

PRENDRE EN COMPTE LA SANTE MENTALE A ACF :

Humaniser les programmes

en intégrant les dimensions anthropologiques et psychologiques

dans la lutte contre la faim

Table des matières

Première partie : Historique et argumentaire du projet santé mentale à ACF

Préambule

- I. Qu'est-ce que la santé mentale ?
- II. Pourquoi la santé mentale à ACF ?
- III. La santé mentale à ACF : une approche intégrée aux différents programmes
- IV. Pour quels bénéficiaires ?

Seconde partie : Comment prendre en compte la santé mentale à ACF ?

I. Pour tous les programmes

1. Améliorer notre connaissance de l'environnement socio-culturel et respecter les personnes dans leur globalité
 - 1.1. Améliorer notre compréhension de la culture locale
 - 1.2. L'exemple des représentations africaines de la malnutrition
 - 1.3. Adapter nos discours soignants et éducatifs aux représentations culturelles et sociales
2. Former à la rencontre avec l'autre
3. Utiliser des méthodes participatives
4. Renforcer nos partenariats
 - 4.1. Favoriser les échanges théorico-pratiques
 - 4.2. Développer les formations
 - 4.3. Mise en place et dynamisation d'un système de co-références
 - 4.4. Solliciter des demandes d'interventions spécialisées en soins psychologiques
 - 4.5. Construire des programmes conjoints inter-ONG

II. Avec les équipes nationales

III. Un nouveau regard sur la nutrition et la malnutrition : au-delà de l'aspect technique

1. Dépasser la dichotomie corps/esprit pour améliorer la lutte contre la faim
2. Définir une approche plus globale de la nutrition
 - 2.1. Nourrir un enfant
 - 2.2. Se nourrir : l'enfant plus âgé et l'adulte
 - 2.3. La faim
3. Comprendre l'impact des aspects psychologiques dans le déclenchement et/ou l'aggravation de la malnutrition
 - 3.1. Chez l'enfant
 - 3.1.1. En tant que facteur de risque dans les malnutritions chroniques et aiguës
 - dans les situations chroniques
 - dans les situations d'urgence
 - 3.1.2. En tant que conséquence immédiate de la malnutrition aigue
 - les symptômes comportementaux de la malnutrition

- l'impact de la douleur et de l'affaiblissement général de l'enfant
- 3.1.3. En tant que conséquence à moyen et long terme sur le développement intellectuel
- 3.2. Chez l'enfant plus âgé et l'adulte
- 3.3. Pour un traitement plus global de la malnutrition dans les CNT

IV. Les activités à mettre en œuvre pour intégrer les dimensions culturelles et psychologiques dans les Centres Nutritionnels Thérapeutiques

1. Améliorer l'aménagement du CNT
2. Adapter notre accompagnement des bénéficiaires en fonction des phases
 - 2.1. En situation chronique
 - 2.2. En situation d'urgence
3. Personnaliser les relations
4. Mise en place de repères et de routine dans le CNT
5. Prendre en compte l'aspect traumatisant de l'histoire des bénéficiaires et de leur situation actuelle
6. Utiliser l'écoute active
7. Valoriser la relation mère/enfant
8. Mise en place d'activités pour les enfants
9. Développer des espaces de convivialité
10. Animer des séances d'éducation à l'hygiène et à la nutrition

Première partie

Historique et argumentaire du projet « santé mentale » à ACF

Préambule

Dans cet argumentaire, j'ai pris le parti de lier bénéficiaire (entendu ici en tant qu'adulte dénutri ou couple accompagnant-enfant malnutri) et staff national au niveau des besoins en santé mentale. En effet, le personnel est à la fois habitant ou réfugié ou déplacé de la région dans laquelle nous intervenons et à ce titre, peut avoir également vécu ou été témoins d'exactions et être traumatisé, subir une politique coercitive et vivre dans l'extrême pauvreté. Dans le même temps, ils font partie d'ACF et ne sont pas des bénéficiaires comme les autres.

Ils occupent donc une place d'entre-deux, pas toujours facile à appréhender. J'ai choisi de les intégrer à la population des bénéficiaires car leurs besoins au niveau de la santé mentale se rapproche de celles des bénéficiaires ; en revanche, il est évident que les réponses que nous pouvons leur offrir sont différentes du fait de leur engagement professionnel au sein d'ACF. En ce qui concerne la santé mentale des expatriés, ce sont les ressources humaines qui en ont la charge.

I. Qu'est-ce que la santé mentale ?

La santé mentale recouvre des réalités différentes qui se juxtaposent : problème perturbant l'équilibre social à gérer pour les pouvoirs publics, troubles pathologiques à soigner pour les psychiatres, souffrance psychique à soulager pour les professionnels de la santé ou du social.

J'ai choisi de me référer à une conception large de la santé mentale liée à la santé publique et proposée par l'OMS : *état de bien-être mental* et non seulement l'absence de maladies mentales ou de conduites addictives (drogues, alcool...). A ce titre, elle concerne tous les êtres humains et fait partie intégrante de leur santé, déterminée par des facteurs sociaux, environnementaux, biologiques et psychologiques.

Le terme « santé mentale » n'est peut-être pas le plus approprié et peut en effrayer quelques-uns mais je n'ai pas trouvé aucune expression adéquate. D'ailleurs, comme vous le verrez, le champ que je couvre est plus étendu que celui de la santé mentale à proprement parler : *il s'agit de l'intégration des dimensions humaines, psychologiques et culturelles dans les programmes ACF.*

II. Pourquoi réfléchir à la dimension santé mentale à ACF ?

Un ensemble de raisons ont convergé vers la question de la prise en charge des bénéficiaires traumatisés : des interrogations du terrain sur les limites de notre approche, la volonté du siège d'améliorer la qualité de nos services, l'expérience des programmes psycho-sociaux menés par différentes ONG en Europe de l'Est, un questionnement éthique sur les besoins des bénéficiaires au niveau psychologique.

L'idée d'un projet-pilote a germé avec pour objectif de définir des propositions sur la prise en compte de la santé mentale dans les programmes d'ACF en s'appuyant notamment sur les éléments suivants :

- Les situations dans lesquelles intervient ACF sont souvent des situations de crises, de déstructuration sociale et/ou de violences politiques et/ou physiques, qui ont

nécessairement un impact sur la santé mentale des bénéficiaires, des équipes nationales et des expatriés, ne serait-ce que par le bouleversement de la vie habituelle et la perte des repères qu'elle entraîne. Comment ACF peut-elle tenir compte de cet aspect dans son travail au quotidien ?

- Les bénéficiaires ont souvent vécu ou été témoins d'exactions, de violences physiques et/ou sociales, ont dû abandonner leur maison et leurs terres, ne savent pas ce que sont devenus certains de leurs proches... Face à cette souffrance psychique, quelles réponses ACF peut-elle apporter ? Comment peut-elle encore améliorer les services qu'elle propose tant dans l'urgence que dans la post-urgence ou les situations plus chroniques ?
- Comment éviter notamment que le passage dans les centres de nutrition n'aie un effet traumatisant supplémentaire pour des personnes déjà très vulnérables ?
- Comment essayer de prévenir les effets psychiques à moyen et long terme des traumatismes subis ?

III. La santé mentale à ACF : une approche intégrée aux programmes

Dans le contexte humanitaire, nous pouvons appréhender la santé mentale sous deux angles complémentaires :

- **une approche verticale** : mise en place de programmes psycho-sociaux¹ sur le terrain menés par des professionnels (psychologues et psychiatres) et supervisés au siège par un département spécifique. Cette approche existe depuis une dizaine d'années (cf. la présentation au Comité Scientifique de Philippe Leborgne, juin 2000 en annexe 1) et a surtout été mise en place sur des missions en Europe de l'Est, sans doute facilitée par la proximité culturelle et l'existence de professionnels locaux de la santé mentale. Elle travaille sur le moyen et le long terme et favorise, par la mise en place de soutien psychologique auprès des personnes traumatisées ou vulnérables, leur restauration psychique et leur capacité à faire des choix. Peu d'expériences de ce type ont été menées sur d'autres continents si ce n'est au Rwanda et plus ponctuellement en Sierra Léone.

On trouve quelques données sur ces questions, essentiellement écrites par des superviseurs d'équipes sur le terrain mais peu d'éléments très concrets. Malgré tout l'intérêt de ce travail clinique, on peut regretter l'absence d'évaluation précise des programmes psycho-sociaux qui s'explique par des raisons intrinsèques : la santé mentale est difficile à évaluer (critères autant subjectifs qu'objectifs, problème éthique concernant le groupe contrôle – groupe auquel on donne un placebo ou qui ne suit pas de traitement) mais aussi par des raisons liées aux contextes : quelles grilles diagnostiques, quels processus thérapeutiques sont pertinents hors occident, quelles intrications existent entre le social et le psychique (répercussions psychiques de violences collectives par exemple), d'autant plus difficiles à appréhender dans des cultures qui nous sont étrangères ?

- **une approche transversale** : prise en compte (à défaut de prise en charge directe) des souffrances psychiques des bénéficiaires et de leur histoire collective et individuelle dans les programmes déjà existants. Au cours de la dernière décennie, la technicité, la

¹ Les programmes psychosociaux sont des programmes prenant en compte tant les aspects psychiques que les aspects sociaux en raison de leur forte interaction dans les problématiques traitées : enfants des rues, personnes traumatisées, enfants ex-soldats...

professionnalisation, la demande d'efficacité ont pris le pas sur un modèle moins sophistiqué mais peut-être plus humain, basé aussi sur la rencontre avec l'autre. Réintégrer cette dimension plus humaine au sein des programmes existants, développer une assistance plus respectueuse des communautés et des individus me semblent à ce titre, répondre à une exigence éthique mais aussi ouvrir un champ de réflexions et de pratiques innovant.

Dans un premier temps, l'approche transversale correspond le mieux à l'histoire, aux motivations et aux capacités actuelles d'ACF et constitue la base pour d'éventuels développements ultérieurs. Prendre en compte l'individu de façon plus globale, dépasser la dichotomie corps/esprit, favoriser l'émergence de la parole, être à l'écoute de la souffrance psychique dans nos programmes inaugurent une nouvelle perspective et seraient l'assurance de services de qualité.

Pour se sentir bien et reprendre confiance en soi et en l'avenir, chacun a besoin d'être reconnu en tant qu'individu à part entière dans la pluralité de ses identités (familiale, culturelle, sociale, professionnelle....) et d'être traité avec dignité. Parfois, dans l'urgence, l'ampleur de la catastrophe humaine peut pousser à l'action avec l'utilisation de programmes systématisés mais qui ne tiennent pas suffisamment compte de la réalité humaine des bénéficiaires pour lesquels ils sont construits. On peut penser que si l'ensemble d'ACF décide de prendre en compte les dimensions culturelles et anthropologiques dans ses contextes d'intervention, son implantation et son efficacité seront meilleures mais aussi que ce savoir influera sur la mise en place et l'organisation de missions d'extrême urgence.

Un mot sur le lien entre recueil de témoignages et santé mentale : s'il ne fait pas de doute que ces deux dimensions participent au même souci éthique qui anime ACF de prendre en compte la dimension plus humaine et peut-être plus individuelle de ses bénéficiaires, il me semble nécessaire de rappeler que ce sont des interventions qui répondent à des objectifs différents (volonté d'ACF de recueillir des témoignages pour dénoncer des faits versus besoin des bénéficiaires d'être soutenus psychologiquement et d'être écoutés en ayant la garantie de la confidentialité), qui doivent être effectués par des professionnels de compétences différentes et qui n'ont pas forcément lieu sur les mêmes terrains (le choix des sites pour le recueil de témoignages répond à une stratégie de communication alors que la santé mentale est à considérer dans toutes les missions), ni auprès des mêmes bénéficiaires (certains veulent témoigner pour que le monde connaisse leur histoire, d'autres veulent qu'on les écoute et recevoir un soutien moral pour eux-mêmes, certains feront les deux, d'autres ne feront rien).

Je reconnais l'aspect un peu rigide de cette prise de position mais il me semble qu'il faut éviter les confusions. Quand le recueil de témoignages et la prise en compte de la santé mentale auront des cadres bien établis, acceptés et maîtrisés par tout les membres d'ACF, peut-être alors pourra-t-on s'interroger sur d'éventuelles passerelles entre les deux.

Objectifs de l'approche transversale :

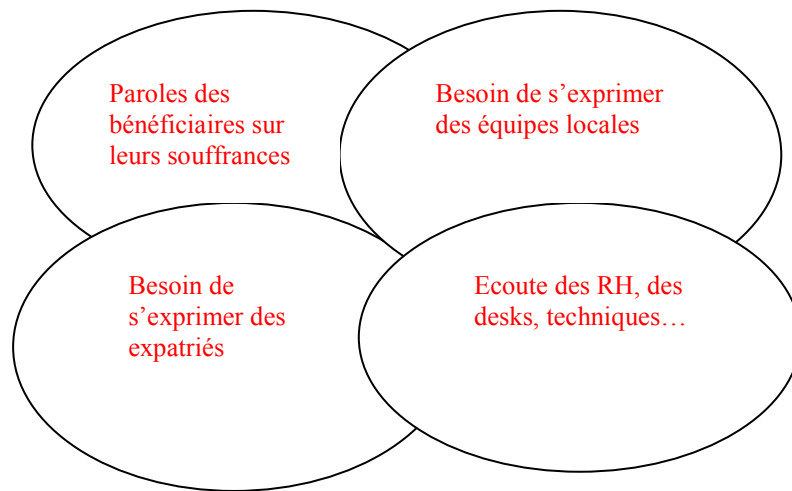
La prise en compte des dimensions humaines, psychologiques et culturelles des individus a des objectifs multiples, directs et indirects :

- prévenir les séquelles à moyen et long terme des traumatismes psychiques.
- éviter que le passage au CNT ne soit vécu comme un second traumatisme (anonymat, dépendance et passivité des bénéficiaires, cadre de vie triste) mais un lieu de vie où l'on est considéré en tant que sujet.
- renforcer les capacités de la communauté à faire face aux traumatismes.
- renforcer le processus de renutrition : améliorer l'efficacité de nos prises en charge, diminuer les abandons et les rechutes, favoriser la poursuite du traitement à domicile.
- mieux adapter nos programmes (en termes d'implantation, de pratiques alimentaires...), améliorer notre communication dans nos partenariats, adapter notre gestion des équipes nationales et nos formations par une meilleure compréhension des habitudes culturelles et sociales, et éviter que nos programmes aient un impact déstructurant ou déséquilibrant sur la communauté.
- être plus à même d'anticiper l'évolution du contexte géopolitique et des programmes sur les mois à venir par le développement des échanges avec les bénéficiaires et le personnel national.

Le résultat attendu est bien sûr une amélioration globale des services que nous proposons.

Cependant, cette amélioration n'aura lieu que s'il s'agit d'un projet collectif et qu'il suscite une plus grande attention de chacun à ACF à la parole de l'autre. Face à la violence, à l'horreur vécue par certains (bénéficiaires, équipes nationales ou expatriés), un moyen de se protéger est de beaucoup, beaucoup travailler, de se situer en tant que technicien et d'éviter la rencontre avec l'autre. C'est un mécanisme de défense normal, d'autant plus qu'on est soi-même en situation de vulnérabilité du fait de son expatriation notamment. Si nous demandons aux équipes locales et aux volontaires de s'ouvrir à l'écoute des bénéficiaires, nous allons leur demander de prendre un risque pour eux-mêmes, de se laisser toucher par la souffrance de l'autre et de limiter leur protection. Cela signifie qu'il faut être prudent, qu'on ne peut pas imposer cette écoute de l'autre si une personne ne s'en sent pas capable et que l'on respectera son choix. Surtout cela veut dire que l'on s'engage à soutenir les bénéficiaires et à être présent pour les écouter à leur tour.

En effet, si nous favorisons l'émergence de la parole, le besoin de chacun et en particulier des premières personnes qui accueillent cette parole, de partager les souffrances entendues voire vécues va augmenter et ainsi de suite....

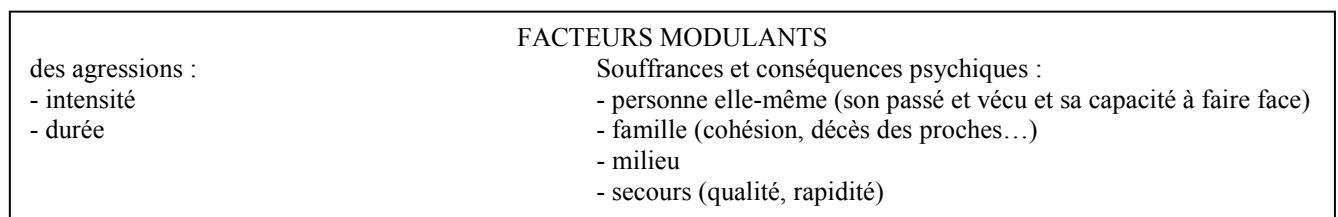
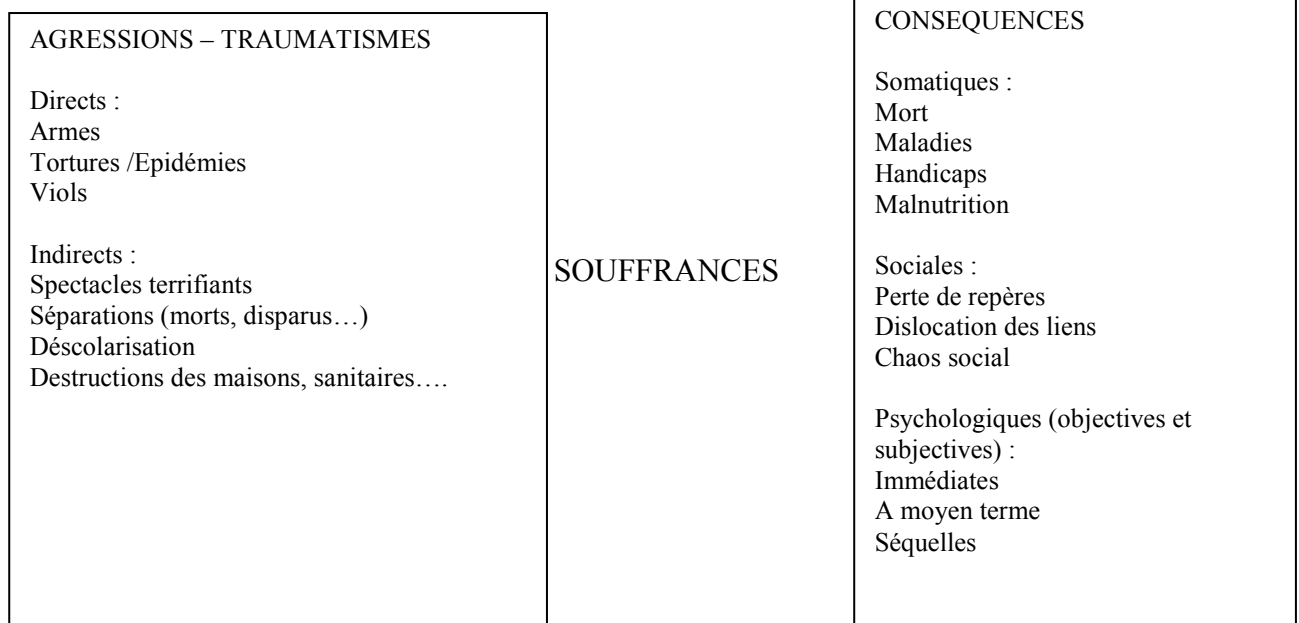


Il est donc important à tous les niveaux de l'organigramme, que chacun ait envie de participer à ce projet et se rende disponible pour une écoute et une attention portée à l'autre.

IV. Pour quels bénéficiaires ?

Les contextes d'intervention d'ACF sont des situations de crises, de violences ou de destructurations sociales d'après-guerre qui ont des impacts collectifs et individuels. ACF mène également quelques missions dans des contextes plus stables comme Haïti, le Tchad mais je crois que nous aurions tort de sous-estimer l'impact de la pauvreté ou de systèmes politiques dictatoriaux sur le psychisme et de penser que les bénéficiaires de nos programmes n'ont pas de besoin à ce niveau-là. Sans retrouver tout à fait les mêmes problématiques, nous sommes souvent confrontés à des pertes de repères, des comportements justifiés par la nécessité de survivre, une incapacité à se projeter dans l'avenir et une grande souffrance psychique.

Michèle Bertrand (Les enfants dans la guerre et les violences civiles – approches cliniques et théoriques, L'Harmattan, 1997, p. 17) propose un schéma que j'ai remanié pour ACF :



Il n'est bien sûr, pas question pour ACF d'intervenir à tous ces niveaux. Cependant, elle peut prendre en compte ces éléments dans ses programmes habituels de lutte contre la faim. Les bénéficiaires et le staff national ont eu à faire face à des agressions et des traumatismes. Ceci a des répercussions sur leurs capacités à travailler, à être en bonne santé, à s'occuper de leurs enfants, à vivre, à être capables de subvenir à leurs besoins à court, moyen et long terme.

Comme on le voit sur le schéma, les secours et le milieu de vie constituent un facteur modulant la souffrance psychique. L'attitude des personnels d'ONG et les conditions

d'accueil et de vie, en particulier dans les camps, peuvent donc atténuer l'impact des événements traumatisants ou au contraire, renforcer le mal-être des bénéficiaires.

Dans un premier temps, nous avons choisi d'orienter ce projet-pilote sur les CNT. En effet, l'accès aux bénéficiaires y est plus facile : ces derniers restent en moyenne un mois sur place, ce qui est suffisamment long pour qu'une relation s'amorce. Ce sont également les programmes les plus connus d'ACF à l'extérieur et à ce titre, c'est un ancrage intéressant pour développer un nouvel aspect des prises en charge et motiver les bailleurs de fonds².

Cependant, il est évident que cette réflexion gagnerait à être intégrée à tous les programmes d'ACF et renforcerait leur crédibilité. Un certain nombre d'éléments, faciles à mettre en place et peu coûteux, sont d'ailleurs signalés dans les tableaux des moyens à mettre en œuvre en fin de deuxième partie.

Je ne crois pas qu'il soit pertinent de cibler un groupe spécifique parmi les bénéficiaires des CNT :

- Comment établir une hiérarchie parmi les personnes traumatisées ? Nous risquerions de banaliser l'expérience individuelle ; or, ACF intervient dans des contextes déstructurés, anormaux même s'ils sont chroniques où chacun est touché dans ses appuis sociaux et individuels. En effet, qu'est-ce que cela veut dire de se retrouver en guerre, d'être obligé de quitter sa maison et sa terre, de ne pas savoir ce que sont devenus ses proches, de ne pas avoir pu nourrir suffisamment son enfant et de craindre de le voir mourir, de se retrouver dans un centre de nutrition où l'on est totalement dépendant et inactif avec des règles qui ne sont pas les siennes ??? Et je parle ici des situations les moins violentes... De plus, toutes les études sur le traumatisme montrent qu'aucun événement n'a un poids traumatisant objectif : face à un même événement, certains vont être traumatisés, d'autres non ; et qu'il n'y a pas d'apprentissage au traumatisme : on peut être « habitué » à des situations extrêmes et développer un syndrome post-traumatique (cf. annexe 2 sur les traumatismes psychiques).
- Quels critères utiliser ? Doit-on se fier au diagnostic américain du Post-Stress Traumatic Disorder³ dont l'universalisme est idéologique mais non pertinent ou suivre les critères de la communauté ou faire un mélange ?
- Quelles personnes au sein des équipes ACF sont à même d'établir un diagnostic psychiatrique ? Comment ne pas passer à côté des personnes qui sont traumatisées mais ne l'extériorisent pas ?
- Quelles dérives en termes de stigmatisation (ceux-là sont traumatisés, il faut faire attention ! alors que ceux-là « vont bien », ça veut dire quoi ?...) ces pratiques pourraient elles amener ?

Je pense que nous pouvons considérer tous les bénéficiaires des CNT comme des personnes vulnérables, qui ont vécu des choses difficiles (ne serait-ce que leur actuelle situation de malnutrition) et qui ont besoin d'une attention spécifique tant sur le plan corporel que mental.

² Je crois qu'il y a suffisamment d'arguments développés dans ce document pour montrer que la santé mentale fait partie intégrante (et ne vient pas seulement en plus) du traitement de la malnutrition d'ACF et de la lutte contre la faim.

³ Cf. les traumatismes psychiques en annexe 2

Ce qui va différencier les réponses que nous allons offrir dépend de trois éléments :

- bénéficiaires ou équipe nationale : un certain nombre de réponses peuvent être communes aux deux populations comme favoriser l'émergence de la parole, prendre en compte la culture et l'histoire de chacun ; d'autres vont s'adresser plus spécifiquement aux bénéficiaires (espaces de convivialité, valorisation de la relation mère-enfant...) ou aux équipes nationales (échanges avec les expatriés sur les situations difficiles rencontrées, sur les données culturelles, sur leur histoire).
- l'âge des bénéficiaires : la capacité de faire face d'un enfant dépendant étroitement des réactions parentales, travailler avec les adultes est donc indispensable pour les enfants et pour les adultes eux-mêmes. Parallèlement pour les enfants et les adolescents, il est nécessaire de mettre en place des activités spécifiques de jeux et d'animation.
- le contexte socio-culturel : les pratiques thérapeutiques sont différentes selon les pays et nous devons les prendre en compte et adapter nos activités aux habitudes locales.

Seconde partie

Comment prendre en compte la santé mentale à ACF ?

Seconde partie :
Comment prendre en compte la santé mentale à ACF ?

Vous aurez compris que l'approche transversale ne consiste pas en une prise en charge spécifique directe des personnes en souffrance mais en une prise en compte de la dimension mentale dans les prises en charge habituelles d'ACF ; pas de mise en place spectaculaire d'un programme psycho-social mais un ensemble d'attitudes et d'activités qui vont changer notre regard sur les bénéficiaires, nos attitudes par rapport à eux, qui vont favoriser l'émergence de la parole ou l'expression des souffrances et aider ainsi à leur dépassement.

Je distingue trois types de réponses :

- la connaissance et le respect de l'environnement socio-culturel des missions et la préparation à la rencontre avec l'autre. Ce point concerne les CNT mais aussi tous les programmes d'ACF et doit être mis en place systématiquement
- l'amélioration de l'accueil et des conditions de vie dans les CNT
- des réponses au cas par cas à développer sur chacun des programmes

Certaines des propositions suivantes peuvent paraître assez loin du domaine de la santé mentale et du traumatisme ; pourtant, comme je vais tenter de l'argumenter, chacune d'elles a un impact sur la vie mentale des personnes accueillies. L'objectif, je vous le rappelle, est de soutenir l'individu et sa communauté, d'améliorer son bien-être et sa restauration psychique mais c'est parfois par des détours et des chemins détournés que l'on atteint son but.

I. Pour tous les programmes :

Notre présence en tant que telle, est déjà importante pour les bénéficiaires parce qu'elle donne à voir (même si c'est parfois un peu une illusion) que la communauté internationale s'intéresse à ce qui se passe dans cette région et pour ces personnes-là.

1. Bonne connaissance de l'environnement socio-culturel et respecter les personnes dans leur globalité

1.1. Améliorer notre compréhension de la culture locale et du contexte

Il ne s'agit pas de rentrer dans le débat entre universalisme et relativisme pour en faire une querelle idéologique ou voguer d'un extrême (il est comme moi) à l'autre (il est totalement différent de moi) mais bien de s'inscrire dans un mouvement de réflexion et d'interrogation sur cet autre que « nous voulons aider » : quel est son mode de vie ? quelle est sa religion ? quel est son système de parenté ? quelles sont les relations homme/femme ? importance de la polygamie ? place de l'enfant dans la famille ? quelles sont ses habitudes alimentaires ? quel est son système éducatif ? qui gère la communauté ? comment se représente-t-il la vie ? la mort ? quels sont ses rites de deuil ? quelles sont ses représentations de la maladie ? de la folie ? quelles sont ses pratiques de soins ? qui décide au sein de la communauté ? quelle est son histoire ?

Toutes ces questions et bien d'autres encore peuvent nous aider à faire un programme qui prenne sens au sein d'un environnement socio-culturel préexistant à notre venue. Au moment où nous le découvrons, c'est souvent la confusion qui règne en raison de guerres, de crises ; pourtant, les habitants portent en eux ces croyances, ces façons de vivre et aller contre ou simplement ne pas en tenir compte, peut être d'une grande violence ou entraîner une incompréhension mutuelle. Chaque mission doit donc s'adapter à ses bénéficiaires ; il n'y a pas un modèle d'intervention unique (cf. Sironi, l'universalisme est-il une torture ? en bibliographie)

Capitaliser les informations sur le pays au delà de l'aspect géopolitique tant sur le terrain qu'au siège, interroger les populations locales (et en particulier les équipes nationales et les bénéficiaires), trouver des personnes ressources constituent un bon moyen pour appréhender ce pays où l'on est de passage et monter des programmes qui ne déstructurent pas davantage la communauté.

Comprendre la culture rend également lisible certains comportements qui nous paraissent étranges et que l'on aurait parfois tendance à juger un peu trop vite :

- Dans certains pays d'Afrique, la gestion sociale de l'émotion ainsi que les rituels ont entre autres fonctions, de déjouer les forces surnaturelles nuisibles : déprécier l'enfant, le nommer péjorativement, dissimuler sa maladie évitent d'attirer sur lui l'attention des génies.
- Parfois, les nouveaux-nés de quelques mois ne sont pas nommés, ce que l'on peut interpréter comme un désinvestissement de la mère pour l'enfant. Mais qui doit nommer l'enfant dans son ethnie ? Ce peut être le grand-père dont on n'a plus de nouvelles depuis

le début des conflits et dont on veut respecter l'autorité et sa fonction d'inscrire l'enfant dans sa lignée par le choix de son prénom.

- Telle mère ne donne pas la ration sèche à l'enfant dénutri comme on le lui a demandé mais la partage entre tous les enfants. Oui mais que signifie donner une gamelle à un enfant en particulier quand normalement on partage tous le même plat ? il est plus admissible d'acheter un médicament (répondant ainsi à un besoin individuel) que de favoriser par la nourriture (qui répond un besoin collectif). Cette mise en exergue d'un enfant de la famille risquerait en plus, de générer un conflit entre co-épouses ou d'attirer les génies.
- Pourquoi nourrit-on en priorité les enfants alors que ce sont les vieux qui garantissent la cohésion sociale ?
- Telle mère refuse d'allaiter son enfant : son lait est mauvais. C'est ce qu'elle pense car l'enfant précédent est mort alors qu'elle l'allaitait.
- On planifie la production agricole d'une région pour qu'elle permette le stockage pour une année mais les fermiers mangent 80% de leur production immédiatement car ils viennent de traverser une guerre, ont déjà tout perdu, ne savent pas de quoi demain sera fait et ne sont plus capables de se projeter à moyen et à long terme.

Ces quelques exemples illustrent les difficultés que nous pouvons éprouver face à une autre culture et que rechercher des explications, essayer de comprendre est primordial.

Sans nous en rendre compte, nous avons tendance à plaquer nos propres représentations culturelles et à porter des jugements de valeur sur des comportements qui sont pourtant porteurs de sens au sein d'une culture.

Tout comme nous, les équipes nationales et les bénéficiaires ont des représentations nous concernant qui peuvent influencer sur leur façon d'appréhender notre discours ou nos comportements : « tel expatrié me dit qu'il est important d'expliquer à la personne sa maladie mais nous, en Afrique, on ne peut pas le dire comme cela car cela choque les personnes alors qu'en Europe, vous pouvez dire à une patient qu'il est atteint du cancer et il va l'accepter » (discours qui m'a été tenu par un Libérien).

Ces projections des uns sur les autres déforment les actes et les paroles et complexifient considérablement la communication.

1.2. L'exemple des représentations africaines de la malnutrition

Concernant la malnutrition, nous sommes confrontés aussi à des lectures et des systèmes explicatifs différents d'une même réalité. Prenons la situation en Afrique⁴ car la majorité des TFC sont implantés sur ce continent et que c'est également la zone sur laquelle le plus d'études sur les représentations culturelles de la malnutrition ont été menées.

La maigreur de l'enfant est rarement vécue comme un signe de morbidité et est exceptionnellement associée à des problèmes nutritionnels. Si l'enfant est seulement maigre,

⁴ Avec toutes les limites d'une approche aussi large : qu'est-ce que la culture africaine ? Une réelle analyse nécessiterait une approche géographique beaucoup plus réduite ou une approche ethnique.

on ne cherche pas à comprendre pourquoi et on ne recourt pas à des thérapeutiques. Ce sont les symptômes associés (vomissements, diarrhées...) qui vont inciter à la recherche de sens.

Ainsi au Burkina Faso, les symptômes sont associés au sogo (maladie transmise par contamination de la mère enceinte au fœtus, causée en particulier par un événement mortifère) ou au séré (relations sexuelles de la mère en dépit des interdits sociaux liés à la période d'allaitement) qui correspondent à des causalités sociales et culturelles. Les femmes ont donc recours à des pratiques traditionnelles car ce n'est pas un problème médical que l'on soigne dans un dispensaire.

On peut se trouver face à un système explicatif spécifique : mécanique (l'enfant est né petit), surnaturel (sorcellerie), social (interdit sexuel du post-partum transgressé) ou médical. Le risque est que nous plaquions un savoir même techniquement exact sur une réalité culturelle et personnelle.

Vous trouverez ci-dessous un tableau récapitulatif concernant les interprétations du corps médical et les interprétations populaires. Les données proviennent de recherches au Niger (Jaffré, 1996). Il serait intéressant d'affiner les données à chacun des contextes d'intervention d'ACF pour rendre compte de la diversité des croyances et des pratiques populaires :

| Symptômes | Interprétation médicale | Interprétation populaire (Niger) |
|---------------------|--|--|
| Peau desquamée | Dermatose provoquée par un déficit en oligo-éléments | Transmission de cette « qualité » par le lait maternel |
| Regard anxieux | « Effet » produit par l'émaciation | Crainte, peur d'un être surnaturel ou d'un sorcier |
| Pleurs | Trouble de l'humeur | Crainte, peurs |
| Troubles du sommeil | Troubles de l'humeur | Crainte, peurs |
| Oedèmes | Déficit en protéines ⁵ | Gonflements |
| Maigreur | Déficit calorique ⁶ | Non perçue en dehors des pratiques de sevrage |

Cette ignorance des croyances traditionnelles nous amènent souvent à porter des jugements sur le comportement des mères. Les données du tableau suivant proviennent de plusieurs pays d'Afrique, elles sont donc assez générales et un peu simplistes et méritent d'être réexaminées à la lumière de cultures spécifiques. Mon objectif est seulement de montrer qu'il est souvent utile de dépasser les apparences pour mieux comprendre les représentations associées. Un comportement est toujours porteur de sens à un niveau ou à un autre.

⁵ Aujourd'hui, on parlerait plutôt de déséquilibre micronutritionnel. Maintenant on dirait consommation des réserves corporelles (graisse, muscles).

| Interprétations du personnel médical | Croyances des mères |
|---|--|
| Mères n'anticipent pas les besoins de leur enfant | Enfant comme libre de choix : respect de son refus de manger |
| Intervention médicale utile | Refus de vivre de l'enfant à respecter (avant ses 1 ans, l'enfant est entre deux mondes et peut choisir de rester dans le monde visible ou peut retourner dans le monde invisible) |
| Malnutrition = problème alimentaire | La maigreur n'est pas repérée isolément ou est associée à des causes surnaturelles ou sociales |
| Traitement médical indispensable | Recours aux pratiques traditionnelles |
| Attendent longtemps avant de s'inquiéter du sort de leur enfant et ne l'amène que lorsqu'il est sévèrement malnutri | Les mères étaient inquiètes depuis longtemps et avaient déjà entrepris des pratiques traditionnelles |
| Paraissent indifférentes | Un sorcier leur a dit que de toutes façons, leur enfant allait mourir |

1.3. Adapter nos discours soignants et éducatifs aux représentations culturelles

Contrairement à ce que l'on pourrait imaginer a priori, les équipes nationales sont souvent encore plus influencées par le discours médical occidental que nous ne le sommes nous-mêmes. Malgré leurs connaissances des croyances locales, elles ont souvent tendance à les tourner en dérision en raison de leur position sociale et de leur formation.

Leur attitude à l'égard des bénéficiaires s'en ressent très souvent : elles sont porteuses de la vérité scientifique et ont recours à un discours normatif prodigué sous forme de conseils et de consignes (non justifiés par des explications), qui sont souvent loin de la réalité quotidienne des bénéficiaires. Bien souvent, elles élargissent leur mandat à l'éducation des bénéficiaires en matière de croyances et de fausses croyances. L'équipe veut par exemple, prouver aux mères que les cordelettes talismans portées par les bébés ne les ont pas protégées comme elles le devaient puisqu'ils sont dénutris et que par conséquent, elles doivent être coupées. On a l'impression que les deux systèmes (médical versus traditionnel) s'excluent mutuellement et sont en concurrence alors qu'ils peuvent très bien co-exister (nous pouvons nous faire soigner et dans le même temps, prier pour notre guérison). En tant qu'expatrié, j'ai l'impression que nous sommes intrigués et curieux face à ces données « exotiques » alors que les équipes nationales ont tendance à les rejeter, oubliant qu'elles ont une fonction collective et individuelle et les remplacent par des éléments scientifiques ou pseudo-scientifiques.

Il serait intéressant de montrer que de nombreuses recommandations médicales reposent aussi sur des croyances dont certaines ont été démenties avec les progrès scientifiques et que la science assène des vérités dans les limites des connaissances actuelles.

On est alors en droit de se demander :

- Lorsque les mères ne respectent pas les propositions médicales, est-ce par incompréhension, refus volontaire ou parce que s'y opposent les représentations populaires de la prévention ?
- De quelle efficacité sont porteurs l'éducation à l'hygiène et à la santé que nous prodiguons ?
- N'y aurait-il pas moins de rechutes et d'abandons dans les CNT si notre discours était moins normatif et moins imprégné de notre seule grille de médecine occidentale ?

Une bonne connaissance du milieu d'intervention est donc indispensable. Les contraintes et les ordres ne font pas changer les comportements de façon durable, seule la libre acceptation des acteurs eux-mêmes le peut. Cette acceptation passe nécessairement par un dialogue qui prend en compte la réalité vécue par les acteurs. Cela veut dire que tous les membres d'ACF, expatriés ou équipes nationales ne doivent pas tenter de faire entrer de force les bénéficiaires dans leur monde en niant ou dénigrant leurs croyances mais au contraire, prendre le temps de visiter le monde du bénéficiaire et l'accepter, puis lui présenter le sien et imaginer des passerelles de l'un à l'autre.

2. Former à la rencontre avec l'autre

Dans la lignée du point 1, il me semble que préparer les volontaires à la rencontre avec l'autre et au recueil de données anthropologiques, faciliterait la communication avec les équipes locales et les bénéficiaires. Ce n'est pas facile et encore moins dans un contexte de crise, de s'ouvrir pour découvrir l'autre, de sortir de son rôle de sauveur auprès de victimes pour aller vers une rencontre humaine. On peut avoir peur, on se sent déjà souvent fragile, on est fatigué, on a peur d'être démuné, parfois on ne comprend rien à ce qu'ils disent et encore moins ce qu'ils pensent. Parfois, nous ne partageons pas la même langue et nous sommes obligés d'avoir recours à un traducteur ou de passer par l'anglais, langue qui nous est moins familière et avec laquelle nous avons du mal à nuancer nos propos. Quant aux bébés et aux jeunes enfants, je crois qu'il est parfois bon de se laisser aller, y compris dans sa propre langue car faire entrer l'enfant dans une relation importe plus que le contenu de nos phrases.

Comment ACF peut aider à dépasser tous ces obstacles ? Au moment du recrutement, cette dimension pourrait faire partie des motivations indispensables (c'est peut-être d'ailleurs déjà le cas). Au moment de la formation au premier départ, on pourrait travailler par le biais de jeux de rôles par exemple, la spécificité d'une participation à un projet humanitaire dans un contexte dans lequel nous sommes les étrangers et voir en quoi connaître des références culturelles locales peut nous éviter certaines maladresses ou jugements de valeur.

3. Utilisation des méthodes participatives :

Les méthodes participatives, on en parle beaucoup mais on ne les définit jamais. Ce n'est pas seulement faire un tour de table en invitant chacun à donner son point de vue pour finalement imposer le sien. Il s'agit d'une pédagogie complètement différente où la relation intervenant/participants est transformée et qui est basée sur la pratique, l'expérimentation et la découverte par soi-même, du message transmis.

Si l'on souhaite éviter le gavage alimentaire dans les centres pour que le temps des repas ne soit pas un moment désagréable et agressif pour les enfants, nous pouvons le dire à l'équipe médicale qui va le répéter et le répéter encore aux mères pour un résultat final assez médiocre. Si au lieu de tenir des discours, nous proposons à l'équipe un exercice :

formez des groupes de trois personnes ; chaque groupe est constitué d'une personne qui joue la maman, une personne qui joue l'enfant de deux ans environ et un observateur. C'est le moment du repas. On distribue des petits pots ou des compotes aux mamans qu'elles doivent donner à l'enfant dénutri. Mais dans la moitié des groupes, l'enfant aura pour consigne de refuser la nourriture alors que dans l'autre moitié, il aura pour consigne de manger avec appétit. Après 10 ou 15 minutes d'exercice, chacun explique ce qu'il a observé et ressenti dans sa position spécifique. Cet exercice, bien mené, facilite la compréhension de ce que ressent une mère qui doit nourrir son enfant car il est en danger de mort et que l'équipe soignante contrôle la prise de lait alors que l'enfant refuse la nourriture. Il amène les équipes à une certaine empathie, diminue les jugements de valeur sur les comportements maternels en montrant leur complexité et ouvre à l'échange sur comment soutenir les mamans dans leurs difficultés.

Cette approche est à développer au sein de chaque département technique afin de recueillir des éléments anthropologiques sur des thèmes particuliers (comme l'alimentation ou le deuil) ou adapter des programmes à la communauté (comme l'implantation des puits en fonction des besoins mais aussi en tenant compte des rapports de force qui peuvent se jouer dans la répartition territoriale que l'on propose). Le Professeur Chevrolat a soutenu quelques missions du département wat/san en créant des méthodes pour faciliter les négociations et l'approche communautaire et en utilisant des outils participatifs adaptés.

Les méthodes participatives présentent des intérêts multiples : par l'implication locale qu'elles suscitent, elles nous permettent de mieux appréhender l'environnement socio-culturel, de nous ajuster aux réels besoins en comprenant les représentations culturelles d'un phénomène (à quoi est attribuée la malnutrition de l'enfant ?) et elles assurent une plus grande pérennité au projet. Par ailleurs, en matière d'hygiène à la santé, de poursuite de traitement après le retour à domicile, la portée des messages sera d'autant plus forte qu'elle sera culturellement habituelle (ex. : séances de théâtre pour expliquer les règles d'hygiène dans certains pays d'Afrique). Enfin, il est évident qu'en sollicitant les personnes de la communauté, on les aide à se réinvestir et à reprendre confiance.

Dans le cadre de la santé mentale, des discussions en groupes avec la communauté peuvent nous aider à comprendre les représentations locales du traumatisme et les explications étiologiques, les pratiques de soins habituelles. Dans un documentaire sur les conséquences de la guerre au Mozambique, un homme avait changé de comportement visiblement à la suite d'un traumatisme psychologique. La famille ne reconnaissait pas cet homme qui ne réagissait plus comme avant. Ils ont donc eu recours à une guérisseuse. En aidant l'homme à verbaliser et en ayant une approche culturellement acceptée, elle a permis la réintégration de l'homme au sein de sa famille et de la société. La parole est donc cathartique⁷ dans d'autres cultures et l'on peut favoriser son émergence et/ou référer à des spécialistes.

L'histoire d'un ex-soldat était également racontée ; la famille avait trouvé une explication pour justifier la conduite de cet homme au cours de la guerre : l'homme était possédé par un esprit et ne se contrôlait plus, c'est pourquoi il a pu commettre des crimes aussi horribles. Par des rituels magiques, on a chassé cet esprit. L'homme n'est donc pas coupable de ce qu'il a

⁷ Catharsis : exprimer ses sentiments et ses émotions soulage la personne.

fait puisqu'il était sous l'emprise d'un esprit. Maintenant qu'il est guéri, il est réintégré à la famille qui ne veut plus parler de cette période pour mieux l'oublier.

Tous ces éléments culturels sont à connaître pour mieux appréhender les situations et proposer des réponses adaptées.

4. Renforcer nos partenariats

ACF élargit son champ de compétences et souhaite prendre en compte les dimensions psychologiques et anthropologiques dans ses programmes. Les propositions que je fais en seconde partie de ce document sont notre premier pas dans ce domaine. D'autres avant nous, l'ont foulé : partager leurs expériences, les adapter à l'amélioration de la lutte contre la faim nous facilitera la tâche. Et puis, ACF ne peut pas répondre à tous les besoins des bénéficiaires ; en revanche, elle peut améliorer ses services, s'ouvrir à la compréhension des dynamiques individuelles et collectives et renforcer des partenariats à plusieurs niveaux, tant au siège que sur le terrain :

4.1. Favoriser les échanges théorico-pratiques :

Certaines ONG internationales et locales, les universités, les tradipraticiens, les structures de soins possèdent une longue expérience des programmes psycho-sociaux, un ensemble de savoirs sur l'approche du traumatisme, les pratiques de soins, la santé mentale, l'animation, les aspects anthropologiques d'une culture. Les échanges enrichissent notre vision du pays et sa compréhension et nous font gagner du temps par rapport à la découverte par nous-mêmes. En Europe, Handicap International, MSF, MDM, Afrique Conseil (regroupement de psychologues africains qui assurent des consultations et des formations thématiques sur l'Afrique) entre autres, sont ouverts au dialogue, publient et organisent des colloques sur ces problématiques. Bernard Doray, psychiatre au CEDRATE (Centre de Recherche et d'Action sur les traumatismes et l'exclusion), mène une recherche sur les traumatismes psychiques et les thérapeutiques dans différents pays ; il est prêt à formaliser un partenariat avec ACF et à nous présenter des personnes ressources dans de nombreuses régions d'intervention d'ACF.

4.2. Développer les formations :

Pourquoi ne pas profiter de l'expérience des professionnels spécialisés pour les adapter à notre mandat spécifique ?

Depuis le milieu des années 80, Enfants Réfugiés du Monde monte des programmes de prise en charge des enfants traumatisés par le jeu et mène actuellement une recherche de deux ans sur l'importance du jeu pour dépasser le traumatisme chez les enfants sur trois terrains d'expérimentation : la Guinée, la Bosnie, le Cambodge. Ils construisent des échelles sur le traumatisme, définissent des jeux en fonction de l'âge et du pays.

Une collaboration a déjà eu lieu et a montré tout son intérêt :

- Formation des animateurs du TFC d'ACH en Guinée avec leurs propres animateurs
- Intervention d'une professionnelle d'ERM sur le jeu chez l'enfant dans le cadre de la formation des coordinateurs médico-nutritionnels à Paris.

Pour l'instant, ces échanges s'appuient sur des relations individuelles. Pourquoi ne pas les formaliser et les généraliser davantage ?

Jean-Claude Métraux, psychiatre suisse, ayant mené une expérience communautaire au Nicaragua et travaillant auprès des Réfugiés en Suisse, peut assurer des interventions sur la pédagogie interculturelle et les méthodes participatives auprès des départements techniques.

4.3. Mise en place et dynamisation d'un système de co-références :

Les pays dans lesquels nous intervenons ne sont jamais vierges de pratiques de soins, traditionnelles et/ou occidentales, de la santé mentale. Quand la société est complètement déstructurée, ce sont souvent les ONG internationales qui prennent le relais et elles sont de plus en plus nombreuses à mener des programmes psycho-sociaux, y compris en Afrique (Sierra Léone, Guinée, Rwanda...). Les connaître et se faire connaître paraît indispensable afin de mieux répondre aux besoins des bénéficiaires.

Tout le monde ne peut pas tout faire : si, parmi les bénéficiaires d'ACF, nous sommes confrontés à des personnes traumatisées qui sollicitent un soutien spécialisé au-delà de ce que nous pouvons assurer, nous devons les référer sur les structures adéquates avec toute la discrétion nécessaire. Ainsi, l'intervention d'une équipe prenant en charge les femmes violées directement dans le CNT stigmatise aussitôt certaines bénéficiaires et ne facilite ni le processus thérapeutique, ni leur réintégration sociale.

Ce n'est pas à nous qui n'avons pas les qualifications nécessaires de décider qui a besoin ou non d'un soin spécialisé. C'est une proposition à faire aux bénéficiaires d'une façon plus générale et à ceux qui formulent une demande claire.

4.3. Solliciter des demandes d'intervention spécifiques :

Un certain nombre de pistes sont à explorer qui vont de sonner l'alarme sur des besoins en soins psychologiques pour des bénéficiaires dans certains contextes et motiver nos partenaires à des sollicitations d'interventions précises. Ici, je pense notamment à Clowns Sans Frontières mais dont je ne connais pas les modalités d'intervention, ou monter un spectacle dans un TFC ou un groupe de musique, c'est aussi s'occuper du bien-être des bénéficiaires et leur donner de la joie de vivre.

4.4. Construire des programmes conjoints :

ACF débute dans son questionnement sur la santé mentale. Pourquoi ne pas imaginer la mise en place de programmes conjoints inter-ONG dans certains contextes d'urgence très spécifiques ? Je sais que c'est tout à fait inhabituel pour les ONG. Malheureusement. Mais il est bon de bouleverser un peu les habitudes et d'expérimenter des méthodes de travail innovantes. Je songe plus particulièrement ici à Handicap International : l'idée d'ouvrir un programme de soins psycho-sociaux dans un CNT d'une autre ONG les intéresse. J'ai moi-même participé à ce type de programmes pour MSF où nous intervenions pour du soutien psychologique aux mères et enfants dénutris dans un centre de consultations de TdH à Hébron (Palestine). Le bilan me semble très positif : approche explicative pluridisciplinaire de la malnutrition, augmentation de l'efficacité du dispositif de traitement, diminution des abandons et des rechutes.

II. Pour les équipes nationales⁸

Comme je l'ai écrit dans le préambule, les équipes nationales occupent une position d'entre-deux : à la fois habitants du pays dans lequel nous intervenons et en même temps, personnel ACF.

En tant qu'habitants du pays, ils peuvent avoir subi des événements très difficiles, avoir eu des proches tués, avoir perdu tous leurs biens, être ou avoir été déplacés ou réfugiés, avoir un fonctionnement intellectuel conditionné par un régime totalitaire⁹. Parfois, nous connaissons leur histoire, parfois nous ne la connaissons pas. Mais il est certain que ces éléments ont un effet sur leurs façons de penser, sur leurs émotions et sur leurs comportements, parfois même sur leur capacités ou non à travailler.¹⁰

Les facteurs psychologiques décrits dans la première partie s'appliquent aussi bien aux bénéficiaires qu'aux équipes nationales ; en sachant que les personnes que nous recrutons sont sans doute, celles qui possèdent des ressources personnelles importantes tant en termes de formation et d'expérience professionnelle que de capacités individuelles pour avoir réussi à faire face à des situations difficiles et adopter à nouveau un cadre de vie professionnel rigoureux. A son tour, le travail devient souvent un support, bien sûr financier, mais également moral (j'ai à nouveau une fonction sociale) et parfois politique (je fais quelque chose pour mon pays).

Au même titre que les bénéficiaires, nous devons aux équipes nationales une attitude d'écoute et une disponibilité, une volonté de comprendre leur logique culturelle et leurs représentations.

La difficulté consiste à trouver la bonne distance¹¹ et à nous positionner clairement : être à l'écoute des gens avec lesquels on travaille ne signifie pas forcément que l'on fait copain-copain avec eux.

Selon moi, être à l'écoute des équipes nationales fait partie de notre travail en tant qu'expatrié, responsable d'équipe. Si j'écoute un membre de l'équipe nationale qui me parle de ses difficultés, de son histoire ou des problèmes qu'il a rencontrés avec des bénéficiaires parce que cela le renvoie à des événements douloureux de sa propre vie, je fais mon travail, je ne lui fais pas une fleur.

Je crois que cela renvoie à des questions plus générales de gestion d'équipe.

En tant que personnel d'ACF, nous travaillons avec du personnel local. Bien souvent, ils sont là depuis bien plus longtemps que nous et seront là après notre départ : ils sont souvent la mémoire des missions. Ils ont vu défiler de nombreux expatriés auxquels à chaque fois, ils ont du s'adapter, en acceptant parfois de nouvelles méthodes de travail et des priorités différentes.

Or parfois, nous avons tendance à limiter nos discussions avec eux à de purs échanges d'informations liés directement aux programmes, voire à les réduire à un rôle d'exécutants.

⁸ Cf. les ouvrages de Maquéda cités en bibliographie sur cette question.

⁹ Comme on a pu le voir en Roumanie par exemple.

¹⁰ Il est d'ailleurs intéressant de penser que les personnes qui ne sont pas compétentes et que nous licencions les premières peuvent parfois être des personnes en souffrance psychologique.

¹¹ Bizarre d'ailleurs de noter que l'on ne se pose pas cette question de bonne distance avec les bénéficiaires...

Arrivant dans un pays que nous ne connaissons pas, avec une foule d'objectifs à atteindre, et pas toujours d'expérience en gestion de personnel, nous nous sentons un peu perdus et nous ne savons pas trop comment s'y prendre. Mais je crois que les équipes nationales peuvent être bien plus que des subordonnés auxquels on transmet des consignes : ils connaissent la mission, ils connaissent le pays, ils connaissent les habitudes culturelles et peuvent devenir des médiateurs pour nous qui sommes étrangers, ils peuvent nous aider à appréhender le contexte socio-culturel et géopolitique.

Nous avons peur de nous sentir redevables après avoir entendu le récit des équipes nationales et ne plus oser leur faire des remarques à cause de tout ce qu'ils ont souffert. Mais, d'une part, nous les plaçons alors dans un rôle de victime sans les considérer comme des professionnels, ce qui ne les aide ni à progresser et à valoriser leurs compétences professionnelles. D'autre part, ils s'engouffrent dans la brèche laissée ouverte par le flottement de notre position : nous embauchons des équipes pour leurs compétences professionnelles et pour leur engagement humanitaire et non pas à cause de ce qu'ils ont vécu ; nous attendons d'eux qu'ils soient professionnels mais ils le seront d'autant plus que nous le serons avec eux. Et être professionnel, cela ne veut pas dire être froid et distant, c'est collaborer pour atteindre un objectif commun, utiliser et enrichir les compétences des uns et des autres, prendre le temps d'écouter, faire des critiques mais aussi des compliments.

Dans le cadre de l'approche plus humaine que nous souhaitons développer au sein des programmes ACF, nous ne pouvons pas faire l'impasse sur notre responsabilité à l'égard des équipes nationales à deux niveaux :

- comment valoriser le fait que nous prenons en compte les dimensions psychologiques et anthropologiques des bénéficiaires si nous refusons de les prendre en compte avec nos collègues ?
- Comment demander aux équipes nationales de se mettre plus à l'écoute des bénéficiaires si nous-mêmes ne sommes à l'écoute ni des bénéficiaires, ni des équipes nationales ?

De la même manière que je prône le respect de la sensibilité de chacun (personnel du siège ou expatriés) dans le désir et la capacité d'écouter l'autre, je prône le respect de la sensibilité des équipes nationales par rapport à l'écoute des récits des bénéficiaires (si tant est que ces derniers leur laissent le choix car le besoin de parler peut être si fort qu'il contraint l'autre à l'entendre). Les récits des bénéficiaires font souvent écho à la propre vie des équipes nationales et risquent de raviver des épisodes douloureux. A nous d'accompagner nos équipes, de nous intéresser aux histoires qu'ils entendent et de faciliter ainsi les échanges sur cette thématique.

En cas d'incident critique survenue aux équipes nationales, je pense qu'il est indispensable de prendre le temps, de discuter, de parler, d'ouvrir à l'échange. Les personnes peuvent être choquées et ne pas être capables de reprendre le travail immédiatement ; pour d'autres, continuer de travailler sera un facteur aidant.

Il n'y a pas de recettes toutes faites mais je suis certaine que :

- si nous avons des relations chaleureuses et humaines avec les équipes nationales, la gestion des crises se fera plus aisément,
- il ne faut pas traiter les gens seulement comme des victimes mais leur demander ce qui est le mieux pour eux et comment on peut les aider,

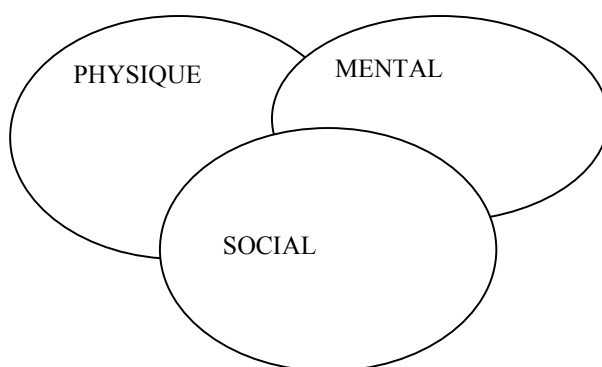
- les aider à trouver des personnes-ressources et des mécanismes pour faire face à leurs difficultés,
- il faut être patient et disponible, prêt à écouter plusieurs fois le même récit,
- ce n'est pas parce que l'on a écouté les équipes nationales une fois que la page est tournée pour eux.

IV. Un nouveau regard sur la nutrition et la malnutrition : au-delà des l'aspect technique

Je me centre sur les aspects psychologiques mais il y aurait bien sûr, tout intérêt à avoir aussi une lecture socio-économique du problème.

1. Dépasser la dichotomie corps/esprit pour améliorer la lutte contre la faim :

Les aspects physiques, psychiques et sociaux s'articulent de façon complexe et de plus en plus d'études montrent l'incidence des uns sur les autres. L'OMS insiste sur le fait que l'attention à la santé mentale est essentielle si l'on veut que les soins [et donc la nutrition] soient efficaces : « Health promotion must of necessity include concern for psychological well-being and the quality of mental and emotional health[...] WHO advocates that mental health care should be decentralized and integrated into primary health care, with the necessary tasks carried out as far as possible by general health workers [...] Attention to mental health is essential if primary health care is to be effective ». Il s'agit de dépasser la vision d'un homme morcelé en écho à la dichotomie corps/esprit (fruit de la médecine occidentale mais étrangère aux cultures non-occidentales) pour prendre en compte la dimension globale de l'individu inséré dans sa communauté.



Sur les terrains d'interventions d'ACF, ces relations entre le social, le physique et le psychique sont particulièrement mêlées puisque ce sont toujours des causes extérieures (sécheresse, guerres...) qui perturbent les cycles habituels d'autosuffisance alimentaire, entraînent des famines, déplacent les populations et les rendent vulnérables

2. Intégrer les dimensions psychologiques et culturelles dans notre analyse de la nutrition

Il est important de s'interroger sur ce que signifie nourrir au-delà de son aspect purement physiologique.

Les divers groupes humains ont créé leurs propres schèmes alimentaires¹², spécifiques à chacun, parmi les possibilités de l'environnement, où des classifications apparaissent et des préférences s'expriment. Les manières de se nourrir reflètent les valeurs, les croyances, les aspirations d'une société ou d'une culture. Et ces schèmes, loin de représenter des entités stables sont en perpétuelle évolution. Les conditions nutritionnelles d'une population sont le résultat d'une combinaison de forces biologiques et culturelles élaborées au cours de l'histoire et intimement liées. La nourriture est le symbole d'une identité et d'appartenance à un groupe ; les comportements alimentaires ont une logique interne souvent non biologique : on ne mange pas seulement pour se nourrir et certaines personnes préfèrent se laisser mourir plutôt que d'abandonner leur identité et manger des aliments inhabituels pour eux.

Dans ce chapitre, je vais me centrer davantage sur les aspects psychiques de la nutrition.

Nous distinguerons la nutrition de l'enfant et celle de l'adulte.

2.1. Nourrir un enfant

Ce que le bébé ne dit pas par des mots, il l'exprime par son corps : troubles du sommeil, problèmes dermatologiques, maladies à répétition...et troubles de l'alimentation. Nourrir est bien sûr, un phénomène biologique mais qui rentre dans le cadre d'échanges relationnels.

Les travaux de Spitz sur l'hospitalisme au cours de la seconde guerre mondiale, ont montré qu'assurer des soins de façon mécanique, à des bébés de quelques mois, n'est pas suffisant pour leur assurer un bon développement. Les bébés orphelins étaient pris en charge par du personnel qualifié et recevaient tous les soins quotidiens mais le nombre d'enfants par rapport au personnel disponible ne permettait pas un suivi individualisé des bébés comme de les porter pendant la prise du biberon. Ce manque de maternage a conduit à un changement du comportement des bébés : après avoir essayé de faire venir des gens par des pleurs prolongés, ils se résignaient : calmes dans leur lit, ils s'autostimulaient (balancements, jouaient avec leurs pieds et leurs mains de façon répétitive...). Lassés et déprimés par le manque d'interactions et d'échanges affectifs, ils devenaient apathiques, le regard dans le vide. Ainsi des bébés auxquels on apportait les soins de base nécessaires se laissaient mourir par manque de maternage.

¹² Représentations et comportements alimentaires

Dans la lignée des recherches de Spitz, Bowlby a mis en place une expérimentation. Des bébés gorilles sont placés dans une cage avec deux mannequins gorilles : l'un en fil de fer donne du lait et permet donc au petit gorille de se nourrir ; l'autre est recouvert de fourrure, dégage de la chaleur artificielle mais n'offre aucune nourriture. Les petits gorilles choisissent tous de rester avec le mannequin gorille en fourrure qui dégage de la chaleur mais pas de nourriture et se réfugient contre lui en cas de danger.

Cette expérimentation associée à d'autres observations dont celles de Spitz précédemment citées ont abouti à la théorie de l'attachement : *l'attachement à la mère ou à un substitut maternel est un besoin primaire, aussi important pour la survie de l'enfant que les soins quotidiens.*

Nourrir un enfant, assurer les soins quotidiens constituent les moments d'échanges privilégiés entre l'enfant et son substitut maternel ; la façon de donner les soins quotidiens est aussi importante que le fait de les donner. Durant les premières semaines, l'essentiel des contacts se produira au moment de l'allaitement ou de la prise de biberon. La vision du bébé est d'ailleurs parfaitement ajustée à la distance entre le sein où il tète et le visage de sa mère (elle est claire et précise entre 20 et 25 cm) et favorise les échanges de regards. Par la suite, la connaissance du monde extérieur continue à se faire en portant tous les objets à sa bouche, montrant l'importance de l'oralité chez le jeune enfant.

Un enfant dénutri (en excluant les cas des enfants malades et les situations de famines généralisées) nous alerte sur des difficultés relationnelles.

Nourrir s'inscrit donc dans les échanges entre l'enfant et le monde extérieur. La relation mère/enfant et la nutrition interagissent et l'on peut faire l'hypothèse que les situations conflictuelles, les crises, les événements traumatisants ont une influence négative sur cette relation et par conséquent sur la nutrition.

2.2. Se nourrir : l'enfant plus âgé et l'adulte

Le rapport à la nourriture de l'enfant plus âgé et de l'adulte est fortement influencé par ses expériences précoces. Des relations précoces positives vont lui permettre d'associer la nourriture aux notions de plaisir, de partage et de goût de vivre¹³. Au contraire, des relations conflictuelles dans la petite enfance, une souffrance psychique, un mal-être actuels peuvent entraîner des pathologies alimentaires tel que l'anorexie et la boulimie. La dépression ou des symptômes dépressifs concomitants à un traumatisme psychique limitent également l'appétence. Il est donc utile d'être attentif à cette dimension dans la prise en charge. Parfois c'est en redonnant goût à la vie que l'on redonne envie de s'alimenter.

¹³ Cette représentation de la nourriture est cependant très fortement influencée par la culture occidentale.

2.3. La faim

Maintenant que nous avons quelques éléments sur qu'est-ce que nourrir un enfant et se nourrir, on peut s'interroger sur ce qu'est avoir faim, sur le plan psychologique, physique, culturel et selon le mandat d'ACF.

La seule référence qui me vient à l'esprit concernant l'impact psychologique et physique de la faim est L'espèce humaine (cf bibliographie). Antelme y décrit très bien les changements de comportements et de pensée : la douleur du corps, la difficulté à se concentrer, la focalisation de l'attention sur la nourriture, l'agressivité engendrée. Qui n'a pas entendu parler de parents, poussés par une force irrésistible, qui ont volé du pain à leur enfant dans les camps de concentration, se sentant par la suite coupables et complètement dégoûtés d'eux-mêmes ? La faim est sans aucun doute, une arme et un moyen d'avilissement des hommes qui entraînent perte de la dignité et limitent toutes les formes de solidarité sociale (les nazis l'avaient bien compris et nous trouverions sûrement des données en nous penchant sur les écrits liés aux expériences concentrationnaires).

Sur le plan anthropologique, quelles représentations de la faim a-t-on dans des cultures différentes ? la faim n'est pas toujours ressentie en tant que telle et des situations de faim sont considérées comme normales à certaines saisons. D'ailleurs, la nourriture n'est pas toujours ressentie comme une priorité et il est intéressant d'observer la place qu'occupe l'alimentation dans l'échelle des valeurs du peuple.

L'apport de nourriture s'effectue souvent en fonction des capacités de chacun à subvenir aux besoins de la communauté (la plus grande part de la nourriture ira par exemple aux hommes qui chassent ou travaillent) et la malnutrition de l'enfant ou de certains individus peut être acceptée ou traitée avec indifférence au niveau du groupe.

Son aspect collectif ou individuel peut également influencer la perception que l'on en a :

« la famine peut être nommée et dite lorsqu'elle s'applique à une collectivité confrontée à une calamité. Cette question se pose différemment lorsque l'on passe du collectif à la première personne. Cette proposition serait génératrice de honte puisqu'elle signifierait que les réseaux de solidarité familiale n'ont pas fonctionné » (Bouville, 1996 en bibliographie).

Voilà pour une partie de l'Afrique et ailleurs ? Quelles conséquences sur ce que l'on vit quand on a faim, sur la façon d'accepter un traitement ?

Je reconnais que les quelques éléments que je cite, sont un peu simplistes mais une ONG dont la spécificité est la lutte contre la faim ne se doit-elle pas d'avoir une réflexion permanente sur la nutrition, la malnutrition et la faim au-delà de son aspect physiologique. En effet, sur le rapport à la nourriture et à la faim convergent des éléments symboliques, religieux, identitaires, sociaux, anthropologiques, psychiques et physiologiques.

3. Comprendre l'impact des aspects psychologiques dans le déclenchement et/ou l'aggravation de la malnutrition

Ce chapitre fait suite à l'argumentaire théorique sur l'intérêt d'une prise en charge plus globale de la malnutrition écrit par Franck Flachemberger, nutritionniste à Handicap International. Ce travail sur les liens entre culture, psychisme et malnutrition n'est plus tout à fait d'actualité dans la description des paradigmes explicatifs de la malnutrition et ne différencie pas la malnutrition chronique de la malnutrition aigüe. Cependant, ce qui me semble important à retenir ne concerne pas les données théoriques de la malnutrition (je crois que nous avons les modules nécessaires à ACF) mais bien l'approche plus globale qu'il en propose.

Nous nous appuyerons sur les principaux éléments mis en évidence dans cette synthèse bibliographique pour apporter des propositions d'amélioration de la prise en charge des bénéficiaires à ACF.

Comment les aspects psychologiques et la malnutrition interagissent ? Nous verrons qu'il y a des facteurs psychologiques directement liés à la malnutrition¹⁴ (facteur de risque ou conséquence) auxquels se surajoutent les facteurs psychologiques spécifiques aux contextes d'intervention d'ACF que nous avons décrits dans la première partie de cet argumentaire et dans le document sur les traumatismes psychiques en annexe.

Nous distinguerons les problématiques de l'enfant et de l'adulte parce que les causes, les enjeux et les réponses à apporter sont différentes (cf. chapitre 3.3, pour une approche plus globale de la nutrition).

3.1. Chez l'enfant

Les éléments psychologiques interviennent à deux niveaux, à la fois en tant que facteur de risque supplémentaire de la malnutrition mais aussi comme conséquence de la malnutrition.

3.1.1. En tant que facteur de risque dans les malnutritions chroniques et aiguës :

a. Dans les situations chroniques :

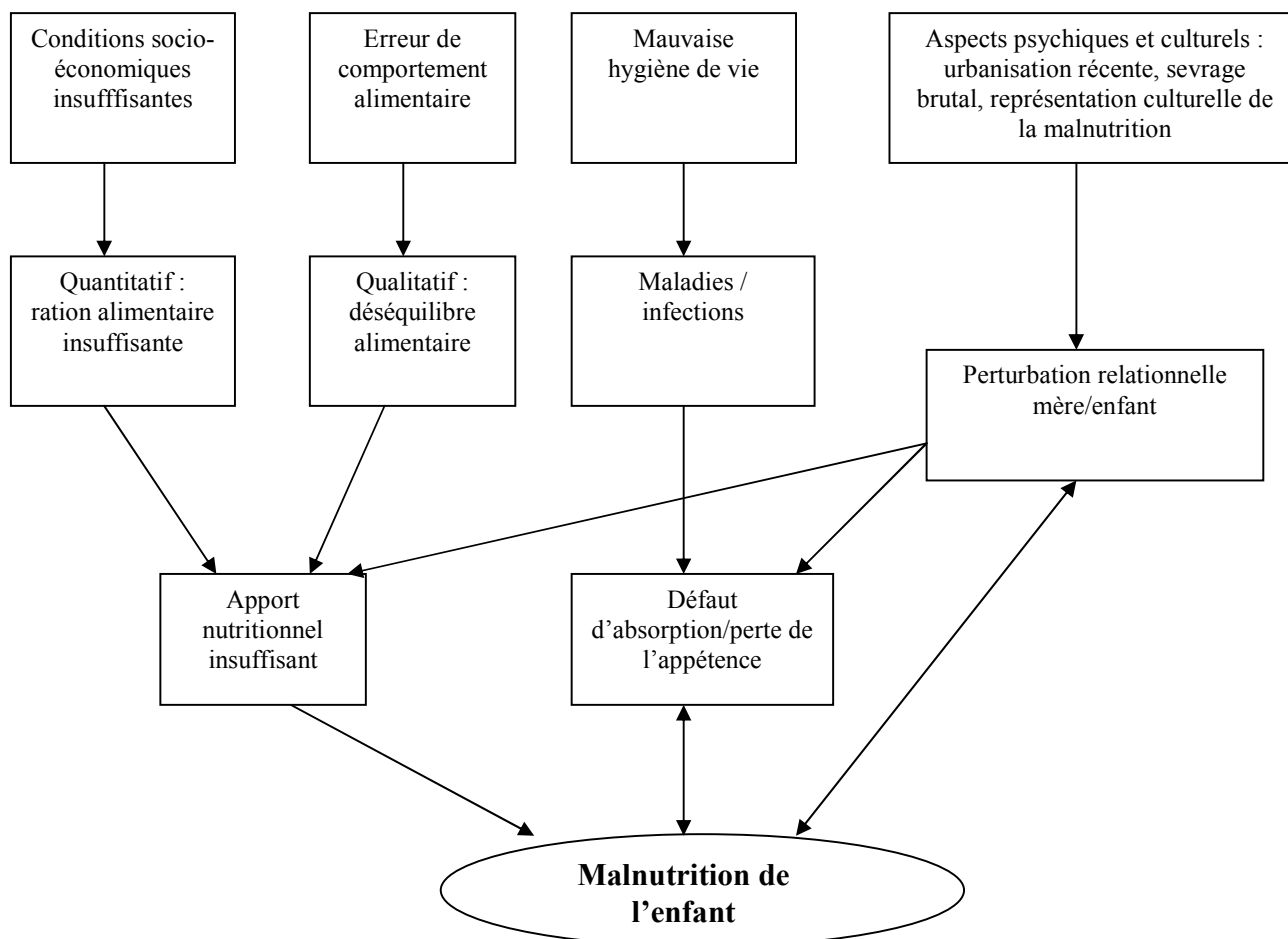
On peut se demander :

- pourquoi certains enfants, à niveau socio-économique comparable, développent une malnutrition et pas les autres ?
- Pourquoi au sein d'une fratrie, un enfant va être dénutri et pas les autres ?

¹⁴ Ainsi le terme *kwarshiorkor* ne signifie-t-il pas « enfant malade à cause de l'éloignement de sa mère enceinte » (qui va à ce moment-là chez sa propre mère). Ce savoir linguistique, préexistant à l'arrivée des Occidentaux, met l'accent sur l'importance de la relation mère/enfant, et non sur les carences alimentaires dans la malnutrition.

Les différentes études effectuées montrent qu'une relation mère/enfant non satisfaisante peut être un facteur déterminant dans le déclenchement et/ou l'aggravation de la malnutrition. Bouville pose ainsi « l'hypothèse d'un dysfonctionnement initial de la relation enfant/entourage entraînant la malnutrition de l'enfant. Cette hypothèse doit être considérée en conjonction avec d'autres facteurs de risque dont seule l'interaction concourt en définitive à produire et aggraver les symptômes, ces derniers aggravant la relation par moins d'attrait réciproque. »

Les causes de la malnutrition

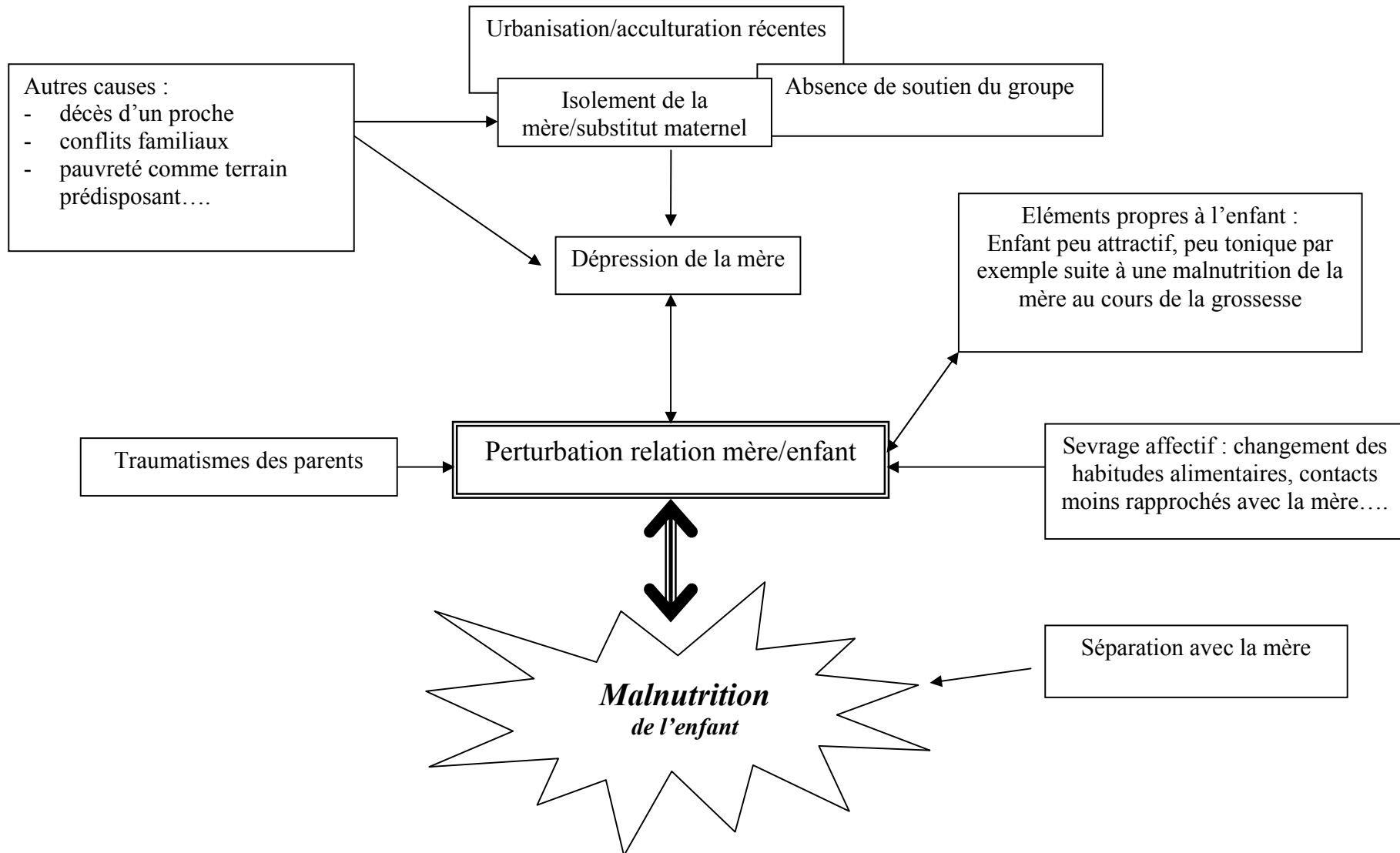


En cas de dysfonctionnement de la relation mère-enfant préexistant à la malnutrition, on peut faire l'hypothèse que les abandons du traitement sont plus fréquents et qu'au moment du retour au domicile, les risques de rechute sont plus importants si aucune intervention n'a favorisé l'amélioration de cette interaction.

Vous trouverez sur le schéma page suivante les principales causes de la perturbation de la relation mère-enfant aboutissant à la malnutrition d'après les différentes études citées dans la bibliographie. Cependant, nous devons prendre en considération le fait que les recherches effectuées portent sur des pays stables. Je parierais volontiers que des guerres et des crises récentes exacerbent les difficultés relationnelles mère/enfant :

- de façon directe : traumatismes psychiques qui génèrent une augmentation de l'irritabilité, de l'agressivité, de la violence, un isolement, un repli sur soi et un manque de capacités à s'investir dans l'avenir ; augmentation des dépressions qui entraînent une grande fatigabilité, un manque d'intérêt pour soi et l'environnement, l'envie de mourir...
- de façon indirecte : destructuration sociale, absence de support du groupe pour l'éducation des enfants, perte des membres de la famille et deuils, pauvreté...

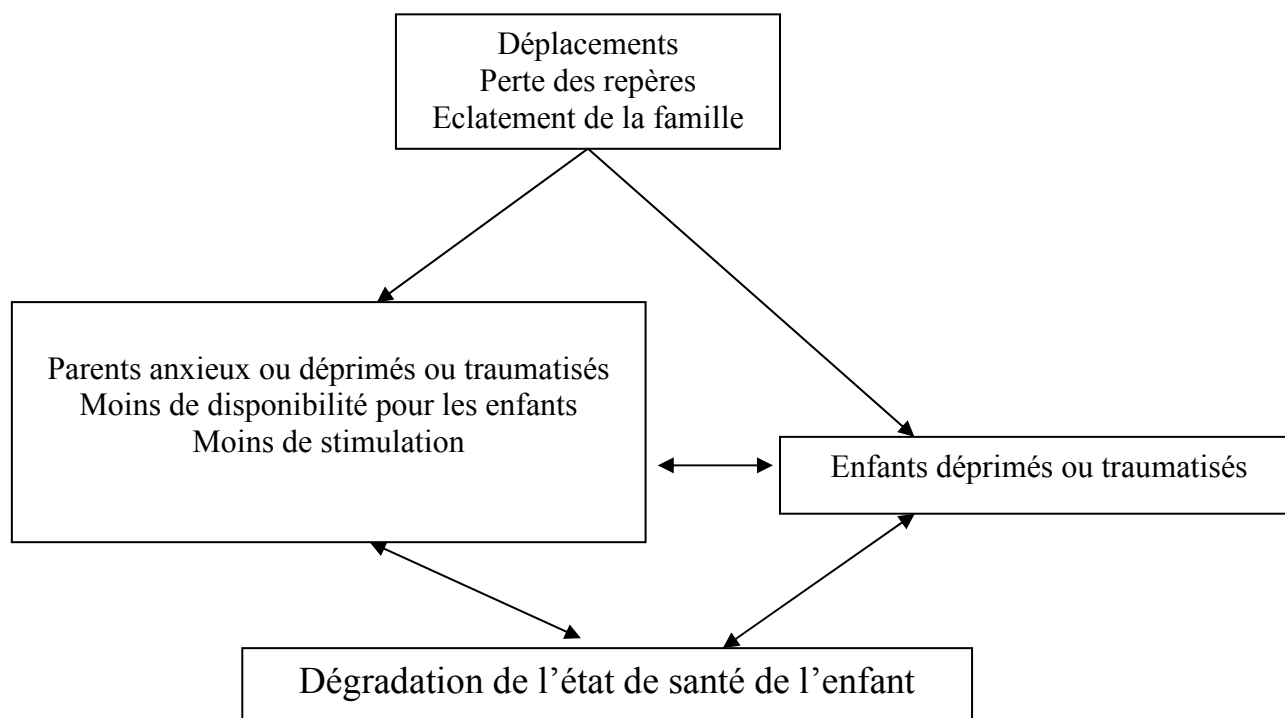
FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIOLOGIQUES INTERVENANT DANS LA MALNUTRITION EN SITUATION CHRONIQUE (d'après les études citées dans la bibliographie)



b. En situation d'urgence :

Les facteurs socio-économiques et d'accès à la nourriture sont bien sûr beaucoup plus déterminants dans l'apparition de la malnutrition. Cependant, je ne pense pas qu'il faille pour autant exclure les aspects psychologiques. D'une part, s'il existe des dyades dysfonctionnantes en temps normal, je ne vois pas pourquoi elles n'existeraient plus en situation de crise. D'autre part, le contexte en tant que tel augmente les difficultés. En effet, les adultes sont vulnérabilisés, anxieux, dépressifs parfois traumatisés. Ils tentent d'assurer leur survie et celle de leurs enfants. La disponibilité et l'attention qu'ils peuvent fournir à leur famille s'en trouvent parfois très limitées, se réduisant à de purs gestes mécaniques. Les enfants eux-mêmes subissent directement les effets des guerres et des conflits et doivent aussi faire face à la souffrance de leurs parents et à leur incapacité à les protéger.

Ces éléments constituent des facteurs aggravant la situation de malnutrition.



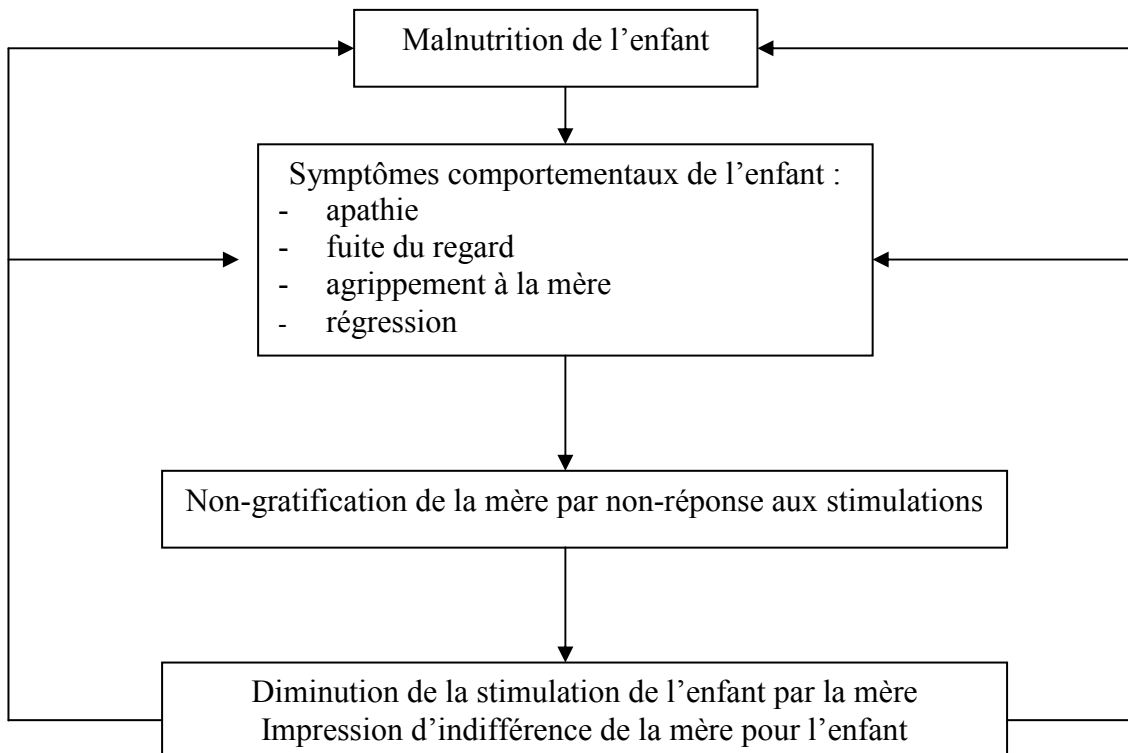
3.1.2. En tant que conséquence immédiate de la malnutrition aigue :

a. Les symptômes comportementaux de la malnutrition :

Quelle que soit son étiologie, la malnutrition génère des comportements spécifiques chez l'enfant qui vont jouer un rôle non négligeable dans les capacités de réactions des mères dans la réussite de la prise en charge thérapeutique.

L'enfant atteint de kwarshiorkor est apathique, irritable, pleure, régresse, s'agrippe à sa mère. Ces comportements ont souvent une influence négative sur la relation mère/enfant et se

transforment rapidement en cercle vicieux. Les enfants atteints de marasme sont plus vifs, à l'écoute, suivent du regard et restent donc plus gratifiants pour leur mère. Cependant, on sait que ces deux tableaux cliniques sont souvent mêlés et que l'enfant très affaibli répond peu aux stimulations, cesse de sourire, de jouer, le rendant étranger à ce que son entourage connaît de lui.



b. L'impact de la douleur et de l'affaiblissement général de l'enfant :

Pendant longtemps en France, nous avons sous-estimé la douleur, les souffrances physiques et psychiques qu'entraîne un affaiblissement général de l'état de santé des bébés parce qu'ils ne se plaignent pas avec des mots et ne disent pas leur peine. Cependant, leurs chouinements, les pleurs, les grimaces, leur air triste nous laissent deviner combien leur corps est douloureux, à bouger et à soigner avec précaution. Trop souvent, nous méconnaissons la douleur de l'enfant liée à la malnutrition et aux gestes médicaux que son état nous impose. Nous oublions de prendre un temps pour rencontrer la mère et l'enfant, leur expliquer les actes que nous faisons et pourquoi, sûrs que nous sommes de la justesse et de la nécessité de nos interventions médicales. Mais les patients eux, n'ont pas ces informations et ressentent d'autant plus vivement la violence des soins qui leur restent incompréhensibles et imprévisibles. Il n'y a qu'à entendre les cris de l'enfant que l'on allonge sur le mètre pour le mesurer : est-ce qu'on va lui faire du mal, le piquer. Juste lui dire que nous allons voir combien il est grand, que sa maman reste là et le tient, que ça ne fait pas mal, prend une minute. Est-ce qu'on manque tant de temps ?

3.1.3. En tant que conséquence à moyen et long terme

Nous possédons assez peu de données longitudinales sur le développement psychologique à long terme des enfants atteints de malnutrition. Cependant, la plupart des études montrent des déficits intellectuels à long terme chez des enfants ayant été sévèrement malnutris sur une longue période sans que l'on sache s'ils sont imputables à des éléments biologiques ou à un déficit des relations sociales dans la petite enfance.

Les aspects psychologiques constituent donc un facteur déclenchant et/ou aggravant de la malnutrition chronique ou aiguë de l'enfant, dont on doit tenir compte dans le cadre des traitements proposés.

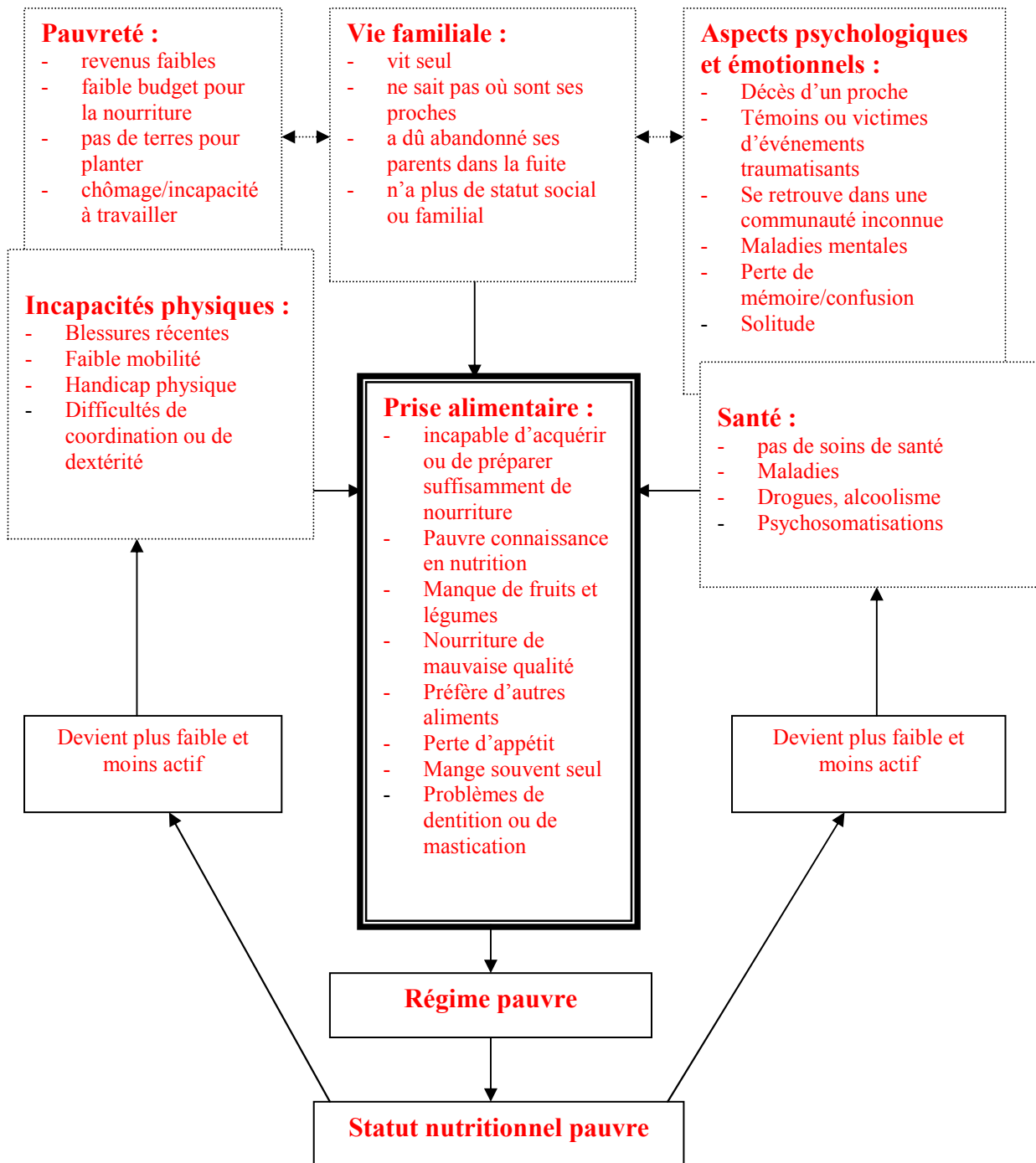
3.2. Chez l'enfant plus âgé et l'adulte

Il existe beaucoup moins de données sur les aspects psychologiques de la malnutrition chez l'adulte et je me sens donc quelque peu démunie pour traiter le sujet. En psychopathologie, on sait qu'il existe des déviances alimentaires en lien avec des pathologies mentales : anorexie, boulimie, perte d'appétit chez les personnes déprimées, suicidaires.

Les situations dans lesquelles ACF est amené à traiter de la malnutrition adulte sont les contextes d'urgence où la cause visible est le manque d'accès à la nourriture. Mais les conséquences psychiques de telles situations n'ont-elles pas un impact sur la malnutrition ? Les traumatismes et les souffrances psychiques perturbent le suivi et l'efficacité du traitement des adultes, dénutris ou accompagnants, comme des enfants. En situation de guerre, qu'est-ce que cela veut dire de se nourrir ? Qu'est-ce que cela veut dire pour un enfant de vouloir se nourrir, de vouloir grandir dans un monde d'horreurs, de devenir comme ces adultes qui l'attaquent ou ne sont pas capables de le protéger et de subvenir à ses besoins ? Qu'est-ce que cela veut dire pour un vieux d'avoir été laissé par sa famille parce que l'on était trop faible pour fuir avec eux ? A-t-on vraiment envie de manger, de reprendre des forces, de vivre quand on a vu mourir des membres de sa famille, détruire sa maison, que l'on a pas été capables de protéger ses enfants ? ? ? Dans des CNT, où les bénéficiaires sont prostrés, n'en finissent pas de revivre leur exode, commettent des infanticides, tentent de se suicider, quel sens cela a-t-il de se réalimenter, de se soigner ?

A ma connaissance, seule l'ONG helpage travaille sur la malnutrition des personnes âgées. Je vais reprendre ici quelques données que l'on trouve dans leur guide « assessment and evaluation ». En principe, ces éléments concernent les personnes âgées mais je pense qu'ils peuvent nous aider à comprendre la malnutrition de tous les adultes, vieux ou non.

Helpage développe le concept de vulnérabilité nutritionnelle, basée sur un certain nombre de facteurs de risque qui sont en interrelation. Sans prétendre être exhaustif, ce schéma (que j'ai un peu modifié pour ACF) a le mérite de montrer que de nombreux éléments sont en jeu dans la malnutrition qui vont varier en fonction des contextes et des individus.



ACF pourrait également mener des recherches et aider à la compréhension des causes de la malnutrition chez l'adulte, des liens entre santé mentale et malnutrition et s'en servir ensuite pour améliorer son traitement par une approche plus globale.

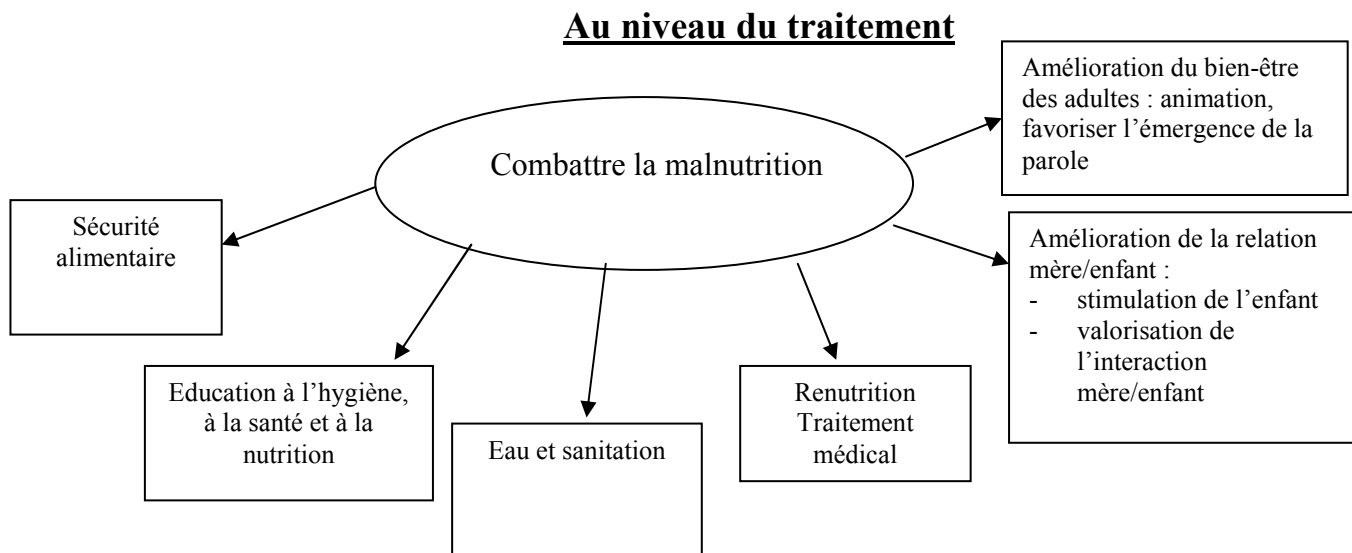
3.3. La nécessité d'une approche globale dans les CNT :

Deux éléments complémentaires justifient la mise en œuvre d'un approche plus globale du traitement dans les CNT :

- l'existence d'interactions entre la malnutrition et la santé mentale dont j'espère vous avoir convaincus dans les paragraphes précédents.

Le caractère multifactoriel de la malnutrition en interdit une approche unilatérale. Que l'aspect psychologique ait joué ou non un rôle dans l'étiologie, il faut forcément l'inclure dans le traitement de récupération, d'autant que la seule séquelle à long terme de la malnutrition sévère de l'enfant semble être le retard intellectuel et un appauvrissement des relations sociales selon l'intensité et la durée de la malnutrition.

- la spécificité des bénéficiaires des CNT qui vivent ou ont vécu dans des situations de guerre ou de grandes violences.



Toutes ces données théoriques sur les liens entre santé mentale et malnutrition existent depuis les années 60/70, et pourtant, il semble qu'elles aient rarement donné lieu à des programmes pluridisciplinaires à visée préventive ou curative. Pourquoi ? Ce document va-t-il lui aussi rester lettre morte ?

| |
|--|
| <p style="text-align: center;">V. Les activités à mettre en œuvre pour intégrer les dimensions culturelles et psychologiques dans le traitement de la malnutrition.</p> |
|--|

C'est sur les CNT que porte ce projet-pilote : l'accès aux bénéficiaires y est plus facile et la responsabilité d'ACF y est très grande : comment par l'aménagement du CNT, l'accueil et les conditions de vie offerts aux bénéficiaires, l'écoute, ces quelques semaines peuvent être vécues comme un passage sombre où l'on a été totalement dépendant (mais nourri), perdu, vulnérable ou au contraire, comme un temps où l'on s'est ressourcé, où l'on a pu parler et se préparer à vivre une nouvelle étape ?

Je ne parle pas ici de faire des miracles, il est certain que des personnes en très grande souffrance psychique ne vont pas retrouver leur joie en un mois mais on peut peut-être les aider à reprendre un peu confiance en elles et dans les autres et favoriser, pour ceux qui le souhaitent, des espaces de paroles et d'échanges afin de les aider à sortir de leur isolement et de leur mal-être, et sans pour autant jouer aux apprentis-sorciers.

Objectifs de l'intégration des dimensions psychologiques et culturelles dans les CNT :

- renforcer la prise en charge médico-nutritionnelle
- diminuer les abandons et les rechutes
- améliorer notre compréhension de la malnutrition et de ses causes et pouvoir mettre en place des programmes adaptés en terme de prévention
- améliorer le bien-être des bénéficiaires et prendre en compte les traumatismes subis
- prévenir l'instauration de séquelles psychologiques à moyen et long terme
- renforcer notre impact en matière d'éducation à l'hygiène et à la nutrition

1. Améliorer l'aménagement du CNT (Stéphane Doyon, responsable logistique ACF)

L'ensemble de cette démarche d'amélioration de l'aménagement des centres vise à favoriser le processus de guérison en prenant en compte non seulement l'aspect technique mais aussi humain.

La construction d'un centre nutritionnel doit répondre à deux types de critères ou de normes :

- Des critères ou normes de construction :

Ces critères regroupent les normes de constructions ainsi que l'agencement du centre dans un objectif de fonctionnalité. Seront pris en considération l'hygiène, la sécurité, la santé, les flux, la fonctionnalité etc.

- Des critères de « bien être » :

Ces critères regroupent tous les aspects relatifs au « cadre de vie » ou « aux conditions de vie ». C'est la décoration, la création d'espace de repos, de réunion ou de détente. Ces critères doivent être pris en considération dès la construction du centre. De cette manière, l'agencement du centre remplit les normes relatives à la construction, la fonctionnalité (hygiène, flux etc.) et comprend l'aménagement de l'espace et des conditions de vie comme objectif.

Les normes de construction :

Pour définir celles-ci il convient tout d'abord de définir le cahier des charges relatif à la construction du centre nutritionnel thérapeutique.

Il faudra évaluer :

- La capacité du centre ou le nombre de personnes qu'il est prévu d'y accueillir
- Le type de bénéficiaires : adultes, enfants, accompagnants
- Le mode de traitement (24 heures, centre fonctionnant uniquement de jour)
- Les possibilités de référencement ou non des patients (si pas de possibilité il faudra dans certains cas « médicaliser » le centre, créer des structures d'isolations pour certaines pathologies etc.)
- Les conditions climatiques (chaud, froid, pluie)

Une fois le cahier des charges défini, il faudra appliquer les normes suivantes lors de la construction du centre :

Superficie d'une phase = Nombre de personnes (y compris les accompagnants) x 3,5 à 4,5 m²

Nombre de litres d'eau par jour = Nombre de personnes x 40 à 60 litres (personne résidant dans le centre ie CNT) ou x 5 litres (personne en visite ponctuelle)

Nombre de latrines = 1 latrine pour 20 personnes

Nombre de douches = 1 douche pour 20 personnes

Aire de lavage = 1 aire pour 50 personnes

Ces normes constituent un repère que l'on doit s'efforcer d'atteindre. En période d'urgence ou d'ouverture, nous aurons souvent du mal à les respecter mais elles devront constituer un objectif à atteindre, dès la phase d'ouverture accomplie.

Pour répondre à des critères de confort et de bonne prise en charge, un centre ne devra pas excéder les 200 patients (400 personnes en comptant les accompagnants).

Il faudra prévoir en plus des phases la construction des bâtiments suivants :

- Entrepôt
- Cuisine
- Salle d'enregistrement
- Aire de jeux
- Salle de repos pouvant servir à l'animation et à l'éducation pour la santé

Toutes ces indications devront faire l'objet d'un plan qui nous servira de document de référence pour la construction du centre et le choix de l'emplacement de chaque structure.

L'aménagement du centre ou des conditions de séjour :

Lorsqu'un patient arrive dans un centre nutritionnel thérapeutique, il sort dans bien des cas d'un long exode fait de souffrances et de traumatismes physique et psychologique. Son état de malnutrition sévère peut être considéré comme la conséquence ultime de son exode. Son passage dans le centre va lui permettre de se réhabiliter physiquement pour redevenir en bonne santé avec un statut nutritionnel normal.

Ce passage constitue aussi une étape de transition où le patient vient de sortir d'une période souvent traumatisante, et même si celui-ci sort du centre guéri, son avenir demeure

malheureusement dans bien des cas incertain. Il est donc important que cette étape lui permette de se réhabiliter non seulement physiquement mais aussi psychologiquement.

Arrivé dans le centre, le patient est hospitalisé pour un séjour moyen d'environ un mois (25 jours en moyenne). Durant ce séjour, il n'a dans la plupart des cas pas l'occasion de sortir du centre. Il est soumis à un traitement rigoureux que l'on peut comparer à une diète puisqu'il ne pourra ingérer lors de son séjour que les produits nutritionnels composant son traitement.

Il est important dans ce cadre de faire en sorte que les conditions de vie des patients soient les meilleures possibles. Cet objectif doit dans ce cas impérativement être intégré lors de la phase de construction ou d'élaboration du centre nutritionnel qui se fera dans la plupart des cas en deux phases :

- *La phase d'ouverture d'un centre nutritionnel*
- *La phase de consolidation ou d'aménagement*

La phase d'ouverture d'un centre nutritionnel

L'objectif est ici dans la majorité des cas d'ouvrir le centre nutritionnel le plus rapidement possible de façon à pouvoir prendre en charge les patients le plus rapidement possible. La priorité est donc d'avoir un centre avec les minima fonctionnels tels que :

- Les phases d'hospitalisation
- La salle d'enregistrement ou d'admission
- La cuisine
- L'entrepôt
- Les latrines
- Les douches

L'objectif de cette phase d'ouverture est le traitement de la malnutrition sévère.

La phase de consolidation

Le centre étant devenu fonctionnel et répondant aux critères de traitement de la malnutrition sévère, cette phase nous servira à en améliorer les conditions de vie ou de séjour si cela n'a pu être fait lors de la phase d'ouverture.

Pour que cela puisse se faire, il est important d'intégrer lors de la phase d'élaboration ou de construction du centre cet objectif de façon à avoir créé les espaces suffisants pour construire toutes les installations visant à améliorer les conditions de séjour et avoir prévu leur emplacement.

Ces différents espaces ou structures sont les suivants :

- Aire de jeu séparées des phases
- Salle de repos pouvant servir à l'éducation pour la santé
- Cuisines pour accompagnants
- Coins-jeux dans les phases

De plus, il conviendra d'améliorer l'espace de vie en s'efforçant de décorer le centre de façon à lui donner un aspect convivial et confortable. La *décoration* est plus importante qu'on ne l'imagine : un environnement austère, ressemblant à un hôpital, n'est pas dynamisant. Des bâtiments vétustes, des constructions non entretenues peuvent renvoyer aux bénéficiaires une image d'eux-mêmes dévalorisantes. Ils doivent déjà supporter l'absence d'intimité, la proximité, les bruits de tous ; essayons de rendre l'atmosphère plus conviviale et plus

accueillante en utilisant des couleurs et en offrant de bonnes aérations pour préserver de trop de chaleur.

2. Adapter notre accompagnement aux bénéficiaires en fonction des différentes phases

Nous distinguons la prise en charge des dyades mères/enfants dénutris et celle des adultes dénutris. La mère est entendue ici au sens large de substitut maternel c'est-à-dire l'accompagnant de l'enfant au CNT même si pour comprendre les causes de la malnutrition et assurer une meilleure prise en charge après la sortie du CNT, il serait préférable que ce soit la personne qui s'occupe habituellement de l'enfant qui soit l'accompagnant au sein du CNT.

J'ai choisi de différencier l'accompagnement des bénéficiaires du CNT en situation chronique et en situation d'urgence car les processus psychologiques ne sont pas les mêmes. J'ai bien conscience du caractère artificiel de cette césure. Accordons-nous sur le fait qu'en situation chronique, la nourriture est plus accessible, les conditions de sécurité acceptables, et que la pauvreté constitue une cause majeure de la malnutrition.

Mais gardons à l'esprit que les bénéficiaires que nous rencontrons sont eux aussi passés auparavant par des événements très traumatisants dans les mois ou les années précédentes et que les répercussions psychologiques de tels phénomènes ne se cicatrisent pas facilement et guident toujours certains de leurs comportements même si c'est moins flagrant au premier abord.

2.1. En situation chronique

On rencontre essentiellement des bébés et jeunes enfants dénutris dans ces contextes, c'est pourquoi nous nous baserons essentiellement sur la dyade mère/enfant dans ce chapitre.

Nous allons reprendre le parcours de la dyade mère (ou substitut maternel) et l'enfant au sein du CNT, en insistant sur la relation mère/bébé qui comme nous l'avons vu ci-dessus, est un facteur déterminant en situation chronique.

Au moment de l'accueil :

Les mères arrivent très inquiètes pour leur enfant, culpabilisées par sa dénutrition. Elles se sont parfois rendues à plusieurs reprises à l'hôpital ou auprès de guérisseurs traditionnels, ce qui explique la période longue entre le début de la maladie et leur arrivée au TFC. Elles se sentent découragées, n'ont plus beaucoup d'espoir que leur enfant vive et guérisse. Pour venir et se rendre disponible pour plusieurs semaines hors de la maison, elles ont dû s'organiser, trouver des personnes qui s'occupent du reste de leur famille, et laisser leur commerce ou leurs études.

Le premier contact avec le personnel du centre doit être chaleureux et rassurant : décrire à la mère et à l'enfant le déroulement de leur séjour dans le centre, leur faire visiter le centre, accompagner de paroles les gestes techniques nécessaires, associer les symptômes de l'enfant à la malnutrition (régression, apathie, anorexie...). Le refus de manger peut par exemple, être interprété par la mère comme le refus de l'enfant de son sein ; le resituer dans le cadre de la maladie relativise cette lecture de l'anorexie.

On peut associer à la personne qui fait l'enregistrement, un travailleur social ou un éducateur qui jouera un rôle de liaison entre les bénéficiaires et les équipes médicales tout au long du

séjour et sera plus particulièrement chargé de l'observation des mères et des bébés et de l'accompagnement individualisé.

C'est aussi l'occasion pour ce travailleur social, d'une première observation de la relation mère-bébé : comment porte-t-elle l'enfant ? Echantent-ils des regards ? Répond-elle aux demandes de l'enfant ? Le personnel encourage alors la mère à stimuler l'enfant, à lui parler même s'il ne répond pas ou qu'il est trop petit pour comprendre. L'enveloppe créée par les paroles et la stimulation assurent le maintien des relations sociales de l'enfant, son appétence à vivre, développe l'investissement maternel et favorise la reprise de poids.

En phase 1 :

L'état de l'enfant y est critique, les mères sont anxieuses.

L'accompagnement par le staff local doit être informel mais chaleureux : s'asseoir avec la maman et son bébé, discuter de l'histoire de l'enfant, de l'histoire de la mère, de comment elle se sent, de ce qu'elle imagine des causes de la malnutrition de l'enfant...Le suivi est particulièrement important au moment des tétées et de la prise de nourriture ; les mères qui forcent leur bébé ont besoin d'être soutenues : elles sont prises entre la peur que leur enfant meure et la nécessité qu'il prenne le lait. Il faut veiller à ce qu'elles prennent l'enfant correctement dans leur bras (et pas la tête rejetée en arrière par exemple), leur parler pour leur dire de prendre le temps, que l'enfant doit se réhabituer à accepter la nourriture, et mettre en valeur les regards ou les contacts qu'ils échangent. Ces commentaires valorisant la relation mère/bébé détendent la situation et aident la mère à reprendre confiance et à développer des échanges avec son enfant.

La phase 1 est privilégiée pour observer les dyades mère-enfant dysfonctionnelles ; on peut définir un certain nombre de critères qui doivent nous alerter et justifier une attention plus serrée :

- mauvais portage de l'enfant par la mère comme un paquet dont elle ne sait quoi faire
- pas de sourires mère/enfant
- pas d'échanges de regards mère/enfant
- pas de jeux mère/enfant
- mères qui laissent souvent l'enfant seul
- mères qui assurent les soins quotidiens de façon mécanique
- mères qui ne savent pas donner la tétée
- mères très jeunes ou isolées
- premier enfant de la mère
- enfant passé en phase 2 et retransféré en phase 1

Il ne s'agit pas de les surveiller mais de s'asseoir quelques minutes auprès d'elles pour vraiment discuter.

En phase 2 :

Le bébé a commencé à reprendre du poids, il est moins faible et répond mieux aux stimulations ; la mère se sent plus rassurée et disponible pour des échanges plus fréquents.

Une bonne base de discussions est l'introduction d'un questionnaire qui constitue à la fois une source riche d'informations pour mieux comprendre les causes de la malnutrition, recueillir des données utiles à la sécurité alimentaire et mieux connaître les familles. Le travailleur social ne doit pas se limiter aux questions mais profiter de cet entretien pour explorer la situation familiale.

En plus de l'accompagnement individualisé, on peut ajouter d'autres activités récréatives compte-tenu de l'amélioration de l'état de l'enfant :

outre la stimulation des échanges mère/enfant déjà entamée en phase 1, la phase 2 est propice à l'animation plus collective : le surveillant de phase et/ou l'animateur peuvent proposer des activités :

* à des petits groupes d'enfants, toujours en présence de leur mère : chants, jeux de ballons, raconter des histoires, objets à manipuler, petits puzzles... Ces temps peuvent avoir lieu une heure le matin et deux fois une heure l'après-midi par exemple, à heures fixes au cours desquelles les allées et venues sont possibles. Un coin avec des matelas au sol, bien aéré et des jouets à disposition sous la responsabilité d'un personnel du TFC est facilement aménageable.

* On peut également proposer des ateliers conjoints pour les phases 2 et 3 pour les mères accompagnés de leurs enfants :

- création de jouets, de poupées
- théâtre, chants, danse
- ateliers artisanaux en fonction des activités locales habituelles
- jardinage qui peut être mis en place en partenariat avec la sécurité alimentaire pour donner des conseils aux familles sur les semences, le travail des champs...

Les mères sont incitées à ne pas laisser l'enfant seul, à le prendre sur le dos lors de leurs activités quotidiennes.

En phase 3 :

On peut développer encore davantage les jeux et les animations et favoriser également les échanges des enfants entre eux : une natte à l'ombre à l'extérieur peut constituer une aire de jeux agréable.

Le retour à la maison est proche et le travailleur social ou l'animateur qui a suivi la mère au cours de son séjour dans le CNT peut aborder le retour à la maison et préparer la mère et l'enfant à réintégrer leur domicile.

Notons d'ailleurs que parmi les critères de sortie préconisés dans les guidelines de l'OMS sur le traitement de la malnutrition sévère, nous trouvons :

- l'enfant a recommencé à jouer et à sourire
- l'accompagnant est à même de prendre en charge correctement l'enfant

Ces deux éléments non anthropométriques me semblent essentiels et devraient être intégrés dans les guidelines ACF, tout comme la référence systématique à des structures appropriées des mères ayant des problèmes sociaux. ou psychologiques.

Et après ?

Il m'est difficile de ne pas m'interroger sur le suivi des couples mères/bébés à leur sortie du CNT. Si l'on admet qu'un facteur important de la malnutrition des enfants est l'isolement et la dépression des mères, on imagine que le retour à la maison plonge la mère dans les mêmes difficultés qu'avant et constitue parfois un risque de rechute pour l'enfant. Le suivi au centre de nutrition supplémentaire ne permet pas un échange individualisé et est donc très insuffisant pour cet aspect plus psychosocial du traitement.

Je crois qu'il est utile de réfléchir dans chacune de nos missions aux réponses de suivi que nous pouvons offrir aux mères les plus en difficultés en utilisant les ressources existantes dans chaque zone : visites à domicile (plus faciles à mettre en œuvre en ville et dans les camps de

réfugiés), passage hebdomadaire des out-reachers, référence aux community health workers, pour des interventions à la fois en éducation à la santé et à la nutrition mais aussi dans la stimulation de l'enfant.

2.2. Dans les situations d'urgence :

Devant l'afflux des bénéficiaires et le contexte global d'insécurité, nous aurions tendance à moins prêter attention aux aspects psychologiques pour nous centrer sur des aspects plus techniques. Pourtant, tous les éléments décrits dans le chapitre sur les situations chroniques restent pertinents et il faut y ajouter les aspects psychologiques liés aux contextes. Je crois qu'il faut différencier les famines consécutives à des catastrophes naturelles, des famines produites par l'homme. L'impact sur la façon d'appréhender le rapport à la nourriture et aux autres est sans doute différent dans ces deux contextes pour les personnes dénutries. Le fait qu'il s'agisse de l'action volontaire d'un groupe sur un autre associé à une situation dangereuse aboutit certainement à une analyse du phénomène moins fataliste et plus difficilement acceptable.

La population accueillie en urgence est très variée : hommes et femmes de tous âges sont représentés. La dynamique est plus complexe. Les gens ont traversé des épreuves extrêmement difficiles ; leurs comportements s'en ressentent : prostration, état de sidération, bouffées délirantes (« crises de folie »), pleurs, agressivité, irritabilité, peurs, sursauts aux bruits, repli sur soi, nuits peuplées de cauchemars, plaintes somatiques multiples. Parfois, ces comportements n'apparaissent pas immédiatement car les bénéficiaires sont trop faibles ou encore trop préoccupés par leur survie immédiate ; c'est ce que l'on appelle une période de latence. Au fur et à mesure que leur état s'améliore, les difficultés psychologiques, le désir de mourir risquent d'émerger. Parfois, ce sera à la sortie du CNT, parfois des mois ou des années plus tard. Dans tous les cas, on ne sort jamais indemne de la guerre.

Tous les bénéficiaires ont besoin d'être soutenus moralement. Ce que nous pouvons faire à notre niveau, est de leur assurer un confort maximum dans les conditions imposées par le contexte et d'être à leur écoute s'ils entament le récit de leurs expériences. Notre écoute et notre disponibilité dans ces phases critiques n'en sont que plus essentielles. Accueillir ces paroles de souffrances n'est pas facile et peut même être insupportable pour certains ou à certains moments. Il faut connaître ses limites et les respecter.

Pour les *adultes malnutris*, nous veillerons à les responsabiliser et à ne pas les infantiliser ou à les rendre totalement dépendants. Il est indispensable d'accompagner les gestes médicaux de paroles et d'expliquer pourquoi on fait telle chose ou on donne à manger tels aliments et pas un autre. Les individus se sentent davantage reconnus quand on leur parle et qu'on leur dit ce que l'on fait sur leur corps. On les aide ainsi à réinvestir leur corps malade et souffrant.

Le travail autour du départ du CNT est primordial ; en effet, les bénéficiaires ont pu se reposer, ont repris des forces mais ne savent pas ce qu'ils vont trouver à l'extérieur : ils peuvent craindre d'avoir leur maison détruite, d'apprendre le décès de certains membres de leur famille, de se retrouver à nouveau en insécurité. Aborder ces difficultés avec eux, valoriser leurs ressources individuelles, réfléchir aux personnes soutien qu'elles peuvent solliciter aident à penser le départ et à se sentir prêt à y faire face.

Certains groupes de bénéficiaires requièrent une compréhension et une assistance plus soutenue et plus spécifiques même si je reste très prudente et me refuse à stigmatiser :

- *les enfants non-accompagnés* : ils sont très vulnérables. Idéalement, un membre du personnel doit être choisi comme référent pour chaque enfant non-accompagné, assurant un suivi plus proche et veillant au bon déroulement du séjour de l'enfant. Parallèlement, la recherche de la famille est indispensable par ACF ou une ONG partenaire.
- *les femmes violées (et parfois des hommes)* : notons d'abord que nous ne savons pas forcément qui a été agressé sexuellement ou pas (une enquête IRC/UNICEF à Brazzaville a montré que 60% des personnes interrogées répondaient qu'ils connaissaient une personne qui s'était fait violer mais seulement 15 à 20% répondaient par l'affirmative à la question plus directe : avez-vous été violé ?). L'atteinte à l'intégrité physique rend toute action sur leur corps insupportable, notamment si elle est pratiquée par des hommes. Les femmes peuvent ressentir de la honte, désinvestir leur corps, refuser d'en prendre soin et de se nourrir. Elles estiment qu'elles ont été souillées et sont impures. On peut imaginer que des pratiques d'avortement, d'infanticides ou d'abandons d'enfants soient parfois une des conséquences de ces violences sexuelles.

Si elles ont un enfant à allaiter, la vigilance s'impose : le lait a lui aussi été souillé par cet acte de viol et en le donnant à l'enfant, elle lui transmette cette impureté (cf. article de Rigal en bibliographie).

Qu'en est-il des femmes enceintes à la suite de viols ? Comment aimer cet enfant à naître qui leur rappelle sans cesse les crimes dont elles ont été victimes et le pouvoir des agresseurs sur elles ? Comment l'investir, le choyer, l'aimer ?

3. Personnaliser les relations

Afin que chacun se sente reconnu comme sujet et non pas comme un ventre à remplir, il est nécessaire d'éviter l'anonymat et de créer des petits groupes d'entraide où l'on se connaît.

Quelques recommandations très simples :

- se présenter aux gens et leur expliquer nos fonction et rôles
- limiter le nombre de personnes intervenant auprès de chaque bénéficiaire pour que se nouent des relations individualisées
- essayer de connaître les noms d'un maximum de bénéficiaires dont on a la charge (ce qui signifie que le personnel doit être suffisamment nombreux pour avoir un nombre limité de bénéficiaires à gérer)
- constituer des petits groupes de mères qui vont s'aider mutuellement et surveiller leurs enfants respectifs pendant les activités quotidiennes de l'une ou de l'autre
- ne jamais porter de jugement de valeur, ce n'est pas la bonne méthode pour aider les gens à s'exprimer, à échanger, voire à évoluer

4. Mise en place de repères et de routine dans le déroulement quotidien des journées au CNT :

Les bénéficiaires qui arrivent dans les CNT sont souvent des réfugiés ou des déplacés qui ont perdu leurs repères habituels, sont très inquiets et angoissés parce qu'ils ont vécu ou été témoins d'exactions et n'ont plus confiance dans leur environnement et dans les hommes. Pour ne pas augmenter leur angoisse et leur sentiment de dépendance, il est très important de leur donner des repères réguliers (ce qui est facile avec les prises de repas et de médicaments) qui vont leur permettre de maîtriser leur environnement et donc de les rassurer. Dans le

déroulement des journées, il est utile de créer un rythme régulier qui va aider les personnes à structurer les journées (animations, discussions...) et à sortir d'une position d'attentisme.

5. Prendre en compte l'aspect traumatisant de l'histoire des bénéficiaires et de leur situation actuelle :

Prendre en compte et non pas prendre en charge les traumatismes des bénéficiaires : il n'est pas question ici de faire des psychothérapies sauvages ou des débriefing alors que personne n'est formé pour cela à ACF. J'insiste sur le fait que jouer les apprentis-sorciers est dangereux non seulement pour les personnes traumatisées dont on risque de faire tomber les mécanismes de défense qui les protègent et les rendre totalement vulnérables mais également pour soi-même car pour entendre la souffrance de l'autre, il faut être armé : avoir un objectif, posséder un savoir sur la santé mentale et bénéficier d'une supervision avec laquelle on retravaille nos émotions, nos sentiments et au cours de laquelle nous analysons notre pratique.

Cependant, j'espère vous avoir convaincus que la santé mentale n'est pas indépendante du fonctionnement physique de la personne et qu'elle doit constituer elle aussi une priorité des programmes ACF, pour des raisons éthiques et pour renforcer l'efficacité de la renutrition. Après avoir saisi l'impact de la santé mentale sur le reste de la vie, chacun comprendra l'intérêt d'en tenir compte et de favoriser au maximum le bien-être des bénéficiaires.

Pour cela, il paraît utile que chaque volontaire possède quelques notions de base sur le traumatisme et ses symptômes, d'être capable de le différencier du stress et de mettre en place des partenariats avec des ONG et/ou des psychiatres et/ou des guérisseurs locaux. On informera de leur existence tous les bénéficiaires arrivant et on pourra référer les personnes qui en feront la demande.

6. Utiliser l'écoute active

Favoriser l'émergence de la parole est très positif ; cependant, quelle attitude adopter lorsque l'on reçoit cette parole ? Ecouter l'autre n'est pas simple et requiert un apprentissage pour ne pas tomber dans l'apitoiement ou dans le jugement. C'est grâce à des processus en jeu dans l'écoute active que les personnes (bénéficiaires, staff national ou expat) auront le sentiment d'être entendues et comprises au-delà d'une écoute plus classique dans le cadre d'un échange. Comment être avec l'autre et qu'une réelle rencontre ait lieu ? Inutile de dire que cela ira mieux, que d'autres ont vécu pire, que même si elle a perdu un enfant, il lui en reste trois ou qu'elle est encore jeune et qu'elle pourra en avoir d'autres... Ecouter, c'est accueillir le récit qui nous est livré avec empathie et sans jugement, en aidant à la poursuite du récit par la reformulation.

Etre à l'écoute, c'est aussi observer l'attitude et la communication non-verbale des bénéficiaires et des accompagnants : on peut prendre le temps de s'asseoir à côté d'une personne qui a l'air triste, ou d'une personne prostrée, lui demander comment ça va, se présenter et lui parler. Chaque jour, quelques mots...

7. Valoriser la relation mère-enfant

Au risque de me répéter, je reprends les principales théories de l'attachement.

Un peu grossièrement, disons que le bébé est totalement dépendant de son entourage, non seulement pour assurer ses besoins physiologiques mais aussi pour répondre à ses besoins affectifs. De nombreuses études en psychologie, notamment les travaux sur l'hospitalisme de Spitz et ceux sur l'attachement de Bowlby, ont prouvé que la relation à l'autre et l'amour sont aussi importants que l'apport de soins quotidiens et de nourriture. La dyade mère-bébé est donc à appréhender en tant qu'unité et le mal-être de l'un aura des répercussions négatives sur l'autre. Ainsi une maman déprimée, traumatisée ou angoissée peut ne plus être capable d'assurer les échanges indispensables avec son bébé et se révéler par une dénutrition ou une dépression du bébé.

Pour les enfants plus âgés, les recherches montrent comme on a pu le voir dans le schéma de Michèle Bertrand que les conséquences psychologiques liées à un traumatisme sont modulées en fonction de la famille (si les parents ont pu protéger leurs enfants, les répercussions seront moindres).

Il est donc indispensable de prendre en compte les enfants mais aussi les adultes sur le plan de la santé mentale puisque le bien-être de l'un a des répercussions sur le bien-être de l'autre.

A ces différents éléments, il faut ajouter les conséquences pour une mère d'observer la malnutrition de son enfant : culpabilité, tristesse qui peut engendrer un rejet de l'enfant ou un comportement que nous pourrions interpréter comme de l'indifférence, la mère étant persuadée que de toutes façons, son bébé va mourir. Bien sûr, il y a aussi des aspects anthropologiques sur lesquels il faudrait effectuer des recherches pour avoir plus d'informations par régions.

La valorisation de la relation mère-bébé, par l'humour, la mise en place d'activités d'éveil, des groupes mères-bébés, peut favoriser une reprise plus positive de la vie mentale des bénéficiaires, éviter certains abandons d'enfants ou des abandons de traitement, diminuer les risques de rechute.

Comment valoriser la relation mère/enfant ?

En mettant en évidence les initiatives et les compétences de l'enfant, en encourageant les initiatives de la mère, en pointant les échanges entre eux : « Il est en train de vous regarder ; il écoute ce que vous dites ; eh oui, on parle de toi avec ta maman ; il vous sourit, il a envie que vous jouiez avec lui ; on est bien dans les bras de maman ; bravo, tu arrives à attraper la balle ; oh là tu n'es pas content que ta maman me parle et ne s'occupe pas seulement de toi ; voilà, vous lui parlez et il s'arrête de pleurer... ». Toutes ces petites phrases décontextualisées paraissent un peu exagérées mais en situation et en fonction du ton que l'on utilise, elles peuvent avoir un impact très rassurant pour la mère et favoriser un autre regard sur son enfant et sur leur relation.

8. Mise en place d'activités pour les enfants (cf. module animation) :

Les enfants, pris dans des situations de guerre, vont exprimer leur angoisse par des manifestations somatiques comme des cauchemars la nuit, des sursauts aux bruits, des comportements agressifs ou d'agrippement à la mère. Si leurs parents sont dépressifs, ils vont prendre la place d'adultes avec une mine studieuse et gérer la famille. Jouer est pour eux, le

moyen de s'exprimer et de rejouer ce qui leur est arrivé pour progressivement le contrôler et arriver à s'en dégager ; c'est aussi un moyen de retrouver sa place d'enfant. En situation de post-urgence et pour les enfants nés après la guerre, nous aurions tort de mésestimer la transmission intergénérationnelle des traumatismes.

En plus de l'aire de jeux extérieure et de jeux spontanés, les animateurs des CNT (au moins un pour 50 bénéficiaires) doivent être à même de proposer des activités variées pour aider les bénéficiaires à surmonter leurs difficultés et reprendre plaisir et goût à la vie.

9. Développer des espaces de convivialité :

Pour les adultes, nous savons que la parole permet de soulager, à défaut de soigner. Les communautés au sein desquelles nous intervenons, peuvent être des ressources pour les bénéficiaires. Nous pouvons tâcher de regrouper les personnes qui le désirent pour renforcer le lien social et créer des lieux de convivialité qui vont être des lieux d'échanges et de paroles. On peut également imaginer des activités adaptées aux pratiques et cultures locales où viendraient les accompagnants qui le souhaitent : l'animation n'est pas seulement réservée aux enfants. Chanter, danser, monter des pièces de théâtre peuvent être des moyens d'expression pour les adultes aussi et l'occasion de s'évader.

Toutes les idées et innovations sont les bienvenues : l'entretien d'un jardin constitue à la fois une activité conviviale où les discussions vont aller bon train, le plaisir de voir pousser la vie à nouveau par le travail de ses mains et l'objet de conseils des équipes de sécurité alimentaire. Les objectifs sont de créer du lien social, d'élargir les temps de convivialité à des aspects qui ne soient pas liés uniquement à la nutrition et de se réinscrire dans une dynamique de vie.

10. Animer des séances d'éducation à l'hygiène et à la nutrition (cf. Chapitre sur meilleure connaissance de l'environnement socio-culturel) :

Dans les phases 2 et 3, les journées peuvent paraître longues malgré les animations proposées et les espaces d'échanges informels. L'animateur ou le responsable de phase peut utiliser une heure un après-midi par semaine pour regrouper un nombre réduit de bénéficiaires (une vingtaine) et animer une séance participative et illustrée sur l'éducation à l'hygiène et à la santé. Les conseils apportés faciliteront également la compréhension des règles imposées au sein du CNT.

Pour tous les programmes

| Objectifs | Avantages | Limites | Activités à mettre en œuvre |
|--|---|--|---|
| <p><i>1. Bonne connaissance de l'environnement socio-culturel et respecter les personnes dans leur globalité</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> - Adéquation des programmes - Compréhension des bénéficiaires - Considérer les bénéficiaires au-delà de leur corps biologique et le personnel au-delà de leurs compétences professionnelles | <ul style="list-style-type: none"> - Prend du temps au début - Peut paraître incompréhensible dans un premier temps - Difficultés liées à la langue, à l'interculturel - Manque de temps - Nombre de personnel | <ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser le personnel du siège - Sensibiliser les volontaires au 1^{er} départ - Elargissement du rôle des CMN et des chefs de mission à la capitalisation des données anthropologiques et à la mise en place de personnes ressources comme médiateurs culturels sur place et à Paris - Capitalisation des données anthropologiques au siège |
| <p><i>2. Former les expatriés à la rencontre avec l'autre</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> - Meilleure communication avec le personnel local et les bénéficiaires et moins de conflits - Rencontres avec les bénéficiaires plus gratifiantes - Meilleure communication au sein de l'équipe expatriée | <ul style="list-style-type: none"> - Dépend de la sensibilité et bonne volonté individuelle - Attention à la systématisation - Que fait-on de ce que l'on récolte ? Garder malgré tout une certaine distance avec le staff pour pouvoir gérer les équipes | <ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser le personnel du siège - Former les volontaires lors de la préparation au 1^{er} départ - Former les CMN - Sensibiliser les chefs de mission - Introduire un paragraphe sur les données anthropologiques à chaque rapport de fin de mission - Critères de sélection des volontaires (motivation) |

| Objectifs | Avantages | Limites | Activités à mettre en œuvre |
|--|--|---|--|
| <i>3. Utiliser des méthodes participatives</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Meilleure efficacité, implantation, pérennité des programmes - Crée du lien social | <ul style="list-style-type: none"> - Utiliser les méthodologies existantes et en inventer en fonction des besoins - Prend davantage de temps | <ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser le personnel du siège et travailler par département à des méthodes adaptées au besoins du département pour former les expat et développer les départements techniques - Utiliser des personnes ressources comme le Professeur Chevrolet pour former les expat et aider les départements techniques - Former les expatriés et le personnel local, notamment par l'utilisation de la pédagogie active lors des formations et la reprise possible de ces méthodes sur le terrain |
| <i>4. Renforcer nos partenariats</i> | <ul style="list-style-type: none"> - S'enrichir de l'expérience des autres - Répondre au mieux aux besoins des bénéficiaires | <ul style="list-style-type: none"> - Pas toujours facile de travailler avec d'autres - Changement des habitudes de travail - Connaître ses propres limites | <ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser le personnel du siège et des missions - Formaliser des partenariats (CEDRATE, ERM, HI...) - Mise en réseau et échanges d'informations |

Un nouveau regard sur la nutrition et la malnutrition : au-delà de l'aspect technique

| Objectifs | Avantages | Limites | Activités à mettre en œuvre |
|--|---|---|---|
| 1. <i>Dépasser la dichotomie corps/esprit pour améliorer la lutte contre la faim</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Approche plus globale et innovante des bénéficiaires - Mieux comprendre les représentations culturelles des individus et des maladies | <ul style="list-style-type: none"> - Inhabituel à ACF et par rapport à la médecine occidentale | <ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser le personnel du siège et du terrain - Intégrer cet aspect dans les guidelines - Former les nut et les CMN |
| 2. <i>Intégrer les aspects psychologiques dans notre compréhension de la nutrition</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Mieux comprendre l'impact de la malnutrition en miroir de la nutrition - Elargir notre compréhension des enjeux de la nutrition | <ul style="list-style-type: none"> - Personnel actuel non formé | <ul style="list-style-type: none"> - Former les nut et les CMN - Intégrer cet aspect dans les guidelines - Sensibiliser le personnel du siège et du terrain |
| 3. <i>Les aspects psychologiques dans le déclenchement et/ ou l'aggravation de la malnutrition : au-delà de l'aspect technique</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Comprendre l'enjeu de la nutrition pour le développement au-delà du physiologique - Eviter les jugements de valeur et les erreurs liées à l'ignorance - Prendre en compte la souffrance liée à la malnutrition - Prendre en compte les aspects anthropologiques de l'alimentation et les capitaliser | <ul style="list-style-type: none"> - Personnel actuel non formé - On se sent rassuré par l'aspect technique de la nutrition | <ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser le personnel du siège et les chefs de mission - Former les nut et les CMN : la nutrition est un acte relationnel au-delà du physiologique - Intégrer cet aspect dans les protocoles nutritionnels - Utiliser le rapport santé mentale comme module pour le département nutritionnel |

Les activités à mettre en œuvre pour intégrer les dimensions culturelle et psychologique dans le traitement de la malnutrition

| Objectifs | Avantages | Limites | Activités à mettre en oeuvre |
|---|--|--|---|
| <i>1. Améliorer l'aménagement des CNT</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Peu coûteux - Facile à mettre en œuvre - Amélioration du quotidien des bénéficiaires | <ul style="list-style-type: none"> - N'est pas toujours pensé en termes de priorité - Pas de guidelines pour la construction des CNT où l'on peut intégrer ces éléments - | <ul style="list-style-type: none"> - Intégrer un plan dans les modules nut sur l'aménagement du CNT |
| <i>2. Adapter notre accompagnement des bénéficiaires en fonction des phases</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Amélioration des services offerts - Meilleure connaissance et suivi des bénéficiaires | <ul style="list-style-type: none"> - Embauche de personnel en nombre suffisant - Comprendre que le soin de la malnutrition passe par autre chose que la technique | <ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser le personnel siège et terrain - Former les nut et les CMN - Former le staff et intégrer cette dimension à leur profil de poste - Intégrer cette dimension dans les guidelines |
| <i>3. Personnaliser les relations</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Créer un environnement sécurisant pour les bénéficiaires - Meilleure organisation des équipes - Meilleur suivi des bénéficiaires | <ul style="list-style-type: none"> - Embauche de personnel sensible à cet aspect du soin | <ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser les personnels de terrain - Former les nut et les CMN - Intégrer cette dimension dans les guidelines |

| Objectifs | Avantages | Limites | Activités à mettre en œuvre |
|---|---|--|---|
| <p>4. <i>Mise en place de repères et de routine qui aident les bénéficiaires à contrôler les choses et devenir actifs</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> - assez simple à mettre en place - Appropriation du programme par les bénéficiaires | <ul style="list-style-type: none"> - Les bénéficiaires ne sont pas toujours compétents - Difficile à maintenir quand il y a des imprévus | <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer l'accueil - Expliquer au moment de l'accueil le déroulement des journées - Faire visiter le centre - Utiliser les mères leaders - Planifier les journées et leur organisation avec les membres de la communauté - Maintenir une régularité |
| <p>5. <i>Prendre en compte l'aspect traumatisant de l'histoire des bénéficiaires et de leur situation actuelle</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> - Amélioration des services offerts - Eviter l'enkystement des problématiques psychiques - Favoriser l'émergence de la parole | <ul style="list-style-type: none"> - Difficile d'entendre la souffrance psychique de l'autre - Nécessité que tous soient partie prenante du projet | <ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser le personnel du siège - Sensibiliser les expatriés lors de la formation au 1^{er} départ au traumatisme, tant pour soi en tant qu'expatrié, que pour le personnel local et les bénéficiaires - Aborder les questions de la mort et du travail de deuil en préparation au 1^{er} départ - Former les infirmières nut et les CMN - Sensibiliser les chefs de mission - Prendre le temps d'écouter - Développement d'un réseau de partenaires permettant de référer les personnes qui en ont besoin |

| Objectifs | Avantages | Limites | Activités à mettre en oeuvre |
|---|--|--|--|
| <i>6. Utiliser l'écoute active</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Savoir se positionner par rapport aux bénéficiaires et se montrer attentifs à leurs humanités - Meilleure communication - Avoir réfléchi à ses limites | <ul style="list-style-type: none"> - Prend du temps - La parole peut être comprise comme moins essentielle que l'action - Augmente la vulnérabilité - Bénéficiaires ne veulent plus quitter le CNT | <ul style="list-style-type: none"> - Former les expats lors de la préparation au premier départ - Former les nut + médico-nut + chefs de mission |
| <i>7. Valoriser la relation mère-enfant</i> | <ul style="list-style-type: none"> - essentiel pour éviter les rechutes - Ne nécessite pas de matériel | <ul style="list-style-type: none"> - Prendre le temps de l'observation - Personnel actuel non formé | <ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser le personnel du siège - Former les nut et les coordo-nut +chef de mission - Intégrer cet aspect dans le profil de poste des infirmières-nuts - Favoriser les relations autour des prises de repas, dans les jeux et les activités, dans les groupes mère-bébés - Développer les activités d'éveil - Intégrer cet aspect dans les guidelines - Envoi d'expatriés spécialisés (puéricultrices, psychomotriciennes, éducatrices jeunes enfants) ? |

| Objectifs | Avantages | Limites | Activités à mettre en oeuvre |
|--|---|---|--|
| <i>8. Mise en place d'activités pour les enfants</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Redonner goût à la vie - Notions de plaisir | <ul style="list-style-type: none"> - Equipe habituelle peut s'ouvrir à cet aspect des choses mais manque de temps : embauche de personnel supplémentaire et d'animateurs | <ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser le personnel du siège - Former les nut et les coordo-nut sur l'importance du jeu dans le développement de l'enfant + chef de mission (ERM) - Développer l'animation et les jeux ; - Intégrer cet aspect aux programmes - Respect de la vie d'enfant comme enfant - Embauche d'animateurs compétents ou à former - Développer des partenariats locaux et inter-ONG |
| <i>9. Développer des espaces de convivialité</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Utiliser des ressources locales traditionnelles - Créer du lien social - Rompre l'isolement des bénéficiaires | | <ul style="list-style-type: none"> - Au niveau de la construction, prévoir un espace pour les activités des accompagnants, réfléchir à l'espace dans les différentes phases - Mettre en place des ateliers pour les adultes - Favoriser leur participation et leur implication dans le fonctionnement du CNT |

| Objectifs | Avantages | Limites | Activités à mettre en oeuvre |
|---|---|--|---|
| <i>10. Animer des séances d'éducation à l'hygiène et à la nutrition</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la prévention - Diminuer le taux de rechute - Améliorer l'efficacité de ses séances | <ul style="list-style-type: none"> - Pas un type de séances d'éducation qui marche dans tous les pays - Nécessité de comprendre les données anthropologiques et d'utiliser des méthodes participatives | <ul style="list-style-type: none"> - Profiter du temps libre des bénéficiaires pour faire des démonstrations par petits groupes - Partir de la représentation des bénéficiaires - Connaître les représentations et croyances culturelles - Former les nut + les CMN |

Pour le staff : un certain nombre des éléments décrits ci-dessus auront des répercussions positives également avec les équipes nationales. Cependant, il reste sans doute à imaginer des systèmes spécifiques pour eux, en plus bien sûr, de conditions matérielles correctes. A voir sur le terrain (Cf. II de la seconde partie).

Annexes

1. Bibliographie générale
2. Présentation au Comité Scientifique d'ACF de Philippe Leborgne sur les programmes psychosociaux
3. Les traumatismes psychiques – Cécile Bizouerne
4. Module « animation et stimulation » - Cécile Bizouerne
5. Bibliographie animation et stimulation
6. Articles animation et stimulation :
 - Extrait de Pichard, Claire-Aude, « Jeux d'enfants » in Mansour, Sylvie, *L'enfant et le jeu*, Syros, 1994.
 - Philippe Jeammet, « place du jeu dans le développement » de l'enfant in Mansour, Sylvie, *L'enfant et le jeu*, Syros, 1994.
 - Gannacé, Myrna, « Le jeu, l'enfant et la guerre » in Mansour, Sylvie, *L'enfant et le jeu*, Syros, 1994.
 - Sidoit, Jean-Christophe, « Problématiques liées à la création de centres d'animations dans la bande de Gaza » in Mansour, Sylvie, *L'enfant réfugié*, Syros, 1995.

Bibliographie

Les ouvrages et articles suivis d'astérisques sont disponibles à ACF dans le département médico-nutritionnel ou dans la bibliothèque générale.

1. Représentations culturelles/rencontre avec l'autre :

Brauman (Rony), *Utopies sanitaires*, Le pommier-Fayard, 2000.

De Rosny (Eric), *Les yeux de ma chèvre*, Paris, Pocket, 1981, 1995.*

Doukhan, Fatima, « Cultures et relations thérapeutiques » in *Sud/nord* n°9, 1998, pp. 127-132.

Kristeva, Julia, *Etrangers à nous-mêmes*, Paris, Fayard, 1988.*

Roger-Petitjean, Myriam, « Représentations populaires de la malnutrition au Burkina Faso » in *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 14, n°1, mars 1996, pp17-38.*

Sironi (Françoise), « L'universalité est-elle une torture ? », *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, n°34, pp. 43-58, 1997.*

1. Impact de la guerre sur le psychisme des individus – Programmes psycho-sociaux

Bailly, Lionel, *Les catastrophes et leurs conséquences psychotraumatiques chez l'enfant*, Paris, ESF Editeur, 1996.

Barrois, Claude, *Les névroses traumatiques*, Paris, Bordas, 1988.

Bertrand, Michèle, (sous la direction de), *Les enfants dans la guerre et les violences civiles*, Paris, L'Harmattan, 1997.

Doray, Bernard (sous la direction de), *Les traumatismes dans le psychisme et la culture*, PUF.*

Maquéda, Francis, (sous la direction de), *Traumatismes de guerre – Actualités cliniques et humanitaires*, Editions Hommes et Perspectives, 1999.

Maquéda, Francis, *Carnet d'un psy dans l'humanitaire*, Erès, 1998.*

Maquéda (Francis), « Je suis Français... par les papiers », in *Sud/Nord*, n°9, 1998, pp. 133-149.*

Mansour, Sylvie, (sous la direction de), *L'enfant réfugié, quelle protection, quelle assistance ?*, Paris, Syros, 1995.*

Moro (Marie-Rose), Lebovici (Serge), *Psychiatrie humanitaire en ex-Yougoslavie et en Arménie, Face au traumatisme*, Paris, PUF, 1995.*

Moutin (Pierre), Schweitzer (Marc), *Les crimes contre l'humanité – Du silence à la parole*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, 1994.

Oufkir, M., Fitoussi, M., *La prisonnière*.

Primo Lévi, *Si c'est un homme*

Puget (Janine, sous la direction de), *Violences d'état et psychanalyse*, Paris, Bordas/dunod, 1989.

«Action humanitaire», *Le Journal des psychologues*, n°149, juillet-août 1997.*

«Victimes, nouveaux regards sur le traumatisme», *Le Journal des Psychologues*, n°144, Février 1997.

Medical news MSF, Spécial psy, 1998.*

2. Santé mentale et malnutrition

Document de Handicap International : argumentaire pour une approche psycho-socio-culturelle de la malnutrition par Franck Flachemberg

Antelme, *L'espèce humaine*, Tel Gallimard, 1957 .*

Bonnet, Doris, « la notion de négligence sociale – à propos de la malnutrition de l'enfant » in *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 14, n°1, mars 1996, pp.5-15.*

Bouville, Jean-François, « Aspects relationnels de la malnutrition infantile en milieu urbain africain » in *Cahiers Santé*, 1993, 3, pp. 433-40*

Bouville, Jean-François, « L'approche relationnelle de la malnutrition infantile en milieu tropical » in *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 14, n°1, mars 1996, pp. 103-115*

Brazelton T.B. et al, « The behavior od nutritionally deprived guatemalan infants » in *Develop. Med. Child Neurol .*, 19, 1977, pp.364-372.*

Brunel, Sylvie, *Une tragédie banalisée – La faim dans le monde*, Hachette, 1991.*

Collomb, H., et al., « Circonstances d'apparition des kwarshiorkors hospitalisés dans le Service de Pédiatrie de l'hôpital universitaire de Dakar » in *Bulletin Socio-Médical Afrique Noire en Langue Française*, 1969, t.XIV, 4, pp.809-820.*

Dubois le bronhec, Claudine, « Dimension psycho-affective et culturelle de la malnutrition en côte d'ivoire » in *Lieux de l'enfance*, 1986, 6-7, pp.193-204.*

Elizabeth, K.E., Sathy, N., « The role of developmental stimulation in nutritional rehabilitation » in *Indian Pediatrics*, Vol. 34, august 1997, pp.681693.*

Geber, M., Dean, R.F.A., « Psychological factors in the etiology of kwarshiorkor » in *Bulletin OMS*, XII, 1955, pp. 471-473.*

Grantam Mc Gregor et al, « The long-term follow-up of severely malnourished children who participated in an intervention program » in *Child Development*, 65, 1994, pp. 428-439.*

Guédénéy, Antoine, « Les aspects psychosomatiques des malnutritions protéino-calorique de la première enfance en milieu tropical » in *Psychiatrie de l'enfant*, XXIX, 1, 1986, pp. 155-189.*

Heidelise, A. et al., « The behavior of the full-term but underweight newborn infant » in *Develop. Med. Child Neurol.*, 18, 1976, pp. 590-602.*

Jaffré Yannick, « Dissonances entre les représentations sociales et médicales de la malnutrition dans un service de pédiatrie au Niger » in *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 14, n°1, mars 1996, pp. 41-70.*

Lloyd, J.D., « Intellectual development after severe malnutrition in infancy » in *Pediatrics*, Vol. 54 n°3, september 1974, pp. 306-311.*

Malki, Rana, *Dépression maternelle et malnutrition du bébé – le cas des Territoires Occupés*, Mémoire de DU de psychopathologie du bébé, Université Paris-Nord, 1997/98.*

Rossetti Ferreira, Maria, « Malnutrition and mother-infant asynchrony : slow mental development » in *International Journal of Behavioral Development*, 1, 1978, pp. 207-219.*

Médical news MSF, *Malnutrition et soins psychologiques*, à paraître.*

Vidéo : « les mots pour soigner » : programme MSF de soutien psychologique aux mères et enfants dénutris en Palestine.

PSYCHOSOCIAL ISSUES IN ACF EMERGENCY NUTRITION PROGRAMS

Philippe Leborgne

PROBLEM DEFINITION

ACF expatriates involved in TFC's in the context of acute emergencies and population displacements have been confronted and had to deal directly with :

- Men, women and children who arrive in TFC's after having been at risk of violence or directly suffered from violence (sexual violence, torture, physical traumatism,...) during their flight.
- persons who have witnessed executions, rapes, who had deaths among their relatives...

Generally, in this kind of context, persons have to face inactivity, do not know their own future plus their family future, are cut from their usual way of life and consequently, psychological disorders are frequent.

It can be considered that to react only technically with nutrition treatment can be found insufficient and not enough as in such contexts (Rwanda, Sierra Leone, Kosovo,...), psychological disorders might indeed have long term consequences for the persons : an immediate intervention can be very effective in minimizing the severity of psychological trauma in the longer term.

Some experiences with debriefings (listening to people personal story) made by national staff have already taken place in the ACF TFC's like in Congo Brazzaville.

As a result, it is considered as very important by ACF to have a consistent strategy and to be able to respond in the field to these situations.

Important : this paper does not include malnourished children psychological disorders due to both malnutrition and lack of maternal care.

LITTERATURE REVIEW

Social context influence:

Individual healing depends on the recognition of people trouble within their social context. Social context determines how trauma and symptoms are defined, but also how they should be dealt with. This is why programs aiming to deal with such issues are commonly denominated psychosocial programs.

As a result, key persons within the social network like home visitors, health workers, social workers, teachers are considered as relevant to identify people who need help, organise individual or collective discussions and follow them up in the community.

Culture influence

PTSD (post traumatic stress disorder) can have different meanings, signs and symptoms according to different cultural contexts. There is no universal definition nor there is universal model of intervention.

The ways a community reacts in such situations (role of traditional healers, the religious and social support network, mourning rituals,...) are culture bound and these patterns have to be understood by the persons dealing with the issue.

Psychosocial programs contents :

Sessions can be organised to conduct emotional support whether to groups or individuals by community persons that have been identified as interested and willing to work on it.

The sessions will include the story of the facts plus identification of individual reactions (physical, feelings, thoughts), how to deal with stress (teaching of relaxation techniques), individual identification of relapses...

Individual counselling should be added.

When feasible, it can be helpful to add activities such as literacy, education, skills training, music, sports,...as well as income generating programs.

CONSTRAINTS

- Protection issues : after individual or collective discussions with people, it can be found that issues linked with justice (use of testimonies for victims reparation and suing the perpetrators) or with advocacy (use of testimonies to mobilise public opinion) can be raised.

This implies not only technical departments but the organisation itself.

- Time and follow up issues.

The average length of stay of people in TFC's is short (around one month). This makes that only short term and mainly preventive actions can be taken within the existing nutrition program.

No real in depth psychosocial program can be started during such a short period of time unless activities initiated in the TFC have a continuity in the community (persons to identify and to train).

The possibilities of supervision for ACF once persons are out of the TFC in most of the emergency contexts ACF works will be reduced.

Training of community members to individual or group support once people are back home is the most relevant to continue the action.

- Lack of internal knowledge on psychosocial issues both in the field and headquarters.

There is a need to have a person with psychology and anthropology background to run the program in the field, who will train the national staff and will be responsible for training and field program follow up.

The follow up in the headquarters will have to be thought as mental health, nutrition (in the case of a TFC) and sometimes protection are involved.

- Need to sensitise and inform the headquarters plus the field of the importance of such programs and their objectives.

The idea is to start a pilot program (3 to 6 months) , with a specialised person, preferably in an acute displacement context with TFC's but other possibilities can be discussed with FS, water departments,.. and operations.

Bibliography : refugee health (MSF), sexual violence against refugees (UNHCR), health care for refugees and displaced people (OXFAM), la santé mentale des réfugiés (UNCHR).

Les traumatismes psychiques

1. Définition :

a. Différencier stress et traumatisme psychique :

Le stress a été défini par Selye comme une réaction biologique et psycho-physiologique automatique face à un événement exceptionnel (d'abord une agression, puis concept élargi par la suite également à des événements heureux). C'est une réaction adaptative utile qui permet à l'organisme de se défendre sur le plan biologique (accélération cardiaque, tension musculaire, libération d'adrénaline, de sucre sanguin...) et sur le plan cognitif et comportemental (élève le niveau de vigilance, focalise l'attention, augmente les capacités de mémorisation et de raisonnement et incite à l'action). La réaction de stress est immédiate (et non contrôlable), éphémère et sans séquelles psychiques. Elle est coûteuse en énergie physiologique et psychologique et épuise l'individu. Si elle est trop intense, trop prolongée ou répétée à de courts intervalles, elle épuise les réserves énergétiques de l'organisme et débouche sur des réactions archaïques et automatiques, de *stress dépassé* : sidération stuporeuse, agitation brouillonne, fuite panique ou action automatique comme en état second.

b. Les traumatismes psychologiques :

Les traumatismes psychiques (ou traumas) se situent sur un registre différent : un événement extérieur à l'individu fait irruption dans son psychisme et le déborde ; la personne est confrontée à sa propre mort, est incapable d'y faire face et se sent complètement envahie par des excitations violentes et agressantes. L'individu peut être directement touché par l'événement ou en être le témoin ; l'événement est brutal, inattendu, prend la personne par surprise. « Le traumatisme n'est pas la réponse du psychisme à une situation particulière, c'est une non-réponse. » (Bailly, 1996, p.11)

Pour les personnes traumatisées, il y a clairement un avant et un après cet événement : leur mode de fonctionnement a été bouleversé. Bailly parle d'un «bouleversement des repères temporo-spatiaux et affectifs qui changent le rapport au monde ».

Il n'existe pas d'immunisation au traumatisme, même après de longues années d'expérience.

Les réactions de stress ne pronostiquent pas un traumatisme psychique.

2. Epidémiologie :

Il est très difficile de comparer les différentes études sur la prévalence des traumatismes psychologiques dans une population car les critères diagnostics varient. En effet, les Américains utilisent la grille du Post-Stress Traumatic Disorder (PTSD) qui est inclu dans la nomenclature des troubles anxieux du DSM4 (manuel descriptif et athéorique des troubles psychopathologiques) et qui renvoie à un nombre précis mais étroit de symptômes. Les Européens préfèrent une approche plus large et parlent de syndrome psycho-traumatique pour éviter la confusion avec la notion de stress et réinscrire cet événement dans une histoire individuelle.

Il apparaît, quelles que soient les grilles diagnostiques utilisées, que 10% des professionnels des métiers à risques développent un syndrome psycho-traumatique alors qu'on estime

qu'entre 20 et 40% des populations réfugiés sont traumatisées : la préparation aux situations de violence et le cadrage des interventions préservent un peu de l'apparition de traumatismes. On peut extrapoler qu'un nombre important des bénéficiaires d'ACF doivent être traumatisés, d'autant qu'ils sont souvent impliqués dans des situations de crise qui durent.

3. Les symptômes :

Au-delà des cas évidents (personnes prostrées par exemple), on peut avoir des difficultés à repérer les personnes traumatisées.

Mon objectif ici est d'indiquer un certain nombre d'éléments qui peuvent nous alerter et nous faire penser qu'une personne est traumatisée et a besoin d'une aide spécialisée ; je parlerai ici d'indices car seuls des professionnels (psychiatres ou psychologues) sont à même d'établir un diagnostic psychopathologique. D'autant que nous utilisons des stratégies de défense pour nous protéger (ce qui est très sain compte-tenu des contextes d'intervention d'ACF !) comme le déni – refus/rejet – de nos perceptions émotionnelles, la banalisation des traumatismes, le récit des choses sur un mode purement narratif et la culpabilité à avouer notre vulnérabilité de peur que l'on juge alors notre capacité à travailler dans l'urgence et nos compétences. Ces mécanismes de défense peuvent nous masquer quelque peu la réalité de la souffrance des bénéficiaires, de nos équipes nationales et parfois aussi notre propre souffrance psychique.

a. La difficulté d'établir une liste univoque

Il n'est pas facile de dresser une liste univoque des symptômes des personnes traumatisées pour plusieurs raisons :

- comme je l'écrivais ci-dessus, il y a une querelle franco-américaine sur l'inclusion ou non d'un certain nombre de symptômes, dans les syndromes psycho-traumatiques.
- peu de recherches transculturelles ont été faites sur la manifestation des traumatismes dans des contextes non-occidentaux ; les impressions actuelles des cliniciens défendent une coloration plus somatique des symptômes dans les pays d'Afrique (maux de tête, de ventre, vertiges...).
- les symptômes n'apparaissent pas toujours immédiatement après le traumatisme : on a remarqué que tant que la personne est maternée, il y a une période de latence. Par exemple, une personne traumatisée qui est hospitalisée, ne développera des symptômes qu'au moment où elle sera de retour chez elle. Il serait donc intéressant de voir si les CNT offrent parfois, pour certains bénéficiaires, un cadre sécurisant et maternant qui les protégerait momentanément.

Les critères que je propose, sont à mon avis, à mettre en relation avec un repérage de manifestations culturellement acceptables des personnes traumatisées par la communauté et peuvent nous aider à discerner les personnes qui vont *normalement mal* compte-tenu de la situation de celles qui vont *anormalement mal*.

b. Chez les adultes

Bien sûr, il faut repérer un événement marquant dans l'histoire des personnes, susceptible d'avoir déclenché des symptômes de détresse.

Un ensemble de manifestation qui dure plus d'un mois :

- syndrome de répétition : souvenirs traumatiques répétitifs et envahissants proches de l'hallucination, s'accompagnant de toutes les caractéristiques sensorielles enregistrées au

moment de l'événement, rêves répétitifs concernant l'événement, impression ou agissement soudain comme si l'événement traumatique allait se reproduire

- symptômes d'évitement : évitement des personnes, des situations, qui peuvent évoquer d'une manière ou d'une autre l'événement traumatisant
- hyperréactivité neurovégétative : personnes sur le qui-vive, difficultés de concentration, troubles du sommeil
- baisse des affects : sentiment de devenir étranger aux autres, de détachement, restriction des affects
- troubles du caractère : irritabilité entrecoupée de comportements agressifs
- troubles dépressifs : fatigabilité, désintérêt, fatigabilité, perte de l'appétit, baisse de l'activité sexuelle, périodes de désespoir et de sanglots, épisodes anxieux...
- apparition de conduites addictives : drogues, médicaments, alcool
- baisse de l'efficacité intellectuelle, céphalées, sensations de vertige...

Le risque de suicide est important.

Les personnes traumatisées ont le sentiment d'une perte de leur identité et de leurs repères.

c. Chez les enfants (d'après Pynoos et Moro cités par Bailly)

Chez les enfants de moins de trois ans :

- troubles du sommeil
- anorexie
- vomissements
- lésions dermatologiques, d'apparition brutale
- difficultés des relations mères-bébés, les bébés étant inhibés, tristes, agressifs

Chez les enfants et les adolescents :

- troubles du comportement
- peurs et phobies
- troubles du sommeil (les cauchemars ne sont pas forcément comme chez les adultes, la répétition de l'événement traumatisant)
- troubles anxieux et dépressifs
- troubles des fonctions sphinctériennes
- troubles somatiques fonctionnels
- troubles du langage
- troubles psychomoteurs (maladresse soudaine)
- troubles alimentaires (anorexie, alimentation hypersélective...)

Le comportement des adultes est très important dans l'apparition ou non des troubles chez l'enfant. Si ses parents ont pu le protéger et continuer à lui assurer des soins et de l'amour, l'enfant pourra plus facilement faire face à une situation difficile. Dans le cas contraire, l'enfant peut perdre totalement confiance dans le monde des adultes (et dans ce cas-là, qu'est-ce que cela veut dire de se confier à des adultes et d'avoir envie de grandir ?).

Il faut savoir que les adultes (parents, enseignants, soignants...) ont souvent tendance à mésestimer les traumatismes chez les enfants et à pratiquer une censure involontaire face au récit de l'enfant, difficilement supportable à entendre. Cette attitude risque de provoquer un repli de l'enfant.

4. Traitements :

Je ne rentrerai pas ici dans le détail des traitements spécialisés comme les psychothérapies qui doivent être pratiqués par des professionnels formés et supervisés. Le rôle d'ACF est d'être attentif à la santé mentale des bénéficiaires et de pouvoir quand c'est possible, référer les personnes qui vont très mal (traumatisées, en dépression ou autres) à des ONG locales ou des guérisseurs traditionnels.

La description que j'ai faite des symptômes, doit permettre d'être en alerte par rapport à certains bénéficiaires et de pouvoir leur expliquer que leurs réactions (les cauchemars par exemple) sont des réactions normales à une situation anormale. Il s'agit de dédramatiser mais pas de minimiser leur vécu et leurs symptômes, d'être à leur écoute tout en les référant à des professionnels compétents mais pas de faire de la psychologie sauvage.

Les propositions sur la prise en compte de la santé mentale dans nos programmes sur lesquelles je travaille actuellement, visent à aider les bénéficiaires à être le mieux possible dans une situation très difficile et à éviter un enkystement de leurs traumatismes de façon trop durable. Ce dont on est certain, c'est que le repos, les relations familiales et sociales sont des points d'appui importants pour sortir la tête hors de l'eau.

Annexes disponibles sur demande :

CROCQ, Louis, *Stress, trauma et syndrome psychotraumatique*, in Soins psychiatrie n°188, 1997.

METRAUX, Jean-Claude, *Au temps du silence, la nosographie reste muette. Les syndromes post-traumatiques en question* in Maquéda, Traumatismes de guerre, Hommes et Perspectives, 1999.

SUMMERFIELD, Derek, *Mise en perspective du concept de traumatisme* in Mansour, L'enfant Réfugié, Syros, 1995.

Bibliographie sommaire :

Action contre la Faim, Module «gérer son stress autrement »

BAILLY, Lionel, Les catastrophes et leurs conséquences psychotraumatiques chez l'enfant, ESF Editeur, 1996.

BARROIS, Claude, Les névroses traumatiques, Dunod, 1988.

CROCQ, Louis, Les traumatismes psychiques de guerre, Editions Odile Jacob, 1999.

MANSOUR, Sylvie (sous la direction de), L'enfant Réfugié, Syros, 1995.

MAQUEDA, Francis (sous la direction de), Traumatismes de guerre – actualités cliniques et humanitaires, Hommes et Perspectives, 1999.

Stimulation et animation

Déjà dans les modules techniques du département nutrition, on conseille de mettre en place des activités et d'embaucher des animateurs et pourtant, pour beaucoup d'entre nous, cela reste secondaire, c'est ce que l'on met en place quand on a le temps et l'argent alors que cela devrait faire partie intégrante de nos objectifs concernant le mieux-être des bénéficiaires et l'amélioration du traitement médical.

Je vous renvoie au document « santé mentale à ACF » pour les justifications théoriques sur la nécessité d'introduire animation et stimulation dans les protocoles des Centres Nutritionnels Thérapeutiques. Disons simplement que la principale séquelle à long terme des enfants sévèrement malnutris est un retard intellectuel et des relations sociales pauvres, sans que l'on puisse affirmer qu'il s'agisse de difficultés antérieures, de conséquences biologiques ou psychologiques de la malnutrition. Une étude longitudinale au Mexique¹⁵ a montré que des enfants dont les mères ont eu des rations supplémentaires au cours de la grossesse et bénéficiant de rations supplémentaires depuis la naissance, jouent plus, ont des comportements plus complexes, sont plus demandeurs par rapport à leur environnement, qui en retour, les stimule davantage que les enfants du groupe contrôle (pas de rations supplémentaires).

Nous avons un rôle à jouer dans ce domaine même si le temps passé au CNT est court pour :

- redonner envie
- donner du plaisir
- améliorer la vie mentale
- renforcer le traitement médical
- diminuer les rechutes et les abandons
- prévenir les séquelles psychologiques à moyen et long terme
- créer du lien social

Mais même une fois que l'on est convaincu de l'intérêt d'inclure cette dimension dans notre approche, des questions restent posées : l'animation, c'est quoi ? comment on fait ?

1. L'animation et la stimulation, c'est quoi ?

Le mot animation veut dire donner la vie¹⁶. On aurait tort de réduire l'animation à des séances de deux heures l'après-midi. *L'animation est avant tout un état d'esprit* qui doit être porté par toute l'équipe, de l'agent de nettoyage au superviseur en passant par les infirmières. Il s'agit de favoriser les échanges et les activités ludiques par un environnement adéquat et des attitudes adaptées : sourire, se montrer chaleureux, utiliser l'humour, jouer, se mettre en scène, créer des surprises... Il ne faut pas croire que rire, se mettre à quatre pattes avec les bébés et gazouiller, faire parfois le clown ne nous rend pas professionnel et fait baisser notre crédibilité. Il facilite au contraire, les échanges avec les bénéficiaires et redonnent un peu

¹⁵ Cf. Bibliographie.

¹⁶ Par convention, j'inclurai la stimulation c'est-à-dire l'augmentation de l'énergie et motiver les gens, dans l'animation. Disons que les deux termes recouvrent cette même idée de dynamiser, d'augmenter l'énergie, de donner la vie.

d'espoir et de joie de vivre. Si au cours d'une journée, j'ai réussi à faire sourire une maman ou un adulte dénutri en phase 1, c'est une satisfaction importante.

En anglais, il existe une distinction entre *play* et *game* que nous ne retrouvons pas en français mais qui est pourtant intéressante : *play*, c'est le jeu, le décalage que l'on peut introduire par rapport à la réalité, les jeux spontanés. *Game* renvoie aux jeux construits avec des règles préétablies et un cadre bien défini. L'animation touche ces deux niveaux.

Jouer, c'est ouvrir sur la liberté, être capable de prendre du recul par rapport à ce qui nous affecte, par rapport à la réalité.

Travailler dans la bonne humeur et avec plaisir, c'est aussi essentiel pour les équipes : voir des bénéficiaires dénutris, des personnes traumatisées, assister à des décès est difficilement supportable. Avoir des moments où l'on se ressource ou l'on peut plaisanter et voir sourire les bénéficiaires qui sont parfois en danger de mort, est ce qui redonne l'énergie et les motivations à poursuivre notre action.

Quelques recommandations pour faciliter la mise en oeuvre de l'animation :

- ne pas multiplier les intervenants auprès des bénéficiaires
- si le bénéficiaire est un enfant, proposer des activités mère/enfants
- ne pas se substituer ou juger la mère ; c'est dans cet environnement que vit habituellement l'enfant et il y retournera après son séjour au CNT, il faut donc travailler en collaboration avec la mère et l'enfant et non contre elle
- décorer agréablement le CNT
- donner un petit jouet ou un objet à manipuler à l'arrivée des enfants (ce n'est pas si cher que cela, si l'on prend des jouets ou des petits objets locaux que l'on peut même fabriquer soi-même)
- coins animation avec du matériel à disposition et espace d'échanges pour les adultes et les mères et les enfants
- Embauche d'un animateur pour un CNT d'une centaine de bénéficiaires et d'un animateur par phase pour les CNT plus fréquentés

2 . L'animation, c'est pour qui ? c'est comment ?

Comme je l'ai dit, c'est pour les bénéficiaires et par ricochet, pour les équipes nationales. Mais pour quels bénéficiaires ? Il y a ceux qui mettent de l'animation spontanément, qui profitent de toutes les activités proposées qui créent des liens avec leurs voisins et avec le staff. Mais on aurait tort de se limiter aux seuls volontaires. On sait d'expérience que le silencieux au fond de la classe dont on n'entend jamais parler, peut être celui qui va le plus mal, bien plus que celui qui a la ressource de faire le pitre pour faire éclater de rire tous les élèves.

On sera donc attentif aux personnes isolées, à l'écart, aux personnes qui ont l'air déprimé. Au début, on prendra le temps de venir parler avec elles, de les écouter, de créer progressivement une relation de confiance. Un entretien d'une heure n'est pas nécessaire, s'asseoir quelques minutes chaque jour en étant vraiment disponible à l'autre suffit (ce qui n'est pas si facile que ça finalement !). On tentera de créer des liens avec les voisins pour que des communications augmentent, on signalera ces personnes qui nous paraissent plus en difficultés aux surveillants de phase. Puis peut-être accepteront-ils de se joindre à un groupe pour une activité même sans y participer, mais en étant présent.

a. L'animation et la stimulation des adultes :

Je ne veux pas donner des recettes toutes faites à appliquer qui enfermeraient notre imagination. Je crois beaucoup plus utile de faire confiance à votre créativité, de discuter avec les équipes nationales et les bénéficiaires sur les jeux du pays, sur les sports pratiqués, sur les activités de groupes pour les mettre en place avec eux.

Juste quelques idées déjà expérimentées dans des CNT (en sachant que ce n'est pas parce qu'une activité a fonctionné dans un lieu que cela marchera ailleurs et que le plus important, c'est la façon dont nous motivons et faisons vivre le centre et les activités) :

- terrain de football
- terrain de volley
- création de jouets et de poupées pour les enfants
- couture et fabrication de petits vêtements pour les enfants
- faire des fêtes, inviter un groupe de musique
- monter une pièce de théâtre
- faire de la musique, danser
- discuter à plusieurs
- création d'une petite bibliothèque....

b. Animation et stimulation pour les enfants :

Le jeu est l'activité caractéristique de l'enfant. Il favorise le processus de socialisation de l'enfant, joue un rôle dans la construction de sa personnalité et dans son équilibre mental.

Reprenons quelques lignes de Bettelheim, psychanalyste américain : « la plus grande importance du jeu est le plaisir immédiat que l'enfant en tire et qui se prolonge en joie de vivre. Mais le jeu a deux autres faces, comme le dieu Janus : l'une qui est orientée vers le passé, l'autre vers l'avenir. Il permet à l'enfant de venir à bout, sous une forme symbolique, des problèmes non résolus du passé, et d'affronter, également d'une manière symbolique, les conflits du moment. Il est également pour l'enfant l'outil essentiel qui le prépare pour les tâches à venir. »

Je différencie bien le jeu de l'apprentissage : notre but n'est pas de développer les capacités cognitives des enfants mais de favoriser des échanges psycho-affectifs, d'aiguiser leur curiosité, de développer leur appétence à vivre.

Le jeu est particulièrement important pour l'enfant dans les situations douloureuses (cf. chapitre de Myrna Gannacé en annexe) car il va lui permettre de mettre en scène les événements difficiles et de les contrôler. Parfois, il faudra du temps pour que l'enfant arrive à prendre suffisamment de recul par rapport à la réalité et à ses émotions pour parvenir à jouer à nouveau.

Pour les mères et les enfants :

nous procédons par repérage des dyades en difficultés, échanges quotidiens avec elles, valorisation de leur relation mère/enfant puis rapidement intégration dans des petits groupes d'activités (5 mères maximum). Une vingtaine de minutes est amplement suffisant car les

capacités de concentration des bébés sont limitées et que les individus sont très faibles surtout au début du traitement.

Les activités à proposer à des bébés sont multiples. En voici quelques exemples : chanter des contes, parler à l'enfant, lui raconter des histoires, le masser, manipuler des petits objets notamment s'ils font du bruit, chatouiller, faire des grimaces, jouer à coucou le voilà, faire suivre du regard un objet....

A cet âge, les enfants vont progressivement explorer le monde ; d'abord, le leur : jouer avec leur mains, leurs pieds puis explorer celui de leur mère (sein, visage), puis l'environnement proche.

Les enfants plus âgés jouent toujours avec leur mère mais établissent également des relations entre eux¹⁷ et il devient plus facile de proposer des jeux collectifs autour d'un ballon ou d'un circuit de voitures, de faire des rondes....Après deux, trois ans, le dessin est un moyen d'expression privilégié, tant le dessin libre que des thèmes proposés ou suite au récit d'une histoire.

Il ne faut pas tout vouloir encadrer : il y a des temps où l'animateur propose des activités pour lesquelles il est préférable d'organiser un planning régulier qui structure le temps et aide à se projeter dans l'avenir, et des moments où il faut laisser les enfants jouer ensemble de façon spontanée et ne pas intervenir.

3. Le rôle de l'animateur

L'animateur joue un rôle essentiel dans la dynamique du CNT et on prendra grand soin à son recrutement et à définir son profil de poste. L'animateur fait partie intégrante de l'équipe puisque son action a un impact direct sur le traitement de la malnutrition. *Cependant, il ne doit pas être le seul à porter l'animation dans le CNT si l'on veut que cet aspect du protocole soit un succès.*

Ses journées s'organisent :

- en temps individuel avec les bénéficiaires les plus déprimés et les plus isolés, avec les dyades mères/enfant en difficultés
- en animation par petits groupes d'adultes ou de mères/enfants à heure fixe et pour une activité et un temps déterminés
- en animation pour tous : chants, histoires, danses...

L'animateur se garde de juger les personnes, et ne se transforme pas en pédagogue. Le but de l'animation au sein du CNT n'est pas l'apprentissage mais bien de redonner goût à la vie, d'apporter de la joie, de créer du lien social et d'améliorer le traitement.

La personnalité de l'animateur est importante : il doit aimer le contact et se sentir à l'aise avec les adultes, les enfants comme avec les bébés, être enjoué et créatif, faire preuve d'empathie.

Il peut devenir relais entre les bénéficiaires et les équipes soignantes : par les échanges fréquents avec les bénéficiaires et la relation de confiance qu'il aura établi, ceux-ci lui confieront plus facilement leurs difficultés ou leurs maux qu'il pourra référer si besoin est, au personnel médical. De la même façon, les équipes médicales lui signalent les personnes qui leur paraissent tristes, qui ont besoin d'un accompagnement plus individuel. Il sert également

¹⁷ Bien que l'on ait remarqué que les enfants sévèrement malnutris jouent moins avec leurs pairs et s'agrippent davantage à leur mère.

de lien entre les bénéficiaires en initiant des échanges ou des activités à plusieurs. Son rôle est de favoriser les échanges des uns et des autres et non pas de devenir le pôle d'attraction du CNT : il doit initier les échanges, stimuler les plus en retrait et instaurer une dynamique qui le dépasse (jeux et animations spontanées dans lesquels il n'interviendra pas forcément).

L'animateur doit faire preuve d'une grande patience :

- vis-à-vis des adultes : en fonction de ce qu'ils ont vécu, leur isolement peut être massif et nécessiter des jours, des mois voire des années pour être dépassé. Parfois, il n'y a pas de résultats visibles immédiats, cela ne signifie pas pour autant que c'est inutile et l'animateur ne doit pas se décourager mais persévérer dans sa démarche car à un niveau ou à un autre, la personne sent qu'on la considère comme un individu à part entière, qu'on fait attention à elle, même si elle est bien incapable de répondre.
- Vis-à-vis des enfants et de leurs accompagnants :
 - en raison de la maturation propre des enfants : la mère aura envoyé 100 fois le ballon à l'enfant avant qu'un jour, il lui renvoie.
 - en raison de la malnutrition. Les enfants sévèrement malnutris ne jouent plus, régressent (ceux qui marchaient ne marchent plus, ceux qui parlaient ne parlent plus, ceux qui souriaient ne sourient plus...), ne répondent plus aux stimulations. Les mères sont inquiètes, voire elles-mêmes dépressives et ne stimulent plus leur enfant. Il faut du temps pour que l'état de santé de l'enfant s'améliore, pour que les mères reprennent confiance, pour que les enfants s'intéressent de nouveau à ce qui les entoure. Dès la phase 1, l'animateur parle à l'enfant, lui sourit, essaie d'entrer en contact mais il n'obtiendra une première réponse peut-être qu'après deux semaines passées en phase 2 : il découvrira alors que l'enfant se rappelle très bien de tous les petits contacts qu'ils ont eus auparavant et que la confiance s'installera très rapidement. L'animation avec les mères et les bébés requiert une attitude un peu particulière puisqu'il s'agit de valoriser la relation mère/enfant ; c'est la raison pour laquelle je préconise que les interventions se fassent le plus souvent possible avec la mère et l'enfant. Il ne s'agit pas de donner des leçons ou des conseils à la mère mais d'interagir avec l'enfant ou le bébé (si la mère voit l'enfant sourire et réagir avec nous, elle essayera de faire la même chose), de mettre en valeur les échanges entre la mère et l'enfant (regards, sourires, gestes..).

4. Les partenariats :

Quelques ONG sont spécialisées dans l'animation et peuvent nous apporter des éléments de réflexion ou nous former grâce à leurs expériences dans des contextes très variés. Je pense en particulier à Enfants Réfugiés du Monde ou Clowns Sans Frontières avec lesquels il serait sûrement intéressant de collaborer pour des formations sur les traumatismes psychiques, le jeu ou pour des systèmes de co-références des bénéficiaires.

Bibliographie animation et stimulation

Les astérisques signalent les ouvrages disponibles à ACF dans la bibliothèque ou dans le bureau de Philippe Leborgne.

Château, Jean, *L'enfant et le jeu*, Paris, Editions du Scarabée, 1954,1985.

Chavez, A., Martinez, C., Yashine, T., *Nutrition, behavioral development and mother-child interaction in young rural children*, Federation Proceedings, Vol. 34, n°7, 1975.*

Dagnino, Nicole, « responding to the psychosocial needs of refugee children : a multifaceted approach » in International Catholic Child Bureau, *The psychosocial well-being of refugee children*.*

Mansour, Sylvie (sous la direction de), *L'enfant et le jeu*, Syros 1994.*

Szatan, Mireille, « Le jeu dans les situations de violence » - Communication.*