retrouvailles avec sa mère. Cet état résulte d'une figure maternelle sécurisante mais insuffisante qui ne permet pas à l'enfant d'être séparé momentanément de sa mère.
- L'attachement insécure/désorganisé ou désorienté : l'enfant manifeste une appréhension au retour du parent comme s'il était effrayé par lui. Cette forme est plus fréquente en cas de maltraitance de l'enfant.

L'attachement, conçu comme un lien affectif, joue un rôle important dans la qualité de la relation entre l'enfant et sa figure maternelle.

Le plus souvent le traitement de la malnutrition est axé sur le plan physique négligeant la prise en charge de l'affect des enfants et des personnes qui s'en occupent. Il est important néanmoins de prendre en compte le côté psychologique et affectif de cet état. Notons donc que la plupart des cas de malnutrition ne dépendent pas seulement de carences alimentaires mais aussi de carences psychoaffectives : Le développement d'un enfant passe par son alimentation (statut nutritionnel) et surtout par toutes les interactions qu'il aura avec son entourage.

2. Le développement psychoaffectif et cognitif de l'enfant malnutri

Le sevrage serait considéré comme une période susceptible de déclencher une malnutrition sévère aigüe ou chronique. Il représente autant le passage de l'allaitement à un autre type d'alimentation mais surtout, le commencement d'une séparation affective du bébé avec sa mère. Selon les cas, le sevrage est souvent enclenché lorsque la mère doit s'occuper, nourrir soit un ou d'autres enfants plus jeunes (cela dépend donc du rang de l'enfant dans la fratrie en cas de naissances multiples ou non). L'étiologie affective de la malnutrition apparaît même dans la terminologie du mot « kwashiorkor » (comme l'on a pu le voir plus-haut) dérivant de « kwashi » (enfant) et de « orkor » (rouge). Ce terme signifie donc : « la maladie du jeune enfant sevré, séparé, éloigné de sa mère lors d'une nouvelle grossesse et de la naissance d'un second enfant ».

Cette séparation d'avec la mère constitue une période de fragilité pour le jeune enfant ; lui qui était resté attaché à elle jusqu'à présent doit être prêt à faire face à cette phase d'autonomisation (apprendre à manger autre chose et apprendre à manger tout seul). Cette phase d'autonomisation peut se manifester par un changement de comportements conduisant l'enfant parfois à une dépression avec des conséquences graves pour son développement. Peut-on donc parler de psychopathologie de la malnutrition chez l'enfant ?

Selon le pédopsychiatre français Guédeney, certains enfants expriment par leur corps leur mal-être, leur souffrance ; ils présentent donc des troubles de l'alimentation (anorexie, carence en vitamines), du sommeil, des problèmes dermatologiques. Il rajoute que la symptomatologie présentée par des enfants sévèrement malnutris est très proche de la symptomatologie des enfants dépressifs. Des symptômes comportementaux chez l'enfant malnutri sont alors percevables selon différentes phases. Ces phases ont été décrites par des chercheurs qui se sont intéressés aux liens qu'il pourrait y avoir entre malnutrition et développement mental : C'est le cas de l'étude menée par Dean et Geber (1955) en Ouganda où ils ont pu observer des changements psychologiques chez des enfants âgés de 1 à 3 ans :

Phase 1 : Avant toute prise en charge, pendant les premiers stades de la maladie, on note :

- Une apathie, l'enfant évite le contact visuel, il ne réagit pas aux différents stimuli. Les interactions entre sa mère et lui deviennent difficiles voire rares
- Une régression du comportement dans les aptitudes acquises : ne marche plus
- Une irritabilité, l'enfant pleure facilement. Il s'accroche à sa mère ou à son substitut
- Une perte de poids, anorexie partielle ou complète

Phase 2 : A l'avant-dernier stade de la maladie, on remarque :

- Une distorsion émotionnelle entre l'enfant et sa famille
- Une incontinence (perte du contrôle des sphincters)
- Jeux, gestes et mots répétitifs
- Arrêt dans son développement surtout psychomoteur (incapacité à se tenir debout)

Phase 3 : En phase terminale :

- L'enfant est complètement paisible : il reste couché, ne manifeste aucune émotion, pas de réactions aux stimuli auditifs, manque de dynamisme, pas de demandes, refus des contacts
- Il est déconnecté de tout et même de ses propres besoins (refuse d'être nourri)

L'ensemble de ces symptômes compromettent le bon développement affectif de l'enfant. La séparation d'avec la mère, la dépression et la rivalité du premier enfant à l'endroit d'un nouveau-né sont donc les trois traits principaux qui permettent de se rendre compte d'un début de malnutrition chez ce dernier. La mère se doit donc de rester attentive à tous ses comportements qui lui signaleront l'état émotionnel de son enfant pendant et après le sevrage.



II. Justification d'une approche relationnelle de la malnutrition infantile

L'approche relationnelle de la malnutrition infantile consiste en l'examen de facteurs de risque psycho-affectifs, tels qu'ils peuvent être observés sous forme d'interactions concomitantes aux symptômes de l'enfant. L'objectif de cette approche consiste à mieux percevoir le lien entre la malnutrition infantile et une éventuelle altération des interactions entre l'enfant et son entourage familial, et particulièrement sa mère, dont il dépend entièrement dans ses premières années, pour satisfaire les besoins indispensables à son bon développement.

a. Revue de la littérature et constatations de terrain

Dans le cadre de la prise en charge d'enfants malnutris sur le terrain, nous avons pu constater que ces derniers n'avaient pas les mêmes comportements. Nous tenterons de justifier nos constatations, au regard des résultats des recherches littéraires que nous avons effectué sur le sujet, puisque dans les populations sous alimentées en milieu tropical, la malnutrition de l'enfant n'est pas distribuée aléatoirement. En effet, ces recherches font ressortir que dans certaines situations, l'état nutritionnel des enfants semble être lié à la qualité du lien mère-enfant :

- Parmi les enfants d'une même famille, vivant dans les mêmes conditions d'alimentation, souvent, seul un enfant souffre de malnutrition. De plus, les enfants souffrant de malnutrition ne sont pas toujours originaires de famille dont le niveau socio-économique ne permet pas une alimentation adéquate.
- La récupération nutritionnelle de deux enfants souffrant du même degré de malnutrition et soumis au même protocole curatif peut être très différente. Ce qui n'empêche pas des cas de rechute fréquents malgré le bon état de santé à la sortie, l'information assimilée par les mères et l'accès à une alimentation adaptée améliorée.
- L'alimentation n'est pas simplement un processus mécanique, elle fait appel à des notions relevant du domaine psychique tels que l'appétence, le goût, les représentations mentales de la nourriture. L'inappétence ou le rejet de la nourriture peut être la conséquence de troubles psychopathologiques tels que l'anorexie mentale. Les pratiques d'alimentation inappropriées ne sont pas toujours imputables à un manque de connaissance des mères, car, malgré la mise en place d'actions portées sur l'éducation nutritionnelle de celles-ci, elles peuvent ne pas

s'améliorer. Arya (1989) a observé un groupe de 35 nourrissons âgés de 3 à 6 mois, dans le contexte quotidien de leurs villages indiens. Les résultats de son étude révèlent que les interactions sociales des mères, telles que "montrer de l'affection, sourire, parler, stimuler, caresser" sont moindres pour les enfants malnutris et que ceux-ci sont beaucoup moins actifs, que ce soit dans les interactions de proximité (toucher) ou à distance (vocalisation). Les résultats de Chavez et al. au Mexique (1975), et de Graves en Inde (1976) et au Nepal (1978), portant sur des enfants âgés de 6 à 18 mois, sont globalement similaires à ceux d'Arya. Cependant, ils ne détectent des différences comportementales qu'à partir du 6ème mois, lorsque l'enfant malnutri insiste davantage pour rester à proximité de sa mère, tandis que le nourrisson bien portant s'en éloigne progressivement. Ces auteurs rapportent également que l'enfant malnutri est plus dépendant de sa mère, moins exploratif et moins actif de façon générale. Il prend moins d'initiatives, joue moins. Les enfants malnutris de l'échantillon mexicain pleurent aussi davantage, dorment moitié moins, et restent « plus passifs, silencieux, réservés et timides » que les nourrissons bien-portants. L'apparition de ce comportement à la fois « positif : expressif, joueur, audacieux » et « négatif : opposant, désobéissant, voire même agressif envers la mère » (Chavez et al., 1975) chez l'enfant bien-portant s'accompagne d'une augmentation de l'attention des deux parents à son égard comparés aux malnutris.

- Le bébé d'une mère déprimée ou en souffrance psychique peut présenter des troubles du comportement alimentaire en ne manifestant pas sa faim ou en refusant de s'alimenter. Ou encore, une mère peut, parfois inconsciemment, négliger un enfant malade, non désiré ou de petit poids de naissance et avoir de grandes difficultés à l'investir ou à tisser un lien d'attachement secure avec lui. Au Kenya, Kermorian (1986) constate globalement que les enfants attachés de façon sécuritaire sont considérablement mieux nourris que les enfants dont l'attachement est insécure. Dans une étude effectuée à Santiago de Chili, Valenzuela (1990) retrouve que 90% des enfants correctement nourris manifestent les signes d'une relation d'attachement sécuritaire avec leur mère, pour 10% seulement des nourrissons présentant une malnutrition modérée.

Auparavant, Ainsworth en Ouganda (1967) avait déjà mis en avant, en se basant sur des observations à domicile, que 12% des enfants attachés de façon sécuritaire présentaient un faible gain de poids, cependant aucun d'entre eux ne présentait de signe malnutrition. En revanche, 50% des nourrissons classés dans le groupe des attachements insécures montraient un gain de poids lent et associé, cette fois-ci, à des signes de sous-nutrition.

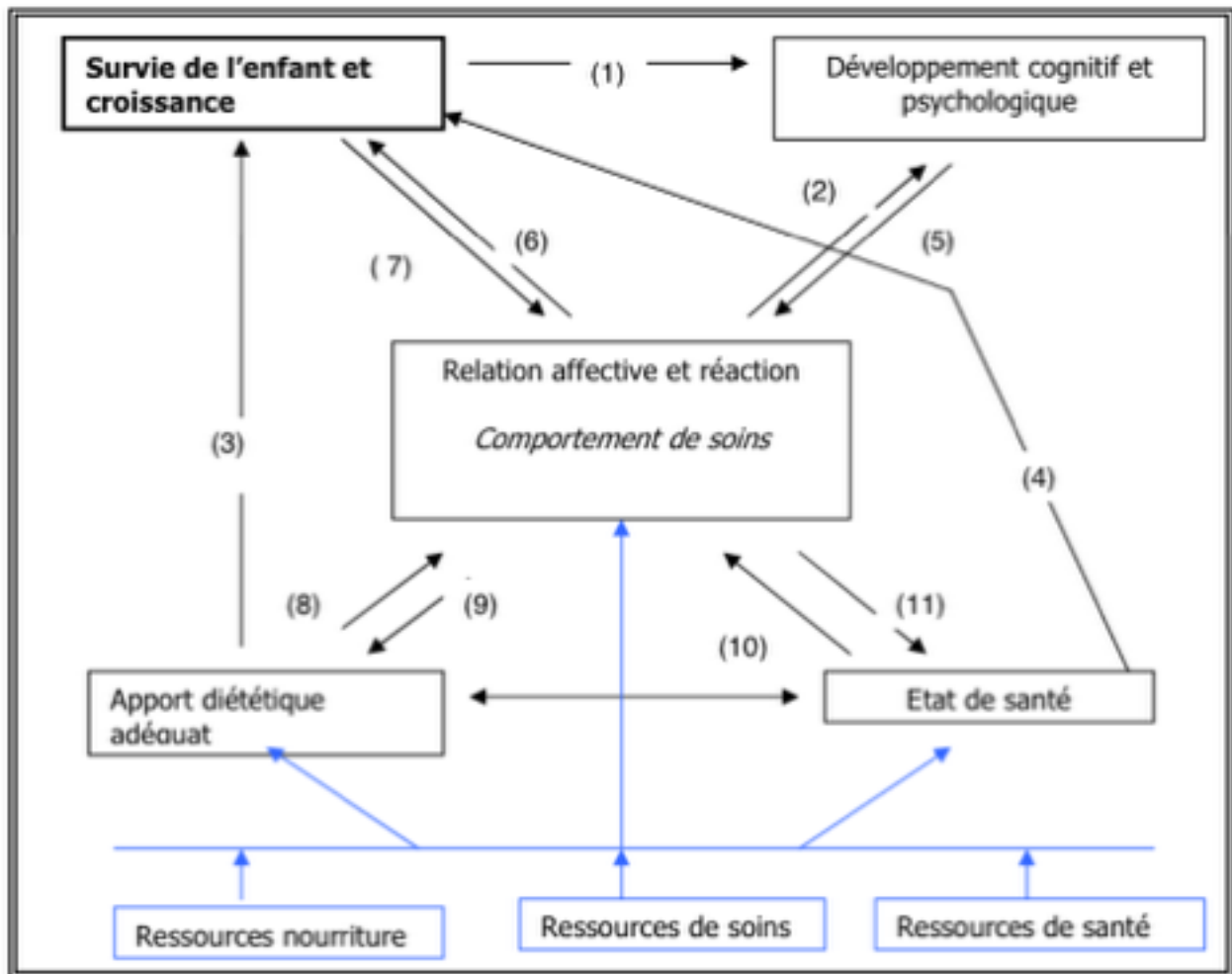
- Le sevrage est une séparation qui peut être vécue comme un traumatisme si elle est brutale et avoir de graves conséquences, tant sur l'état nutritionnel du bébé que sur son comportement. Une recherche de Bouville (1993), menée au Cameroun, fait apparaître un sevrage plus précoce des enfants malnutris qui sont aussi confiés à un substitut maternel à la fois plus jeune et de parenté plus éloignée. Le temps consacré aux interactions de soins (nourrir, laver, habiller) est réparti à peu près équitablement entre les deux groupes, tandis que les enfants malnutris bénéficient de moins d'interactions sociales (parler, jouer) avec leur mère que les enfants bien portants. Cette baisse d'attention sociale se manifeste aussi pendant les repas : les mères parlent et regardent moins leurs enfants malnutris comparés aux biens portants. En revanche, les enfants malnutris sollicitent davantage leur mère par le regard et les vocalisations, au détriment, semble-t-il, de l'attention portée à la nourriture (moins de regard).

Tous ces éléments constituent des arguments à prendre en considération, en parallèle de la récupération nutritionnelle et des soins médicaux, car ils permettent déjà de s'interroger et d'élargir la portée de l'explication des phénomènes de malnutrition en prenant en compte **les facteurs humains, émotionnels et affectifs** pouvant interférer sur les **conduites alimentaires**. Ils laissent supposer que la dimension psycho-socio-culturelle et plus particulièrement celle relative à la relation mère-enfant et sa représentation culturelle, joue un rôle primordial dans le processus de malnutrition.



b. Le modèle transactionnel de soin

Le modèle transactionnel de soin (MTS) a été développé par la division de consommation alimentaire et de nutrition (DCAN) pour permettre une vue d'ensemble des éléments impliqués dans les phénomènes de malnutrition infantile et de la manière dont ils interagissent entre eux.



Dans ce modèle, la notion de « prise en charge » correspond au temps, à l'attention et au soutien apporté par la famille et la communauté pour satisfaire les besoins physiques, psychologiques et sociaux d'un jeune enfant en période de croissance. Cette définition holistique de la prise en charge nous renseigne sur les éléments à considérer, en dehors des aspects médicaux, lors d'interventions dans une problématique de malnutrition infantile. Ce modèle ne prend pas uniquement en compte l'enfant et son comportement mais aussi le comportement de la personne en charge des pratiques de maternage (mère et substitut) ainsi que les caractéristiques du contexte environnemental. Ces trois facteurs ayant un rôle déterminant dans le statut nutritionnel de l'enfant.

Voici les différentes interactions mises en évidence par par le MTS :

La flèche 1 lie la croissance et le développement cognitif. Cette relation a été démontrée dans de nombreuses études bien que les raisons pour cette interdépendance ne soient pas entièrement connues.

La flèche 2 suggère que la relation mère (substitut)/enfant conditionne le développement cognitif et psychosocial de l'enfant. Une documentation considérable dans le domaine de la psychologie étaye ce rapport (cfr. les travaux de Konrad Lorenz sur l’empreinte, la théorie de l’attachement de John Bowlby, et l’hospitalisme de Spitz).

La flèche 3 objective la relation entre l’apport diététique et la croissance, tout comme la **flèche 4**, liant morbidité et croissance ralentie.

La flèche 5 met en évidence qu’un enfant qui a un niveau de développement cognitif plus élevé sera plus en mesure de construire une relation affective positive avec la personne qui prend soin de lui.

La flèche 6 indique que la nature de la relation affective vis-à-vis de la personne en charge peut influencer la croissance de l’enfant.

La flèche 7 associe la croissance de l’enfant à la relation affective.

La flèche 8 suggère que la quantité qu’un enfant est capable de manger peut jouer un rôle dans la relation entre la mère (ou substitut) et l’enfant. Celle-ci peut être particulièrement troublée, ou découragée, par un enfant qui refuse de manger.

La flèche 9 pose pour principe qu’une relation affective positive conduit à une augmentation de l’apport nutritionnel.

La flèche 10 indique que la santé d’un enfant peut influencer la nature de la relation affective, soit par une augmentation de l’attention de la mère à son égard et de la manière dont elle s’en occupe, soit par une réduction de son investissement si l’enfant est perçu comme ayant peu de chances de survie.

Pour finir, la qualité de la relation entre une mère et son enfant peut probablement influencer l’état de santé de ce dernier via les traitements et la recherche en soins de santé, comme l’indique **la flèche 11**.

Ce modèle transactionnel de soin appuie et illustre à quel point la malnutrition est la résultante d’une imbrication de nombreux facteurs en résonance, au coeur desquels la dimension relationnelle, et plus spécifiquement la relation mère-enfant, joue un rôle central. Une approche plus globale et empathique du problème nous aide alors à envisager, au delà de l’acte médical purement technique ou du processus d’alimentation, la modification et l’adaptation des pratiques de soins, pour les rendre à la fois plus humaines et plus efficaces.

III. Réflexion concernant l'intégration de la dimension relationnelle dans la prise en charge de la malnutrition infantile

Nous venons de voir que dans de la prise en charge de la malnutrition infantile, il était primordial de prendre en considération les facteurs humains, émotionnels et affectifs pouvant interférer sur les conduites alimentaires. Nous nous posons donc la question de savoir pourquoi la prise de conscience n'intervient que maintenant, alors que, déjà dans les années 70, des travaux de recherches scientifiques avaient mis l'accent sur l'importance de ces facteurs ? quelles sont les raisons de ce retard ?

a. Raisons de la prise en compte tardive de la dimension relationnelle dans les programmes de renutrition

Nous pensons que l'une des principales raisons de cette prise de conscience tardive résulte de la remise en cause des modèles sur lesquels se basent les interventions humanitaires dans le domaine sanitaire. En effet, les soins se sont pendant longtemps basés essentiellement sur le modèle biomédical. En d'autres termes, le modèle en médecine ne se résumait qu'au modèle biomédical. Ce modèle prédominant est utilisé pour diagnostiquer, comprendre et traiter les différentes pathologies. Cette prise en charge médicale est donc centrée sur la maladie au sens général et non sur le malade lui-même. C'est ce qu'explique Engel, médecin psychiatre, lorsqu'il démontre que « l'erreur qui fait de ce modèle un modèle estropié réside dans le fait qu'il n'inclut pas le patient et ses attributs en tant que personne, en tant qu'être humain ». Engel proposa donc en 1977 une conceptualisation de la maladie en y intégrant les aspects psychologiques et sociaux. Pour lui, il était important dans le domaine de la santé, de donner une attention majeure à l'approche psychosociale, non seulement pour une meilleure compréhension du patient, mais aussi pour la mise en place de stratégies de soins et de mesures sociales plus adaptées et moins coûteuses. C'est sur la base de ce constat qu'il a mis en place le modèle biopsychosocial intégrant les dimensions à la fois psychologique et sociale du malade. L'apparition de ce modèle vient compléter et renforcer le modèle biomédical.

Ainsi donc, selon Tislair et Laumont, professionnels travaillant à Médecins Sans Frontières (MSF), « prendre en considération les facteurs psychosociaux dans la gestion de la malnutrition ne constitue pas seulement une humanisation des soins, il s'agit aussi d'améliorer l'efficacité de nos programmes » (2009, p.4). Pour eux, la combinaison de la

malnutrition et du manque de stimulation psychosociale et affective est particulièrement nocive pour les enfants. Améliorer autant le statut nutritionnel que la stimulation a un impact positif sur la croissance de l'enfant, sur son développement et sur sa guérison physique et psychologique.

Nous pensons par ailleurs que les nombreux travaux de recherches sur les aspects psychologiques, psychiatriques ou environnementaux de la malnutrition ont eu du mal à être connus ou partagés par les acteurs de terrain (médecins ou autres professionnels de l'humanitaire). Pendant plusieurs années, puisque le modèle prédominant en médecine était le modèle biomédical, nous pouvons faire l'hypothèse que repenser les objectifs d'interventions devait prendre du temps.

Ce n'est vraiment qu'au début des années 90 que des Organisations Internationales telles que Handicap International (HI), Actions Contre la Faim (ACF), l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) ont entamé une réflexion sur la manière dont la malnutrition est prise en charge dans les pays en voie de développement. Tous les membres de ces organisations s'accordaient pour dire que la stimulation émotionnelle, psychoaffective est fondamentale pour les enfants malnutris. Ils ont donc pu identifier des thématiques liées à la stimulation psychoaffective comme étant des domaines sur lesquels une action était nécessaire en vue d'améliorer la qualité des prises en charge. C'est ainsi que peu à peu les concepts de base du développement affectif de l'enfant ont été introduit dans leurs programmes de nutrition.

Si nous prenons le cas de MSF, ce n'est qu'en 1998, que cette prise de conscience a mené les acteurs à organiser un colloque « Nourrir un enfant / Soins, Psychisme et Cultures ». Ce qui leur a permis de se rendre compte des limites du nourrissage, physiologiquement correct, mais culturellement et psychologiquement inadapté. Ils ont ainsi pu faire l'inventaire des actions concrètes à mener dans leurs programmes nutritionnels et celles-ci ont été intégrées au sein de leurs centres de renutrition. Cette mise en place a été décrite dans un article prévu à cet effet (*Aspect psychosociaux de la malnutrition chez les enfants, 2008*).

Pour citer un autre exemple, l' UNICEF et Play Therapy Africa ont réalisé une étude au Niger sur l'introduction de la stimulation psychosociale et affective dans les situations de crises alimentaires et nutritionnelles. Ils ont pu mettre en évidence des résultats intéressants qui sont les suivants :

- Une récupération physique plus rapide de l'enfant,
- Un taux de rechute substantiellement mineur,
- Un taux de morbidité réduit,
- Une prévention de la perte de potentiel cognitif émotionnel.

Il a donc pu être démontré que les programmes de nutrition comportant une composante psychosociale sont plus efficaces que ceux qui en sont dépourvus. En effet, l'utilisation combinée de la nutrition d'urgence (traditionnellement dominée par la distribution d'alimentation complémentaire) et des techniques de stimulation affectives contribuent autant à réduire le taux de malnutrition, qu'à augmenter le taux de survie de ces enfants en permettant la promotion de leur croissance et de leur développement.

Désormais, les équipes des différentes organisations savent qu'un enfant malnutri risque de grandir, de se développer moins bien et de récupérer plus difficilement si ses parents sont peu disponibles en n'établissant pas avec lui une relation basée sur la stimulation psycho-affective. Quelles actions concrètes peuvent-elles donc mettre en place, en parallèle des soins médicaux et du traitement nutritionnel, dans les centres de renutrition pédiatrique ? Nous allons maintenant tenter d'énoncer celles qui nous paraissent essentielles à la stimulation psychosociale.



b. Propositions d'actions concrètes en centres de réhabilitation nutritionnelle

L'intégration de la dimension relationnelle comme élément d'intervention dans le cadre de la prise en charge d'enfants malnutris a pour objectif de renforcer la sécurité de la relation d'attachement mère-enfant, mais aussi de l'enfant avec d'autres adultes maternants pour «désenclaver» la relation exclusive à la mère et permettre la reprise des processus d'exploration, y compris alimentaires. Les interventions viseront donc à renforcer les interactions sensibles entre l'entourage familial et l'enfant, à encourager l'expression des représentations, des inquiétudes et des attentes concernant l'enfant, et à diminuer l'isolement social de la mère. Améliorer la capacité de l'entourage maternant à prendre soin et à répondre aux besoins des enfants de façon adéquate et suffisante contribue à améliorer l'efficacité du traitement, à assurer un bon développement physique et émotionnel de l'enfant et à réduire le retard sous-jacent lié à la malnutrition.

Dans le cadre de structures d'accueil d'enfants de moins de 5 ans, sévèrement dénutris tels que les centres nutritionnels thérapeutiques (CNT) ou centres de réhabilitation et d'éducation nutritionnelle (CREN), nous avons réfléchi à quelques pistes d'actions à mettre en oeuvre afin d'améliorer les pratiques de soin, renforcer les capacités maternelles et le lien d'attachement mère-enfant.

Nous pensons tout d'abord qu'il est important de créer un environnement chaleureux et sécurisant dans lequel les enfants et leurs accompagnants auront le sentiment d'être compris, écoutés et pris en considération, sans jugement. L'accueil devra y être adapté et bienveillant car il fait partie intégrante du traitement et conditionne la relation de confiance entre les familles et les équipes. Toutes les étapes du processus de prise en charge doivent être expliquées à la mère en présence de l'enfant.

Lors des soins quotidiens, la personne accompagnante sera considérée comme un véritable partenaire de soin. L'implication des mères dans le traitement et le suivi permettra à la fois de les rassurer et de rassurer l'enfant. Il faudra cependant préalablement s'assurer que l'état physique et moral de la personne maternante lui permette un tel investissement d'énergie et si ce n'est pas le cas, veiller à lui assurer le soutien et l'accompagnement nécessaire afin de l'aider à y parvenir.

Concernant l'alimentation, les équipes devront avoir pour objectif la promotion maximale du lait maternel et de l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois, pour des raisons à la fois nutritionnelles et relationnelles. Le moment du repas est également un temps essentiel dans

le cadre de la prise en charge de la malnutrition, les dyades mère-enfant devront être accompagnées et les mamans encouragées à nourrir leur enfant avec patience, sans forcer. L'alimentation doit redevenir une source de plaisir et d'interactions positives.

Il nous apparaît également opportun de valoriser l'ensemble des attitudes maternantes positives, culturellement intégrées, telles que le bain, les massages, le portage.

En effet, le bain par exemple, est un moment privilégié de détente et d'échange lors duquel la mère, ou son relais, procure au nourrisson confort et sécurité, il peut être utilisé pour restaurer la confiance maternelle et renforcer la qualité du lien mère-enfant.

Le portage concerne à la fois les différentes méthodes pour porter son enfant (dans les bras, corps à corps, ou avec un dispositif tel qu'un harnais ou un tissu...) mais aussi les manipulations permettant de positionner l'enfant de façon confortable tout en respectant les différentes parties de son corps et ses articulations. Le porte-bébé fonctionne comme un ventre de transition permettant la continuation du lien parent-enfant, aidant ainsi au développement affectif du bébé. Les gestes sûrs et rythmés du portage et de la manipulation créent un lien étroit entre la mère et l'enfant. La mère est à la fois mère nourricière et mère support, base de sécurité émotionnelle qui renforce l'élaboration de la première ébauche de la personnalité.

Le toucher et le massage sont des outils de contact, de relation, de communication, nécessaires à la structuration, au développement et à l'équilibre psychosomatique de l'enfant. Le pouvoir des mains est très vaste. Elles peuvent soulager, rassurer, masser, aimer, structurer, guérir et comprendre. Le toucher grâce au massage est un moyen privilégié de communiquer et d'être en contact intime avec le bébé. Il favorise le lien d'attachement et renforce la relation parent-enfant. Il aide au développement de la conscience corporelle, de l'intelligence, il stimule et fortifie. Il nous semble être un outil précieux pour améliorer le développement physique et émotionnel de l'enfant et pour réduire le retard sous-jacent lié à la malnutrition.

Ces différentes pratiques de maternage, pourtant traditionnellement utilisées dans la plupart des régions du monde, sont souvent délaissées par les mères lorsque leur tout petit est malade ou sévèrement dénutri. Cela tient probablement à la représentation culturelle de l'enfant malade (peur de le fatiguer, de lui faire mal). Nous pensons qu'il est très utile de restaurer ces pratiques dans les centres de renutrition en informant les mères de leurs bienfaits pour la guérison de l'enfant et en mettant en place des ateliers pédagogiques. Ceux-ci donnant lieu à des échanges, des conseils sur ces sujets entre les mères et l'équipe mais également, et surtout, entre les mamans, de façon à rompre leur isolement et restaurer la confiance en leurs capacités maternantes par le dialogue et le partage d'expérience.

Le jeu nous apparaît également comme un élément essentiel au bien être et au développement des enfants. Le temps du jeu est aussi celui de la rencontre et de l'échange, il aide l'enfant à prendre du plaisir, à découvrir le monde et à prendre conscience de ses propres compétences. Il favorise à la fois le développement moteur, cognitif et l'imaginaire. Stimuler le désir d'exploration motrice a également des effets bénéfiques sur le processus d'exploration alimentaire et l'appétit. On pourra proposer d'alterner des sessions de jeu thérapeutique mère-enfant, très utiles au renforcement du lien d'attachement, et des périodes de jeux de groupe entre enfants, à partir de 2 ans, favorables à la socialisation, à l'adaptation et à l'émulation psycho-motrice. Pour jouer dans un centre nutritionnel thérapeutique, les enfants auront besoin d'un lieu spécifique et d'un espace approprié.

Les équipes pourront conseiller les mères sur le choix de jouets et jeux adaptés non seulement à l'âge de l'enfant, mais également à leur stade de développement.

Nous proposons également d'intégrer des séances de soutien à la parentalité basées sur des principes d'interaction ayant pour but d'améliorer la qualité du lien d'attachement mère-enfant et le niveau de confiance réciproque. Les mères y apprennent à passer du "temps de qualité" avec leur tout petit en intégrant l'instauration de limites, les comportements cohérents et prévisibles tout en augmentant leur degré d'empathie vis à vis de l'enfant.

Enfin, en terme de ressources humaines, l'amélioration des pratiques de soins et la prise en compte du bien-être psychosocial dans le traitement de la malnutrition nécessitent des connaissances et une formation très spécifiques des personnels amenés à intervenir.

Des formations mettant en évidence l'importance des pratiques de soins dans le traitement de la malnutrition doivent être proposées à toutes les personnes intervenant auprès des bénéficiaires. Le personnel impliqué devra être préparé de façon spécifique pour travailler avec les personnes suivies dans les centres. Leur discours et leurs gestes devront éviter de créer chez leurs interlocuteurs un sentiment de culpabilité ou de dévalorisation. Ils nous semble essentiel qu'ils maîtrisent les informations concernant la malnutrition et son traitement, des notions médicales plus générales, ainsi que celles concernant les pratiques de soins infantiles et le développement de l'enfant. Ces personnels devront faire preuve d'ouverture d'esprit, avoir le sens de l'écoute et de l'observation, être formés à l'accueil, à la communication et à l'importance de la relation soignant-soigné.

Selon les contextes d'intervention, les possibilités financières et humaines, les diplômes disponibles dans le pays, la culture locale, les personnes en charge du bien être psychosocial pourront varier, ceux-ci pouvant être infirmiers, travailleurs psychosociaux, animateurs, promoteurs de santé, mais l'objectif principal, selon nous, sera d'assurer la présence de ces personnes spécifiquement formées aux pratiques de soins et de leur donner les outils et

moyens nécessaires à la mise en place d'activités qui seront les plus adaptées aux besoins, à la culture des bénéficiaires et les plus efficaces pour la guérison à long terme des enfants.

Nous venons d'énoncer un certain nombre d'éléments d'intervention pouvant être mis en oeuvre pour intégrer la dimension relationnelle dans le cadre du traitement de la malnutrition infantile. Certaines ONG ont déjà, comme nous l'avons vu précédemment, mis en place, de façon assez récente, ce type d'action dans leurs centres de renutrition pédiatrique. Nous allons maintenant nous intéresser aux difficultés, aux freins, à divers niveaux, que peuvent rencontrer les ONG, ou les structures locales à l'intégration des programmes de stimulation psychosociale.



c. Difficultés actuellement rencontrées

Soulignons tout d'abord que les difficultés ci-dessous énoncées sont d'ordre très général, elles ne concernent pas un pays spécifiquement ni même un continent et sont donc aléatoirement dépendantes des contextes locaux, géopolitiques et culturels.

Nous avons identifié, comme première difficulté, l'absence, dans certains pays, de cadre normatif national, soulignant l'importance de la récupération émotionnelle et la présentant comme une activité nécessaire et obligatoire dans les protocoles nationaux de prise en charge de la malnutrition. La prise de conscience et la volonté politique nous apparaît comme essentielle à l'amélioration des pratiques. En effet, sans ouverture d'esprit, connaissances pertinentes et engagement fort de la part des autorités nationales et locales, l'évolution favorable des pratiques semble compromise.

Nous pouvons également mettre en avant, dans certains cas, la carence, au niveau national ou régional, de personnels experts en matière de récupération émotionnelle ou soins psycho-affectifs. Ces modules ne font généralement pas partie de la formation de base ou d'une formation spécifique pour les acteurs de santé. Cela rend indispensable les missions d'appui par les ONG ou les organisations internationales (UNICEF) et implique une dépendance des structures locales ou étatiques vis à vis des ONG. Cela constitue probablement un frein aux initiatives locales dans ce domaine. Il s'agira donc de développer et d'intégrer aux programmes nationaux de formation déjà existants des compétences nouvelles, pas seulement dans le cadre des intervenants de terrain, mais aussi pour les formateurs et superviseurs en poste.

De plus, l'intégration de plus en plus fréquente du traitement de la malnutrition dans les centres de santé rend complexe la mise en œuvre des activités de pratiques de soins. La charge de travail déjà très élevée des personnels de santé limite considérablement la disponibilité accordée à la dimension relationnelle qui n'est pas identifiée comme une priorité au regard du traitement médical et nutritionnel strict.

Cependant, notons toutefois, que dans certains pays, notamment en Ethiopie ou au Niger, le gouvernement a mis en place des programmes d'extension des services de santé. Il s'agit d'une approche novatrice visant à pallier le manque de personnel médical et les difficultés rencontrées par les populations pour se rendre aux services de santé parfois trop éloignés. Le gouvernement forme donc des « Health extension workers » (HEW) ou volontaires communautaires, notamment en charge de prodiguer des soins de base et de promouvoir l'hygiène et la santé dans les villages les plus éloignés. Ces volontaires communautaires sont généralement impliqués dans le cadre des CREN et CRT, qu'il leur arrive par ailleurs de gérer

eux-mêmes et sont formés à la promotion des pratiques de soin et à la stimulation psychosociale.

Nous avons pu également remarquer que le temps de récupération physique, ou somatique au sein des centres de réhabilitation nutritionnelle est souvent plus court que le temps minimal de prise en charge psychosociale pour une récupération émotionnelle durable. Ceci implique la nécessité d'un cadre de suivi bien structuré, à domicile ou en ambulatoire. Malheureusement, le réseau nécessaire à un suivi efficace est le plus souvent limité ou inexistant, réduisant considérablement la durabilité des actions menées dans le domaine psychosocial. Le développement de ces réseaux, une organisation de prise en charge locale, décentralisée, bien structurée ainsi qu'un lien étroit entre les CREN ou CRT et les services de protection de l'enfance seront, nous semble-t-il, un gage de réussite de ces programmes.

Après ces difficultés d'ordre structurel et organisationnel, nous avons identifié d'autres types de "blocages" liés à la représentation culturelle de la santé mentale. En effet, certaines attitudes discriminatoires envers les personnes ayant des difficultés émotionnelles, psychologiques ou sociales sont un frein à la prise en charge. Les familles dont un enfant souffre de retard de développement ou de troubles du comportement sont souvent discriminées au sein des villages, elles sont culpabilisées, stigmatisées comme étant de "mauvais parents" et préfèrent cacher ces traumatismes plutôt que rechercher une aide ou des conseils.

La santé mentale donne également lieu, dans un grand nombre de pays du Sud, à de nombreux tabous culturels. Ce qui est invisible est difficile à comprendre, les traumatismes affectifs et émotionnels sont moins visibles que la perte de poids d'un enfant, le focus de l'action est donc prioritairement mis sur ce qui permet à l'enfant de rester en vie dans l'immédiat. Dans ce contexte, le recours à des explications surnaturelles telles que le destin, la fatalité, la volonté des Dieux, limite la possibilité des mères de comprendre qu'elles ont un rôle fondamental à jouer dans le processus de résilience et de guérison. Le recours aux guérisseurs traditionnels, sans être forcément un obstacle, est aussi un élément important qu'il conviendra de considérer.

Enfin, au sein même des ONG, des difficultés demeurent. En effet, l'importance de la santé mentale et plus spécifiquement des programmes psychosociaux, est encore méconnue ou sous-estimée par les différents acteurs de l'humanitaire. Ceux-ci sont négligés au profit des traitements jugés vitaux et seuls de faibles budgets leur sont accordés. Certains bailleurs de fonds commencent à s'intéresser à l'idée d'étendre les programmes de récupération émotionnelle, mais ils sous-estiment le temps que cela prend de renouer les liens familiaux. Il faut de l'expertise pour former le personnel et superviser les activités, qui sont

malheureusement souvent considérées comme insuffisamment efficaces en regard de leur coût. Notons également la complexité de l'évaluation de ces programmes dont les résultats, longs à obtenir, sont aussi parfois difficilement objectivables. Les indicateurs qualitatifs de mesure d'impact des projets reposent principalement sur des critères subjectifs, à la fois en raison de l'expression culturelle différente des pathologies et de la souffrance psychique, mais aussi en raison de l'objet même de l'évaluation, le psychisme, qui se dérobe à toute évaluation objective et définitive.



Conclusion

Nous justifions le choix du sujet de ce présent mémoire par le fait que nous venons, toutes les deux, du milieu professionnel sanitaire, soins infirmiers pédiatriques et psychologie. Nous avons donc voulu confronter nos deux professions en vue de produire un travail qui les rassemble et qui réponde à une problématique en rapport avec l'humanitaire. Sensibilisées, pour l'une, au problème de la malnutrition infantile lors de missions humanitaires à Madagascar, et pour l'autre, à la prise en charge du handicap au Bénin, le thème de la stimulation psychosociale nous a permis d'allier à la fois nos compétences et nos pôles d'intérêt. Cette recherche, qui nous a passionnées, nous a permis de mettre en lumière l'importance de l'aspect relationnel dans la prise en charge de la malnutrition infantile, ses bénéfices et ses limites.

Nous avons pu constater que, malgré les obstacles encore existants, la prise de conscience était en route. La défaillance des pratiques de soins infantiles et la perturbation des interactions familiales sont désormais reconnues, aux côtés de l'alimentation et de la santé, comme une réelle étiologie de la malnutrition infantile. Chacune de ces trois conditions étant nécessaire mais non suffisante à la survie de l'enfant. Peu à peu, les grandes agences internationales, les ONG et les responsables des programmes de prise en charge nationaux intègrent ce constat et les actions se mettent en place, mais cela prend du temps et demande à chacun de repenser ses habitudes et ses pratiques.

Au cours de cette recherche nous avons également été fortement sensibilisées à la nécessité d'une approche interculturelle dans ce domaine, car la dimension psychosociale s'inscrit toujours dans une culture. Aussi, les intervenants humanitaires doivent en permanence adapter leurs connaissances à un contexte culturel, nous en avons donc déduit qu'il n'y a pas de programme ou de technique type, chaque programme est à inventer en coopération avec la communauté à laquelle on vient en aide, c'est ce qui fait aussi toute la richesse de ces interventions.

Nous tenons également à souligner l'importance de privilégier les projets montés en appui des ressources locales, en renforcement des équipes nationales et des structures locales. La formation des personnels locaux doit rester un enjeu essentiel des programmes mis en place afin de permettre un accès, le plus rapide et efficace possible, à l'autonomie et à la souveraineté des institutions étatiques face à la problématique de la malnutrition infantile.

Enfin, nous pourrions ouvrir la réflexion, en imaginant que les bénéfices de la stimulation psychosociale pourraient être étendus au plus grand nombre d'enfants des pays en voie de

développement. En effet, avec le temps, il serait souhaitable d'introduire les concepts de base du développement psychoaffectif de l'enfant dans les activités de prévention et promotion communautaires, et pas seulement au sein des réponses à la malnutrition. L'objectif serait de replacer le tout petit, et son bien être, au coeur des enjeux et impératifs de paix, de développement et de progrès.



Bibliographie

- ACF - France. (2012) Les modèles conceptuels en malnutrition infantile. Fondement de l'approche ACF en santé mentale et pratiques de soins.
- Ainsworth, M. (1967) *Infancy in Uganda : Infant care and the growth of love*, Baltimore : Johns Hopkins University Press.
- Ayra, S. (1989) *Infant nutrition and mother-child dyad*, Indian Journal of Clinical Psychology, 16: 34-40.
- Bouville, J-F (1996) L'approche relationnelle de la malnutrition infantile en milieu tropical, Sciences sociales et santé, 14, 1.
- Bouville, J-F. (2005) *La malnutrition infantile en milieu urbain : Etudes des étiologies relationnelles*. Paris, L'Harmattan.
- Bowlby, J. (1978) *Attachement et perte*, 1. L'attachement, Paris, PUF.
- Briend, A. (1998) *La malnutrition de l'enfant. Des bases physiopathologiques à la prise en charge sur le terrain*, Monographie Chaire Danone, 163p.
- Chavez, A., Martinez, C., Yaschine, T. (1975) *Nutrition, behavioral development, and mother-child interaction in young rural children*, Federation Proceedings, 34, 7: 1574-1582.
- Dean, R.F.A., Geber, M (1991) *Les changements psychologiques au cours du kwashiorkor*, Revue Devenir, vol.3, n.1. Editions Médecine et hygiène, Genève, Suisse
- Engel, G.L. (1977) *The need for a new medical model : a challenge for biomedicine*, Science, 196: 129-36.
- Engel, G.L. (1980) *The clinical application of the biopsychosocial model*, Am J Psychiatry, 137: 535-544.
- Graves, P.L. (1976) *Nutrition, infant behavior, and maternal characteristics : a pilot study in West Bengal, India*, The American Journal of Clinical Nutrition, 29: 305-319.
- Guédénéy, A. (2000) *La psychopathologie du kwashiorkor : des pionniers aux directions actuelles de recherche*, MSF News : special psy n.1. MSF-F, Paris
- Kermorian, R (1986) *Infant attachment to mother and child caregiver in an East African community* International, Journal of Behavior Development, 9: 455-469.
- Lehalle, H., Mellier, D (2005) *Psychologie du développement, Enfance et adolescence. Cours et exercices*, chapitre 2. Les interactions sociales et affectives du nourrisson, Paris, Dunod.

MSF. (2001) Medical News. Spécial Psychiatrie, vol 11, n.2

Moro, M-R. (2000) Présentation – Nourritures, soins, psychismes et cultures, Medical News. MSF-F, Paris

Tislair, X., Laumont, B. (2009) Aspects psychosociaux de la malnutrition chez les enfants. MSF OCB

UNICEF., Play Therapy Africa. La stimulation psychosociale et affective dans les situations de crises alimentaires et nutritionnelles au Niger.

Valenzuela, M. (1990) Nutrition and attachment in an impoverished Chilean population, Child Development, 61: 1984-1996.