

**Mise en place d'un programme
d'éducation thérapeutique
dans le cadre de la renutrition
des enfants de 0 à 5 ans
au Bénin, Afrique**

Par le Docteur Catherine ROUBERTOU

Année 2009 / 2010

Mémoire

- réalisé dans le cadre du Diplôme Universitaire d'Education thérapeutique et maladies ostéo-articulaires
- présenté le 1^{er} juillet 2010 à Paris

UNIVERSITE PARIS VI

DIPLOME UNIVERSITAIRE

**EDUCATION THERAPEUTIQUE ET MALADIES OSTEO-
ARTICULAIRES**

**Directeurs: Professeur Francis BERENBAUM
Professeur Bruno FAUTREL**

Responsable enseignement : Docteur Catherine BEAUVAIS



LE BENIN



le couple mère enfant

SOMMAIRE

INTRODUCTION

LE CENTRE DE RENUTRITION de BANIKA à PARAKOU

MISE EN PLACE D'UNE EDUCATION THERAPEUTIQUE

PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE sur 1 mois

- **L'éducation thérapeutique centrée sur la diététique**
- **L'éducation thérapeutique centrée sur les soins**
- **Déroulement du programme d'éducation thérapeutique**

EVALUTION DU PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE

- **Evaluation des résultats**
 - **Surveillance du poids de l'enfant**
 - **Utilisation des acquisitions**
 - **Effets indirects**
- **Evaluation des stratégies de formation**

INTRODUCTION

L'Afrique est le continent où la prévalence de la malnutrition est la plus forte sur le globe, et où elle diminue le plus lentement. Depuis de nombreuses années les pays occidentaux, dont la France, tentent d'apporter leurs aides par des actions dites humanitaires. La persistance des problèmes nutritionnels (malnutrition infantile, sécurité alimentaire des ménages) et les échecs manifestes de certaines missions nous amènent à nous questionner aujourd'hui. Comment assurer l'efficacité des missions d'aide humanitaire pour tendre vers un développement réellement durable ? Rendre les populations locales actrices de leur propre développement : voilà l'idée maîtresse.

Le Bénin est un pays d'Afrique de l'Ouest, situé dans la zone intertropicale entre l'Equateur et le Tropique du Cancer. A titre de comparaison, la superficie du Bénin est 5 fois plus petite que la France. La langue officielle est le français, mais de nombreuses langues vernaculaires (fon, peul, bariba, ditammari,...) sont également utilisées. Le Bénin a la réputation d'être l'un des pays au régime démocratique le plus stable d'Afrique et est devenu, à ce titre, un exemple sur le continent. De même, les différentes ethnies ont appris à cohabiter sans animosité, en dépit des croyances religieuses multiples. Le pays a vu sa population quadrupler en l'espace de presque soixante ans (8,078 14 millions d'habitants en 2007), la population béninoise est très jeune (âge moyen à 17,6 ans) mais bénéficie d'une faible espérance de vie à la naissance (en 2005 à 56 ans). C'est l'un des pays les plus pauvres de la planète.

Le PHANS (Projet Humanitaire Afrique Nord Sud) est une association dont l'objectif est d'apporter une aide au développement médical des pays du sud. Ce principe est à l'origine de missions médicales où les médecins du PHANS interviennent dans des dispensaires de brousse au Bénin, aux côtés des agents de santé africains dans une dynamique de compagnonnage.

La prise en charge de la malnutrition infantile, un des pôles majeurs de l'action du PHANS, est issue du dépistage d'enfants dénutris, âgés de 0 à 5 ans, lors des consultations au dispensaire. C'est le couple mère enfant qui est hospitalisé au centre de renutrition pendant une durée moyenne d'un mois (durée variable selon l'état de l'enfant). Cette stratégie, décidée en accord avec les parents, permet de suivre la prise pondérale de l'enfant tout en mobilisant cette durée d'hospitalisation pour améliorer le niveau de connaissance de la maman quant aux bonnes règles d'hygiène et de diététique. En effet, le rôle du centre ne s'arrête pas à la « récupération » des enfants dénutris mais vise surtout à éviter les rechutes chez ses enfants, d'où l'intérêt d'éduquer les mères.

Selon l'OMS, l'éducation thérapeutique du patient (et de son aidant s'il s'agit d'un enfant) est un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient. Grâce à des activités d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie et son traitement, le patient ou son aidant (ici la mère de l'enfant dénutri) est capable d'acquérir les ressources et compétences nécessaires pour trouver un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de sa maladie. Il est acteur vis-à-vis de sa maladie et acquiert une véritable capacité d'analyse de l'évolution de celle-ci. La finalité de cette éducation thérapeutique est de limiter la

progression de la maladie et éviter la survenue de complications en responsabilisant le patient ou son aidant dans la gestion de sa maladie grâce à des compétences acquises dans un programme d'éducation thérapeutique.

Cette expérience d'éducation thérapeutique permet d'enrichir nos pratiques, d'apporter un supplément de qualité de soins tout en maintenant un haut niveau d'intérêt pour notre travail.

Grandes lignes du projet expérimental :

- Action locale d'éducation thérapeutique collective développée au centre de renutrition de Banikani (Parakou)
- Animée par des médecins, des diététiciennes, des psychologues, une infirmière, une aide soignante.
- A destination des mamans d'enfants dénutris, âgés de 0 à 5 ans.

LE CENTRE DE RENUTRITION de BANIKANI à PARAKOU

Le centre de renutrition est né d'un partenariat ambitieux avec les Sœurs Esclavas del Corazón de Jesús, d'origine argentine, en janvier 2009. Les bâtiments du centre de renutrition se situent dans un quartier de Parakou (3^{ème} ville du Bénin), au Nord Est du pays, dans le département du Borgou. L'ensemble du personnel du centre est salarié par le PHANS, à savoir une infirmière, une aide soignante, un veilleur de nuit et un gardien de week-end.

Un dispensaire de brousse a vu le jour au même moment, avec les mêmes partenaires, très dynamiques et volontaires, à Bonwobérou, près de la frontière du Nigéria, dans une vallée très enclavée, désert médical, inaccessible à la saison des pluies. Le personnel du dispensaire est également salarié du PHANS, à savoir une infirmière et trois agents de santé.

Un autre partenariat tout aussi ambitieux est mis en place avec les autorités sanitaires du pays, pour la prise en charge du paludisme, du sida et de la tuberculose sur cette zone géographique. Une réflexion sur un programme de vaccinations des enfants et des adultes dans ce territoire doit être faite.

Les sœurs argentines aident au développement médical de ces populations, en intervenant dans les villages, notamment par la pesée des enfants et par leur suivi, colligé dans un carnet de santé, ainsi que par l'apport de médicaments.

Les missionnaires du PHANS, des médecins, des diététiciennes, des psychologues, interviennent de manière ponctuelle et régulière au Bénin. L'expertise de chacun est mise à contribution pour développer les structures, soutenir et former les personnels de santé du dispensaire et du centre de renutrition, évaluer les actions.

Les enfants dénutris, âgés de 0 à 5 ans, hospitalisés au centre de Banikani, sont originaires de la vallée où se situe le dispensaire de Bonwobérou. Ils ont été diagnostiqués soit lors des consultations du dispensaire, soit lors des pesées dans les villages. Les critères d'admission sont bien définis : dénutrition sévère, dénutrition modérée ou légère avec complications associées et/ou contexte socio-familial défavorable, signes cliniques de marasme ou kwashiorkor.

La définition de la dénutrition est basée sur des mesures (âge A, poids P, taille T, périmètre brachial PB, périmètre crânien PC) et les rapports P/A, T/A, P/T, PB/PC et les écarts type de la médiane d'après les courbes anthropométriques de l'OMS. C'est le couple mère enfant qui est hospitalisé, en accord avec le père, pour une durée de un mois.

Lors de l'admission du couple mère enfant au centre de renutrition, l'infirmière recueille les données suivantes: identification de l'enfant (nom, prénom, âge, sexe), vaccinations (tétanos, polio, BCG, hépatite, rougeole, diphtérie), facteurs de risques (mère dénutrie, problème d'allaitement, fratrie, nombre de décès dans la fratrie, parent décédé), pathologies associées, facteurs socio-économiques (accessibilité aux soins en km, latrines, eau potable, électricité, niveau d'éducation de la mère). Puis un examen clinique de l'enfant (mesures anthropométriques, glycémie au doigt, anémie, température, signes cliniques de marasme ou kwashiorkor, infections, co-morbidité VIH, diarrhées-vomissements, anorexie, signes de carence vitaminique) permet l'identification des signes de gravité de la dénutrition.

Un traitement systématique est mis en route : traitement antibiotique et antiparasitaire (parasites digestifs, paludisme), prévention des carences vitaminiques, correction et prévention de l'hypoglycémie (tout enfant atteint de malnutrition sévère présente un risque d'hypoglycémie, cause majeure de décès pendant les deux premiers jours du traitement), correction et prévention de l'hypothermie ou hyperthermie, traitement de la déshydratation, traitement de l'anémie, traitement diététique.

Le traitement diététique se déroule en différentes phases : phase initiale (sonde naso-gastrique si anorexie) pendant 3 à 7 jours (plus longue si kwashiorkor), suivie d'une phase de réhabilitation nutritionnelle sur une durée de 3 à 4 semaines avec diversification de l'alimentation progressive. Deux préparations F-75 et F-100, validées par l'OMS, répondent aux besoins des enfants, elles sont faciles à composer avec les ingrédients de base (lait demi écrémé en poudre, sucre, huile, minéraux et complexes vitaminiques) et se conservent au réfrigérateur 24h au plus.

Résumé des phases successives de la diversification au centre de renutrition :

J1 à J5	F-75 seul +/- allaitement maternel
J6 à J10	F-100 seul +/- allaitement maternel
J11 à J15	F-100 à 7h, 19h et la nuit + 3 bouillies à 10h, 12h et 16h
J16 à J23	2 bouillies à 10h et 16h 2 repas à 12h et 19h 2 F-100 à 7h et la nuit (1 à 2 repas nocturnes)
J24 à J30	2 repas à 12h et 19h 3 bouillies à 7h, 10h et 16h en cas de faim, faire une bouillie supplémentaire

Sauf en cas de mère infectée par le VIH, la poursuite de l'allaitement maternel doit être préconisé.

Un diagnostic éducatif est fait pour chaque mère, en individuel, le lundi qui suit l'admission au centre de renutrition. Une description de la maladie de leur enfant (signes cliniques) les complications possibles, ainsi que les facteurs de risque individuel (co-morbidité, facteurs socio-économiques) sont présentés. Puis un projet de prise en charge est élaboré, prise en charge médicale pour les enfants et prise en

charge éducative pour les mères. Les besoins éducatifs définis étant souvent communs à toutes les mères, une éducation thérapeutique est mise en place, de manière obligatoire et systématique. Un planning des séances d'éducation thérapeutique est proposé sur le mois d'hospitalisation.

Les enfants dénutris justifiant d'une prise en charge par le centre de renutrition, sont hospitalisés au fur et à mesure, en fonction du moment de diagnostic de la malnutrition. La prise en charge éducative des mères est aussi échelonnée dans le temps, elles intègrent le programme d'éducation thérapeutique, au moment de leur arrivée, en fonction du planning déjà en cours. Le rythme des séances éducatives collectives n'est pas soumis à un ordre obligatoire dans le temps. Sur les quatre semaines d'hospitalisation en moyenne, les mères auront eu l'opportunité de participer à l'ensemble des ateliers.

MISE EN PLACE D'UNE EDUCATION THERAPEUTIQUE

Objectifs :

Éviter les rechutes de la maladie « malnutrition de l'enfant ».

Pour qui ?

Pour les mères qui accompagnent les enfants dénutris de 0 à 5 ans, pendant la durée d'hospitalisation, immobilisée auprès de l'enfant hospitalisé, en absence de toute autre contrainte familiale et/ou professionnelle pendant un mois

Comment ?

- sous forme de séances collectives, inscrites dans un programme d'un mois
- renforcer par des séances individuelles à la demande de la mère ou lors un constat d'erreur ou d'insuffisance de compréhension.

L'éducation thérapeutique répondra à deux thématiques essentielles de la prise en charge de l'enfant dénutri : la prise en charge diététique, les soins et l'hygiène.



séances collectives d'éducation thérapeutique

LE PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE pour 1 mois

	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi
semaine 1	diagnostic éducatif	séances individuelles	soins 1	marché	diététique 1
semaine 2	diagnostic éducatif	séances individuelles	soins 2	marché	diététique 2
semaine 3	diagnostic éducatif	séances individuelles	diététique 3	marché	soins 3
semaine 4	diagnostic éducatif	séances individuelles		marché	

Les mères participent aux séances d'éducation thérapeutique, programmées l'après-midi d'une durée d'environ 60 minutes, de préférence pendant la sieste des enfants. La durée des séances peut être variable en fonction des besoins de traduction, le français n'étant pas parlé par toutes les mères, ce qui accroît les difficultés de communication entre l'équipe soignante et les mères, mais également entre les mères entre elles. Aucun document écrit n'est remis, la plupart des mères ne savent pas lire ou écrire.

L'éducation thérapeutique centrée sur la diététique :

Elle est présentée sous forme de plusieurs ateliers où les mères participent de façon collective. Le nombre des participantes varie, pouvant aller jusqu'à 10 personnes pour un groupe: c'est habituellement le nombre des enfants hospitalisés en moyenne dans le centre de renutrition. Elle est animée soit par l'infirmière soit par l'aide soignante qui a été formée à cet exercice.

Lors de la présence au Bénin, d'une diététicienne « du nord », cette dernière peut participer aux séances ou les observer, et surtout les évaluer afin d'améliorer les pratiques.

ATELIER n° 1 :

Objectif : les mères doivent être capables de reconnaître les différents nutriments qui composent l'alimentation des enfants et leurs rôles

A partir de la présentation d'une journée au village, on comptabilise le nombre de repas préparés et donnés à l'enfant, par qui et quand, en quelle quantité.

Il n'est pas rare que les mères s'absentent pour la journée, car elles participent aux travaux des champs, les parents étant pour la majorité des cultivateurs. L'allaitement n'est pas possible dans la journée. Les enfants plus âgés, 5-6 ans, s'occupent des plus petits. Les plus âgés vont à l'école ou aident les parents dans les champs.

Une explication de la maladie de l'enfant est initiée à partir de ce constat. La malnutrition aiguë sévère est une affection causée par un important déséquilibre

ATELIER DIETETIQUE n°2

Objectif : La mère doit être capable de préparer la bouillie enrichie et savoir acheter les ingrédients nécessaires à sa préparation.

Un « tour de table » permet de connaître les pratiques des mères pour préparer une bouillie. Une évaluation des quantités et des différents ingrédients permettra d'établir les valeurs nutritives de bouillies données, et relèvera les insuffisances constatées tant sur le plan quantitatif et qualitatif.

La bouillie enrichie est introduite dès le 11^{ème} jour du traitement diététique de l'enfant, il est donc essentiel pour les mères de savoir la préparer. Au retour à domicile, les repas diversifiés et bouillies pris en quantités suffisantes doivent être poursuivis.

Composition de bouillie enrichie :

Ingrédients :	Farine enrichie	45g	soit 4 cuillers à soupe
	Lait	25g	soit 3 cuillers à soupe
	Huile	10g	soit 1 cuiller à soupe
	Eau	300ml	1 petit pot

On utilise des pictogrammes pour illustrer la préparation de la bouillie enrichie.



Avec les différents aliments, qui auront été achetés le jour du marché, les mères préparent dans un premier temps la farine enrichie.

Recette de la farine enrichie : 3 mesures de maïs + 1 mesure de soja + 1/3 de riz + 1/3 d'arachides (cacahuètes). Trier, laver et sécher les grains. Puis les griller. Les porter au moulin pour les moudre.

Puis au retour du moulin, la farine est additionnée aux autres ingrédients pour obtenir la bouillie enrichie. L'aide soignante les accompagne dans cette activité.

Lors d'une cession de renutrition, des mères décidèrent de créer une chanson avec pour paroles la préparation de la bouillie enrichie. Depuis cette chanson se transmet à chaque nouvel atelier, agrémentée par des danses. Le chant et la danse restent un moment de partage et de joie, où chacune peut participer selon son envie.

ATELIER DIETETIQUE n° 3

Objectif : être capable de faire un repas



exemple de jeu

On valide les acquis de l'atelier n° 1 en commençant par un jeu : on pose 3 aliments sur un plateau et on demande de trouver l'intrus ; il faut le nommer, le classer dans une famille de nutriments et dire pourquoi il est l'intrus (c'est à dire nommer les autres aliments ainsi que la famille de nutriment)

MENU POUR LA SEMAINE	
LUNDI → PESEE	
- MIDI : pâtes avec sauce légumes + poisson ou viande	
- SOIR : pâte avec sauce légumes + poisson ou viande	
MARDI	
- MIDI : haricots + riz (atassi) + œufs	
- SOIR : pâte avec sauce légumes + poisson	
MERCREDI → MENAGE	
- MIDI : pâte avec sauce sésame + poisson	
- SOIR : pâte avec sauce sésame + poisson	
JEUDI	
- MIDI : riz + œufs	
- SOIR : riz avec sauce	
VENDREDI → PESEE	
- MIDI : haricots	
- SOIR : pâte ou akassa avec sauce	
SAMEDI	
- MIDI : ragout d'igname avec sauce + viande	
- SOIR : pâte ou akassa avec sauce	
DIMANCHE	
- MIDI : macaroni, spaghetti ou riz avec sauce	
- SOIR : macaroni, spaghetti ou riz avec sauce	

menu pour une semaine (pour mémoire, de J16 à J30 : 2 repas par jour à 12h et 19h)

On donne plusieurs aliments issus de la cuisine du centre de renutrition et on essaie de composer des repas équilibrés, nécessaires pour une journée, pour un enfant. Cet exercice peut aboutir à la construction d'un menu pour la semaine. Les mères participent ensuite à la préparation du repas des enfants. Elles aident l'infirmière ou l'aide soignante dans cette tâche.

L'éducation thérapeutique centrée sur les soins :

ATELIER SOINS n° 1 :

Objectif : savoir reconnaître les signes de malnutrition

Cet exercice est dirigé soit par l'infirmière du centre de renutrition soit par « le médecin blanc » quand un médecin du PHANS est présent au Bénin. Il est présenté, sous forme collective, avec toutes les mères accompagnées de leur enfant. Chaque mère doit reconnaître la forme clinique de la malnutrition dont souffre son enfant. La possibilité de reconnaître les signes cliniques est facilitée par la présence des enfants lors de cet atelier, ou à partir de la photographie de l'enfant faite à son admission (photo numérique montrée sur un ordinateur). Une deuxième photo sera faite à la sortie de l'enfant, permettant de montrer la transformation de l'enfant au cours du séjour. Les photos seront conservées dans le dossier de l'enfant.

Signes cliniques de la malnutrition :

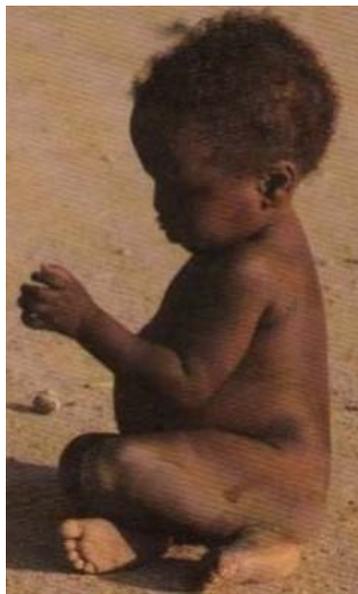
signes	marasme	kwashiokor
physiques	Fonte musculaire Disparition de la graisse sous-cutanée Absence de lésions cutanées Perte d'appétit	Oedèmes bilatéraux des membres inférieurs Œdème de la face (forme grave) Lésions cutanées Troubles de la pigmentation Cheveux décolorés et cassants Perte d'appétit
psychiques	Enfant éveillé et irritable	Enfant apathique

Le marasme est la forme la plus commune de malnutrition grave. L'enfant semble n'avoir que la peau et les os. La fonte musculaire est évidente, la graisse sous-cutanée a disparu. Le kwashiokor est moins fréquent et s'observe surtout chez les jeunes enfants dont l'alimentation est particulièrement déficiente en protéines.

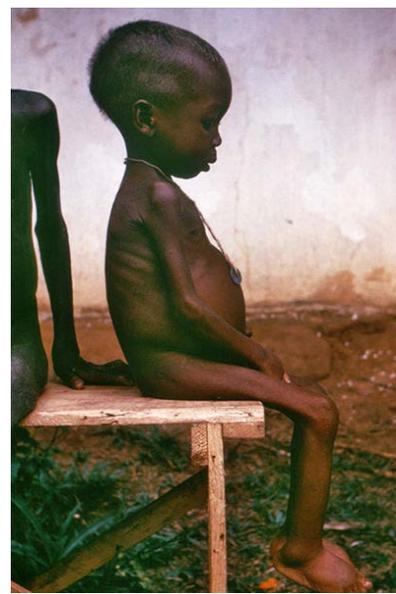
L'enfant est infiltré d'oedèmes au niveau des jambes, le visage est bouffi, la peau craquelée. L'enfant est apathique, réagissant peu à ce qui se passe autour de lui. En pratique, dans les centres de récupération nutritionnelle ou centre de renutrition on rencontre beaucoup plus de formes intermédiaires qui empruntent à la fois au tableau du marasme et à celui du kwashiorkor. Cette forme intermédiaire marasme-kwashiorkor présente une fonte musculaire importante avec oedèmes des extrémités mains et pieds.



marasme



kwashiorkor



marasme et kwashiorkor

ATELIER SOINS n° 2

Objectif : être capable de reconnaître tout symptôme pouvant être à l'origine d'une déshydratation de l'enfant :

- reconnaître une fièvre et conduite à tenir avant la consultation
- face à une diarrhée, être capable de réhydrater l'enfant

La malnutrition résulte de l'interaction de plusieurs facteurs parmi lesquels une alimentation insuffisante mais aussi des infections répétées (diarrhée, infections respiratoires, rougeole). Ces infections créent un état de malnutrition car ils augmentent les besoins de l'enfant (fièvre) et diminuent l'absorption digestive des nutriments (diarrhée). Il faut se rappeler qu'en moyenne un enfant, né dans un pays en voie de développement, fait 3 épisodes de fièvre ou de diarrhée chaque mois au cours de ses deux premières années. A chacun de ses épisodes infectieux il perd l'appétit et réduit sa prise alimentaire, qui en temps normal est déjà insuffisante. Si rien n'est fait pour stopper cette dégradation, le marasme ou le kwashiorkor apparaissent

Selon les mères, comment savent elles quand l'enfant a de la fièvre ?
L'utilisation d'un métaplan permet de colliger les réponses, dont on fait la synthèse.

Idéalement il faudrait pouvoir mesurer la température avec un thermomètre, en pratique quotidienne la température est souvent évaluée « au jugé » par les parents (main de la maman sur le front de l'enfant...), mais cette méthode empirique est fautive dans près de 50%. L'enfant a alors « le corps chaud ». Dans les villages africains les parents n'ont pas de thermomètre à leur disposition (mercure dangereux, problème de changement des piles). Les méthodes de lutte contre la fièvre sont physiques et/ou médicamenteuses.

Avant de parler des moyens de lutte contre la fièvre, il faut se poser la question de la nécessité absolue ou non de faire baisser la température en cas de fièvre. Celle-ci est en effet la réponse physiologique à un état infectieux et il vaut mieux traiter, dans la mesure du possible, la cause que la conséquence. S'acharner à avoir une normothermie n'a pas de sens, ce d'autant plus que l'enfant est souriant et joueur. Quelques idées fausses sont à discuter : fièvre = antibiotiques, fièvre liée à la poussée dentaire, plus l'enfant est fébrile plus il est malade, mon enfant a de la fièvre donc il a froid et il faut le couvrir.

Le bain est une recommandation quasi rituelle, l'efficacité est très modeste, son effet cesse dès la sortie du bain. Les enveloppements humides ont un effet plus prolongé. Les boissons ne participent pas à la perte de chaleur, mais elles sont nécessaires pour maintenir un état d'hydratation suffisant. L'infirmière du centre de renutrition explique comment donner le bain ou comment faire un enveloppement humide en accompagnant ses dires par des gestes pratiques et simples. Puis vient le tour des mamans de pratiquer un enveloppement humide.

Les médicaments antipyrétiques utilisés sont le paracétamol, l'ibuprofène, l'acide acétylsalicylique. La voie orale doit être préférée dans toute la mesure du possible en raison d'une absorption plus rapide (pic plasmatique en 20 minutes pour le paracétamol, 1 heure pour l'ibuprofène) et moins aléatoire que la voie rectale, par ailleurs incompatible en cas de diarrhées. Il est préférable d'utiliser une monothérapie plutôt qu'une bithérapie, il n'y a pas de raison de procéder à une alternance entre 2 médicaments. Utilisé à posologie adéquate chacun des médicaments a une efficacité similaire. Ce n'est qu'en cas d'échec thérapeutique, à savoir absence de diminution de la fièvre 1 à 2 heures après la prise du premier antipyrétique, qu'il est licite d'administrer un deuxième médicament en « secours ». Le choix de l'antipyrétique utilisé en première intention est libre mais le paracétamol est cependant le médicament le mieux toléré. L'infirmière demande alors aux mères comment on prépare les médicaments et quelle posologie, selon la forme galénique présente chez les parents (comprimés de paracétamol adaptés aux enfants que l'on écrase et qu'on mélange à un peu d'eau propre, sachets de paracétamol ou d'aspirine mélangé à de l'eau propre, forme buvable pipette-dose en fonction du poids de l'enfant pour le paracétamol et l'ibuprofène) et comment on l'administre aux enfants. La discussion se fait par un échange des pratiques et habitudes de chacune.

La fièvre n'est pas une maladie mais un symptôme, il s'agit d'une réponse normale à une infection. Le recours à la consultation médicale est nécessaire au diagnostic de la maladie et à sa prise en charge. Les situations fébriles peuvent justifier soit d'une consultation immédiate (âge < 3 mois, fièvre > 40°, enfant plaintif avec geignement, enfant prostré et amorphe, pleurs continus avec enfant non consolable, raideur de

nuque, tache purpurique, convulsion fébrile, difficultés respiratoires) soit d'une consultation dans les 24h (signes digestifs vomissements-diarrhées, signes fonctionnels urinaires, éruption cutanée, otalgie).

L'utilisation de « la mise en situation » permet d'aborder le sujet des diarrhées : un jeu de rôle où une mère nous apprend que son enfant fait de la diarrhée et raconte comment elle peut gérer seule la situation. Une autre mère joue le rôle de sa voisine et explique pourquoi elle préfère emmener son enfant au dispensaire pour le faire examiner par le docteur.

Puis on analyse le comportement de chacune, on commente les décisions.

Il en résulte les deux consignes suivantes :

- Un épisode de diarrhées, avec ou sans fièvre, doit être pris en charge car il entraîne rapidement un état de déshydratation, que l'enfant soit dénutri ou non. La mère doit consulter au dispensaire car selon la cause de la diarrhée, des traitements spécifiques sont à instaurer (vermifuges, antibiotiques, antipaludéens,...).
- Simultanément une réhydratation est commencée. Il faut favoriser la réhydratation orale, à la cuillère ou à la seringue, par petites quantités régulières.

Le soluté de réhydratation adapté à l'enfant dénutri est le ReSoMal* : il peut être obtenu à partir du SRO conditionné sous forme de sachet (Orasel* de l'OMS), à teneur moindre en sel et plus élevée en potassium. Le SRO n'est pas adapté à l'enfant dénutri.

ReSoMal* « artisanal » = 1l d'eau + 8 morceaux de sucre (40g) + ½ cuillère à café (ou une capsule de soda) de sel + 3,2g de CMV « Nutriset* » (ou 2g de chlorure de potassium)

ReSoMal* = ½ sachet d'Orasel* + 1l d'eau + 4 morceaux de sucre (20g) + 3,2g de CMV « Nutriset* » (ou 2g de chlorure de potassium)

L'infirmière ou l'aide soignante apprend aux mères comment obtenir le ReSoMal* et donne les modalités de la réhydratation (quantité à donner, rythme et horaire des prises). La réhydratation se poursuit en association avec l'allaitement maternel ou l'alimentation tant que la diarrhée persiste. Elle s'arrête dès la reprise de la diurèse, l'arrêt de la diarrhée, la disparition de la soif.

ATELIER SOINS n° 3

Objectif : être capable d'avoir une bonne hygiène corporelle, favoriser la propreté de sa maison et de son environnement proche

L'hygiène alimentaire, l'hygiène corporelle des adultes et des enfants, l'entretien de la maison et de son environnement proche, sont successivement abordés. L'objectif est de supprimer le maximum de sources possibles d'infection, car on sait que l'enfant dénutri est fragile et ne peut pas se défendre efficacement contre les infections.

Différentes situations, sous forme d'illustrations de différentes scènes de la vie quotidienne, sont présentées aux mères.

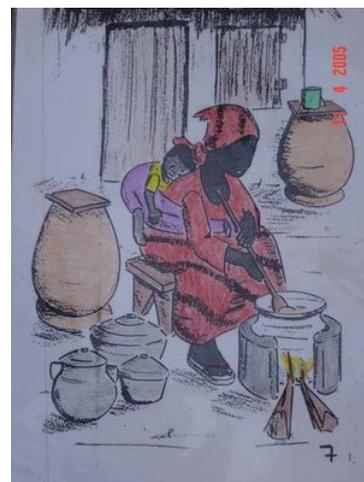
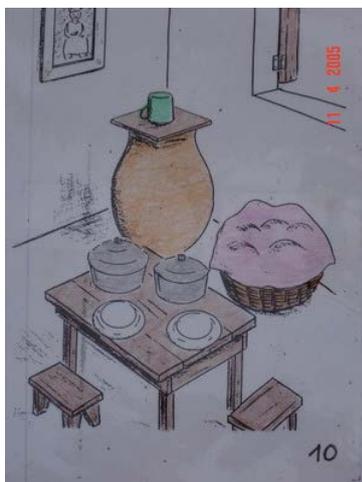
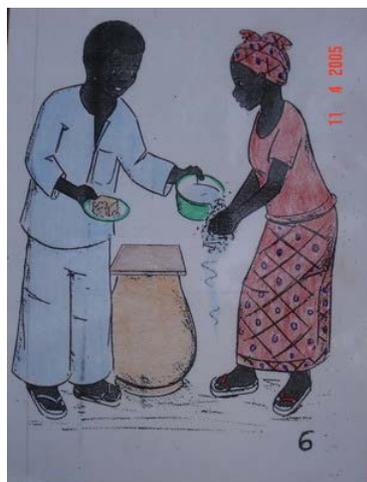
On utilise la méthode du vrai ou faux.

Exemples : Il faut se laver les mains avant de manger.

Il faut recouvrir les plats contenant la nourriture.

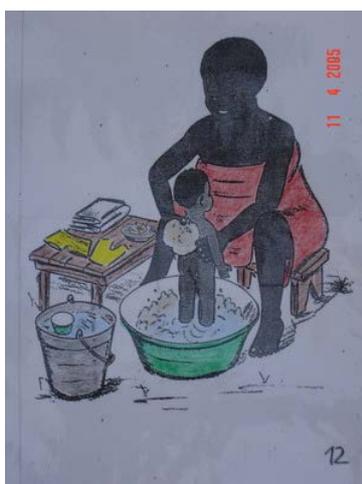
Il ne faut pas cuire les aliments avant de les manger.

La réponse est commentée par le groupe des mamans : pourquoi faut-il se laver les mains avant de manger ?



Un échange entre les mères sur les pratiques et les croyances permet de comprendre comment les infections peuvent se déclarer et se propager, quelles sont les difficultés à avoir de l'eau propre au village, comment peut-on conserver les aliments .

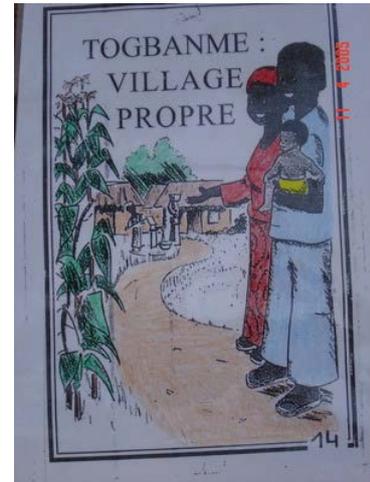
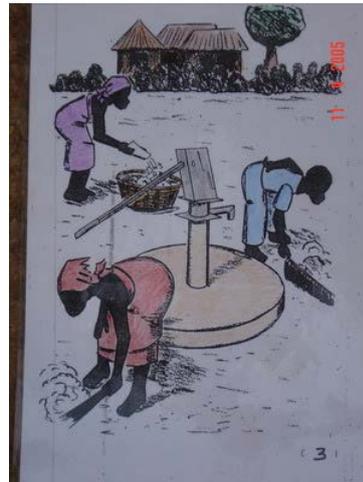
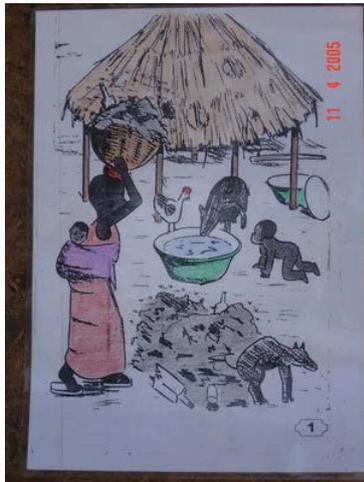
Bien entendu toutes ces informations sont valables pour l'ensemble de la famille, pour l'ensemble des villageois, même en absence d'enfant dénutri, car les infections peuvent atteindre toutes les personnes



L'hygiène corporelle et la lessive sont abordées par la même méthode. Par exemple on parlera de la gale et de sa transmission, notamment entre la mère et l'enfant lors de l'allaitement, par contact direct et rapproché, en absence d'hygiène corporelle.

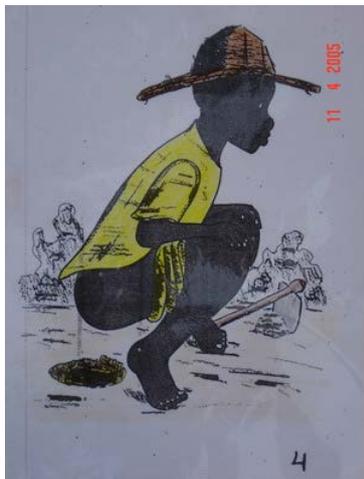
Le respect de la propreté du village et de l'environnement proche est également un élément essentiel quand on parle d'hygiène et des moyens simples mis à disposition

pour éliminer plusieurs sources de contamination infectieuse. Ces moyens sont recherchés, énumérés, expliqués et illustrés.



Dans le village, les animaux se promènent en toute liberté, les enfants évoluent au milieu d'eux. La transmission de certaines maladies animales à l'enfant est possible, par les parasites des animaux (puces) par exemple.

La transmission de maladies par les selles humaines ou animales est réelle (nématodoses, amibiase,...) d'où l'importance donnée aux explications sur le lieu de défécation par exemple, il n'existe pas le « tout à l'égout »



Déroulement du programme d'éducation thérapeutique :

Lorsqu'un enfant dénutri est diagnostiqué, après accord des parents, le couple mère enfant est amené au centre de renutrition, par les sœurs, du mardi au vendredi, en fin de journée, au retour de la tournée de la pesée dans les villages et lors du passage au dispensaire de Bonwobérou (2x par semaine, mardi et vendredi). Il n'y a pas d'admission au centre de renutrition ni le samedi ni le dimanche, jours dédiés à la pratique religieuse des sœurs, ni le lundi journée de repos.

Le lundi reste le jour où le diagnostic éducatif est fait, quelque soit le jour d'arrivée dans la semaine du couple mère enfant au centre de Banikani. Les mères intègrent le programme d'éducation, élaboré sur un mois, en fonction du jour de leur arrivée dans le mois. Les séances d'éducation thérapeutique ne relèvent pas d'un ordre particulier, elles ne sont pas dépendantes les unes des autres, exceptée la séance de diététique 1, pré requis nécessaire à la séance diététique 3. Cette séance peut être dispensée de façon individuelle, pour une mère arrivée dans le délai entre les séances diététiques 1 et 3. Il ne faut pas prévoir des séances éducatives le jeudi, car c'est le jour du marché.

Les mardis sont consacrés aux séances individuelles : le rattrapage de la séance diététique 1, une demande particulière des mères, un soutien personnalisé en fonction des problématiques individuelles de l'enfant ou de la mère, lors d'un constat de difficulté de la mère observé par l'équipe soignante.

EVALUATION DU PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE

L'évaluation fait partie intégrante de l'éducation thérapeutique, elle incite à apprendre et permet de réguler le processus pédagogique.

L'évaluation des résultats de l'éducation thérapeutique peut s'organiser à plusieurs niveaux :

- réponse aux attentes des participants : les données médicales ont évolué favorablement, la qualité de vie s'est améliorée
- les acquisitions : les connaissances de patients ont progressé (savoir, cognitif)
- les comportements de soins se sont améliorés (savoir faire et savoir être) : l'utilisation effective de ces acquisitions (retour à domicile),
- effets indirects sur les personnes.

Au-delà de l'évaluation des résultats, il peut être opportun de mettre en place une analyse et un ajustement de la stratégie de formation, permettant de l'améliorer.

Evaluation des résultats :

La surveillance du poids de l'enfant

L'évaluation des données médicales pose peu de problème : paramètres cliniques, biologiques. Il faut éviter l'erreur de ne fonder l'évaluation que sur des paramètres de santé. A la sortie du centre de renutrition, l'enfant n'est pas « lâché dans la nature ». Une surveillance régulière du poids de l'enfant doit être faite soit par la pesée mensuelle dans le village, soit par rendez-vous régulier au dispensaire. La date et le poids sont inscrits dans le carnet de santé de l'enfant à chaque pesée.

A chaque consultation au dispensaire d'un enfant ayant été hospitalisé au centre de renutrition, quelque soit le motif de la consultation, une synthèse sur la prise de poids et la surveillance alimentaire doit être faite.

Tout constat de non prise de poids ou de baisse de poids doit faire l'objet d'une enquête, par l'interrogatoire des parents, à la recherche d'un épisode de fièvre ou de

diarrhée, d'une perte de l'appétit. L'évaluation de l'adhésion au traitement faite intuitivement par les soignants peut être fautive : lorsque les résultats médicaux n'atteignent pas l'objectif fixé, l'adhésion au traitement est facilement jugée mauvaise sans tenir compte des autres facteurs susceptibles d'expliquer la situation tels que la pathologie surajoutée. Il faut également s'assurer de la sécurité alimentaire des ménages (période de famine, difficultés financières des parents, saison des cultures,...). Une reprise de séance d'éducation thérapeutique individualisée peut être réalisée (objectif de réajustement) si on constate une insuffisance de compétence.

La surveillance de suivi du poids est difficile à mettre en place, les populations sont très mobiles dans cette zone géographique, ce sont souvent des migrants venus d'autres régions du Bénin, ou des nomades avec des campements provisoires. Les perdus de vue sont nombreux. Un échappement temporaire au suivi du poids doit être exploré, afin de déterminer si les causes de cette rupture de surveillance peuvent être encadrées dans une nouvelle séance d'éducation thérapeutique.

Les échecs sont très mal vécus : il peut s'agir d'une rechute de la malnutrition avec des complications plus ou moins sévères jusqu'au décès de l'enfant, de séquelles neurologiques, motrices ou psychiques.

Utilisation des acquisitions :

L'évaluation de l'utilisation des compétences est obtenue soit par l'observation directe, soit par des entretiens, c'est une enquête qui recueille des faits et aussi des éléments concernant les obstacles rencontrés.

Le jeu est un outil doublement intéressant : il permet d'améliorer l'assimilation au cours de l'apprentissage et d'évaluer des acquis (les nouveaux savoirs, les savoir faire acquis par les mères) De plus il est indéniable qu'il a un effet bénéfique sur l'humeur de la maman, et donc de l'enfant.



Ce jeu est construit à la façon d'un jeu de l'oie classique, il se joue à plusieurs personnes. Le dé jeté fait avancer un pion et le renvoie à cinq types de cases :

- les blanches = alimentation : on cite un aliment, on le classe dans sa famille de nutriments et on nomme au moins un autre aliment de la même famille
- les jaunes = soins médicaux : on nomme un soin, on le définit, on le classe en soin de prévention ou traitement des enfants dénutris
- les roses = hygiène : on décrit une activité d'hygiène corporelle ou d'environnement, utilisée dans un but de prévention
- les cases noires « joker » : on impose un thème à un autre participant du jeu et s'il ne peut pas répondre ou s'il se trompe, il retourne à la case départ.
- Les vertes = permet de relancer le dé.

Un autre moyen d'observation directe, lors de l'hospitalisation des enfants, est de repérer les comportements des mères lors de la survenue d'évènements médicaux : par exemple le signalement par la mère de la survenue d'une fièvre la nuit ou d'un épisode de diarrhées ou vomissements, ainsi que les moyens qu'elle propose pour gérer la situation, relèvent de l'acquis des compétences. Il est nécessaire de souligner l'importance de la dimension relationnelle mère enfant dans l'étiologie et la prise en charge de la malnutrition infantile : l'attachement, lien affectif puissant qui unit la mère et l'enfant, peut être observable par les divers entretiens des mères avec les psychologues du PHANS, ou l'infirmière, ou avec les sœurs. Ce lien peut se traduire à degré variable, de la surprotection de l'enfant au manque d'intérêt pour l'enfant jusqu'à l'évitement. Il faut repérer précocement les interactions à risques, renforcer la sécurité de la relation d'attachement mère enfant. Il faut encourager l'expression des représentations, des inquiétudes et des attentes concernant l'enfant et diminuer l'isolement social de la mère.

Effets indirects : Les « femmes leader » :

Lorsqu'une mère a participé au programme d'éducation thérapeutique au centre de renutrition, elle est sensibilisée au problème de la malnutrition. Il arrive parfois, qu'au retour dans son village, elle aide au dépistage des autres enfants dénutris. Elle nous adresse au dispensaire des parents qui viennent consulter avec leur enfant, pour perte de poids. Ce n'est pas uniquement un symptôme (fièvre, diarrhées, toux) qui motive la consultation.

Lorsqu'une mère est très investie dans la malnutrition, on arrive quelque fois à créer des groupes de parole, avec les femmes du village où sont abordés quelques sujets (la fièvre, la diarrhée, l'hygiène). Cela reste cependant très exceptionnel.

Evaluation des stratégies de formation

La mise en place d'une démarche qualité peut y contribuer par une évaluation externe ou interne (mais il faut se faire aider) : évaluation des moyens et des processus mis en œuvre, ressources mobilisées, pertinence des techniques pédagogiques confrontés à des données internes ou à un référentiel extérieur.

CONCLUSION

La prise en charge de la malnutrition infantile au Bénin, Afrique, est une des missions prioritaire du PHANS, association humanitaire du Nord. La création de dispensaire et de centre de renutrition contribue à augmenter les possibilités de la lutte contre ce fléau. L'éducation thérapeutique, intégrée dans les soins et centrée sur l'enfant, permet aux mères d'acquérir les compétences nécessaires pour devenir actrices vis-à-vis de la malnutrition.

Dispensée dans un programme sur un mois, sous forme d'ateliers collectifs et individuels, l'éducation thérapeutique est dédiée à deux points essentiels de la prise en charge de l'enfant dénutri, l'alimentation et les soins médicaux et d'hygiène. La meilleure connaissance des causes de la malnutrition et des facteurs de risque associés, la modification des comportements des mères permettent de diminuer les rechutes et les complications de la dénutrition. La continuité de l'éducation thérapeutique, la possibilité des séances de réajustement renforcent cette prise en charge dans le temps.

L'évaluation de l'éducation thérapeutique est faite par les différents acteurs du programme (les enfants, les mères, les soignants). L'évaluation des résultats et l'utilisation des acquisitions assurent l'amélioration de la prise en charge éducative. Une démarche qualité devra être mise en place, par une évaluation de préférence extérieure au centre de renutrition.

BIBLIOGRAPHIE

- **Education thérapeutique, prévention et maladies chroniques**
Dominique Simon, Pierre-Yves Traynard, François Bourdillon, André Grimaldi
Editions Masson abrégés 2007 ISBN : 978-2-294-02129-9
- **L'éducation thérapeutique des patients, nouvelles approches de la maladie chronique**
Anne Lacroix, Jean-Philippe Assal
Editions Maloine 2003 ISBN : 978-2-224-02794-0
- **Guide pratique du formateur, concevoir animer évaluer une formation**
Didier Noyé, Jacques Pivetau
Editions INSEP Consulting ISBN : 978-2-914006-83-5
- **Recommandations de HAS : l'éducation thérapeutique du patient**
Juin 2007
www.has-santé.fr
- **PHANS : Protocoles de renutrition malnutrition sévère**
Julie Bergeron, Martine Bruno, Frédéric Chagué
2006, modifié en janvier 2009
- **L'influence de la relation mère enfant sur la dénutrition sévère**
Marie Jenny
Communication PHANS, juillet 2007
www.phans.asso.fr
- **Nutrition et ethnographie alimentaire dans un pays en voie de développement : le Bénin**
Aline Rebeyrol, Céline Renaud
Juin 2008