



ACF-INTERNATIONAL

MANUEL D'INTÉGRATION

DES PRATIQUES DE SOINS ET DE LA SANTÉ MENTALE AU SEIN DES PROGRAMMES NUTRITIONNELS





Copyright

© Action contre la Faim – France

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 efforcerons 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.

Conception graphique : Céline Bevin
Photo de couverture : © C.Alessandri / ACF-Ethiopie
Achevé d'imprimer en décembre 2012 sur les presses de l'Imprimerie Cap Impression, 9 rue Salvador Allende – Z.I. des Glaises, 91140 Palaiseau
Imprimé sur papier recyclé Cyclus Print
Dépôt légal : Décembre 2012

© Action contre La Faim, 2011 - 4, rue Niepce 75014 Paris
Pour nous soutenir, consultez notre site : www.actioncontrelafaim.org

Introduction

La malnutrition, qu'elle soit aiguë, chronique ou liée à des carences en micronutriments, peut avoir des conséquences négatives irrémédiables sur le développement infantile. La plupart des études (Grantham-McGregor/ Rossetti, Ferreira) conduites sur la malnutrition aiguë démontre un retard de développement intellectuel qui perdure jusqu'à l'adolescence et de plus grandes difficultés, une fois adulte.

Améliorer la capacité de l'entourage maternant à prendre soin et à répondre aux besoins des enfants de façon adéquate et suffisante contribue à améliorer l'efficacité du traitement, à assurer un bon développement physique et émotionnel de l'enfant et à réduire le retard sous-jacent lié à la malnutrition. (cf : Fiches techniques SMPS, Policy SMPS, ...)

Les fiches théoriques sur les pratiques de soins vous apportent les données conceptuelles et théoriques sur la nécessité de lier prévention, traitement de la malnutrition sévère, santé mentale et pratiques de soins. Le paquet minimum des pratiques de soins infantiles fait partie intégrante du traitement de la malnutrition au cours duquel, à chaque étape, attitudes, paroles, organisation et mise en place d'activités spécifiques entrent en compte. Il doit être appliqué par tous, que ce soit au moment de l'accueil, des sessions de jeux, des prises de repas dans les CNT ou encore lors du traitement en ambulatoire. Il en va du bien-être, de la santé et de la guérison des bénéficiaires !

Il permet aux professionnels des programmes nutritionnels de prendre en compte les pratiques de soins à travers des activités simples. Pour certains cas, l'intervention d'un psychologue ou de travailleurs psychosociaux au sein d'un programme pourra s'avérer nécessaire afin de travailler les aspects psychologiques et sociaux plus spécifiques.

Le présent manuel vise à vous donner les clés nécessaires au « comment faire ».

Il vous propose une série de fiches permettant de mieux comprendre et d'intégrer le paquet minimum de pratiques de soins, dans les centres nutritionnels thérapeutiques (CNT)¹ ou encore lors du traitement en ambulatoire dans les centres nutritionnels ambulatoires (CNA).

De plus en plus souvent, le traitement de la malnutrition est intégré dans les structures de santé, rendant plus difficile l'intégration du package minimum des pratiques de soins. Rappelons cependant que l'intégration du package minimum peut faire une grosse différence puisque plusieurs études ont démontré son impact positif sur l'efficacité du traitement (en termes notamment de réduction du nombre d'abandons et de rechutes) et sur le développement des enfants ayant subi un épisode de malnutrition. Ce sont ces recherches qui ont amenées l'OMS comme ACF à inclure ce volet de façon systématique dans ces programmes de traitement de la malnutrition. Sur un plan pratique, le traitement de la malnutrition dans les centres de santé implique des ajustements et une créativité dont vous devrez aussi faire preuve dans le cadre de l'intégration du package minimum des pratiques de soins. Plusieurs expériences au sein d'ACF peuvent être partagées avec vous pour vous aider. Les recommandations sur la prise intégrée des maladies de l'enfant comprend un chapitre sur les soins favorisant le développement infantile. La santé mentale fait de plus en plus souvent partie des services au niveau des soins de santé primaire notamment à travers l'initiative MhGap de l'OMS. Ces éléments doivent faciliter la mise en place du package minimum des pratiques de soins par une synergie des services offerts aux populations auprès desquelles nous intervenons.

Ces fiches se présentent sous un modèle identique, à savoir :

À retenir : les points essentiels à retenir sur le thème proposé dans la fiche.

Comprendre : quelques éléments théoriques simples et des explications concrètes pour comprendre l'importance de la santé mentale et des pratiques de soins dans le domaine concerné.

Mettre en œuvre : éléments concrets sur la manière de mettre en application les pratiques de soins dans le cadre de ce thème.

Certaines fiches sont accompagnées d'annexes qui viennent illustrer ou compléter toutes ces informations.

Vous y trouverez également des liens permettant d'accéder à des sites Internet fournissant plus d'éléments sur des thèmes précis.

1 - Selon le pays, l'appellation des centres nutritionnels thérapeutiques et des centres nutritionnels ambulatoires peut être différente (ex. Haïti : USN et PTA, en République Centrafricaine : UNT et UNTA, etc.). Le traitement reçu par les enfants dans les centres nutritionnels ambulatoires est aussi appelé traitement à domicile.



Bien entendu vos commentaires et suggestions sont les bienvenus afin de faire évoluer ce travail et de le rendre toujours plus proche des réalités et des attentes du terrain !

Bonne lecture !

Pour plus de détails ou d'informations, vous pouvez écrire au service Santé Mentale et Pratiques de Soins d'ACF à Cécile Bizouerne : cbizouerne@actioncontrelafaim.org

La 1^{ère} version de ce manuel a été réalisée en janvier 2006 par Cécilie Alessandri sous la supervision de Cécile Bizouerne.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
ACRONYMES ET DÉFINITIONS	8
LISTE DES FICHES	
I. LES DIFFÉRENTS MODES DE TRAITEMENT DE LA MALNUTRITION SÉVÈRE AIGÛE	9
À RETENIR	9
COMPRENDRE	9
1. Les centres nutritionnels thérapeutiques (CNT)	9
2. Les centres nutritionnels ambulatoires (CNA)	10
3. Les avantages et inconvénients des différents modes de traitement	10
METTRE EN ŒUVRE	11
II. LE MAINTIEN D'UN CADRE DE SOINS ACCUEILLANT	12
À RETENIR	12
COMPRENDRE	12
METTRE EN ŒUVRE	12
1. Le cadre de vie et l'environnement dans les centres	13
2. Le cadre de vie dans les CNA	13
a. Offrir un cadre conforme, adapté et accueillant	13
b. L'attente	15
III. L'ACCUEIL	16
À RETENIR	16
COMPRENDRE	16
1. La mère (l'accompagnant)	16
2. L'enfant	17
METTRE EN ŒUVRE	17
1. Former l'équipe	17
2. Les attitudes à adopter	19
Concrètement, que peut-on faire ?	20
IV. L'ACCOMPAGNEMENT AU QUOTIDIEN	22
À RETENIR	22
COMPRENDRE	22
METTRE EN ŒUVRE	22
1. Les soins infirmiers	23
2. Soutien pendant les repas	23
a. L'allaitement maternel	23
b. Le lait thérapeutique et l'ATPE	24
3. Le bain du bébé	26
4. Le portage	28



5. Le massage de l'enfant	29
a. L'importance du toucher pour l'enfant	29
Massage des différentes parties du corps de l'enfant	30
b. Exercices en douceur	37
6. L'attention et les soins pour les mères	38
V. LES BESOINS DE L'ENFANT ET SON DÉVELOPPEMENT	41
À RETENIR	41
COMPRENDRE	41
1. Les stades de développement de l'enfant	42
2. Les besoins de l'enfant	44
3. Jouer : un besoin et un droit	46
a. Importance du jeu dans le développement de l'enfant	46
b. La sélection des jeux et le choix des jouets en fonction de l'âge et des caractéristiques de l'enfant	46
c. Les jeux de groupes entre enfants	47
4. Développement et malnutrition	47
5. L'importance de la relation père-mère-enfant	49
a. Le processus de parentalité	49
b. La mère est le partenaire privilégié de l'enfant et leurs communications sont essentielles pour son développement.	50
c. Différents types d'interactions	50
METTRE EN ŒUVRE	52
1. Adopter une attitude favorisant le bon développement de l'enfant	52
2. Ajuster ses gestes et son attitude à l'âge de l'enfant et être à l'écoute de son développement	53
3. Favoriser les interactions entre la mère et l'enfant	54
VI. LES ANIMATIONS ET ACTIVITÉS	57
À RETENIR	57
COMPRENDRE	57
METTRE EN ŒUVRE	58
1. Activités en extérieur	58
2. Coins jeux	58
3. Activités pour les mères	60
4. Les groupes de discussion	61
5. Les sessions de sensibilisation	62
VII. LES SESSIONS DE JEU MÈRE/ENFANT DANS LE TRAITEMENT DE LA MALNUTRITION	63
À RETENIR	63
COMPRENDRE	63
METTRE EN ŒUVRE	65
1. Cadre des sessions de jeux mère/enfant	65
2. Organisation des sessions	66

3. Le déroulement de la session	67
4. Évaluation des sessions de jeu et plan d'action.	69
VIII. LES PRATIQUES DE SOINS EN CNA	72
À RETENIR	72
COMPRENDRE	72
METTRE EN ŒUVRE	73
1. Prise en compte du bien-être psychosocial et amélioration des pratiques de soins dans les CNA	73
2. Le test d'appétit	75
a. Pourquoi faire un test d'appétit	75
b. Comment faire le test d'appétit	75
c. Les résultats du test d'appétit	75
d. Considérations importantes	75
3. Suivi du bénéficiaire	78
a. Visites du bénéficiaire dans les sites	78
b. Les visites à domicile	78
4. Refus du traitement à domicile ou retour dans le centre après l'échec de ce mode de traitement.	79
IX. L'ANNONCE D'UNE MAUVAISE NOUVELLE	80
À RETENIR	80
COMPRENDRE	80
METTRE EN ŒUVRE	80
X. LES RESSOURCES HUMAINES	82
À RETENIR	82
COMPRENDRE	82
1. Les compétences nécessaires	82
2. Les personnes impliquées dans l'amélioration du bien-être psychosocial et des pratiques de soins dans les programmes de nutrition	82
a. Équipe du programme de nutrition	83
b. Professionnels chargés des activités en lien direct avec les pratiques de soins	83
c. Les volontaires communautaires	86
METTRE EN ŒUVRE	87
1. Former et accompagner l'ensemble de l'équipe	87
2. Former les personnes en charge des activités sur les pratiques de soins	87



ANNEXES

89

Annexe 1

Prise en compte des stades de développement dans le choix des jouets et des activités

90

Annexe 2

Exemple de jeux à proposer à des groupes d'enfants

92

Annexe 3

Exemples d'activités mère-enfant

95

Annexe 4

Activités de création pour les enfants et les accompagnants

97

Annexe 5

Exemples de jeux d'extérieur

105

Annexe 6

Jeux et de jouets pour les centres thérapeutiques.

107

Annexe 7

Exemples de jouets à avoir dans un centre recevant 50 enfants (jouets fabriqués et/ou achetés)

109

LISTE DES TABLEAUX

110

ACRONYMES & DÉFINITIONS

ATPE

Aliment thérapeutique prêt à l'emploi

CENTRES NUTRITIONNELS

CNA +CNT

CNA

Centre Nutritionnel Ambulatoire

CNT

Centre Nutritionnel Thérapeutique

PB

Périmètre Brachial

LAITS THÉRAPEUTIQUES

F75 - F100

TEST APPÉTIT

Le test de l'appétit représente le critère décisif dans la participation ou non au programme ambulatoire. Le test est fait à l'admission et au cours de toutes les sessions de suivi pour s'assurer que l'enfant peut manger l'aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE). Si l'enfant n'a pas d'appétit, il doit être admis dans un programme hospitalier.

TRAITEMENT À DOMICILE

Traitement reçu par les enfants dans le cadre des centres nutritionnels ambulatoires.

I. LES DIFFÉRENTS MODES DE TRAITEMENT DE LA MALNUTRITION SÉVÈRE AIGÛE

À RETENIR

- Différents critères permettent d'orienter les enfants souffrant de malnutrition sévère vers les centres nutritionnels thérapeutiques ou les centres nutritionnels ambulatoires.
- Le Centre Nutritionnel Thérapeutique (CNT) accueille les enfants de moins de 6 mois, les enfants souffrant de complications médicales nécessitant une hospitalisation, ceux qui échouent au test d'appétit, et de façon générale ceux pour qui le traitement à domicile n'est pas adapté.
- Le traitement à domicile permet d'obtenir des résultats satisfaisants ainsi qu'une plus large couverture à travers l'accès à plus de patients répartis dans des zones géographiques plus importantes.
- Centres de nutrition et traitement à domicile doivent proposer des activités spécifiques à l'amélioration des pratiques de soins et à la relation mère-enfant.

COMPRENDRE


1. Les Centres Nutritionnels thérapeutiques (CNT)

Les centres nutritionnels thérapeutiques sont des lieux spécialement adaptés et équipés pour prendre en charge et traiter les enfants souffrant de malnutrition aigüe sévère. Les enfants sont accueillis avec un accompagnant, le plus souvent et de préférence la mère.

Les enfants y sont pris en charge 24 heures/24, et reçoivent un traitement complet pour lutter contre leur malnutrition, ainsi que les vaccinations de base et le traitement éventuel des complications médicales dont ils pourraient souffrir. Ils bénéficient d'une surveillance médicale permanente. Toutefois, certains patients peuvent être traités sous forme de traitement de jour (lorsqu'ils vivent ou sont hébergés à proximité par exemple).

En plus de fournir un traitement adapté et évolutif aux enfants, ces centres proposent diverses activités visant à prévenir les risques de rechute. Ces activités varient selon les centres et le personnel à disposition, mais de façon générale, les principaux objectifs sont de renforcer les connaissances des accompagnants et d'améliorer les bonnes pratiques (pratiques alimentaires, d'hygiène ou de soins). Certaines activités permettent également de renforcer les liens mère-enfant, de favoriser le développement de l'enfant à travers le jeu et la stimulation, et de proposer un accompagnement et une attention particulière à la mère en cas de besoins spécifique (difficultés à allaiter, tristesse, rejet de l'enfant, apathie, ...)

Les enfants pris en charge dans les CNT sont ceux qui sont sévèrement malnutris présentant des complications médicales, ceux qui échouent au test d'appétit (le manque d'appétit ne permet pas en effet d'assurer la bonne prise du traitement à domicile), les enfants de moins de 6 mois pour lesquels l'ATPE n'est pas adapté, ainsi que les enfants pour lesquels les pratiques de soins ne sont pas satisfaisantes ou si la personne qui est en charge de l'enfant n'est pas en mesure de prendre correctement soin de l'enfant. L'orientation en centre nutritionnel thérapeutique peut se faire immédiatement lors de la première consultation, ou sous forme de transfert pendant le traitement à domicile si celui-ci s'avère inefficace (perte de poids ou stagnation, échec au test d'appétit, apparition de complications médicales...)



La durée du traitement est d'environ 1 mois, mais varie selon les situations et les conditions de l'enfant (possibilité de traitement à domicile, absence de maladies associées...).

Ces CNT sont soit gérés de façon autonome, soit intégrés dans des cliniques ou des hôpitaux.

2. Les centres nutritionnels ambulatoires (CNA)

Depuis quelques années, l'amélioration des produits utilisés (ATPE) dans le cadre du traitement de la malnutrition et l'implication croissante des communautés a permis de mettre en place et de développer des programmes de traitement de la malnutrition au domicile des enfants, avec une plus grande couverture permettant à un plus grand nombre de bénéficiaires des traitements de lutte contre la malnutrition.

L'approche communautaire dans le cadre de la lutte contre la malnutrition permet de renforcer aussi bien la prévention, la détection et le traitement de la malnutrition, à travers diverses activités (groupes de paroles, visites à domicile...)

La mise en place d'un programme nutritionnel ambulatoire nécessite une organisation spécifique et doit s'adapter aux contextes particuliers en fonction des moyens et ressources disponibles. L'organisation du traitement à domicile est généralement gérée par les mêmes instances que celles qui sont en charge des centres nutritionnels thérapeutiques, depuis des centres de soins ou des structures non médicales situées au plus proche des populations.

Les patients admis en traitement à domicile se présentent chaque semaine pour vérifier le bon déroulement du traitement (mesures, consultation médicale, test d'appétit). Les accompagnants participent à des sessions de sensibilisation (hygiène, alimentation, santé, pratiques de soins...) qui permettent d'assurer une meilleure prise en charge des enfants chez eux ainsi qu'une amélioration des connaissances en vue d'un résultat plus durable et de l'évitement de rechutes.

Si la décision de poursuivre le traitement à domicile est prise, l'enfant reçoit la quantité suffisante d'ATPE pour une semaine de traitement.

La plupart des patients peuvent de façon efficace bénéficier du traitement à domicile.

L'intégration de la dimension Santé Mentale et pratiques de soins dans le cadre des CNA doit être prise en compte lors de la mise en place, du déroulement et du suivi du programme.

Cette intégration se fait à travers des formations spécifiques, et aussi grâce à la mise en place d'activités particulières permettant, selon les contextes, l'amélioration des pratiques de soins, le mieux-être des enfants, une meilleure compréhension de l'importance des pratiques de soins dans la lutte contre la malnutrition et son traitement...

En plus de faire partie des causes sous-jacentes possibles de la malnutrition, certains aspects liés aux pratiques de soins et à la santé mentale peuvent également expliquer certains échecs du programme CNA et de transfert vers le traitement en CNT. Il est donc essentiel d'identifier au mieux comment ces aspects peuvent être intégrés dans le cadre des programmes de traitement à domicile.

3. Les avantages et inconvénients des différents modes de traitement

Chacun des modes de traitement présentés ci-dessus présente des avantages et des inconvénients.

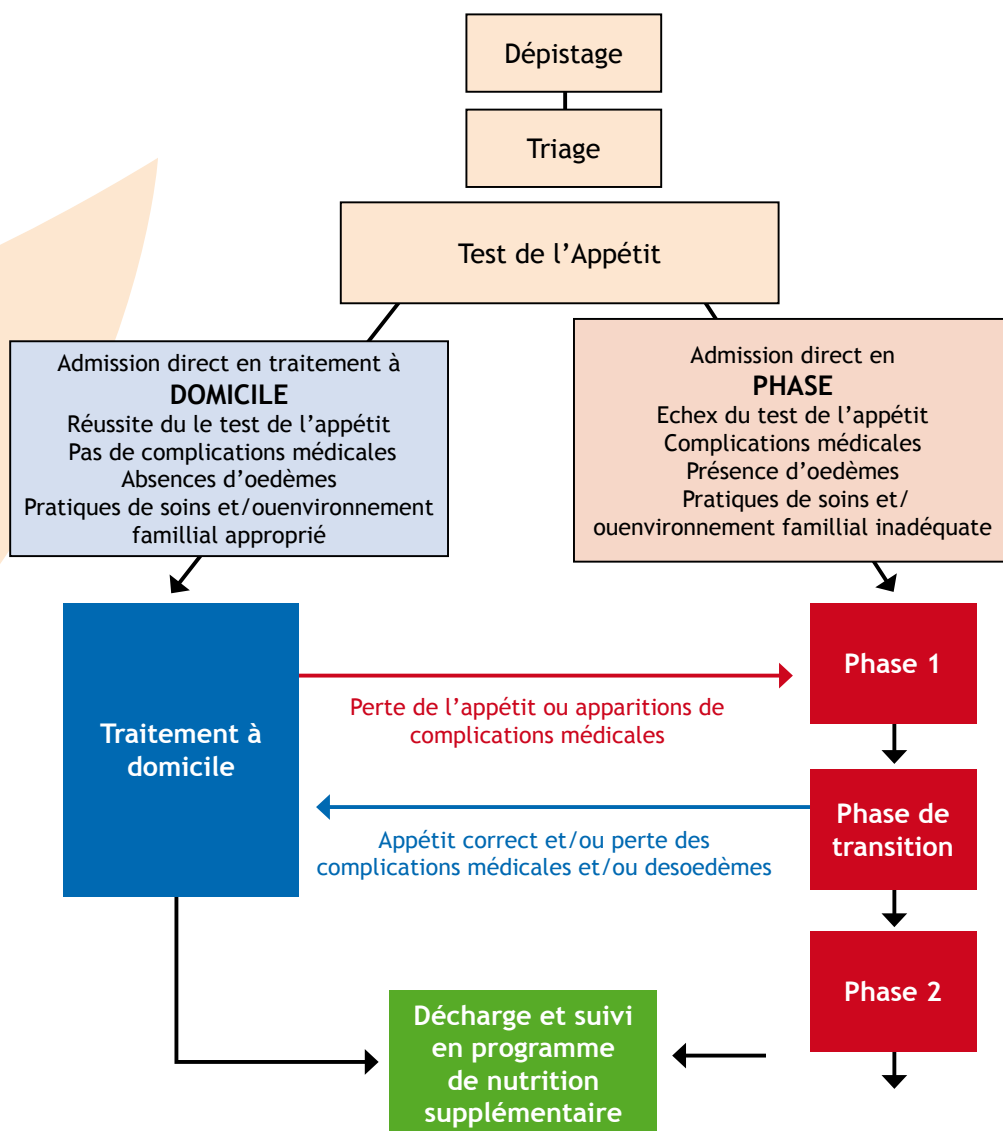
L'objectif est de rester au plus proche des besoins des patients afin de proposer la solution qui sera la plus adaptée et appropriée à son état de santé et à ses conditions de vie. En général, les deux modes de traitement coexistent dans les programmes mis en place par ACF.

METTRE EN ŒUVRE

Comme abordé précédemment, il est essentiel d'orienter les enfants souffrant de malnutrition sévère vers le mode de traitement le mieux adapté à sa situation².

Le schéma suivant permet de montrer les différents critères permettant d'orienter ou de réorienter les patients vers un CNT ou vers le CNA.

Tableau 1 : Schéma d'orientation des bénéficiaires vers le traitement approprié



² - De nombreux documents de références ainsi que des vidéos réalisées par UNICEF concernant la malnutrition sévère aigüe et le traitement à domicile sont disponibles en suivant le lien suivant : <http://motherchildnutrition.org/resources/index.html#Ethiopia>



II. LE MAINTIEN D'UN CADRE DE SOINS ACCUEILLANT

À RETENIR

- L'environnement dans lequel les enfants et leurs accompagnants seront accueillis est essentiel et doit être aussi sécurisant et chaleureux que possible.
- Les zones dédiées aux différentes activités doivent être bien définies et permettre une bonne fluidité pour le passage de l'une à l'autre.
- Les enfants et leurs accompagnants doivent se sentir à l'aise et avoir le sentiment d'être compris, écoutés et pris en considération convenablement.

COMPRENDRE

La vie au quotidien dans les centres nutritionnels est parfois difficile. Quelques mises en place simples permettent de la rendre beaucoup moins contraignante, plus facile et agréable. Cela implique la prise en compte des bénéficiaires, et celle des accompagnants.

L'amélioration du quotidien vise à :

- Redonner goût à la vie
- Offrir un environnement sécurisant et chaleureux
- Tenir compte du bien-être psychologique des bénéficiaires (personnes malnutries et accompagnants)
- Offrir un espace d'écoute. Réduire les rechutes et les abandons en cours de traitement
- Éviter que la prise en charge médico-nutritionnelle ait une influence négative ou néfaste sur les personnes (« do not harm »)
- Renouer des liens sociaux

METTRE EN ŒUVRE

Pour créer une ambiance et un environnement qui soient les plus agréables possibles, l'équipe elle-même doit gérer les pressions qu'elle subit, les difficultés rencontrées, être motivée pour partager et échanger. Les membres de l'équipe doivent y prendre du plaisir : celui qu'ils donneront sera alors d'autant plus efficace !

Travailler avec plaisir dans une bonne ambiance est indispensable. Voir des bénéficiaires malnutris, des femmes en détresse, des bébés qui meurent est très difficile à supporter. Encourager les moments de décompression, jouer et voir les bénéficiaires sourire permet à l'équipe de retrouver son énergie et sa motivation pour continuer.

Le bien-être des bénéficiaires et des accompagnants dépend beaucoup de l'attitude des membres du personnel qui doivent être agréables, respectueux, chaleureux, prendre le temps d'écouter et de répondre...

Des gestes simples peuvent avoir un impact très grand. Sourire ou prendre par la main aura un effet réconfortant très conséquent. Les attitudes présentées dans la fiche sur l'accueil seront ajustées pour rendre le quotidien dans les centres nutritionnels plus agréable, ce qui aura des retombées certaines sur le traitement.



© ACF-Tchad

1. Le cadre de vie et l'environnement dans les centres

Les centres accueillent aussi bien des adultes que des enfants. Tous peuvent participer aux activités.

Le souci d'améliorer l'aménagement des centres vise à favoriser le processus de guérison, en prenant en compte non seulement l'aspect technique mais aussi humain. Ces critères regroupent tous les aspects relatifs au « cadre de vie » ou aux « conditions de vie ». C'est la décoration, la création d'espaces de repos, de réunion ou de détente :

- Aire de jeu séparé des phases
- Salle de repos pouvant servir aux séances de sensibilisations
- Cuisines pour accompagnants
- Coins jeux dans les phases



© A. Sacher / ACF-Tchad

De plus, il conviendra d'améliorer l'espace de vie en s'efforçant de décorer le centre de façon à lui donner un aspect convivial et confortable.

La décoration est essentielle : un environnement austère n'est pas dynamisant. Des bâtiments vétustes, des constructions non entretenues peuvent renvoyer aux bénéficiaires une image d'eux-mêmes dévalorisante. Ils doivent déjà supporter l'absence d'intimité, la proximité, les bruits de tous... Il est possible de rendre l'atmosphère plus conviviale et plus accueillante, en utilisant des couleurs et en offrant de bonnes aérations pour préserver de trop de chaleur. Proposer des zones ombragées, des endroits où s'asseoir est important, surtout en cas de longues files d'attente.

Si l'aménagement tient beaucoup de la volonté et de l'implication du responsable du centre, la décoration peut être l'œuvre de chacun, grâce aux activités proposées aux bénéficiaires et aux accompagnants. Avec quelques idées et un peu de matériel, un animateur peut mettre en place des sessions d'animation pour créer des décorations, ensuite disposées dans le centre. Ces sessions présentent de multiples avantages (centre plus agréable à vivre, développer la créativité des personnes, y offrir un moment de détente, apporter des compétences et des savoir-faire qu'elles pourront utiliser par la suite ...).

Créer est à la portée de tous et peut avoir un impact très fort sur les personnes tant du point de vue du développement de leur personnalité que de leur bien-être. Des exemples de jouets à créer se trouvent dans l'annexe 4.

2. Le cadre de vie dans les CNA

a. Offrir un cadre conforme, adapté et accueillant

Le site qui accueillera les enfants et leurs parents lors des visites CNA doit être organisé de façon à faciliter le passage d'une étape à l'autre. Il doit être correctement aménagé et aussi confortable et agréable que possible. Parfois le CNA est seulement un lieu sous un arbre. Ceci n'empêche pas cependant à penser à

aménager l'espace de façon pertinente ; par exemple, penser à installer les gens à l'ombre, donner accès à de l'eau pour se désaltérer (les personnes ont souvent marché sur de longues distances pour venir au CNA), limiter les temps d'attente, proposer des activités pendant l'attente, bien informer du déroulement de la prise en charge, etc.

Les zones réservées aux tests d'appétit, aux jeux et aux sessions de sensibilisation doivent être identifiées de façon spécifique et si possible éloignées des zones d'examen.

Des zones séparées doivent être mises à disposition pour proposer à certains enfants et leur accompagnant des lieux isolés et calmes en cas de besoin.

Certains font des heures de marche pour venir, laissant le temps d'une journée les autres priorités domestiques qu'ils pourraient avoir. Un mauvais accueil, un environnement austère et mal organisé pourraient les décourager à revenir la semaine suivante, alors qu'au contraire une organisation fluide, un accueil agréable, une bonne prise en charge participent à les encourager pour suivre de façon assidue le traitement dans son intégralité et ses contraintes.

La présence des enfants pris en charge dans le cadre du traitement à domicile à chaque visite est essentielle pour la réussite et le suivi du traitement.

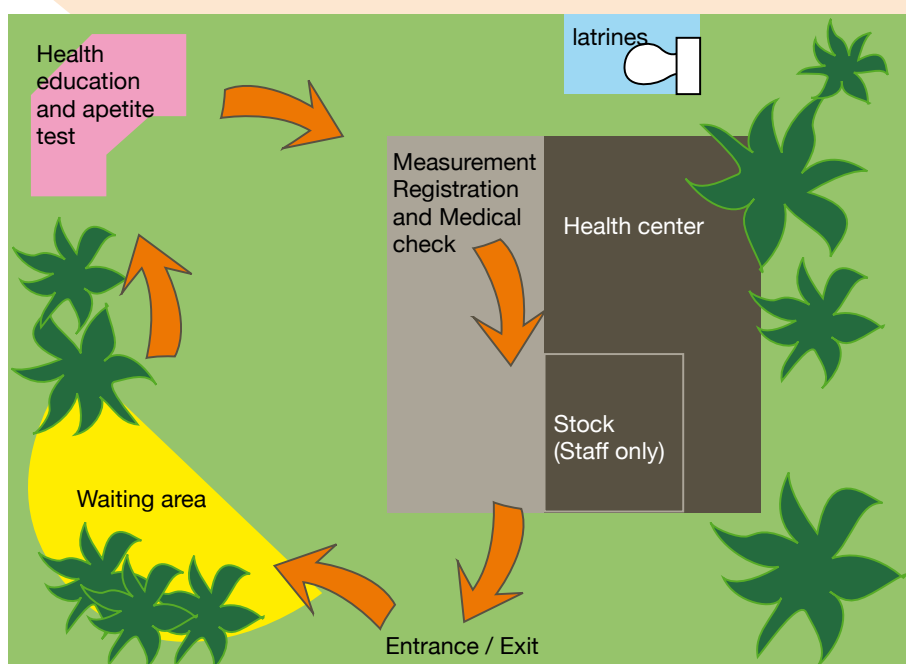
De plus, un environnement et un cadre agréable et adapté renforceront la motivation des populations alentours à se présenter, permettant de couvrir une plus large population et de prendre en charge au plus tôt les enfants souffrant de malnutrition (le bouche à oreille fonctionne beaucoup dans la plupart des contextes d'intervention d'ACF).

Le cadre participe à renforcer la confiance des bénéficiaires, élément essentiel à tous les niveaux de mise en place du programme (détection, information, traitement, suivi).

Les éléments présents dans le cadre des CNA doivent refléter ce qui nous paraît important pour le mieux-être de l'enfant : propreté des lieux, présence d'eau propre, hygiène respectée, absence de dangers potentiels pour les enfants... les CNA doivent servir d'exemple, il est donc essentiel qu'ils respectent les bases d'hygiène et de sécurité qu'il est demandé aux bénéficiaires de respecter chez eux.

Le schéma ci-dessous permet de montrer comment peut s'organiser un CNA afin d'assurer une meilleure fluidité des déplacements d'une zone à une autre, ainsi que l'identification de zones spécifiques à chaque activité.

Tableau 2 : Schéma de circulation dans un CNA



b. L'attente

Lors de la visite hebdomadaire des bénéficiaires du traitement à domicile, le temps d'attente peut être très long. Les familles peuvent avoir marché plusieurs heures pour arriver au centre d'CNA où elles doivent patienter pour effectuer les différentes étapes liées à la poursuite du traitement (test d'appétit, séances de sensibilisation, mesures, consultation médicale, approvisionnement pour la semaine de traitement suivante).

Une bonne organisation de l'CNA doit permettre de réduire cette attente autant que possible, mais elle reste généralement importante.

L'attente doit se faire sur une aire identifiée et aussi confortable que possible (bâche posée sur le sol, ombre...).

Il peut être pertinent, si possible, d'organiser des aires d'attente différentes pour les patients en cours de traitement venus pour la visite hebdomadaire et pour ceux qui viennent pour la première fois.

Ce temps d'attente peut être exploité par les équipes, soit pour prendre de l'avance en prenant certaines mesures pendant que les bénéficiaires patientent (PB notamment), mais aussi en mettant en place certaines activités spécifiques.

Des jouets peuvent être mis à disposition pour les enfants, et permettre de favoriser les interactions mère-enfant.

Des discussions de groupes peuvent être animées sur les pratiques de soins afin de mettre en évidence les bonnes pratiques et leur importance pour le développement et le traitement de l'enfant.



III. L'ACCUEIL

À RETENIR

- L'accueil constitue le premier contact avec les centres nutritionnels.
- Les personnes arrivant dans un centre nutritionnel sont parfois démunies ou inquiètes et nécessitent un accompagnement tout au long du processus d'admission.
- Toute l'équipe doit être impliquée dans l'accueil.
- L'accueil fait partie du traitement.
- Chaque bénéficiaire doit être informé du processus de prise en charge.
- Un bon accueil doit prendre en compte la compréhension par tous les membres de l'équipe des personnes et de la situation, l'appropriation d'attitudes adaptées et la bonne organisation de l'ensemble du processus de prise en charge.

COMPRENDRE

L'accueil comprend toutes les étapes, depuis l'arrivée jusqu'à l'intégration ou la non intégration dans le programme. Il concerne le bénéficiaire et la personne qui l'accompagne, qui est le plus souvent la mère. Lorsqu'ils arrivent ils ne savent que rarement ce qu'est la malnutrition, et ignorent comment se déroule le traitement ou la vie dans le centre. Ils ont des doutes et des questions qu'ils redoutent parfois de poser. En arrivant, les accompagnants et leur enfant peuvent être animés par plusieurs sentiments parfois difficiles à gérer. En voici quelques exemples. Bien entendu, il est important d'observer et de discuter avec les enfants et les accompagnants pour comprendre ce que chacun d'entre eux vit.

1. La mère³ (l'accompagnant)

- **Inquiétude et peur** : elle est confrontée à la gravité de l'état de santé de son enfant et se demande s'il va vivre.
- **Fatalisme** : elle a souvent du mal à garder espoir quant à la guérison et la survie de son enfant.
- **Incompréhension** : elle ne sait généralement pas quelles sont les causes de la maladie de son enfant et ne fait pas toujours le lien entre la malnutrition et ses symptômes. Il se peut qu'elle se soit rendue à plusieurs reprises auprès de guérisseurs traditionnels ou à l'hôpital, ce qui peut expliquer la période parfois longue entre le début de la maladie et l'arrivée au centre.
- **Angoisse** : la situation d'urgence dans laquelle elle se trouve cause généralement un départ précipité du domicile, entraînant des problèmes auxquels il lui est parfois difficile de faire face, notamment lorsqu'elle doit intégrer rapidement le centre avec son enfant : que va-t-il se passer par rapport au reste de la famille ? qui va s'occuper des autres enfants ? qui assurera l'entretien du foyer ? le mari acceptera-t-il une absence prolongée ? Les familles doivent s'organiser pour qu'un adulte reste dans le centre avec l'enfant et ce n'est pas toujours facile.

3 - Bien que nous parlions ici de la mère, il est bien évident que toutes les remarques dans ce chapitre comme dans le reste du livre au sujet de la mère peuvent s'appliquer à tout accompagnant.

- **Appréhension** : elle ignore le plus souvent comment se passe la vie dans un centre et il se peut qu'elle appréhende la vie en communauté, le partage du quotidien avec d'autres personnes qu'elle ne connaît pas (les autres mères ou accompagnants, les équipes médicales...).

- **Doute** : elle ne connaît généralement pas les traitements proposés, et peut parfois douter du bien-fondé de sa démarche, de l'intérêt de rester dans le centre, de l'efficacité des laits thérapeutiques/PN...

Mais la mère peut également avoir des sentiments plus positifs, comme le soulagement de voir son enfant pris en charge, l'espoir de voir une possible solution à la situation et la possibilité de sauver son enfant. Renforcer ces sentiments peut participer au bon déroulement de son processus d'intégration et à son implication volontaire dans le traitement de l'enfant et dans la vie du centre.

2. L'enfant

L'enfant qui arrive est généralement dans un état de malnutrition sévère ayant pour conséquence directe l'apathie, l'agrippement à la mère, mais aussi souvent la souffrance et la douleur physique.

Arriver dans le centre de soins, être mesuré, pesé, passer de bras en bras peut être angoissant voire terrifiant pour l'enfant.

Le contexte dans lequel arrivent l'enfant et l'accompagnant, l'insécurité dans laquelle ils peuvent se sentir, les situations stressantes vécues sont autant de facteurs pouvant rendre la situation plus difficile à gérer.

L'accueil est souvent ce qui va décider la mère à rester et à suivre le traitement. Il est donc essentiel que ce premier contact avec le personnel soit chaleureux et rassurant. Pour la réussite du traitement et pour éviter ou au moins limiter les abandons, l'équipe doit s'assurer que la mère a compris les causes et les conséquences de la malnutrition, en quoi consiste le traitement. Elle devra en effet accompagner l'évolution de son enfant et lui procurer une partie des soins dont il a besoin pour guérir.

Le but est, d'une part, d'impliquer et de responsabiliser la mère au traitement de son enfant, et d'autre part de rassurer le bénéficiaire en mettant notamment en place un accueil aussi chaleureux et sécurisant que possible.

METTRE EN ŒUVRE


Afin d'améliorer l'accueil des bénéficiaires et des accompagnants et de le rendre à la fois plus efficace et moins difficile, plusieurs éléments sont à prendre en considération. Vous trouverez dans cette partie des informations concernant :

- La formation de l'équipe.
- Les attitudes à adopter.
- Les actions concrètes à mettre en place.

1. Former l'équipe

L'équipe doit prendre en considération non seulement l'état médico-nutritionnel mais aussi l'état psychologique et social des bénéficiaires et des accompagnants qui arrivent au centre nutritionnel. Elle doit avoir conscience du fait que ces personnes ne savent souvent pas ce qu'est la malnutrition, ne connaissent que rarement les termes médicaux tels que PB (mesure du périmètre brachial), n'ont en général jamais entendu parler de pourcentage et de rapport poids-taille et ne comprennent pas forcément le sens et l'objectif de ces mesures.

Les membres de l'équipe doivent bien comprendre eux-mêmes dans un premier temps ce qu'est la malnutrition et quel en est le traitement afin de pouvoir ensuite transmettre aux accompagnants et aux



enfants des informations claires, justes et simples.

Pour former l'équipe à l'impact de l'accueil sur les personnes arrivant dans les centres, il est possible de réaliser des mises en scènes ou des petits jeux de rôles.

Les membres de l'équipe, en se mettant à la place des bénéficiaires, développent leur capacité d'empathie. Il est possible de leur faire prendre conscience de ces éléments en se basant sur des situations simples faisant partie de leur vécu :

- La façon dont ils accueillent quelqu'un qui vient leur rendre visite à la maison ;
- La façon dont ils sont accueillis lorsqu'ils se rendent par exemple, à l'hôpital, ce qu'ils ressentent lorsqu'ils sont mal accueillis.

Il sera ainsi plus facile pour eux de comprendre l'intérêt et l'importance d'un bon accueil.

Il est donc indispensable de former les équipes à la communication verbale et non-verbale. Par exemple, très souvent, les personnels sont debout face à une mère assise au sol ou sur une chaise gardant ainsi une position haute qui rend difficile les échanges et l'émergence de questions de la mère.

Le type de management est également un élément à considérer. D'une part, travailler avec des enfants ou des adultes sévèrement malnutris est extrêmement stressant et nous confronte à la mort. D'autre part, les attentes du manager en termes de qualité de programmes l'amènent parfois à mettre beaucoup de pression sur les équipes plutôt que de chercher avec elles à améliorer la prise en charge. Ces facteurs sont des stressseurs qui peuvent contribuer à limiter fortement la capacité d'empathie des équipes, voire entraîner une certaine agressivité qui se reporte le plus souvent sur les patients. Le manager doit donc veiller au bien-être et au confort de ses équipes (par exemple, l'organisation du travail doit à la fois permettre une certaine fluidité pour les patients et limiter leur attente mais aussi limiter la pression sur les staffs), aménager des temps de paroles et d'échanges pour discuter des cas notamment des cas difficiles (synthèses de cas) et de parler de ses émotions (supervision).

DES PETITES CHOSES QUI FONT LA DIFFÉRENCE

- ➔ Sourire.
- ➔ Se présenter et expliquer son rôle et ses fonctions.
- ➔ Utiliser des mots simples et compréhensibles.
- ➔ Favoriser la communication dans la langue des personnes.
- ➔ Toujours expliquer ce qui est fait à l'aide de mots simples et accessibles.
- ➔ Donner de l'information sur l'état de l'enfant et le traitement proposé.
- ➔ À chaque consultation médicale, faire un retour à l'accompagnant sur l'évolution de l'enfant.
- ➔ Encourager à la poursuite du traitement et féliciter la mère et l'enfant.
- ➔ Chercher avec la mère à comprendre ce qui se passe si l'enfant ne prend pas de poids et trouver avec elle des solutions qu'elle pourrait mettre en œuvre.
- ➔ Offrir un moment pour poser des questions et prendre le temps d'y répondre.
- ➔ Rendre la zone d'accueil aussi agréable que possible (aires de jeux, ombre, chaises...)
- ➔ Avoir de l'eau potable à disposition.

2. Les attitudes à adopter

Le parcours du bénéficiaire et de la personne qui l'accompagne, depuis le départ du domicile jusqu'à leur prise en charge dans les centres nutritionnels, est long et peut être particulièrement complexe de leur point de vue. Pour faciliter ces étapes et les rassurer, les membres de l'équipe doivent adopter des attitudes à la fois simples et efficaces.

Ils doivent être **calmes, bienveillants, chaleureux et respectueux, sans jugement**.

Le schéma suivant présente ce que peuvent être les ressentis des personnes venant aux centres nutritionnels et les attitudes importantes à adopter.

ETAPES Du dépistage à l'intégration	SENTIMENTS POSSIBLES Des personnes venant au centre ou dans les OTP	ATTITUDES A adopter par l'équipe
<p>Départ du domicile : personnes identifiées par les dépisteurs.</p>	<p>Peur de la mort de l'enfant. Ignorance de la situation. Angoisse de laisser le foyer pendant longtemps. Incompréhension de la maladie de l'enfant. Doutes concernant une organisation qu'ils ne connaissent pas et l'efficacité du traitement.</p>	<p>Sourire, être accueillant et avenant.</p>
<p>Départ du domicile : personnes venant au centre spontanément.</p>		<p>Se présenter, présenter l'équipe, expliquer le rôle de chacun.</p>
<p>Arrivée au centre ou au CNA : rencontre avec les personnes de l'accueil.</p>	<p>LA MÈRE Incompréhension de la démarche (à quoi servent ces mesures... ?) Angoisse quant à la suite des événements. Doutes concernant les soins dans le centre ou au domicile. Soulagement d'être prise en charge. Inquiétude sur la situation au domicile.</p>	<p>Impliquer et responsabiliser : faire participer les accompagnants lors des mesures, des manipulations...</p>
<p>Mesures et enregistrement : rencontre avec les mesureurs, les enregistreurs et les infirmiers.</p>		<p>Ecouter et rassurer : être disponible pour les questions et les doutes, y répondre ou référer à une personne compétente.</p>
<p>Intégration dans le centre ou en CNA : rencontre avec les autres bénéficiaires et accompagnants et avec les autres membres de l'équipe.</p>	<p>L'ENFANT La malnutrition peut provoquer certains comportements tels que l'irritabilité, l'apathie, la fatigue, la douleur ; l'environnement inconnu et le milieu hospitalier, la peur et l'inquiétude.</p>	<p>S'adapter : ajuster son discours et son comportement à la mère et à l'enfant.</p>
<p>Non admis dans le centre ou en CNA : ne rentre pas dans les critères.</p>		<p>Accompagner : guider les personnes d'une étape à l'autre.</p>
	<p>Incompréhension des mesures et du refus. Colère d'être rejeté, sentiment d'abandon. Soulagement que l'enfant aille bien, satisfaction d'avoir été aidé, soutenu, écouté...</p>	<p>Aider à trouver des solutions, concernant par exemple, le foyer.</p>
		<p>Référer si nécessaire vers d'autres structures.</p>
		<p>Présenter le fonctionnement du centre, les autres accompagnants et enfants.</p>

Tableau 3 : Ajustement des attitudes

3. Concrètement, que peut-on faire ?

Toute l'équipe doit être impliquée et formée afin d'assurer au bénéficiaire et à la personne qui l'accompagne le meilleur accueil et la meilleure prise en charge possibles et améliorer ainsi l'efficacité du traitement et le bien-être.

➔ L'arrivée dans un centre nutritionnel :

- S'assurer lors de la prise en charge des personnes que quelqu'un sera disponible pour les accompagner ou les guider à chaque étape. Les descriptions des postes doivent prendre en compte les rôles et fonctions de chacun.
- Ceux qui arrivent ont parfois beaucoup marché et les accompagnants sont souvent fatigués, faibles voire malnutris. Il est important de veiller à ce qu'ils reçoivent une collation et/ou de l'eau.
- Des aires de jeu peuvent être aménagées pour les enfants.

➔ L'enregistrement et les mesures :

- Il est important d'expliquer les actes et ce qui est fait, notamment en ce qui concerne les mesures qui vont se répéter régulièrement pendant le traitement : c'est l'élément de base pour suivre l'évolution de l'état de l'enfant et donc ajuster le traitement.
- C'est également le moment de développer un contact plus personnel avec la mère et son enfant : parler à l'enfant, lui demander son nom et son âge, jouer avec lui, aider la mère à le déshabiller.
- La manipulation des enfants doit être douce et assurée, afin de créer un climat de confiance entre la mère, l'enfant et les membres de l'équipe. Il est par exemple possible de peser l'enfant dans une baignoire en plastique accrochée à la balance réajustée en fonction, plutôt que de laisser l'enfant suspendu.
- Discuter avec l'accompagnant est essentiel, non seulement pour l'apaiser et répondre à ses questions, mais aussi pour obtenir sa coopération lors du remplissage du questionnaire de renseignements personnels.
- Guider les personnes admises est important de même que proposer éventuellement aux personnes non admises d'autres structures répondant mieux à leurs besoins.

➔ La consultation médicale :

Il est important de :

- Présenter les médicaments, les aliments thérapeutiques (ATPE ou laits), les compléments nutritionnels.
- Aider la mère à donner les médicaments à son enfant et lui montrer comment le faire avec douceur, l'aider lors des prises de lait.
- Expliquer le traitement médical, les réactions possibles de l'enfant, ce qui se produit sur le plan physiologique.
- Informer sur le déroulement de la vie dans le CNT ou lors des visites en CNA, en tentant de rassurer au mieux les personnes inquiètes.

➔ Arrivée dans le CNT :

Lorsque le traitement doit se faire en CNT et que les personnes admises y arrivent, il est nécessaire de :

- Guider et accompagner les personnes dans la phase et s'assurer de leur intégration, leur faire visiter le centre, leur donner les repères essentiels (toilettes, douches, cuisine, etc.) et des informations sur les aliments thérapeutiques (ATPE ou laits), les repas des accompagnants, les consultations médicales, les activités proposées (sessions d'éducation à la santé, ou de jeu, activités pour les mères, groupes de discussions...). Non seulement ces activités peuvent faire

partie du traitement, mais elles aident également à renforcer la vie communautaire, et le bien-être de tous. Elles permettent enfin aux patients et aux accompagnants d'avoir des repères fixes de la vie dans le centre.

- Présenter les autres membres de l'équipe à la mère (l'accompagnant) en précisant les rôles de chacun afin de l'aider à mieux comprendre à qui elle pourra s'adresser selon les situations.
- Faciliter la rencontre entre les accompagnants déjà présents dans le centre et les nouveaux, organiser éventuellement une prise en charge des nouveaux par les plus anciens.
- Prendre en considération les contraintes particulières, comme par exemple le cas d'une mère ne parlant pas la même langue que les autres, auquel cas il faut trouver un interprète. De même concernant les difficultés liées aux différences ethniques. Il peut être difficile de travailler avec des personnes d'appartenances ethniques différentes et éventuellement rivales. Il est essentiel de les amener à prendre en compte le but commun qui les a réunies dans le centre et favoriser la cohésion du groupe.



IV. L'ACCOMPAGNEMENT AU QUOTIDIEN

À RETENIR

- Les parents doivent être considérés comme des partenaires.
- L'implication des mères dans le suivi et la pratique des soins quotidiens est indispensable pour rassurer l'enfant autant qu'elles.
- Le bain de bébé est un instant privilégié de détente et de partage.
- Lors du bain, il est essentiel de s'assurer que l'on procure à l'enfant douceur, confort et sécurité.

COMPRENDRE

La vie quotidienne des bénéficiaires dans les CNT est ponctuée par les soins d'hygiène et infirmiers de diverses sortes : le suivi du poids, de la taille, de la température... il s'agit de fréquentes mesures plus ou moins systématiques qui peuvent se révéler particulièrement contraignantes.

Il est nécessaire d'adopter une attitude avenante pour rendre ces moments moins difficiles.

Les principes mis en évidence dans la fiche l'accueil peuvent être adaptés dans le cadre des soins quotidiens : il s'agit d'expliquer, d'impliquer, de rassurer...

Dans cette fiche vous trouverez des informations concernant

- Les soins infirmiers
- Le soutien pendant les repas
- Le bain
- Le portage
- Les massages
- Les soins pour les mères

METTRE EN ŒUVRE

L'accompagnement de l'enfant au quotidien comprend les soins infirmiers tous les jours, voire plusieurs fois par jour, l'hygiène, à travers, par exemple, le bain du bébé, ou encore le portage de l'enfant, incluant les positions les plus confortables pour lui, qu'il soit éveillé ou endormi. Il s'agit également des moments de prises de lait ou d'ATPE, pour lesquels vous aurez plus d'informations dans la fiche spécifique, ou du massage de l'enfant, développé dans la fiche du même nom.

Toutefois, l'accompagnement de l'enfant ne peut être complet qu'à la condition que la personne en charge de lui prodiguer les soins nécessaires, le plus souvent sa mère, ne soit pas elle-même dans une condition physique et/ou morale problématique. Il est donc essentiel de considérer également la mère dans l'accompagnement de l'enfant, en lui apportant soins et soutien nécessaires.

1. Les soins infirmiers

L'implication de la mère est particulièrement importante, d'une part pour la rassurer, d'autre part parce qu'elle est la plus à-même pour rassurer son enfant.

Impliquer la mère signifie non seulement la faire participer lors des manipulations de l'enfant (le déshabiller, le porter, le tenir...) mais aussi lui faire comprendre son évolution, l'importance des gestes médicaux apportés... les infirmiers peuvent donc remplir les fiches de soin avec elle, car même si elle n'est pas toujours capable de les lire, elle peut se sentir plus impliquée dans le traitement. On lui montrera par exemple, le poids de l'enfant le jour de l'admission, le poids attendu pour la fin du traitement, et l'évolution de la courbe lors de chaque nouvelle pesée.

2. Soutien pendant les repas

- ➔ Le lait maternel est le mieux adapté pour l'enfant et devrait être exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois.
- ➔ Si le nourrisson n'est pas nourri au sein, il faut lui donner le lait thérapeutique dans une tasse propre et ouverte plutôt qu'au biberon et encourager la maman si elle le souhaite à reprendre l'allaitement.
- ➔ L'ATPE est le traitement pour les personnes malnutries en phase de transition et phase 2 et dans le traitement ambulatoire.
- ➔ Il faut encourager les mères à nourrir l'enfant avec patience et éviter l'alimentation de force.
- ➔ Il est important de prendre en compte la relation mère-enfant au moment des repas et d'inciter la mère à communiquer et à interagir avec son enfant.

Les repas dans les centres thérapeutiques concernent les phases d'allaitement maternel, les prises de lait thérapeutique et les prises d'ATPE.

a. L'allaitement maternel

Il est d'abord essentiel de promouvoir au maximum le lait maternel comme aliment exclusif de l'enfant jusqu'à 6 mois⁴. L'allaitement peut ensuite être encouragé mais ne suffit pas à lui seul pour assurer une nourriture suffisante à l'enfant.

Utilisation des substituts du lait maternel, tels que le lait en poudre ou le lait d'animaux, peut mettre en danger la santé des nourrissons, surtout lorsque les parents n'ont pas les moyens d'acheter suffisamment de substituts, qui sont chers, ou ne disposent pas d'eau propre pour les diluer.

Quasiment toutes les mères peuvent allaiter. Celles qui craignent de ne pas pouvoir le faire ont besoin de l'encouragement et du soutien pratique du père du bébé, de leur famille, de leurs amis et du personnel soignant.

Il est possible d'aider les mères en leur apportant des informations utiles sur l'allaitement, la manière de porter le bébé pendant qu'il tète, ou en ajoutant un lait thérapeutique pendant l'allaitement⁵.

4 - Vous trouverez des informations complémentaires sur : <http://www.unicef.org/french/ffl/04/>

5 - Vous trouverez des informations intéressantes dans les fiches du Dr. Newman disponible sur le site suivant : www.drjacknewman.com ainsi que des vidéos et d'autres documents sur le lien suivant : www.mamancherie.ca/fr/info/articles_dr_newman.htm



© ACF-Soudan

Sur cette photo vous pouvez constater que :

- La mère met sa main à l'endroit où l'enfant doit avoir sa bouche. Elle gêne la tétée. La mère doit avoir sa main sous le sein pour aider l'enfant mais jamais sur l'aréole.
- L'enfant a une mauvaise position, il est trop loin du sein. La mère doit soutenir le bébé en le rapprochant.
- La mère pince le sein, pouvant bloquer les canaux apportant le lait. Elle peut masser, compresser le sein, surtout en fin de tétée, mais ne jamais le pincer.

Pour cela, on utilisera la « Technique de supplémentation par succion (TSS) » (cf photo ci-contre), qui permet à l'enfant de boire le lait thérapeutique tout en tétant. La production de lait maternel est ainsi stimulée et l'enfant suffisamment alimenté.

Si le bébé refuse le sein, ou s'il est trop faible et s'endort pendant la tétée, la TSS » peut également être pratiquée au doigt. Le tube relié au lait thérapeutique est attaché au doigt qui est mis dans la bouche de l'enfant.

Vous trouverez plus d'informations concernant cette technique sur la fiche proposée par le Dr Newman et disponible sur le lien suivant : <http://drjacknewman.com>



© ACF-Burundi

Si l'enfant a plus de 6 mois et est encore allaité, on proposera toujours à la mère d'allaiter l'enfant environ 10 minutes avant la prise de lait thérapeutique ou d'ATPE.

b. Le lait thérapeutique et l'ATPE

Le lait thérapeutique et l'ATPE sont la base du traitement de la malnutrition. Il peut être difficile pour les bénéficiaires comme pour les accompagnants d'admettre que le lait thérapeutique et l'ATPE sont aussi un médicament, de comprendre qu'il ne s'agit pas seulement de lait/ATPE, mais d'un traitement qui va permettre de soigner l'enfant malnutri, préparé spécialement dans cet objectif et composé d'éléments nutritifs nécessaires pour son rétablissement.

On remarque souvent, surtout en début de traitement, que les mères des bébés dénutris ont souvent une interaction disharmonieuse avec leur enfant quand elles l'alimentent. Elles le font de façon mécanique, sans échange de regards, sans parole et sans geste, pas même les plus simples. L'alimentation est très souvent accompagnée d'attitudes agressives, comme pousser, gronder et obliger l'enfant à ouvrir la bouche en lui pinçant le nez. Par ailleurs, la malnutrition peut entraîner un effet paradoxal d'anorexie qui peut être très mal compris et accepté par les mères.

Cette attitude peut être interprétée comme un manque d'intérêt ou d'amour. Or, il est important de comprendre que la mère se trouve confrontée à un dilemme : d'un côté son enfant refuse de s'alimenter, de l'autre elle pense que si elle n'oblige pas son enfant à manger la totalité du lait/ATPE, il va mourir... elle doit faire face à la fois aux consignes de l'équipe, et à l'attitude de refus du bébé.

Les mères ne comprennent pas toujours les causes de la malnutrition de l'enfant. Il peut également arriver qu'elles culpabilisent du fait que certains enfants refusent de se nourrir suite à l'arrêt brutal de l'allaitement (lorsque la mère tombe enceinte par exemple).

Par ailleurs, elles peuvent être fatiguées par les nombreux repas par jour à donner à l'enfant, à heures fixes, et régulières, y compris pendant la nuit.



Vous pouvez constater sur cette photo que la position de l'enfant ne permet pas les échanges entre sa mère et lui ni la bonne visibilité de la mère sur ce qu'il prend.

© ACF-Afghanistan

Améliorer le soutien pendant les repas permet de répondre à une demande d'aide des mères qui peut ne pas être formulée : elles peuvent ressentir le besoin d'être respectées, écoutées, orientées, guidées, et éventuellement soignées.

Il est essentiel de prendre en compte le moment de la prise de lait/ATPE, et d'apporter du soutien aux mères :

- Expliquer ce qu'est le lait thérapeutique ou le ATPE, car lorsqu'elles ne savent pas ce qu'elles donnent à leurs enfants, il est fréquent qu'elles ne le demandent pas. Elles seront plus impliquées dans le traitement de l'enfant si elles comprennent ce qu'elles lui donnent.
- Surveiller l'hygiène de la mère et de l'enfant, s'assurer qu'elles se lavent toujours les mains avant le repas en leur expliquant l'importance de ces gestes simples. Laver les mains de l'enfant notamment quand il mange seul son ATPE.
- Favoriser la communication pendant la tétée : encourager la mère à parler avec son enfant, lui expliquer les bénéfices de l'interaction avec l'enfant du point de vue, notamment, de la stimulation.
- Aider la mère si l'enfant ne veut pas boire ou manger.
- Limiter au maximum le « force-feeding » : forcer l'enfant à manger en l'attachant ou en lui bouchant le nez est inefficace du point de vue thérapeutique du fait que le plus souvent, l'enfant vomit ce qui lui est donné. De plus, c'est une expérience stressante pour l'enfant et un acte risquant de détériorer le lien entre lui et sa mère. Enfin, cette attitude peut avoir un impact important sur le rapport que l'enfant entretient avec la nourriture, rapport parfois déjà négatif et qu'il est essentiel d'améliorer (les repas doivent au maximum rester des moments de plaisir).

Les agents de santé, les moniteurs de phases, les animateurs et les travailleurs psycho-sociaux doivent être présents pendant les repas, pour offrir un meilleur soutien aux mères en les soutenant et en les guidant dans leurs gestes et leurs attitudes.

Il est indispensable qu'une personne reste aux côtés de la mère de façon plus individuelle pendant l'intégralité de la première prise de lait/ATPE.

Il faut guider les mères et être particulièrement attentifs à celles qui sont en difficulté. Si une mère n'arrive pas bien à nourrir son enfant, il peut être utile de l'isoler des autres, lui donner des conseils sur la façon de tenir son enfant et l'encourager à manger, comment le stimuler... si l'enfant refuse de se nourrir, alors une autre personne peut essayer.

Un membre du personnel doit toujours être auprès de la mère lorsque l'enfant est nourri avec la « méthode de supplémentation par succion ».



© ACF-Afghanistan



Donner le sein à deux enfants en même temps peut être très bénéfique d'une part parce que le sein sera d'autant plus stimulé et donc la production de lait plus assurée, d'autre part parce qu'un des enfants en tétant peut créer l'arrivée de lait dans les deux seins et ainsi aider l'autre bébé.

Le moment de la prise de lait/ATPE pour les bénéficiaires plus âgés peut être également difficile à vivre. Les adultes et adolescents sont contraints à boire des quantités importantes de lait toutes les 2 ou 3 heures ou de manger du ATPE pendant toute la durée du traitement. Il est essentiel d'être présent pour leur rendre ces moments les plus agréables possibles en évitant d'avoir une attitude infantilisante. Ces personnes ont besoin d'être traités en adultes et leur estime de soi étant déjà souvent détériorée par la malnutrition, il est indispensable de les respecter et de leur proposer des activités appropriées pendant les repas.

Le test de l'appétit :

Avec le traitement à domicile (CNA) les enfants doivent passer un test d'appétit pour définir son suivi à domicile ou être envoyé en CNT. Les enfants sont testés à leur arrivée en groupe, ce qui peut être difficile pour évaluer l'appétit, sachant qu'ils sont souvent fatigués, faibles et que leur mère est stressée. Il faut donc prévoir un endroit calme, bien expliqué à la mère en quoi consiste le test, être doux et accueillant pour soutenir la mère et l'enfant pendant le test. La mère doit s'asseoir confortablement avec son enfant sur les genoux, elle doit donner le sachet à l'enfant ou mettre une petite quantité de pâte sur son doigt. C'est important de prendre son temps et de ne pas forcer l'enfant. Ce moment permet une très bonne observation des interactions mère-enfant, vous pourrez identifier des difficultés relationnelles et proposer si besoin un suivi postérieur, ou offrir un soutien supplémentaire à cette dyade.

3. Le bain du bébé

Prévoir le matériel, l'espace et l'eau nécessaire pour que les parents puissent laver régulièrement leur enfant en toute sécurité et dans les meilleures conditions. La façon de laver l'enfant varie d'une culture à l'autre. Il est important de comprendre les techniques de lavage du nourrisson dans la culture où vous travaillez. Nous donnons ci-dessous quelques conseils pour les pays dans lesquels le bain est utilisé ou si vous décidez d'acheter des bassines pour les CNT et que vous désirez expliquer aux mères comment les utiliser.



© A. Filorizzo / ACF-Philippines

Le nourrisson ne sachant ni s'asseoir, ni tenir sa tête, il est recommandé de le savonner avant de le baigner. Utiliser les mains nues est préférable à l'utilisation de gants ou autre élément susceptible de renfermer des microbes. De plus, elles donnent l'occasion d'un massage et le contact peau à peau permet de renforcer le lien entre la mère et l'enfant. Il sera par ailleurs plus facile d'accéder à tous ses petits plis et replis.

En général, on commence par le cou, et les aisselles. Si les bras du bébé sont repliés, les étendre doucement. Continuer ensuite par le ventre, et faire pivoter le bébé sur le côté en le tenant par l'épaule pour lui laver doucement le dos. Savonner bras, mains, jambes et pieds. Pour terminer, lui laver les fesses et terminer par son sexe.

Sans perdre trop de temps pour qu'il n'attrape pas froid, glisser tranquillement une main sous sa nuque, une autre sous ses fesses et tout en lui parlant doucement pour le rassurer et l'encourager, le plonger lentement dans l'eau en commençant par le bas du corps. Ses fesses posées, une main le soutenant

toujours par la nuque, le rincer en utilisant la main libre. Vérifier qu'il n'y ait plus de savon dans les plis. Il est alors possible de jouer avec l'eau sur le corps du bébé, et de faire jouer l'enfant avec l'eau.

S'il se met à pleurer, il ne faut pas le forcer. Il faut tenter de le rassurer, lui parler, chanter, et si vraiment il n'aime pas ça, le sortir du bain. Cela se passera mieux la prochaine fois.

Sortir le bébé du bain de la même manière qu'il y a été plongé, c'est-à-dire une main sous la nuque, l'autre sous les fesses. L'envelopper très vite dans une serviette afin d'éviter qu'il ait froid. Sécher d'abord la tête puis l'essuyer sans frotter en insistant bien sur les plis et espaces (doigts et orteils) afin de limiter les irritations.



Formations sur les gestes à avoir lors du bain du bébé – ACF Sri Lanka.

Le bain ne dure que deux à trois minutes les premières semaines. Plus tard, l'enfant sera plus à l'aise et on pourra lui proposer quelques jouets et le laisser barboter un peu plus longtemps (en faisant attention à ce que l'eau reste suffisamment chaude). Les jouets doivent être propres et adaptés à l'eau (en plastique principalement).

Il est impératif de toujours rester près du bébé pendant le bain pour éviter tout risque d'accident.

Dans certaines cultures, la toilette de l'enfant ne se fait pas nécessairement dans un bain, mais plutôt avec un peu d'eau, plus ou moins rapidement, avec éventuellement un gant...

Si cela est approprié culturellement et/ou que les mères sont intéressées, il peut être utile de former les mères au bain de l'enfant, leur montrer les bonnes techniques, pour que l'hygiène soit la meilleure possible, et assurer le confort et la sécurité de l'enfant.

Des sessions de formation peuvent être organisées à l'aide de poupes pour présenter les gestes aux mères.

Par ailleurs, il est préférable que des membres du personnel soient présents aux côtés des mères lors du premier bain de l'enfant si la mère n'a pas l'habitude pour les aider, les guider, et assurer la sécurité de l'enfant. Les bains nécessitent la mise à disposition d'eau chaude dans les pays froids. C'est à considérer dans les possibilités d'approvisionnement en eau et en chauffage des bâtiments sans quoi il faudra trouver d'autres méthodes pour laver les bébés.

À ÉVITER

Les éponges, véritables nids à microbes. Il est préférable de laver le bébé avec les mains, ou avec un gros morceau de coton.

4. Le portage

Le portage concerne à la fois les différentes méthodes pour porter son enfant (dans les bras, corps à corps, ou avec un dispositif tel qu'un harnais ou un tissu...) mais aussi les manipulations permettant de positionner l'enfant de façon confortable tout en respectant les différentes parties de son corps et de ses articulations.

Les variations culturelles en ce qui concerne le toucher et les contacts peau à peau, corps à corps, sont relatées dans les études d'ethnopsychologie ; dans la majorité des pays du monde, le petit enfant jouit, sous des formes diverses, d'une grande proximité avec sa mère durant les premiers mois, les premières années de sa vie. En raison d'une fréquence beaucoup plus grande du portage, des contacts physiques et des jeux corps à corps de l'enfant avec sa mère, ou son père, ou avec des relais maternels, on constate que les enfants africains ont un développement psychomoteur plus rapide au cours des deux premières années de vie que les enfants asiatiques et américains. Dans les cultures indigènes d'Amérique du Sud, comme dans les cultures amérindiennes, africaines, inuits et asiatiques, le portage des jeunes enfants est une pratique courante. Le porte-bébé fonctionne comme un ventre de transition permettant la continuation du lien parent/enfant, aidant ainsi au développement affectif du bébé, tout en permettant aux parents de vaquer à leurs occupations quotidiennes. Le portage veut aussi dire « porter » dans le sens large du terme. Au lieu de « déposer » son bébé dans différents dispositifs (poussette, siège, parc de jeux, etc.), il est possible pour la mère de le porter avec elle, partager avec lui sa chaleur, le rythme de sa respiration, le son de sa voix.

Les gestes sûrs et rythmés du portage et de la manipulation créent un lien étroit entre la mère et l'enfant. La mère est à la fois mère nourricière et mère support, base de sécurité émotionnelle qui renforce l'élaboration de la première ébauche de la personnalité. Au sein des différentes cultures, le statut du toucher varie en fonction des facteurs, tels que l'âge mais aussi des rites éducatifs.

Le toucher est le sens le plus fondamental ; il unit celui qui touche et celui qui est touché. La peau est le lieu d'échanges entre le corps de la mère et de l'enfant ; elle est également enveloppe contenante, membrane frontière et membrane protectrice.

Quelques bienfaits du portage :

- Le bercement provoqué par le portage crée une stimulation cellulaire et viscérale. Il favorise le fonctionnement des voies gastro-intestinales, ce qui permet une meilleure digestion et soulage les épisodes de coliques.
- Les enfants pleurent moins car les parents peuvent satisfaire rapidement leurs besoins. Le contact plus étroit avec le parent permet de mieux se familiariser avec les signes que l'enfant transmet et ainsi de mieux le comprendre.
- Le porte-bébé apporte une plus grande liberté de mouvements. Il est possible de s'occuper d'un enfant plus âgé ou d'avoir les mains libres pendant que le bébé se fait bercer, rassuré par la proximité physique de sa mère⁶.
- Attention cependant aux enfants atteints de kwashiorkor : leur peau est souvent extrêmement fine et fragile avec des lésions cutanées. Le portage peut être à appréhender avec de grandes précautions, voire contre indiqué.

La bonne position de l'enfant, qu'il dorme ou soit éveillé, est essentielle à son confort et à son développement.

6 -Vous trouverez des informations intéressantes et illustrées en suivant le lien ci-dessous, notamment sur les méthodes de portage et de maintien du corps du bébé dans un dossier rédigé par Laurence Vaivre-Douret : <http://www.psynem.org>

5. Le massage de l'enfant

- ➔ Le massage favorise le développement physique et psychique du bébé.
- ➔ Le toucher est pleinement développé chez le bébé.
- ➔ Le massage peut aider la mère et le père à devenir plus sensibles, à mieux répondre aux besoins du nouveau-né et les aider à s'attacher davantage à leur enfant.
- ➔ Il faut rester vigilant quant aux massages en phase de malnutrition sévère aigue ou auprès des kwashiorkors. Le mal être corporel et/ou la fragilité de la peau peuvent constituer une contre-indication. On peut éventuellement et dans certaines cas, pratiquer plutôt des appositions de mains et/ou des massages du front et du haut de visage.

a. L'importance du toucher pour l'enfant

Le toucher et le massage sont des outils de contact, de relation, de communication, nécessaires à la structuration, au développement et à l'équilibre psychosomatique de l'enfant. Le pouvoir des mains est très vaste. Elles peuvent soulager, rassurer, masser, aimer, structurer, guérir et comprendre (et aussi frapper...).

Les enfants gravement privés de contacts physiques sécurisants au début de leur vie présentent généralement plus de difficultés d'adaptation et de communication. Le massage agit sur le système nerveux, l'oxygénation et la circulation du sang et des énergies, la régulation de la respiration et le bon développement du squelette. Il favorise la production d'endorphines, fortifie les défenses immunitaires de l'organisme, régularise le sommeil, l'appétit, les fonctions digestives et d'élimination.

Un enfant qui naît a avant tout besoin du contact de sa mère et de son père, des mains, de la peau, de l'odeur, de la voix, du souffle. C'est à travers ces petits gestes tout simple qu'il va se sentir aimé, respecté, rassuré.

Le toucher grâce au massage est un moyen privilégié de communiquer et d'être en contact intime avec le bébé. Il favorise le lien d'attachement et renforce la relation parent-enfant. Il aide au développement de la conscience corporelle, de l'intelligence, il stimule, fortifie et régularise les systèmes : nerveux, circulatoire, respiratoire, gastro-intestinal, musculaire, et immunitaire. Il aide à soulager les tensions causées par les pleurs, les coliques, les insomnies...



Le massage favorise le développement physique et psychique du bébé. En voici quelques détails :

- Il favorise la détente corporelle du bébé en calmant son système nerveux.
- Il aide à l'éveil de son intellect et de ses sens.
- Le massage favorise un endormissement profond et paisible, et ainsi régule les troubles du sommeil. Il réduit la tension à l'heure du coucher.
- Il aide à la digestion et améliore les difficultés d'élimination en cas de diarrhée ou de constipation. Il peut soulager les coliques.
- Il favorise la connaissance, l'intégration et la représentation du schéma corporel
- Le massage aide à conserver la souplesse du bébé à mesure qu'il se fortifie.
- Il favorise sa détente articulaire, l'élasticité de ses muscles et leur capacité à se détendre.
- Il stimule son système immunitaire et le bon fonctionnement de la nutrition.
- Il aide à la création d'un lien fort et privilégié entre lui et la personne qui le masse.
- Toute personne peut être impliquée dans les soins des bébés (la mère, le père, les grands-parents, les professionnels de la santé,...).



Le massage doit engendrer un plaisir mutuel. Dans le cas où les enfants souffrent (mal au ventre par exemple) et où la mère craint de lui faire mal, une simple apposition des mains sur le corps de l'enfant peut suffire à créer un contact affectif et rassurant. Petit à petit, confiance en soi et en l'autre permettront de développer des gestes simples de massage un peu plus approfondis.

Dans le cas de la malnutrition, on prendra soin de ne pas appuyer sur les œdèmes et de ne pas masser fortement les enfants, notamment pendant la phase aiguë de la maladie, mais dans un premier temps, de simplement apposer les mains. Progressivement, et toujours délicatement, on pourra masser les parties les moins douloureuses de l'enfant (visage, mains, jambes...) avant de masser le corps dans son ensemble.

Il est important de s'assurer que la pièce dans laquelle se fait le massage est suffisamment chauffée. Non seulement l'enfant doit se sentir bien, mais en plus une salle trop froide peut entraîner des maladies.

Avant de commencer le massage, faites un petit exercice de détente avec les mamans : respiration, relaxation. Puis demandez à la mère d'enlever ses bagues, bracelets, colliers qui pourraient pendre et détourner l'attention du bébé.

Ensuite, la mère commence à se frotter les mains avec l'huile (huile naturelle, celle utilisée pour la cuisine locale : huile d'arachide, huile de karité...) et demande la permission à son enfant de le masser : « tu veux bien que je te masse aujourd'hui ? »

Le massage peut ensuite commencer.

Les mouvements de massage décrits et photographiés ci-dessous sont ceux enseignés par l'IAIM (International Association for Infant Massage). Cependant, les massages comme les soins corporels sont pratiqués dans la plupart des pays. Il est donc très intéressant de demander aux mères si elles massent leur bébé et de quelles façons afin de respecter les pratiques locales. Parfois, les pratiques du massage se sont perdues ou vous souhaitez leur présenter d'autres façons de masser possibles et vous pouvez alors par exemple utiliser les mouvements de massage décrits par IAIM.

b. Massage des différentes parties du corps de l'enfant

➔ LES JAMBES

• Le Massage indien

Massez chaque jambe avec l'intérieur de la main (entre pouce et index, pouce en bas), en faisant se succéder les deux mains. Placez une main en bracelet autour de la cheville et l'autre à hauteur de l'aine.

En pressant légèrement, glissez de l'aine à la cheville le long de l'intérieur de la jambe. La main opposée remplace la première à la hanche en enveloppant en partie la fesse.

Glissez-la à son tour le long de l'extérieur de la jambe vers la cheville. Procédez par mouvements lents et continus, conscient de votre centre de gravité, le bas de votre dos.

Faites attention de ne pas soulever le bassin du bébé en exécutant les massages.



• Câlins glissés

Levez une jambe vers vous (en veillant à ce que le bassin du bébé soit bien à plat), enserrez-la de vos deux mains placées comme des bracelets (pouces en bas), l'une près de l'autre afin de ne pas tordre le genou. Enveloppez la jambe le plus possible et glissez de la cuisse vers la cheville en pressant doucement, les deux mains effectuant une légère rotation en sens inverse l'une de l'autre (le même mouvement de vissage-dévisage quand vous utilisez une poivrière).

Ce massage agit sur toute l'épaisseur du muscle et le décontracte.



Masser le pied est bénéfique pour tout le corps, car il est extrêmement riche en terminaisons nerveuses.

- **Sous le pied**



Avec une certaine pression, faites glisser un pouce après l'autre sur la plante du pied, du coussinet du talon jusqu'aux orteils. (Du talon vers les orteils).

- **Chaque orteil**



Pressez et faites rouler chaque orteil, entre le pouce et l'index.

- **Sous les orteils**



Le pouce soutenant le talon, pressez doucement avec l'index placé juste sous les orteils.

- **Le talon**



Avec l'index, pressez puis massez doucement le coussinet du talon à partir du creux de la voûte plantaire.

- **Pression des pouces**



Massez toute la plante du pied avec les deux pouces alternativement.

- **Dessus du pied**



Des orteils vers la cheville, glissez un pouce après l'autre avec une certaine pression sur tout le dessus du pied.

- **Cercles autour de la cheville**



Massez en petits cercles autour de la cheville avec les deux pouces.

- **Massage suédois**



Une main tient la cheville pour stabiliser la jambe, l'autre glisse de la cheville à la naissance de la cuisse, puis les mains sont inversées, de manière à masser alternativement l'intérieur et l'extérieur de la jambe. Veillez à ne pas soulever le corps du bébé en effectuant le mouvement.

- **Rouler la jambe**

Faites rouler la jambe entre vos deux mains, de la cuisse à la cheville. La plupart des bébés adorent !

- **Détendre le fessier**



Après avoir massé les deux jambes et les pieds, massez le fessier par de petits mouvements circulaires, puis glissez les mains le long des jambes en les faisant trembloter (petits mouvements de bas en haut) jusqu'aux chevilles.

- **Intégration**



Glissez les mains des fesses jusqu'aux pieds en un seul mouvement. Le mouvement associe les jambes au torse et indique au bébé que vous allez aborder une autre partie du corps.



➔ LE VENTRE

Le massage du ventre tonifie le système digestif du bébé et contribue à le soulager des gaz et de la constipation.

• Mains posées



Prenez d'abord contact en posant simplement et en laissant peser vos mains chaudes, détendues sur le ventre de bébé pour indiquer que vous allez le masser.

• Le moulin à eau – A



Massez le ventre en ramenant vers vous une main après l'autre (comme si vous creusiez un trou dans le sable). N'utilisez pas le tranchant mais le plat de la paume bien moulée à son ventre. Répétez environ six fois.

• Le moulin à eau – B



D'une main, tenez par les chevilles les jambes relevées de votre bébé, rapprochez son corps tout près de vous, son bassin bien à plat. Sans le soulever, répétez le massage précédent avec une seule main. Ce massage décontracte la région abdominale un peu plus en profondeur.

• Pouces vers le côté



Les pouces à plat sur le nombril du bébé, glissez-les vers les côtés sans les enfoncer, en veillant à les garder bien à plat.

• Le soleil et la lune



Votre main gauche effectue un cercle complet dans le sens des aiguilles d'une montre, en commençant à votre gauche (à « 7 heures »). Quand elle atteint la partie inférieure du cercle, votre main droite dessine au-dessus d'elle, juste sous la cage thoracique, une demi-lune de votre gauche vers votre droite, comme un U renversé. La main gauche enchaîne comme si les mains se poursuivaient.

• I love you (Je t'aime)



Exécutez ce mouvement en accompagnant chacune de ces trois parties d'une syllabe de «I-love-you». Commencez sur le côté du gauche du ventre de bébé, juste sous les côtes, à tracer avec votre main un « I » majuscule, en glissant l'extrémité de vos doigts vers le bas. Répétez plusieurs fois, et prononcez « Aiè » ou « Je ».

Ensuite vous allez dessiner un « L » majuscule inversé et horizontal sur son ventre de votre gauche vers la droite, puis en descendant en prononçant « Looooove » (ou « t'aiaiiiiiii... »).

Faites ensuite un « U » majuscule à l'envers en partant de votre gauche en remontant sous la cage thoracique, glissant transversalement vers la droite et en redescendant vers l'aîne, soit du côté du ventre du bébé vers sa gauche en prononçant « Yooooouuuu » (ou « mmmmmmmmm »).

- **La marche des doigts**



Avec le plat des doigts, « marchez » de gauche à droite sur le ventre de votre bébé à hauteur du nombril. Vous sentirez peut être sous vos doigts le gargouillis des gaz. Après le ventre, nous passons au massage de la poitrine.

➔ LA POITRINE

Masser le thorax aide à tonifier les poumons et le cœur.

- **Le livre ouvert**



Les deux mains posées à plat au milieu de la poitrine, descendez vers les côtés du thorax comme pour aplatir les pages d'un livre ouvert. Rassemblez vos mains en remontant au point de départ, vos deux mains dessinant ainsi un cœur. La pression s'applique du centre de la poitrine vers les côtés et s'allège pour le reste du mouvement qui entretient seulement le contact.

- **Le papillon**

Moulez d'abord vos deux mains sur le thorax. Votre main droite traverse en diagonale le thorax jusqu'à l'épaule droite. Puis, la main retourne à son point de départ sans perdre le contact (en diagonale). Répétez le même geste en diagonale avec votre main gauche. Alternez une main, puis l'autre, à un rythme régulier. La pression de vos mains doit être plus accentuée en montant qu'en redescendant.

- **Intégration**



Partant de la poitrine, glissez les deux mains jusqu'au ventre puis aux pieds afin d'intégrer en un seul mouvement toutes les parties du corps que vous venez de masser.

➔ LES BRAS

- **Mains posées**

Prenez doucement contact avec les bras de votre bébé en y posant simplement vos mains chaudes pour lui demander la permission de commencer.

- **Massage des aisselles**



Massez doucement les aisselles du haut vers le bas. La région des aisselles est riche en ganglions lymphatiques.



- **Massage indien**



Tenez le poignet avec une main et, avec l'autre, massez le bras de l'épaule au poignet. Répétez le geste sans interruption en alternant vos deux mains. Stabilisez l'épaule afin de ne pas soulever le bébé en effectuant les mouvements.

- **Câlins glissés**

Placez vos deux mains en bracelets autour du bras et « vissez-dévissez » en sens opposés, les deux mains toujours rapprochées afin de ne pas tordre le coude. Ce mouvement mobilise tout le muscle et facilite ainsi sa décontraction.

- **Rouler les doigts**



Ouvrez la main du bébé avec votre pouce puis roulez chaque petit doigt entre l'index et le pouce.

- **Dessus de la main**



Massez en glissant sur le dessus de la main.

- **Cercles autour du poignet**



Massez en effectuant de petits cercles autour du poignet.

- **Massage suédois**



Massez un bras du poignet à l'épaule, les deux mains se relayant. Essayez de mouler vos mains au bras du bébé. Immobilisez son épaule afin de ne pas le soulever avec chaque mouvement.

- **Rouler les bras**



Faites rouler plusieurs fois le bras du bébé entre vos deux mains, de l'épaule au poignet. Ce massage plaît aux bébés quel que soit leur âge.

- **Toucher-relaxation**

Recourez au toucher-relaxation pour aider votre bébé à se détendre et à libérer son bras. Moulez doucement vos mains à son bras et sentez-le peser et se relaxer. Utilisez la voix en répétant doucement « relaxe ! » ou « détends-toi ! » tandis que vous tapotez, roulez et faites ballotter le bras dans votre main. Quand vous sentez ses muscles se décontracter, récompensez votre bébé par la parole : « C'est bien, mon bébé, ton bras est tout détendu ! ».



- **Intégration**

A partir des épaules de votre bébé, glissez les mains le long de sa poitrine, de son ventre, de ses jambes jusqu'aux pieds en un seul mouvement intégrant la corps tout entier.



➔ LE VISAGE

Le massage du visage aide le bébé à mieux se détendre, à mieux supporter la poussée des dents, à désencombrer le nez...

- **Le livre ouvert sur le front**



Avec le plat des doigts, lissez le front de son milieu vers les tempes comme pour aplatir un livre ouvert. Essayez de ne pas couvrir ses yeux ni son nez.

- **Massage des sourcils (détente des yeux)**



Avec les pouces, pressez doucement l'arcade sourcilière en allant vers les tempes.

- **Parois du nez et les joues**



Avec les pouces, montez de part et d'autre de la racine du nez puis descendez en diagonale jusqu'aux joues. Ce geste aide à désencombrer le nez et relaxe les muscles de joues.

- **Sourire**



Avec le bout des pouces, étirez doucement en un sourire la lèvre supérieure, puis la lèvre inférieure.



- **Détente de la mâchoire**



Du bout des doigts, dessinez de petits cercles autour des mâchoires.

- **Oreilles, mâchoire, menton**



Du bout des doigts des deux mains simultanément, passez derrière les oreilles et rejoignez le menton en glissant le long de la mâchoire inférieure. Ce geste contribue à la décontraction de celle-ci et masse les ganglions lymphatiques de cette région. Après le massage du visage, placez votre bébé sur le ventre pour un massage du dos.

→ **LE DOS**

- **Mains posées**

Installez le bébé sur vos cuisses, détendez-vous et informez-le que le massage du dos va commencer.

- **Va-et-vient**



Posez les deux mains en travers du haut du dos. Allez et venez perpendiculairement à l'épine dorsale, une main après l'autre moulée au dos du bébé. Progressiez vers les fesses puis remontez vers les épaules et répétez une fois l'ensemble du mouvement.

- **Glissade – A**



Maintenez les fesses de votre bébé puis faites glisser l'autre main, bien moulée à son dos, comme pour « ramasser » la peau des épaules au fessier. Répétez plusieurs fois.

- **Glissade – B**



Maintenez votre bébé en lui tenant doucement les pieds d'une main et faites glisser l'autre le long du dos et des jambes jusqu'aux chevilles. Répétez plusieurs fois.

- **Petits cercles**



Décrivez de petits cercles avec le bout des doigts sur toute la surface du dos. Au fur et à mesure de la croissance de bébé, vous sentirez le développement de ses muscles sous vos doigts !

- **Peignez**



Dernier mouvement : avec les doigts légèrement écartés, « peignez » le dos des épaules aux fesses. Progressivement, diminuez la pression pour terminer avec un toucher léger comme une plume qui signale à votre bébé la fin du massage de son dos.

c. Exercices en douceur

Ces mouvements sont de simples exercices qui étirent doucement les jambes et les bras du bébé, lui massent l'estomac et le bassin et alignent sa colonne vertébrale.

- **Bras croisés**



Croisez les bras du bébé sur sa poitrine, en alternant le bras qui se trouve dessus et celui qui se trouve dessous. Puis étirez latéralement en douceur : croisez-croisez-croisez-ouvrez. Répétez.

- **Bras et jambes croisées**



Tenez un bras par le poignet et la jambe opposée par la cheville. Repliez doucement le bras sur la cage thoracique et montez le pied vers l'épaule (en fléchissant le genou). Croisez le bras par-dessus la jambe et une fois encore, croisez le bras par-dessus la jambe. Etirez ensuite les membres en sens opposés : croisez-croisez-croisez-ouvrez. Répétez avec la jambe et le bras opposés.

- **Jambes croisées**



Croisez les jambes du bébé sur son ventre, l'une et l'autre alternativement dessus puis dessous. Puis étirez-les doucement vers vous : croisez-croisez-croisez-étirez. Répétez cet exercice, excellent pour tonifier le système digestif.



- **Genoux sur le ventre**



Poussez les deux genoux contre le ventre puis étirez les jambes vers vous. Si le bébé résiste, ballotez doucement ses jambes pour l'amener à se détendre. Répétez plusieurs fois.

- **La bicyclette**



Poussez un genou après l'autre contre le ventre puis étirez les deux jambes : genou droit, genou gauche, genou droit, étirez pour détendre. Répétez en alternant chaque fois le genou par lequel vous commencez.



Pendant le massage, il est important de parler au bébé, ou de chanter. Cela le rassurera.

Vous trouverez des informations plus détaillées sur la manière de toucher et de masser un enfant et notamment un nouveau-né, dans le livre de Laurence Vaivre-Douret, *La qualité de vie du nouveau-né*, édition Odile Jacob, octobre 2003 ainsi que dans le livre de Vimala Mc Clure, *Le massage des bébés*, édition Tchou, mai 2009.

6. L'attention et les soins pour les mères

L'attention à porter aux mères est particulièrement importante dans le cadre de la lutte contre la malnutrition des enfants. Une mère en bonne santé physique et mentale est le meilleur espoir de survie pour un enfant. En effet, les mères en souffrance, que ce soit physiquement autant que psychologiquement, sont plus à risque de ne pas être en mesure d'apporter les soins nécessaires à leur enfant.

Si les mères sont si importantes pour le bien-être et le développement de leur enfant, il est évident qu'une attention particulière doit être apportée à leur santé physique et mentale.

Les contextes de crise (guerres, extrême pauvreté, catastrophes...) dans lesquels ACF intervient exacerbent les difficultés relationnelles mère/enfant : les femmes que nous rencontrons ont souvent traversé des épreuves extrêmement difficiles qui a affecté parfois leur capacité de résilience. Le soutien qu'elles reçoivent du groupe familial et/ou social varie également grandement selon les contextes et c'est une dimension qu'il s'agit de prendre en compte pour mieux comprendre la situation et mieux aider les enfants et leurs parents.

La pénibilité du travail, la maternité et la sous-nutrition entraînent des anémies.

La fatigue est un problème de santé chronique extrêmement fréquent chez les mères. Dans de nombreux pays en développement, les femmes produisent jusqu'à 50% de la nourriture, et ont en charge la totalité

des tâches domestiques. La charge des enfants est un poids supplémentaire. À 30 ans, une femme a souvent passé 80% de son temps d'adulte enceinte ou allaitante. Dans les pays en développement, la moitié des femmes, et 2/3 des femmes enceintes, souffrent d'anémie. La dépression ou des symptômes dépressifs concomitants à un traumatisme psychique par exemple limitent également l'appétence et peuvent conduire à la sous-nutrition. Il est donc utile d'être attentif à cette dimension dans la prise en charge. Parfois c'est en redonnant goût à la vie que l'on redonne envie de s'alimenter.

Mettre en œuvre :

- Comprendre le contexte et l'environnement dans lesquels vivent les familles. Les causes de la malnutrition varient selon chaque enfant, comprendre leur histoire est nécessaire pour apporter le meilleur soutien à la mère et son enfant.
- Favoriser un environnement sécurisant et accueillant pour la mère. Des moments de détente peuvent être à prévoir, surtout quand les enfants sont en soins intensifs dans les CNT. Dans les contextes de crise, la peur est un élément récurrent, assurer un environnement protecteur et sécurisant (lumières le soir, personnel mixte homme –femme...) est indispensable.
- Être à l'écoute : souvent ces femmes ont besoin de dire ce qu'elles ont vécu, simplement les écouter pourra les soulager. Faire preuve d'empathie à l'égard des femmes qui souffrent participe à leur bien-être.
- Identifier des femmes en souffrance physique ou psychique pour leur proposer de l'aide. Traiter les problèmes médicaux, référer vers des services spécifiques si besoin.
- Impliquer les mères dans le traitement de leurs enfants, les responsabiliser pour leur redonner l'espoir et l'envie de s'occuper de leurs enfants.

La discrimination par les richesses commence même avant la naissance.

Les femmes pauvres, mal nourries, sont plus à risques de donner naissance à des enfants souffrant de malnutrition, enfants qui seront plus souvent petits et faibles, plus susceptibles de contracter des maladies et de mourir rapidement.

Les enfants ayant un petit poids de naissance ont 4 à 6 fois plus de risques de développer des handicaps physiques ou mentaux, et 8 à 10 fois plus de risques de mourir dans la première année.

La pauvreté, le faible niveau de scolarité, et la difficulté d'accès aux services de santé sont les principaux facteurs liés à la malnutrition infantile, un problème complexe nécessitant une intervention sur des fronts multiples et variés, tels que :

- Assurer la sécurité alimentaire des foyers pauvres, tant sur la quantité que sur la variété des aliments.
- Eduquer les familles à comprendre les besoins nutritionnels spécifiques des enfants, et plus particulièrement l'importance de l'allaitement et de l'introduction d'une alimentation complémentaire appropriée et adaptée.
- Protéger les enfants contre les maladies et les infections, à travers des mesures de vaccination et d'immunisation et à travers l'accès à une eau saine et aux mesures d'hygiène nécessaires.
- S'assurer que les enfants reçoivent des soins de qualité lorsqu'ils tombent malade.
- Prémunir les enfants contre les carences en micronutriments pouvant entraîner la mort ou des déficiences, particulièrement les carences en iode, en fer ou en vitamine A.
- Apporter une attention particulière aux besoins nutritionnels des femmes et des filles, du fait que la malnutrition chronique des femmes peut être responsable du faible poids de naissance des enfants, et ainsi perpétuer le cercle vicieux de la malnutrition sur la génération suivante.



Les causes sous-jacentes de la malnutrition varient selon les régions.

Dans de nombreux pays asiatiques, la pauvreté, le faible statut des femmes, le manque de soins pendant la grossesse, le taux élevé de bébés naissant avec un faible poids de naissance, des pratiques de soin insatisfaisantes, et l'accès aux centres de soins difficile font partie des causes sous-jacentes.

En Afrique sub-saharienne, l'extrême pauvreté, les pratiques de soin inadaptées et la difficulté d'accès aux structures de soins sont parmi les principaux facteurs de malnutrition.

Les conflits et les catastrophes naturelles aggravent souvent la situation dans de nombreux pays. L'augmentation du nombre d'enfants malnutris en Afrique reflète également l'accroissement rapide de la population. Dans de nombreux pays, les ravages du VIH/sida a renversé beaucoup des progrès réalisés précédemment en terme de lutte contre la malnutrition.

V. LES BESOINS DE L'ENFANT ET SON DÉVELOPPEMENT

À RETENIR

- La succession des stades du développement est la même d'un enfant à l'autre (un enfant va s'asseoir avant de pouvoir marcher, gazouiller avant de pouvoir parler, etc. ...).
- Cependant, la durée d'un stade et l'âge ne sont que des référents, chaque enfant évoluant à son propre rythme.
- L'environnement et l'entourage de l'enfant stimulent et encouragent ou non son développement.
- L'état de malnutrition affecte le développement et le comportement de l'enfant.

COMPRENDRE

Un bébé ou un jeune enfant n'est pas un être passif mais un véritable partenaire « interactif » au sens plein du terme, capable d'initier et de contrôler en partie sa relation avec l'autre, en fonction notamment du stade de développement dans lequel il se trouve. L'enfant passe successivement, au cours de son développement, d'une étape à l'autre, ne pouvant accéder au suivant qu'une fois achevé celui dans lequel il se situe.

Les éléments présentés dans cette fiche fournissent les informations élémentaires concernant le développement de l'enfant. Elles sont importantes à connaître par tous ceux amenés à travailler avec des enfants. En effet, elles permettent de comprendre le stade de développement et ainsi d'adapter son attitude, de proposer des activités appropriées, en améliorant le sentiment de bien-être de l'enfant.

Ces informations sont donc à présenter lors des formations proposées aux membres du personnel des programmes nutritionnels, en contact avec les enfants.

L'enfant commence à se développer pendant la grossesse, du point de vue physique évidemment, mais aussi sur les plans affectif et cognitif. Il convient donc de prendre en compte l'impact de la grossesse sur l'évolution future de l'enfant.

Les organes sensoriels et le cerveau se développent progressivement pendant la vie intra-utérine. Il semblerait, d'après l'état actuel des connaissances scientifiques, que des stimulations sensorielles influencent cette croissance cérébrale et organique. Les expériences sensorielles multiples vécues in utero, influenceraient positivement le développement du fœtus pendant la grossesse. L'univers intra-utérin en est très riche : le bébé entend la voix, ressent les caresses, goûte au liquide amniotique. Grâce à ce formidable potentiel sensoriel, la mère, le père, la fratrie, auront l'opportunité dès le début de la grossesse, de créer des liens avec le futur bébé.

Le sens du toucher est essentiel chez l'être humain. Il permet de reconnaître les contours et les limites du corps, de se situer dans l'espace, de faire connaissance avec l'environnement. Le toucher est le premier sens à se développer in utero dès la huitième semaine de grossesse. Cela commence habituellement par le contour de la bouche pour s'étendre à tout le corps vers le cinquième mois de grossesse. Le bébé flotte dans le liquide amniotique qui est à une température de 37,5°. Le liquide sert, entre autre, d'interface entre les mouvements extérieurs de la future mère et ceux du bébé. Les mouvements de la paroi abdominale se répercutent sur lui et réciproquement, les mouvements du bébé se répercutent sur la paroi abdominale. Le fœtus, va au fur et à mesure de sa croissance entrer de plus en plus souvent en contact avec les parois de l'utérus. Ces contacts vont lui procurer diverses sensations tactiles.



Les relations avec la mère commencent avant la naissance. (*cf. partie sur l'importance de la relation mère-enfant*).

La maturation neurologique et la capacité motrice du bébé s'achèvent progressivement : tête, tronc, membres en allant vers les extrémités. L'enfant commence son développement en tenant d'abord sa tête puis en s'asseyant. Il arrive petit à petit à la maîtrise de l'extrémité des membres jusqu'à saisir les objets avec la pince (pouce-index).



Afin de former les personnes sur le développement de l'enfant, il est essentiel de comprendre ces informations à transmettre.

Le développement de l'enfant met en relation différentes composantes qui interagissent entre elles et sont interdépendantes :

- **Le développement moteur :**
Développement du corps au sens physiologique et neurologique.
- **Le développement langagier :**
Capacités communicatives et expressives.
- **Le développement cognitif :**
Développement des capacités intellectuelles.
- **Le développement affectif et social :**
Développement de la personnalité et des sentiments.

Les stades du développement prennent en compte ces 4 composantes simultanément.

1. Les stades de développement de l'enfant

Il est essentiel de tenir compte des différents stades et d'adapter attitudes et attentes aux besoins et aux capacités de l'enfant. Le tableau suivant reprend ces différents stades en les catégorisant selon les fonctions qu'ils font entrer en œuvre. Vous trouverez dans l'annexe 1 un choix de jouets et d'activités qui sont les plus appropriés à chacun de ces stades.



© ACF-Burundi

Développement de l'enfant de 0 à 5 ans⁷

	MOTRICITÉ	LANGAGE	COGNITIF	SOCIAL ET JEU
Pendant la grossesse	<ul style="list-style-type: none"> Il peut toucher les parois du ventre de sa mère. Il suce son pouce. Il bouge et accorde ses mouvements à ceux de sa mère. 	<ul style="list-style-type: none"> Il peut entendre la musique et les voix, notamment celle de sa mère. 	<ul style="list-style-type: none"> Pas vraiment d'intentions mais des réflexes. 	<ul style="list-style-type: none"> il ressent l'état émotionnel de sa mère.
0-3 mois	<ul style="list-style-type: none"> Mobilité globale quasi nulle, reste allongé. Capacité de succion. Dort la majorité du temps. Tient sa tête vers 3 mois. 	<ul style="list-style-type: none"> Cris ou bruits modulés selon l'état de malaise, de tension ou de bien-être. Le sourire signera vite le plaisir puis l'entrée en relation. 	<ul style="list-style-type: none"> Fuite du déplaisir et recherche du plaisir Apprend par expérience et répétition.. 	<ul style="list-style-type: none"> Le regard va très tôt, d'abord brièvement, puis plus longuement, fixer le visage humain. Voit clair à 20 centimètres. L'enfant est dépendant de l'entourage pour retrouver son bien-être.
3-9 mois	<ul style="list-style-type: none"> Se tient assis. Peut se déplacer par reptation. Pédalage. Préhension digito-palmaire (Porte les objets à sa bouche, manipule des cubes d'une main dans l'autre) 	<ul style="list-style-type: none"> Utilise son corps pour exprimer ses besoins Rire gazouillis 		<ul style="list-style-type: none"> Le sourire est social et sélectif. Attentif aux visages, aux mimiques, à la voix. Échange avec la mère, développe les modes de communication tels que le jasis et par imitation réciproque des sons. Souhaite la présence et le contact de sa mère.
9-18 mois	<ul style="list-style-type: none"> Station debout, d'abord avec support (10 mois) Marche indépendante entre 10 et 16 mois. Pince pouce-doigt Manipule longuement les objets à sa portée : les saisit, les serre contre lui, les regarde, les porte à la bouche, les suce, les mord. Peut boire seul. 	<ul style="list-style-type: none"> Bisyllabismes Apparition des 1ers mots. 	<ul style="list-style-type: none"> Commence à comprendre la permanence de l'objet vers 10 mois. Commence à s'intéresser aux détails. Est capable d'imitation. 	<p>Relation à la mère :</p> <ul style="list-style-type: none"> Anxiété lorsqu'il est séparé de sa mère. Conscient du plaisir que lui procure sa mère, il désire ardemment sa présence. Il la connaît et la distingue des autres. Il aimerait poursuivre inlassablement les jeux à deux.
18-36 mois	<ul style="list-style-type: none"> Peut monter et descendre une marche. Commence à courir Les gestes des membres supérieurs sont précis et orientés. Il peut tenir sur un pied pour attraper un objet. Il peut commencer à dessiner. Aime pousser, tirer, emboîter, remplir, assembler, séparer. Il peut attraper un ballon et le relancer. 	<ul style="list-style-type: none"> Il passe du mot aux 1ères phrases. Il peut dire non entre 18 mois et 2 ans. Il possède un stock verbal de 100 à 300 mots. Il varie les moyens de communication : dessin, langage, imitation. Il est capable d'exprimer des sentiments (méfiance, chagrin, honte, colère, curiosité, joie) 	<ul style="list-style-type: none"> Il commence à se faire une représentation mentale de son environnement (symbolisme). Il est capable d'abstraction (se référer à un objet absent) Il fait preuve d'opposition et développe son autonomie. Opposition et imitation lui servent de moyens d'identification. Il commence à chercher ses limites. S'intéresse aux images. 	<ul style="list-style-type: none"> Il exerce son besoin d'autonomie. Il a du plaisir à faire seul de nouvelles choses. En même temps que sa recherche d'autonomie, il exerce ses besoins de dépendance affective (répugnance à s'endormir, nécessité de mise en place des rituels d'endormissement), manifeste désarroi et frustration. Il entre en relation (après une période d'observation) avec d'autres personnes que ses proches. Il commence à jouer avec d'autres enfants, surtout un. Commence les jeux symboliques. Peut faire semblant. Sa mère reste la consolatrice en cas de malheur et pour les soins corporels.
De 3 à 5 ans	<ul style="list-style-type: none"> Il aime faire des activités physiques : courir, sauter, monter... Il est plus précis dans ses mouvements et peut sauter à la corde. 	<ul style="list-style-type: none"> Il peut parler, faire des phrases plus construites. Il peut poser des questions et peut répondre aux questions qu'on lui pose 	<ul style="list-style-type: none"> Il développe la mémoire, l'imagination (il peut conter des histoires). Il commence à développer sa propre personnalité. Il prend plus conscience de son corps, des genres et des rôles sociaux. 	<ul style="list-style-type: none"> Il comprend et respecte les règles. Il aime jouer avec d'autres enfants et avoir des amis. Il est capable d'imitations. Il aime les histoires. Il utilise de plus en plus son imagination pour jouer.

Tableau 4 : Étapes du développement de l'enfant

⁷ - Pour plus d'informations vous pouvez vous référer au livre de Dorothy Einon, *Apprendre en s'amusant* (édition Solar Famille, 1999)



2. Les besoins de l'enfant

Lorsqu'il se développe, l'enfant a des besoins qui s'expriment d'une manière simple et directe. Les trois besoins fondamentaux de l'enfant, hormis les besoins primaires, pour lui assurer un développement harmonieux sont :

- Un besoin de sécurité affective construite sur des élans d'autonomie et de dépendance liée étroitement à ses états intérieurs. Les premiers fabricants de cette sécurité affective sont les parents.
- Un besoin de différenciation, d'identité, une conception de soi qui s'établit au fur et mesure qu'il expérimente, qu'il évolue.
- Un besoin d'exploration, d'élargissement de sa vision du monde, ceci lorsque les conditions de sécurité affective et de différenciation seront bien satisfaites.

De façon plus détaillée, l'enfant a besoin :

- De nourriture, d'habillement, de repos et de logement.
- De développer son corps et de saines habitudes d'hygiène.
- De se sentir aimé.
- De santé (soins psychologiques et physiques).
- D'être respecté.
- De se sentir partie intégrante d'un groupe.
- De satisfaction à créer.
- De sentir que sa conduite et ses efforts sont acceptés.
- D'être encouragé.
- D'être accompagné dans sa motivation à apprendre.
- De permanence des liens affectifs (soutien, réconfort et encadrement).
- De s'entraîner à penser clairement et à résoudre des difficultés.
- De savoir vivre avec les autres harmonieusement.
- De nouer des premières amitiés.
- De développer des comportements de coopération avec les autres enfants et avec les adultes.
- De saisir et d'apprécier les valeurs, les règles et les comportements culturels.
- De tester ses premières connaissances.

3. Jouer : un besoin et un droit

a. Importance du jeu dans le développement de l'enfant

- ➔ Le jeu est essentiel pour le bien-être et le développement de l'enfant.
- ➔ Il faut respecter le rythme de l'enfant, les moments où il est actif et ceux où il est observateur.
- ➔ Le temps de jeu est aussi celui de la rencontre et de l'échange.
- ➔ Le jeu est une activité multiforme : il en existe pour toutes les situations et tous les âges.
- ➔ Pour jouer dans un centre nutritionnel thérapeutique ou dans un CNA, les enfants ont besoin d'un lieu spécifique et d'un espace approprié.
- ➔ Les jouets et jeux proposés aux enfants doivent être adaptés à leur âge et à leurs caractéristiques.

En jouant, l'enfant va développer ses sens, s'exercer à coordonner ses mouvements et enrichir son imagination.

Les premiers jouets de l'enfant sont ses mains. La première étape d'autonomisation se situe vers 5 mois. L'enfant commence alors à attraper ce qu'il découvre autour de lui et à explorer le monde. La variété des jeux à proposer devient de plus en plus grande, le choix des jouets plus vaste. Pour trouver le bon jeu pour un enfant, pour bien choisir les jouets, il faut avant tout le comprendre, connaître ses besoins, ses capacités et ses goûts. Les jouets proposés évoluent donc selon l'âge et les caractéristiques de l'enfant, son état de santé, ses envies... De même l'utilisation de mécanismes varie au fur et à mesure du développement de l'enfant.



© ACF-Mali

Il est important d'offrir à l'enfant un choix varié de jouets et d'activités.

Dans les centres de nutrition, le temps est rythmé par les soins et l'espace est très organisé. Les partenaires de jeu sont moins actifs en raison de la malnutrition, moins disponibles, plus fatigués et fatigables. En revanche, un adulte est constamment présent avec l'enfant. Il est donc indispensable de favoriser l'accès au jeu et de créer ou recréer en eux l'envie de jouer, en facilitant l'accès aux activités, en mettant à disposition du matériel, en assurant l'accès libre à une salle de jeux, en mettant en place une aire de jeux extérieure.

Dans le cadre des CNA, ces coins jeux peuvent être aménagés, selon les contextes et les ressources disponibles.

Ces coins jeux peuvent permettre aux enfants de patienter en attendant qu'arrive leur tour pour les tests d'appétit ou les consultations médicales. Le jour de la distribution de l'ATPE et des consultations, le CNA est souvent très fréquenté et les accompagnants avec les enfants peuvent attendre longtemps avant que n'arrive leur tour. Le coin de jeu peut être un moment important pour regrouper les mères et les accompagnants et leur proposer des séances de jeux mère-enfants. Le temps d'attente passera plus rapidement et en même temps, ils auront l'opportunité de renforcer le lien parent-enfant.

Pour l'animateur, ce temps peut constituer un moment d'observation des dynamiques relationnelles entre les accompagnants et les enfants, en plus du test de l'appétit.



© ACF-Burundi

Les jouets remplissent plusieurs fonctions :

- ➔ Aider l'enfant à prendre du plaisir, à découvrir le monde, le vocabulaire, les actions mécaniques ...
- ➔ Aider au développement du corps.
- ➔ Favoriser le développement intellectuel et l'imaginaire : l'observation, la réflexion, la concentration ...
- ➔ Favoriser un échange et une interaction entre l'enfant et l'adulte.
- ➔ Permettre à l'enfant de découvrir ses propres capacités et compétences.

Il est important de :

- Respecter des temps de jeu solitaire. Pour apprendre, l'enfant a parfois besoin d'apprendre seul, sans intervention des adultes, que ce soit pour l'encourager ou le corriger.
- L'inciter à jouer en mettant à sa disposition un espace de découverte sans se limiter aux jouets tout fait.
- Respecter ses rythmes : un bébé, un enfant a lui aussi le droit de rêvasser ! N'oubliez jamais que l'hyper stimulation peut aussi être négative.



Les activités avec les tout-petits sont essentiellement mises en place avec la mère. Lorsqu'il grandit, l'enfant est capable de jouer seul avec des jouets. Peu à peu, il se socialise et il commence à jouer avec d'autres enfants.

Les jeux et jouets proposés doivent être adaptés et ajustés à chacun et s'adresser aux enfants, bénéficiaires ou non, comme aux adultes, accompagnants et adultes bénéficiaires.

b. La sélection des jeux et le choix des jouets en fonction de l'âge et des caractéristiques de l'enfant

Le tableau proposé en annexe 1 présente une synthèse du développement de l'enfant et une liste non exhaustive des jouets à choisir en fonction de l'âge de l'enfant et des jeux possibles. N'oubliez pas que le jeu ne passe pas forcément par les jouets mais peut également se produire au cours d'interactions, par des chansons ou des histoires à raconter, des jeux ou des exercices corporels. Par ailleurs, n'importe quel objet du quotidien peut être détourné pour en faire un jouet.

➔ L'enfant de moins de 1 an :

À la naissance, le bébé peut sembler posséder peu de capacités. Les apparences sont toutefois fort trompeuses ! L'ouïe, l'odorat, le toucher et le goût sont pleinement développés chez ce petit être humain qui assimile des trésors d'informations sur tout ce qui l'entoure. Il voit parfaitement à 20 centimètres. Lors des trois premiers mois de vie, le jeu constitue une façon d'explorer et d'entrer en relation avec le monde. Pendant les trois mois suivants, l'enfant devient de plus en plus actif. La période de jeux devient plus facile, plus dynamique et plus agréable pour l'entourage, le bébé réagissant davantage.

Les jouets à choisir pour les enfants de cette tranche d'âge vont permettre de stimuler les sens : les jouets sonores, colorés, aux textures variées que les enfants peuvent manipuler, secouer et porter à leur bouche.

Il s'agit essentiellement de hochets, de boîtes musicales, de livres en tissus, de poupées de chiffon.

Le tapis d'éveil permet de changer l'univers de bébé alors que sa position corporelle change peu. C'est un lieu d'exploration pour la vue, le toucher et l'ouïe.

Tout est source d'intérêt sur le tapis d'éveil :

- Les couleurs attrayantes et variées
- La texture variée selon les zones : douce, rugueuse ...
- Les activités : objets à attraper, qui font du bruit, à sucer, à observer.

Le bébé est souvent allongé sur le dos dans le centre. Les mobiles ou décorations murales présentent un attrait visuel et une stimulation. Pensez également à surélever le bébé sur des coussins par exemple pour changer son champ de vision et lui permettre de développer un autre type de motricité.

➔ L'enfant de 1 à 2 ans :

Les activités sont de plus en plus interactives. L'enfant éprouve de plus en plus le besoin de jouer avec sa mère, il recherche sa présence et son contact.

Il aime tous les jeux impliquant des actions comme tirer, pousser, faire rouler, enfourcher, se bercer, remplir, vider, manipuler...

Les cubes sont particulièrement intéressants à ce stade ; ce sont des jouets qui font appel à l'intelligence et à la capacité de manipulation de l'enfant. Par le jeu, l'enfant va mettre en action les trois opérations mentales fondamentales qui sont :

- Observer : formes, couleur, motifs ...
- Comprendre : comment les assembler, les classer ...
- Agir : mettre en œuvre ce qu'il a compris et apprendre par l'expérimentation.

➔ L'enfant de plus de 2 ans :

L'enfant est de plus en plus intéressé par le jeu et autonome quant à ses choix. Il commence à jouer avec d'autres enfants. C'est le début des jeux de groupe. Cependant, la relation à la mère reste primordiale et elle doit rester impliquée dans les activités, que l'enfant joue avec elle ou avec d'autres.

L'enfant est captivé par ce qu'il fait, capable de se concentrer plus longtemps. Les jouets préférés à cet âge sont les jouets symboliques (l'enfant joue à faire semblant, à essayer différents rôles, à prendre la place de quelqu'un d'autre, à jouer les émotions...), les jouets d'imitation, les jeux de construction, à empiler ou à encastrer, les puzzles, les jeux de mémoire, d'adresse...

c. Les jeux de groupes entre enfants

L'enfant commence à apprécier les jeux en groupe avec des pairs vers l'âge de 2 ans. Plus jeune, il peut jouer avec d'autres enfants, mais ne partage pas vraiment, jouant plutôt individuellement dans un même groupe. L'annexe 2 propose des exemples d'activités pouvant être organisées avec des groupes d'enfants et catégorisées selon les âges.



© ACF-Burundi

4. Développement et malnutrition

Plus de la moitié des décès d'enfants sont associés à la malnutrition, qui amoindrit la résistance du corps à la maladie. La malnutrition s'explique souvent par une mauvaise alimentation, des maladies fréquentes et l'absence de soins adéquats ou attentifs donnés au jeune enfant.

Quand une femme se nourrit mal pendant sa grossesse ou quand son enfant est mal nourri pendant les deux premières années de sa vie, sa croissance et son développement physique et mental peuvent être ralenti. Ce retard ne peut en général pas être rattrapé par la suite et l'enfant en souffrira pendant toute sa vie.

Les enfants ont le droit d'être entourés, protégés et de recevoir des aliments nutritifs et des soins de santé de base qui les protègent contre la maladie et favorisent leur croissance et leur développement.

La malnutrition influence le développement moteur, le rapport au corps, l'envie et l'appétence. Les enfants malnutris sont plus faibles, apathiques, souffrent parfois physiquement, et peuvent ne pas ressentir l'envie de jouer⁸. Il est important d'adapter les activités et jouets à leur capacités, leur proposer des jeux qui les intéressent et développent leur envie de les utiliser.


La malnutrition peut faire régresser l'enfant, et il est fréquent qu'un enfant qui marchait cesse d'en être capable du fait de la maladie. De même, il arrive souvent que les enfants ne marchant pas du fait de leur faiblesse alors qu'ils sont en âge de le faire, se tiennent rapidement debout dès que le traitement commence à faire effet⁹.

Les stades de développements sont donc à ajuster en fonction de l'état de santé de l'enfant et de la malnutrition.

1. Un enfant qui grandit bien gagne du poids rapidement. L'enfant devrait être pesé tous les mois entre la naissance et l'âge de deux ans. S'il n'a pas pris de poids pendant environ deux mois, cela signifie que quelque chose ne va pas.
2. Le lait maternel est le seul aliment et la seule boisson dont un nourrisson ait besoin pendant ses six premiers mois. À partir de 6 mois, le nourrisson a besoin d'autres aliments variés en complément du lait maternel.

8 - Vous trouverez des informations plus développées dans l'infonut 8.

9 - Voir également les formations faites par Suzanne Robert-Ouvray pour ACF sur la stimulation psychomotrice de l'enfant sévèrement malnutri.

- 
3. À partir de 6 mois et jusqu'à 2 ans, l'enfant a besoin de manger 5 fois par jour, en plus de l'allaitement maternel.
 4. Les enfants ont besoin de vitamine A pour se protéger contre la maladie et éviter les troubles de la vue. On trouve de la vitamine A dans de nombreux fruits et légumes, l'huile, les œufs, les produits laitiers, les aliments enrichis, le lait maternel et les suppléments de vitamine A.
 5. Ils ont besoin d'aliments riches en fer pour protéger leurs capacités physiques et mentales. Les meilleures sources de fer sont le foie, les viandes maigres, le poisson, les œufs, ainsi que les aliments enrichis en fer ou les suppléments de fer.
 6. Le sel iodé est essentiel à la prévention des troubles de l'apprentissage et du retard du développement chez l'enfant.
 7. Lorsqu'il est malade, l'enfant doit continuer à s'alimenter régulièrement. Après une maladie, l'enfant a besoin d'au moins un repas supplémentaire chaque jour pendant au moins une semaine.

L'Unicef a mis en évidence un certain nombre de questions qu'il peut être important de se poser lorsqu'un enfant ne se développe pas correctement :

- **L'enfant est-il nourri assez souvent ?** Un enfant devrait manger 3 à 5 fois par jour. Un enfant handicapé peut avoir besoin d'aide et de plus de temps pour s'alimenter.
- **L'enfant reçoit-il suffisamment de nourriture ?** Si l'enfant demande encore de la nourriture lorsqu'il a fini de manger, il faut lui en donner.
- **L'alimentation de l'enfant est-elle trop pauvre en aliments « de croissance » ou énergétiques ?** Les aliments qui aident l'enfant à grandir sont la viande, le poisson, les œufs, les haricots, les arachides, les céréales et les légumineuses. Rajouter une petite quantité d'huile donne de l'énergie. L'huile de palme rouge ou les autres huiles comestibles enrichies sont de bonnes sources d'énergie.
- **L'enfant refuse-t-il de manger ?** Si l'enfant ne semble pas aimer le goût d'un aliment particulier, il faut lui donner quelque chose d'autre. Les nouveaux aliments doivent être introduits progressivement.
- **L'enfant est-il malade ?** Il faut encourager l'enfant malade à manger fréquemment de petites portions. Après une maladie, l'enfant a besoin d'un repas supplémentaire par jour pendant une semaine. Les jeunes enfants ont besoin d'une tétée supplémentaire pendant au moins une semaine.
- **L'enfant reçoit-il suffisamment d'aliments riches en vitamine A pour éviter la maladie ?** Le lait maternel est riche en vitamine A. Les autres aliments contenant de la vitamine A sont le foie, les œufs, les produits laitiers, l'huile de palme rouge, les fruits et les légumes jaunes et orange, ainsi que plusieurs légumes à feuilles vertes. Si ces aliments ne sont pas disponibles en quantités suffisantes, ce qui est le cas dans de nombreux pays en développement, il faut donner à l'enfant une capsule de vitamine A deux fois par an.
- **Donne-t-on à l'enfant des substituts du lait maternel au biberon ?** Si l'enfant a moins de 6 mois, l'alimentation exclusivement au sein est ce qu'il y a de meilleur. Entre 6 et 24 mois, le lait maternel est toujours préférable car il contient plusieurs oligo-éléments. Si on donne à l'enfant un autre lait, il faut le nourrir avec une tasse propre et ouverte, plutôt qu'au biberon.
- **Les aliments et l'eau sont-ils toujours propres ?** S'ils sont contaminés, l'enfant tombera souvent malade. Les aliments crus doivent être lavés ou cuits. Les aliments cuits doivent être consommés rapidement. L'eau doit provenir d'une source d'eau potable et être conservée dans un endroit propre. L'eau potable peut provenir d'un réseau régulièrement entretenu, contrôlé et

chloré. On peut également obtenir de l'eau potable d'un puits abyssinien, d'une pompe à main, d'une source ou d'un puits protégé. Si l'on tire l'eau d'une mare, d'un cours d'eau, d'une source, d'un puits ou d'un réservoir, il est préférable de la faire bouillir.

- **Les selles sont-elles jetées dans des latrines ou enterrées ?** Si ce n'est pas le cas, l'enfant peut avoir des vers ou tomber fréquemment malade. Un enfant qui a des vers a besoin d'un médicament vermifuge.
- **L'enfant reste-t-il souvent seul ou est-il confié à la garde d'un enfant plus âgé ?** Si tel est le cas, le jeune enfant a besoin de plus d'attention de la part des adultes et de plus de stimulation, surtout pendant les repas.

Il est également indispensable de s'interroger sur la présence de stimulations positives et efficaces, car leur absence ou leur manque de qualité peut avoir un impact important sur la nutrition de l'enfant !

La malnutrition sévère entraîne souvent une régression par rapport aux acquis antérieurs (un enfant qui marchait peut ne plus en être capable par exemple). Cet élément est à prendre en compte au moment de l'admission car la malnutrition sévère affecte directement ses capacités. Au cours du traitement, la stimulation particulière de l'enfant souffrant de malnutrition sévère permettra d'encourager la reprise du développement psychomoteur.

5. L'importance de la relation père-mère-enfant

- ➔ Être parent ne s'acquiert pas spontanément : la parentalité n'est pas un état mais un processus qui se construit à partir du vécu des parents et de la relation avec leur enfant.
- ➔ Les relations entre la mère et l'enfant commencent avant la naissance : il y a déjà de nombreuses interactions pendant la grossesse.
- ➔ Les interactions constituent des échanges qui se font dans les deux sens : du parent vers l'enfant et de l'enfant vers le parent.
- ➔ Les nouveau-nés ont la capacité d'être des partenaires actifs et d'agir sur leur entourage.

a. Le processus de parentalité

Le processus de parentalité est un élément primordial de la relation mère/enfant. On ne naît pas parent, on le devient. Il s'agit d'une construction qui se fait au fur et à mesure des interactions avec l'enfant.

Plusieurs facteurs peuvent influencer ce processus :

- L'état de l'enfant, son aspect, sa santé, son comportement, sa personnalité, son caractère...
- L'état de santé de la mère ainsi que la relation qu'elle a eue avec ses parents en tant qu'enfant.
- La disponibilité et la sécurité affective de la mère et de l'entourage familial, qui sont des éléments liés aux conditions de vie matérielle, à la richesse de son réseau relationnel (où le père occupe une place privilégiée), à une éventuelle psychopathologie maternelle, les événements récents ou anciens pouvant avoir un rôle traumatique (décès, séparation, violence...).
- La culture et les croyances : la représentation que les parents se font de leur enfant, de ses capacités ou de ses besoins diffère d'une culture à l'autre et peut avoir un impact sur leurs relations. De plus, la culture et le contexte ont également une influence sur la représentation du rôle de parent, de la place des enfants dans la famille, du mode relationnel approprié ou encore de l'autorité.



b. La mère est le partenaire privilégié de l'enfant et leurs communications sont essentielles pour son développement.

La relation mère-enfant commence pendant la grossesse. Lorsqu'elle est enceinte, la mère sent son bébé bouger, elle peut reconnaître les différentes parties du corps et la position de son enfant en touchant son ventre, elle peut ressentir l'impact de ce qu'elle fait sur l'attitude de son enfant...

De son côté, l'enfant entend et sent physiquement les battements du cœur de sa mère, il entend sa voix, il ressent l'état émotionnel dans lequel elle se trouve.

La relation intra-utérine participe au développement futur de l'enfant, notamment sur le plan affectif. C'est pourquoi il est important de s'intéresser à la grossesse, à la façon dont la mère s'est sentie en lien ou non avec son bébé, si l'enfant est désiré, etc.

Lorsqu'il naît, l'enfant doit prendre conscience de son corps en tant que globalité, limite, contenant, contenu, motricité. Tout ceci peut se faire grâce à une stimulation tactile, gestuelle, sensorielle, par le biais d'un parent ou d'un substitut ou tuteur, sans quoi l'enfant se trouve altéré dans la « colonne vertébrale de son identité¹⁰».

Les sessions de jeu permettent de favoriser les échanges entre la mère et l'enfant et de les soutenir au mieux.



© ACF-Soudan



© ACF-Soudan

Les interactions : elles sont caractérisées par la manière dont le comportement et l'attitude de l'enfant et celui de la mère s'agencent l'un par rapport à l'autre.

Leurs modalités évoluent en fonction de l'âge de l'enfant. Par exemple, les bébés réclament plus d'interactions visuelles et de contact avec la mère que des enfants plus âgés qui vont privilégier les interactions verbales.

Par ailleurs, elles diffèrent d'une culture à l'autre. Les interactions corporelles sont par exemple beaucoup plus riches dans certains pays d'Asie où les pratiques de massage des enfants sont fréquentes.

c. Différents types d'interactions :

- **Les interactions visuelles** : elles sont particulièrement importantes au cours des premiers mois de la vie. L'enfant et sa mère ont lors de cette période une relation fusionnelle.. Les interactions visuelles permettent de sécuriser l'enfant qui retrouve à travers les regards de sa mère le référent qui lui permet de se repérer et de se développer.

- **Les interactions verbales** : les cris et les pleurs du bébé ont pour fonction de signaler un malaise et de déclencher l'interaction. Ils suscitent quand ils sont compris et interprétés de cette manière, la proximité d'un adulte.

Ces interactions commencent dès la naissance lorsque la mère parle à son bébé, voire pendant la grossesse. L'enfant est capable de reconnaître la voix de sa mère et celle de son père après la naissance s'il les a entendues pendant la grossesse. Ces voix le font réagir et le rassurent.

La façon dont la mère agit vis-à-vis des pleurs de son enfant peut être une source d'informations sur sa représentation et ses capacités en tant que mère, ses craintes, ainsi que sur le type de relations qu'elle entretient avec son enfant. Elle peut avoir, selon les cas, un sentiment de doute sur ses compétences,

10 - Lemay M. (1979) J'ai mal à ma mère. Fleurus, Paris.

un sentiment d'agressivité ou de désespoir. L'interprétation que la mère fait des pleurs de son enfant est essentielle pour le bon développement de ce dernier.

Au fur et à mesure que l'enfant grandit, il entre dans le langage et peut exprimer verbalement ses émotions, ses peurs, ses joies. Les interactions entre sa mère et lui prennent alors une autre dimension, et elles sont toujours aussi importantes. Les explications fournies par la mère, ses réponses aux questions posées par son enfant, le ton employé pour lui parler sont autant d'éléments à travers lesquels l'enfant va se construire.

Encore une fois il est important de souligner que ces interactions varient d'un contexte à l'autre. La parole est plus utilisée dans certaines cultures alors que d'autres vont employer des modes de communication différents. Il est essentiel de prendre en compte ce facteur lors de l'interprétation des observations. Si le langage n'est pas la modalité privilégiée de certaines cultures, il n'en reste pas moins un élément essentiel au développement de l'enfant et la mère doit être encouragée à parler et à communiquer avec son enfant.

• **Les interactions corporelles et cutanées** : il s'agit de l'ensemble des échanges, médiatisés par la façon dont l'enfant est tenu, soutenu, maintenu par la mère, et comment il y répond. Les contacts peau à peau sont très importants. Il peut s'agir de caresses, de chatouillements, de baisers.

Les réponses adéquates de la mère aux sollicitations de son enfant (que ce soit à travers les pleurs, les sourires, les regards...) permettent de le faire naître à la vie psychique, donnant à l'enfant l'illusion de créer le monde et de se sentir exister. Sa sécurité de base sera favorisée par la préoccupation maternelle primaire, le holding (portage physique et psychique) et le handling (manipulation, enveloppement du bébé) et la façon adaptée à ses possibilités dont on lui présente le monde (cf Winnicott : le bébé et sa mère ; édition Payot, 1992).

• **les interactions affectives** : elles sont caractérisées par l'influence réciproque de la vie émotionnelle du bébé et de celle de sa mère.

La communication émotionnelle et affective existe d'emblée chez le nouveau-né et les interactions entre lui et la mère sont immédiates. Les premiers jours suivant la naissance représentent une période sensible où la mère est particulièrement apte à constituer un lien d'attachement avec son bébé. Cette communication est primordiale et déterminante pour l'ensemble de la vie psychique de l'enfant¹¹.

Le nouveau-né est particulièrement dépendant et a encore plus besoin de sa mère et de sa bienveillance. Par ailleurs, un enfant malade peut régresser, être plus vulnérable, et solliciter d'autant plus ces interactions affectives.

Elles se manifestent à travers des gestes simples et une attitude générale de la mère visant à réconforter, rassurer son enfant.

• **Les interactions imaginaires et fantasmatiques** : la vie imaginaire et fantasmatique des parents est très liée à leur vie affective, mais aussi plus profondément à leur propre histoire et à leurs propres images parentales. Celle du bébé se construit progressivement à partir de celle de ses parents.

Ces interactions peuvent se manifester à travers les jeux symboliques. À travers les poupées par exemple, il est possible de faire émerger des émotions : l'enfant fait jouer celles qu'il vit ou souhaiterait vivre à travers des personnages symboliques qu'il crée par le biais des poupées ou des figurines. Ce genre de jeu peut permettre de mettre en évidence certains troubles de l'enfant ou de sa relation avec la mère. Le jeu symbolique peut servir à la résolution de conflits, mais aussi à la compensation de besoins non assouvis, à des renversements de rôles (obéissance/autorité), à la libération et à l'extension du moi.

Pour faciliter un développement affectif harmonieux, il est important de valoriser :

- ➔ Une disponibilité affective de l'adulte.
- ➔ Une souplesse des réponses de l'adulte.
- ➔ De la stabilité, une continuité et une cohérence dans le temps.

11 - Riveros-Delannoy S. (2004), *l'accompagnement de la dyade mère-enfant*, Centre régional de formation de la petite enfance, Lille.



Le contexte dans lequel s'ancrent les interactions mère-enfant joue un rôle déterminant tant sur leurs relations que sur le développement de l'enfant : les angoisses vécues par la mère, les déplacements, la perte de biens ou de personnes, les conséquences physiques et psychologiques des situations de crises sont autant d'éléments qui interfèrent dans cette relation. La mère préoccupée par des priorités souvent vitales sera moins disponible pour répondre aux sollicitations de l'enfant.

Lorsque la famille perd ses ressources et que la mère doit partir loin pour ramener de l'eau, de la nourriture ou du bois de chauffage, lorsque la malnutrition la fatigue elle aussi, ou encore lorsqu'elle a perdu son mari et se retrouve seule pour subvenir aux besoins de la famille, ces difficultés peuvent détériorer sa capacité à prendre soin de son bébé. Le contexte influence de façon plus ou moins directe le développement de l'enfant, qu'il soit moteur, psychologique ou affectif, ses relations avec sa mère et, par la suite, avec les autres.

METTRE EN ŒUVRE

1. Adopter une attitude favorisant le bon développement de l'enfant

L'Unicef¹² a mis en évidence 5 éléments essentiels pour le bon développement de l'enfant :

1. Les soins et l'attention dont un enfant est entouré pendant les huit premières années de sa vie, et tout particulièrement jusqu'à l'âge de 3 ans, sont cruciaux et déterminants pour son avenir.
2. Les bébés commencent à apprendre rapidement dès la naissance. Ils ont besoin d'affection, d'attention et de stimulation, en plus d'une bonne nutrition et de soins de santé appropriés pour bien grandir et pour s'épanouir.
3. Il faut encourager les enfants à jouer et à explorer. C'est ainsi qu'ils s'enrichissent et se développent sur les plans social, affectif, physique et intellectuel.
4. Les enfants apprennent à se comporter en imitant le comportement de leurs proches.
5. Tous les parents et tous ceux qui s'occupent d'enfants devraient être capables de reconnaître les signes qui annoncent un ralentissement de la croissance et du développement de l'enfant.

Le tableau suivant vise à donner quelques informations sur la façon dont l'enfant se développe, les gestes et attitudes à adopter selon le stade de développement, et les éléments pouvant alerter d'un problème de développement. Il est important de tenir compte du fait que ces informations sont des repères pouvant varier d'un enfant à l'autre, chaque enfant ayant son propre rythme de développement. Selon les cultures et les contextes, l'enfant se développe également différemment en fonction des stimulations et des interactions avec son entourage et son environnement. Un enfant emmailloté jusqu'à 6 ou 12 mois, comme ils le sont souvent en Afghanistan par exemple, pourra avoir un retard de développement parce qu'il n'aura pu exercer des mouvements ou répondre à des stimulations corporelles au cours de cette période, ce retard se rattrapant généralement par la suite.

Des progrès lents peuvent être « normaux » ou symptomatiques d'une malnutrition, d'une mauvaise santé, d'un manque de stimulation ou d'un problème plus grave. Sur le terrain, il est utile de créer un réseau d'institutions ou de services partenaires capables de diagnostiquer et de prendre en charge ces enfants.



© ACF-Burundi

¹² - Vous trouverez des informations complémentaires sur le développement de l'enfant et d'autres thèmes très intéressants sur le site de l'Unicef : <http://www.unicef.org/french/ffl/index.html>

2. Ajuster ses gestes et son attitude à l'âge de l'enfant et être à l'écoute de son développement :

	Ce que le bébé est supposé capable de faire	Quelques conseils sur les attitudes et gestes importants	Signes auxquels il faut être attentif
1 mois	<ul style="list-style-type: none"> • tourner la tête vers la main qui lui caresse la joue ou la bouche • porter ses deux mains à la bouche • tourner la tête lorsqu'il entend des voix et des sons familiers • téter le sein et le toucher avec ses mains. 	<ul style="list-style-type: none"> • établir un contact physique et nourrir l'enfant au sein dans l'heure qui suit la naissance • soutenir la tête du bébé quand on le tient droit • masser et caresser souvent le bébé • prendre toujours le bébé doucement. • le nourrir au sein fréquemment. • parler, lire et chanter pour l'enfant aussi souvent que possible. 	<ul style="list-style-type: none"> • le bébé tête mal ou refuse le sein. • le bébé bouge peu les bras et les jambes. • le bébé réagit peu ou pas du tout au bruit et aux lumières vives. • le bébé pleure pendant de longues périodes sans raison apparente. • le bébé vomit et a la diarrhée.
6 mois	<ul style="list-style-type: none"> • lever la tête et le torse quand il est couché sur le ventre • chercher à attraper des objets suspendus • attraper et secouer des objets • rouler des deux côtés • rester assis avec un soutien • explorer des objets avec les mains et la bouche • commencer à imiter des sons et des expressions du visage • réagir à son nom et aux visages familiers. 	<ul style="list-style-type: none"> • coucher le bébé sur une surface propre, plate et sans danger de façon à ce qu'il puisse se déplacer librement et attraper des objets • appuyer le bébé contre quelque chose ou le tenir de façon à ce qu'il puisse voir ce qui se passe autour de lui • continuer à l'allaiter à la demande jour et nuit et commencer à rajouter d'autres aliments (deux repas par jour entre 6 et 8 mois, 3 à 4 repas par jour entre 8 et 12 mois) • parler, lire ou chanter pour l'enfant aussi souvent que possible. 	<ul style="list-style-type: none"> • raideur ou difficulté à remuer les membres • mouvement constant de la tête (ce qui peut indiquer une infection de l'oreille, pouvant rendre l'enfant sourd si elle n'est pas traitée) • peu ou pas de réaction aux sons, aux visages familiers ou au sein • refus du sein ou d'autres aliments.
12 mois	<ul style="list-style-type: none"> • s'asseoir sans soutien • marcher à quatre pattes et se mettre debout en s'agrippant à quelque chose • faire ses premiers pas en se tenant • essayer d'imiter les mots et les sons et réagir à des questions simples • aimer jouer et taper dans ses mains • répéter des sons et des gestes pour attirer l'attention • ramasser des objets entre le pouce et l'index • commencer à tenir des objets comme une cuillère et une tasse et essayer de manger tout seul. 	<ul style="list-style-type: none"> • montrer des objets et les nommer, parler et jouer fréquemment avec l'enfant • utiliser l'heure des repas pour favoriser l'interaction avec tous les membres de la famille • si l'enfant se développe lentement ou a un handicap physique, se concentrer sur ses capacités. Lui donner plus de stimulation et d'interaction • ne pas laisser l'enfant dans la même position pendant plusieurs heures • faire en sorte que son environnement soit aussi sûr que possible pour éviter les accidents • continuer à nourrir l'enfant au sein, s'assurer qu'il a suffisamment de nourriture et qu'il mange des plats familiaux variés • aider l'enfant à essayer d'utiliser une cuillère et une tasse • s'assurer que l'enfant a reçu tous les vaccins et reçoit toutes les doses supplémentaires recommandées d'oligo-éléments. 	<ul style="list-style-type: none"> • l'enfant n'émet pas de sons quand on lui parle • l'enfant ne regarde pas les objets que l'on déplace • l'enfant est apathique et ne réagit pas quand on s'occupe de lui • l'enfant n'a pas d'appétit ou refuse de manger.

Tableau 5 : Ajuster ses gestes et attitudes au développement de l'enfant

	Ce que le bébé est supposé capable de faire	Quelques conseils sur les attitudes et gestes importants	Signes auxquels il faut être attentif
2 ans	<ul style="list-style-type: none"> marcher, grimper et courir montrer des objets ou des images quand on les nomme (par exemple, le nez, les yeux) prononcer plusieurs mots de suite (depuis l'âge de 15 mois environ) suivre des instructions simples gribouiller quand on lui donne un crayon ou une craie aimer les histoires et les chansons simples imiter le comportement des autres commencer à manger tout seul. 	<ul style="list-style-type: none"> lire, chanter et jouer avec l'enfant apprendre à l'enfant à éviter les objets dangereux parler à l'enfant normalement – ne pas utiliser de langage bébé continuer à le nourrir au sein, s'assurer que l'enfant a suffisamment de nourriture et qu'il mange des plats familiaux variés encourager l'enfant à manger, sans le forcer fixer des règles simples et avoir des exigences raisonnables féliciter l'enfant quand il réussit quelque chose. 	<ul style="list-style-type: none"> l'enfant ne réagit pas quand on s'occupe de lui il a de la difficulté à garder son équilibre quand il marche. blessures et changements de comportement inexplicables (surtout si d'autres personnes se sont occupées de l'enfant) il n'a pas d'appétit.
3 ans	<ul style="list-style-type: none"> marcher, courir, grimper, taper dans un ballon et sauter facilement reconnaître et identifier les images et les objets courants en les montrant du doigt faire des phrases de deux ou trois mots dire son nom et son âge nommer les couleurs comprendre les nombres utiliser des objets pour faire semblant manger tout seul exprimer son affection. 	<ul style="list-style-type: none"> lire et regarder des livres avec l'enfant et expliquer les images raconter des histoires à l'enfant et lui apprendre des comptines et des chansons donner à l'enfant son propre bol ou sa propre assiette de nourriture continuer à encourager l'enfant à manger, en lui consacrant autant de temps qu'il le faut aider l'enfant à apprendre à s'habiller, à se laver les mains et à utiliser les toilettes. 	<ul style="list-style-type: none"> perte d'intérêt dans le jeu chutes fréquentes difficulté à manipuler de petits objets difficulté à comprendre des messages simples incapacité de parler en utilisant plusieurs mots manque d'intérêt pour la nourriture.
5 ans	<ul style="list-style-type: none"> bouger de manière coordonnée faire des phrases et utiliser beaucoup de mots différents comprendre les mots de sens contraire (par exemple, gros et mince, grand et petit) jouer avec d'autres enfants s'habiller tout seul répondre à des questions simples compter entre 5 et 10 objets se laver les mains. 	<ul style="list-style-type: none"> écouter l'enfant entreprendre fréquemment des activités avec l'enfant si l'enfant bégaille, lui suggérer de parler plus lentement lui lire et lui raconter des histoires encourager l'enfant à jouer et à explorer. 	<ul style="list-style-type: none"> observer les rôles que les enfants prennent en jouant. Si l'enfant est craintif, colérique ou violent, il a peut-être des problèmes affectifs ou il a peut-être été victime de mauvais traitements. Perte d'intérêt dans le jeu.

Tableau 5 : Ajuster ses gestes et attitudes au développement de l'enfant

3. Favoriser les interactions entre la mère et l'enfant

Les comportements interactifs mère-enfant contribuent à donner à ce dernier un sentiment de sécurité qui lui permet d'investir et d'explorer le monde extérieur, de jouer avec les autres, d'acquérir l'autonomie. Lorsque l'attachement que l'enfant a pu créer avec sa mère par le biais des interactions est de qualité, l'enfant utilise sa mère comme une base de sécurité qui lui permet de faire face et d'être actif dans l'environnement.

Ces interactions peuvent être observées pendant les sessions de jeu mère-enfant.



© ACF-Soudan

Dans les CNT, le rôle de la mère peut être valorisé à divers moments par une démarche permanente de tous les membres du personnel :

- lors des soins quotidiens par la mise en évidence de micro interactions,
- lors du suivi médical en montrant l'évolution de l'enfant,
- lors de la prise de repas en soutenant la mère et en mettant en valeur les échanges de regard...

Dans les CNA, les mères et les enfants viennent seulement le jour de la distribution de l'APE, mais le rôle de la mère peut être valorisé pendant différents moments :

- Lors de la prise des mesures et poids de l'enfant et la consultation médicale (calmer, rassurer l'enfant, lui donner des explications, lui donner un petit jouet, etc.),
- Lors des sessions de jeux mère-enfants ou des activités organisées pendant l'attente,
- Lors du test de l'appétit, pour faire prendre son temps à l'enfant, l'encourager, le féliciter, etc.

Il existe aussi parfois des programmes de prévention dans les mêmes communautés dans lesquels les mères peuvent être référées et où un travail sur le lien parents-enfant pourra être conduit.

Des grilles d'observations peuvent ainsi être élaborées afin de mettre en évidence les points forts et les faiblesses de la relation mère-enfant. Ces grilles peuvent être utilisées dans le cadre des programmes de traitement et/ou de prévention de la sous-nutrition.

A partir de ces observations et des interprétations qui en sont faites, il est alors possible de mettre en place un plan d'action reprenant les points sur lesquels la mère et l'enfant rencontrent des difficultés et de travailler ensemble, afin de renforcer les points forts et d'atténuer les faiblesses.

La grille présentée ci-après est un exemple d'observation des interactions. Les points mis en évidence sont cependant à ajuster selon l'âge de l'enfant et le contexte. Dans tous les cas, il est essentiel de travailler sur les interprétations faites à partir des observations et sur les plans d'actions à mettre en place à partir de ces mêmes interprétations.

Les moments les plus appropriés pour observer les interactions mère-enfant sont lors des sessions de jeu mère-enfant, et/ou des soins quotidiens (notamment l'hygiène de l'enfant et les repas).

Vous trouverez plus d'informations concernant ces différentes parties dans les fiches correspondantes.



Interactions entre la mère et l'enfant

Date :	Nom de l'enfant :	Nom de la mère/accompagnant :
CODAGE	◇ = toujours ou constant	● = Occasionnel ou absent ✕ = Non observé

Enfant		Mère	
INTERACTIONS AFFECTIVES			
Sourit à sa mère		Répond aux sourires de son enfant	
Répond aux sourires de sa mère		Sourit à son enfant	
Fait des caresses à sa mère		Fait des caresses à son enfant	
Cherche les caresses de la part de sa mère		Cherche les caresses de la part de son enfant	
INTERACTIONS CORPORELLES ET CUTANÉES			
Accepte de s'éloigner de sa mère		Prend l'enfant dans ses bras	
Cherche les contacts corporels		Incite l'enfant à ne pas trop s'agripper à elle	
Utilise le toucher pour explorer		Stimule le toucher de son enfant	
Est actif, bouge, se déplace...		Incite son enfant à être actif	
Donne des objets à sa mère		Prend les objets donnés par son enfant	
Prend les objets donnés par sa mère		Donne des objets à son enfant	
Imite les gestes de sa mère		Incite l'enfant à imiter ses gestes	
INTERACTIONS VERBALES			
Utilise sa voix pour communiquer		Utilise sa voix pour communiquer	
Comprend les ordres et les interdictions		Donne des explications	
Rit		Réagit aux pleurs de son enfant	
Imite, répond en écho		Incite l'enfant à imiter ses sons, ses mots	
INTERACTIONS VISUELLES			
Cherche sa mère du regard, la regarde		Cherche le contact visuel avec son enfant	
Répond aux regards de sa mère		Regarde son enfant	
Attire le regard de sa mère sur des objets		Attire le regard de l'enfant sur des objets	
Observe son environnement		Stimule l'observation de l'environnement	

TOTAL

		ENFANT	MÈRE	INTERACTIONS
INTERACTIONS AFFECTIVES	◇			
	●			
	✕			
INTERACTIONS CORPORELLES ET CUTANÉES	◇			
	●			
	✕			
INTERACTIONS VERBALES	◇			
	●			
	✕			
INTERACTIONS VISUELLES	◇			
	●			
	✕			
TOTAL	◇			
	●			
	✕			

Commentaires et plan d'action :

Tableau 6 : grille d'observation des interactions mère-enfant

VI. LES ANIMATIONS ET ACTIVITÉS

À RETENIR

- Le but de l'animation au sein des programmes de traitement de la malnutrition est de redonner goût à la vie, d'apporter de la joie, de créer du lien social et d'améliorer le traitement.
- La stimulation et l'animation font partie intégrante du traitement.
- L'animation n'est pas seulement une activité, mais un état d'esprit.

COMPRENDRE

Quelle que soit la tranche d'âge, l'enfant, comme l'adulte, éprouve certains besoins qui s'équilibrent de manière complémentaire comme le montre le schéma suivant ¹³:

Mouvement : besoin de bouger, de se dépenser, d'exercer son corps, de s'aérer.	Repos : besoin de se reposer, d'être au calme.
Sécurité : besoin de se sentir en sécurité, d'être protégé sur le plan physique mais aussi affectif.	Risque : besoin de prendre des risques pour progresser, prendre conscience de ses limites.
Socialisation : besoin d'exister dans un groupe, de contribuer à son évolution.	Autonomie : besoin de faire des choses seul, d'exister hors du groupe.
Imitation : apprentissage par l'imitation, besoin de faire comme les autres.	Création : besoin de se différencier, d'exprimer sa propre personnalité.
Réalité : intérêt pour la réalité qui l'entoure, besoin de comprendre son environnement et les événements.	Imaginaire : besoin de rêver, de développer son imaginaire, d'explorer un espace potentiel.
Expérience : besoin d'éprouver un grand nombre de sensations physiques ou psychiques.	Action : besoin de manipuler, d'agir sur les choses, de transformer son environnement.

Tableau 7 : L'équilibre des besoins chez l'enfant

La réponse spontanée de l'enfant à ses propres besoins passe notamment par le jeu et dépend des possibilités de s'exprimer qui lui sont offertes. Plus ces dernières seront diversifiées (espace, temps, relations), plus l'enfant trouvera des réponses satisfaisantes à ses besoins.

13 - Enfants Réfugiés du Monde (2005), Malle de jeux internationale, Fondation de France, Paris.

METTRE EN ŒUVRE

Ci après se trouvent des exemples d'animations qu'il est possible de mettre en place dans les centres, dans les CNA ou les deux, avec des objectifs différents, des budgets et des moyens matériels et humains variés...

1. Activités en extérieur

Avec peu de choses, il est possible de créer un espace agréable. Dans la majorité des pays, vous pourrez trouver un charpentier pour faire des balançoires, des toboggans, des trottinettes, etc.

Lorsque le centre peut être équipé de jeux extérieurs, ceux-ci permettent d'offrir à l'enfant un terrain de jeu favorable à son développement moteur et social. Les activités possibles telles que les tunnels, balançoires, et autres jeux favorisent le jeu en plein air, à plusieurs, librement, ou des jeux mettant plus en œuvre les capacités physiques que les activités en intérieur.

Certains jeux d'extérieur seront fabriqués en prenant garde à ce que la sécurité soit bien prise en compte et assurée (cf. annexe 5).

Organiser des jeux est simple et efficace : jeux d'équipes pour les enfants plus âgés, concours (dessins, peinture, etc.).

Il est par ailleurs intéressant d'inviter les mères à participer à ces activités, différentes des sessions de jeux mère-enfant.



© E. Rodary - Madagascar

2. Coins jeux

Dans les programmes de nutrition, les enfants devraient avoir accès à une variété de jouets telle que chaque enfant, quelles que soient ses capacités, son âge et ses goûts, puisse avoir un jouet qui l'intéresse et lui corresponde, la quantité doit suffire pour que l'enfant puisse changer selon ses envies.

L'annexe 6 propose certaines catégories de jouets à avoir dans les centres afin d'atteindre les diverses compétences des enfants et de leur proposer des objets correspondant à leur développement et à leurs préférences.

Par ailleurs, vous trouverez dans l'annexe 7 l'exemple d'une liste de jouets devant être disponible dans un centre accueillant 50 enfants.

Les centres doivent posséder quelques matériaux de base pour permettre de créer des objets et jouets simples, comme de la peinture sans plomb, quelques outils, du tissu, des fils et des aiguilles ou encore de la laine.

En CNA, ces mêmes jouets peuvent être utilisés dans les moments d'attente, dans une salle de jeux mise à disposition des parents et de leurs enfants ou pour rassurer l'enfant au moment de la pesée par exemple.

La plupart des jouets peuvent être reproduits plus ou moins facilement¹⁴. Organiser des ateliers créatifs pour créer des jouets est un moyen de fournir des jouets pouvant être utilisés dans le cadre des sessions de jeu ou au domicile. Ces ateliers représentent une activité propre : ils permettent d'apprendre aux personnes à fabriquer des objets (jouets ou autres), à développer leur imagination et leur créativité.

L'implication des accompagnants dans les activités est plus importante et leur relation avec les enfants d'autant plus renforcée quand ils ont créé eux-mêmes leurs supports. Ils peuvent par ailleurs reproduire ces jouets à leur domicile et ainsi continuer chez eux ce qu'ils ont appris et réaliser dans le centre.

¹⁴ - Vous trouverez des exemples de jouets à faire sur le terrain dans le cd-rom *Capitalisation SMPS avec des photos*, ainsi que dans le livre d'ERM, *La malle de jeux internationale op.cit.*

Certaines règles élémentaires, dans le cas où les jouets sont créés, notamment du point de vue de la sécurité, sont à prendre en compte. Il faut utiliser de la peinture sans plomb (les enfants les mettent à la bouche, il est donc nécessaire de prendre ce genre de précaution), éviter bien entendu les clous et les pointes qui dépassent...

Si les jouets s'adressent à de jeunes enfants, il faut s'assurer que de petits morceaux ne peuvent pas se détacher et être avalés. Les jouets en bois doivent être suffisamment bien poncés et vernis pour éviter les échardes. Les jouets doivent être solides et ne pas se casser pour ne pas blesser ou couper les enfants...

De nombreux jouets ou objets peuvent être fabriqués sans trop de difficultés et avec des matériaux très simples. À titre d'exemple, il y a les livres et tapis d'éveil en tissu, les instruments de musique à partir de bouteilles, les poupées de laine, les marionnettes de doigt, les jeux de quilles avec des boîtes de conserve, les puzzles, dominos et memory en carton... (cf. annexe 4). Vous pouvez également demander à certaines personnes de proposer des créations s'ils ont des idées !



© ACF-Mali

➔ Dans les centres de nutrition

Dans les centres de nutrition peuvent être mis à disposition des jouets pour les enfants tous les jours, et des jeux pour les adultes (cartes, awalés...), dans les phases et en accès libre. À la fin de la journée, il est important de les ranger pour éviter qu'ils ne s'abîment ou ne se perdent et pour pouvoir contrôler le stock. Les mères peuvent être désignées responsables, à tour de rôle, pour s'assurer que les jouets sont bien disponibles la journée et rangés le soir.

Lors de la première semaine de traitement, il est très difficile de mettre en place certaines activités :

- Les enfants sont apathiques, ils restent souvent assis sans bouger près de leur mères, le regard perdu, ne s'intéressent à personne ni à aucun objet. Ils sont particulièrement dépendants de leur mère.
- leurs efforts sont limités, et ils communiquent très peu.
- Ils refusent souvent les jouets, mais les regardent et les prennent parfois dans la main, comme un petit ballon en plastique. Il est essentiel de valoriser chaque progrès, chaque effort de l'enfant sans le forcer mais en tentant de l'intéresser au maximum et progressivement.



© ACF-Burundi

Pendant cette semaine, tous les petits gestes sont importants, comme valoriser un sourire de l'enfant, soutenir et rassurer la mère par rapport à l'évolution de son enfant, mettre à sa disposition un petit jouet...

En phase de transition et phase 2, même si l'enfant est physiquement mieux, il a toujours besoin d'un soutien psychologique, et il est indispensable de lui offrir les moyens de s'épanouir et de se sentir bien. Il faut par ailleurs veiller à préparer l'enfant et la mère au départ, c'est-à-dire au retour à la maison. En phase 2, un coin jeu est indispensable : les enfants ont généralement retrouvé leur autonomie, sont souvent moins dépendants de leur mère, cherchent un espace de découverte et apprécient les jeux en groupes. Il est donc important d'offrir des moments de jeux et d'activités aux enfants, de mettre des jouets à leur disposition, d'aménager des aires de jeux extérieurs, de proposer des activités aux mères ...

➔ Dans les CNA

Il est important dans le cas de la mise en place de ces zones de jeux de respecter certaines mesures indispensables :

- Identifier une personne responsable d'apporter et de rapporter les jouets et le matériel (il peut s'agir des éducateurs à la santé, des travailleurs psychosociaux, ou de tout autre membre de l'équipe selon les contextes)
- Identifier une ou plusieurs personnes qui seront en charge d'animer et de surveiller les sessions de jeu (il peut s'agir de volontaires communautaires, ou de mères, ou des travailleurs psychosociaux)
- Délimiter une zone spécifique, qui soit suffisamment éloignée pour ne pas perturber le déroulement de l'CNA, et suffisamment sécurisée pour éviter toute possibilité d'accident
- Laver les jouets quotidiennement pour éviter toute transmission microbienne.

Vous obtiendrez des informations spécifiques sur les sessions de jeu mère-enfant dans la fiche correspondante.

3. Activités pour les mères

Les mères que vous êtes amenées à rencontrer dans les programmes nutritionnels ont souvent beaucoup souffert, émotionnellement et physiquement. Elles sont parfois très jeunes et ne savent pas toujours comment prendre soin de leur enfant. Celles qui ont des enfants malnutris sont souvent plus déprimées que celles qui ont des enfants malades pour d'autres raisons. Les caractéristiques fréquentes des personnes déprimées sont la tristesse, la fatigue, le sentiment d'être accablé par les problèmes, la perte de confiance en soi voire en la vie, le renfermement sur soi. Ces femmes n'interagissent parfois pas avec d'autres personnes y compris leur propre enfant.

Dans les CNT, elles se retrouvent soudainement à partager leur vie et leur intimité avec d'autres femmes et enfants qu'elles ne connaissent pas, parfois d'ethnies différentes, parlant d'autres langues.

Il peut être proposé des activités pour les mères dans les centres leur permettant :

- D'être plus actives ;
- De ne pas s'ennuyer ;
- D'avoir un lieu d'échange et de rencontre ;
- De partager leur vécu avec d'autres personnes ;
- De retrouver confiance en elles en ayant le sentiment de faire quelque chose d'utile ;
- D'apprendre des activités qu'elles pourront poursuivre chez elles.

Il faut adapter les activités à leurs besoins, leurs connaissances et leur culture. On ne va pas proposer une activité de danses populaires, si dans leur culture, les femmes ne dansent pas.

Il est important de varier les activités, en organiser chaque semaine de nouvelles. Vous pouvez par exemple, lors de petits groupes de discussion, leur demander ce qu'elles savent faire ou ce qu'elles aimeraient apprendre à faire. Cela permet de prendre en compte leur opinion et d'avoir de nouvelles idées.

Quelques exemples d'activités :

- Fabriquer des jouets pour les enfants ;
- Raconter des histoires traditionnelles ;
- Chanter ou danser ;
- Réaliser des vêtements pour les enfants ;
- Dessiner ou peindre ;
- Artisanat local ;
- Faire du théâtre...

Ces activités ne sont pas obligatoires, il est cependant important de motiver les mères à y assister librement. Il faut prévoir des jours précis, et un horaire spécifique pour les organiser, de façon à ce que les mères soient informées et puissent s'organiser suffisamment en avance. Il faut de même trouver un endroit tranquille et aéré où elles se sentiront à l'aise.

Elles viendront souvent avec leurs enfants ; le lieu doit donc être aménagé pour que ces derniers puissent être assis par terre sur des nattes, par exemple.

Il est nécessaire de prévoir le matériel en fonction du nombre de personnes et du type d'activité. L'animateur devra faire sa commande en avance et en quantité suffisante. Il sera responsable de la gestion des stocks de matériels, de l'organisation des activités, de l'information aux mères et de l'animation des sessions.

4. Les groupes de discussion


Ils se font par petits groupes de 7 personnes maximum. Ils doivent avoir lieu dans un endroit tranquille et sécurisant, où les participants se sentent à l'aise pour s'exprimer librement.

L'objectif de cette activité est d'offrir un espace d'expression, de créer des liens sociaux, de renforcer les pratiques de soins et d'éviter l'isolement, que ce soit celui des accompagnants ou des bénéficiaires adultes. Il ne s'agit pas d'un groupe de formation, l'objectif est différent de celui par exemple des groupes de sensibilisation. Les groupes de discussion ne visent pas à transmettre des informations ou des messages, mais à permettre des échanges et de discuter, de partager. Les thèmes des discussions sont ceux proposés par ceux qui participent.

La personne qui organise ce groupe est appelé le facilitateur. Généralement, il s'agit de l'animateur mais d'autres membres du personnel peuvent jouer ce rôle. Il permet de réguler le groupe de discussion, et non de le diriger.

Comment organiser un groupe de discussion :

- Rassembler les participants et les faire asseoir en cercle ;
- Le facilitateur souhaite la bienvenue à la session ;
- Il se présente et demande à chaque participant de faire de même ;
- Il invite les participants à proposer des sujets de discussion et à en sélectionner un pour commencer.
- Des questions seront posées pour comprendre ce que les participants connaissent et pensent de ce sujet.
- Le facilitateur pourra approfondir certaines questions pour aller plus loin dans la discussion.
- Il est indispensable de laisser les participants s'exprimer et de les encourager à partager avec les autres leurs opinions, croyances, attitudes... Mais il faut aussi respecter les participants qui ne souhaitent pas intervenir.

- 
- A la fin de la discussion, le facilitateur devra faire un résumé des points les plus importants puis remercier chaque participant pour son intervention.
 - Pour que la session soit effective, le changement de comportements ou croyances doit venir du groupe, et non pas du facilitateur. Il doit essayer d'induire le changement et non l'imposer.

5. Les sessions de sensibilisation

Les sessions de sensibilisation permettent de renforcer les connaissances et compétences des accompagnants sur les bonnes pratiques (alimentaire, hygiène, soins...)

Le matériel utilisé doit être attractif, simple, illustré selon les contextes et adapté au public. L'animation n'est pas seulement une activité, mais un état d'esprit.

ACF met en avant la nécessité de mettre en place des sessions de sensibilisation à l'hygiène et à la santé comme moyen d'améliorer les conditions de vie des populations.

En plus des sessions concernant les différentes thématiques telles que l'eau et l'assainissement, la nutrition, la sécurité alimentaire et la santé, des sessions spécifiques aux pratiques de soins peuvent être données afin de mettre en avant l'importance de la stimulation et du jeu pour le développement des enfants et l'amélioration du traitement, ou encore la nécessité d'un lien mère-enfant fort pour aider l'enfant à se construire et à se sentir bien.

De façon générale, deux sujets liés aux pratiques de soins peuvent être intégrés aux sessions de sensibilisation. Il s'agit des besoins de l'enfant et de son développement d'une part, et de l'importance du jeu pour les enfants d'autre part.

En plus de ces thématiques, d'autres peuvent être ajoutées selon les contextes, comme le syndrome de l'alcoolisme fœtal, problématique souvent rencontrée à Juba (Soudan), ou encore l'allaitement et ses difficultés, problématique particulièrement spécifique à Kaboul (Afghanistan).

En plus des informations données de façon collective, une sensibilisation et des conseils peuvent être fournis de façon individuelle aux bénéficiaires selon les difficultés spécifiques auxquelles ils font face¹⁵.

15 - Plus d'informations concernant l'éducation à la santé se trouvent dans le document « Policy paper for hygiene promotion and health education », ACF.

VII. LES SESSIONS DE JEU MÈRE/ENFANT DANS LE TRAITEMENT DE LA MALNUTRITION

À RETENIR

- Le jeu est un moyen de redonner à l'enfant plaisir et appétence.
- Les sessions de jeu mère-enfant visent à :
 - Développer la relation mère/enfant,
 - Stimuler l'enfant et limiter les retards de développement,
 - Transmettre à la mère les connaissances et compétences lui permettant de mettre en œuvre des jeux et de trouver sa place dans les activités.
- Les sessions de jeux font partie intégrante du traitement. Dans les centres de nutrition, elles doivent être quotidiennes à partir de la phase de transition : elles permettent non seulement de renforcer le traitement mais aussi de déceler des difficultés éventuelles et d'y répondre. Dans les CNA, elles doivent être mises en place autant que possible. Dans le cadre de l'intégration dans des centres de santé, il est aussi utile de les mettre en place et d'inviter les autres enfants malades (et non seulement les enfants sévèrement malnutris).
- Au sein de la session, la participation au jeu doit être volontaire. Le droit de ne pas jouer est aussi important que celui de participer.
- Cette fiche présente les sessions de jeux structurées mais comme les autres fiches l'ont souligné, la mise à disposition de jouets et le jeu sont un état d'esprit qui doit traverser l'ensemble de la prise en charge.

COMPRENDRE


Le jeu est l'activité caractéristique de l'enfant. Il favorise son processus de socialisation, joue un rôle dans la construction de sa personnalité et dans son développement mental. Un enfant qui ne joue pas est un enfant qui va mal.

Une carence affective peut aboutir à la malnutrition. Elle risque d'apparaître quand l'enfant n'a pu créer des liens d'attachement satisfaisants (cf. Fiches Techniques). Les situations d'abandon ou de négligence, qu'elles se produisent hors de la famille ou à l'intérieur de celle-ci (un enfant peut souffrir d'abandon au sein même de sa famille), entraînent l'apparition de troubles graves de la personnalité¹⁶. La discontinuité ou la distorsion des relations avec la mère ou le substitut maternel peut entraîner une rupture de la relation sécurisante nécessaire au développement de l'enfant et causer une carence affective.

La situation peut être plus complexe lorsque l'enfant ou ses parents ont vécu des événements difficiles liés à une situation de conflit ou une catastrophe ayant eu des conséquences directes sur l'environnement de l'enfant et son processus de développement psychologique et affectif (cf. fiche sur le développement de l'enfant).

Dans ce cadre les sessions de jeux mère-enfant peuvent aider la mère à mieux communiquer avec son enfant et à le stimuler, améliorant ou restaurant ainsi la relation entre eux permettant à l'enfant de trouver ou retrouver sa place dans cette dyade.

16 - Lemay M. (1979) *J'ai mal à ma mère*. Fleurus, Paris.



L'enfant carencé affectivement peut se démarquer par son comportement face à la nourriture, avec des prises alimentaires régressives et symptomatiques de son état d'âme.

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 peuvent perdurer au moins jusqu'à l'adolescence.

Lorsque l'enfant est dans un état de malnutrition sévère, il est souvent apathique. Les mères sont inquiètes, peu disponibles, voire dépressives, non seulement du fait de la malnutrition de leur enfant mais aussi par rapport à la situation dans laquelle elles se trouvent. Elles ne stimulent parfois plus leur enfant. Il faut du temps pour que l'état de santé de l'enfant s'améliore, pour que les mères reprennent confiance, pour que les enfants s'intéressent de nouveau à ce qui les entoure.

Dans ce cadre, le jeu permet de stimuler l'enfant, de lui redonner de l'appétence et de limiter les retards de développement.

A travers le jeu nous stimulons l'imagination de l'enfant, aiguïsons sa curiosité, développons son appétence à vivre et les échanges psycho-affectifs entre lui et sa mère. 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 a un impact sur sa guérison et son développement psychologique futur (cf. fiche sur l'importance de la relation mère-enfant).

La représentation du jeu varie d'une culture à l'autre. Certaines cultures le privilégient en incitant les enfants à participer à des activités et en leur fournissant des jouets. Dans d'autres cultures, le jeu est le domaine de l'enfance et les adultes n'y prennent aucune part. L'enfant découvre donc le jeu par le biais de ses pairs.

Jouer, c'est plus que donner des jouets. Le jeu de l'enfant est parfois plus développé dans l'espace que dans la manipulation, notamment dans certaines cultures africaines¹⁷ où l'objet matériel n'est pas investisseur d'échanges sociaux et ne situe pas l'enfant dans une symbolique sociale. D'autres modes d'échanges sont privilégiés et notamment le rapport à la nourriture, au corps et à l'espace. Ainsi le rapport aux jouets peut être plus difficile dans certains pays. Dans ce cas-là, on peut s'appuyer sur les formes d'interactions et familiariser progressivement enfants et accompagnants aux jouets et les amener à y prendre du plaisir. Les jouets servent de support pour créer l'amusement et le plaisir de l'enfant, l'aider dans son développement, mais certaines activités peuvent se faire en interaction directe avec la mère ou l'accompagnant, interaction qui peut être visuelle, verbale, corporelle, à travers des jeux de contacts

L'important est :

- ➔ de restaurer le lien entre la mère et l'enfant, souvent détérioré par la situation critique de l'enfant, la disponibilité et l'état psychique de la mère ;
- ➔ d'offrir à l'enfant la possibilité de développer sa capacité à jouer et de reprendre goût au jeu et à la vie ;
- ➔ d'apprendre à la mère à jouer et à trouver sa place dans le jeu.

17 - Rabain, J. (1994). L'enfant du lignage. Du sevrage à la classe d'âge chez les Wolof du Sénégal. Paris, Payot (1ère édition 1979).

METTRE EN ŒUVRE

Les sessions de jeu mère/enfant doivent prendre en considération plusieurs éléments. Il ne s'agit pas de réunir des enfants avec leur mère et de leur distribuer des jouets. Il est indispensable de tenir compte :

- Du cadre ;
- De l'organisation de la session ;
- Du déroulement de la session.

De façon générale, certaines activités mère-enfant peuvent être proposées à tout moment pour renforcer ou restaurer le lien entre eux.

Vous trouverez en annexe 3 des exemples d'activités pouvant être proposées aux mères et qu'elles peuvent mettre en place de façon très simple avec leur enfant.

Les sessions doivent donc être planifiées, préparées, et suivies. Les plans d'actions dont il est question à la fin de cette fiche permettent de mieux ajuster les sessions aux besoins spécifiques, de cibler les activités les plus appropriées pour plus d'efficacité.

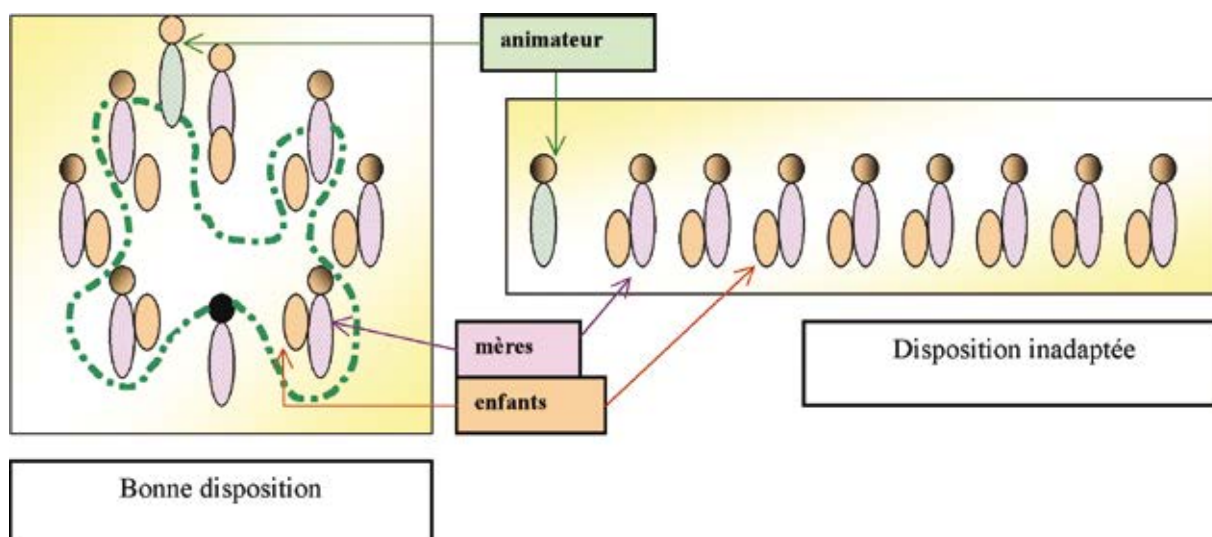


© ACF-Afghanistan

1. Cadre des sessions de jeux mère/enfant

La salle de jeu doit prendre en compte divers éléments pour être opérationnelle et rendre les sessions efficaces :

- Il s'agira d'un lieu **spécifique, délimité et aménagé**. Selon les centres, le lieu dans lequel se dérouleront les sessions de jeu pourra, par exemple, être aménagé dans une salle, une tente, ou un rakuba fermé. Dans les CNA, souvent il n'est pas évident de trouver un coin ou en espace pour pouvoir mener cette activité. Les salles d'attentes pour le test de l'appétit et la consultation hebdomadaire sont très bruyantes et surpeuplées. Il faut essayer dans la limite du possible de garder un espace calme et tranquille pour permettre aux mères et aux enfants de se sentir à l'aise. Dans le cadre de l'intégration dans les structures de santé, l'aménagement possible devra être pensé en fonction du local et des possibilités existantes. S'il n'est pas possible de libérer un espace pour faire les sessions de jeux, il est important de garder en tête qu'une session de jeux peut malgré tout se mettre en place par exemple pendant l'attente des mères ou autour des nattes dans les CNT, etc. Vous devrez parfois faire preuve d'imagination et de conviction !
- La salle doit être **bien entretenue, propre, aérée, et décorée** de sorte à stimuler l'enfant et sa mère (couleurs, formes et matières peuvent être mises en valeur grâce aux mobiles, affiches et autres petites attentions décoratives, notamment des dessins ou des objets créés par les mères ou les enfants eux-mêmes). L'endroit doit procurer du bien-être et inciter au jeu.
- Le lieu sera **confortable**, avec des nattes au sol, de la lumière, et des tapis d'éveil pour les bébés. Il doit par ailleurs être suffisamment grand pour permettre aux participants de s'installer en cercle et non en rangée, ce qui facilitera les échanges et les déplacements des enfants.



Lorsque les mères se mettent en cercle comme dans la figure de gauche, tous peuvent se voir, les échanges sont facilités entre les mères et entre les enfants.

Tableau 8 : disposition des mères et des enfants dans le cadre des sessions de jeu mère-enfant

- **La sécurité est primordiale** : attention aux jouets coupants, cassants, lourds ou composés de petites pièces pouvant être avalées...). Veiller à ce qu'il n'y ait pas de personnes entrant de façon impromptue, des bruits pouvant effrayer les enfants (notamment lorsqu'ils ont vécu des situations stressantes...).
- **L'hygiène des jouets** : les jouets doivent être entretenus, nettoyés, rangés dans un endroit propre. Les enfants mettent à la bouche les objets qu'ils ont entre les mains, favorisant l'ingestion de microbes. L'état de malnutrition les affaiblit et les rend plus fragiles face aux dangers de l'infection et de la maladie. Vous vous heurterez probablement à la peur des équipes de distribuer les jouets de peur qu'ils ne disparaissent. Il convient alors de les rassurer et de réfléchir avec eux à des moyens de responsabiliser les adultes présents pour que les jouets soient rendus en soirée ou avant le départ pour la maison.

Un peu d'imagination et quelques matériaux locaux sont le point de départ pour aménager une belle salle de jeu.

2. Organisation des sessions

Les sessions doivent avoir lieu à un moment où il n'y a pas d'autres activités dans le centre nutritionnel thérapeutique (prise de lait, visite médicale, éducation à la santé). Une discussion avec le reste de l'équipe fixera l'horaire spécifique aux sessions de jeu.

Dans les CNA, les sessions peuvent être organisées pendant l'attente du test de l'appétit et de la consultation, ou elles peuvent être proposées une fois finis la consultation et distribué l'APE, si les mères ne sont pas pressées de retourner à leurs activités. Un important travail d'organisation de l'espace et du fonctionnement des activités est à penser en amont pour que les activités de pratiques de soins soient intégrées dans le traitement comme un élément à part entière.

Etant donné la faiblesse des enfants au début du traitement, les sessions de jeu sont généralement organisées en CNT à partir de la phase 2. Toutefois, il reste important de stimuler les enfants les plus

faibles, y compris ceux qui sont en phase 1. Il est donc possible de mettre en place des activités ajustées à leurs capacités, en leur proposant des sessions très courtes et nécessitant peu de déplacements. Par ailleurs, certains enfants en phase de transition peuvent être aptes à participer aux sessions de jeu. Dans tous les cas, des jouets disponibles dans toutes les phases faciliteront des stimulations individuelles avec tous les enfants.

Dans le CNA, les enfants ont en général moins de complications et sont moins faibles : ils peuvent participer aux sessions de jeu.

Afin de faciliter l'organisation, le choix des activités, la sélection des jouets, le déroulement de la session, il est important de séparer les enfants selon leur âge et leurs capacités.

Le nombre d'enfants ne doit pas être trop important pour permettre un suivi plus individualisé (environ 5 à 7 enfants accompagnés par sessions), la durée doit être adaptée aux caractéristiques de l'enfant, les sessions doivent être suffisamment longues pour permettre aux enfants de s'amuser mais pas trop pour éviter qu'ils se fatiguent.

Selon l'âge, la capacité de concentration et l'intérêt des enfants, la durée des sessions peut varier. En général, 20 minutes suffisent pour les plus jeunes ou les plus faibles mais les sessions peuvent être rallongées selon les situations et les enfants.

La fréquence des activités est d'une par jour dès la deuxième phase de traitement.

Les jouets doivent être disponibles tant en quantité qu'en variété.

Il est conseillé de prévenir les accompagnants en avance, leur expliquer en quoi consiste l'activité, et où va se dérouler la session.

- ➔ Il est important de motiver les mères à venir afin d'assurer leur coopération.
- ➔ La présence de l'animateur est indispensable pour garantir le bon déroulement de la session, soutenir les mères, les guider, et pour ajuster les activités aux besoins spécifiques.
- ➔ L'animateur doit s'assurer que les désirs de l'enfant, ses capacités et son rythme sont pris en compte.
- ➔ La participation doit être spontanée, elle ne doit pas être une obligation : ne pas jouer est un droit au même titre que jouer.

Il peut être important et utile de faire découvrir dans un premier temps l'univers du jeu et des jouets aux parents. Organiser une première session avec les parents et les accompagnants, sans les enfants, peut être un moyen de les familiariser avec les jeux et de leur faire appréhender les notions de jouer et de plaisir qu'ils partageront ensuite d'autant mieux avec les enfants.

3. Le déroulement de la session :

Avant chaque session il est important de présenter les personnes qui forment le groupe pour créer une ambiance de confiance et de bien-être.

RAPPEL

- Maximum 5 enfants accompagnés.
- Environ 20 minutes par session.
- Jouets variés et en quantité suffisante.

Le déroulement de la session se fait en plusieurs étapes.

1. Prévoir un temps d'introduction et d'installation, avec des explications sur la façon dont les activités à proprement parler vont se dérouler.
2. Les activités visant la restauration ou le renforcement de la relation mère-enfant prennent la plus grande partie du temps.
3. La fin de la session doit être marquée par une activité de retour au calme (chanson, récit de contes...).
4. Un moment à la fin de la session pour conclure. Ces quelques minutes finales permettent aux mères d'exprimer ce qu'elles ont pensé de la séance, leurs doutes, leurs appréhensions, leurs satisfactions et leurs attentes, pour parler des évolutions qu'elles ont ressenties ou constatées concernant le développement de leur enfant et leur relation avec lui. Ce sera également l'occasion pour l'animateur de donner un feedback sur la session et de fixer la date de la prochaine, avec éventuellement une prise en compte des envies spécifiques des mères et des enfants lors de la planification (l'animateur peut, par exemple, les inviter à participer à la sélection des prochaines activités).

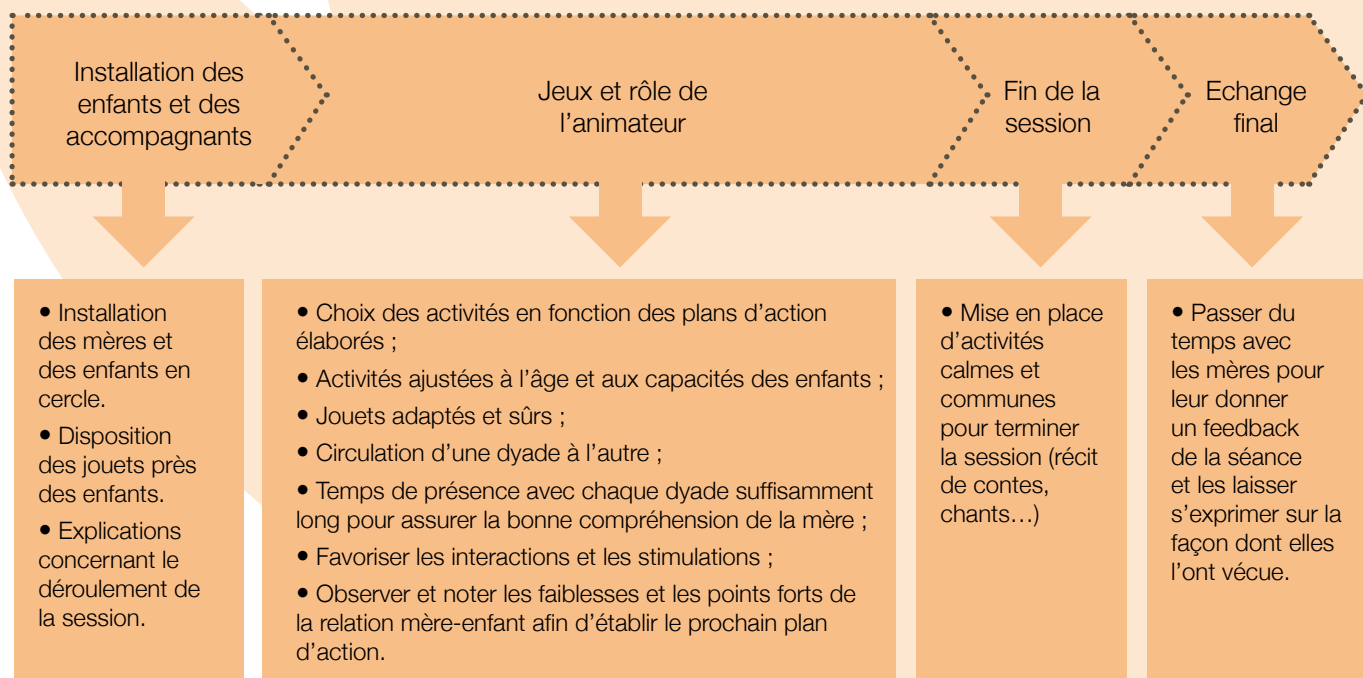


Tableau 9 : Déroulement d'une session de jeu

Le schéma suivant reprend ces éléments.

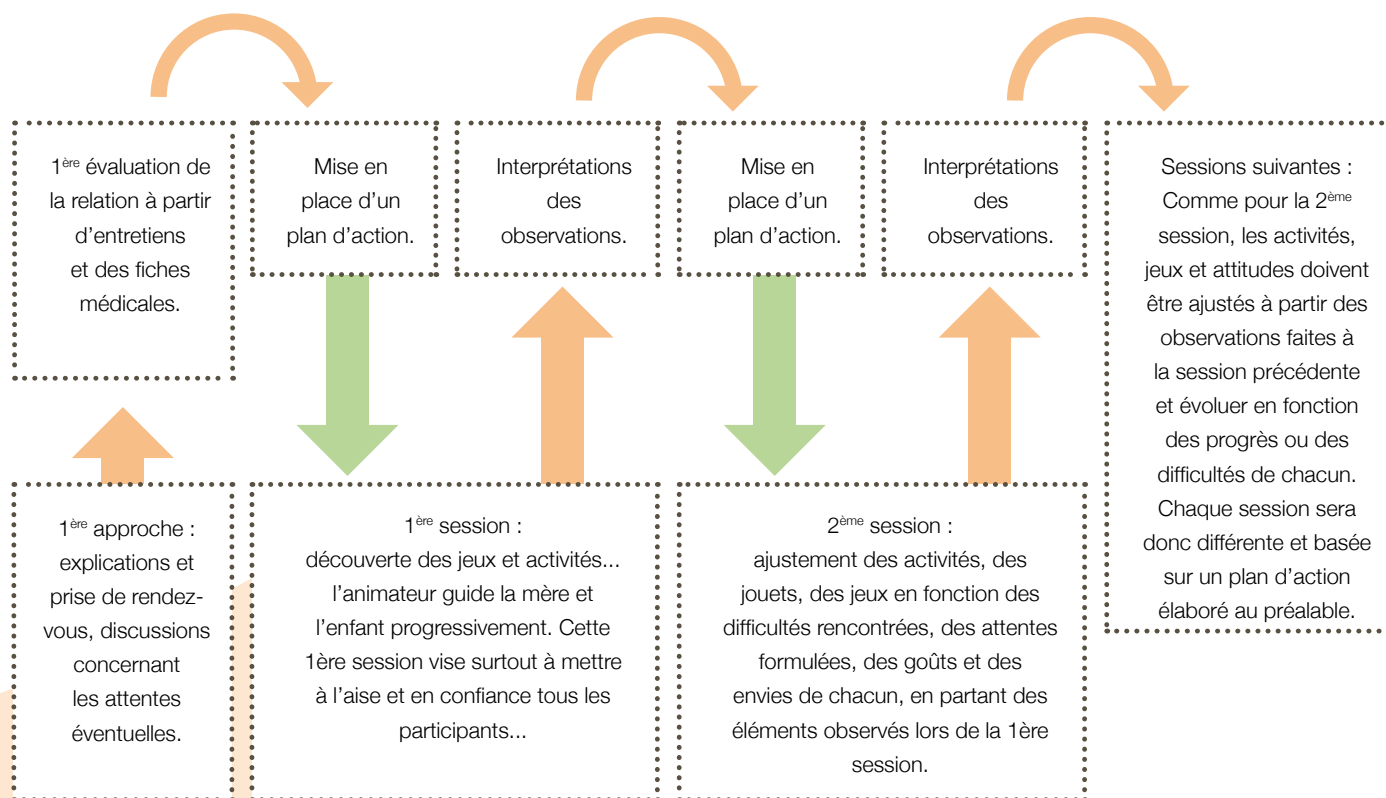


Tableau 10 : Organisation des sessions de jeu en fonction des évaluations et des plans d'action

RAPPEL

- Chaque session doit être différente.
- Ne pas juger ni prendre la place de la mère.
- Expliquer à la mère son rôle de guide, de facilitateur et de référent sécurisant pour l'enfant.
- L'observation des interactions et l'évaluation des sessions permettent d'établir un plan d'action pour les sessions suivantes.

4. Évaluation des sessions de jeu et plan d'action.

Les sessions doivent être ajustées les unes par rapport aux autres. Chaque session doit prendre en compte les difficultés et les évolutions positives lors de la session précédente afin de mettre en place un plan d'action :

Le plan d'action permet de planifier les sessions en sélectionnant les activités les plus appropriées et les jouets les mieux adaptés pour atteindre les objectifs fixés. Pour évaluer les sessions, l'animateur peut s'appuyer sur une grille d'observation.

Il s'agit d'un outil lui permettant de cibler les éléments qu'il devra observer pendant la session.

L'animateur doit centrer successivement ses observations sur l'enfant, la mère et les interactions entre les deux.

Chaque grille doit être ajustée, selon les besoins, afin d'être appropriée et plus proche des attentes. Elle doit être un outil de travail permettant de faciliter l'organisation, le déroulement et l'évaluation des sessions de jeu afin que ces dernières soient d'autant plus efficaces, agréables pour tous et qu'elles répondent aux objectifs de ces activités spécifiques.

Grille d'observation d'un couple mère-enfant lors d'une session de jeu

	L'enfant	La mère	Les interactions
Choix du jouet	<ul style="list-style-type: none"> • A choisi lui-même • Accepte les jouets proposés par la mère • Refuse les jouets proposés par la mère • Type de jouet(s) choisi(s) • Cherche à avoir les jouets des autres ou prend des jouets disponibles 	<ul style="list-style-type: none"> • Impose un jouet à l'enfant qu'elle a choisi • Dispose les jouets autour de l'enfant et le laisse choisir • Ne s'intéresse pas aux jouets, n'en propose aucun 	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce qu'il cherche sa mère ? du regard ? physiquement ? • Comment réagit-elle aux sollicitations de son enfant ? • Est-ce qu'elle touche l'enfant ? le prend dans ses bras... ? • Est-ce qu'elle parle à l'enfant ? • Est-ce qu'elle encourage et stimule son enfant ? comment ? • Comment l'enfant attire-t-il l'attention de sa mère et comment la mère y réagit-elle ?
Comportement pendant la session	<ul style="list-style-type: none"> • Calme ou excité • Semble s'amuser ou pleure • Inerte ou actif • Refuse de jouer • Passe frénétiquement d'un jouet à l'autre • Est-ce qu'il a compris l'activité ? • Respecte-t-il les règles du jeu ? • Est-ce qu'il participe activement ? • L'enfant s'amuse-t-il avec les autres enfants ? • Reste-t-il près du ou des adulte(s) ? • Est-il timide ? cherche-t-il le contact des autres ? est-il plutôt isolé ? • Sollicite beaucoup sa mère ? • Cherche sa mère du regard ? • Sollicite d'autres adultes ? • Quelles sont les interactions avec les autres enfants ? tente-t-il de leur prendre leur jouets ? se laisse-t-il prendre les siens ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Est-elle motrice ? active ? • Est-ce qu'elle s'amuse ? • Pose-t-elle des questions ? à quel sujet ? • Echange avec les autres mères ? à quel propos ? • Réactions de la mère aux interventions de l'animateur ou d'autres mères ? • Est-ce qu'elle participe à l'activité ? comment ? • Est-ce qu'elle motive son enfant ? • Est-ce qu'elle tente de protéger son enfant des autres enfants ? • Cherche-t-elle à encourager son enfant à jouer avec les autres enfants ? 	
Comportement pendant la session	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce qu'il accepte facilement la fin de la session ? est-ce qu'il a manifesté le désir de rester ? • Est-ce qu'il rend son ou ses jouet(s) facilement ? sinon comment les jouets sont-ils obtenus ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce qu'elle part dès la fin de la session ? • Est-ce qu'elle participe au rangement ? • Est-ce qu'elle discute de la session passée ou de celles à venir avec l'animateur ? 	
Interprétation des observations et bilan Interprétation des observations et bilan	<ul style="list-style-type: none"> • Y a-t-il des changements par rapport aux sessions précédentes ? lesquels et pourquoi ? • Quels sont les éléments concrets qui ont évolués ? • Quels sont les points négatifs de la session ? quels sont les points forts ? • Quelles sont les observations générales ? 		
Plan d'action pour la session à venir	<ul style="list-style-type: none"> • Quels seront les aspects à travailler en particulier ? • Quels sont les objectifs pour les sessions à venir ? • Quelles seront les activités les plus appropriées ? • Quels seront les jouets les plus adaptés ? • Quels sont les points auxquels il faudra être particulièrement attentif ? 		

Tableau 11 : Grille d'observation d'une session de jeu mère-enfant

Il est important de rappeler que chaque observation doit concerner une dyade mère-enfant. L'animateur utilisera donc une grille par dyade.

Cette grille d'observation peut être présentée de différentes façons, et liée à la grille d'observation des interactions mère-enfant (cf. fiche sur l'importance de la relation mère-enfant)

A partir des observations faites lors des sessions de jeu, l'animateur est chargé de remplir le cahier d'observations, avec la date, le nom de chaque bénéficiaire, le type d'activités proposées et les observations. Ce cahier permet de faire le bilan de la session et de suivre l'évolution de chaque dyade mère/enfant. Cet aspect des sessions de jeux peut être compliqué à mettre en œuvre dans le cadre des CNA ou de l'intégration dans des structures de santé. Il convient alors de s'adapter et de bien former les équipes au repérage des enfants ou des mères en difficulté et de les inviter pour une prochaine session.

Le registre ou cahier d'observations contiendra les informations suivantes :

Date	Nom des enfants	Age et groupe	Type d'activités	Observations	Evaluation
06/05	Rachida (+mère)	7 mois groupe A	- Balles en mousse - Marionnettes de doigt	Mère force l'enfant à jouer avec les marionnettes de doigt alors que Rachida joue avec la balle.	-
	Hamid (+tante)	9 mois groupe A		La tante ignore l'enfant, cherche la compagnie des autres adultes.	- -
	Jasmine (+père)	8 mois groupe A		Laisse Jasmine découvrir les jouets, beaucoup d'interactions visuelles et d'encouragement.	+ +
	Amadou (+mère)	1 an groupe A		Amadou s'intéresse peu aux jouets, s'agrippe beaucoup, cherche le sein de sa mère.	-

A partir de ces exemples d'observation, l'animateur pourra lors des sessions suivantes :

- *Discuter avec la mère de Rachida sur l'importance de laisser l'enfant libre de ses choix. Il peut prendre un temps pour montrer à la mère l'exemple de l'attitude à avoir pour laisser plus d'autonomie à l'enfant.*
- *Essayer d'inciter la tante d'Hamid à s'impliquer plus, lui proposer un choix plus varié de jouets et d'activités.*
- *Valoriser l'attitude du père de Jasmine, le féliciter, insister sur l'impact de cette attitude positive sur l'enfant.*
- *Inciter la mère à stimuler Amadou à travers des activités calmes, laisser plus de temps à l'enfant pour se familiariser avec les jouets pour qu'il s'y intéresse progressivement.*

Tableau 12 : Registre d'observations d'une session de jeu mère-enfant

Les observations notées dans ce registre permettent d'établir un bilan de la session achevée et de préparer les prochaines. Les points faibles mis en évidence doivent servir de base pour l'élaboration d'un plan d'action.

Ces limites prennent en compte différents éléments, qui sont, d'une part, une auto évaluation afin de cibler les difficultés liées à l'organisation et à l'animation des sessions, d'autre part, les points à travailler pour faire évoluer positivement la relation mère-enfant et favoriser le développement de l'enfant.



VIII. LES PRATIQUES DE SOINS EN CNA

À RETENIR

- La prise en compte des pratiques de soins fait partie intégrante du traitement en CNA.
- L'aire d'attente est un lieu où des activités peuvent être organisées (jeux, groupes de discussion...).
- Le test de l'appétit est un moment clé pour observer la relation mère- enfant et proposer conseils et soutien.
- Lors de chaque visite au site les animateurs doivent soutenir la famille, l'aider à mieux communiquer avec l'accompagnant et l'enfant, favoriser la relation entre eux et stimuler l'enfant.
- Les animateurs CNA et les visiteurs à domicile doivent pouvoir détecter les difficultés tant du point de vue du traitement que de celui de la relation mère-enfant.

COMPRENDRE

Depuis plusieurs années, le protocole médical et nutritionnel de prise en charge des enfants sévèrement malnutris recommande le suivi du traitement à domicile pour les enfants sans complications médicales et ayant réussi le test d'appétit¹⁸.

Le traitement de la malnutrition dans les centres thérapeutiques présente des contraintes parfois difficiles à gérer pour la famille : distance pouvant être très importante entre le domicile et le CNT, absence d'un adulte au foyer pendant 3 ou 4 semaines peut être problématique (autres enfants, entretien du foyer, économie de la maison, aide lors d'une saison agricole, partage du quotidien avec d'autres personnes qu'ils ne connaissent généralement pas, contraintes liées à l'environnement médical...).

Toutefois, le traitement dans les centres présente également des avantages : disponibilité pour son enfant plus aisée qu'au domicile, pas d'obligation d'aller travailler...

De plus, à la maison, la mère n'a pas forcément le soutien nécessaire pour prendre soin de son enfant, elle peut manquer de disponibilité pour l'enfant. Elle n'a pas d'interlocuteur pour répondre à ses interrogations quant au traitement, quant à l'état de l'enfant, elle a peu ou pas de possibilités de recevoir un soutien émotionnel et psychosocial par un animateur formé, ou d'échanger avec d'autres mères sur ses difficultés, ressentis...

La poursuite du traitement en CNT ou en ambulatoire est toujours le choix de la famille dont les enfants sont éligibles. Dans les deux modes de traitement, les pratiques de soins doivent être intégrées à la prise en charge et au suivi.

Certaines dyades peuvent être suivies dans le centre alors qu'il n'y a pas de complications médicales ou de manque d'appétit. Cela peut être le cas lorsque :

- La mère en fait la demande.
- La relation mère-enfant semble problématique : la mère rejette l'enfant, la mère se plaint de l'enfant...
- La mère a l'air triste, malheureuse, déprimée.
- La mère ne semble pas apte à s'occuper de son enfant : alcoolisme, retard mental.
- La mère habite trop loin pour pouvoir se rendre toutes les semaines au centre.

¹⁸ - Vous trouverez les informations concernant la mise en place et le suivi du CNA dans le protocole médical et nutritionnel.

Chaque semaine, le caregiver accompagne l'enfant au site pour un suivi médical, anthropométrique et un test d'appétit. Cette visite est également l'occasion de mettre en place des activités de stimulation pour l'enfant et de soutien pour la mère.

De plus en plus, les programmes ACF de prise en charge de la malnutrition sont intégrés aux centres de santé/hôpitaux dépendants du ministère de la santé du pays d'intervention. En conséquence de quoi, ce sont des volontaires communautaires qui vont faire le dépistage et la sensibilisation à domicile.

Ceux-ci choisissent volontairement (ou sont désignés par la communauté) de s'impliquer dans le traitement de la malnutrition. Leur rôle et leur implication peut varier d'un pays à un autre. Mais d'une manière générale, ils sont chargés de référer les enfants présentant des signes de malnutrition, rendre visite aux familles dont l'enfant n'est pas venu à la visite hebdomadaire dans le centre, donner des conseils simples lorsque l'enfant est malade, refuse de manger, etc.

Ils peuvent également être amenés à faire des recommandations afin de prévenir la malnutrition.

METTRE EN ŒUVRE

L'un des points essentiels à atteindre est la participation efficace et spontanée des parents et leur réelle implication dans la guérison de l'enfant.

1. Prise en compte du bien-être psychosocial et amélioration des pratiques de soins dans les CNA

Bien que l'organisation du traitement à domicile rendent la mise en place d'activités spécifiques plus difficile, la prise en compte du bien être psychosocial et l'amélioration des pratiques de soins ne doivent pas être absentes des CNA.

Un des éléments qu'il est essentiel d'assurer de façon efficiente dans le cadre des CNA est la bonne communication avec les bénéficiaires et leur accompagnant, et une bonne transmission des messages clés pour leur permettre de suivre efficacement le traitement chez eux.

Une des difficultés est en effet le temps réduit au cours duquel les accompagnants reçoivent les informations nécessaires à la poursuite du traitement chez eux.

Par ailleurs, ils doivent acquérir plus de connaissances que les personnes restant dans le centre, puisqu'ils n'auront pas le soutien permanent des équipes de soins. Les principales informations qu'ils doivent assimiler concernent la gestion des repas, l'hygiène, la détection des symptômes d'une rechute ou d'une autre maladie, l'écoute de son enfant et l'identification de ses besoins.

Les visites hebdomadaires au centre doivent permettre aux membres du personnels de s'assurer que la mère est capable de prendre soin de son enfant de façon correcte, que la relation entre eux est bonne, que la mère sera suffisamment disponible...

Elles doivent également permettre de mesurer la qualité des pratiques de soins que la mère peut prodiguer à son enfant et sa capacité à prendre en charge son enfant, tant du point de vue médical qu'affectif.

L'insuffisance de pratiques de soins satisfaisantes ou l'incapacité de la mère à gérer le traitement de son enfant au domicile sont des facteurs d'orientation des enfants vers les centres de nutrition plutôt que vers le traitement à domicile. Il est donc essentiel d'observer et d'évaluer ces éléments (cf. le schéma d'orientation des bénéficiaires vers le mode de traitement adapté). Toutefois, cette orientation est parfois rendue difficile par la réalité des services existants. Par exemple, le nombre de lits est souvent petit dans les centres de santé et ne permet pas toujours d'y envoyer les enfants dont les mères ont du mal à s'occuper. On cherchera alors d'autres stratégies pour apporter un soutien renforcé aux mères : celui-ci peut consister à développer des activités directement dans la communauté avec les mères en difficulté (en groupe ou à travers des visites à domicile), renforcer les activités dans les CNA pour certaines mères, voire créer comme cela a été fait un Birmanie un lieu d'accueil de quelques jours pour les enfants qui ne prennent pas de poids



alors qu'ils sont sous traitement afin de mieux observer la situation et identifier les problèmes.

Plusieurs éléments peuvent être organisés et mis en place pour intégrer la santé mentale dans les CNA et pour améliorer les pratiques de soins. Il peut s'agir d'activités spécifiques ajoutées aux éléments liés à l'environnement et au cadre de vie détaillés précédemment. Lorsque le nombre d'enfants suivis en CNA est très important, il n'est pas toujours possible d'offrir à chacun d'entre eux des activités spécifiques. Il sera alors utile de réfléchir à la mise en place d'un système de détection rapide des cas problématiques et/ou nécessitant un suivi renforcé : les critères portent alors sur l'efficacité du traitement thérapeutique (par exemple, les enfants qui ne prennent pas de poids, voire en perdent) et sur le repérage de problématiques plus psychosociales (mères qui se désintéressent de leur enfant, violence dans la relation, etc).

Les activités spécifiques peuvent être les suivantes :

- Faire un entretien avec la mère et avec l'enfant, faire ensemble le point sur l'état de santé de l'enfant, sur les événements de la semaine, les plans pour la semaine à venir.
- Mettre en place des groupes de discussion avec différentes mères dont l'enfant suit le traitement à domicile. elles peuvent alors parler de leurs doutes et appréhension de façon plus facile que lors des entretiens individuels du fait de la dynamique des échanges.
- Organiser des sessions de jeu. Ces sessions correspondent à celles expliquées dans la fiche des sessions de jeu mère-enfant. Les observations et le travail fait lors de ces sessions servira de base pour le suivi à domicile, les prochaines visites dans les centres, et peut également permettre de mettre en évidence certains éléments que la mère pourra travailler avec son enfant pendant la semaine.
- Faire un bilan individuel avec la mère avant son départ, s'assurer qu'elle est toujours confiante, que les éventuelles questions qu'elle se posait ont été traitées.

La mère doit repartir avec le sentiment d'être capable d'assumer la guérison de son enfant et une idée de ce qu'elle peut faire pour la rendre plus efficace.

2. Le test d'appétit

- ➔ Le test d'appétit a pour objectif principal de s'assurer que l'appétit de l'enfant est suffisant pour permettre le traitement à domicile ou l'orienter vers un CNT dans le cas contraire.
- ➔ La période du test est un moment privilégié pour observer les relations mère-enfant et procurer des messages clés sur l'importance des bonnes pratiques de soins et des pratiques d'hygiène.
- ➔ Des conseils simples peuvent être apportés aux mères lors du test d'appétit, comme regarder son enfant et parler avec lui.
- ➔ Une zone séparée du groupe doit être identifiée pour permettre aux enfants qui seraient mal à l'aise pour manger dans le groupe puissent s'isoler avec leur mère et mieux réussir le test, tout en évitant de perturber les autres enfants avec leurs pleurs.
- ➔ De petits jeux peuvent être proposés pour diminuer le stress généré par le test, mais il est préférable de les utiliser avec les enfants qui auraient au préalable été isolés pour éviter de perturber ceux qui sont en train de manger.

a. Pourquoi faire un test d'appétit

Le résultat obtenu au test d'appétit représente un des critères les plus importants pour décider de l'orientation du bénéficiaire vers le traitement à domicile ou vers le traitement en centre de nutrition. En effet, un enfant ayant un faible appétit ne prendra pas les doses nécessaires d'ATPE à son domicile, rendant inefficace le traitement et mettant l'enfant en danger.

Par ailleurs, le manque d'appétit peut être lié à une infection significative ou à un problème métabolique tel qu'un dysfonctionnement du foie. Dans ces cas l'enfant est immédiatement en danger de mort.

b. Comment faire le test d'appétit

- Le test d'appétit doit être mené dans une zone calme et séparée.
- Il est indispensable d'expliquer à la mère l'objectif et l'intérêt de ce test, ainsi que sa méthodologie.
- La mère (ou à défaut la personne accompagnant l'enfant) ainsi que l'enfant doivent se laver les mains avant de commencer le test.
- L'accompagnant doit être assis confortablement avec l'enfant sur ses genoux.
- L'accompagnant propose soit directement le sachet d'ATPE à l'enfant, soit il met un peu de produit sur son doigt et le donne ainsi à l'enfant.
- L'accompagnant doit proposer l'ATPE de façon douce et avenante, encourager l'enfant, insister gentiment en prenant le temps de la durée du test. Le test peut être très rapide mais peut aussi durer jusqu'à 1 heure.
- L'enfant ne doit pas être forcé à prendre de l'ATPE.
- L'enfant doit avoir la possibilité de boire beaucoup d'eau lorsqu'il consomme de l'ATPE.

c. Les résultats du test d'appétit

Le test d'appétit est réussi lorsque l'enfant a consommé la quantité suffisante d'ATPE en fonction de son poids et dans le temps imparti.

L'échec au test d'appétit entraînera un transfert immédiat au CNT.

Si l'enfant suit le traitement à domicile et qu'il réussit le test d'appétit mais ne prend pas de poids, voire en perd, il est important de discuter avec la mère ou l'accompagnant pour comprendre les raisons de cet échec (l'enfant ne mange pas au domicile, la nourriture est partagée...).

Les causes probables peuvent être économiques (revente ou partage des rations) ou liées aux pratiques de soins (la mère n'est pas en mesure d'accorder l'attention et les soins nécessaires pour assurer le bon déroulement du traitement).

Dans ce cas, l'enfant doit être transféré en CNT et un effort supplémentaire devra être apporté à la communication avec la mère pour l'aider à mieux comprendre les enjeux du traitement et des pratiques de soins appropriées pour la survie de son enfant.

d. Considérations importantes

Le test d'appétit devrait toujours être effectué attentivement. Les bénéficiaires échouant au test devraient être incités à se rendre au CNT jusqu'au retour de l'appétit et à la satisfaction des critères permettant de suivre le traitement à domicile.

Le patient doit prendre au minimum la quantité suffisante pour assurer le maintien de son poids. Il est essentiel de ne pas renvoyer chez lui un enfant risquant de continuer à se détériorer du fait de prise trop faible de nourriture thérapeutique.

Il peut arriver qu'un enfant ne mange pas pendant le test d'appétit parce qu'il a peur, qu'il est intimidé



par les protocoles du CNA ou le personnel soignant, ou parce qu'il y a trop de monde ou de bruit. Il peut être pertinent, lorsqu'un enfant rencontre des difficultés semblant liées à ces raisons, de proposer de poursuivre le test dans une zone isolée et calme. De petits jouets peuvent selon les circonstances lui être proposés.

Le test d'appétit doit être effectué à chaque visite de l'enfant (généralement de façon hebdomadaire). L'échec au test à quelque moment que ce soit doit être considéré comme un motif de transfert en CNT où l'enfant pourra recevoir le traitement et les causes de sa perte d'appétit analysées.

Lors de la 2^{ème} visite en CNA et des visites suivantes, la prise du traitement devrait être de plus en plus rapide et efficace, signe que l'enfant est en bonne voie de guérison.

Chaque semaine, les enfants se soumettent au test d'appétit. Si l'enfant est capable de manger la quantité d'ATPE dont il a besoin, il pourra continuer le traitement en CNA ; Si tel n'est pas le cas, il sera admis en CNT.

Lors du test d'appétit et particulièrement lors du premier test le jour de l'admission, les enfants peuvent être fatigués, stressés, surpris par l'ATPE (nouvelle texture, nouveau goût...) ; les donneurs de soins peuvent également être stressés ou angoissés (regard des animateurs, peur que l'enfant ne mange pas, doutes sur l'efficacité du traitement...). Le rôle de l'animateur, ou éducateur à la santé, sera alors de rassurer la mère et l'enfant, de les mettre en confiance pour que ce test puisse se dérouler le plus calmement possible.



© ACF-Birmanie

Le test d'appétit est un moment clé dans le suivi de chaque bénéficiaire. Il est important qu'il se fasse dans un endroit calme, décoré, avec des jouets disponibles. Un animateur devra être présent auprès des mères et des bénéficiaires et les aider à stimuler l'enfant en cas de besoin. La prise de repas est un moment opportun pour observer la relation mère-enfant et les difficultés pouvant en découler.

Lorsqu'un ou plusieurs signes positifs sont présents, l'animateur peut :

- Féliciter la mère et l'enfant
- Les encourager à continuer

Lorsqu'un ou plusieurs signes négatifs sont présents, l'animateur peut :

- Aider la mère à stimuler son enfant : lui parler, lui tendre un jouet, lui raconter une histoire, lui chanter une chanson...
- Montrer à la mère comment laisser à l'enfant le temps de se nourrir, sans le forcer
- Poser des questions à la mère sur sa situation familiale (autres enfants, conditions de vie, de travail, présence du père...), sur l'histoire de l'enfant (comment il est devenu malnutri, comment s'est passé l'allaitement, le sevrage, comment se passent les repas à la maison...), sur son entourage, le soutien dont elle dispose à l'extérieur...

Le but de cette discussion est de comprendre la situation de la mère et de l'enfant afin de l'aider à trouver des solutions aux problèmes ayant entraîné la malnutrition ou empêchant le bon déroulement du traitement de la malnutrition.

- Proposer à la mère de participer à un temps de discussion en groupe ou en individuel après le test de l'appétit (si cette activité existe dans le centre).
- Orienter la mère vers une personne ou une association présente dans la zone, à même d'apporter un soutien émotionnel: imam, prêtre, guérisseur traditionnel, ami, famille, etc.

Comportement de l'accompagnant	
Signes positifs	Signes négatifs
<ul style="list-style-type: none"> • Distrait l'enfant avec un objet ou un jouet • Distrait l'enfant sans objets ou jouets (ex: touché la table, parle, touche l'enfant, lui chante une chanson...) • Stimule l'enfant, le félicite parce qu'il mange bien, lui fait des compliments • Fait des commentaires positifs sur la nourriture (ex: c'est délicieux...) • Joue avec la nourriture pour donner envie à l'enfant de manger (ex: l'avion va se poser sur la piste, il faut ouvrir la porte du garage...) • Donne de l'autonomie à l'enfant si celui-ci veut manger seul • Change la position de l'enfant (de la chaise sur ses genoux) • Utilise des modèles (ex : autres enfants, poupées) pour inciter l'enfant à manger 	<ul style="list-style-type: none"> • Donne des ordres à l'enfant (ex: mange ton PN...) • Menace, crie, fait des commentaires négatifs, gronde... • Laisse l'enfant manger seul sans s'en occuper • Interdit à l'enfant d'explorer la nourriture, ne lui permet pas de manger seul s'il le souhaite • Presse l'enfant pour qu'il termine vite • Force l'enfant à avaler
sentiments de l'accompagnant	
Signes positifs	Signes négatifs
<ul style="list-style-type: none"> • Est impliquée, intentionnée, montre de l'affection... • Est joyeuse, souriante, de bonne humeur • Est patiente, répond aux signes de son enfant 	<ul style="list-style-type: none"> • Est en colère, agressive, irritable... • Est triste, déprimée, angoissée • Est impatiente • Rejette l'enfant, est violente avec lui • Semble indifférente
Le comportement de l'enfant	
Signes positifs	Signes négatifs
<ul style="list-style-type: none"> • Mange avec plaisir • Explore la nourriture, joue avec • Répond aux stimulations de sa mère par des sourires, des babilllements, des regards, des mots... • Regarde ce qui se passe autour de lui, cherche le regard de sa mère 	<ul style="list-style-type: none"> • Refuse de manger • Recrache, vomit • Ne répond pas aux stimulations du caregiver : tourne la tête, ferme la bouche, crie, s'énerve...
Sentiments de l'enfant	
Signes positifs	Signes négatifs
<ul style="list-style-type: none"> • Semble content, joyeux: sourit, rit 	<ul style="list-style-type: none"> • Est triste : ne sourit pas, pleure... • Est apathique : ne montre aucune réaction • Est en colère : crie, se débat, tape... • A peur : il se recroqueville sur lui-même, pleure, regarde tout autour de lui avec crainte

Tableau 13. Grille d'observation de la relation mère-enfant



3. Suivi du bénéficiaire

a. Visites du bénéficiaire dans les sites

Une fois par semaine, les enfants doivent se rendre avec un accompagnant dans le CNA.

Les visites en CNA ont plusieurs objectifs :

- Identifier les enfants souffrant de malnutrition sévère. En effet, il est conseillé aux mères ayant des enfants identifiés comme étant à risque de se rendre au centre de santé le jour du l'CNA. Ces conseils peuvent être donnés par les visiteurs à domicile ou par d'autres mères ayant connaissance des CNA.
- Evaluer l'évolution des enfants en cours de traitement : les mesures effectuées et le test d'appétit permettront d'assurer l'efficacité du traitement à domicile, et le cas échéant, de référer l'enfant vers le CNT.
- Evaluer la capacité des accompagnants à prendre en charge les enfants pour le traitement à domicile, et leur donner des conseils adaptés en vue d'améliorer les pratiques de soins.
- Renforcer les connaissances des accompagnants sur les différentes problématiques pouvant être liées au bien-être physique et mental des enfants à travers les sessions de sensibilisation.

b. Les visites à domicile

Les visites à domicile sont organisées différemment selon la personne responsable de cette activité et varie selon les contextes.

Ces visites ont pour objectifs principaux de :

- Identifier les enfants en danger de malnutrition et informer des dates et lieux de visites CNA pour un examen plus approfondi et une éventuelle prise en charge.
- S'assurer de la bonne poursuite du traitement au domicile et apporter des compléments d'informations sur les pratiques de soins et d'hygiène.
- Identifier les enfants ne bénéficiant pas de pratiques de soins suffisantes, afin de les orienter vers les CNA pour une prise en charge, tant de l'enfant que de son accompagnant qui pourra avoir des conseils et un soutien adaptés.
- Assurer l'assiduité des visites en identifiant les raisons de l'éventuelle absence d'un enfant à la visite hebdomadaire.

Les visites à domicile peuvent être à la charge de membres de l'équipe spécifiquement identifiés et formés, mais le plus souvent, et de plus en plus du fait de la volonté d'impliquer au mieux les communautés, ce sont des volontaires communautaires qui en ont la responsabilité.

Les exemples d'activités citées ci-dessous sont indicatives et à adapter selon les possibilités de chaque programme et en fonction des capacités des équipes.

Lors de leurs visites, les animateurs peuvent :

- S'assurer **du bon déroulement des soins et des repas**. Vérifier le respect des règles d'hygiène, assister à une prise de repas pour aider la mère en cas de difficulté à ajuster ses gestes par exemple.



© ACF-Birmanie

- Organiser avec la mère et l'enfant des **sessions de jeu** à partir des éléments mis en avant lors des observations précédentes. Le plan d'action doit établir quels types d'activités et de jouets à prévoir. Ces séances de jeux mère-enfant ont les mêmes objectifs que les sessions de jeux mère-enfant organisées dans les centres. Elles doivent permettre de travailler sur le lien mère-enfant et d'aider la mère dans sa relation et sa communication avec l'enfant.
- Prendre en considération la présence des autres enfants lors des sessions de jeu notamment si d'**autres enfants** sont présents et risquent de parasiter les interactions mère-enfant qui sont l'objectif de travail, le visiteur peut leur proposer des jouets qu'ils utiliseront le temps de la session, voire leur proposer une activité parallèle.
- S'assurer, lors des **entretiens individuels**, que la personne est à l'aise, qu'il n'y a pas de voisines ou amies susceptibles de gêner la mère dans ses réponses, que quelqu'un s'occupe des enfants si nécessaire...
- Proposer à l'enfant un jouet à garder jusqu'à la prochaine visite des visiteurs à domicile, qui pourront alors l'échanger avec un autre. Fournir **un jouet** est un moyen simple et efficace de favoriser la relation mère-enfant en incitant la mère à jouer avec l'enfant, non seulement pendant la mise en place des sessions de jeu, mais aussi de façon quotidienne et spontanée.
- Une attention spécifique sera apportée aux cas de **poids stables ou perte de poids** et une enquête des causes possibles de non réussite du traitement sera menée.

4. Refus du traitement à domicile ou retour dans le centre après l'échec de ce mode de traitement.

Lorsqu'un enfant ne remplit pas ou plus les conditions requises pour le traitement à domicile, il est transféré en CNT.

La durée du séjour en CNT est fonction de la possibilité à intégrer ou réintégrer le programme de traitement à domicile.

La période pendant laquelle l'enfant et son accompagnant sont dans le CNT peut être utilisée pour renforcer les observations de l'enfant et de la dyade et ainsi mieux comprendre les possibles raisons ayant entraîné l'échec du traitement à domicile du point de vue de la santé mentale et des pratiques de soins.

Que le traitement à domicile soit impossible (type complications médicales par exemple) ou que l'état de l'enfant nécessite le retour au centre, il est impératif que la famille comprenne les raisons de cette décision, que les membres du personnel cherchent la solution la plus appropriée et la mieux adaptée pour la guérison de l'enfant. Les soignants doivent expliquer cette décision en insistant sur le fait qu'elle ne correspond pas à l'incapacité ou au manque d'implication de la mère. Des entretiens individuels avec elle doivent permettre de lui donner ces explications, de s'assurer qu'elle les a comprises, et de l'impliquer dans la recherche de la meilleure solution dans sa situation et en fonction de l'état de santé de son enfant.



IX. L'ANNONCE D'UNE MAUVAISE NOUVELLE

À RETENIR

- Annoncer un décès est une démarche nécessitant la prise en compte de la personne dans son individualité et son appartenance socioculturelle.
- C'est un moment difficile à gérer pour les équipes. Le personnel local ne doit pas gérer seul ces moments difficiles.
- Des gestes simples mais appropriés peuvent rendre la situation moins difficile.
- Un cadre spécifique, calme et serein, est préférable pour annoncer la mauvaise nouvelle à la famille.

COMPRENDRE

L'enfant en phase 1 peut être dans un état critique. Dans un état de malnutrition avancé, la faiblesse physique dans laquelle il se trouve le rend plus fragile et il est parfois victime d'une autre maladie qui aggrave son cas (fièvre typhoïde, rougeole, paludisme, etc.). Tout le monde est inquiet pour son évolution, et surtout la personne qui l'accompagne, souvent sa mère. Il va peut-être aller en isolement ou pire, mourir. Les conseils suivants s'appliquent aussi lorsque l'enfant retourne en phase 1 après être passé en phase de transition et en phase 2.

L'annonce de ce genre de nouvelle n'est pas facile à gérer par le soignant et difficile à entendre pour la mère ou l'accompagnant. Si cette annonce est mal menée, elle peut entraîner une rupture dans la relation «personnel du centre/accompagnant et bénéficiaire». Il n'existe pas de solution spécifique ou de discours universel pouvant s'adapter à toutes les situations et à chaque individu. Le contexte, le vécu, le rapport à la mort, la résilience¹⁹ sont différents d'une personne à l'autre.

Le soignant devra ajuster ses gestes et son discours en prenant en compte ces éléments mais aussi l'histoire qu'il a lui-même eue avec cette mère et son enfant.

METTRE EN ŒUVRE

Lorsque l'enfant est dans un état particulièrement critique, il est parfois possible de préparer l'accompagnant au risque de décès éventuel. Quelques phrases simples peuvent avoir la double finalité d'assurer l'accompagnant de l'entière prise en charge de son enfant et de le préparer à un possible échec :

« Nous allons faire tout notre possible mais nous sommes très inquiets de l'état de (il est important de nommer l'enfant par son nom !) ».

« L'équipe est en train de faire tout son possible, mais la situation semble s'aggraver ».

Lorsqu'il est annoncé la mort probable ou possible de l'enfant, il peut arriver que l'accompagnant préfère le ramener à son domicile pour qu'il finisse ses jours dans sa famille. Le soignant devra gérer la situation, accepter ce départ ou tenter de négocier pour qu'il reste, notamment s'il reste un espoir de guérison.

Annoncer la gravité de la maladie, ou pire, le décès de l'enfant, exige certaines prises en considération qui peuvent être d'autant plus difficiles que le soignant chargé de cette annonce est le plus souvent affecté lui-même. Quelques éléments peuvent aider dans cette démarche :

- Trouver une pièce libre et privée pour rencontrer la personne.

19 - Aptitude à faire face avec succès à une situation représentant un stress intense en raison de sa nocivité ou du risque qu'elle représente, ainsi qu'à se ressaisir, à s'adapter et à réussir à vivre et à se développer positivement en dépit de ces circonstances défavorables.

- S'asseoir en face d'elle, se mettre à sa hauteur.
- Anticiper la situation en ayant préalablement préparé une boîte de mouchoirs et un verre d'eau.
- Essayer de découvrir ce que la personne sait de sa situation ou de celle de l'enfant, comment elle perçoit les symptômes, etc. Cela peut aider à faire le point avec elle et à atténuer le choc de l'annonce.
- Prendre tout le temps nécessaire pour faire l'annonce, lui expliquer, répondre calmement à ses questions. Il faut laisser à la personne le temps d'assimiler l'information.
- Choisir ses mots : certains peuvent être choquants.
- La regarder et ne pas tenter de faire autre chose, même si cela pourrait donner de la contenance. La personne pourrait très mal interpréter ce geste.
- Parler d'une voix douce, posée et neutre.
- Si l'annonce doit se faire au cours d'une consultation médicale, patienter jusqu'à ce que la personne ou son enfant soit rhabillé et de ce fait, prêt à écouter.
- Essayer d'avoir une stratégie de réponse à proposer à la personne (soutien psychologique, référence sur une autre structure, etc.). Par ailleurs, ACF peut prendre en charge le retour de l'accompagnant jusqu'à son domicile.
- S'assurer, avant de laisser la personne, qu'elle peut rester seule, ou que quelqu'un sera avec elle pour la soutenir, la reconforter (famille, autre mère...). Dans tous les cas, être à l'écoute de la personne (si elle préfère rester seule ou, au contraire, en a peur).
- Si la situation le permet et si la personne le souhaite, s'assurer qu'elle puisse aller dans un endroit calme ou paisible après.

Quel que soit le lieu où il survient (enregistrement, phases, etc.), un décès est à accompagner dans le calme et la dignité. Il faut par ailleurs éviter que des personnes non concernées viennent observer, rendant la situation encore plus délicate et difficile. Lorsque le décès survient, que l'accompagnant en est informé, il peut lui être proposé de se recueillir auprès du corps. Mais cette démarche doit une fois de plus prendre en compte la culture et l'individu : dans certaines cultures il n'est pas admis que la mère voit le corps mort de son enfant, ou encore la mère peut ne pas le souhaiter ou s'en sentir incapable, ce qui n'est ni grave ni mal.

Dans la mesure du possible, contacter les autres membres de la famille. Ils peuvent souhaiter être présents lorsque l'enfant est dans un état critique pour partager ensemble ces derniers moments. Par ailleurs, ils sont un soutien pour l'accompagnant et peuvent l'aider dans cette situation (l'accompagnant ne devrait pas avoir à assumer et à gérer seul ces moments difficiles).

Aider l'accompagnant à faire face à l'annonce à la famille, informer les autres parents au préalable, les impliquer dans les décisions à prendre quant à la suite des événements peut être utile.

La prise en considération des autres accompagnants et bénéficiaires qui sont témoins de la situation est essentielle. Leurs appréhensions, leurs peurs peuvent être accrues. Par ailleurs, la mort d'un bénéficiaire peut remettre en cause la confiance dans le traitement, voire faire circuler des rumeurs comme par exemple le fait que le lait est empoisonné ou qu'un mauvais esprit est là... ouvrir un espace d'échanges et de parole, expliquer ce qui s'est passé, rassurer les autres mères peut être essentiel.

Lorsque l'annonce est faite, que la suite des événements est décidée, la mère est dans certains cas accompagnée en attendant son départ. Le fait de se retrouver avec des enfants guéris qui rentrent chez eux peut être ressenti comme une souffrance supplémentaire et une injustice alors qu'elle vient, elle, de perdre le sien. Assurez-vous qu'elle est prête à supporter cette situation ou proposez-lui une autre alternative que la salle des sortants.

Le responsable psychosocial peut être sollicité afin d'accompagner le parent endeuillé et lui offrir un cadre d'écoute et de parole pour exprimer son ressenti, en attendant son départ du centre.

X. LES RESSOURCES HUMAINES

À RETENIR

- L'amélioration des pratiques de soins et la prise en compte du bien-être psychosocial dans le traitement de la malnutrition est l'affaire de tous, mais il est important d'identifier clairement les responsabilités de chacun.
- Des formations mettant en évidence l'importance des pratiques de soins dans le traitement de la malnutrition doivent être proposées à toutes les personnes intervenant auprès des bénéficiaires. L'intégration du traitement de la malnutrition dans les centres de santé rend très complexe la mise en œuvre des activités de pratiques de soins. La créativité et les échanges avec les responsables des ressources humaines sont alors des dimensions clés pour parvenir à s'adapter. Certains éléments tels que la prise en charge de la santé mentale (comme la dépression maternelle) ou le développement infantile précoce qui font aujourd'hui partie des recommandations de prises en charge dans les soins de santé primaires sont des atouts.

COMPRENDRE

1. Les compétences nécessaires

Le personnel impliqué dans la lutte contre la malnutrition doit être préparé de façon spécifique pour travailler avec les personnes suivies dans les centres ou en ambulatoire. Leur discours et leurs gestes doivent éviter de créer chez leurs interlocuteurs un sentiment de culpabilité ou de dévalorisation.

- La connaissance : ils doivent maîtriser les informations concernant la malnutrition et son traitement, les notions médicales plus générales, ainsi que celles concernant les pratiques de soins infantiles et le développement de l'enfant.
- Le sens de l'écoute : la responsabilité des parents est importante et ils peuvent avoir des craintes, des appréhensions, des questions. Il est important que les animateurs prennent le temps d'écouter les parents, qu'ils entendent ce qu'ils ont à dire, afin d'y répondre en leur apportant les informations nécessaires. Il faut être capable de repérer les signes même s'ils ne sont pas clairement exprimés. La personne ne parle pas toujours ouvertement de ses difficultés de peur d'être mal jugée, accusée d'incompétence ou de négligence...
- Le sens de l'observation : ils doivent être capables d'observer à la fois les parents et le bénéficiaire, de repérer les éventuels problèmes, les faiblesses, et d'agir en conséquence.

Ils doivent faire comprendre à la mère son rôle de partenaire et que l'animateur n'est pas là pour l'évaluer ou la juger, mais plutôt travailler avec elle dans l'intérêt de l'enfant.

2. Les personnes impliquées dans l'amélioration du bien-être psychosocial et des pratiques de soins dans les programmes de nutrition

Ce chapitre est basé sur des exemples de programmes en nutrition. Les profils ci-dessous définis sont donc des exemples. Il est important de s'attacher avant tout aux activités à mettre en œuvre puis de définir

les personnes qui peuvent s'en charger en fonction de la configuration du programme et alors de les former aux compétences requises. En effet, nous pouvons avoir des programmes nutritionnels mis en place par ACF dans lesquels nous pouvons configurer l'équipe comme nous le souhaitons. Cependant, de plus en plus fréquemment, la mise en œuvre se fait en partenariat avec des centres de santé ou des ONG locales. Dans ce cadre, il faudra définir à chaque fois, la façon dont les activités vont être réparties et les personnes en charge. Sachez toutefois que « la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant » recommandée par l'OMS comprend un chapitre sur les soins pour favoriser le développement de l'enfant (http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/imci/en/index.html). Dans cette stratégie globale sur les soins de santé primaire, vous trouverez donc des arguments pour convaincre de l'utilité d'une formation sur le développement infantile dans les centres de santé primaire aussi bien pour les enfants malnutris que pour les autres enfants. Dans un autre domaine, le programme MhGap vise à intégrer la prise en charge de la santé mentale dans les soins de santé primaire. On y mentionne entre autres la dépression maternelle et la nécessité de la prendre en charge. Il est donc utile de connaître ces différents dispositifs qui permettent de faire le lien entre les différents services offerts à la population dans les centres de santé primaire et d'encourager à la formation du personnel de santé sur des thématiques pratiques de soins importantes dans le cadre du traitement de la malnutrition et plus largement pour favoriser de meilleurs développement, croissance et survie de l'enfant.

a. Équipe du programme de nutrition

Toutes les personnes travaillant dans le cadre d'un programme de nutrition peuvent avoir un impact sur les pratiques de soins et le bien être des bénéficiaires et de leurs accompagnants.

En effet, comme décrit dans la fiche concernant notamment l'accueil, la façon de se présenter et de prendre en considération les personnes qui arrivent, les conseils donnés sur les pratiques de soins, la communication établie avec les mères et les enfants, les explications fournies sur le traitement, les manipulations, le processus, sont autant d'éléments qui vont aider la mère à avoir ou reprendre confiance en elle et vis-à-vis des professionnels de santé, et qui vont également aider les enfants à se sentir plus à l'aise, rassurés.

Qu'il s'agisse d'un infirmier, d'un mesureur, de celui ou celle en charge de distribuer les rations, que l'on soit dans un CNT ou dans un CNA, dans un centre géré par ACF ou par le ministère de la santé, l'intégration des pratiques de soins se fait à travers l'ajustement des attitudes bien avant la mise en place des activités spécifiques.

Il est donc essentiel que toute l'équipe soit sensibilisée aux aspects liés au bien-être des patients et aux pratiques de soins, former à l'accueil, à la communication et à l'importance de la relation soignant-soigné.

b. Professionnels chargés des activités en lien direct avec les pratiques de soins

Selon les contextes d'intervention, les possibilités financières et humaines, les diplômes disponibles dans les pays, la culture locale et de nombreux autres facteurs, les personnes en charge de la prise en compte du bien être psychosocial et de l'amélioration des pratiques de soins varient d'un pays à l'autre, voire d'une base à l'autre.

Cela implique des compétences différentes et la mise en place d'activités pouvant varier, en quantité aussi bien qu'en qualité.

Dans tous les cas, il est indispensable d'identifier la personne qui sera en charge de mettre en place les activités, celle qui aura pour objectif de les animer, et celle qui sera responsable du matériel. Selon les contextes et les moyens disponibles, il pourra s'agir de la même personne ou de plusieurs personnes différentes.



Les responsabilités de chacun devront être clairement établies, définies, et les formations appropriées devront être dispensées.

L'idée principale est d'assurer la présence de personnes spécifiquement formées aux pratiques de soins et de leur donner les outils et moyens nécessaires pour la mise en place de certaines activités qui seront les plus adaptées aux besoins et à la culture des bénéficiaires.

➔ **Travailleurs psycho-sociaux**

Les professionnels directement en charge de ces activités peuvent donc être, idéalement, des travailleurs psycho-sociaux, ayant une formation spécifique en psychologie et une sensibilité particulière pour les relations mère-enfant.

Dans les contextes de crise ou d'événements particulièrement stressants, une formation spécifique pourra être un atout pour permettre une meilleure prise en charge des personnes en souffrance.

Ces travailleurs psycho-sociaux seront amenés à mettre en place et assurer la supervision des activités telles que les sessions de jeu, les entretiens individuels, les discussions de groupe.

Ces profils pourront travailler sur des programmes nutritionnels pour la mise en place du paquet minimum de pratiques de soins ou travailler dans de programmes Santé Mentale & Pratiques de Soins pour une intervention beaucoup plus approfondie.

➔ **L'animateur**

Il organise et anime les sessions de jeux. Il est également responsable de l'entretien de l'espace (hygiène de la salle et des jouets, décoration...).

L'animateur devra proposer des jouets ou/et des activités en fonction de l'âge des enfants du groupe. Il est présent pour stimuler le jeu entre la mère et l'enfant et soutenir ceux qui sont en difficulté.

Pendant la session, il devra être capable d'équilibrer son temps entre des moments privilégiés avec un enfant et son accompagnant, de façon individuelle, et d'autres, où il se déplace au sein du groupe pour observer et guider la session de façon globale.

Pendant la session, il doit être capable d'inviter à jouer, de laisser jouer, de conseiller la mère sur les activités et les jouets, ainsi que sur son attitude vis-à-vis de son enfant.

Le travail de l'animateur doit être ajusté et adapté à chaque groupe (en fonction de l'âge et des caractéristiques des enfants) et à chaque tandem mère-enfant.

L'attitude de l'animateur doit avant tout mettre en confiance tous les participants, expliquer, informer, mais aussi écouter et répondre aux questions et aux attentes de chacun.

L'animateur doit valoriser l'aspect ludique des activités et offrir un moment de détente et de plaisir. Il facilite le jeu en proposant des activités intéressantes accompagnant les enfants, sans toutefois imposer la participation ou les jouets. Il est important d'inciter au jeu et non de forcer.

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

- vis-à-vis des adultes : selon ce qu'ils ont vécu, leur isolement peut être important et nécessiter des jours, des mois voire des années de travail, sans résultats immédiats visibles, ce qui ne signifie pas pour autant que c'est inutile. L'animateur ne doit pas se décourager, mais persévérer dans sa démarche, car ses interlocuteurs ont besoin de se sentir considérés comme des individus à part entière, avec le sentiment qu'on fait attention à eux sans être toutefois capable de répondre.
- Vis-à-vis des enfants et de leurs accompagnants : en raison de la maturation propre des enfants la mère aura envoyé 100 fois le ballon à l'enfant avant qu'un jour, il le lui renvoie.

L'animateur est responsable de la mise en place des activités et du suivi des relations entre la mère et l'enfant.

L'animateur dans le CNT

Il joue un rôle essentiel dans la dynamique du centre et il est indispensable d'accorder une importance particulière à son recrutement et à la définition de son profil de poste. L'animateur fait partie intégrante de l'équipe, son action ayant un impact direct sur le traitement de la malnutrition. Cependant, il ne doit pas être le seul responsable de l'animation dans le centre. Pensez au sexe de l'animateur : dans certains contextes, une femme sera plus adaptée pour travailler avec des femmes.

Ses journées s'organisent :

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

La personnalité de l'animateur est importante : il doit aimer le contact et se sentir à l'aise avec les adultes, les enfants comme avec les bébés, être enjoué et créatif, faire preuve d'empathie. Son rôle n'est pas de juger les personnes, ni de se transformer en enseignant.

Il peut devenir relais entre les bénéficiaires et les équipes soignantes à travers des échanges fréquents avec les bénéficiaires qui permettent d'établir une relation de confiance. Ces derniers lui confieront alors plus facilement leurs difficultés ou leurs maux qu'il pourra référer, si besoin est, au personnel médical. De la même façon, les équipes lui signalent les personnes tristes, qui ont besoin d'un accompagnement plus personnel. Il sert également de lien entre les bénéficiaires en initiant des activités. Son rôle est de favoriser les interactions : initier les échanges, stimuler les personnes, instaurer un climat de partage et de plaisir (jeux et animations spontanées au cours desquels il n'interviendra pas forcément).

Dès la phase 1, l'animateur parle à l'enfant, lui sourit, essaie d'entrer en contact mais peut n'obtenir une première réponse qu'après plusieurs jours, voire plusieurs semaines : il découvrira alors souvent que l'enfant se rappelle très bien de tous les petits contacts qu'ils ont eus auparavant et que la confiance s'installera très rapidement.

L'animation avec les mères et les bébés requiert une attitude un peu particulière puisqu'il s'agit de valoriser la relation mère/enfant ; c'est la raison pour laquelle il est important que les interventions se fassent le plus souvent possible avec les deux. Il ne s'agit pas de donner des leçons à la mère, mais de l'amener à interagir avec son enfant. Jouer, parler, rire avec l'enfant peut être un moyen plus efficace de montrer à la mère la voie à suivre, lui donner des consignes... (Si la mère voit l'enfant sourire et réagir avec l'équipe, elle aura envie d'essayer de faire la même chose). Il est essentiel de mettre en valeur les échanges entre la mère et l'enfant (regards, sourires, gestes..).

L'animateur dans les CNA

Dans le cadre des CNA, les animations doivent être intégrées au processus de soin et de suivi des bénéficiaires. Il s'agit donc, selon les contextes, de trouver non seulement le moment le plus approprié pour la mise en place des activités, ainsi que les personnes qui seront le plus à-mêmes de les mener (en terme de disponibilité et de compétences).



➔ Les promoteurs de la santé

Certains pays, ou certaines bases, peuvent ne pas avoir de travailleurs psycho-sociaux.

Dans ces cas, certaines activités peuvent être menées par les promoteurs de la santé en leur apportant un complément de formation approprié.

Déjà en charge des tests d'appétit, ils peuvent éventuellement être amenés à gérer d'autres activités telles que les sessions de jeu ou des discussions de groupe.

➔ Les visiteurs à domicile

Leur recrutement est particulier. Certaines précautions doivent être prises, comme, par exemple, ne pas envoyer une femme seule faire les visites dans certains contextes difficiles, ou de ne pas recruter un homme lorsque la culture interdit aux femmes de les recevoir.

Les visiteurs à domicile doivent également faire preuve de respect du fait qu'ils se rendent dans le domicile des personnes, dans leur intimité. Il ne vient pas évaluer ou juger, mais aider.

Etant autonomes lors des visites, ils doivent être capables de faire face aux éventuelles difficultés rencontrées au domicile. Ils ont à gérer les situations et peuvent être amenés à prendre des décisions importantes, comme par exemple le retour au centre.

c. Les volontaires communautaires

Dans certains pays, particulièrement lorsqu'ACF travaille en intégration avec le ministère de la santé, ce sont les personnels du ministère de la santé et/ou les volontaires communautaires qui sont en charge du suivi des bénéficiaires lorsqu'ils sont traités à domicile et non pas les visiteurs à domicile employés par ACF. Les volontaires communautaires sont moins formés et ont moins de temps disponible. En conséquence, ils peuvent apporter un soutien différent de celui apporté par les équipes ACF.

Les volontaires communautaires doivent être formés sur les signes et le traitement de la malnutrition. Ils doivent pouvoir repérer les signes pendant le traitement à domicile indiquant la nécessité pour l'enfant d'être référé au centre (refus de manger, vomissements, diarrhées...). Ils doivent également être capables de transmettre des informations simples sur les pratiques de soins. Cela peut inclure des connaissances sur l'allaitement, l'hygiène, le développement de l'enfant ... en fonction des besoins identifiés dans les zones d'intervention. Mais le rôle principal des volontaires communautaires est de sensibiliser la communauté à la malnutrition, d'identifier et de référer les cas d'enfants malnutris afin d'augmenter la couverture des programmes nutritionnels.

Généralement, des volontaires communautaires sont présents sur les sites des CNA. Il est pertinent et important de les impliquer dans le suivi et la prise en charge des bénéficiaires (cf. la partie concernant les visites à domicile). Ces volontaires, notamment en charge des visites à domicile, peuvent également être impliqués pour animer certaines activités, telles que les sessions de jeu. Dans ce cas, une petite formation permettant de leur faire prendre conscience de l'importance du jeu pour les enfants et de la nécessité du lien mère-enfant devra leur être proposée.

Les animateurs ACF et les volontaires communautaires doivent avoir des compétences spécifiques et globales, être polyvalents et répondre à des demandes très variées.

Dans certains pays, notamment en Ethiopie, le gouvernement met en place des programmes d'extension des services de santé (Health Service Extension Programme - HSEP). Il s'agit d'une approche novatrice visant à pallier le manque de personnel en personnel médical et les difficultés rencontrées par les populations pour se rendre aux services de santé parfois trop éloignés. Le gouvernement forme donc des « Health extension workers » (HEW), notamment en charge de prodiguer des soins de base et de promouvoir l'hygiène et la santé dans les villages les plus éloignés. Ces HEW sont généralement impliqués dans le cadre des CNA, qu'il leur arrive par ailleurs de gérer eux-mêmes²⁰.

METTRE EN ŒUVRE

1. Former et accompagner l'ensemble de l'équipe

Comme expliqué précédemment, il est important que toutes les personnes intervenant dans le cadre des programmes de nutrition soient sensibilisées à l'importance des pratiques de soins et au bien-être psychosocial.

Cette formation vise à développer certaines compétences de base, telles que la communication et l'observation, et ainsi d'assurer la meilleure intégration possible des différents éléments pouvant améliorer les pratiques de soins et le bien-être psychosocial des bénéficiaires (et de leur accompagnant le cas échéant).

Il s'agit donc de renforcer les connaissances et les compétences de l'ensemble de l'équipe sur les besoins basiques de l'enfant, l'importance des interactions avec sa mère et la nécessité de jouer (cf fiches correspondantes, notamment l'importance de la relation mère/enfant et les besoins de l'enfant et son développement)

Cette formation peut également être orientée vers les gouvernements afin de renforcer leur compréhension sur l'importance de la prise en compte du bien-être psychosocial et des pratiques de soins dans le cadre du traitement de la malnutrition, et ainsi les amener à intégrer ces éléments dans leurs protocoles nationaux.

2. Former les personnes en charge des activités sur les pratiques de soins

Il est nécessaire que les personnes en charge des activités en lien avec les pratiques de soins soient formées, sur l'enfant et son développement, sur l'organisation et l'animation d'activités et de jeux, sur l'allaitement et sur l'accompagnement des enfants et leurs mères. . Le jeu fait partie intégrante du traitement et non pas seulement dans le cadre formel des sessions de jeu mère-enfant. Toutes les personnes de l'équipe peuvent être amenées à proposer des activités aux enfants ou à répondre à leurs sollicitations.

L'animation des sessions de jeux exige une formation spécifique. Ces sessions sont généralement de la responsabilité de l'animateur et du travailleur psychosocial, mais la constitution des équipes varie d'un pays à l'autre, voire d'un centre à l'autre.

L'un des premiers aspects à mettre en place dans le cadre de cette formation est la représentation que l'équipe elle-même se fait du jeu et de l'action de jouer. Il peut être particulièrement bénéfique d'inciter dans un premier temps l'équipe à jouer et à se familiariser avec les différents types de jouets. Chacun pourra ainsi non seulement prendre conscience de l'importance du jeu, mais aussi partager et transmettre le plaisir de jouer ayant eux-mêmes éprouvé ce sentiment.

20 - Vous trouverez plus d'informations concernant ces HEW dans le document « management of severe acute malnutrition at health post level, document que vous pourrez vous procurer en suivant le lien suivant : <http://motherchildnutrition.org/resources/pdf/mcn-otp-quick-ref-manual-for-hew.pdf>



Les éléments principaux à transmettre dans le cadre de formations sur les sessions de jeu sont les suivants :

- les interactions mère-enfant (cf. fiche sur l'importance de la relation mère-enfant) ;
- l'enfant et son développement (cf. fiche correspondante) ;
- les activités et jouets à proposer ;
- le déroulement d'une session de jeu ;
- la place de l'animateur.

Le module d'autoformation sur les pratiques de soins peut être utilisé pour former le personnel soit en individuel, soit en reprenant certains éléments en groupe. Les vidéos notamment sont accessibles indépendamment du module.

ANNEXES

Annexe 1	
Prise en compte des stades de développement dans le choix des jouets et des activités	90
Annexe 2	
Exemple de jeux à proposer à des groupes d'enfants	92
Annexe 3	
Exemples d'activités mère-enfant	95
Annexe 4	
Activités de création pour les enfants et les accompagnants	97
Annexe 5	
Exemples de jeux d'extérieur	105
Annexe 6	
Jeux et de jouets pour les centres thérapeutiques	107
Annexe 7	
Exemples de jouets à avoir dans un centre recevant 50 enfants (jouets fabriqués et/ou achetés)	109

ANNEXE

01

Prise en compte des stades de développement dans le choix des jouets et des activités

MOTRICITÉ	LANGAGE	COGNITIF	SOCIAL ET JEU	TYPE DE JOUETS	ACTIVITÉS POSSIBLES
<ul style="list-style-type: none"> Mobilité globale quasi nulle, reste allongé. Capacité de succion. Voit clair à 20 centimètres. Dort la majorité du temps. Tient sa tête vers 3 mois. 	<ul style="list-style-type: none"> Cris ou bruits modulés selon l'état de malaise, de tension ou de bien être. Le sourire signera vite le plaisir puis l'entrée en relation. 	<ul style="list-style-type: none"> Pas vraiment d'intentions mais des réflexes. Fuite du déplaisir et recherche du plaisir. Apprend par expérience et répétition. 	<ul style="list-style-type: none"> Le regard va très tôt, d'abord brièvement, puis plus longuement, fixer le visage humain. L'enfant est dépendant de l'entourage pour retrouver son bien être. 	<ul style="list-style-type: none"> Boîtes à musique Mobiles Tapis d'éveil Hochets Poupées ou animal de chiffon 	<ul style="list-style-type: none"> Activités d'éveil sensori-moteur Motricité fine Activités affectives Grimaces face à face Massages
<ul style="list-style-type: none"> Se tient assis. Peut se déplacer par reptation. Pédalage. Préhension digito-palmaire (Porte les objets à sa bouche, manipule des cubes d'une main dans l'autre). 	<ul style="list-style-type: none"> Utilise son corps pour exprimer ses besoins. Rire gazouillis 	<ul style="list-style-type: none"> Commence à comprendre la permanence de l'objet vers 10 mois. Commence à s'intéresser aux détails. Est capable d'imitation. 	<ul style="list-style-type: none"> Le sourire est social et sélectif. Attentif aux visages, aux mimiques, à la voix. Echange avec la mère, développe les modes de communication tels que le jasis et par imitation réciproque des sons. Souhaite présence et contact de sa mère. 	<ul style="list-style-type: none"> Tapis d'éveil Portiques et arches Tableau d'activités Balles et ballons Jouets à emboîter et à empiler (cubes, légos...) Peluches Livres en tissus ou en carton téléphones, dinettes, set de docteur... Poupées et poupons Jouets à tirer ou à pousser Petites voitures Gros feutres ou peinture Puzzles simples 	<ul style="list-style-type: none"> Jeux de manipulation (motricité fine) : construire des tours, encastrer des légos... Motricité globale : tirer un chariot, pousser une poussette... Jeux d'imitation - activités d'imagination (lire des histoires, marionnettes...) Jeux symboliques (poupées)
<ul style="list-style-type: none"> Station debout, d'abord avec support (10 mois). Marche indépendante entre 10 et 16 mois. Pince pouce-doigt. Manipule longuement les objets à sa portée : les saisit, les serre contre lui, les regarde, les porte à la bouche, les suce, les mord. Peut boire seul. 	<ul style="list-style-type: none"> Apparition des 1^{ers} mots. Bisyllabismes 	<ul style="list-style-type: none"> Relation à la mère : Anxiété lorsqu'il est séparé de sa mère. Conscient du plaisir que lui procure sa mère, il désire ardemment sa présence. Il la connaît et la distingue des autres. Il aimerait poursuivre inlassablement les jeux à deux. A partir de 8-9 mois, il peut exprimer de l'inquiétude face à une personne inconnue. Peut jouer un moment seul. 	<ul style="list-style-type: none"> Relation à la mère : Anxiété lorsqu'il est séparé de sa mère. Conscient du plaisir que lui procure sa mère, il désire ardemment sa présence. Il la connaît et la distingue des autres. Il aimerait poursuivre inlassablement les jeux à deux. 	<ul style="list-style-type: none"> Jeux de manipulation (motricité fine) : construire des tours, encastrer des légos... Motricité globale : tirer un chariot, pousser une poussette... Jeux d'imitation - activités d'imagination (lire des histoires, marionnettes...) Jeux symboliques (poupées) 	<ul style="list-style-type: none"> Jeux de manipulation (motricité fine) : construire des tours, encastrer des légos... Motricité globale : tirer un chariot, pousser une poussette... Jeux d'imitation - activités d'imagination (lire des histoires, marionnettes...) Jeux symboliques (poupées)

MOTRICITÉ	LANGAGE	COGNITIF	SOCIAL ET JEU	TYPE DE JOUETS	ACTIVITÉS POSSIBLES
<ul style="list-style-type: none"> • Peut monter et descendre une marche. • Commence à courir. • Les gestes des membres supérieurs sont précis et orientés. • Il peut tenir sur un pied pour attraper un objet. • Il peut commencer à dessiner. • Aime pousser, tirer, emboîter, remplir, assembler, séparer. • S'intéresse aux images. • Commence les jeux symboliques. • Peut faire semblant. • A souvent un objet favori ou/et un objet transitionnel (doudou). • Il peut attraper un ballon et le relancer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Il passe du mot aux 1ères phrases. • Il peut dire non entre 18 mois et 2 ans. • Il possède un stock verbal de 100 à 300 mots. • Il varie les moyens de communication : dessin, langage, imitation. • Il est capable d'exprimer des sentiments (méfiance, chagrin, honte, colère). 	<ul style="list-style-type: none"> • Il commence à se faire une représentation mentale de son environnement (symbolisme). • Il est capable d'abstraction (se référer à un objet absent). • Il fait preuve d'opposition et développe son autonomie. • Opposition et imitation lui servent de moyens d'identification. • Il commence à chercher ses limites. 	<ul style="list-style-type: none"> • Il exerce son besoin d'autonomie. • Il a du plaisir à faire seul de nouvelles choses. • En même temps que sa recherche d'autonomie, il exerce ses besoins de dépendance affective (répugnance à s'endormir, nécessité de mise en place des rituels d'endormissement), manifeste désarroi et frustration. • Il entre en relation (après une période d'observation) avec d'autres personnes que ses proches. Il commence à jouer avec d'autres enfants, surtout un. • Sa mère reste la consolatrice en cas de malheur et pour les soins corporels. 	<ul style="list-style-type: none"> - Jouets d'encastrement - Poupées et poupons - Voitures et trains - Briques de construction - Feutres et peinture - Puzzles - Dinettes, sets de docteur, téléphones... - Livres - Ballons - Petites figurines - Quilles 	<ul style="list-style-type: none"> - Activités de manipulation - Activités symboliques (poupées, figurines...) - Imitations - Activités d'adresse - Début d'activités collectives - Activités motrices - Activités de créativité
<ul style="list-style-type: none"> • Il aime faire des activités physiques : courir, sauter, monter ... • Il est plus précis dans ses mouvements et peut sauter à la corde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Il peut parler, faire des phrases plus construites. • Il peut poser des questions et peut répondre aux questions qu'on lui pose. 	<ul style="list-style-type: none"> • Il développe la mémoire, l'imagination (il peut conter des histoires). • Il commence à développer sa propre personnalité. • Il prend plus conscience de son corps, des genres et des rôles sociaux. 	<ul style="list-style-type: none"> • Il comprend et respecte les règles. • Il aime jouer avec d'autres enfants et avoir des amis. • Il est capable d'imitations. • Il aime les histoires. Il utilise de plus en plus son imagination pour jouer. 	<ul style="list-style-type: none"> - Jeux de règles, Jeux de société - Poupées. Figurines - Voitures - Sets de docteur, dinettes - Tableaux noirs - Circuits - Livres - Déguisements - Dominos et mémos 	<ul style="list-style-type: none"> - Activités de mémorisation - Jeux collectifs - Jeux d'adresse - Activités symboliques - Jeux d'extérieur - Imitations - Activités de créativité et d'imagination

18-36 mois

3-5 ans

ANNEXE

02

Exemple de jeux à proposer à des groupes d'enfants

Les jeux avec les tout-petits sont essentiellement ceux mis en place avec la mère. Lorsqu'il grandit, l'enfant est capable de jouer seul avec des jouets, et peu à peu, il se socialise et commence à jouer avec d'autres enfants.

Les jeux proposés ci-après sont des exemples d'activités qu'il est possible de mettre en place avec des petits groupes d'enfants, selon leur âge.

→ JEUX POUR LES 2 - 3 ans

Saute-grenouilles

Tracer un grand cercle par terre (ou le faire-faire par l'enfant), qui représente la mare des grenouilles. Suivant l'endroit où se trouve l'enfant, tracer un cercle avec une craie ou en creusant dans la terre ou le sable avec un bâton. L'enfant doit rester à l'intérieur du cercle.

Désigner un meneur de jeu. Réunir tous les enfants autour de la mare, prêts à sauter au signal. Au signal "Dans la mare" tous doivent sauter à pieds joints dans le cercle. Les retardataires sont éliminés. Au signal "Sur la rive" tous doivent sauter à pieds joints en dehors du cercle représentant la mare et atterrir dans leur propre cercle. Les retardataires sont éliminés.

Feu rouge, feu vert

Répartir les enfants en deux équipes :

- l'équipe des voitures,
- l'équipe des piétons.

Choisir un signe pour distinguer les piétons des voitures (par exemple, les voitures mettent un chapeau). Désigner un meneur de jeu. Celui-ci prendra un disque rouge sur une face et verte sur l'autre qui servira de feu pour la circulation (le confectionner avec du carton et de la peinture ou des feutres). Choisir un temps pour la partie.

Au départ, les piétons et les voitures circulent librement. Quand le meneur de jeu montre le feu rouge, les voitures doivent immédiatement s'accroupir. Les piétons se lancent alors à la poursuite des voitures non accroupies et les capturent. Les voitures capturées deviennent alors des piétons.

Quand le meneur de jeu montre le feu vert, les voitures doivent immédiatement s'accroupir. Les piétons se lancent alors à la poursuite des voitures non accroupies et les capturent. Les voitures capturées deviennent alors des piétons.

Quand le temps est écoulé, c'est l'équipe la plus importante qui a gagné.

Jeux d'ombres

Tendre un drap dans l'encadrement d'une porte, placer une lampe à quelques mètres et jouer entre cette source lumineuse et la toile.

L'enfant peut ainsi créer un spectacle d'ombres chinoises. Quelques accessoires pourront agrémenter agréablement ce jeu, une poupée pourra ainsi devenir un personnage imaginaire...

→ JEUX POUR LES 3 - 4 ans

Le cercle à rire

Asseoir les enfants en cercle. Choisir un meneur et le sens de rotation (vers la gauche ou vers la droite).

Le meneur va faire une action (amusante) sur son voisin, par exemple lui chatouiller le ventre. Personne ne doit rire ni sourire, c'est la consigne à respecter. Celui qui ne respecte pas la consigne est alors éliminé.

Le voisin répète à son tour l'action sur son voisin et ainsi de suite. Lorsque l'action revient au meneur, il en choisit une autre. Si il est éliminé, c'est à son voisin de choisir une autre consigne. La consigne peut être choisie à tour de rôle. Le gagnant est le joueur le plus sérieux !

Chef d'orchestre

Choisir dans le groupe un enfant qui va s'isoler. Pendant ce temps, désigner le chef d'orchestre. Le chef d'orchestre dirige le groupe. Il décide avec quelle partie du corps vous allez faire du bruit, par exemple taper sur ses genoux, taper des pieds... et tout le monde doit l'imiter. A son retour, le joueur isolé doit essayer de repérer qui est le chef d'orchestre. Le nombre d'essais peut être déterminé au préalable (en fonction du nombre de joueurs).

Attention à ta queue

Les enfants s'accrochent quelque chose dans le dos qui symbolise une queue (foulard, morceau de tissu, chaussette...).

Au top départ, chacun doit essayer d'attraper le maximum de queues des autres joueurs tout en faisant attention à la sienne. Lorsqu'un joueur s'est fait attraper la queue il ne peut plus chasser. Le joueur qui a le plus de queues est le gagnant.

→ JEUX POUR LES 4 - 5 ans

Le train s'arrête

Désigner dans le groupe la personne qui va être la locomotive. Le jeu consiste en file indienne à suivre la locomotive en imitant sa façon d'avancer. Le meneur avance de façon loufoque comme il lui plaît et peut changer à tout moment (à cloche pied, en canard, en sautant...).

Attention, si la locomotive s'arrête et se retourne brusquement, tout le monde doit rester figé, peu importe la position.

La tête dans les nuages

Quand le ciel est bleu et un peu nuageux, faire allonger les enfants. Leur demander de regarder les nuages et de dire à tour de rôle ce qu'ils leur inspirent : un éléphant, un chien qui poursuit un monstre... Faire raconter une histoire pour chacune des trouvailles.

La marche guidée

Le jeu se joue à trois (au minimum).

Les enfants s'accrochent bras dessus, bras dessous, mais le joueur du centre est retourné. Les deux joueurs des extrémités guident le joueur du centre. Au départ la marche est lente puis on accélère l'allure, on tourne...

Cette course peut même s'organiser à plusieurs en alternant un joueur à l'endroit un joueur à l'envers. On peut inverser le jeu, et c'est alors le joueur du milieu qui mène les deux autres joueurs.

→ JEUX POUR LES 5 - 6 ans

La course folle

Matérialiser une ligne de départ et une ligne d'arrivée.

Faire asseoir tous les enfants le long de la ligne de départ, les jambes tendues reposant sur le sol. Au top départ ils doivent se lancer dans la course à la seule force de votre postérieur. Le gagnant est le premier arrivé.

1-2-3 kangourous

Voici une variante du fameux jeu 1-2-3 soleil.



Choisir un meneur.

Les joueurs, au lieu de courir vers le meneur qui est retourné, doivent sauter comme des kangourous.

Le meneur prononce 1-2-3 kangourous et se retourne brusquement.

Le joueur qui n'est pas tout à fait immobile prend alors la place du meneur.

La main détective

Désigner un meneur. Celui-ci va se retourner, face à un mur ou à un arbre, et va tendre une main derrière son dos.

Amusez-vous alors chacun votre tour à venir lui tapoter ou lui chatouiller la main.

Le joueur doit alors deviner qui c'est. Celui qui est démasqué prend alors sa place.

Mouvements en musique

Les enfants sont debout. Une musique est jouée et ils doivent bouger dans tous les sens.

Lorsque la musique s'arrête ils doivent rester immobiles.

Celui qui ne l'est pas est éliminé.

La musique repart jusqu'à ce qu'il n'y ait plus qu'un enfant, qui sera le vainqueur.

ANNEXE

03

Exemples d'activités mère-enfant

Le tableau suivant présente quelques activités qu'il est possible de mettre en place entre la mère (ou le substitut maternel) et l'enfant. Il ne s'agit que d'exemples à ajuster en fonction des possibilités, des moyens, des envies, des situations, des capacités... L'important à retenir est que les jeux entre mère et enfant peuvent être très simples, facile à mettre en œuvre et à refaire même après le passage dans un CNT.

TROIS GOBELETS	Se munir de 3 gobelets non transparents et d'un petit objet. Devant l'enfant, placez l'objet sous un gobelet. Permuter ensuite les gobelets. L'enfant doit être attentif et retrouver l'objet sous le bon gobelet.
SON MYSTÉRIEUX	Se positionner derrière l'enfant. Faire du bruit avec un objet, par exemple une bouteille d'eau qui est secouée. L'enfant pose alors des questions pour trouver ce qu'est l'objet. Répondez par oui ou non.
OBJET CACHÉ	Prendre un objet et le cacher sous une serviette. Demander à l'enfant de reconnaître l'objet caché, en premier en regardant la forme qu'a pris la serviette, et s'il ne trouve pas en tâtant ensuite la serviette.
PAPIER, PANIER	Prendre une feuille d'un vieux journal et faites-en une boule. Placer une corbeille au milieu de la pièce. Le jeu consiste à envoyer la boule de papier dans la corbeille. Eloigner ou rapprocher la corbeille suivant le niveau de difficulté souhaité. Il est également possible de poser la corbeille sur une chaise ou une table.
JEUX D'OMBRES	Tendre un drap dans l'encadrement d'une porte, placer une lampe à quelques mètres et jouer entre cette source lumineuse et la toile. Un spectacle d'ombres chinoises est ainsi créé. Quelques accessoires pourront agrémenter agréablement ce jeu, une poupée pourra ainsi devenir un personnage imaginaire...
TROUVER L'OBJET	Prendre un objet dans la pièce et le montrer à l'enfant. Le faire sortir de la pièce et poser cet objet dans un endroit qui soit ni trop caché, ni trop en évidence. Faire revenir l'enfant et lui demander de trouver l'objet.
DEVINE LE DESSIN	Faire un dessin sur une grande feuille sans que l'enfant ne regarde. Cacher quelques parties du dessin avec d'autres feuilles et demander à l'enfant de retrouver de quoi il s'agit. À chaque mauvaise réponse retirer une feuille.
CONSTRUCTION D'UNE TOUR	Avec l'enfant faire un gros tas de jouets et d'objets divers (qui ne cassent pas). Le séparer en deux tas, en prendre un et en donner un à l'enfant. Chacun pose à son tour un objet en les superposant, obtenant ainsi une tour originale. Essayer de la faire la plus haute possible. Le premier qui fait tomber la tour a perdu.
LE REFLET	Se placer à genoux face à l'enfant afin d'être à sa hauteur. Expliquer à l'enfant qu'il doit se comporter comme s'il était un reflet dans un miroir. Il doit reproduire les gestes et prendre les mêmes attitudes. Il lui faudra alors être aussi fidèle et rapide que possible.
BULLES DE SAVON	Diluer un peu de liquide vaisselle avec de l'eau dans un bol. Faire des bulles et entraîner l'enfant à les attraper, les écraser au sol, les souffler... A l'aide d'une paille, faire souffler l'enfant dans le bol. Il va créer une véritable magie de grappes de bulles !
OUVRIR, REMPLIR, FERMER	Aider l'enfant en mettant à sa disposition les éléments nécessaires à ce nouveau jeu. Rechercher des boîtes ou récipients pouvant être ouverts, fermés et remplis sans danger pour l'enfant, si possible varier les systèmes de fermeture et d'ouverture : Boîtes à chaussures, boîtes à compartiments, des récipients à bouchons (à conditions qu'ils ne puissent pas être avalés par l'enfant), petites boîtes, grandes boîtes, boîtes ou coffrets à tiroirs ou à couvercle, bac en plastique... Sélectionner un ensemble de petits objets (petits, mais suffisamment gros pour ne pas être avalés) que l'enfant pourra mettre dans les boîtes. Commencer à remplir une boîte, puis laisser l'enfant découvrir seul.
A QUOI TU PENSES ?	Penser à quelque chose. L'enfant doit retrouver l'objet en posant des questions auxquelles on répond par oui ou non. Quand l'enfant a trouvé, intervertir les rôles.
PARLER, PARLER...	Dès que le signal, l'enfant doit parler d'un sujet sans s'arrêter jusqu'au prochain signal. Le temps du discours peut être progressivement allongé et un sujet fixé à l'avance.
SÉRIE DE MOTS	Proposer à l'enfant une série de mots en prenant soin d'en répéter un. L'enfant doit retrouver le mot qui a été répété. Choisir le nombre de mots de la série en fonction de la difficulté souhaitée.



AVEC LES PIEDS	Proposer à l'enfant de faire des actes de la vie courante mais avec ses pieds à la place de ses mains. Lui demander par exemple de tenir un crayon, de saisir un petit objet...
CARTES DISPARUES	Prendre 3 à 6 cartes à jouer, ou des images. Les présenter à l'enfant. Ensuite en ôter une puis les présenter de nouveau à l'enfant. Il doit retrouver quelle carte est manquante.
DE QUELLE PROVENANCE ?	Énoncer des noms d'objets à l'enfant. À chaque mot, il doit en trouver l'origine. Par exemple, « La pluie : la pluie vient des nuages. » Plus compliquées comme « La confiture vient des fruits et du sucre. Les meubles viennent du bois qui vient des arbres. »
LE MOT MANQUANT	Dire à l'enfant une phrase dans laquelle il manque un mot. Par exemple, « Il faut se brosser les ... avec une brosse à dents et du dentifrice. » L'enfant doit retrouver le mot manquant. Inversez les rôles.
LE BON DESSIN	Sans que l'enfant ne regarde, choisir une illustration dans un livre. Ensuite, lui donner des indices pour qu'il retrouve l'image choisie. Par exemple dire « Je vois une rivière avec des enfants en train de se baigner ». Puis donner le livre à l'enfant. En feuilletant les pages, il doit retrouver l'image choisie. Vous pouvez inverser les rôles.
DESSIN EN LUMIÈRE	Afficher une feuille blanche sur un mur. Orienter une source de lumière vers ce support. Reproduire sur cette feuille l'ombre formée par un objet.
LES DOIGTS	Montrer à l'enfant un nombre de doigts en énonçant clairement le chiffre à voix haute. Puis cachez la (ou les) main(s) derrière le dos et demander à l'enfant de montrer le même nombre de doigts. Faire vérifier à l'enfant si il a le bon nombre de doigts en comparant les vôtres et les siens.
CHANSON INTERROMPUE	Chanter une chanson que l'enfant connaît bien en s'arrêtant de temps à autre. L'enfant doit alors chanter pendant les blancs.
L'OBJET MYSTÉRIeux	Bander les yeux de l'enfant ou lui demander de les fermer. Lui mettre un objet usuel dans les mains et lui demander de le reconnaître au toucher. Le jeu peut être compliqué en choisissant des objets peu familiers.
ATTRAPE LE BOUCHON	Donner à l'enfant un gobelet. Attacher un bouchon (ou autre petit objet) au bout d'une ficelle. Jouer au chat et à la souris. L'enfant doit poser le gobelet sur le bouchon pendant que vous le faites bouger en tirant la ficelle sur un support. Intervenir les rôles.
LA CHANSON INFINIE	Sur une mélodie choisie, proposer une phrase à l'enfant du style : dans la maison il y a une chambre. L'enfant doit alors continuer en faisant sa propre proposition, par exemple, dans la chambre il y a un placard. Ensuite chacun à tour de rôle continue la chanson jusqu'à ce que l'un des deux soit à court d'idées.
COMME...	Proposer un adjectif à l'enfant qui doit continuer en ajoutant un mot. Par exemple, sucré comme... un bonbon, ou bleu comme... le ciel.
L'INTRUS	Énoncer à l'enfant une série de mots ayant un rapport entre eux et glisser un intrus dans cette liste (singe, chien, chat, maison). À l'enfant de trouver l'intrus.
LE GARDIEN AVEUGLE	Poser un objet devant l'enfant, il doit le garder, mais sans le toucher ni le tenir. Bander les yeux de l'enfant et essayer de dérober l'objet. L'enfant doit tendre l'oreille pour essayer de vous en empêcher. Inverser les rôles dès qu'il vous attrape ou que vous réussissez à dérober l'objet.
HISTOIRE À DEUX VOIX	Proposer à l'enfant une phrase, point de départ d'une histoire. L'enfant doit trouver une seconde phrase pour continuer l'histoire et ainsi de suite à tour de rôle. Les rôles peuvent être inversés et ce sera l'enfant qui donnera la première phrase. Le thème de l'histoire peut être fixé avant de commencer.
LE SCHMILBLICK	Un jeu célèbre et amusant. Penser à un objet et en parler à l'enfant en le remplaçant par schmilblick. Par exemple, « Au marché, j'ai mis le schmilblick dans mon panier. » L'enfant doit alors poser des questions pour trouver le schmilblick.
LE SON INTERDIT	Choisir un son qui sera le son interdit. Chacun à tour de rôle proposer un mot qui ne doit pas contenir le son interdit. Chaque erreur donne un point à l'adversaire. La partie se joue en trois points. On peut varier en interdisant une voyelle ou une consonne (plus difficile).
CIEL, MER, TERRE	Dire « Ciel », « Mer » ou « Terre » et l'enfant doit donner à chaque fois le nom d'un animal volant, marin ou terrestre. Dès qu'il se trompe ou qu'il répète un mot les rôles s'inversent.
MOTS EN RAPPORT	Énoncer une liste de quelques mots (3 ou 4) présentant un point commun. L'enfant doit trouver le rapport entre les mots. Intervenir les rôles lorsqu'il a trouvé.
LE MENSONGE	Dire à l'enfant trois phrases dont une est fautive. Par exemple « les oiseaux ont des dents », « les vélos ont des roues » et « les chiens ont quatre pattes ». Ensuite, l'enfant, en posant des questions, doit trouver laquelle des phrases est fautive. Quand il a trouvé, les rôles peuvent être inversés.
HISTOIRE EN IMAGE	Avec l'enfant, choisir une image. À partir de cette photo, inventer à deux une histoire. Pour commencer, il est possible de donner un nom au personnage, parler de son environnement... Petit à petit, l'histoire va se construire.
CARTON SURPRISE	Mettre divers objets dans un carton fermé et troué afin de pouvoir y passer les mains. L'enfant doit toucher les objets sans les sortir du carton et deviner de quoi il s'agit. Une variante de ce jeu peut être de mettre des paires d'objets et de demander à l'enfant de retrouver au toucher les objets identiques.

Activités de création pour les enfants et les accompagnants

Plusieurs activités de création mises en place, peuvent être organisées pour les accompagnants, uniquement afin de leur apprendre à créer - des poupées, par exemple - qu'ils pourront utiliser avec les enfants dans le centre et ensuite au domicile. D'autres peuvent être organisées avec les enfants, mais dans la mesure où la plupart nécessite l'utilisation d'outils tels que les ciseaux, pouvant représenter un danger pour l'enfant, ce genre d'activités doit se faire avec la présence et l'implication des accompagnants.

Certaines créations peuvent avoir pour but de décorer, comme les premiers exemples proposés ci-après, tandis que d'autres permettent d'apprendre à créer des jouets pouvant être utilisés par les enfants ou avec eux.

Quoi qu'il en soit, ces activités développent la créativité des personnes qui y participent.

→ ANIMAUX SURPRISE

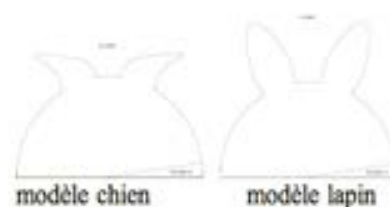


Matériel :

- Des ciseaux
- De la colle
- Une agrafeuse
- Du carton rigide (*Canson, chemise de bureau ou papier à dessin de couleur...*)
- Des gommettes
- De la laine
- Un crayon de papier

1. dessiner le modèle d'un animal sur une feuille (un chien, un chat, un lapin...) puis le découper.
2. Reporter les contours des gabarits sur du carton de couleur.
3. Découper les têtes d'animaux que vous venez de tracer. Formez un cornet en rapprochant les deux bords et les coller (ou les agraffer).
4. Découper une petite bande de papier et collez-la (ou agrafez-la) pour former une queue à l'arrière du cornet, au niveau de la partie du raccord. Friser la queue en raclant une lame des ciseaux sur toute la longueur de la bande.
5. Décorer chaque tête avec des gommettes. Vous pouvez également dessiner les yeux, le museau et les oreilles avec des feutres ou des crayons.
6. Pour terminer chaque cornet, agraffer quelques brins de laine en guise de moustaches.

Et voilà de jolis cornets prêts à recevoir des surprises pour que la fête soit réussie !





→ LE MOULIN À VENT



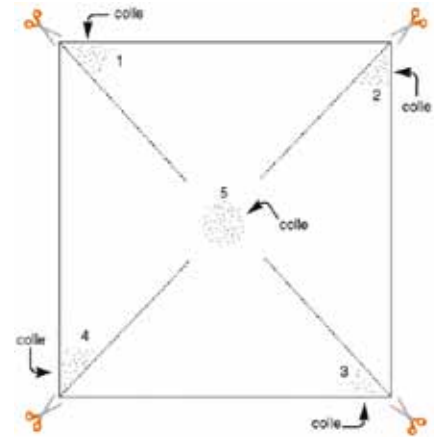
Matériel :

- Du carton rigide (Canson, chemise de bureau ou papier à dessin de couleur...)
- De la colle universelle
- Une baguette en bois (grande allumette...)
- Une perle
- Du scotch
- Une épingle avec une tête perle*
- Des ciseaux

* Si tu es trop petit, demande à un adulte de se servir de l'aiguille afin de ne pas te faire mal. Ce conseil tient également pour les ciseaux.

1. Recopier le gabarit et le découper soigneusement.
2. Fixer le gabarit sur une feuille de couleur rigide avec du scotch. Coupez les diagonales en suivant le tracé des pointillés.
3. Découper ensuite le carré.
4. Encoller la pointe des 4 angles 1, 2, 3 et 4 et le centre 5 en suivant le modèle. Rabattre 1 sur 5, puis 2 sur 1, 3 sur 2 et enfin 4 sur 3.
5. Au centre, piquer l'épingle à travers les 4 pointes rabattues. Retournez le moulin, enfiler une perle sur l'épingle, puis piquez la pointe de l'épingle sur la baguette ; faites bien attention de ne pas coller le moulin.

Voilà c'est fini!



→ PAPILLON

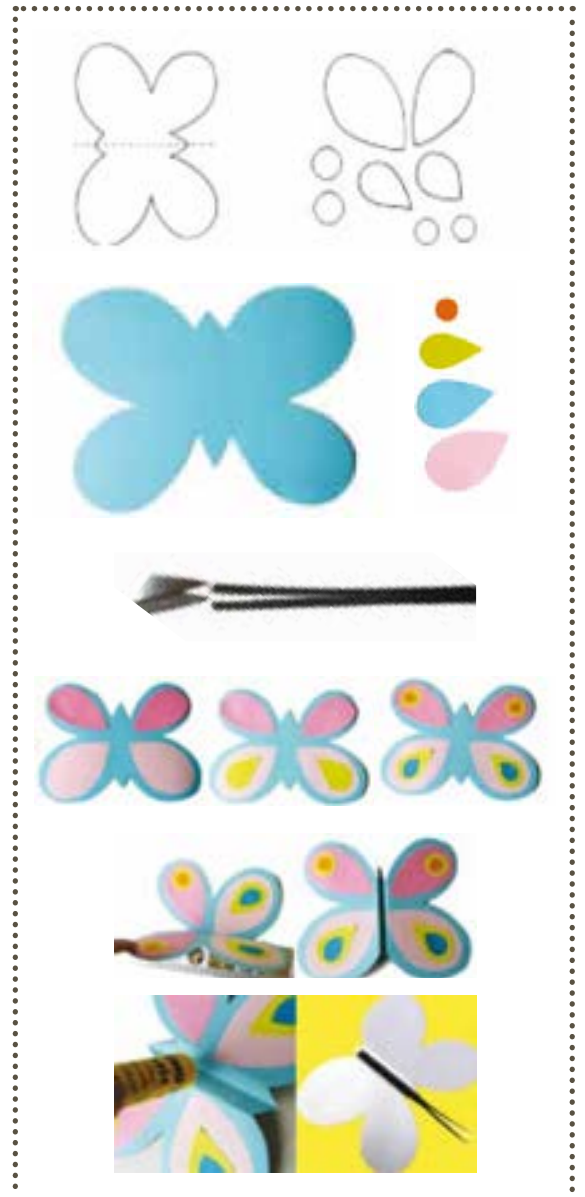


Matériel :

- Des feuilles de papier en couleur
- Des ciseaux
- De la colle en bâton
- Une baguette de bois
- Une règle

1. Recopier le modèle de papillon et de taches puis les découper
2. Préparez toutes les pièces :
Papillon, taches de différentes couleurs et de différentes tailles.
Couper une bande de papier noir par papillon et fendez-la en deux avant de la plier sur toute la longueur
3. Disposer tous les éléments sur la table. Décorer les papillons en collant les tâches de couleur les unes sur les autres.
4. Plier le papillon en deux en vous aidant d'une règle.
5. Replier les ailes de papillon de chaque côté du corps. Mettre de la colle entre les deux ailes du papillon. Coller les antennes noires à l'intérieur du corps.
6. Laisser sécher et fixer le papillon sur une baguette de bois.

Voilà c'est fini!



→ MOBILE PAPILLONS



Matériel :

- Des feuilles de papier couleur
- Des ciseaux
- De la colle en bâton
- Une baguette de bois
- Une règle

1. Faire plusieurs papillons comme expliqué précédemment.
2. faire un trou au centre de chaque papillon et y glisser un fil de nylon.
3. Fixer et équilibrer les papillons sur les baguettes de bois pour faire le mobile. **Voilà c'est fini !**



→ MOBILE PAPILLON UNIQUE

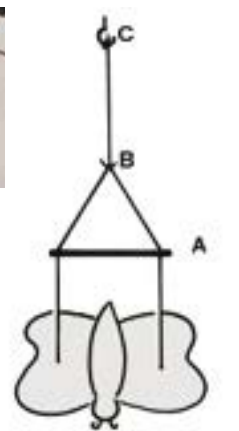


Matériel :

- Carton fort de 1 mm minimum (plus le carton sera lourd, plus le battement des ailes aura de l'élan)
- Ciseaux
- Ciseaux à ongles
- Cutter
- Colle en bâton
- Fil de nylon ou fil de lin
- Baguette de bois de type balsa (magasin beaux-arts/travaux manuels, bricolages, modélisme)
- 4 attaches parisiennes de gros diamètre
- Une grosse perle

1. Recopier le modèle du papillon et le colorier dans les couleurs de votre choix.
2. Découper les ailes et le corps en suivant les contours du dessin.
3. Coller les différentes parties du papillon sur du carton fort. L'idéal est de trouver un carton assez lourd mais pas trop épais (environ 1mm) pour pouvoir le couper assez facilement aux ciseaux.
4. Découper. Faire attention au niveau des antennes, la découpe est difficile, il est préférable de la faire au cutter (uniquement par les parents). Pratiquer des incisions à l'aide de la pointe des ciseaux à ongles au centre des deux spirales et des coeurs des deux fleurs. Insérer une attache parisienne dans chacune des fentes (c'est juste pour faire joli!).
5. Pratiquer des trous avec la pointe des ciseaux à ongles aux endroits indiqués sur le patron.
6. Commencer par les articulations des ailes. Attacher les articulations avec le fil de nylon en nouant à l'arrière.
7. Perforer de la même façon le centre des ailes puis le centre du corps. Attention à bien respecter les emplacements indiqués, l'équilibre de votre papillon en dépend! Pour les ailes, nouer devant et faire ressortir le fil assez long à l'arrière. Pour l'abdomen, nouer à l'arrière et laisser pendre le fil devant.
8. Attacher une perle assez lourde au bout du fil de l'abdomen.
9. Récupérer les deux fils des ailes à l'arrière et les nouer à la petite baguette en bois coupée à environ 15 cm. Ajuster pour que les deux fils soient à la même longueur et laisser dépasser encore 15 bons cm de fil.
10. Lever le tout.
11. Au repos les ailes du papillons doivent être approximativement dans l'alignement du corps, c'est-à-dire tout à plat. Si le papillon penche un peu ou que les ailes sont un peu trop relevées (ce qui ne devrait pas être le cas si les perforations ont bien été pratiquées) vous pouvez tricher un peu en rajoutant des petits bouts de carton pour lester les ailes à l'arrière.
12. Après avoir attaché les fils des ailes à la baguette (A), relier les deux fils qui dépassent entre eux (B), puis attacher un troisième fil et attacher le au plafond soit simplement avec une punaise autour de laquelle le fil sera noué soit avec un crochet vis (C).

Voilà c'est fini!



→ POUPÉES DE LAINE

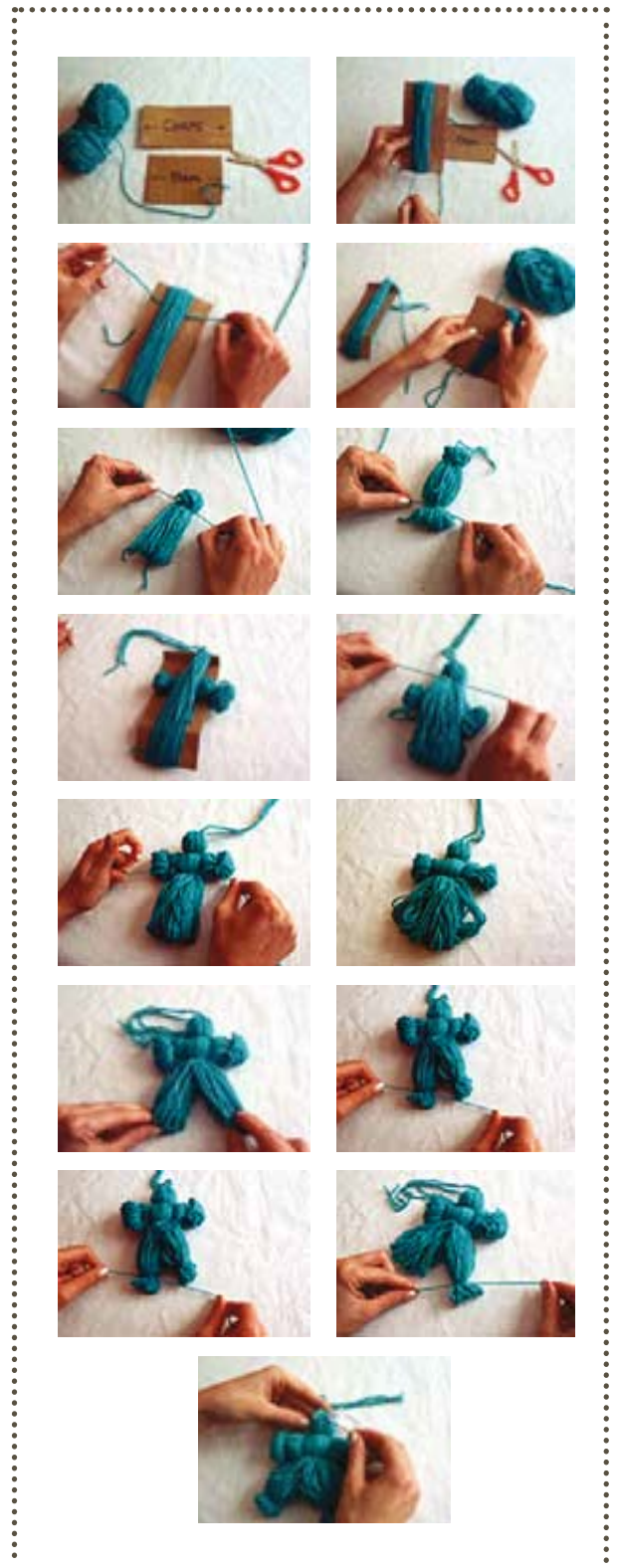


Matériel :

- Des ciseaux,
- De la laine,
- Du carton rigide,
- Une aiguille à laine (à manipuler par un adulte ou sous le contrôle d'un adulte).

1. Pour commencer, découper 2 rectangles de carton rigide, l'un de 7 cm x 16 cm, l'autre de 7 cm x 12 cm.
2. Prendre le plus grand rectangle et enrouler de la laine autour dans la plus grande longueur.
3. Lorsque que vous obtenez une épaisseur désirée de laine pour le corps, glissez un brin de laine au milieu de l'écheveau le nouer à l'une des extrémité.
4. Recommencer la même opération avec le plus petit rectangle de carton pour former les bras.
5. Retirer les bras du carton et nouez un brin de laine à environ 1cm de chaque extrémité pour former les mains de la poupée. Pour obtenir des mains rondes, pour chaque main, glisser d'abord un brin de laine au milieu de l'écheveau et le nouer (comme à l'étape 3). Puis nouer un second brin de laine à environ 1cm de chaque extrémité. La petite poupée rose de l'illustration a été réalisée avec des mains rondes.
6. Glisser les bras dans le corps avant de retirer le carton.
7. Nouer un brin de laine à environ 2 cm de l'extrémité, au dessus des bras, pour former la tête.
8. Bien tasser les bras contre la tête et nouer un second brin de laine juste au dessous des bras.
9. À ce stade vous obtenez une petite poupée en robe. Se reporter à l'étape 12 pour les finitions. Vous pouvez également continuer pour réaliser une petite poupée en pantalon.
10. Séparer le bas du corps en deux paquets de même épaisseur.
11. Pour chacune des jambes, nouer un brin de laine pour former les pieds à environ 1 cm de l'extrémité (Si vous souhaitez obtenir des pieds ronds, pour chaque pied, glisser d'abord un brin de laine au milieu de l'écheveau et nouez-le (comme à l'étape 3). Puis nouer un second brin de laine à environ 1cm de chaque extrémité).
12. Décorer votre poupée en lui brodant des yeux, un nez et une bouche. Vous pouvez aussi lui mettre un petit nœud.

Et voilà une petite poupée toute douce à emporter partout. Vous pouvez également réaliser plusieurs poupées et les accrocher à un fil pour réaliser une jolie guirlande décorative. Amusez vous à varier les couleurs.





→ LE MONSTRE MANGEUR DE BALLE



Matériel :

- Des ciseaux
- De la colle universelle
- Du scotch
- Une boîte en carton
- Un morceau de carton (boîte de céréales...)
- Un crayon de papier
- Du feuille de calque
- De la peinture
- Des pinceaux
- Des balles (de ping-pong, tennis, en mousse...)
- un cutter*

*Si tu es trop petit, demande à un adulte de se servir du cutter.

1. Pour commencer, dessiner ou recopier le petit monstre. Ajuster la taille à la taille du carton.
2. Découper le petit monstre sur une des faces du carton à l'aide du calque et du crayon de papier.
3. À l'aide du cutter, évider la bouche du petit monstre. Sur la même face du carton, dans la partie basse, évider trois demi-cercles. Faire bien attention que la bouche et les demi-cercles soient plus larges que les balles utilisées.
4. À l'intérieur de la boîte mangeuse de balles, positionner avec le scotch un morceau de carton dirigé vers le bas au niveau des trous en demi-cercles, comme sur la photo.
5. Pour terminer, décorer le monstre mangeur de balles. Vous pouvez fabriquer des balles, en froissant des feuilles de papier et en les entourant de scotch.

Et voilà, bon amusement avec le petit monstre gourmand, pour devenir des champions de lancé !



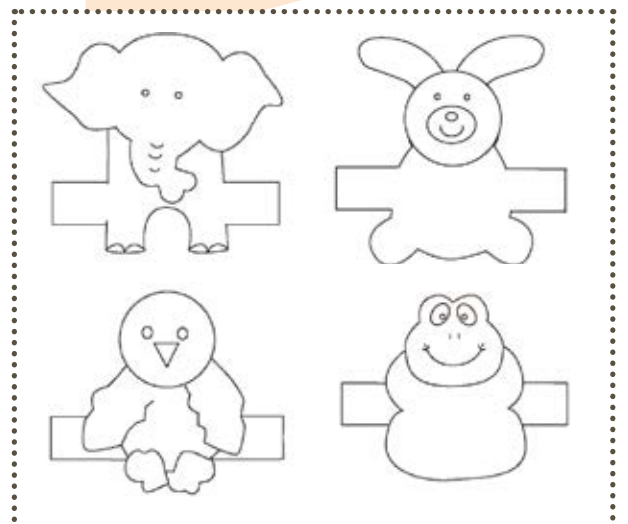
→ MARIONNETTES À DOIGTS

Matériel :

- Du papier blanc ou de couleur
- Des ciseaux
- De la colle
- Des feutres

1. Dessiner un animal comme ceux présentés sur cette feuille ou les recopier.
2. Découper les figurines et le faire décorer par votre enfant à l'aide de feutres ou de gommettes.
3. Coller les languettes à l'arrière de chaque animal.

Votre enfant animera les figurines qu'il se mettra comme des bagues sur les doigts !



→ MINI THÉÂTRE



Matériel :

- Deux cartons
- Du papier crépon
- Un crayon
- Une règle
- Des ciseaux
- De la colle universelle
- Une agrafeuse
- De la gouache
- Une éponge
- Du ruban adhésif
- De grandes allumettes (ou baguettes chinoises, tuteurs...)

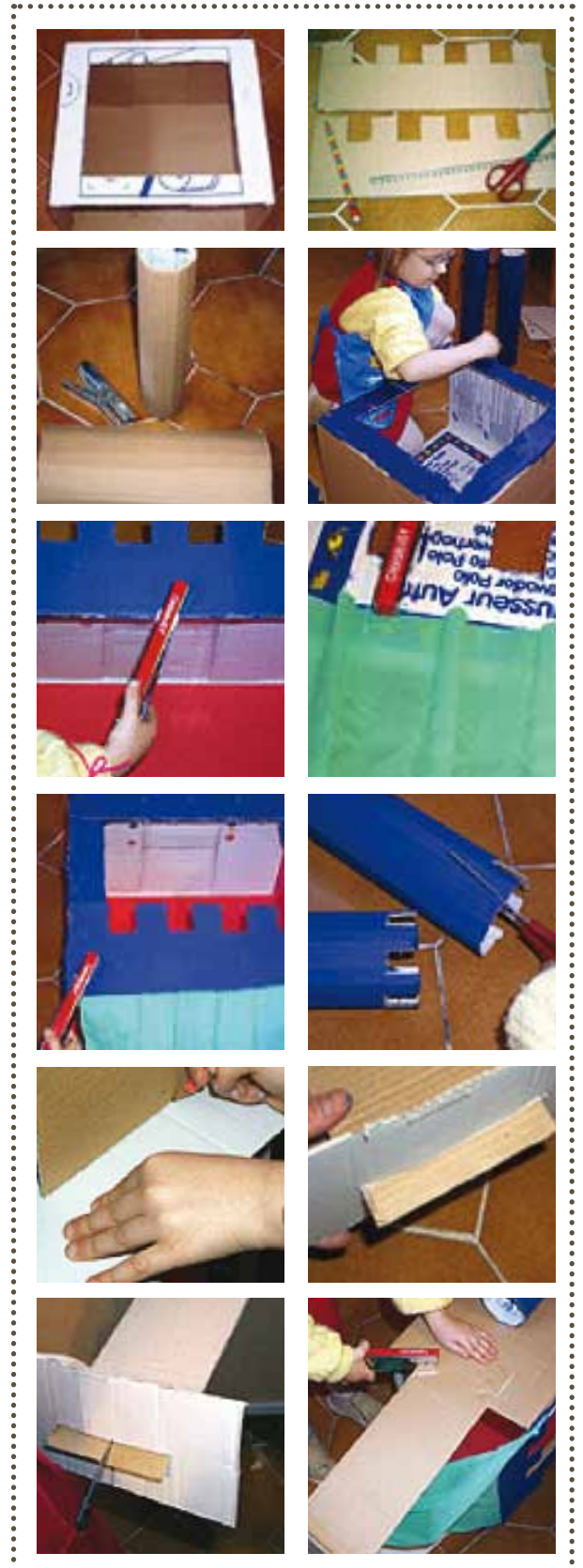
1. Pour commencer, évider une face d'un carton en gardant un espace de chaque côté (5 cm par exemple). Évider également le dessous du carton. Ce carton va servir pour réaliser le château.
2. Dans une face du deuxième carton, découper deux rangées de crémaillères. La bande sous les crémaillères doit être plus haute que l'espace laissé sur le pourtour du 1er carton (5 cm pour l'exemple).
3. Couper deux autres faces du deuxième carton. Les rouler et les coller pour confectionner deux rouleaux qui serviront pour faire des tours.
4. Peindre à l'éponge et décorer les deux tours, les crémaillères et le château à votre guise. Choisir de préférence une couche de fond qui contraste avec le reste du château.
5. Agraffer les crémaillères en haut et en bas de la face avant du château.
6. Agraffer un morceau de papier crépon en bas du château.
7. Créneler chaque tour avec les ciseaux.
8. Coller les tours de chaque côté du château. Couper deux bandes hautes et larges dans le carton restant pour les pattes du théâtre. Couper deux morceaux de cartons pour les pieds. Inciser chaque morceau et y glisser une patte dans chacun d'eux.

Laisser dépasser la patte d'environ 5 cm.

Fendre le morceau de patte qui dépasse dans son milieu..

Agraffer les deux pattes, chacune d'un côté du château. Pour renforcer les pattes vous pouvez agraffer un morceau de carton perpendiculairement entre les deux pattes.

Et voila un joli théâtre qui n'attend plus que les marionnettes.





→ PUZZLE À FORMES



Matériel :

- Carton de récupération
- Peintures acryliques orange, bleu, jaune et blanc
- Pinceau
- Colle vernis
- Cutter
- Règle
- Crayon papier

Qu'ils n'aient pas du tout ou deviennent accros, tous les enfants, de 2 à 4 ans, ont leur période puzzle (excellent pour la coordination œil-main et la concentration). On va en confectionner trois avec leur aide !

Le puzzle est un jeu particulièrement complet.

A partir de 2 ans, le développement intellectuel et moteur de l'enfant lui permet de s'intéresser aux puzzles.

Son développement intellectuel lui permet de percevoir les pièces du puzzle non comme des éléments isolés et indépendants, mais comme les parties d'un ensemble.

Le puzzle est un jeu de développement complet qui permet à l'enfant de mettre en oeuvre ses capacités :

- d'abstraction
- de logique
- d'observation
- de construction
- de repérage spatial
- de concentration

Pour les enfants à partir d'un an.

- 1 - Découpez deux cartons de 21 cm x 16 cm. Sur l'un d'eux, tracez au crayon des formes à l'aide d'un pot de yaourt, une capsule de lait et deux barres de chocolat disposées en croix.
- 2 - Découpez-les bien proprement au cutter - n'oubliez pas qu'elles doivent rentrer à nouveau dans le carton !
- 3 - Pour que ces formes soient faciles à manipuler par les petites mains, vous allez les découper en double dans un autre morceau de carton puis les coller sur les premières formes.
- 4 - Collez les deux cartons de base l'un sur l'autre.
- 5 - Dans autre morceau de carton, découpez des bords où on voit l'ondulation du carton (2 x 21 cm et 2 x 16 cm sur une hauteur de 1,5 cm). Collez-les sur les deux cartons de base.
- 6 - Il est temps de faire peindre le tout par les enfants (sous votre surveillance vigilante !). Comme la couleur naturelle du carton est marron, on va passer deux couches de peinture blanche avant. Ainsi les couleurs ressortiront franchement.
- 7 - Peignez tout. Pour faire des teintes pastel, mélangez chaque couleur avec du blanc.
- 8 - Sur chaque forme, découpez dans un magazine ou une BD les lettres J pour jaune, O pour orange et V pour vert, que vous collez ensuite sur les formes correspondantes..

ANNEXE

05

Exemples de jeux d'extérieur

→ LE CHEVAL

**Matériel :**

- 1 bidon, 50 l
- Tiges de fer
- Rondelles de plastique
- Peinture spéciale pour fer

Instructions de sécurité

Vérifier que les angles en fer soient arrondis ou recouverts de plastique, qu'il n'y a aucun clou dépassant, que les soudures soient solides, que le jeu est stable, et qu'il est fixé au sol avec des tiges de fer solides et sans danger.

→ COMPLEXE DE JEUX

**Matériel :**

- Tiges de fer
- Grand bidon (100l)
- Des chaînes
- Pont en fer

Instructions de sécurité

Mêmes consignes que pour le cheval. S'assurer en plus qu'il y a une barrière de sécurité suffisamment haute pour le pont (au moins 1 mètre) et faire particulièrement attention aux découpes de fer pouvant trancher.

Etienne Fabre a mis en place des structures musicales réalisées à partir d'éléments de récupération, fabriquées de façon simple et peu coûteuse et produisant des sons variés.

En voilà quelques exemples :



Des cordes tendues dans un cercle en bois permettent de faire une harpe : le son produit par chaque corde sera différent selon sa longueur.



Des récipients fermés et contenant des cailloux sont fixés à une roue. Lorsque l'on manipule cette roue, les récipients tournent et produisent du bruit.



Du sable est enfermé dans des tubes en plastique refermés et fixés sur une roue. Les couleurs, le bruit lors de la manipulation de la roue, les formes simples sont autant de stimulation pour les enfants.

Jeux et de jouets pour les centres thérapeutiques

La liste de jouets présentée ici s'adresse essentiellement à des enfants de 0 à 5 ans.

Il est important de :

- Prévoir des jouets appartenant aux différentes catégories énumérées de sorte à proposer aux enfants une variété de supports mettant en œuvre les différentes compétences pouvant être développées, de cibler les différents âges, et de s'assurer que l'enfant trouvera à sa disposition des jouets qui susciteront à la fois son plaisir et son intérêt.
- Choisir des jouets attractifs (couleurs vives, matières agréables...).
- S'assurer de la sécurité des jouets et plus particulièrement lorsqu'il s'agit de jouets pour les plus jeunes (risque d'avaler de petites pièces, jouets cassants pouvant devenir coupants, jouets lourds...).

JOUETS D'ÉVEIL SENSORIEL

Ils concernent principalement des enfants de la naissance à 1 an. Il faut stimuler ses sens par des jouets sonores, colorés, aux textures variées qu'il peut manipuler, secouer et porter à sa bouche. Attention aux jouets trop bruyants, trop lumineux : ils peuvent fatiguer les jeunes bébés.

- Les tapis de jeux : varier les matières, les sons, les couleurs.
- Les hochets et anneaux : objets à saisir et à mordre : s'assurer de la non toxicité des matières et de l'absence de petites parties pouvant s'arracher ou se détacher, que l'enfant pourrait avaler.
- Petites balles en mousse ou en tissu : objet à attraper et, plus tard, à lancer. Certaines ont des grelots qui peuvent rendre le jouet plus attrayant.
- Cubes en mousse ou en tissu : objets à saisir et, plus tard, à empiler. Il est préférable de choisir des matières douces.
- Petits véhicules : objets à saisir puis à faire rouler (attention par exemple à ce que les roues soient bien fixées).

EVEIL MUSICAL

Selon l'instrument, il peut s'adresser aux enfants de différents âges. N'importe quel objet faisant du bruit plaira sans doute à l'enfant, mais peut être parfois dérangeant pour les autres. Importants pour le développement de l'enfant, ils doivent être choisis solides...

- Maracas
- Trompettes
- Tambourins
- Cymbales...

COORDINATION ET CONCENTRATION

Pour les enfants à partir d'un an.

- Les cubes en bois. Ce n'est qu'à l'âge de la parole que l'enfant s'intéresse vraiment aux cubes. Les cubes sont des jouets qui font appel à son intelligence. Par le jeu il va mettre en action les trois opérations mentales fondamentales qui sont :
 - Observer : formes, couleur, motifs...
 - Comprendre : ce qui peut être fait ou non avec des cubes, comment on peut les assembler, les classer...
 - Agir : mettre en œuvre ce qu'il a compris et apprendre par l'expérimentation.
- Les pièces de bois à empiler : différentes formes, couleurs, permettant de faire des tours. Attention aux pièces lourdes qui pourraient blesser en tombant.
- Les pièces à imbriquer, genre légo ou clippo. Ils permettent de développer la coordination et la précision.

- Pièces à enfiler : il s'agit de grosses perles de différentes formes et couleurs, percées en leur centre, que l'enfant pourra s'amuser à enfiler (la ficelle doit être suffisamment épaisse).
- Jeux d'adresse : les quilles par exemple, en mousse pour les plus jeunes, en bois pour les plus grands.
- Puzzles : selon les âges, des puzzles à encadrer, en reposant la pièce enlevée dans l'espace de même forme, puis des pièces à assembler en les remettant sur le support sur lequel est représentée la forme, puis des pièces à assembler sans support. À partir de 2 ans le développement intellectuel et moteur de l'enfant lui permet de s'intéresser aux puzzles, de percevoir les pièces non comme des éléments isolés et indépendants, mais comme des parties d'un ensemble qu'il visualise sur une image placée à côté, puis dans sa tête. Le puzzle est un jeu de développement complet qui permet à l'enfant de mettre en œuvre ses capacités (abstraction, logique, observation, construction, repérage spatial, concentration).

SYMBOLISME

Jeu symbolique : jeu dans lequel l'activité ou le jouet renvoie à autre chose que lui-même.

Vers 18 mois l'enfant joue à la poupée, il fait pleurer, marcher, dormir son jouet, comme s'il s'agissait d'un vrai bébé. Le jouet représente autre chose que lui-même, il a valeur de signifiant constitutif d'un monde imaginaire.

Aux environs de 2 ans l'enfant a la capacité de transformer la fonction d'un objet en l'assimilant à un autre, il peut par exemple utiliser un petit bâton comme s'il s'agissait d'un crayon.

Après 2 ans il effectue des combinaisons symboliques, il parle à sa poupée en lui donnant à manger, en lui donnant un bain dans une eau imaginaire en faisant comme si elle était trop chaude...

- Poupées
- Marionnettes (jeu interactif)
- Figurines (représentation sociale et familiale)
- Personnages à assembler (représentation du corps)
- Jeux d'imitation : il s'agit des sets qui permettent à l'enfant de se prendre pour quelqu'un d'autre (dînettes, kits de docteur, déguisements ou masques...)
- Miroir (permet la découverte de soi, la construction du schéma corporel)

PSYCHOMOTRICITÉ

Il s'agit des objets amenant l'enfant à utiliser son corps et à développer sa motricité.

- Tunnels
- Coussins (sur lesquels les enfants peuvent rouler par exemple, ou tomber en sécurité)
- Ballons
- Objets à pousser ou à tirer (brouettes, chariots, poussettes...)

IMAGINATION

- Livres d'images : les premiers livres peuvent être proposés dès 6 mois, à condition de ne pas pouvoir se déchirer. Certains livres d'images sont en tissu, avec différentes textures permettant de développer à la fois l'imagination, l'observation et le sens du toucher.

JEUX DE BAIN

Le bain est un moment privilégié. Il est possible de proposer des petits objets en plastiques, flottants, avec lesquels les enfants pourront s'amuser pendant le bain.

Un catalogue avec des photos est disponible au siège si vous souhaitez commander des jouets à Paris, si vous ne les trouvez pas sur le terrain.

Il existe également des kits de jouets pour l'ouverture des CNT et pour les programmes de traitement à domicile.

ANNEXE

07

Exemples de jouets à avoir dans un centre recevant 50 enfants (jouets fabriqués et/ou achetés)



Instruments de musique : 10 instruments variés (tambourins, maracas, xylophones, flûtes, trompettes...)

Poupées et poupons : 10

Marionnettes de main : 5
Marionnettes de doigts : 10

Puzzles en carton et en bois, à assembler et à encastrier : 5 différents

Des cubes (en mousse, en bois) : 2 lots de chaque
Des pièces de construction en bois (à empiler, à encastrier...) : 4 lots de plusieurs pièces

Des ballons en plastique ou en mousse : 15 à 20
Des ballons de foot : au moins 5
Des jeux de motricité (tunnels, grands ballons...) : 1 de chaque

Des dînettes : 3
Des sets pour jouer au docteur : 2
Grand miroir : 1

Des livres d'images : au moins 10
Des crayons de couleurs et des feutres : au moins 10 paquets

Des jeux à tirer, des jeux à pousser... : au moins 2 de chaque.
Des jeux d'adresse (quilles, perles à enfiler...) : 4 de différentes sortes.

Des tapis d'éveil : 3
Des hochets : 15
Des mobiles : 7



LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Schéma d'orientation des bénéficiaires vers le traitement approprié	11
Tableau 2 : Schéma de circulation dans un CNA	14
Tableau 3 : Ajustement des attitudes	19
Tableau 4 : Étapes du développement de l'enfant	43
Tableau 5 : Ajuster ses gestes et attitudes au développement de l'enfant	53
Tableau 6 : Grille d'observation des interactions mère-enfant	56
Tableau 7 : L'équilibre des besoins chez l'enfant	57
Tableau 8 : Disposition des mères et des enfants dans le cadre des sessions de jeu mère-enfant	66
Tableau 9 : Déroulement d'une session de jeu	68
Tableau 10 : Organisation des sessions de jeu en fonction des évaluations et des plans d'action	69
Tableau 11 : Grille d'observation d'une session de jeu mère-enfant	70
Tableau 12 : Registre d'observations d'une session de jeu mère-enfant	71
Tableau 13 : Grille d'observation de la relation mère-enfant	77





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

ESPAGNE

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

ETATS-UNIS

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

ROYAUME-UNI

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

