



ACF - FRANCE

LES MODÈLES CONCEPTUELS EN MALNUTRITION INFANTILE

FONDEMENT DE L'APPROCHE ACF
EN SANTÉ MENTALE ET PRATIQUES DE SOINS



©ACF, G. Galliot - Burkina Faso



INFORMATIONS LÉGALES

Déclaration concernant les droits d'auteur

© Action contre la Faim – France

Document réalisé par Cécile Bizouerne. Date de première publication : 2005. Document révisé en 2012.

Reproduction autorisée, moyennant mention de la source, sauf spécification contraire. Si la reproduction ou l'utilisation de données textuelles et multimédias (son, images, logiciels, etc.) sont soumises à autorisation préalable, cette autorisation annulera l'autorisation générale susmentionnée et indiquera clairement les éventuelles restrictions d'utilisation.

Clause de non-responsabilité

Le présent document vise à promouvoir l'accès du public aux informations relatives à ses initiatives et aux politiques d'Action contre la Faim en général. Notre objectif est de diffuser des informations exactes et à jour à la date de création. Nous nous efforçons de corriger les erreurs qui nous seront signalées. Toutefois, ACF n'assume aucune responsabilité quant aux informations que contient le présent document.

Ces informations :

- sont exclusivement de nature générale et ne visent pas la situation particulière d'une personne physique ou morale;
- ne sont pas nécessairement complètes, exhaustives, exactes ou à jour;
- renvoient parfois à des documents ou sites extérieurs sur lesquels ACF n'a aucun contrôle et pour lesquels ACF décline toute responsabilité;
- ne constituent pas de manière exhaustive un avis juridique.

La présente clause de non-responsabilité n'a pas pour but de limiter la responsabilité d'ACF de manière contraire aux exigences posées dans les législations nationales applicables ou d'exclure sa responsabilité dans les cas où elle ne peut l'être en vertu des dites législations.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE 1 : ASPECTS GÉNÉRAUX	5
1. Cadre conceptuel des causes de la malnutrition	6
2. Les pratiques de soins infantiles	9
3. Quels sont les facteurs qui influencent la quantité et la qualité des soins maternels ?	12
4. Points à retenir et questions à développer	13
CHAPITRE 2 : LES CARACTÉRISTIQUES DE L'ENFANT	15
1. Caractéristiques de l'enfant comme facteur de risques	16
2. Le comportement alimentaire de l'enfant	18
3. Malnutrition et psychopathologie de l'enfant	20
4. Points à retenir et questions à développer	21
CHAPITRE 3 : LES CARACTÉRISTIQUES DE LA MÈRE OU DU SUBSTITUT MATERNEL	22
1. Les croyances sur la parentalité et son efficacité	24
2. Le statut nutritionnel et médical du substitut maternel	24
3. Les troubles mentaux et en particulier les dépressions du substitut maternel	25
4. Points à retenir et questions à développer	29
CHAPITRE 4 : LES CARACTÉRISTIQUES DE LA RELATION ENTOURAGE-ENFANT	31
1. Nourrir : un phénomène complexe	32
2. Malnutrition, fruit d'une relation affective défaillante ?	34
3. Caractéristiques de l'attachement et de la malnutrition	36
4. Que pouvons-nous en tirer pour notre travail au sein d'ACF ?	39
5. Points à retenir et questions à développer	42
CHAPITRE 5 : LE SYSTÈME DE SOUTIEN ET LES CONTRAINTES AU NIVEAU DES RESSOURCES	44
1. Le système de soutien	45
2. Les contraintes de ressources	41
3. Que pouvons-nous en tirer pour notre travail au sein d'ACF ?	49
4. Points à retenir et questions à développer	50
CHAPITRE 6 : CONSÉQUENCES COMPORTEMENTALES ET PSYCHOLOGIQUES D'UN FAIBLE POIDS DE NAISSANCE CHEZ LE NOURRISSON	52
1. Conséquences comportementales et psychologiques	53
2. Points à retenir et questions à développer	55
CHAPITRE 7 : SYMPTÔMES PSYCHOLOGIQUES DE LA MALNUTRITION SÉVÈRE	56
1. Symptômes psychologiques de la malnutrition sévère	57
2. Que pouvons-nous en tirer pour le travail au sein des In-patients ?	61
3. Points à retenir et questions à développer	63
CHAPITRE 8 : RÉCUPÉRATION DE L'ENFANT APRÈS UNE MALNUTRITION SÉVÈRE	65
1. Les programmes de stimulation psychosociale	66
2. Les programmes d'orientation psychodynamique	68
3. Points à retenir et questions à développer	70
CHAPITRE 9 : CONSÉQUENCES À MOYEN ET LONG TERME DE LA MALNUTRITION CHEZ L'ENFANT	72
1. Conséquences à moyen et long terme de la malnutrition chez l'enfant	73
2. Points à retenir et questions à développer	74

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Figure 1 : le modèle de soins étendu	6
Tableau 1 : pratiques de soin infantile	10
Tableau 2 : ressources pour les soins	12
Figure 2 : facteurs ayant un impact sur la relation du donneur de soins avec l'enfant	14
Tableau 3 : capacités alimentaires et autres capacités développementales selon l'âge du bébé	18
Tableau 4 : capacités d'alimentation acquises par l'enfant, introduction des aliments et types de problèmes rencontrés	19
Figure 3 : facteurs psychologiques et physiologiques intervenant dans la malnutrition en situation chronique	35
Figure 4 : symptômes psychologiques de la malnutrition sévère	57



© Susan Vera Niger

1

ASPECTS GÉNÉRAUX

Le terme anglais est «child care practices». Le terme «care» englobe tous les aspects du soin aussi bien concret, qu'affectif et émotionnel, ce qui est moins bien rendu par la traduction littérale française de «pratiques de soins infantiles». On parlera plus volontiers de conduites de maternage en français pour respecter toute la dimension du mot «care». Dans les fiches techniques suivantes, nous utiliserons indifféremment pratiques de soins infantiles, conduites de maternage ou soins maternels.



©ACF - Afghanistan

On se centre ici sur les pratiques de soins infantiles/conduites de maternage comme cause de la malnutrition mais la malnutrition est un problème complexe, fruit d'une pluri-étiologie. Il ne s'agit pas de dire que les soins maternels sont plus souvent à l'origine de la malnutrition que d'autres causes mais d'affiner nos connaissances sur cet aspect afin d'apporter la réponse la plus adaptée et complète possible.

Il est important de recadrer les données présentées et discutées en fonction des spécificités inter-culturelles et des contextes socio-culturels.

1/ Cadre conceptuel des causes de la malnutrition

Depuis 1992, un cadre conceptuel pour la nutrition proposé par UNICEF a été adopté au niveau international (cf. figure 1 page 6). Plusieurs éléments sont intéressants dans ce schéma :

- la nutrition n'est pas séparée de la croissance, de la survie et du développement de l'enfant, mettant en évidence que la malnutrition constitue seulement une des conséquences des facteurs contextuels, environnementaux, familiaux... mais pas la seule.
- Il y a rarement une cause unique de la malnutrition mais plutôt un ensemble de facteurs reliés dans un contexte donné. Une approche systémique est plus pertinente pour comprendre la malnutrition qu'une lecture causale linéaire : ainsi, une cause peut avoir plusieurs effets et par rétroaction, un effet peut modifier les facteurs de risque.
- Pour chaque bénéficiaire, il est important de rechercher les causes ayant mené à la malnutrition. Cela nous aidera à donner des réponses et des conseils adéquats aux bénéficiaires.

- Ce schéma cible la malnutrition de l'enfant mais peut s'utiliser pour toutes les populations vulnérables.
- Cette figure a fait apparaître aux côtés de l'alimentation et de la santé, un troisième facteur sous-jacent : les pratiques de soins infantiles. Chacune de ces trois conditions est nécessaire mais non suffisante pour la survie de l'enfant. C'est sur ces dernières que nous allons nous pencher maintenant : elles sont les moins connues tant au cours de l'analyse explicative de la malnutrition que dans la mise en place des programmes.

P. Engle, spécialiste des pratiques de soins infantiles, les définit comme suit : « The behaviors and practices of caregivers (mothers, siblings, fathers and child care providers) that provide the food, stimulation and emotional support necessary for children's healthy growth and development. These practices translate food security and health care into a child's well-being. Not only the practices themselves, but also the way they are performed (with affection and with responsiveness to children) are critical to children's survival, growth and development. It is impossible for caregivers to provide this care without sufficient resources, such as time and energy.¹ »^[1]

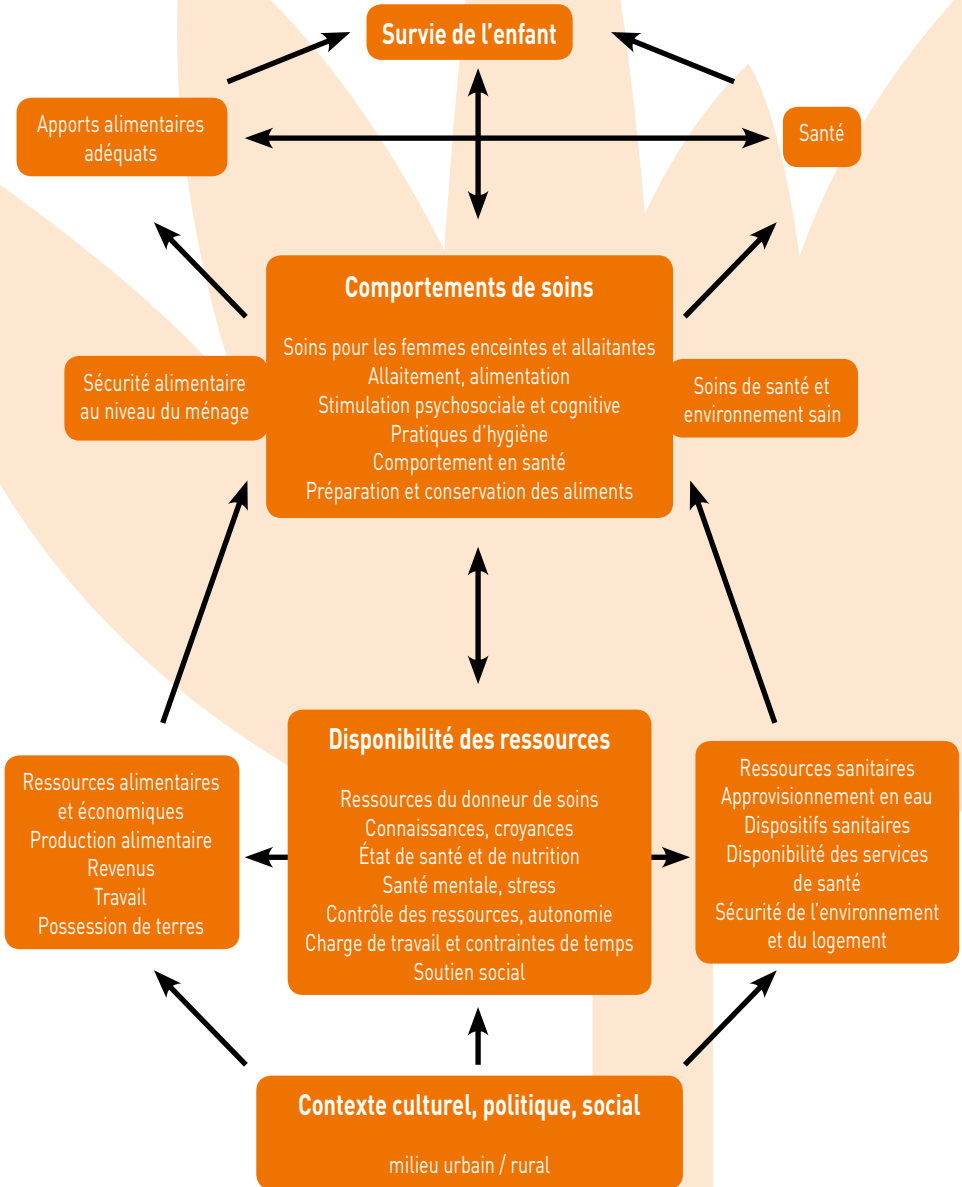
Ainsi, on peut avoir un environnement satisfaisant sur le plan sanitaire et alimentaire mais dont l'enfant ne bénéficiera pas si les pratiques de soins de son entourage sont inadéquats : par exemple, si un enfant a de la fièvre et ne se nourrit plus, il ne bénéficiera des services de santé existants que si son entourage repère qu'il est malade et a recours au service de santé. A l'inverse, des pratiques de soins infantiles adéquates peuvent se révéler inutiles ou inefficaces dans un environnement pauvre ou déstructuré : si un enfant a de la fièvre et ne se nourrit pas, que l'entourage souhaite faire soigner l'enfant mais qu'il n'y a pas de service de santé, l'enfant ne pourra pas non plus bénéficier des soins dont il a besoin.

De bonnes pratiques de soins infantiles/conduites de maternage sont donc d'autant plus importantes que l'environnement est pauvre car elles permettront l'optimisation des ressources disponibles.



1 Les comportements et pratiques des donneurs de soins (mères, fratrie, pères et donneurs de soins) qui apportent la nourriture, la stimulation et le soutien émotionnel nécessaires pour le développement et la croissance adéquates de l'enfant. Ces pratiques traduisent la sécurité alimentaire et les soins à l'enfant en bien-être de l'enfant. Non seulement les pratiques elles-mêmes mais aussi la façon dont elles sont conduites (avec affection et adaptées aux enfants) sont critiques pour la survie, la croissance et le développement de l'enfant. Il est impossible pour les donneurs de soins d'apporter ce soin sans des ressources suffisantes telles que du temps et de l'énergie. (Traduction personnelle)

Figure 1 – Le modèle de soins étendu (Source : Engle [2], traduit par Martin-Prével [3])



2/ Les pratiques de soins infantiles

Dans la plupart des sociétés, la mère constitue la principale ressource de soins, sur laquelle porte la plupart des contraintes matérielles (temps, moyens...) comme spirituelles (savoir, culture...). Le statut des femmes dans la communauté est donc fondamental.

6 pratiques de soins infantiles sont retenues dans le Initiative Care Manual édité par UNICEF ¹⁴⁾ en 1997 (pour le détail, cf. tableau 1 page suivante) :

- soins en direction des femmes
- allaitement et alimentation du jeune enfant
- soins psychosociaux
- préparation des repas
- pratiques d'hygiène
- pratiques domestiques de santé



Certaines de ces pratiques de soins, comme la préparation des repas, les pratiques d'hygiène et/ou les pratiques de santé sont d'ores et déjà prises en compte dans les causes de la malnutrition à Action Contre la Faim, notamment à travers les enquêtes en sécurité alimentaire et les programmes d'éducation à la santé et à l'hygiène. En revanche, d'autres aspects, en particulier les soins psychosociaux, sont moins connus et moins fréquemment étudiés.

De plus, notre connaissance porte davantage sur les contenus (quelles sont les pratiques mises en œuvre ou non ?) que sur les moyens de leur mise en œuvre et leurs soubassements. Les pratiques de soins sont à considérer sous deux aspects :

- au niveau du temps passé (« quantité »)
- au niveau de leur qualité :
 - réponses, sensibilité et continuité des réponses aux besoins de l'enfant
 - chaleur, affection et acceptation
 - investissement de l'enfant
 - encouragement de l'autonomie, de l'exploration et des apprentissages.

Ces 4 éléments interagissent et vont être construits par la relation de l'entourage maternel avec l'enfant, dépendant des facteurs culturels.

La qualité des pratiques de soins est corrélée avec le développement de l'enfant, à la fois au niveau du développement intellectuel mais aussi pour le développement de la relation d'attachement mère-enfant. Elle est aussi liée à la nutrition, à la croissance et à la santé.

Tableau 1 : pratiques de soins infantiles (d'après Engle et al. [4] traduit par Martin-Prével [3])

Catégories	Sous-catégories	Pratiques de soins infantiles
Soins en direction des femmes	Soins pendant la grossesse et l'allaitement	Augmentation des apports alimentaires Réduction de la charge de travail Utilisation des services de soins prénataux et d'accouchement Repos post-partum
	Santé de la reproduction	Retard de l'âge à la première grossesse Espacement des naissances
	État de santé et de nutrition	Fourniture d'une juste part alimentaire à tous les âges Protection contre les mauvais traitements physiques
	Santé mentale	Réduction du stress Renforcement de la confiance en soi Protection contre les mauvais traitements psychoaffectifs
	Autonomie au sein de la famille	Pouvoir de décision suffisant Accès à la gestion des revenus et des biens familiaux
	Temps et charge de travail	Partage des tâches (ménagères et de production économique)
	Éducation	Scolarisation des filles Accès des femmes à l'information
Allaitement et pratiques d'alimentation du jeune enfant	Allaitement exclusif	Allaitement exclusif pendant environ 6 mois Mise au sein au cours de la première heure de vie Allaitement à la demande Développement des techniques d'expression du lait Protection contre les pressions commerciales en faveur de l'allaitement artificiel
	Alimentation de complément et allaitement poursuivi	Introduction de l'alimentation de complément en temps opportun Poursuite de l'allaitement pendant la deuxième année de vie Qualité des aliments de complément (densité énergétique, composition en nutriments) et quantités suffisantes Nombre suffisant de prises alimentaires
	Pratiques actives d'alimentation	Adaptation des pratiques d'alimentation aux capacités psychomotrices de l'enfant Stimulation et encouragements pendant les repas Circonstances de repas favorables (régularité en temps et lieu, limitation des distractions)
	Adaptation au régime familial	Répartition intra-familiale des aliments protégeant l'enfant Réponse appropriée en cas de petit appétit de l'enfant
Soins psychosociaux	Réactivité aux étapes et signes du développement	Adaptation du comportement au niveau de développement de l'enfant Attention aux enfants hypoactifs ou de développement lent
	Attention, affection et implication	Fréquentes interactions avec l'enfant (physiques, visuelles, verbales, affectives) Maintien des pratiques traditionnelles positives (massages par exemple)
	Autonomie, exploration, apprentissage	Encouragements à jouer, explorer ou parler Adoption d'un rôle de guide/éducateur
		Prévention/protection contre les violences et mauvais traitements

Préparation des repas	Modes de préparation et de cuisson des repas	Adoption de technologies épargnant temps et/ou combustible Procédés de germination ou fermentation protégeant l'aliment
	Stockage des aliments	Modes de stockage évitant contaminations et pertes
	Hygiène alimentaire	Réduction du délai entre préparation et consommation Stockage adéquat des ustensiles
Pratiques d'hygiène	Hygiène individuelle	Lavage des mains Propreté de l'enfant (bains, etc.)
	Hygiène de la maison	Propreté de la maison, notamment de l'aire de jeux de l'enfant Élimination des déjections de l'enfant Utilisation de dispositifs sanitaires (par toute la famille) Eau propre à disposition
Pratiques de santé au niveau du ménage	Gestion familiale des maladies	Prévention des maladies Diagnostic/reconnaissance des maladies Traitement à domicile
	Utilisation des services de santé	Utilisation des services de prévention et promotion de la santé Recours aux services de soins curatifs en temps utile
	Protection domestique	Contrôle des nuisibles (moustiquaires, souricières...) Prévention des accidents (brûlures, chutes...) Prévention des violences et mauvais traitements

3/ Quels sont les facteurs qui influencent la quantité et la qualité des soins maternels ?

Engle considère trois types de facteurs facilitant ou entravant les pratiques de soins infantiles : les ressources humaines, les ressources économiques et les ressources organisationnelles.

Tableau 2 : ressources pour les soins (d'après Engle et al. ^[4] traduit par Martin-Prével ^[3])

Ressources humaines	Connaissances, croyances, éducation
	État de santé et de nutrition
	Santé mentale, stress, confiance en soi
	Rôle des pères
Ressources économiques	Accès à la gestion des revenus et des biens familiaux
	Charge de travail et temps disponible
Ressources organisationnelles	Alternatives de garde et soins pour les enfants
	Engagement de la communauté

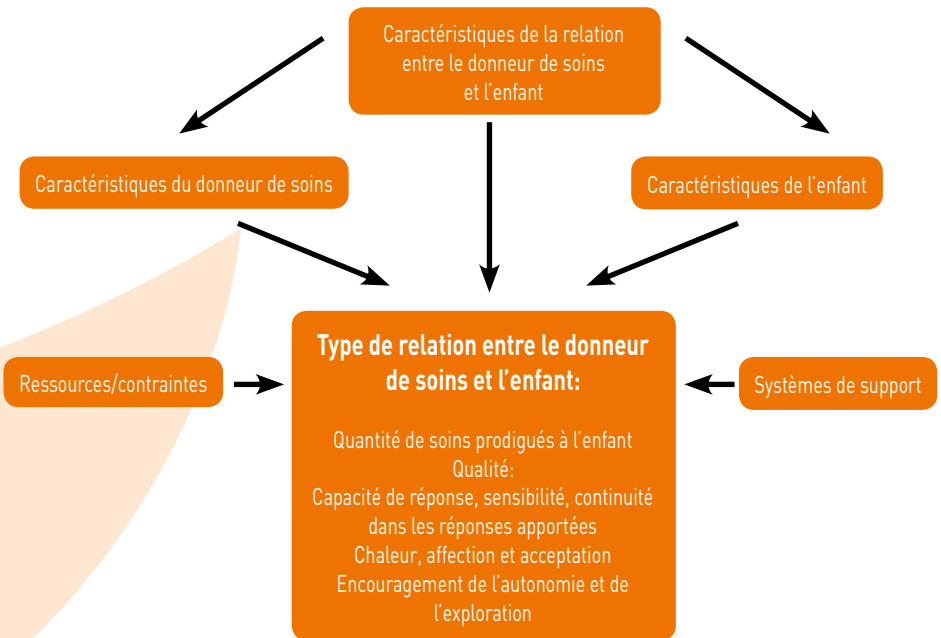
Notre analyse des situations tient généralement compte des ressources économiques des populations que nous soutenons. En revanche, les ressources organisationnelles et humaines sont plus complexes à appréhender car elles nécessitent une connaissance plus grande du contexte, des compétences différentes (anthropologie, psychologie, sociologie...) et qu'elles se laissent moins facilement transformer en indicateurs quantitatifs simples.

Les pratiques de soins sont influencées par le type de relation mère-enfant, les transformant en facteurs de protection ou au contraire en facteurs de risque pouvant déclencher et/ou aggraver une malnutrition sévère. Cette relation est notamment définie par 5 éléments :

- les caractéristiques de l'enfant,
- les caractéristiques du substitut maternel,
- les caractéristiques de la relation entourage-enfant,
- le système de soutien,
- les contraintes au niveau des ressources.

Dans les chapitres suivants, ces 5 facteurs seront séparés pour la clarté de l'exposé mais il est bien entendu qu'ils interagissent et que les analyser de façon isolée est surfait.

Figure 2 : facteurs ayant un impact sur la relation du donneur de soins avec l'enfant (Engle, P.L., Ricciuti, N. [5], Psychosocial aspects of care and nutrition, *Food and Nutrition Bulletin*, Vol. 16, n°4.)



Tous ces éléments sont influencés par la culture et le contexte.

Points à retenir :

- Un enfant ne se développe pas seul et une dyade mère-enfant doit s'interpréter dans un contexte.
- Les pratiques de soins (care practices) constituent une des causes de la malnutrition avec la sécurité alimentaire et la santé individuelle et environnementale
- Les pratiques de soins transforment les services disponibles en services accessibles pour les populations vulnérables
- Les pratiques de soins doivent être mesurées en quantité et en qualité
- Différents facteurs influent sur les pratiques de soins : caractéristiques individuelles, ressources de l'environnement, contexte économique...
- Les pratiques de soins sont insuffisamment prises en considération dans l'analyse causale de la malnutrition et ont surtout été développées par Engle.
- Difficulté d'évaluer les pratiques de soins de façon simple et opérationnelle sur les terrains d'intervention.



© ACE, V. Burger - Libéria

Questions à développer :

- Comment prendre en compte les pratiques de soins infantiles dans notre compréhension de la malnutrition sur un plan local (indicateurs, compétences...) ?
- Quels sont les facteurs les plus importants intervenant dans la mise en œuvre ou non de pratiques de soins infantiles adéquates ?
- Comment intégrer l'amélioration des pratiques de soins infantiles dans nos programmes (ou nous limitons-nous à l'éducation à la santé et à l'hygiène) ?

Pour aller plus loin :

- ^[1] Engle, P.L., M. Bentley, and G. Pelto, *The role of care in nutrition programmes: current research and a research agenda*. Proceedings of the Nutrition Society, 2000. 59(1): p. 25-35.
- ^[2] Engle, P.L., Menon, P., Haddad L., *Care and nutrition - Concepts and measurement. Occasional paper*, 1997. International Food Policy Research Institute: Washington D.C. p. 50.
- ^[3] Martin-Prével, Y., «Soins» et nutrition publique. Cahiers Santé, 2002. 12⁽¹⁾: p. 86-93.
- ^[4] UNICEF, *The Care Initiative : assessment, analysis and action to improve care for nutrition*, ed. N.s. New-York. 1997. 53.
- ^[5] Engle, P.L., Ricciuti, H.N., *Psychosocial aspects of care and nutrition*. Food and Nutrition Bulletin, 1995. 16⁽⁴⁾: p. 356-377.



© Barbara Bobba - Birmanie

2

LES CARACTÉRISTIQUES DE L'ENFANT

Aborder les caractéristiques de l'enfant en soi, a peu de sens car l'enfant s'inscrit dans un contexte familial et social. Cependant, cela peut aider à développer des outils d'analyse et d'observation pour différencier les données sur le terrain et construire dans un second temps un schéma interactif enfant-entourage maternant plus complexe.

1/ Caractéristiques de l'enfant comme facteurs de risques

La plupart des études se sont attachées à des caractéristiques très générales de l'enfant malnutri : sexe, âge, rang dans la fratrie. Il ne semble pas que ces éléments soient des facteurs prédisposants à la malnutrition car on ne retrouve pas de constante en fonction des recherches en faveur de l'une ou l'autre de ces caractéristiques, tant au niveau international qu'au niveau local.

Cependant, les études longitudinales (qui observent l'enfant avant même l'apparition d'une malnutrition) nous permettent de cerner quelques facteurs de risque, notamment un faible poids de naissance rendant l'enfant moins dynamique et moins demandeur. Sollicitant moins son entourage, il en reçoit moins de stimulations. Ce phénomène associé à de moindres réponses à ses besoins peut entraîner une malnutrition (voir chapitre 6).



Les naissances multiples sont certainement aussi des facteurs de risques bien qu'aucunes études n'aient été trouvées sur la question. En effet, ils sont souvent de petit poids de naissance, et entraînent une charge de travail plus importante au sein de la famille, voire des croyances culturelles particulières. Il serait intéressant de comparer la proportion des jumeaux bien nourris avec celle des

jumeaux mal nourris dans une population donnée.

Deux périodes semblent plus à risques de déclencher une malnutrition ou un épisode sévère aigu sur fond de malnutrition chronique : le passage de l'allaitement seul jusqu'à 6 mois à l'allaitement avec alimentation complémentaire jusque vers deux ans² et la période de sevrage. Ce sont des passages critiques car ils nécessitent des capacités psychomotrices alimentaires chez l'enfant qu'il ne possède pas toujours (cf. tableau 2). Ce sont également des stades d'autonomisation et de séparation avec la mère auxquels l'enfant n'est pas toujours prêt à faire face (voir chapitre 4).

Ce manque d'informations concernant les caractéristiques de l'enfant s'explique par au moins deux facteurs :

- il y a peu de temps que l'on considère l'enfant même très jeune comme acteur au sein de son environnement et partenaire de l'interaction : peu d'études prenaient donc en considération les caractéristiques de l'enfant, autres que sexe, âge et rang dans la fratrie qui sont des données démographiques mais non des caractéristiques du comportement ou du tempérament de l'enfant. La seule étude qui s'attache à cerner spécifiquement les caractéristiques de l'enfant dans l'avènement de la malnutrition (ici, le marasme) est celle de Pollitt ^[2] : il note que dans de nombreuses recherches publiées, les enfants marasmiques sont sevrés très tôt, appartiennent souvent à une famille nombreuse avec un faible espacement des naissances et ont souvent un petit poids de naissance. Ces éléments suggèrent que le comportement de succion, le niveau d'éveil et la relation mère-enfant sont négativement affectés avant même le développement de la malnutrition.
- la plupart des études portent sur l'analyse des interactions ou sur les caractéristiques de l'enfant alors qu'il est déjà malnutri. Or, la malnutrition, en particulier la malnutrition sévère, provoque un certain nombre de changements au niveau du comportement et des performances de l'enfant (voir chapitre 7). Il est donc difficile d'identifier les causes des conséquences de la malnutrition sur les caractéristiques de l'enfant.

2 A Juba (Soudan), l'équipe souligne que les enfants plus âgés et donc plus autonomes mangeraient davantage car ils passent d'une maison à l'autre au cours de la journée où on leur donne des «friandises», ce qui leur fournit un plus par rapport au plat familial.

2/ Le comportement alimentaire de l'enfant :

Le comportement alimentaire est un processus complexe qui évolue avec le temps et qui est lié à la qualité de l'appétit chez l'enfant. Il est nécessaire de tenir compte des capacités de l'enfant et de leur évolution dans les pratiques de soins infantiles³.

Tableau 3 : capacités alimentaires et autres capacités développementales selon l'âge du bébé⁴

Capacités	0-2/3 mois	3-6/7 mois	7-10/11 mois	11-15/16 mois	16-24 mois et plus
Alimentation (motricité orale)	Tête	Suce/mord	Mâche	Mastique	Mastique bien
Texture des aliments (réactivité sensorielle)	Liquide	Purée	Grumeaux	Haché en morceaux	Nourriture de la table
Instruments	Sein/ biberon	Cuillère	Tasse/ doigts	Mange seul	Fourchette
Langage	Gazouille	Babille	Sons détachés	Mots détachés	Mots associés
Motricité fine	Agite les doigts	Saisit/ retient	Transporte	Relâche/ lance	Griffonne
Motricité globale	Soulève la tête	Se tourne	S'assoit seul	Se tient debout/ marche	Court/saute

Une période critique dans le déclenchement de la malnutrition est le passage de l'allaitement seul jusqu'à 6 mois à l'allaitement avec alimentation complémentaire. En effet, l'allaitement seul ne recouvre plus les besoins nutritionnels du bébé. Par exemple, si le jeune enfant doit compléter l'allaitement par la participation au plat familial, il risque fort de ne pas être en mesure de satisfaire ses besoins car :

- la texture des aliments qui lui est proposée n'est pas conforme à ses capacités sensori-motrices,
- le partage du repas familial ne correspond pas à son habileté motrice : il risque de prendre beaucoup de temps à ingérer une quantité très infime de nourriture. Les autres enfants ou les adultes, partageant le repas, vont chacun satisfaire leur appétit sans que lui n'ait pu le faire.

3 Ce paragraphe concernant les capacités alimentaires de l'enfant et les problèmes rencontrés est largement inspiré de l'article de Ramsay, 2001.

4 A noter que ces tableaux correspondent à une population d'enfants occidentaux. Cependant, le développement des capacités sensori-motrices étant liées à la maturation neurologique et aux capacités d'apprentissage, la séquence reste la même dans tous les pays mais les différents stades peuvent correspondre à des âges légèrement différents. Pour rappel, la politique d'ACF est de favoriser l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois selon les recommandations de l'OMS.

L'identification des problèmes alimentaires est donc importante : rechercher avec les parents des enfants accueillis dans les CNT l'histoire alimentaire de leur enfant permet de mieux comprendre le processus sous-jacent et de mettre en œuvre un accompagnement à la prise de repas si nécessaire. Dans ces histoires, on retrouve très souvent une phase d'anorexie partielle ou complète. Le refus de prendre une quantité suffisante de lait, de goûter de nouveaux aliments ou des aliments à consistance plus solide peut résulter soit de troubles relationnels parent-enfant mais elle peut aussi être le signe d'un fonctionnement alimentaire problématique⁵ (difficulté à téter, hypo-sensitivité orale, manque d'appétit).

Le chapitre 4 sur les interactions mère-enfant est l'occasion d'une lecture approfondie des patterns d'interactions mère-enfant, y compris dans les situations alimentaires avec ou sans difficultés.

La régulation de l'appétit est un phénomène encore mal compris qui constitue néanmoins le mécanisme premier de motivation pour ingérer des aliments. Certains bébés ont un gros appétit, d'autre un petit ; cela peut affecter leur comportement alimentaire.

Tableau 4 : capacités d'alimentation acquises par l'enfant, introduction des aliments et types de problèmes rencontrés. ^[3]

Age de l'enfant	Types et consistances des aliments	Capacités acquises et appétit	Problèmes rencontrés
0-2 mois	Lait maternel/formule	Tête : bon rythme/soutenu Appétit : se réveille, pleure pour être nourri	Repas trop courts ou trop nombreux S'endort pendant le repas
3-6 mois	Purées	Mord bien/réflexe de succion Nourri à la cuillère (saveurs/textures) Appétit : recherche nourriture, pleure pour manger	Protusion de la langue Refuse aliments en purées Ne recherche pas la nourriture
7-10 mois	Grumeaux/mixé	Latéralisation des aliments en fonction des dents Mâchouille/mouvements de la bouche Commence à boire à la tasse	Régurgite/vomit grumeaux Pas ou peu de motricité buccale Refuse de boire à la tasse
11-15 mois	Morceaux hachés fins	Langue essuie les aliments sur les lèvres Latéralisation de la langue Aime une variété de morceaux Mange avec les doigts Demande les aliments par leur nom	Non présent Avale tout rond Crache/vomit les morceaux Ne se nourrit pas seul Ne demande pas à manger
16-24 mois et plus	Nourriture de table	Mouvements de mastication évolués Mange seul Boit à la tasse Aime tous types d'aliments Excellent appétit	Non présent Doit être nourri Peut être encore au biberon Sélectif, mange lentement Picore comme un oiseau

5 Précisons que la prévalence des problèmes alimentaires chez les bébés qui sont d'autre part en bonne santé est de 25% (Lindberg et al, 1991) et que 1 à 2% des bébés de moins de douze mois ont des problèmes alimentaires suffisamment sévères pour entraîner un gain de poids insuffisant et un retard staturo-pondéral (Dahl et Sundelin, 1986) – cité par Ramsay (2001) pour des populations occidentales.

3/ Malnutrition et psychopathologie de l'enfant

Certains auteurs comme Guédénéy ^[4], vont plus loin et s'interrogent sur la psychopathologie de la malnutrition. En effet, les troubles alimentaires constituent une des motivations premières des consultations en pédopsychiatrie dans les pays développés. Les enfants très jeunes, qui ne s'expriment pas ou peu par la parole, expriment par leur corps leur mal-être, leur souffrance ; ils présentent des troubles de l'alimentation, du sommeil, des problèmes dermatologiques... Il s'avère que la symptomatologie présentée par les enfants sévèrement malnutris est très proche de la symptomatologie des enfants dépressifs. On peut donc se demander, si la dépression de l'enfant a pu entraîner un manque d'appétit puis une malnutrition comme on a pu le voir dans les tableaux cliniques d'hospitalisme* décrits par Spitz ou si la malnutrition de l'enfant entraîne un certain nombre de symptômes comme le retrait relationnel, l'apathie, le ralentissement psychomoteur. Il n'existe sans doute pas une réponse unique à cette question. L'établissement d'un diagnostic différentiel précis doit se faire grâce à une analyse approfondie des situations individuelles rencontrées et de leur évolution (la seule observation peut se révéler insuffisante puisque les tableaux cliniques sont très proches dans les deux situations) ; cependant, l'analyse des interactions entre l'enfant et l'accompagnant peut se révéler un bon indicateur diagnostic et pronostic ^[5,6]. Le diagnostic facilite la décision d'adjoindre ou non, au traitement médico-nutritionnel classique, une approche plus psychologique.

Il est d'ailleurs notable que les revues de littérature des termes utilisés en Afrique pour désigner le kwashiorkor mettent en évidence trois traits principaux : la séparation, la dépression et la rivalité d'un premier-né à l'en-droit du second ^[4, 7-11].



Points à retenir :

- Nécessité de tenir compte des capacités de l'enfant dans l'analyse des pratiques de soins infantiles. Une identification approfondie individuelle des problèmes alimentaires permet une réponse adaptée à la situation familiale rencontrée.
- Le faible poids de naissance semble constituer un facteur de risque de malnutrition future.
- Aucune autre caractéristique générale chez l'enfant (sexe, âge, fratrie...) ne semble prévalente dans l'apparition de la malnutrition.
- Il existe encore peu de données sur les facteurs de risque de la malnutrition chez l'enfant.
- Un enfant même très jeune peut être traumatisé ou dépressif. Ces troubles psychologiques peuvent se traduire par des troubles de l'alimentation, type anorexie, vomissements...

Questions à développer :

- Capacités alimentaires et autres capacités développementales de l'enfant au regard des attentes de l'entourage maternant dans nos pays d'intervention : adéquation ou inadéquation ?
- Quels outils seraient pertinents pour identifier les problèmes alimentaires de l'enfant ?
- L'anorexie infantile en France est-elle de même nature que celle observée dans d'autres contextes ?
- Quel diagnostic différentiel entre symptômes de la malnutrition sévère, de la dépression et/ou de la douleur ?

Pour aller plus loin :

- ^[1] Brazelton, T.B., et al., *The behavior of nutritionally deprived Guatemalan infants*. Dev Med Child Neurol, 1977. **19**(3) : p. 364-72.
- ^[2] Pollitt, E., *Behavior of infant in causation of nutritional marasmus*. The American Journal of Clinical Nutrition, 1973. **26**(3) : p. 264-70.
- ^[3] Ramsay, M., *Les problèmes alimentaires chez les bébés et les jeunes enfants*. Devenir, 2001. **13**(2) : p. 11-28.
- ^[4] Guédénéy, A., *La psychopathologie du kwashiorkor: des pionniers aux directions actuelles de recherche.*, in *MSF News : special psy n°1*. 2000, MSF-F : Paris.
- ^[5] Geber, M., *Psychological factors in the etiology of kwashiorkor*. Bulletin OMS, 1955. **XII** : p. 471- ?
- ^[6] Geber, M., *Psychothérapie d'un enfant atteint de kwashiorkor*. Psychopathologie africaine, 1989. **XXII** : p. 171-190.
- ^[7] Bonnet, D., *Présentation. La notion de négligence sociale à propos de la malnutrition de l'enfant*. Sciences Sociales et Santé, 1996. **14 n°1** : p. 5-15.
- ^[8] Geber, M., *Afrique sud-saharienne - Quelques notes d'ethnologie*. 1992, MSF : Mozambique. p. 1-6.
- ^[9] Geber, M., *Kwashiorkor : prise en charge nutritionnelle et psychologique*. *Notes cliniques 40 ans après et perspectives pour le terrain*, in *MSF News : special psy n°1*. 2000, MSF-F : Paris.
- ^[10] Guédénéy, A., *Les aspects psychosomatiques des malnutritions protéino-caloriques de la première enfance en milieu tropical*. Psychiatrie de l'enfant, 1986. **XXIX**(1) : p. 155-189.
- ^[11] Jaffré, Y., *Dissonances entre les représentations sociales et médicales de la malnutrition dans un service de pédiatrie au Niger*. Sciences Sociales et Santé, 1996. **14 n°1** : p. 41-69.



© Barbara Bobba - Birmanie

3

LES CARACTÉRISTIQUES DE LA MÈRE OU DU SUBSTITUT MATERNEL

Dans ce chapitre, nous nous centrons principalement sur les caractéristiques de la mère ou du substitut maternel. Dans la plupart des pays, la mère est le premier donneur de soins à l'enfant jeune. Il semble néanmoins important de connaître les habitudes locales afin de définir si la mère est effectivement le principal donneur de soins et si la marge de manœuvre dont elle bénéficie en termes d'éducation est grande ou non.



© ACF - Afghanistan

Dans certains pays, le père ou la belle-mère ont une influence telle sur les pratiques à l'égard de l'enfant qu'il serait erroné de se limiter à une analyse explicative de la malnutrition centrée sur la mère et l'enfant.

Dans certains contextes ou en fonction de l'âge de l'enfant, différencier entourage maternant (qui donne les soins) et entourage nourricier (qui subvient aux besoins alimentaires) peut également se révéler pertinent.

Les caractéristiques de la mère ou du substitut maternel portent sur plusieurs aspects :

- Les croyances sur la parentalité et son efficacité.
- Le statut nutritionnel et médical du substitut maternel.
- Les troubles mentaux et en particulier les dépressions du substitut maternel.

1/ Les croyances sur la parentalité et son efficacité

Les croyances sur la parentalité et son efficacité font référence à la croyance selon laquelle la façon dont l'enfant évolue a à voir avec le comportement des parents. Les parents avec une croyance forte en l'efficacité parentale vont penser que le développement de l'enfant est lié à la façon dont ils se comportent avec lui. Ces croyances parentales peuvent influencer fortement les comportements de nourrissage quand la sous-nutrition est endémique et en particulier quand l'appétit est un facteur limitant (Engle, ^[1]). Ces croyances sont à la fois, individuelles et culturelles. Ainsi en Afrique noire, il est fréquent de penser que l'enfant sait ce dont il a besoin en termes de nourriture. Par conséquent, les parents risquent d'être peu attentifs à la quantité d'alimentation absorbée par l'enfant.

2/ Le statut nutritionnel et médical du substitut maternel

Brazelton ^[2] montre un lien de causalité entre la taille de la mère, interprétée comme résultat de son histoire alimentaire au cours de son développement (en lien avec d'autres indicateurs), et les comportements de la période néonatale de l'enfant : plus grande est la mère, meilleures sont les performances de son enfant. Dans cette étude, les auteurs avaient proposé à certaines mères des aliments de supplément au cours de leur grossesse. Ils n'ont pas trouvé de différence significative entre l'apport alimentaire supplémentaire et les performances de l'enfant à la naissance. Ils posent alors la question de la quantité d'alimentation supplémentaire nécessaire pour les femmes souffrant de malnutrition chronique non seulement pour augmenter le poids de naissance de l'enfant mais également pour améliorer ses performances néonatales.

Winkvist ^[3] cite deux études montrant un lien direct entre statut nutritionnel et médical de la mère et soins maternels :

- En Egypte, un régime nutritionnel pauvre, des taux d'hémoglobine faibles et des carences en vitamines B6 sont liés à moins de temps passé pour les soins, moins de réponses aux vocalisations de l'enfant, moins de vocalisations à l'encontre des enfants, et une utilisation plus importante des aînés pour donner les soins.
- Au Kenya, de plus bas niveaux de prises de calories par la mère étaient associés à moins de contacts physiques avec les jeunes enfants.

Ces seules études sont bien insuffisantes pour produire une analyse fine des liens entre statut nutritionnel et médical de la mère et risque de malnutrition. Cependant, il est évident que la bonne santé du substitut maternel est un facteur favorisant des soins maternels plus adéquats, au moins au niveau du temps passé. UNICEF recommande d'ailleurs une attention particulière pour l'environnement maternant afin d'améliorer les soins maternels.

3/ Les troubles mentaux et en particulier les dépressions du substitut maternel

De Miranda et al. ^[4] ont comparé la santé mentale des mères de 60 enfants modérément ou sévèrement mal nourris avec celle des mères de 45 enfants non malnutris au Brésil. Ils trouvent une corrélation significative entre la santé mentale des mères (mesurée à l'aide d'un questionnaire de morbidité psychiatrique pour adultes) et la malnutrition de l'enfant. Mais corrélation ne signifie pas causalité. Les auteurs concluent par trois propositions qu'il faut tester, l'intrication entre santé mentale de la mère et malnutrition de l'enfant étant significative (et les variables environnement et nombre d'enfants dans la fratrie étant contrôlées) :

- soit les désordres mentaux de la mère favorisent la malnutrition de l'enfant,
- soit la malnutrition de l'enfant entraîne des perturbations mentales de la mère,
- soit un troisième facteur inconnu entraîne à la fois la malnutrition de l'enfant et les désordres psychologiques de la mère.



Nous nous retrouvons donc confrontés au même problème méthodologique que pour les enfants : qu'est-ce qui de la malnutrition de l'enfant ou des désordres psychologiques de la mère est antérieur ? Ou encore s'agit-il d'un troisième facteur commun aux deux ?

A ces questions, je voudrais apporter quelques éléments de réponse :

- D'une part, rappeler que la question de la malnutrition est complexe et que vouloir lui trouver une étiologie unique dans des situations de guerre ou de pauvreté extrême n'a pas grand sens. C'est bien plus sûrement une conjonction de facteurs qui aboutissent à la malnutrition de l'enfant.
- D'autre part, cette façon de poser la question implique une causalité linéaire. La malnutrition et les troubles psychiques de la mère s'expliquent sans doute bien mieux par des causalités circulaires : on peut imaginer par exemple que l'enfant traverse une période d'anorexie partielle au moment du passage à l'alimentation complémentaire, que la mère à ce moment, se sent un peu déprimée et qu'elle ne parvient pas à répondre adéquatement à la difficulté de son enfant. L'enfant se met alors à refuser davantage d'aliments, la mère s'inquiète et sa dépression augmente devant le refus de son enfant d'accepter la nourriture qu'elle lui donne.
- Enfin, quelques études qui tentent d'établir l'antériorité des troubles psychiques de la mère ainsi que l'efficacité du soutien psychologique dans la disparition des troubles alimentaires et de la malnutrition des enfants de mères déprimées nous amènent à faire une hypothèse forte sur la dépression maternelle comme facteur favorisant le déclenchement ou l'aggravation de la malnutrition de l'enfant.

Miquel-Garcia et al. ^[65] dans une étude comparant 30 dyades mère-enfant malnutri à 30 dyades mère-enfant non malnutri au Mali, identifient 17 mères/30 comme déprimées (contre 3 dans le groupe témoin), 2 mères dont l'immaturation affective les rend incapables d'investir la fonction maternelle, 2 mères déficientes mentales, et une mère psychotique. Selon ces auteurs, les troubles seraient antérieurs à l'apparition de la malnutrition car on retrouve certains éléments, symptômes ou causes possibles de dépression comme : nombre de grossesses non désirées, déroulement difficile de la grossesse et pauvreté de l'investissement fantasmatique au cours de celle-ci, cumul d'événements traumatiques depuis la conception de l'enfant.

Kerr et al. ^[66] comparent des mères d'enfants bien nourris (mais malades et hospitalisés) avec des mères d'enfants sévèrement malnutris, à travers des entretiens à domicile. Les mères des deux groupes sont appariées par le niveau socio-économique et le niveau d'études. Les deux groupes de mères diffèrent significativement : les mères d'enfants sévèrement malnutris ont une basse estime d'elles-mêmes, un plus bas niveau d'énergie, elles ont des relations avec leurs ascendants qui les rendent dépendantes ou isolées, les problèmes sont vécus comme venant de l'extérieur et ne résultent pas de crises ponctuelles mais d'un sous-bassement morose durable. Dans le groupe des enfants bien nourris, les mères avaient des vies plus stables, avec moins de ruptures tant au niveau de l'emploi que de leur vie affective, elles s'impliquent dans la résolution de leurs difficultés et ont su s'entourer de réseaux de soutien. Les deux groupes de mères ont expérimenté des carences affectives très importantes dans leur enfance mais les figures paternelles sont positives pour les mères d'enfants bien nourris et négatives (maltraitance et abus sexuels) pour les autres.

Salt et al. ^[71] comparent également la présence et l'absence de symptômes dépressifs chez des enfants âgés de 5 à 11 ans, ayant eu un épisode de marasme dans leur première année de vie. Les symptômes dépressifs et en particulier le manque d'estime de soi et le manque d'espoir sont plus fréquents dans le groupe des mères d'enfants ayant été malnutris et sont corrélés significativement avec l'assiduité scolaire et le niveau de lecture des enfants. Cependant, cette méthodologie est faible car comment affirmer que la mère déprimée aujourd'hui l'était avant ou même pendant la malnutrition de leur enfant quelques années plus tôt. C'est la raison pour laquelle, la seule hypothèse que les auteurs peuvent tirer de leur travail est que les sentiments dépressifs maternels peuvent être un facteur indépendant contribuant à des déficits cognitifs et comportementaux chez les enfants scolarisés ayant été malnutris dans leur petite enfance.

Malgré la difficulté à démontrer scientifiquement le rôle de la dépression maternelle dans le déclenchement de la malnutrition, la revue de la littérature nous conduit à une présomption forte tant au niveau des travaux anglo-saxons que français. « *Maternal depression has been associated with deficiency in caring behaviour. A recent review of 20 years of research in the United States linked maternal depression with lack of adequate care and supervision of children, more medical problems and accidents among children and more time spent in mutual child-caregiver negative states. Many studies show*

impaired patterns of synchrony in interactions between mother and child that seem to be related to the depression itself rather than to associated family risk factors [...] High level of maternal stress will have adverse effects on the quality of caregiving». (Engle, 1995^[11], p. 366)

Mais en quoi la dépression maternelle peut-elle amener à une carence de soins, voire par ricochet à la malnutrition de l'enfant ? L'enfant se développe et grandit parce qu'il est porté dans l'imaginaire de ses parents ou de son entourage, parce que l'on répond adéquatement à ses besoins, avec affection et continuité. Or, les personnes souffrant de dépression manquent de joie et d'appétence à vivre, n'ont pas d'énergie, ont un ralentissement psychomoteur et idéique, ont une estime de soi basse et une pauvreté imaginaire. Même si elles sont présentes physiquement, elles sont peu disponibles psychiquement : elles ne répondent pas de façon adéquate aux autres et donc à leur enfant, interprètent peu ou mal ses besoins...



Différents auteurs vont plus loin et suggèrent que certains des facteurs socio-psychologiques identifiés comme facteurs de risques de la malnutrition renvoient plus profondément à l'isolement maternel, la dépression, l'immaturité affective et les relations mère-enfant ^[8-15].

Prenons par exemple, les éléments mis en évidence par Miquel-Garcia, Collomb ou Du-bois le Bronnec :

- Miquel-Garcia [5] identifie les facteurs suivants : enfant non désiré, survenue d'un conflit conjugal, crise économique grave, déménagement, décès de proche parent, nombre d'événements difficiles survenus depuis la conception de l'enfant.
- Collomb [16], à partir de l'étude de 1072 dossiers d'enfants malnutris au Sénégal, montre les liens entre les transformations de l'univers socio-familial et culturel (migration récente de la campagne à la ville). Ce résultat pourrait être en partie nuancé : Roger-Petitjean [17] dans une étude au Burkina Faso en 1999 distingue deux conséquences opposées liées à la perte d'influence du milieu familial traditionnel en milieu urbain : chez les personnes peu intégrées à la vie moderne, la désagrégation de la

- famille est souvent facteur de pauvreté et de dépression chez la mère, corrélée avec la malnutrition des enfants. Chez les gens instruits et bien intégrés, d'autres réseaux interviennent et l'impact de la tradition (et de ses effets négatifs) est amoindri : mise à l'écart des vieilles femmes et recours plus rapide ou fréquent à la médecine moderne.
- Dubois le Bronnec ^[18] divise les mères qui reviennent fréquemment dans un centre de santé de Côte d'Ivoire avec un enfant malnutri (le même ou les uns après les autres), en 4 groupes :
 - Mères très jeunes qui, à cause de leur grossesse, doivent quitter l'école et sur lesquelles les parents avaient fondé des espoirs de réussite sociale. Elles sont alors rejetées par leur famille et souvent aussi par leur belle-famille, se retrouvent isolées et leur enfant n'est pas inscrit dans la lignée.
 - Jeunes mères qui ont dû quitter brutalement leur propre mère sans pouvoir faire un sevrage affectif : « elles têtent encore leur mère ».
 - Mères d'un âge plus mûr avec déjà une famille nombreuse qui arrivent au centre avec l'enfant dénutri et une grossesse en cours.
 - Conflits intrafamiliaux : femmes délaissées ou divorcées.

La plupart des événements identifiés comme facteurs de risques conduisent les familles ou les mères et leur enfant dans un contexte nouveau, sans le support habituel de la famille élargie, les mères sont dans un face-à-face avec l'enfant totalement inhabituel dans cette culture, pouvant même être vécu comme menaçant ^[15]. Beaucoup ne sont pas portées par le groupe dans leur identité de mère, sont dévalorisées et blessées narcissiquement et ne trouvent plus en elles-mêmes les ressources nécessaires pour répondre adéquatement aux besoins de leur enfant. D'autres enfin, vivent des pertes, des conflits.

Dans toutes ces situations, les événements vécus par ces femmes les rendent vulnérables et fragilisent leur fonction maternelle et nourricière.

Comment alors ne pas s'interroger sur les contextes d'intervention d'ACF ? Certes, les problèmes d'accès à la nourriture sont importants, les conditions sanitaires sont souvent mauvaises mais les événements que les familles subissent tant sur un plan individuel qu'au niveau de la déstructuration sociale engendrée par la plupart des conflits, ont certainement un impact sur la capacité de l'entourage à prendre soin des enfants et donc sur le déclenchement et/ou l'aggravation de la malnutrition. Ainsi Van der Kam ^[19] note « *Traumatisation of a population can have dramatically alter caring practices during and after emergencies. Social and caring behaviour can have a critical impact on the nutritional well-being of dependants following an emergency when physical resources are no longer a limited factor. Additionally, a society needs to be mentally healthy to make optimal use of rehabilitation resources made available by agencies in the wake of an emergency in order to improve nutritional and food security.* » Il n'existe pas à ma connaissance de recherches sur les caractéristiques de l'entourage maternel et les soins maternels dans les situations d'urgence.

Points à retenir :

- Définir selon le contexte et l'âge de l'enfant, l'entourage maternant et l'entourage nourricier permet à la fois de mieux comprendre les causes de la malnutrition mais aussi d'adapter et de cibler les populations de nos programmes.
- Les croyances sur la parentalité et son efficacité influent les pratiques de soins infantiles.
- Les rares données sur le statut médical et nutritionnel des mères montrent une corrélation avec les pratiques de soins infantiles mais il existe peu d'études sur cette question.
- A travers un nombre important d'études, la dépression maternelle semble un facteur de risques majeur dans le déclenchement et/ou l'aggravation de la malnutrition de l'enfant.
- Des entretiens approfondis (cf. Kerr) permettent une bonne compréhension de la situation des familles.

Questions à développer :

- Comment ACF souhaite intégrer les caractéristiques de l'entourage maternant dans les pratiques de soins infantiles dans sa compréhension générale et locale de la malnutrition sévère et dans ses programmes ?
- Les auteurs cités mettent en évidence quelques critères objectivables que l'on peut récolter à travers des entretiens qualitatifs. Quelle méthodologie appliquer à ACF ?
- Que peut-on mettre en œuvre pour limiter l'impact de la dépression maternelle dans le déclenchement et/ou l'aggravation de la malnutrition de l'enfant ?
- La malnutrition chronique de la mère constitue-t-elle un facteur de risque majeur de la malnutrition de l'enfant ? Par quels canaux : petit poids de naissance, moins grande disponibilité pour les pratiques de soins ?
- Les études citées concernent toutes des pays stables et en voie de développement. Quelles sont les conséquences des contextes d'urgence sur les pratiques de soins ?

Pour aller plus loin :

- ^[1] Engle, P.L. and H.N. Ricciuti, *Psychosocial aspects of care and nutrition*. Food and Nutrition Bulletin, 1995. **16**(4) : p. 356-377.
- ^[2] Brazelton, T.B., et al., *The behavior of nutritionally deprived Guatemalan infants*. Dev Med Child Neurol, 1977. **19**(3) : p. 364-72.
- ^[3] Winkvist, A., *Health and nutrition status of the caregiver : effect on caregiving capacity*. Food and Nutrition Bulletin, 1995. **16**(4).
- ^[4] de Miranda, C.T., et al., *Mental health of the mothers of malnourished children*. International Journal of Epidemiology, 1996. **25**(1) : p. 128-33.
- ^[5] Miquel-Garcia, E., et al., *Malnutrition et troubles relationnels mère-enfant en milieu urbain au Mali*. Psychopathologie africaine, 1992. **XXIV**(2) : p. 205-228.
- ^[6] Kerr, M.A., J.L. Bogues, and D.S. Kerr, *Psychosocial functioning of mothers of malnourished children*. Pediatrics, 1978. **62**(5) : p. 778-84.
- ^[7] Salt, P., J.R. Galler, and F.C. Ramsey, *The influence of early malnutrition on subsequent behavioral development. VII. The effects on maternal depressive symptoms*. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 1988. **9**(1) : p. 1-5.
- ^[8] Guédénéy, A., *Les aspects psychosomatiques des malnutritions protéino-caloriques de la première enfance en milieu tropical*. Psychiatrie de l'enfant, 1986. **XXIX**(1) : p. 155-189.
- ^[9] Guédénéy, A., *Kwashiorkor, depression and attachment disorders*. Lancet, 1995. **346** : p. 1293.
- ^[10] Guédénéy, A., *La psychopathologie du kwashiorkor : des pionniers aux directions actuelles de recherche.*, in *MSF News : special psy n°1*. 2000, MSF-F : Paris.
- ^[11] Bouville, J.-F., *Malnutrition et attachement mère-enfant : pratiques familiales à Abidjan, Côte d'Ivoire*, in *Medical News*. 2000, MSF-F : Paris.
- ^[12] Bouville, J.-F., *Malnutrition, attachement mère-enfant et environnement familial en milieu urbain africain (Abidjan, Côte d'Ivoire)*, in *UFR de Psychologie*. 2001, Université Paris VIII - Saint Denis : Paris. p. 412.
- ^[13] Bouville, J.-F., *L'approche relationnelle de la malnutrition infantile en milieu tropical*. Sciences Sociales et Santé, 1996. **14 n°1** : p. 103-115.
- ^[14] Bouville, J.-F., *Aspects relationnels de la malnutrition infantile en milieu urbain africain*. Cahiers Santé, 1993. **3** : p. 433-440.
- ^[15] Moro, M.-R., *Présentation - Nourritures, soins, psychisme et cultures*, in *Medical News*. 2000, MSF-France. p. 1-8.
- ^[16] Collomb, H., et al., *Circonstances d'apparition des kwashiorkors hospitalisés dans le service de pédiatrie de l'hôpital universitaire de Dakar*. Bulletin socio-médicale d'Afrique Noire en langue française, 1969. **XIV, 4** : p. 809-820.
- ^[17] Roger-Petitjean, M., *Soins et nutrition des enfants en milieu urbain africain - Paroles de mères*, ed. C.E. Africaines. 1999, Paris : L'Harmattan. 319.
- ^[18] Bronnec, D.L., *Dimension psycho-affective et culturelle de la malnutrition en côte d'ivoire*. Lieux de l'Enfance, 1986. **n°6/7** : p. 193-204.
- ^[19] Van der Kam, S., *Mental health needed for caring capacity*. 2002. **2002**.



© ACF - Népal

4

LES CARACTÉRISTIQUES DE LA RELATION ENTOURAGE-ENFANT

La relation mère-enfant s'appuie bien entendu, sur les caractéristiques de l'enfant, les caractéristiques du substitut maternel mais elle est aussi unique. C'est-à-dire que la relation qu'une mère construit avec son enfant est forcément différente de celle qu'elle a construite avec ses enfants précédents ou qu'elle construira avec ses enfants suivants, tout comme chaque enfant construit une relation différente avec chacun de ses partenaires. Cette relation évolue en fonction du contexte et au cours du temps.

Rappelons qu'il est artificiel de séparer les facteurs influant les pratiques de soins infantiles comme nous le faisons dans cette fiche. Cette démarche vise uniquement un objectif pédagogique de clarification et de simplification des différents facteurs en jeu.

NB : dans certains contextes ou en fonction de l'âge de l'enfant, différencier entourage maternant (qui donne les soins) et entourage nourricier (qui subvient aux besoins alimentaires) peut se révéler pertinent.

1/ Nourrir : un phénomène complexe

Nourrir s'inscrit dans un contexte ; il ne s'agit pas seulement d'ingérer des aliments. « Pouvoir nourrir pour la mère, pouvoir être alimenté pour l'enfant sont des actes qui engagent plus qu'un simple don de nourriture et d'apaisement de la faim » (Moro, ^[1]). Cette donnée est bien connue des psychologues et des psychiatres qui depuis longtemps, savent à la fois combien le « nourrissage » rentre dans le cadre d'échanges relationnels plus globaux et comment au-delà de la nourriture, le besoin d'attachement est essentiel pour l'enfant.

Les travaux de Spitz 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 pris en charge par du personnel qualifié, recevaient tous les soins quotidiens mais le nombre d'enfants par rapport au personnel disponible ne permettait pas un suivi individualisé des bébés comme par exemple 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 à eux des personnes par des pleurs prolongés, ils se résignaient : calmes dans leur lit, ils s'auto-stimulaient (balancements, jeux répétitifs avec leurs pieds et leurs mains...). Lassés et déprimés par le manque d'interactions et d'échanges affectifs, ils devenaient apathiques, le regard dans le vide. Cet état est appelé « hospitalisme ». Ainsi des bébés auxquels on apportait les soins de base nécessaires se laissaient mourir par manque de maternage et de possibilité de construire une relation privilégiée.

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



©ACF - Afghanistan

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, a 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 des 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.

Nourrir s'inscrit donc dans les échanges entre l'enfant et le monde extérieur. Le repas est d'ailleurs considéré comme une modalité d'évaluation de la relation mère-enfant au même titre que le jeu. En comparant 30 dyades consultantes en psychiatrie et 30 dyades non consultantes, Keren et Feldman ^[2] ont pu démontrer que les dyades consultantes avaient des interactions moins bonnes tant dans le jeu qu'au cours des repas. De plus, l'alimentation suscitait plus d'interactions négatives que le jeu quel que soit le diagnostic clinique de l'enfant et le comportement de retrait relationnel était déclenché électivement par la situation d'alimentation.

La relation affective mère/enfant et la relation de nourrissage s'interpénètrent, d'autant que l'alimentation représente un enjeu vital autour duquel peuvent se cristalliser les difficultés. 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. Le bébé ne trouve plus en sa mère la partenaire dont il a besoin pour communiquer et se développer, sa mère étant fragilisée, elle n'est plus en mesure de jouer son rôle protecteur. Par ses troubles, il témoigne des difficultés de sa mère, mais aussi de celle de son père et de sa famille (Lachal et Moro, [3]).

2/ Malnutrition, fruit d'une relation affective défaillante ?

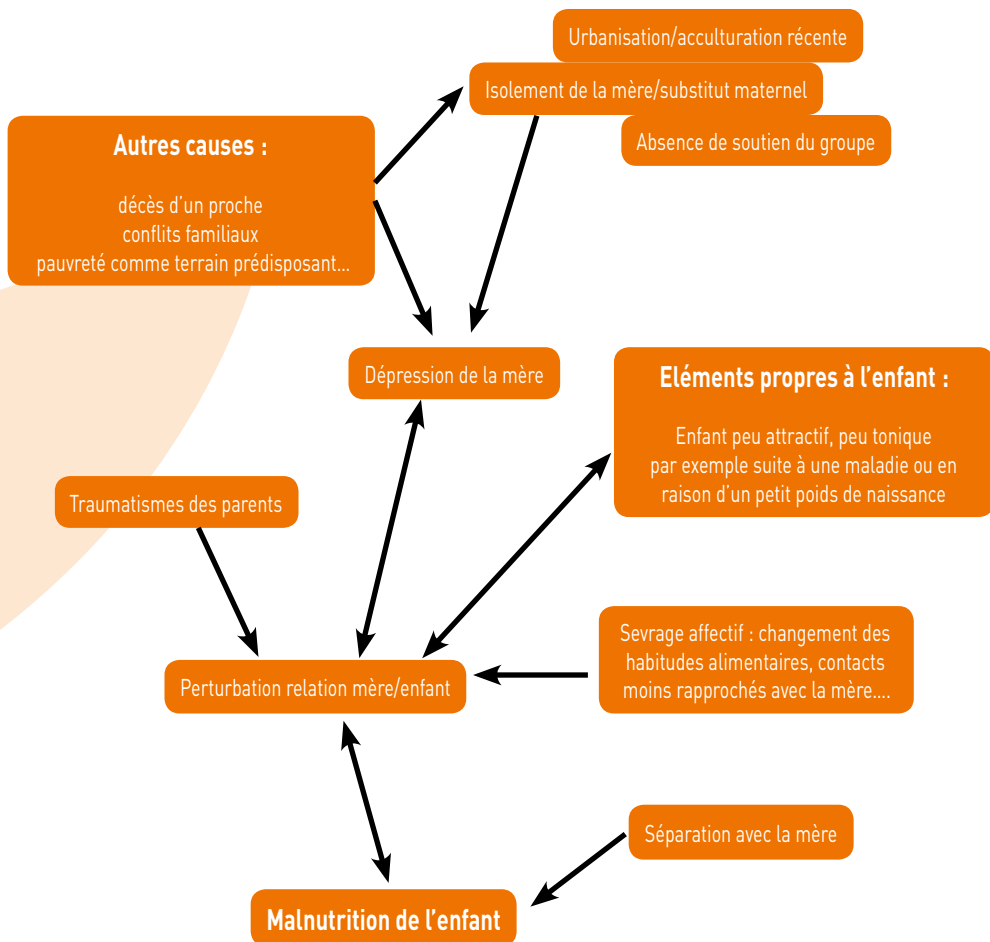
Les aspects psychologiques et anthropologiques de la malnutrition de l'enfant, interrogés dès les années 50 par Geber puis par Collomb [4, 5, 6, 7], ont mis en évidence des facteurs de risque (résumés dans la figure page suivante) comme l'urbanisation individuelle récente, des spécificités de la situation de la mère, un sevrage brutal ou des qualités propres à l'enfant (faible poids de naissance, handicaps...). De manière autonome ou en réaction à la souffrance parentale, des troubles psychiques chez l'enfant (retrait relationnel, dépression, traumatisme, retard de développement) entraînent ou aggravent une malnutrition et/ou limitent l'efficacité du traitement de re-nutrition.

Ces données peuvent être interprétées comme des éléments qui perturbent la relation mère-enfant et finalement sur la nécessité de considérer dans l'étiologie de la malnutrition, les relations affectives sous-jacentes entre l'enfant et son entourage. Considérons par exemple, l'urbanisation individuelle récente : d'une vie au sein de la famille élargie, la mère et l'enfant se retrouvent en situation duelle, sans le soutien des tantes et grand-mères qui à la fois procurent directement des soins à l'enfant mais également aident la mère dans sa fonction maternelle et nourricière. Cette situation nouvelle et inattendue peut affecter la mère si elle ne bénéficie pas d'un réseau de soutien et peut limiter/entraver sa capacité à s'occuper de son enfant.

L'étiologie affective de la malnutrition apparaît dans la terminologie même de kwashiorkor qui dérive de kwashi ("enfant") et orkor ("rouge") — allusion aux modifications cutanées — et signifie "maladie du jeune enfant que sa mère éloigne lors d'une nouvelle grossesse" dans le langage des Ashantis, peuple de l'est du Ghana.

Le kwashiorkor peut alors être considéré comme un sevrage affectif qui correspond soit à la séparation réelle de l'enfant et de la mère, soit à une séparation affective liée à la naissance d'un nouvel enfant et qui n'est pas compensée par le soutien des mères de substitution du groupe élargi. On pourrait également considérer la malnutrition comme une anorexie du nourrisson (et oui, ça existe, y compris dans nos pays occidentaux).

Figure 3 - Facteurs psychologiques et sociologiques intervenant dans la malnutrition en situation chronique (d'après les études citées dans la bibliographie)



3/ Caractéristiques de l'attachement et malnutrition

L'attachement, conceptualisé par Bowlby (cf. ci-dessus) qualifie la qualité de la relation entre l'enfant et sa figure maternelle. On parlera d'attachement sécure quand l'enfant se sentira suffisamment en confiance et en sécurité intérieurement pour désirer explorer le monde environnant et mener de nouvelles expériences. L'attachement insécure ou ambivalent résulte d'une figure maternelle sécurisante insuffisante qui ne permet pas à l'enfant d'explorer le monde ou d'être séparé momentanément de sa mère en se sentant bien.

Nous distinguerons deux types de recherches :

- Les recherches prospectives étudient la qualité des relations mère-enfant avant même l'apparition de la malnutrition. Elles nous renseignent sur le contexte dans lequel s'inscrit la malnutrition (aigüe ou chronique) et mettent en évidence le rôle de la relation mère-enfant dans l'apparition de la malnutrition.
- Les recherches comparant des groupes d'enfants bien-portants à des groupes d'enfants malnutris nous renseignent sur la qualité de la relation mère-enfant et l'attachement alors que l'enfant est déjà malnutri. Bien qu'il y ait de fortes probabilités que les différences notées soient antérieures à la situation de malnutrition, ce que nous confirment les études prospectives, elles ne nous permettent pas de l'affirmer.

Ceci nous alerte sur deux points : le problème d'attachement comme facteur de risque de la malnutrition (ou du retard de croissance — «failure-to-thrive») mais aussi les changements possibles dans la relation si l'enfant présente un retard de développement ou une malnutrition.

Les recherches prospectives

Lors d'observations longitudinales et systématiques dans un quartier à fort taux de malnutrition à Abidjan, Bouville ^[8] a pu mettre en évidence des différences dans les interactions enfant-entourage entre les familles d'enfants devenus malnutris et celle d'enfants demeurés bien-portants du point de vue nutritionnel. L'attachement insécure (ou résistant ou ambivalent) des enfants du groupe malnutri provient de l'indisponibilité relative de la figure d'attachement : ils se comportent vis-à-vis de leur mère comme de l'alimentation par une insistance de proximité (refus de quitter le sein) mêlée de colère et d'opposition (comportements anorexiques) qui contribuent à l'apparition et au maintien des symptômes de malnutrition légère et modérée. Les enfants avec attachement sécure sont en mesure d'utiliser leur mère comme base sécurisante, progressivement intériorisée, permettant une exploration du monde, y compris au niveau d'une diversification alimentaire.

On retrouve fréquemment cet aspect dans les centres nutritionnels avec des difficultés d'acceptation par l'enfant d'un changement d'alimentation et en particulier au moment du passage à l'alimentation solide.

Grantham Mc Gregor ^[9] cite une étude prospective qui montre que les mères répondaient moins à leur enfants, étaient moins affectueuses et leur parlaient moins avant même l'apparition de la malnutrition.

Les recherches sur l'attachement de l'enfant malnutri

Le lien entre troubles de l'attachement, carence affective et malnutrition se retrouvent dans de nombreuses recherches : Grappe ^[10] trouve plus de malnutrition grave dans le nordeste du Brésil quand il y a des troubles de l'attachement mère-enfant, Geber ^[6] montre en quoi l'altération de la relation mère-enfant est déterminante dans l'apparition et dans le pronostic de la malnutrition. Buffet et Mazet ^[11] raconte l'histoire d'un enfant présentant une dépression anaclitique (dépression infantile touchant les enfants séparés de leur mère après avoir eu avec elle une relation normale durant les premiers mois de la vie) à la suite d'un état de souffrance dû à la rupture des liens préétablis et à la perte de l'objet d'amour, à savoir la mère.



Ainsworth ^[12] observe 28 enfants en Ouganda et les classe en trois groupes :

- 16 ont un attachement sécurisé (suivent la mère et lui souhaitent la bienvenue à son retour).
- 7 ont un attachement insécuré (basé surtout sur la fréquence des pleurs, y compris en présence de la mère) ; les raisons de l'attachement insécuré étaient multiples : 2 enfants étaient chroniquement malnutris et affamés, d'autres avaient des mères anxieuses car séparées de leur mari ou étaient en conflit avec les co-épouses.
- 5 enfants n'ont pas d'attachement encore établi.

Ainsworth s'attache à démontrer ce qui est commun aux trois groupes :

- les mères de chacun des groupes sont chaleureuses avec leur enfant.
- la plupart des enfants ont différents substituts maternels.

Et ce qui distingue les trois groupes :

- la quantité de soins donnée par la mère : les enfants non attachés ont des mères qui s'absentent pour de longues périodes et laissent l'enfant à d'autres alors que

les mères avec un attachement sécure emmènent leur enfant avec elles quand elles partent.

- La quantité totale de soins (tous substituts maternels confondus) : ce sont les enfants non attachés qui reçoivent le moins de soins.

L'attitude de la mère par rapport à l'allaitement est une variable discriminante : aucune des mères sans attachement rapporte prendre du plaisir lors de l'allaitement alors que c'est le cas de 14 des 16 mères dont l'enfant a un attachement sécure. De même, la quantité et la qualité du lait maternel n'est pas une donnée statistique significative mais l'impression des mères d'avoir suffisamment de lait se retrouve principalement chez celles dont l'enfant a un attachement sécure.

Miquel-Garcia ^[13] compare 30 dyades mère-enfant malnutri à 30 dyades mère-enfant bien portant au Mali. Les enfants malnutris gardent davantage le contact corporel avec la mère au cours de l'examen, acceptent plus difficilement la séparation et restent inconsolables, persistent dans la conduite d'agrippement et appellent moins leur mère. Ils regardent moins leur mère, explorent moins l'environnement et ne cherchent pas à attirer leur regard. Ils utilisent moins leur voix dans les interactions et pointent moins souvent du doigt. Les mères leur adressent moins souvent la parole et leur tendent moins souvent des objets. Les échanges sont plus discontinus, plus rares dans leur réciprocity, sont teintés de tristesse ou d'indifférence, voire d'agressivité alors que les échanges avec les enfants bien-portants ont une tonalité de plaisir. Dans les dyades mère-enfant bien portant, la mère et l'enfant sont à l'initiative des échanges alors que personne ou seulement l'enfant l'est dans les cas de malnutrition.

Pollitt et al. ^[14] comparent des mères d'enfants bien-portants et des mères d'enfants ayant un retard de croissance (« failure-to-thrive ») : les mères d'enfants présentant un retard de croissance interagissent moins verbalement et présentent moins de socialisation. Une différence statistiquement significative concerne l'âge des mères, plus elles sont âgées, mieux elles interagissent avec leur enfant.

Bouville ^[15] cite plusieurs études qui portent sur les spécificités comportementales et interactionnelles de la situation de l'enfant malnutri au moment de son observation dans son environnement habituel.

En Inde, le temps passé aux soins était identique à ceux du groupe contrôle mais le sein était donné plus fréquemment aux enfants modérément dénutris et les stimulations comme parler, caresser, jouer étaient moindres. Au Mexique, les différences d'attitudes des parents ne sont observées qu'après le 6ème mois quand l'enfant devrait se séparer de ses parents. Les enfants malnutris restent agrippés et sont plus passifs, explorent moins, ce qui attire moins l'attention des parents que pour les enfants qui vont bien.

Au Cameroun, on remarque un sevrage plus précoce des enfants malnutris qui sont confiés à un substitut maternel plus jeune et de parenté plus éloignée. Les enfants mal-

nutris bénéficient de moins d'interactions sociales bien qu'ils sollicitent davantage leur mère par des regards et des vocalises au cours des repas ; ils s'intéressent très peu à la nourriture.

Globalement, les mères font preuve de moins d'attention et d'interactions sociales (parler, regarder, jouer) envers un enfant qui s'efforce d'établir le contact et de rester à proximité d'elle (s'agrippe, vocalise, la regarde) quoique sur un mode plus régressif et dépendant que l'enfant bien portant. Le temps de contact alimentaire est plus important car les enfants dénutris s'intéressent peu à la nourriture. Cependant, les mères et l'entourage leur donnent plus souvent à manger sans pour autant leur consacrer plus de temps.

L'ensemble de ces études montrent des interactions mère-enfant moins nombreuses et moins positives avant même l'apparition de la malnutrition de l'enfant (dans le cas des études prospectives) ou bien après. Certains auteurs ont pu parler de « négligence » dans le cadre de la malnutrition, en évoquant notamment les interprétations sociales de la malnutrition sévère limitant considérablement la croyance des parents en leur capacité de réaction et assimilant leur non-action à un sentiment d'impuissance (Bonnet ^[16]).

4/ Que pouvons-nous en tirer pour notre travail au sein d'ACF ?

La malnutrition est un phénomène complexe et multi-causal (cf. le schéma causal de la malnutrition d'ACF) dont nous devons tenir compte à la fois dans notre analyse régionale et dans notre analyse individuelle.

Il nous faut considérer dans notre compréhension de la malnutrition et dans les programmes que nous mettons en place les facteurs sous-jacents et notamment les facteurs affectifs et émotionnels de la relation enfant-entourage (cf fiche technique « Santé mentale et malnutrition n°8 »).

Pour cela, il est important de s'arrêter sur la place de l'enfant dans sa famille, de mieux comprendre les soins maternels dont ils bénéficient et les interactions avec son entourage.

Remonter le fil de l'histoire de la famille puisque la relation mère-enfant se dessine avant même la conception de l'enfant : l'imaginaire de la famille, des individus, les attentes sociales par rapport à la venue d'un enfant marquent déjà la relation qui pourra se construire après la naissance. Attendre son premier enfant dans un mariage heureux ou être enceinte de son huitième enfant alors que l'on ne désirait plus être mère, change l'accueil et les liens qui pourront se tisser entre un enfant et son entourage.

Avant et au cours de la grossesse, les parents se créent un « enfant imaginaire », répondant à leurs attentes, à leurs désirs.



La naissance de l'enfant est la première séparation de la mère et de l'enfant. Après neuf mois de symbiose, la mère et son bébé sont séparés et vont devoir apprendre à se connaître. Cette rencontre n'est pas toujours simple et naturelle. L'enfant « réel » ne correspond jamais à l'enfant imaginaire et il faut un certain temps aux parents pour adapter et réajuster l'image qu'ils se faisaient de l'enfant à naître par rapport à l'enfant qu'ils ont aujourd'hui face à eux.

Discuter avec les mères de leur désir d'enfant, de leur grossesse, de la naissance, de la première rencontre avec leur bébé, etc, vous donneront des clés pour comprendre ce qui se joue ici et maintenant. Par exemple, la pauvreté fantasmatique au cours de la grossesse (l'incapacité de la mère à rêver son enfant à naître) est un indicateur à prendre en considération dans l'observation et le diagnostic de la relation mère-enfant.

De par son mandat, ACF intervient fréquemment dans des contextes d'urgence, ceux-ci impliquant certaines conséquences sur le lien mère-enfant.

Le contexte politique, social, économique et familial rend en effet la société entière plus vulnérable et fragilise la mère, allant même jusqu'à provoquer des symptômes dépressifs chez cette dernière. Ceux-ci peuvent alors provoquer des carences de soins envers l'enfant.

Les contextes de conflits en particulier, sont souvent le théâtre d'actes barbares qui vont directement influencer sur le développement de l'enfant.

Que dire par exemple des enfants nés de viols (Rigal ^[17]) ? Dans de nombreux pays où nous intervenons, il existe des pratiques de viols systématisés dont sont issus des enfants. Comment les aimer ? Comment les investir ?

Enfin, de nombreuses croyances et représentations existent : tel enfant est dit singulier, tel autre est la réincarnation d'un ancêtre, tel autre a des pouvoirs liés à sa jumeauté... Tous ces facteurs jouent sur la relation entourage-enfant.

Dans le cadre de nos interventions, il ne s'agit pas de juger les parents ou leurs croyances mais de comprendre ce qui se passe pour eux avec leur enfant malnutri. Cela prend du temps mais l'enjeu en vaut la peine car nous serons alors plus à même d'aider ces familles. Dans les centres nutritionnels, cela nécessite l'aménagement de l'accueil et de la relation soignant-soigné où l'on ne se limite pas à donner un traitement médico-nutritionnel mais où l'on cherche à comprendre ce qui s'est passé et ce qui se passe aujourd'hui. On accompagne la famille dans la maladie et on soutient la relation mère-enfant. Ce soutien se fait à travers la qualité de l'accueil et du suivi de l'enfant, à travers des discussions informelles et formelles avec la famille, à travers des sessions de jeux dont un des objectifs est de faciliter et de valoriser la relation mère-enfant, à travers le renforcement de l'estime de soi des parents. Un des rôles de l'équipe soignante est d'aider les mères à se sentir des « mères suffisamment bonnes » (Winnicott) malgré les événements que bien souvent, elles viennent de traverser.

Pour être efficace et développer une approche globale, le type de relation entourage-enfant et sa qualité sont à considérer.

Si nous prenons par exemple le cas des rechutes, nous pouvons faire plusieurs hypothèses pour déterminer les causes : sommes-nous face à un problème lié à l'éducation à la santé et à de mauvaises pratiques de santé et/ou d'alimentation, et/ou la malnutrition est-elle l'un des symptômes d'un problème plus complexe au niveau de l'enfant ou de l'enfant et de son entourage ?

Dans ce cas, il est évident qu'il est nécessaire de mettre en place une approche d'un autre type que la réhabilitation nutritionnelle classique, indispensable mais non suffisante pour guérir et soutenir à long terme les bénéficiaires.

Les programmes humanitaires actuels, en ignorant les pratiques de soins comme cause de la malnutrition (et en particulier leur bouleversement en raison des difficultés psychosociales liées à la situation d'urgence), n'ont pas encore saisi l'opportunité d'enrayer un système parfois dysfonctionnant qui peut, à moyen et long terme, entraver le bon développement de l'enfant.

Points à retenir

- Nourrir s'inscrit et fait partie intégrante d'un contexte relationnel qui engage davantage que le don de nourriture.
- 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.
- La relation mère-enfant pré-existe à la naissance de l'enfant à travers l'imaginaire et le désir des parents, les attentes sociales, etc.
- Un bébé en mal d'amour peut refuser de s'alimenter et se laisser mourir (hospitalisme).
- Une relation mère-enfant carencée peut conduire à l'anorexie et/ou à la malnutrition.
- Les pratiques de soins doivent être intégrées dans notre compréhension du contexte et des causes de la malnutrition.
- Les activités favorisant une meilleure relation mère-enfant et un mieux-être des bénéficiaires et de leur accompagnant font partie intégrante de la prise en charge dans les centres nutritionnels d'ACF.

Questions à développer:

- Quelles nouvelles études prospectives pourraient être mises en place afin de mieux définir des indicateurs d'alerte concernant la malnutrition et d'améliorer la démarche préventive ?
- De quelle manière ACF pourrait-elle travailler en amont avec les femmes enceintes et les adolescentes afin de les aider à mieux se préparer à la venue d'un enfant ?
- Comment reconnaître et diagnostiquer les différents troubles alimentaires chez l'enfant, notamment l'anorexie ?
- Comment faciliter au mieux l'amélioration de la relation mère-enfant ?
- Comment soutenir la mère afin de l'aider à redonner l'envie de vivre à son enfant et parfois à reprendre vie elle-même ?
- Quel soutien apporter en cas de situations extrêmes : enfants nés de viols par exemple ?
- Comment mieux travailler avec les familles dans les centres nutritionnels ?

Pour aller plus loin :

- ^[1] Moro, M.-R., *Presentation - Nourritures, soins, psychismes et cultures*, in *Medical News*. MSF-F : Paris, 2000. p. 1-8.
- ^[2] Keren, M. and Feldman, R., *Le rôle de l'évaluation des interactions lors du repas dans l'évaluation psychopathologique usuelle du jeune enfant*. *Devenir* 14 (1), 2002. p. 5-16.
- ^[3] Lachal, C., Moro, M.-R., et al, *Les bébés de Hébron (Palestine) - Effets des traumatismes précoces sur le développement*, in *La Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale* 12, 1997. p. 8-12.
- ^[4] Geber, M., *Psychological factors in the etiology of Kwashiorkor*. *Bulletin OMS*, 1955 XII. p. 471-?
- ^[5] Geber, M., *Psychothérapie d'un enfant atteint de kwarshiorokor, Psychopathologie africaine*, 1988-89. XXII: p. 171-190.
- ^[6] Geber, M., *Kwashiorkor : prise en charge nutritionnelle et psychologique, notes cliniques 40 ans après et perspectives pour le terrain*, in *MSF News : special psy no1*. MSF-F : Paris, 2000.
- ^[7] Collomb, H., et al., *Circonstances d'apparition des kwarshiorokors hospitalisés dans le service de pédiatrie de l'hôpital universitaire de Dakar*. *Bulletin socio-médical d'Afrique Noire en langue française*, 1969. XIV, 4 : p. 809-820.
- ^[8] Bouville, J.-F., *Malnutrition et attachement mère-enfant : pratiques familiales à Abidjan, Côte d'Ivoire*, in *Medical News*. MSF-F : Paris, 2000.
- ^[9] Grantham-Mc Gregor, S., *A review of studies of the effect of severe malnutrition on mental development*, in *J Nutr*. 125, 8 suppl., 1995. p. 2233S-2238S
- ^[10] Grappe, M., *Malnutrition du nourrisson dans le Nordeste du Brésil. De la pédiatrie à la psychiatrie*, in *Medical News*. MSF-F : Paris, 2000.
- ^[11] Buffet, Y. and Mazet, P., « *Ca va Awa ?* » *Carence nutritionnelle, carence affective, état dépressif grave d'un enfant de moins de deux ans*. *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 1983. 59(47) : p. 3270-3
- ^[12] Ainsworth, M.D.S., *Infancy in Uganda. Infant care and growth of love*. The Johns Hopkins press - Baltimore, Maryland, 1967. p. 387-399.
- ^[13] Miquel-García, E., et al., *Malnutrition et troubles relationnels mère-enfant en milieu urbain au Mali*. *Psychopathologie africaine*, 1992. XXIV(2) : p. 205-228.
- ^[14] Pollitt, E., Eichler, A.W., et al., *Psychosocial development and behavior of mothers of failure-to-thrive children*, in *Am J Orthopsychiatry* 45 (4), 1975. p. 525-37.
- ^[15] Bouville, J.-F., *L'approche relationnelle de la malnutrition infantile en milieu tropical*. *Sciences Sociales et Santé* 14 n°1, 1996. p. 103-115.
- ^[16] Bonnet, D., *Présentation. La notion de négligence sociale à propos de la malnutrition de l'enfant*. *Sciences sociales et Santé* 14 n°1, 1996. p. 5-15.
- ^[17] Rigal, J., *Le désarroi du nutritionniste devant les causes invisibles de la malnutrition*, in *Medical News*. MSF-F : Paris, 2000.



© Barbara Bobba - Birmanie

5

LE SYSTÈME DE SOUTIEN ET LES CONTRAINTES AU NIVEAU DES RESSOURCES

Comme nous l'avons souligné dans le chapitre 1, les pratiques de soins sont à étudier sous deux aspects à la fois : la quantité de temps et la qualité des pratiques de soins infantiles. Ceux-ci ne dépendent pas uniquement de la mère et de l'enfant mais interviennent dans un contexte qu'il convient aussi de prendre en compte.

Les travaux menés sur le système de soutien et les contraintes au niveau des ressources sont principalement des études anthropologiques puisqu'ils portent sur le contexte, les représentations culturelles, l'organisation familiale des responsabilités et des tâches, le rapport homme/femme... Les données diffèrent d'un pays à l'autre bien que certaines tendances puissent être observées et notamment lorsque nous nous intéressons aux situations d'urgence.

1/ Le système de soutien

Selon Engle ^[1], le soutien à la dyade est de trois types :

- informatif (déterminer si la nourriture est appropriée, affecter les ressources disponibles...)
- émotionnel et affectif (motiver l'entourage sur la meilleure façon d'utiliser ses connaissances pour un soin psychosocial approprié)
- physique

Ce soutien intervient à plusieurs niveaux : directement en soutien à la dyade (le mari peut assumer des tâches pour permettre à la femme de prendre du repos après l'accouchement, par exemple), en soutien à la mère (qui peut demander des conseils ou un soutien moral aux aînés), et/ou à l'enfant (qui trouve d'autres personnes pour s'occuper de lui lorsque sa mère est occupée)...

Dans les chapitres 3 et 4, nous avons souligné la fréquence des changements familiaux récents qui isolaient les mères (urbanisation récente, déménagement...) et les privaient du soutien qu'elles reçoivent traditionnellement pour l'éducation de leurs enfants. Cependant, ce soutien ne saurait être vu que sous son aspect positif, il peut également constituer un frein.

Par exemple, des mères souhaiteraient changer certaines pratiques d'éducation (comme l'emballotement des enfants à Kaboul par exemple) mais ne sont pas en mesure de le faire face aux refus des belles-mères. A qui appartient l'enfant ? Qui décide de ce qui est bien pour lui ? De quelle marge de manœuvre disposent les parents ? A qui amène-t-on l'enfant lorsqu'il est malade ?

Ces données sont à prendre en considération dans la compréhension de la malnutrition et des pratiques de soins. Au-delà de la famille, la société propose des mo-

dèles, des schémas que les familles appliquent et doivent suivre (consciemment ou non). Par exemple, si la malnutrition n'est pas reconnue comme un problème lié à l'alimentation mais comme le résultat de la transgression d'un tabou social sexuel ou comme résultant de l'intervention des djinns comme c'est souvent le cas dans les pays d'Afrique, la famille favorise des actions dans le même cadre interprétatif (tradipraticiens notamment) (Bonnet ^[2]), et ne se rendra à l'hôpital qu'en dernier recours.

Quelles sont les représentations que la mère se fait de la malnutrition de son enfant ? Ne se sent-elle pas partagée entre ses croyances traditionnelles, la pression des structures de santé occidentale et l'état de son enfant ?

Il est facile d'imaginer combien il peut être difficile pour une mère d'emmener son enfant malnutri dans un service de santé, lorsque les autres membres de sa famille ont une représentation de cette maladie et surtout des pratiques de guérison très différentes de la médecine traditionnelle.



Jaffré ^[3] le souligne dans sa recherche sur des mères et des enfants hospitalisés au Niger que les croyances populaires évoquent comme cause de la malnutrition, l'action des génies et des sorciers consistant à faire disparaître le principe essentiel de la personne, d'où l'amaigrissement. De plus, la faim y est synonyme de honte car elle signifie que les réseaux de solidarité familiale n'ont pas fonctionné.

Comment une mère a-t-elle le courage d'aller à l'encontre des peurs et croyances de son entourage en emmenant son enfant à l'hôpital, en ayant à subir en plus la honte de devoir faire soigner son enfant qui a faim ?

Ces attitudes sont fréquentes dans certains pays en développement et ne se retrouvent pas uniquement en milieu rural ou reculé.

Roger-Petitjean ^[4] observe une différence entre deux groupes au sein du même milieu urbain, selon leur intégration à ce milieu : chez les per-

sonnes peu intégrées à la vie moderne, la désagrégation de la famille est souvent facteur de pauvreté et de dépression chez la mère, corrélée avec la malnutrition des enfants ; l'influence du milieu familial traditionnel y est plus forte. Pour les gens instruits et bien intégrés, d'autres réseaux interviennent et l'impact de la tradition (et de ses effets) est

amoindri : les vieilles femmes sont mises à l'écart et l'on a recours plus rapidement ou fréquemment à la médecine moderne.

Dans les contextes d'urgence, la situation est plus spécifique.

Le système de soutien traditionnel peut avoir volé en éclats suite à des déplacements imprévisibles et à la dynamique de survie qui a impliqué un repli sur la famille nucléaire et des changements d'organisation.

A Juba, au Soudan, la famille étendue est séparée, beaucoup d'hommes sont devenus militaires, seul moyen pour eux de gagner de l'argent, et les femmes ont dû se mettre à travailler. Dans ces conditions, la femme doit à la fois aller chercher du bois ou de l'herbe pour les vendre sur le marché, prendre soin des enfants et s'occuper du foyer. Les enfants les plus jeunes sont à la charge des plus âgés pendant toute la journée et les mères n'ont qu'un temps très réduit à consacrer aux pratiques de soins infantiles, sans que les habituelles parentes de la famille ne soient présentes pour l'aider ou prendre en charge les enfants. Les conflits familiaux, la violence intra-familiale, l'alcoolisme de certains membres de la famille, sont des facteurs qui conduisent les enfants à la malnutrition de façon récurrente (rechutes des enfants au sein des centres nutritionnels). Comprendre le système de soutien permet de mieux saisir le monde dans lequel vivent l'enfant et sa famille, les croyances et les représentations culturelles. Cela permet de mieux définir les groupes à cibler lors d'interventions d'éducation et de sensibilisation ou lors de discussions pour le traitement médico-nutritionnel de l'enfant.

2/ Les contraintes de ressources

La restriction quant aux ressources (économiques, humaines, de services existants tels que les centres de santé...) limite l'efficacité des pratiques de soins infantiles.

Selon Longhurst ^[5], en situation d'urgence la vulnérabilité des personnes est immense, et leur capacité à s'en sortir affaiblie. De ce fait, les ressources déclinent, la famille reçoit moins de soutien psychosocial de l'extérieur, de ce fait moins d'attention est portée aux soins aux jeunes enfants par l'entourage et l'extérieur.

Prenons quelques exemples : la famille peut être amenée à faire des choix entre acheter un médicament ou de la nourriture. Qui fait ses choix et quelles seront ses implications sur l'enfant ? Quel soutien cette famille peut-elle recevoir de l'extérieur si l'ensemble du village subit les mêmes restrictions ?

Dans d'autres situations, fréquentes elles aussi, la femme n'aura qu'un accès très limité aux ressources financières et devra gérer son budget pour répondre à l'ensemble des besoins de la famille. D'autres fois encore, l'alcoolisme d'un des membres ampute les ressources de la famille au détriment de l'achat d'alimentation.

Toutes ces situations influenceront inévitablement sur les soins prodigués à l'enfant.

Qu'en est-il des mères isolées ou en rupture avec leur milieu familial ?

Nous avons compris que certains systèmes de soutien pouvaient avoir des effets négatifs sur la mère et l'enfant, mais le manque de support et de ressources pour une mère et son enfant, risque de les rendre plus vulnérables et à risque de développer les formes les plus sévères de malnutrition, comme l'ont montré différentes études.

D'après Suremain ^[6], au Congo, la décision qui conduit au sevrage définitif n'est, la plupart du temps, pas en lien avec le régime alimentaire de l'enfant ni avec son âge, malgré des représentations et des causes évoquées en lien avec ces données. En réalité, la décision de la mère se fonde sur d'autres critères, lesquels sont liés à la situation sociale qu'elle vit, perçoit et subit à un moment donné. Le sevrage est souvent brutal et les raisons en sont diverses : nouvelle grossesse, violence perpétrée sur la mère qui peut entraîner son départ, etc.

Dans cet article, Suremain se réfère à Bonnet : ce qui, de la part de la mère, ressemble à un comportement irresponsable ou négligent n'est parfois que la traduction d'un profond désarroi, lequel est lié à une situation sociale vécue comme insupportable.

Il est par conséquent nécessaire, et utile de rappeler la nécessité de prendre en compte, sans jugement, la mère et l'enfant dans leur situation sociale et familiale et d'adapter au mieux le soutien et l'accueil dans les centres nutritionnels.

Il s'agit également d'être prudent et de distinguer le discours sur les pratiques et les pratiques elles-mêmes : les mères évoquent les pratiques et comportements par rapport à leur enfant mais ceux-ci ne correspondent pas toujours aux pratiques elles-mêmes car le discours est déjà une prise de distance sur la réalité et peut faire l'objet de normatization ou de rationalisation, etc...

3/ Que pouvons-nous en tirer pour ACF ?



Tout d'abord, il est primordial de prendre le temps d'appréhender et de comprendre le contexte culturel dans lequel les programmes d'ACF sont mis en place (ses croyances, ses rituels, ses pratiques et ses représentations), et d'identifier les différents systèmes de soutien et ressources à la disposition des bénéficiaires.

Rappelons que, dans le cadre de notre intervention, nous ne sommes pas là pour juger mais pour comprendre ce qui se joue autour de l'enfant malnutri et lui apporter l'aide la mieux adaptée à sa situation.

Prendre le temps de discuter avec le personnel national peut apporter de nombreuses informations sur les croyances et pratiques de la culture.

Il est important ensuite de considérer la famille, mais également la communauté comme un soutien dont la dyade mère-enfant peut bénéficier.

Longhurst a défini le concept de "soin" dans son contexte familial mais également communautaire : le "soin" réfère à la provision au sein du ménage et de la communauté du temps, de l'attention et du soutien pour répondre aux besoins physiques, émotionnels, intellectuels et sociaux permettant le développement de l'enfant et des autres membres de la famille. Cela mène à l'utilisation optimale des ressources humaines, économiques et organisationnelles. Selon Longhurst [7], il est important que la communauté prenne en main le bien-être de ses enfants. Des activités menées par la communauté peuvent avoir un impact sur les soins en termes d'amélioration des ressources disponibles au niveau de la communauté, incluant des programmes générateurs de revenus qui améliorent le contrôle des femmes sur ces revenus, l'alphabétisation et l'éducation nutritionnelle au niveau de la famille. Il propose que les soins soient légitimisés comme une activité, pour responsabiliser tous les membres de la communauté.

Attention cependant aux conflits qui peuvent survenir entre ces activités génératrices de revenus et les soins aux enfants : ces activités demandent du temps aux femmes en dehors du foyer, ce qui implique qu'elles ont moins de temps pour prendre soin des enfants. Il est important d'être vigilant et de trouver des moyens d'impliquer le plus possible d'autres membres de la famille dans ces activités.

De la même façon, il est important d'impliquer l'ensemble des membres de la famille dans le traitement donné à l'enfant et il est aussi possible d'inclure la communauté dans certaines activités.

En Afghanistan par exemple, l'influence et le pouvoir de décision des belles-mères est tellement fort qu'il s'avère souvent nécessaire de prendre le temps de leur expliquer la maladie, le déroulement du traitement, les activités proposées, afin qu'elles n'entravent pas et même soutiennent la mère dans les pratiques de soins données à l'enfant.

Points à retenir :

- Les pratiques de soins infantiles ne sont pas uniquement dépendantes de la mère et de l'enfant mais également de l'entourage familial et dans certains contextes de l'ensemble de la communauté.
- Le soutien dont dispose les mères n'est pas toujours bénéfique pour l'enfant, mais peut parfois entraver le développement de l'enfant.
- Dans les contextes d'urgence, de nombreux changements apparaissent au sein de la famille et de la communauté, il est nécessaire de les prendre en compte dans l'analyse de la situation.
- Les dyades mère-enfant isolées sont plus vulnérables et à risque de développer des formes sévères de malnutrition
- Il est indispensable d'impliquer, dans la mesure du possible, l'ensemble de la famille dans la prévention de la malnutrition, afin que celle-ci soit optimale
- Faire participer les membres de la communauté à des activités permet de mieux ancrer des pratiques de soins infantiles adéquates, en respectant les croyances et traditions de cette communauté.

Questions à développer :

- Comment mieux impliquer les familles et la communauté dans les programmes nutritionnels d'ACF pour renforcer l'impact des programmes ?
- Quelle est la place (rôle et fonction) de la mère dans les zones d'intervention ACF ?
- Quels sont les systèmes de soutien et contraintes de ressources dans les différentes cultures au sein desquelles sont implantées les missions ACF ?
- En travaillant plus étroitement avec les autres programmes d'ACF, comment améliorer les systèmes de soutien et ressources des familles (sécurité alimentaire et rôle des femmes/pratiques de soins envers les enfants).
- De quelles façons ACF peut intervenir en s'appuyant sur les pratiques traditionnelles ?

- En partant de la théorie de la déviance positive (déviation de la norme qui aboutit à un résultat positif, par exemple une mère ayant des pratiques déviantes par rapport à la norme en place mais qui aura un enfant bien-nourri contrairement aux autres enfants de la communauté), comment repérer les pratiques adéquates des familles et bien les adapter ?
- Quelles approches méthodologiques pour mieux connaître et évaluer les pratiques de soins et le soutien dans les contextes d'intervention d'ACF ?

Pour aller plus loin:

- ^[1] Engle, P.L., Ricciuti, H.N., *Psychosocial aspects of care and nutrition*. Food and Nutrition Bulletin, 1995. 16 (4) : p. 356-377.
- ^[2] Bonnet, D., *Présentation. La notion de négligence sociale à propos de la malnutrition de l'enfant*. Sciences Sociales et Santé, 1996. 14 n°1 : p.5-15
- ^[3] Jaffré, Y., *Dissonances entre les représentations sociales et médicales de la malnutrition dans un service de pédiatrie au Niger*. Sciences Sociales et Santé, 1996. 14 n°1 : p. 41-69.
- ^[4] Roger-Petitjean, M., *Soins et nutrition des enfants en milieu urbain africain - Paroles de mères*. Paris, L'Harmattan, 1999.
- ^[5] Longhurst, R., *Nutrition and care of young children during emergencies*. Food and Nutrition Bulletin, 1995. 16(4).
- ^[6] De Suremain, C.-E., *Dynamiques de l'alimentation et socialisation du jeune enfant à Brazzaville (Congo)*. Autrepert, 2000. 15 : p. 73-91.
- ^[7] Longhurst, R. and Tomkins, A., *The role of care in nutrition - a neglected essential ingredient*. SCN News, 1995. 12 : p.1-5.



6

CONSÉQUENCES COMPORTEMENTALES ET PSYCHOLOGIQUES D'UN FAIBLE POIDS DE NAISSANCE CHEZ LE NOURRISSON

1/ Conséquences comportementales et psychologiques d'un faible poids de naissance chez le nourrisson

Als, and al.^[1] comparent dix nouveau-nés, nés à terme mais avec un petit poids de naissance et dix nouveau-nés nés à terme avec un poids de naissance normal, grâce à la Brazelton Neonatal Behavioral Assessment Scale (échelle d'évaluation du comportement de l'enfant de 1 à 31 jours). Ils mettent en évidence des différences significatives entre les deux groupes de nourrissons : les enfants ayant un petit poids de naissance montrent moins de réflexes archaïques (marche automatique, crawling, mouvements passifs des bras et des jambes, grasping, réflexe de succion), ont un plus fort besoin d'être stimulés, tant pour les interactions que pour les processus moteurs et sollicitent moins leur entourage.



Ces résultats sont corroborés par ceux de Brazelton et al.^[2] : dans une étude sur les conséquences de la malnutrition chronique au cours de la grossesse au Guatemala, les comportements de la période néonatale indiquant l'intégrité neuro-motrice aussi bien que l'interaction sociale étaient reliés significativement à l'âge de gestation, au poids de naissance et à l'âge de l'examen. Les variables maternelles, telles que des intervalles prolongés inattendus entre les grossesses, la taille et le groupe socio-économique étaient également reliés aux performances néonatales des descendants.

Ces différences de comportements sont importantes car elles ont un impact sur les interactions, les échanges que le bébé va être capable d'initier avec son entourage, impact que les auteurs ont observé au cours de la première année : les nourrissons de faible poids montrent davantage de difficultés à gérer leurs émotions et on note quelques indicateurs de réactions psychosomatiques au stress. On peut cependant regretter que les auteurs n'aient pas poursuivi les mêmes tests avec les enfants de poids normal afin de poursuivre la comparaison des deux groupes sur la première année de vie des bébés.

Ces données qui montrent en quoi un enfant de petit poids de naissance est moins interactif et a besoin de davantage de stimulation correspondent également aux résultats mis en évidence dans une recherche longitudinale auprès de mères et leurs enfants dans

une communauté rurale du Mexique^[3]. Les auteurs forment deux groupes : l'un poursuit les habitudes

alimentaires habituelles dont on sait qu'elles provoquent une malnutrition de l'enfant, l'autre reçoit des rations nutritionnelles supplémentaires. Dès la 24^e semaine, les enfants recevant des rations nutritionnelles supplémentaires développent un type d'interaction plus actif avec sa mère et son environnement (dorment moins, jouent davantage). A partir de 36 semaines, l'enfant reçoit davantage de stimulations de la part de sa mère et de son père. A 18 mois, les enfants recevant des rations supplémentaires bougent six fois plus que les enfants de l'autre groupe, et mettent en œuvre des comportements plus complexes (ils dorment moins, jouent davantage, sollicitent davantage leur entourage et sont moins obéissants). Offrir à un très jeune enfant une ration supplémentaire, répondant ainsi à ses besoins alimentaires de base, permet à ce bébé d'être plus actif et d'initier une dynamique familiale de rétroaction positive, aboutissant à une activité très supérieure aux enfants n'ayant pas reçu de suppléments alimentaires.

Ces études mettent en évidence le fait qu'un enfant de faible poids de naissance ou souffrant de malnutrition chronique est moins actif et sollicite moins son entourage. Il initie donc moins d'échanges avec son entourage, qui en retour, le stimule moins. Dans ce cadre, le faible poids de naissance et la malnutrition chronique constituent des facteurs de risque tant pour le développement de l'enfant que pour l'avènement d'un épisode aigu de malnutrition (si l'on s'appuie sur les facteurs étiologiques psychologiques de la malnutrition).

Cependant, ces résultats sont relativisés par la recherche de Meeks Gardner^[4] : selon eux, les activités du groupe d'enfants malnourris de leur échantillon diffèrent effectivement de celles du groupe d'enfants bien nourris mais uniquement jusqu'à ce que les enfants soient capables de courir. Ils précisent d'ailleurs que cette étape pourrait s'avérer un point de césure plus intéressant dans l'analyse que celle de l'âge des enfants. Mais les auteurs eux-mêmes insistent sur une particularité méthodologique : le niveau d'activité est mesuré par le taux d'activité physique de l'enfant mais ne tient pas compte d'autres caractéristiques comme la curiosité ou la qualité de l'exploration qui constituent pourtant des facteurs essentiels du développement de l'enfant. L'apport de la ration alimentaire supplémentaire aurait donc un impact jusqu'au moment où l'enfant se met à courir, après quoi le taux d'activités des enfants des deux groupes deviendrait semblable.

Points à retenir :

- Un enfant de faible poids présente un niveau d'activité plus faible qu'un enfant de poids « normal moyen »
- Cette activité plus faible aboutit à une moindre sollicitation de son entourage
- Très rapidement, cet enfant reçoit en retour moins de stimulation qu'un enfant tout-venant et se développe moins bien
- Une ration supplémentaire dès la naissance permet de compenser le faible poids de naissance initial et favorise ainsi le développement des interactions entre le nourrisson et son environnement.

Questions à développer :

- Comment prévenir le risque de retard de développement chez les bébés de faible poids de naissance ?
- Jusqu'à quel âge le faible poids de naissance a-t-il un impact sur le développement et le taux d'activités de l'enfant ? La seule étude référencée ici n'est pas suffisante pour avoir un point de vue scientifique.
- Comment ACF peut-il intervenir pour enrayer le cercle vicieux lié au faible poids de naissance de l'enfant et prévenir ainsi le retard de développement et le risque d'épisode de malnutrition sévère ?

Pour aller plus loin :

^[1] Als, H., et al., *The behavior of the full-term but underweight newborn infant*. Dev Med Child Neurol, 1976. **18**(5) : p. 590-602.

^[2] Brazelton, T.B., et al., *The behavior of nutritionally deprived Guatemalan infants*. Dev Med Child Neurol, 1977. **19**(3) : p. 364-72.

^[3] Chavez, A., C. Martinez, and T. Yashine, *Nutrition, behavioral development, and mother-child interaction in young rural children*. Federation Proceedings, 1975. **34**(7) : p. 1574-1582.

^[4] Meeks Gardner, J.M. and S. Grantham-Mc Gregor, *Physical activity, undernutrition and child development*. Proceedings of the Nutrition Society, 1994. **53** : p. 241-248.



© Damien Guerlais - Somalie

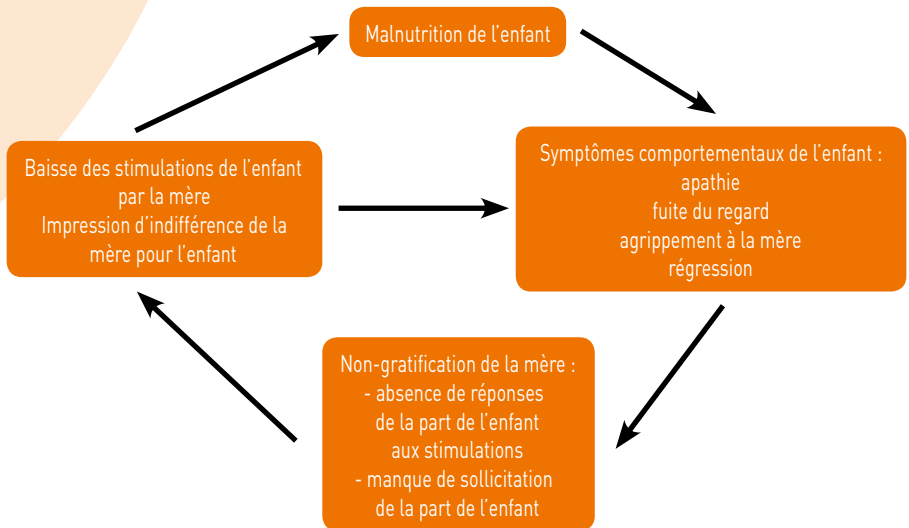
7

SYMPTÔMES PSYCHOLOGIQUES DE LA MALNUTRITION SÉVÈRE

1/ Symptômes psychologiques de la malnutrition sévère

La malnutrition sévère, quelle que soit son étiologie, génère des comportements spécifiques chez l'enfant qui vont jouer un rôle non négligeable dans les capacités des réactions des mères et dans la réussite de la prise en charge thérapeutique. Les descriptions cliniques nous apprennent que l'enfant atteint de kwashiorkor 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 la mère. Cependant, on sait que ces deux tableaux cliniques (marasme et kwashiorkor) 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.

Figure 4 : symptômes psychologiques de la malnutrition sévère



On peut souligner avec Grantham Mc-Gregor que ces descriptions n'ont pas toujours donné lieu à des recherches systématisées ; ainsi, il n'a pas été formellement démontré que les enfants sévèrement malnutris sont plus irritables que les autres quand on les dérange.



Et les recherches elles-mêmes manquent parfois de rigueur méthodologique : par exemple, Grantham-McGregor questionne l'idée selon laquelle le quotient de développement augmente avec le statut nutritionnel, idée validée par un certain nombre de recherches qui montrent que l'enfant hospitalisé pour malnutrition sévère voit son quotient de développement s'améliorer parallèlement à son statut nutritionnel mais sans que ne soient pris en considération les effets de l'hospitalisation et de la situation de passation de tests. En comparant des enfants hospitalisés pour malnutrition *sévère ou chronique* à des enfants hospitalisés pour d'autres maladies, Grantham-McGregor ^[1] montre que le quotient de développement augmente dans les deux groupes et que cette amélioration des résultats serait donc plus vraisemblablement imputable à une habitude de l'enfant à l'environnement hospitalier et au personnel soignant ainsi qu'à la séparation d'avec la mère plutôt qu'à l'amélioration du statut nutritionnel.

Depuis cet article déjà ancien, d'autres recherches ont permis d'avancer sur les liens entre malnutrition sévère et développement mental. Dans le cadre d'une revue de la littérature sur cette question, Grantham-McGregor met en évidence certains indicateurs ^[2] :

- Les enfants sévèrement malnourris sont moins actifs que les autres enfants hospitalisés pour d'autres maladies
- Ils présentent des réponses d'orientation atténuées aux stimuli auditifs
- Les enfants de moins de six mois s'amélioreraient moins sur le plan développemental que ceux de plus de six mois au cours de leur hospitalisation sans que l'on sache vraiment pourquoi. (*Il n'est pas précisé si les bébés sont séparés de leur mère ou pas*)
- Les enfants gardent un pauvre niveau de développement pendant la période de malnutrition sévère et juste après comparé aux autres enfants ou à la fratrie
- Au niveau du comportement, même si peu d'études ont utilisé l'observation directe, on note que les enfants restent plus proches de leurs mères et répondent moins aux tâches qu'on leur demande d'accomplir
- Dans certaines cultures, des relations mère-enfant anormales ont été notées
- Les enfants présentent des niveaux de développement très bas pendant la période aiguë et qui augmentent au cours de la phase de récupération (données que l'on retrouve dans les résultats des tests que Marcelle Geber fait passer à des enfants atteints de kwashiorkor en Ouganda), bien qu'inférieur à l'hospitalisation des enfants hospitalisés pour d'autres maladies.
- Comportement d'autostimulation

Une autre étude incontournable sur les conséquences psychologiques de la malnutrition sévère est celle de Dean et Geber ^[9] sur le kwashiorkor.

Dans leur article de 1956, traduit en français dans la revue Devenir en 1991, ils explorent les changements psychologiques qu'ils ont observés chez des enfants de 1 à 3 ans en Ouganda.

Ce qui paraît très intéressant dans cet article est que la précision des observations et des données recueillies en fonction du développement puis du traitement de la maladie peut nous aider à affiner notre pronostic et nos modalités d'intervention.

Lors des **premiers stades de la maladie**, on note :

- irritabilité
- désintérêt de l'enfant pour son entourage, pour les jouets, pour les autres enfants
- apathie
- somnolence mais vives réactions avec hostilité, pleurs et détresse à la moindre tentative pour l'examiner ou le nourrir
- longs gémissements monotones
- anorexie

A l'**avant-dernier stade de la maladie**, on peut trouver en plus :

- une distorsion émotionnelle entre l'enfant et sa famille
- une perte du contrôle sphinctérien
- une incapacité à se tenir debout
- des persévérations de gestes, d'attitudes, des répétitions de mots

En **phase terminale** :

- quiétude absolue
- déconnexion totale de l'environnement : enfant étendu, yeux fermés, sans aucun intérêt pour ce qui se passe autour de lui, ne réagissant ni aux stimuli auditifs, ni aux tentatives pour le nourrir (comportement de négation et de refus).



Au cours du traitement :

Lors des **premiers jours de l'hospitalisation** :

- enfant inerte sur son lit
- apathique
- plainte monotone prolongée
- réaction de violence à toute intervention ou examen
- dort peu, garde les yeux ouverts et le regard perdu
- le nourrir est difficile et demande beaucoup de patience

On sait que ces comportements sont caractéristiques du kwashiorkor car on ne les retrouve pas chez les enfants hospitalisés pour d'autres maladies.

Après quelques jours, le comportement de l'enfant change :

- peut rester assis sur son lit, le regard vide, avec une expression triste
- ne s'intéresse pas à ce qui se passe autour de lui mais se laisse nourrir ou prendre plus facilement et reste là où on le pose
- il sort parfois de sa torpeur et appelle sa mère
- s'intéresse à son entourage, aux personnes qui l'approchent, à la vie en général.

Quand il émerge de sa période d'inertie :

- grand besoin que sa mère s'occupe de lui
- pleure désespérément quand sa mère s'éloigne
- accepte mal toute autre personne et refuse d'être distrait par les jouets.

« L'évolution du comportement ne correspondait pas exactement aux progrès physiques ou biochimiques. Pour certains, malgré une amélioration des troubles physiques, leur aspect triste et misérable persiste. Pour d'autres, bien que leur condition physique demeure mauvaise, leur comportement devient normal : ils acceptent facilement autrui et se nourrissent sans difficulté. Pour de tels enfants, il faut néanmoins rester attentif à la qualité de leur appétit. ^[4] »

« Il s'est avéré très important d'analyser la relation de la mère à son enfant car il est apparu que le pronostic de guérison dépendait de sa qualité ». ^[4, p.19]

D'où viennent ces citations ?

Plusieurs facteurs semblent être à l'origine du kwashiorkor, une alimentation insuffisante, une infection... Les auteurs font l'hypothèse qu'en Ouganda, dans un certain nombre de cas observés, la séparation d'avec la mère a précipité l'éclosion de la maladie mais elle ne paraissait pas responsable de sa gravité. C'est la qualité de la relation mère-enfant qui semble déterminer l'efficacité de son traitement : « si la relation était

bonne, la guérison totale était rapide ; si elle était mauvaise, l'aspect physique pouvait devenir meilleur mais les troubles psychologiques persistaient ».

2/ Que pouvons-nous en tirer pour le travail au sein des In-patient ?

Il est indispensable de prendre en considération **l'enfant avec sa mère** ou son substitut maternel car cette relation est primordiale pour l'enfant et affecte sa guérison et son développement psychologique futur. Il faut à ce niveau, réfléchir à quel est le meilleur accompagnant pour l'enfant, en particulier si la mère a d'autres enfants dont elle doit s'occuper à la maison.

L'observation attentive et psychologique de la relation de la mère à l'enfant peut se faire dès l'accueil de l'enfant au centre et peut nous permettre d'identifier rapidement les mères et enfants qui auront besoin d'un soutien plus accentué. Un certain nombre d'indicateurs peut être mis en place.

Les activités que nous proposons doivent s'adresser à l'enfant accompagné de sa mère ou de son substitut maternel ; celle-ci encourage l'exploration et la découverte de l'environnement par son enfant.

Un certain type de réactions de l'enfant est plus ou moins prévisible en fonction des phases du traitement et se produira également dans les activités que nous proposerons à l'enfant. Ces observations constituent des extrapolations faites notamment à partir d'observations et de situations de tests menés par Geber en Ouganda auprès d'enfants de 1 à 3 ans.



© ACF, V. Burger - Libéria

Lors de la première semaine du traitement (phase 1) :

- les enfants sont très apathiques, restent assis sur les genoux de leur mère, ne regardent pas la personne qui vient à leur rencontre, ne montrent pas d'intérêt pour le matériel présenté. Ils sont très dépendants de leur mère, accrochés à elle (cette attitude passive peut être comprise comme une attitude de protection).
- sont intéressés par la personne si elle reste à distance et ne fait pas de tentative de communication
- refusent la plupart des objets mais peuvent les regarder de loin ou les effleurer, notamment des petites balles par exemple.

Comment pouvons-nous exploiter ce moment ?

Il s'agit plutôt de passer un temps court, régulier et quotidien avec la mère et l'enfant au cours duquel nous pouvons faire :

- une observation fine de la relation de la mère à l'enfant
- un temps d'appropriation et de rencontre avec la mère et l'enfant. C'est le moment pour échanger avec la mère sur ce qu'elle sait de la maladie de l'enfant, son parcours, son ressenti au sein du CNT/CS. C'est aussi un moment important pour donner des informations à la mère sur les symptômes de son enfant, sur l'état de son enfant. Ce temps va permettre à la confiance de s'installer entre la mère et vous mais aussi entre l'enfant et vous. En effet, mon expérience au Libéria m'a montré que même si l'enfant ne réagit pas positivement à nos sollicitations, celles-ci s'ancrent en lui et le travail de confiance que vous aurez fourni se retrouvera quand l'enfant sortira de son inertie. D'après moi, sa non-réponse ne doit pas être interprétée comme une inattention (plutôt comme un refus de communiquer ?)

Lors de cette phase, l'enfant réagit comme si la dépendance à sa mère était nécessaire et qu'il refuse tout ce qui peut le couper de son contact : il se comporte comme un petit bébé et refuse tout contact avec l'extérieur.

Lors de la phase de transition, on note :

- une récupération chez la plupart des enfants.
- beaucoup acceptent de rester assis à côté de leur mère et les autres ne restent pas inertes mais affirment leur besoin de rester en contact avec leur mère.
- ils sont davantage intéressés par les objets et les manipulent. Cependant, cette attitude est très largement liée à l'attitude de leur mère. Chez celles qui se montrent chaleureuses et parviennent à donner à leur enfant un sentiment de sécurité, ils vont prendre beaucoup de plaisir à la situation. Pour les autres, les objets sont surtout gardés dans leurs mains fermées, ils sont lents et communiquent peu avec l'animateur. Il y a aussi moins d'échanges avec leur mère par rapport aux objets.

Que pouvons-nous proposer à cette phase dans les In-patient ?

Trois types d'intervention sont importants :

- continuer à passer prendre des nouvelles de façon individuelle des enfants et de leurs mères et en particulier ceux que l'on a repérés comme ayant une relation non sécurisante pour l'enfant.
- former des petits groupes d'enfants accompagnés de leurs mères pour des activités. Le temps de ces groupes doit être de 20 à 45 minutes environ pour ne pas trop fatiguer les enfants, et adaptés à leur âge. Il s'agit d'offrir du matériel aux enfants et aux mères mais non d'organiser des jeux à leur intention. On utilise le matériel pour interagir avec l'enfant

et sa mère et surtout pour les faire interagir entre eux. Ces temps concernent tous les enfants de la phase de transition.

- Des temps de jeu en individuel avec des mères et les enfants insécures afin d'améliorer la relation mère-enfant.

Il serait important aussi que dans cette phase comme dans la phase 2, on trouve un espace de jeux pour les mères et les enfants en libre accès.

Au cours de la deuxième phase :

- Les enfants continuent de progresser pour ceux qui ont un attachement à la mère sécurisée. Pour les autres, les progrès sont plus lents et ils peuvent avoir encore des difficultés à prendre leur autonomie.
- Ils utilisent davantage les jouets à leur disposition et s'intéressent davantage à l'extérieur.

Comment exploiter ce temps au sein du In-patient ?

Si physiquement les enfants vont mieux, ce n'est pas forcément le cas sur un plan psychologique et il faudra que nous y soyons attentifs.



Bien qu'ils soient le plus souvent hors de danger, je pense qu'il faut continuer à assurer des visites quotidiennes régulières à chaque enfant et à sa mère notamment pour préparer le départ.

Avec les mères et les enfants en difficultés, on peut proposer un travail de jeux en groupe mais il faudra réfléchir à la stigmatisation : peut-être vaut-il mieux continuer à faire des

groupes avec tous les enfants ?

Un espace de jeux est indispensable en phase 2 car les enfants ont retrouvé pour la plupart leur autonomie et une curiosité importante que l'on peut mettre à profit.

Ces observations et comportements concernent les enfants atteints de kwashiorkor, il serait vraiment important d'avoir le même type d'information pour les autres formes de malnutrition sévère de l'enfant et étudier également les effets psychologiques de la malnutrition sévère chez les adultes.

Points à retenir :

- la malnutrition sévère (et en particulier le kwashiorkor) entraîne des troubles de l'humeur et du comportement importants. Ces derniers évoluent au fil de la maladie et au cours du traitement.
- notre action dans les In- patient doit prendre en compte ces difficultés spécifiques : en les expliquant à la mère et en la valorisant dans sa relation à son enfant, en stimulant l'enfant en fonction de son âge et de son état de santé pour l'aider à sortir de sa torpeur.

Questions à développer :

- Ces observations concernent les enfants atteints de kwashiorkor, qu'en est-il des autres formes de malnutrition sévère ?
- Comment différencier les symptômes psychologiques liés à la malnutrition sévère des symptômes psychologiques liés à une pathologie mentale comme une dépression de l'enfant ou des troubles relationnels avec l'entourage maternant ? Doit-on apporter des réponses différentes en fonction de l'étiologie des symptômes psychologiques ?

Pour aller plus loin :

- ^[1] Grantham-McGregor, S.M., M. Stewart, and P. Desai, *A new look at the assessment of mental development in young children recovering from severe malnutrition*. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 1978. **20**(6) : p. 773-8.
- ^[2] Grantham-McGregor, S., *A review of studies of the effect of severe malnutrition on mental development*. *Journal of Nutrition*, 1995. **125**(8 Suppl) : p. 2233S-2238S.
- ^[3] Geber, M., *Psychological factors in the etiology of kwashiorkor*. *Bulletin OMS*, 1955. **XII** : p. 471 et suiv.
- ^[4] Geber, M. et R.F.A. Dean, *Les changements psychologiques au cours du Kwashiorkor*, *Revue Devenir*, 1991, **vol.3, n°1**, pp. 12-35, Edition Médecine et hygiène, Genève, Suisse



© Marie Bobot - FCA

8

RÉCUPÉRATION DE L'ENFANT APRÈS UNE MALNUTRITION SÉVÈRE

La principale conséquence de la malnutrition chez l'enfant est un retard de développement et une atteinte spécifique ou globale des capacités cognitives et intellectuelles qui perdurent au moins jusqu'à l'adolescence (voir chapitre 9). Afin d'enrayer ou de diminuer ce retard de développement, quelques chercheurs ont mis en place des programmes plus globaux (incluant une dimension psychosociale) du traitement de la malnutrition.

Il existe au moins deux types d'approches en fonction de l'analyse faite de la malnutrition :

- La première approche, plutôt anglo-saxonne, s'appuie sur le fait largement démontré que les enfants sévèrement malnourris ont un retard de développement. L'approche proposée consiste à mettre en place, parallèlement à la réhabilitation nutritionnelle, un programme de stimulation psychosociale de l'enfant avec l'objectif de limiter voire de compenser le retard de développement des enfants sévèrement malnutris. Le meilleur exemple en est la recherche menée par Grantham-McGregor sur laquelle nous allons revenir.
- La seconde approche correspond plutôt à une approche psychodynamique du développement de l'enfant : les auteurs privilégient dans la causalité de la malnutrition un attachement mère-enfant non adéquat ou des difficultés psychologiques de la mère (dépression par exemple) ou de l'enfant. Il correspond à un modèle essentiellement francophone et s'illustre par le travail de Marcelle Geber, Antoine Guédeney ou MSF en Palestine. La malnutrition peut parfois y être entendue comme un syndrome psychopathologique, résultant de troubles relationnels enfant-entourage maternel. En conséquence, les interventions proposées consistent en soutien psychologique, des psychothérapies de l'enfant ou de la mère et de l'enfant.

1/ Les programmes de stimulation psychosociale :

Les recherches les plus complètes et les plus rigoureuses dans ce domaine ont été mises en place par Sally Grantham-McGregor en Jamaïque. Dans une revue de la littérature ^[1], elle montre que les programmes courts de stimulation ont un effet transitoire. Plus les programmes sont longs, meilleurs sont les effets. Les résultats sont meilleurs si l'on travaille avec les parents et les enfants plutôt qu'avec l'enfant seul.

Pour mieux connaître les effets à long terme des programmes de stimulation, elle a mis en place une recherche sur plusieurs années. Trois groupes d'enfants de 6 à 24 mois admis à l'hôpital ont été comparés :

- 18 enfants sévèrement malnutris ont bénéficié du traitement de réhabilitation nutritionnelle classique de l'hôpital associé à un programme de visites à domicile pendant trois ans (l'intervention consiste en des sessions de jeux structurées quotidiennes au cours de l'hospitalisation puis hebdomadaire à domicile ; on montrait également aux mères comment jouer avec leur enfant).

- 17 enfants sévèrement malnutris bénéficiant uniquement du traitement de réhabilitation nutritionnelle de l'hôpital.
- 19 enfants bien nourris et hospitalisés pour d'autres maladies.

Les enfants malnutris montraient à l'hôpital un quotient de développement (mesure du développement de l'enfant comparée à sa tranche d'âge) inférieurs aux enfants hospitalisés pour d'autres maladies. Les enfants des trois groupes ont amélioré fortement leurs performances au cours de leur hospitalisation sans doute en raison de l'habituation à ce nouvel environnement et à la séparation d'avec leur mère, mais sans que l'écart entre les groupes d'enfants sévèrement malnutris ne « rattrapent » celui des enfants hospitalisés pour d'autres maladies.

Le groupe d'enfants malnutris ne bénéficiant pas de stimulation a montré un déficit par rapport au groupe d'enfants hospitalisés pour d'autres maladies très important durant l'hospitalisation et 6 mois après l'hospitalisation. 7, 8, 9 et 14 ans plus tard, ils n'avaient pas réduit leur déficit par rapport au groupe contrôle, et montraient des scores plus faibles que le groupe contrôle (enfants hospitalisés pour d'autres maladies) à différents tests d'intelligence.

Les enfants sévèrement malnutris ayant bénéficié du programme de psycho-stimulation, ont des résultats significativement meilleurs que les enfants sévèrement malnutris ne recevant pas de stimulation six mois après leur sortie de l'hôpital mais qui restent inférieurs aux résultats du groupe contrôle (mais non significativement). Après 14 ans de suivi, le groupe d'enfants sévèrement malnutris et ayant bénéficié de stimulation est toujours resté intermédiaire entre le groupe d'enfants n'ayant pas reçu de stimulation mais sans jamais atteindre les scores du groupe contrôle ^[1-8].

Deux autres recherches menées en Inde (Kerala) comparent cette fois, des enfants de 6 à 24 mois sévèrement ou modérément malnutris, recevant soit des suppléments nutritionnels, soit de la stimulation, et des enfants tout-venant (groupe contrôle corrélé sur un certain nombre de variables) dans deux contextes : hôpital et communauté.

Au bout de deux ans :

- contexte de l'hôpital : le bon niveau socio-économique était l'élément le plus déterminant pour l'obtention des meilleurs résultats de Quotient Intellectuel. Cependant, la supplémentation nutritionnelle comme le programme de stimulation a montré un impact positif sur la croissance et le développement mais la stimulation a apporté de meilleurs résultats que le supplément nutritionnel.
- Contexte communautaire : la prévalence de la malnutrition a diminué significativement après les interventions. La stimulation a eu un impact supérieur sur le développement et la croissance des enfants.

Dans les deux contextes, les auteurs ont observé une corrélation directe entre les paramètres environnementaux et les scores anthropométriques et entre les scores anthropométriques et le Quotient Intellectuel ^[9].

Les programmes de stimulation semblent donc avoir un impact important sur la récupération du développement intellectuel de l'enfant sévèrement malnutri sans lui permettre cependant d'atteindre le niveau d'enfants hospitalisés pour d'autres raisons ou compenser les effets d'un statut socio-économique meilleur.

Les limites de ces recherches concernent le fait qu'elles se focalisent sur les performances scolaires et intellectuelles des enfants mais ne prennent pas en considération d'autres secteurs de la vie de l'enfant comme son développement affectif, social ou psychomoteur. Grantham-McGregor montre également que malgré un programme de stimulation qui inclut les mères dans les interventions, ces dernières changent peu leur comportement. Ces programmes permettent donc une amélioration significative des performances intellectuelles des enfants anciennement malnutris mais sans réels changements de l'entourage maternel.

2/ Les programmes d'orientation psychodynamique :

Les recherches tendent à montrer la difficulté à imputer le retard de développement de l'enfant à l'environnement pauvre dont il est issu ou à la malnutrition. Des études de cas d'enfants sévèrement malnutris ayant été adoptés montrent une récupération étonnante. Ainsi Grantham-McGregor raconte le cas d'un enfant de 9 mois hospitalisé pour une malnutrition sévère et qui faisait partie d'un groupe d'enfants participant à une recherche longitudinale. Cet enfant fut adopté par une famille américaine. A cinq ans, cet enfant avait un résultat de quotient de développement supérieur de deux déviations standard par rapport à la moyenne du groupe dont il était issu (n=16) et qui avait continué à vivre dans le même environnement pauvre. Comparé aux autres enfants, il avait également augmenté son poids mais pas sa taille ^[10].

Les auteurs qui développent une approche d'orientation psychodynamique ont une lecture de la malnutrition comme résultante d'une difficulté d'attachement ou de difficultés psychologiques de l'enfant et/ou de l'environnement maternel. Ils se situent dans la lignée des travaux de Spitz sur l'hospitalisme. Au cours de la seconde guerre mondiale, dans un hôpital recueillant des enfants orphelins, Spitz avait montré que les bébés ne bénéficiant pas de soins maternels suffisants et individualisés mais de soins mécaniques fournis par du personnel qualifié, se laissaient mourir au bout de quelques mois. Le tableau clinique présenté par ces enfants souffrant d'hospitalisme est très proche des tableaux d'enfants atteints de kwashiorkor : apathie, regard dans le vide, pas de réponses aux stimulations, anorexie, régression dans leur développement...jusqu'au décès.

Par ailleurs, on sait qu'une partie importante des consultations psychiatriques pour les bébés est liée à des troubles alimentaires. Les bébés, n'ayant pas les moyens verbaux pour exprimer leurs difficultés, les expriment par leur corps (troubles de l'alimentation, du sommeil, problèmes dermatologiques, etc...). La nourriture représentant un enjeu vital, il devient vite une scène où peuvent se jouer des conflits interindividuels.

Pour les psychologues et les psychiatres, la malnutrition peut apparaître dans certaines situations comme la conséquence de troubles relationnels de l'enfant ou de l'incapacité (ou de la capacité défaillante) de l'entourage maternant à prendre soin de l'enfant. Dans cette optique, la réhabilitation nutritionnelle et médicale apparaît indispensable mais non suffisante si l'on veut traiter l'origine du problème, éviter les rechutes et favoriser le développement de l'enfant.



Différents types de programmes ont déjà été mis en place :

- Celia et Nudelman décrivent un programme de prise en charge globale des enfants malnutris et de leurs mères déprimées dans une favela au Brésil : mise en place de groupes d'information, suivi pédiatrique, psychologique et social à domicile. Les premiers résultats sont positifs tant pour la dépression maternelle que pour l'état nutritionnel et psychologique des bébés ^[11].
- MSF-France a mis en place un programme à Hébron de soutien psychologique individuel mère-bébé dénutri, en complément d'un suivi nutritionnel. Les résultats montrent un impact très positif sur le bébé dans un premier temps, puis sur l'interaction mère-enfant et enfin sur la mère elle-même. Le bébé en quelque sorte guérit le premier puis participe à la guérison de sa mère ^[12].
- Marcelle Geber, dès 1956, prend en psychothérapie, un enfant hospitalisé et atteint de kwashiorkor suite au décès de sa mère en Ouganda : elle l'aide à dépasser son anorexie et lui redonne l'envie de se nourrir et favorise un rétablissement assez rapide ^[13].
- Buffet et Mazet rapporte le cas d'un enfant de moins de deux ans hospitalisé pour dépression anaclitique. L'enfant présente un marasme. Le travail mis en place avec la famille permet de comprendre les difficultés de la mère, prise entre deux références culturelles et en souffrance psychologique, entraînant une incapacité à prendre soin de son enfant. En redonnant à chacun sa place au sein de la famille et en particulier en valorisant la mère, les soignants ont permis l'arrêt de l'hospitalisation, le retour à un appétit et à une santé psychique meilleurs ^[14].
- Miquel-Garcia ^[15], à la suite d'une recherche sur la dépression maternelle et la malnutrition (modérée et sévère) chez l'enfant propose aux mères qui en font la demande des prises en charge psychologiques associées à un traitement médicamenteux an-

xio-dépressif. Les auteurs notent «une évolution parallèle de la mère et de l'enfant. En trois semaines, ce dernier devenait actif, sociable et interagissait de façon riche avec sa mère, alors même que la récupération nutritionnelle semblait encore incomplète [...] Ainsi le tableau présenté par l'enfant évoque-t-il celui de l'inhibition psychomotrice de la dépression telle qu'elle se manifeste chez l'adulte.» (p. 223)

Je crois qu'il n'est pas pertinent de vouloir opposer les deux modèles précédemment cités et favoriser l'un au détriment de l'autre. Il me semble plus utile de les comprendre dans leur complémentarité. Les recherches qui restent à faire, concernent sans doute le développement de notre capacité à établir un diagnostic précis du syndrome de la malnutrition et de ses causes chez les enfants que nous rencontrons afin de leur proposer le programme le plus adapté à leurs besoins.

Les programmes de stimulation sont importants puisqu'ils permettent d'aider les enfants à compenser, en partie, le retard de développement résultant de la malnutrition sévère. Le repérage de troubles de l'attachement est également essentiel pour favoriser l'amélioration de la relation entourage-enfant et donc le développement harmonieux de l'enfant.

Points à retenir :

- Il existe assez peu de programmes de prise en charge globale de la malnutrition sévère.
- Il existe encore moins de recherche sur ces programmes et il y a un besoin urgent de construire des dispositifs de recherche et d'évaluation de ces programmes.
- Les enfants sévèrement malnutris qui, par le biais de l'adoption, se développent dans un environnement satisfaisant, récupèrent sensiblement leur retard.
- Les programmes de stimulation enfant-entourage permettent une amélioration significative des performances intellectuelles jusqu'à l'adolescence des enfants précédemment sévèrement malnutris sans pour autant rattraper celles d'enfants tout-venant.
- La mise en place de soutien psychologique permet l'amélioration de l'état psychologique des mères, des bébés dénutris et de leur état nutritionnel.
- Au-delà des causes liées au manque d'accès à la nourriture, au contexte environnemental global, l'amélioration de notre diagnostic des causes de la malnutrition sévère de chaque enfant accueilli dans un CNT, peut nous permettre de répondre mieux à ses besoins et de favoriser un meilleur développement.

Questions à développer :

- En quoi consistent précisément les programmes de stimulation ? Qu'est-ce qui est opérant spécifiquement dans ces programmes : le programme en lui-même, l'intérêt que l'on porte à l'enfant et à sa famille, un autre élément ?

- Quelles sont les difficultés non médicales et nutritionnelles que rencontrent les bénéficiaires d'ACF, enfants sévèrement malnutris et leur entourage ?
- Quelles sont les séquelles de développement des bénéficiaires d'ACF à court, moyen et long terme ?
- Fait-on l'hypothèse que parmi les enfants qui rechutent, un nombre important souffre d'un trouble relationnel ou que leur mère est en souffrance psychologique ? Nous nous limitons alors à une approche curative mais qui ne permet pas de traiter certaines des causes de la malnutrition et n'évite donc pas les rechutes...

Pour aller plus loin :

- ^[1] Grantham-McGregor, S., W. Schofield, and L. Harris, *Effect of psychosocial stimulation on mental development of severely malnourished children: an interim report*. Pediatrics, 1983. **72**(2) : p. 239-43.
- ^[2] Grantham-McGregor, S.M., et al., *Longitudinal study of growth and development of young Jamaican children recovering from severe protein-energy malnutrition*. Dev Med Child Neurol, 1982. **24**(3) : p. 321-31.
- ^[3] Grantham-McGregor, S., M.E. Stewart, and W.N. Schofield, *Effect of long-term psychosocial stimulation on mental development of severely malnourished children*. Lancet, 1980. **2**(8198) : p. 785-9.
- ^[4] Grantham-McGregor, S., et al., *The long-term follow-up of severely malnourished children who participated in an intervention program*. Child Dev, 1994. **65**(2 Spec No) : p. 428-39.
- ^[5] Grantham-Mc Gregor, S.D., P., *A home-visiting intervention programme with jamaican mothers and children*. Developmental Medicine and Child Neurology, 1975. **17** : p. 605-613.
- ^[6] Grantham-Mc Gregor, S.S., Marie ; Powell, Christine ; Schofield, W. N., *Stimulation and mental development of malnourished infants*. Lancet, 1980. **12** : p. 89.
- ^[7] Grantham-Mc Gregor, S., et al., *Effect of stimulation on mental development of malnourished children*. Lancet, 1979. **28** : p. 200.
- ^[8] Grantham-Mc Gregor, S., et al., *Stimulation and mental development of malnourished infants*. Lancet, 1980. **12** : p. 89.
- ^[9] Elizabeth, K.E. and N. Sathy, *The role of developmental stimulation in nutritional rehabilitation*. Indian Pediatrics, 1997. **34**(8) : p. 681-95.
- ^[10] Grantham-McGregor, S. and E. Buchanan, *The development of an adopted child recovering from severe malnutrition. Case report*. Human Nutrition: Clinical Nutrition, 1982. **36**(3) : p. 251-6.
- ^[11] Celia, S. and C. Nudelman, *Analyse d'un programme d'intervention auprès de nourrissons dénutris et de leurs mères dépressives. La nouvelle place du pédiatre*, in MSF News. 2000, MSF-F : Paris.
- ^[12] Fernandez, S., C. Lachal, and M.-R. Moro, *Malnutrition et psychothérapie, l'expérience MSF dans les Territoires Palestiniens*, in MSF News - Special psy n°1. 2000, MSF-F : Paris.
- ^[13] Geber, M., *Psychothérapie d'un enfant atteint de kwarshiorok*. Psychopathologie africaine, 1988-89. **XXII** : p. 171-190.
- ^[14] Buffet, Y. and P. Mazet, *«Ca va Awa ?» Carence nutritionnelle, carence affective, état dépressif grave d'un enfant de moins de deux ans*. Semaine des Hopitaux de Paris, 1983. **59**(47) : p. 3270-3.
- ^[15] Miquel-Garcia, E. et al, *Malnutrition et troubles relationnels mère-enfant en milieu urbain au Mali*, Psychopathologie africaine, 1992. **XXIV** (2) : 205-228.



© Barbara Bobba - Birmanie

9

CONSÉQUENCES À MOYEN ET LONG TERME DE LA MALNUTRITION CHEZ L'ENFANT

1/ Conséquences à moyen et long terme de la malnutrition chez l'enfant

Nous possédons assez peu de données longitudinales sur le développement psychologique à long terme des enfants mal nourris.

Cependant, la plupart des études s'accordent sur le fait que **la conséquence la plus importante de la malnutrition chez l'enfant est un retard de développement.**

Comme le soulignait déjà Rossetti Ferreira ^[1], il est difficile de faire la part des choses entre un retard de développement lié à des éléments biologiques, à un déficit des relations sociales dans la petite enfance ou à un niveau socio-économique pauvre souvent présent dans la malnutrition chronique. Rossetti cite une recherche hollandaise qui montre que les enfants ayant vécu la famine de 44-45 n'ont pas de moins bonnes aptitudes intellectuelles une fois adultes.

Et en effet, sans vouloir imputer une seule raison univoque du retard de croissance, des études de cas auprès d'enfants qui ont été adoptés montrent que le retard de développement n'est pas irréversible et que des enfants sévèrement malnutris dans leur petite enfance et ayant un retard de développement peuvent récupérer dès l'instant où ils se trouvent dans un milieu socio-économique et affectif plus favorables ^{[2][3]}.

Dans une revue des recherches sur l'effet de la malnutrition sévère sur le développement mental, Grantham-McGregor met en évidence un certain nombre d'éléments :

- en général, les enfants ayant souffert de malnutrition sévère ont un QI (Quotient Intellectuel : mesure de l'intelligence par rapport à la moyenne de la classe d'âge) moins élevé, la fonction cognitive et un niveau scolaire plus bas, des problèmes de comportements plus importants à la fois, par rapport aux groupes contrôles et dans une moindre mesure, à la fratrie. Ces difficultés perdurent au moins jusqu'à l'adolescence,
- le QI est affecté mais on note peu de données sur les items spécifiques affectés : le raisonnement, les fonctions perceptuelles et spatiales sont certainement affectées. Les données sont insuffisantes pour définir quelles sont les fonctions spécifiques atteintes dans le fonctionnement cognitif ; l'intégration sensorielle et les acquisitions de Piaget sont retardées,



© ADF - D. Guerchois - Sud Soudan

- les patterns⁶ moteurs sont le plus souvent affectés,
- l'épisode de malnutrition aiguë sur fond de malnutrition chronique ajoute assez peu au déficit mental,
- la comparaison entre des enfants ayant souffert de kwashiorkor ou de marasme ne montre pas de différence significative,
- au niveau du comportement, peu d'études ont utilisé l'observation directe : il semble que les enfants restent plus proches de leur mère et répondent moins aux tâches qu'on leur demande d'accomplir.

A partir de toutes ces études, on peut dire que les enfants précédemment mal nourris montrent un déficit dans les tests de la fonction cognitive et de l'intelligence s'ils restent dans un environnement pauvre. Il y a des indices que l'épisode aigu en lui-même peut ne pas être beaucoup plus important que la malnutrition chronique sous-jacente.

« It is likely that where the environmental conditions are extremely poor, the effects of severe malnutrition would be much greater. For example, in several countries at present famine and food shortage are accompanied by armed conflict, family disruption, reduced schooling opportunities and lack of play opportunities. In these situations, the prognosis for the children's future development is extremely grave. There are little data on this and an urgent need for information. » [p.2236S]^{[31].7}

Points à retenir :

- Principale conséquence de la malnutrition sévère de l'enfant : un retard de développement (tant au niveau psychomoteur que sur le plan des capacités intellectuelles) et des problèmes de comportement chez l'enfant d'âge scolaire et chez l'adolescent.
- Un épisode aigu ne semble pas rendre le déficit plus important que la malnutrition chronique.
- Difficulté à faire la part des choses entre les conséquences de la malnutrition sévère et les conséquences d'un environnement pauvre.
- Nous possédons peu d'informations sur les conséquences psychologiques de la malnutrition sévère en dehors du développement intellectuel (socialisation, psychomotricité...).

6 Schémas ou séquences de développement

7 Il est probable que lorsque l'environnement est extrêmement pauvre, les conséquences de la malnutrition sévère soient plus importantes. Par exemple, plusieurs pays souffrent actuellement de famines et de manques de nourriture associés à des conflits armés, des ruptures familiales, réduisant ainsi les opportunités de scolarisation et les opportunités pour les enfants de jouer. Dans de telles situations, les chances de développement future des enfants sont extrêmement réduites. Il existe très peu de données sur ce sujet et un besoin urgent d'information est nécessaire. [traduction personnelle]

Questions à développer :

- Impact de la malnutrition sévère de l'enfant à l'âge adulte ?
- Le temps et l'acuité de l'épisode de malnutrition sévère entraînent-ils des déficits différentiels ?
- Quelles sont les difficultés spécifiques de l'enfant antérieurement sévèrement malnutri ?
- Quelles sont les conséquences de la malnutrition sévère sur des aspects du développement de l'enfant, autres qu'intellectuel (par exemple sur la relation mère-enfant) ?

Pour aller plus loin :

- ^[1] Rossetti Ferreira, M.C., *Malnutrition and mother-infant asynchrony: slow mental development*. International Journal of Behavioral Development, 1978. **1** : p. 207-219.
- ^[2] Grantham-McGregor, S. and E. Buchanan, *The development of an adopted child recovering from severe malnutrition. Case report*. Human Nutrition: Clinical Nutrition, 1982. **36**(3) : p. 251-6.
- ^[3] Thompson, A.M., *Adam: a severely-deprived Colombian orphan - A case study*. Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines, 1986. **27**(5) : p. 689-695.
- ^[4] Grantham-McGregor, S., *A review of studies of the effect of severe malnutrition on mental development*. J Nutr, 1995. **125**(8 Suppl) : p. 2233S-2238S.



ACF - INTERNATIONAL

CANADA

7105 rue St-Hubert, Bureau 105
H2S 2N1 Montréal, QC, Canada
E-mail: info@actioncontrelafaim.ca
Tel: +1 514 279 4876
Fax: +1 514 279 5136
Web: www.actioncontrelafaim.ca

FRANCE

4 rue Niepce
75662 Paris, cedex 14, France
E-mail: info@actioncontrelafaim.org
Tel: +33 (0) 1 43 35 88 88
Fax: +3 (0) 1 43 35 88 00
Web: www.actioncontrelafaim.org

SPAIN

C/Caracas 6, 1°
28010 Madrid, España
E-mail: ach@achesp.org
Tel: +34 91 391 53 00
Fax: +34 91 391 53 01
Web: www.accioncontraelhambre.org

UNITED STATES

247 West 37th, Suite #1201
New York, NY 10018 USA
E-mail: info@actionagainsthunger.org
Tel: +1 212 967 7800
Fax: +1 212 967 5480
Web: www.actionagainsthunger.org

UNITED KINGDOM

First Floor, rear premises,
161-163 Greenwich High Road
London, SE10 8JA, UK
E-mail: info@aahuk.org
Tel: +44 208 293 6190
Fax: +44 208 858 8372
Web: www.aahuk.org

