

**NIVERSITE DE OUAGADOUGOU**

**Burkina Faso**

**FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE  
(FSS)**

*Unité – Progrès - Justice*

**ANNEE UNIVERSITAIRE 1998-1999**

**Thèse N° 39**

**ASPECTS PSYCHOSOCIAUX ET RELATIONNELS  
DE LA MALNUTRITION PROTEINO-ENERGETIQUE  
A OUAGADOUGOU**

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement le 09 Décembre 1999 pour l'obtention du grade  
de **DOCTEUR EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)**

Par

**Aline Patricia Pegdewendé TONDE**

Epouse **YAMEOGO**

Née le

11 Septembre 1970 à OUAGADOUGOU

**DIRECTEUR DE THESE**

Professeur Alphonse S. SAWADOGO

**Co-directeur :**

Docteur Arouna OUEDRAOGO

**JURY :**

**Président :** Professeur Agrégé Jean KABORE

**Membres :** Docteur Abdoulaye TRAORE

Docteur Arouna OUEDRAOGO

Docteur Sylvestre P. BONKOUNGOU

# SOMMAIRE

<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b> .....	4
<b>INTRODUCTION</b> .....	5
<b>I - REVUE DE LA LITTERATURE</b>	
<b>I-1 ASPECTS CLINIQUES DE LA MPE</b> .....	6
- I-1-1 Le marasme.....	6
I-1-2 Le kwashiorkor.....	7
I-1-3 Le kwashiorkor marasmique.....	9
<b>I-2 FACTEURS FAVORISANT LA SURVENUE DE LA MPE</b> .....	11
I-2-1 Facteurs liés à l'alimentation.....	11
I-2-2 Facteurs liés à l'environnement.....	12
I-2-3 Facteurs psychologiques.....	15
I-2-4 Interaction alimentation - environnement - développement de l'enfant.....	18
<b>I-3 REPRESENTATIONS POPULAIRES DE LA MPE DANS LES SOCIETES AFRICAINES</b> .....	20
I-3-1 Dans la région de Bobo-Dioulasso au Burkina-Faso.....	20
I-3-2 Chez les Mossi au Burkina-Faso.....	21
I-3-3 Dans le district de Bamako au Mali.....	21
I-3-4 Chez les Wolof et Lebou du Sénégal.....	22
<b>I-4 REPERCUSSIONS DE LA MPE</b> .....	24
I-4-1 Sur la croissance physique.....	24
I-4-2 Sur le développement.....	24
<b>I-5 PRISE EN CHARGE ACTUELLE DE L'ENFANT MALNUTRI</b> .....	26
I-5-1 La récupération nutritionnelle.....	26
I-5-2 Le traitement médical.....	26
I-5-3 Prise en charge psychoaffective.....	28
I-5-4 Prévention de la malnutrition.....	28
<b>II - JUSTIFICATION DE L'ETUDE</b> .....	29
<b>III OBJECTIFS</b> .....	30

## **IV - PATIENTS ET METHODES**

<b>IV-1 CADRE DE L'ETUDE</b> .....	31
<b>IV-2 TYPE ET POPULATION DE L'ETUDE</b> .....	36
<b>IV-3 COLLECTE DES DONNEES</b> .....	37
<b>IV-4 TRAITEMENT DES DONNEES</b> .....	41

## **V - RESULTATS**

<b>V-1 CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION D'ETUDE</b> .....	42
V-1-1 Caractéristiques des enfants.....	42
V-1-2 Caractéristiques des mères.....	43
<b>V-2 CARACTERISTIQUES SANITAIRES DES ENFANTS</b> .....	46
V-2-1 Caractéristiques cliniques et anthropométriques.....	46
V-2-2 Durée de séjour au CREN des couples mère-enfant.....	47
V-2-3 Antécédents des enfants.....	48
V-2-4 Alimentation des enfants.....	48
V-2-4 Perturbation de l'alimentation, du sommeil et du développement psychomoteur.....	49
<b>V-3 DESCRIPTION DE L'ENVIRONNEMENT SOCIO-ECONOMIQUE ET CULTUREL DES ENFANTS</b> .....	51
V-3-1 Environnement socio-économique.....	51
V-3-2 Environnement culturel.....	53
<b>V-4 ETATS PSYCHOLOGIQUE ET PSYCHOPATHOLOGIQUE DES MERES</b> ....	54
V-4-1 Événements psychosociaux chez les mères.....	54
V-4-2 Interactions fantasmatisques.....	54
V-4-3 Troubles psychiatriques chez les mères.....	55
V-4-4 Séjours antérieurs dans un CREN.....	55
<b>V-5 ETUDE DES INTERACTIONS MERE-ENFANT</b> .....	57
V-5-1 Ambiance générale des interactions.....	57
V-5-2 Appréciation des différents types d'interactions.....	57
V-5-3 Relation mère-enfant.....	58
V-5-4 Les enfants à risque.....	58
<b>V-6 EFFETS DES FACTEURS PSYCHOSOCIAUX ET RELATIONNELS SUR L'ETAT NUTRITIONNEL ET LA DUREE D'HOSPITALISATION</b> .....	59
V-6-1 Effets des facteurs psychosociaux et relationnels sur l'état nutritionnel.....	59

V-6-2 Influence des facteurs psychosociaux et relationnels sur la durée d'hospitalisation.....	61
---	----

## **VI - DISCUSSION**

<b>VI-1 LIMITES DE L'ETUDE.....</b>	<b>63</b>
<b>VI-2 CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION D'ETUDE.....</b>	<b>63</b>
VI-2-1 Caractéristiques des enfants.....	63
VI-2-2 Caractéristiques des mères.....	64
<b>VI-3 CARACTERISTIQUES SANITAIRES DES ENFANTS.....</b>	<b>65</b>
VI-3-1 Affections associées à la malnutrition.....	65
VI-3-2 Alimentation des enfants.....	66
VI-3-3 Troubles de l'alimentation, du sommeil et du développement psychomoteur.....	67
<b>VI-4 ENVIRONNEMENT SOCIO-ECONOMIQUE ET CULTUREL DES ENFANTS.....</b>	<b>68</b>
VI-4-1 Environnement socio-économique.....	68
VI-4-2 Environnement culturel.....	69
<b>VI-5 ETATS PSYCHOLOGIQUE ET PSYCHOPATHOLOGIQUE DES MERES... 70</b>	<b>70</b>
VI-5-1 Événements psychosociaux chez les mères.....	70
VI-5-2 Désir de la grossesse et du sexe de l'enfant.....	70
VI-5-3 Séjours répétés dans un CREN.....	71
VI-5-4 Troubles psychiatriques chez les mères.....	71
<b>VI-6 ETUDE DES INTERACTIONS MERE-ENFANT.....</b>	<b>72</b>
VI-6-1 Ambiance générale des interactions.....	72
VI-6-2 Les différents types d'interactions.....	73
VI-6-3 La relation mère-enfant.....	73
VI-6-4 Le risque.....	75

<b>CONCLUSION ET SUGGESTIONS.....</b>	<b>76 et 77</b>
---------------------------------------	-----------------

<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>79</b>
---------------------------	-----------

## **ANNEXES**

# LISTE DES ABREVIATIONS

**CREN** : Centre de Réhabilitation et d'Éducation Nutritionnelle

**MPE** : Malnutrition Protéino-Energétique

**NCHS** : National Center for Health Statistics

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PED** : Pays En voie de Développement

**P/A** : Poids pour Age

**P/T** : Poids pour Taille

**PMI** : Protection Maternelle et Infantile

**T/A** : Taille pour Age

**UNICEF** : United Nations Children's Fund

# **LISTE DU PERSONNEL**

# UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

-----0-----  
**Faculté des Sciences de la Santé**  
**(F.S.S.)**

## LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF

Doyen	PR Robert B. SOUDRE
Vice-Doyen Chargé des Affaires Académiques et Directeur de la Section Pharmacie (VDA)	PR I. Pierre GUISSOU
Vice-Doyen à la Recherche et à la vulgarisation (VDR)	PR Agrégé Jean KABORE
Directeur des Stages de la Section Médecine	PR Agrégé Y. Joseph DRABO
Directeur des Stages de la Section de Pharmacie	Dr Rasmata OUEDRAOGO / TRAORE
Coordonnateur C.E.S. de Chirurgie	PR Amadou SANOU
Secrétaire Principal	M. Fakouo TRAORE
Chef de Service Administratif et Financier (CSAF)	Mme Christine NARE
Conservateur de la Bibliothèque	M. Salif YADA
Chef de la Scolarité	Mme Kadi ZERBO
Secrétaire du Doyen	Mme Mariam DICKO

Secrétaire du VDA  
Secrétaire du VDR  
Audiovisuel  
Reprographie  
Service Courrier

Mme Hakiéta KABRE  
Mme Edwige BONKIAN  
M. Alain Pascal PITROIPA  
M. Philippe BOUDA  
M. Ousmane SAWADOGO

## **LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA F.S.S**

### **ENSEIGNANTS PERMANENTS**

#### **Professeurs titulaires**

Rambré Moumouni OUIMINGA	Anatomie organogénèse et chirurgie
Hilaire TIENDREBEOGO (in memoriam)	Sémiologie et Pathologies médicales
Tinga Robert GUIGUEMDE	Parasitologie
Bobilwindé Robert SOUDRE	Anatomie Pathologique
Amadou SANOU	Chirurgie Générale et Digestive
Innocent Pierre GUISSOU	Pharmacologie et Toxicologie
Bibiane KONE	Gynécologie-Obstétrique
Alphonse SAWADOGO	Pédiatrie

#### **Professeurs associés**

Blaise KOUDOGBO	Toxicologie
-----------------	-------------

#### **Maîtres de Conférences**

Julien YILBOUDO	Orthopédie-Traumatologie
Kongoré Raphaël OUEDRAOGO	Chirurgie-Traumatologie
François René TALL	Pédiatrie
Jean KABORE	Neurologie
Joseph Y. DRABO	Médecine Interne / Endocrinologie
Blaise SONDO	Santé Publique
Jean LANKOANDE	Gynécologie-Obstétrique
Issa SANOU	Pédiatrie
Ludovic KAM	Pédiatrie
Adama LENGANI	Néphrologie

Oumar TRAORE N°1  
Kampadilemba OUOBA  
Piga Daniel ILBOUDO  
Albert WANDAOGO

Chirurgie  
Oto-rhino-laryngologie  
Gastro-entérologie  
Chirurgie Pédiatrique

### **Maîtres-assistants associés**

#### **Assistants associés**

Caroline BRIQUET  
Valérie MURAILLE

Pharmacologie et Toxicologie  
Galénique et Chimie analytique

### **Maîtres-assistants**

Lady Kadidiatou TRAORE  
Mamadou SAWADOGO  
Si Simon TRAORE  
Adama TRAORE  
Abdoulaye TRAORE  
Daman SANO  
Arouna OUEDRAOGO  
Joachim SANOU  
Patrice ZABSONRE  
Jean Gabriel OUANGO  
Georges KI-ZERBO  
Théophile L. TAPSOBA  
Rabiou CISSE  
Blami DAO  
Alain BOUGOUMA  
Boubacar TOURE  
Michel AKOTIONGA  
Rasmata OUEDRAOGO / TRAORE  
Alain ZOUBGA  
Boubacar NACRO  
Abel KABRE

Parasitologie  
Biochimie  
Chirurgie  
Dermatologie–Vénérologie  
Santé Publique  
Chirurgie Générale  
Psychiatrie  
Anesthésie–Réanimation  
Cardiologie  
Psychiatrie  
Maladies Infectieuses  
Biophysique - Médecine nucléaire  
Radiologie  
Gynécologie-Obstétrique  
Gastro-entérologie  
Gynécologie-Obstétrique  
Gynécologie-Obstétrique  
Bactériologie-Virologie  
Pneumologie  
Pédiatrie  
Neuro-Chirurgie

## Assistants Chefs de cliniques

Timothée KAMBOU	Chirurgie
T. Christian SANOU (in memoriam)	Oto-rhino-laryngologie
Doro SERME (in memoriam)	Cardiologie
Hamadé OUEDRAOGO	Anesthésie-Réanimation physiologie
Alexis ROUAMBA	Anesthésie-Réanimation physiologie
M. Théophile COMPAORE	Chirurgie
Y. Abel BAMOUNI	Radiologie
Maimouna DAO / OUATTARA	Oto-rhino-laryngologie
André K. SAMANDOULOGOU	Cardiologie
Nicole Marie KYELEM / ZABRE	Maladies Infectieuses
Rigobert THIOMBIANO	Maladies Infectieuses
Raphaël DAKOURE	Anatomie - Chirurgie

## Assistants

Robert O. ZOUNGRANA	Physiologie
Bobliwendé SAKANDE	Anatomie Pathologique
Raphaël SANOU (in memoriam)	Pneumo-physiologie
Oumar TRAORE N°2 (in memoriam)	Radiologie
Pingwendé BONKOUNGOU	Pédiatrie
Arsène M. D. DABOUE	Ophtalmologie
Nonfounikoun Dieudonné MEDA	Ophtalmologie
Athanase MILLOGO	Neurologie
Vincent OUEDRAOGO	Médecine du Travail
Antoinette TRAORE / BELEM	Pédiatrie
S. Christophe DA	Chirurgie
Kapouné KARFO	Psychiatrie
Ali NIAKARA	Cardiologie
Nazinigouba OUEDRAOGO	Réanimation
Aurélien Jean SANON	Chirurgie
Claudine LOUGUE / SORGHO	Radiologie
Diarra YE / OUATTARA	Pédiatrie
Bernabé ZANGO	Chirurgie
Blandine THIEBA / BONANE	Gynécologie-Obstétrique

Abdel Karim SERME	Gastro-entérologie
Moussa BAMBARA	Gynécologie-Obstétrique
Fatou BARRO / TRAORE	Dermatologie
Olga LOMPO	Anatomie Pathologique
Apollinaire SAWADOGO	Gastro-entérologie
Martial OUEDRAOGO	Pneumo-phtisiologie
Moussa KERE	Santé Publique
Laurent OUEDRAOGO	Santé Publique
Innocent NACOULMA	Orthopédie-Traumatologie

### **Assistants Biologistes des Hôpitaux**

Lassina SANGARE	Bactériologie-Virologie
Idrissa SANOU	Bactériologie-Virologie
Harouna SANON	Hématologie / Immunologie
Jean Baptiste NIKIEMA	Pharmacognosie
Issa SOME	Chimie Analytique

## **ENSEIGNANTS NON PERMANENTS**

### **Faculté des Sciences et Techniques (FAST)**

#### **Professeurs Titulaires**

Alfred S. TRAORE	Immunologie
Akry COULIBALY	Mathématiques
Sita GUINKO	Botanique – Biologie Végétale
Guy V. OUEDRAOGO	Chimie Minérale
Laya SAWADOGO	Physiologie - Biologie Cellulaire
Laou Bernard KAM ( in memoriam )	Chimie

#### **Maîtres de Conférences**

Boukary LEGMA	Chimie – Physique Générale
François ZOUGMORE	Physique
Patoin Albert OUEDRAOGO	Zoologie
Adama SABA	Chimie Organique
Philippe SANKARA	Cryptogamie

### **Maîtres - Assistants**

W. GUENDA	Zoologie
Léonide TRAORE	Biologie Cellulaire
Marcel BONKIAN	Mathématiques et Statistiques
Longin SOME	Mathématiques et Statistiques
Aboubakary SEYNOU	Statistiques
Makido B. OUEDRAOGO	Génétique
Jean KOULIDIATY	Physique

### **Assistants**

Apollinaire BAYALA (in memoriam)	Physiologie
Jeanne MILLOGO	T.P. Biologie - Cellulaire
Raymond BELEMTOUGOURI	T.P. Biologie Cellulaire
Gustave KABRE	Biologie
Drissa SANOU	Biologie Cellulaire

## **INSTITUT DU DEVELOPPEMENT RURAL (IDR)**

### **Maîtres de Conférences**

Didier ZONGO	Génétique
Georges Anicet OUEDRAOGO	Biochimie

## **FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES ET DE GESTION (FASEG)**

### **Maître - Assistant**

Tibo Hervé KABORE	Economie – Gestion
-------------------	--------------------

### **Assistants**

Mamadou BOLY	Gestion
--------------	---------

## **FACULTE DE DROIT ET SCIENCES POLITIQUES (FDSP)**

### **Assistants**

Jean Claude TAITA

Droit

### **ENSEIGNANTS VACATAIRES**

Mme Henriette BARRY / SIDIBE

Psychologie

Boukari Joseph OUANDAOGO

Cardiologie

Aimé OUEDRAOGO

Ophtalmologie

R. Joseph KABORE

Gynécologie-Obstétrique

Dr Saïdou Bernard OUEDRAOGO

Radiologie

Dr Bruno ELOLA

Anesthésie - Réanimation

Dr Michel SOMBIE

Planification

Dr Nicole PARQUET

Dermatologie

M. GUILLRET

Hydrologie

M. DAHOU ( in memoriam)

Hydrologie

Dr Bréhima DIAWARA

Bromatologie

Dr Annette OUEDRAOGO

Stomatologie

Dr Adama THIOMBIANO

Législation Pharmaceutique

Dr Sidiki TRAORE

Galénique

M. Mamadou DIALLO

Anglais

M. KPODA

Anglais

Dr Badioré OUATTARA

Galénique

Dr Tométo KALOULE

Médecine du Travail

Dr Alassane SICKO

Anatomie

Dr Aline TIENDREBEOGO

Chimie Analytique et contrôle médic

Dr Séni KOUANDA

Santé Publique

Dr Noël ZAGRE

Nutrition

Dr Maminata TRAORE / COULIBALY

Biochimie

Dr Seydou SOURABIE

Pharmacognosie

## ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES

### A.U.P.E.L.F.

PR Lamine DIAKHATE	Hématologie (Dakar)
PR Abibou SAMB	Bactériologie-Virologie (Dakar)
PR José Marie AFOUTOU	Histologie – Embryologie (Dakar)
PR Makhtar WADE	Bibliographie (Dakar)
PR M. K .A. EDEE	Biophysique (Lomé)
PR Agrégé Mbayang NDIAYE-NIANG	Physiologie (Dakar)
PR Agrégé R DARBOUX	Histologie – Embryologie (Bénin)
PR Agrégé E. BASSENE	Pharmacognosie (Dakar)
PR M. BADIANE	Chimie Thérapeutique (Dakar)
PR B. FAYE	Pharmacologie (Dakar)

### O.M.S.

Dr Jean-Jacques BERJON	Histologie – Embryologie (Créteil)
Dr Frédéric GALLEY	Anatomie Pathologique (Lille)
Dr Moussa TRAORE	Neurologie (Bamako)
PR Auguste KADIO	Pathologies infectieuses et parasitaires (Abidjan)
PR Jean Marie KANGA	Dermatologie (Abidjan)
PR Arthur N'GOLET	Anatomie Pathologique (Brazzaville)

## MISSION FRANÇAISE DE COOPERATION

PR Etienne FROGE	Médecine Légale
PR AYRAUD	Histologie – Embryologie
PR Henri MOURAY	Biochimie (Tours)
PR Denis WOUESSI DJEWE	Pharmacie Galénique (Grenoble / France )
PR M. BOIRON	Physiologie

## MISSION DE L'UNIVERSITE LIBRE DE BRUXELLES (ULB)

PR Marc VAN DAMME	Chimie Analytique - Biophysique
PR Viviane MOES	Galénique

**"La faculté des Sciences de la Santé a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation".**

# *DEDICACES*

**A mon père**  
**et**

**A ma mère,**

Merci pour la vie. Merci pour tous les efforts que vous avez consentis pour ma croissance, mon éducation et mon instruction. Trouvez en ce travail l'expression de mon amour filial et de ma profonde reconnaissance.

**A mon époux,**

Ce travail est également le tien. Merci de t'en être soucié. Merci pour ta fidèle présence à mes côtés.

**A mes frères et sœurs,**

Ce travail est une réponse à votre question permanente : « Au fait, à quand la fin de tes études ? Pourquoi est-ce si long ? ». Persévérance et courage.

**A mes beaux-parents,** profonde reconnaissance.

**A mes beaux-frères et belles-sœurs,** profonde gratitude.

**A mes nièces et neveu : Yasmine, Nafissa, Angéla, Elvis,** courage et persévérance pour la vie.

**A toutes mes tantes et à tous mes oncles,**

**Cousins et cousines,**

Merci pour vos marques de soutien et de sollicitude. Profonde gratitude.

**A mes grands-parents (in memoriam),** vous avez été arrachés très tôt à mon affection. Reposez en paix.

**A madame TIENDREBEOGO Pauline et enfants,** sincère reconnaissance.

**Aux mères et aux nourrissons qui ont participé à l'étude,**

Vous avez accepté mon regard silencieux, mes questions indiscretes et dérangeantes. Merci pour votre disponibilité, votre ouverture. Courage et confiance.

**A mes amies et amis : Chantal, Marcelline, Regina, Gilbert et Flore, Francis et Bernadette, Estelle et Filbert,**

Merci pour les moments de joie et de peine vécus ensemble. Puisseons-nous toujours trouver les uns dans les autres soutien, réconfort et paix.

**A mes éducateurs et enseignants depuis le primaire jusqu'à l'université,**

Merci d'avoir choisi ce métier combien noble, mais difficile qu'est l'enseignement. Profonde gratitude pour ce que vous êtes et pour ce que vous faites.

**A mes camarades du collège Notre Dame de Kologh-Naba et du collège de la Salle, et plus particulièrement à Assétou, Félicité, Joséphine, Christiane, Roseline, Sylvie Marie Ida, Gouli, Salimata, Irène, Patricia, Sœur Albertine, Césaire, Athanase, Hermann, Guillaume,**

Merci pour tout ce que nous avons partagé ensemble. Puisseons-nous être des femmes et des hommes responsables.

**A mes camarades d'université et de terrain de stage : Jean-François, Macaire, Alassane, Georges, Nicole, Valérie, Parfait, Hyacinthe, Issou, Pierre,**  
Merci pour ce que j'ai appris de vous. Puisse nous avoir le souci des patients qui nous sont confiés.

**Au personnel du CHN-YO et plus spécialement à tous les médecins, infirmiers, infirmières qui ont veillé sur nous au cours de nos stages, profonde gratitude.**

**A notre Maître et Président du Jury**

**Monsieur le Professeur Jean KABORE**

Nous avons beaucoup d'admiration pour votre calme, votre sérénité, votre rigueur au travail, votre souci de la formation des étudiants. En ce jour, nous nous réjouissons de votre présence dans le jury ; merci d'avoir accepté de le présider. Veuillez recevoir nos sincères remerciements et notre profonde gratitude pour l'enseignement dispensé au cours de notre formation.

**A notre Maître et Directeur de thèse**

**Monsieur le Professeur Alphonse S. SAWADOGO**

Nous avons eu la chance de bénéficier de votre expérience de clinicien et d'éducateur au cours de notre formation. Vous avez eu l'initiative du sujet de la thèse ; avec patience, vous avez accepté notre rythme de travail. Nous espérons que ce travail vous donnera satisfaction. De vous, nous retenons l'image d'un homme doux, patient et humble de cœur, d'un médecin ayant le souci de son travail et de ses patients, d'un chef de service ponctuel, bienveillant et disponible. Merci pour ce que vous êtes et pour ce que vous faites. Puisseons-nous suivre l'exemple que vous êtes.

**A notre Maître et Juge**

**Monsieur le Docteur Abdoulaye TRAORE**

Un proverbe moaga dit : « Pôonr san n'dôu koiaga, bête puus a téd barka ». Acceptez que nous empruntons ces mots de la sagesse moaga pour vous exprimer notre profonde reconnaissance pour tout ce que vous faites pour nous. Votre ardeur au travail, votre culture, votre simplicité nous fascinent. Nous nous réjouissons de votre présence dans le jury. Que DIEU Le Miséricordieux veille toujours sur vous.

**A notre Maître et Co-directeur de thèse**

**Monsieur le Docteur Arouna OUEDRAOGO**

Vous avez accepté de diriger ce travail. Avec patience et bienveillance, vous avez supporté nos hésitations et notre rythme de travail. Votre disponibilité, votre simplicité, votre ouverture d'esprit et votre sens de la recherche nous ont marquée. Merci pour tout ce que vous avez fait pour nous.

**A notre Maître et Juge**

**Monsieur le Docteur Sylvestre P. BONKOUNGOU**

Nous n'avons pas eu l'occasion de bénéficier de vos connaissances au cours de notre formation. Malgré vos occupations, vous avez accepté de bon cœur de juger notre travail. Nous vous en sommes profondément reconnaissante.

**A notre maître**

**Monsieur le Professeur Hilaire TIENDREBEOGO (in memoriam)**

Merci pour tout ce que vous avez été et fait. Que DIEU vous accorde le repos éternel ; qu'Il veille et protège votre famille éplorée.

# *REMERCIEMENTS*

**A l'équipe du CREN de Tanghin ;**

Gisèle, Madame ZOETAABA, Madame Aloys, Madame KABORE, Rosalie, Maïmouna et David. Vous m'avez grandement ouvert les portes du CREN ; vous avez accepté ma présence parmi vous. Merci pour votre dévouement, votre disponibilité, votre abnégation au travail. Merci pour tout ce que j'ai appris à vos côtés.

**A Monsieur OUEDRAOGO Dassané,** sincères remerciements.

**A tout le personnel du Centre de Soutien Médico-psychologique et plus spécialement à Madame KAPIOKO RACHEL,** profonde reconnaissance.

**A Monsieur ZOUNGRANA Ali Pascal et famille.** Merci pour tout ce que j'ai appris à vos côtés. Sincères remerciements.

**A Monsieur OUIMINGA Amadou et famille,** sincères remerciements.

**A Madame SEDGHO Salimata et famille,** merci pour votre sollicitude.

**A Francis et Jacqueline MAQUEDA,** sincères remerciements.

**Au personnel du CERCLE :** Père Joël ROUMEAS, Félix KONKOBO, Monsieur Matthias ; profonde gratitude.

**A la communauté des Sœurs Bénédictines de Koubri :** Vous m'avez si souvent accueillie chez vous. Merci pour vos prières.

**Au Docteur Lucien SANOU et famille,** profonde gratitude.

**Au Docteur KERE Moussa,** profonde gratitude.

# **INTRODUCTION**

La convention relative aux droits de l'enfant de 1989 reconnaît le droit fondamental de tout enfant à une bonne nutrition avec ses trois composantes vitales : aliments, santé et soins [44, 49]. Un regard sur la situation des enfants dans le monde montre que la plénitude de ce droit n'est pas pour demain [32, 44, 45, 49, 50]. En effet, les enfants constituent avec les femmes les victimes toutes désignées de la pauvreté, des guerres, des catastrophes naturelles. La Malnutrition Protéino-Energétique (MPE) est l'un des graves problèmes de santé publique auxquels sont confrontés les enfants, surtout les moins de cinq ans. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [32], un tiers des enfants du monde souffre de cette affection. Dans les pays en développement (PED), 206 millions d'enfants en sont atteints. L'Afrique pour sa part abrite 27 millions d'enfants malnutris qui seront 36 millions en 2005 [10]. Ces fortes prévalences, en dépit des diverses stratégies mises en place depuis des décennies signent que la MPE est un phénomène complexe, difficile à maîtriser. Selon les spécialistes, l'accent est mis sur des facteurs étiologiques différents. Pour certains, les carences nutritionnelles en sont la cause principale, avec le rôle de la pauvreté dans ses divers aspects [6, 10, 12, 23, 44, 49]. D'autres insistent sur le rôle des facteurs psychologiques et culturels [2-5, 13, 16, 20, 27, 28]. A l'heure actuelle, toutes les voix s'accordent à reconnaître à la MPE une origine multifactorielle nécessitant une approche multidisciplinaire [10, 36, 41, 44, 45, 49]. Malgré ce consensus, un déséquilibre demeure notable dans l'approche de la MPE :

l'insuffisance alimentaire, qu'elle soit qualitative ou quantitative, occupe une place de choix non seulement dans les étiologies mais aussi dans la prise en charge qui bien souvent se résume à une simple récupération nutritionnelle.

Les facteurs psychologiques et culturels sont évoqués, mais force est de constater que bon nombre de programmes de réhabilitation n'en tiennent pas compte. Pourtant, de nombreuses études ont montré le rôle de l'environnement (c'est-à-dire le milieu dans lequel vit l'enfant), des soins maternels, de la relation mère-enfant sur l'état nutritionnel et le développement de l'enfant [13-16, 18, 20, 31].

Certes, une action sur l'alimentation est un premier pas mais demeure insuffisante. C'est à une véritable thérapeutique de l'environnement social et physique de l'enfant et des enfants qu'il faut s'atteler si l'on veut obtenir des résultats durables et positifs [36]. Il nous semble important de corriger ce déséquilibre dans la vision et dans la prise en charge, si l'on veut mettre un terme à l'insigne violation des droits de l'enfant qu'est la MPE.

# **I - REVUE DE LA LITTERATURE**

## I-1 ASPECTS CLINIQUES DE LA MPE

La Malnutrition Protéino-Energétique (MPE) ou Protéino-Calorique (MPC), aussi appelée simplement malnutrition est une forme de troubles nutritionnels par carence. Il s'agit plus précisément d'un déséquilibre entre l'apport en protéines et en énergie et les besoins de l'organisme pour une croissance et une fonction optimale [32].

Il existe trois formes cliniques de MPE : les frustes, les modérées et les graves ou sévères. [12]. Les formes frustes et modérées, quoique fréquentes, passent souvent inaperçues ou ne font pas l'objet de consultation ou d'hospitalisation, si bien que ce sont les formes graves qui semblent être la référence lorsqu'il est question de MPE. Ainsi, la description clinique concernera ces dernières formes représentées par le marasme, le kwashiorkor et le kwashiorkor marasmique.

### I -1-1 Le marasme

Le marasme est perçu comme une insuffisance globale aussi bien en énergie qu'en protéines de la ration alimentaire de l'enfant. Il survient en général au cours de la première année de vie et serait en lien avec une perturbation de l'allaitement maternel aggravée par les diarrhées infectieuses [6, 12, 19].

L'enfant souffrant de marasme est reconnu sur le plan clinique par des signes physiques et des troubles du comportement.

#### I -1-1-1 Signes physiques du marasme [6, 12, 19, 36, 51]

L'aspect physique d'un enfant souffrant de cette affection à un stade évolué est semblable à celui d'enfants souffrant de famine.

Le faciès est ridé et vieillot. L'amaigrissement est extrême, marqué par une fonte manifeste des tissus musculaires et adipeux, une saillie des os et des tendons visibles sous la peau faisant dire de l'enfant qu'il a « la peau sur les os ». Il existe un retard staturo-pondéral ; le poids de l'enfant est souvent inférieur à 60% de la norme théorique pour l'âge.

La peau est fine, flasque, plissée, fripée, plus grande que le petit corps donnant au visage son aspect vieillot. Elle est particulièrement large au niveau des membres et des fesses qui deviennent « pendantes comme un sac ». Les cheveux sont clairsemés, fins et secs. Le fait marquant de ce tableau est l'**absence d'œdèmes**.

Ces signes physiques sont tout simplement évocateurs et ne sauraient être spécifiques du marasme. En effet, toutes les affections cachectisantes de l'enfant (sida, tumeurs malignes) à certaines phases de leur évolution peuvent constituer de véritables états marasmiques.

### **I-1-1-2 Les troubles du comportement**

Les troubles du comportement dans le cas du marasme sont moins spectaculaires que ceux décrits au cours du kwashiorkor. Ils sont dominés par l'angoisse, la tristesse et des troubles du sommeil [12, 36] : l'enfant est fatigué et angoissé, mais il reste vif et intéressé par ce qui se passe autour de lui. Il dort en général très peu. L'anorexie est rare ; le regard au contraire crie la faim, mais l'enfant ne peut tolérer de grandes quantités de nourriture et vomit facilement.

En somme, la clinique du marasme est « légère », moins bruyante que celle du kwashiorkor.

### **I-1-2 Le kwashiorkor**

Les carences à dominance protéique conduisent au kwashiorkor. Il est fréquent dans les mois qui suivent un sevrage et survient en général entre la deuxième et la troisième année de vie [12]. Un intérêt particulier a été porté sur cette affection qu'il serait utile d'en retracer l'historique.

#### **I-1-2-1 Historique**

Les données historiques sur le kwashiorkor ont été relatées par Haddad [18]. Le kwashiorkor « maladie » était connu depuis le début du XX<sup>ème</sup> siècle, puisqu'elle avait été décrite par différents auteurs qui lui donnaient diverses appellations sans toutefois pouvoir déterminer son étiologie.

La paternité du terme kwashiorkor doit sans doute être attribuée à un médecin britannique du nom de Cecily D. Williams. En 1933, alors qu'elle travaillait dans un centre de santé en Côte de l'Or (actuel Ghana), elle reçut un jour au cours de sa consultation un enfant dans un état misérable avec des œdèmes et des lésions cutanées très curieuses qu'elle n'avait jamais vus auparavant. Elle remarqua que l'affection ne figurait pas dans les traités de médecine. En 1934, Williams hospitalisa un jour deux enfants présentant cette même affection. Une infirmière noire lui dit : « Docteur, nous connaissons cette maladie. Elle s'appelle kwashiorkor ; ceci veut dire dans le langage Ga (celui des Ashanti) la maladie de l'enfant séparé de sa mère à la naissance du cadet ».

C'est ainsi qu'en 1934, elle utilisa pour la première fois le mot kwashiorkor dans une de ses publications. Trois notions apparaissent à travers cette appellation : séparation, dépression, rivalité. Les publications de Williams ont soulevé des polémiques. Trowell en 1942, mit en évidence que la maladie était due à une carence alimentaire en protides. Il semble que c'est à partir de 1942 que beaucoup de personnes se soient intéressées à cette affection. Il y eut plusieurs rencontres scientifiques internationales sur la maladie, mais les avis ne se sont jamais accordés. Ce fut selon un accord international non officiel, en l'absence d'accord sur les critères diagnostiques minimaux que le terme « kwashiorkor » a été finalement retenu et utilisé dans le monde entier.

### **I-1-2-2 Signes physiques du kwashiorkor**

Le kwashiorkor est reconnu par des signes de deux ordres [6, 7, 12, 36] :

- des signes constants représentés par les œdèmes et les troubles du comportement,
- des signes occasionnels rassemblant les lésions de la peau, des phanères et des muqueuses et l'hépatomégalie.

- ***Les œdèmes***

Ils sont périphériques, siégeant au visage et aux membres inférieurs de préférence, mais pouvant intéresser aussi le tronc et les organes génitaux externes. Il s'agit d'œdèmes mous, gardant le godet et d'importance variable : ils peuvent représenter 10 à 30% du poids du corps voire 50% dans les cas graves [36].

- ***Les lésions cutané-phanériennes***

Elles sont fréquentes. La peau est le siège d'une dépigmentation diffuse avec des zones hyper pigmentées. Il peut se produire :

- des décollements pouvant aboutir à un véritable aspect de brûlé,
- une desquamation de vastes territoires laissant à nu un épiderme rosé, humide, source de pertes protidiques et surinfection. Ces lésions siègent surtout sur les fesses et les membres.

Les cheveux sont fréquemment ternes, décolorés, cassants, clairsemés, se laissant arracher facilement. Les lèvres sont le siège de chéilites et de ragades.

### I-1-2-3 Les troubles du comportement

Ils confèrent au kwashiorkor toute sa spécificité. Tous les auteurs qui ont connu des enfants atteints de kwashiorkor ont remarqué les altérations du caractère dominées par l'irritabilité, l'apathie, l'indifférence à l'entourage, l'anorexie, l'aspect triste et misérable [13]. Ces signes ont fait dire qu'il y a une véritable dépression de l'enfant au cours du kwashiorkor [16]. Ces troubles psychiques, notamment le rejet et l'indifférence, s'ils perdurent, vont être préjudiciables à l'enfant qui va être ainsi privé des stimulations de son entourage.

Le rejet est caractérisé par un repli total de l'enfant sur lui-même. Celui-ci exprime une indifférence et un manque d'intérêt à tout ce qui l'entoure. L'anorexie est de règle si bien que l'alimentation n'est possible que par la sonde gastrique ou par le gavage. Le refus de communication est net : il réagit avec hostilité par une expression douloureuse du visage et des grognements intenses à la moindre tentative pour l'approcher ou le toucher. Il y a une véritable déconnexion totale avec l'environnement et un état « d'a - relation » et la mère n'est pas épargnée par cette attitude de rejet. Cependant, au fur et à mesure que l'état clinique s'améliore, l'enfant devient moins agressif et évolue vers une relation de grande dépendance à l'égard de sa mère.

Le tableau I récapitule les signes cliniques du marasme nutritionnel et du kwashiorkor.

Tableau I : **Signes cliniques du marasme nutritionnel et du kwashiorkor [12]**

	MARASME NUTRITIONNEL	KWASHIORKOR
<b>Poids</b>	<p>Amaigrissement très net caractérisé par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- fonte du tissu graisseux sous-cutané ;</li> <li>- nette diminution du volume des muscles ;</li> <li>- saillie des côtes et des os des membres ;</li> <li>- visage maigre et ridé, yeux enfoncés dans les orbites.</li> </ul> <p>Déficit pondéral très important : le poids de l'enfant est inférieur à 60% du poids normal pour l'âge.</p>	<p>Toujours inférieur au poids normal pour cet âge, mais le déficit pondéral est variable.</p> <p>Le poids est en partie masqué par la présence d'œdèmes.</p>
<b>Taille</b>	Inférieure à la normale.	Inférieure à la normale, surtout si la malnutrition évolue depuis de nombreux mois.

<b>Œdèmes</b>	Absents.	Constants. Localisés aux chevilles et dos du pied, parfois plus importants.
<b>Peau</b>	<p>Amincie.</p> <p>Paraît trop vaste en raison de l'amaigrissement.</p> <p>Pas de lésions cutanées.</p>	<p>Lésions cutanées fréquentes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- peau sèche, craquelée, surtout sur les fesses et les membres ;</li> <li>- zones dépigmentées ;</li> <li>- parfois dans les formes à évolution rapide et sévères, décollements épidermiques, phlyctènes.</li> </ul>
<b>Cheveux</b>	Plus fins que chez l'enfant normal, mais pas d'altérations.	Fréquemment ternes, décolorés, cassants, clairsemés, se laissant arracher facilement.
<b>Comportement</b>	Enfant fatigué, au regard anxieux, mais intéressé par ce qui se passe autour de lui.	Enfant craintif, replié sur lui-même, sans intérêt à ce qui l'entoure.

### I-1-3 Le kwashiorkor marasmique

Ainsi dénommé car regroupant des signes des deux formes cliniques; les œdèmes sont présents, de même qu'un déficit pondéral majeur. La fréquence de cette forme clinique a contribué à revoir la « catégorisation » kwashiorkor et marasme. En effet, la carence protéique isolée ne suffit plus à rendre compte de la survenue du kwashiorkor : une origine multicarencielle est de plus en plus évoquée [6, 16]. De plus, des enfants sont atteints de kwashiorkor ou de marasme alors même qu'ils sont soumis à un régime à base de céréales qui ne diffère pas de celui d'enfants normaux [16]. Ces différents faits justifient l'emploi fréquent du terme plus général de malnutrition protéino-énergétique.

## I-2 FACTEURS FAVORISANT LA SURVENUE DE LA MPE

La caractéristique commune à toutes les formes de MPE est la réduction de la consommation d'aliments qui entraîne des carences multiples [34]. Plusieurs facteurs liés à l'alimentation, à l'environnement et psychologiques sont couramment désignés comme faisant le lit de la MPE.

### I-2-1 Facteurs liés à l'alimentation

- *Le nombre insuffisant de repas*

Après l'âge de six mois, un nourrisson doit recevoir au minimum quatre repas par jour [6]. Bien souvent, les horaires des repas des enfants se superposent à ceux des adultes et bon nombre de mères ne savent pas inciter leur enfant à manger en cas de manque d'appétit.

- *La mauvaise technique de sevrage*

Une grossesse ou d'autres raisons conduisent des mères à sevrer brusquement leur enfant qui passe alors directement, sans transition, du sein à une alimentation de type adulte. En général, ce sevrage brutal ne s'accompagne pas d'une alimentation de complément adéquate [6, 19]. L'alimentation de transition quand elle existe, est souvent faite de bouillies de céréales qui certes, suffisent à faire taire la faim de l'enfant, sans pour autant lui apporter les nutriments nécessaires à sa croissance.

- *Les interdits alimentaires*

Dans divers pays, les enfants sont frappés d'interdiction de consommer certains aliments qui pourtant, fournissent des protéines animales de haute valeur biologique [6]. Les femmes enceintes et allaitantes, dont l'influence de l'état nutritionnel sur celui du fœtus est bien connue sont concernées également par ces interdits.

Dans le registre des aliments « prohibés » chez le nourrisson, il y a les œufs qui retarderaient le langage de l'enfant ou le rendraient voleur, la viande qui « appellerait » la diarrhée [40], le poisson qui donnerait des vers.

Ces interdits alimentaires ont parfois une signification rationnelle : si l'enfant sevré ne peut consommer des protéines animales, c'est partiellement afin d'éviter les troubles digestifs consécutifs à la consommation d'aliments avariés, leur conservation étant difficile dans les pays chauds [36].

## I-2-2 Facteurs liés à l'environnement

L'état nutritionnel de l'enfant et son développement d'une manière générale, sont intimement liés à son environnement. L'environnement constitue le milieu dans lequel vit l'enfant : la famille et plus largement la communauté dont il fait partie [41].

- *Le sous-développement*

Les malnutritions sont très étroitement liées au sous-développement, plus précisément au faible pouvoir d'achat, aux mauvaises conditions d'hygiène, à l'ignorance et à la méconnaissance par les mères de famille des besoins nutritionnels de l'enfant [12]. Toutes les études sur la MPE soulignent sa forte prévalence dans les pays en développement (PED) [32, 48, 49]. La pauvreté a été relevée comme cause première de la plupart des cas de malnutrition lors de la conférence internationale sur la nutrition à Rome [10].

Il semble cependant qu'à l'heure actuelle, il y ait une redistribution « géo-économique » de la malnutrition ; elle n'est plus l'exclusivité des PED, sa prévalence étant en hausse dans les pays occidentaux [10, 49].

- *Les infections*

Les effets des infections sont tellement importants qu'il est impossible de distinguer entre l'infection et la malnutrition, le facteur responsable du tableau clinique présenté par l'enfant et dans les cas extrêmes, de son décès [41]. Le cercle vicieux malnutrition infection est maintenant admis :

- la malnutrition d'une part, augmente la sensibilité de l'enfant aux infections en perturbant les mécanismes de défense de l'organisme. D'autre part, elle peut modifier l'évolution d'une infection qui atteint l'enfant ;

- inversement, une infection peut révéler une malnutrition jusque-là latente ou aggraver brusquement l'évolution d'une malnutrition encore fruste.

- *Les parasitoses digestives*

Les parasitoses digestives sont souvent accusées d'être un facteur déclenchant de la malnutrition au moment du sevrage. Il semble que cela n'est vrai qu'en cas d'infestation massive [6]. Les charges parasitaires sont plus fortes chez les sujets malnutris et la baisse de la capacité d'absorption des protéines par perte de l'intégrité anatomique et fonctionnelle de la muqueuse

intestinale est responsable de déficit protéique [36]. Les parasitoses particulièrement fréquentes chez les sujets malnutris sont [6] :

- la lambliaose

Elle est provoquée par la présence de **Giardia Intestinalis**. En cas d'infestation massive, cette parasitose est responsable d'une diarrhée chronique caractérisée par la présence abondante de graisses dans les selles à l'aspect mousseux ;

- l'ascaridiase

La présence d'ascaris est souvent associée à celle d'ankylostomes chez le sujet malnutri ;

- l'ankylostomiase

Les ankylostomes peuvent provoquer des lésions de la muqueuse digestive qui entraînent des saignements occultes à l'origine d'anémies sévères ;

- la trichocéphalose

Cette parasitose est habituellement asymptomatique et est le plus souvent de découverte accidentelle lors d'un examen de selles ;

- l'anguillulose

Son diagnostic est difficile ; elle doit être évoquée devant une diarrhée sanglante ou des douleurs abdominales ;

- l'amibiase

Elle a une symptomatologie bruyante avec émission fréquente de selles glaireuses et sanglantes ; les amibes hématophages sont retrouvées dans les selles.

La figure 1 met en évidence la relation existant entre infection et malnutrition.

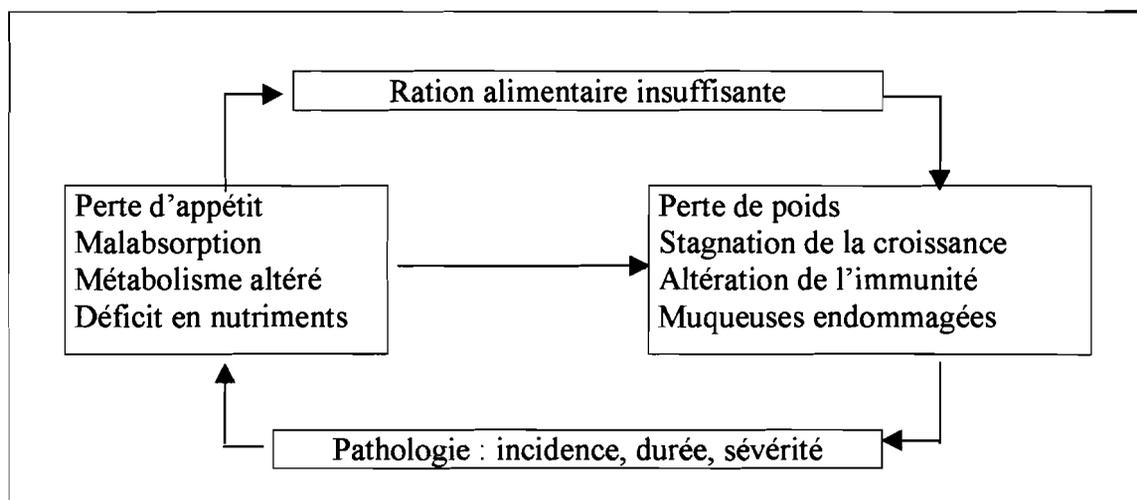


Figure 1 : **Relation infection-malnutrition**

(Source : Pelletier JG. Les malnutritions sévères : Approche globale. L'enfant en milieu tropical 1991;208/209).

- *L'urbanisation*

L'urbanisation comme facteur favorisant la survenue de la malnutrition, s'applique au kwashiorkor et non au marasme dont la prévalence plus élevée en milieu rural est reconnue [18, 19, 23].

Plusieurs auteurs ont rapporté que le kwashiorkor est beaucoup plus fréquent dans les agglomérations urbaines qu'en zone rurale [16, 23]. Collomb (cité par Hervé) [20] a remarqué que le kwashiorkor apparaît le plus fréquemment et sous ses formes les plus graves dans les zones d'urbanisation récente et rapide. Cette affection serait le symptôme de nouvelles relations familiales suscitées par l'adaptation à la vie urbaine. Cette adaptation s'accompagne de la désagrégation du groupe communautaire et du bouleversement des cadres socio-culturels, une situation qui menace la sécurité de l'individu et sa relation au groupe.

- *Le cadre culturel*

Les représentations sociales de l'enfant et de ses maladies dans certaines cultures peuvent être préjudiciables à son état nutritionnel et partant à son développement. Bonnet [2] évoque le système de pensée des populations comme une théorie explicative de l'échec des programmes de récupération nutritionnelle et des rechutes.

Dans ce système, l'enfant à la naissance est un étranger : il est au seuil de deux mondes, celui des morts et celui des vivants. Il est considéré comme maître et acteur de ses choix. Sa survie dépend alors de sa « bonne volonté » à vivre. Même dans le registre alimentaire, il doit manifester sa volonté de manger. S'il refuse la mère n'est guère incitative, « la bonne mère » étant celle qui ne précède pas le désir de l'enfant mais qui sait simplement le repérer et y répondre. Cette perception de l'enfant, le manque d'investissement de certains enfants au sein de la famille constituent une négligence sociale selon des chercheurs en Sciences Sociales, pouvant exercer une influence sur l'état nutritionnel [2].

### **I-2-3 Les facteurs psychologiques**

- ***Rôle du milieu psychoaffectif dans la malnutrition***

Les études sur la dimension relationnelle et psychologique de la malnutrition ont porté sur le kwashiorkor. Cette affection est présentée comme psychosomatique [16] et comme une anorexie mentale de l'enfance [8]. Plusieurs arguments ont milité en faveur de l'incrimination du rôle des facteurs psychologiques dans la survenue de la malnutrition [16] :

- souvent, une MPE n'atteint qu'un enfant alors que les conditions de vie et d'alimentation de la fratrie sont assez proches.

- à niveau socio-économique comparable, en milieu urbain ou rural, un enfant plutôt qu'un autre développe une malnutrition.

Geber [13], observant des enfants malnutris hospitalisés avec leur mère, a relevé que la guérison dépendait de la qualité de la relation mère-enfant : plus elle était bonne, plus l'enfant récupérait rapidement. Des situations relationnelles, sociales et psychologiques augmentent les risques de survenue de la malnutrition : enfant qui n'est pas élevé par sa mère, grossesse non désirée, parents séparés, enfant unique de parents séparés, etc. [16]. Tous ces facteurs psychologiques s'exerceraient par le biais de la relation mère-enfant.

La figure ci-dessous met en évidence la relation entre l'état nutritionnel et le développement de l'enfant.

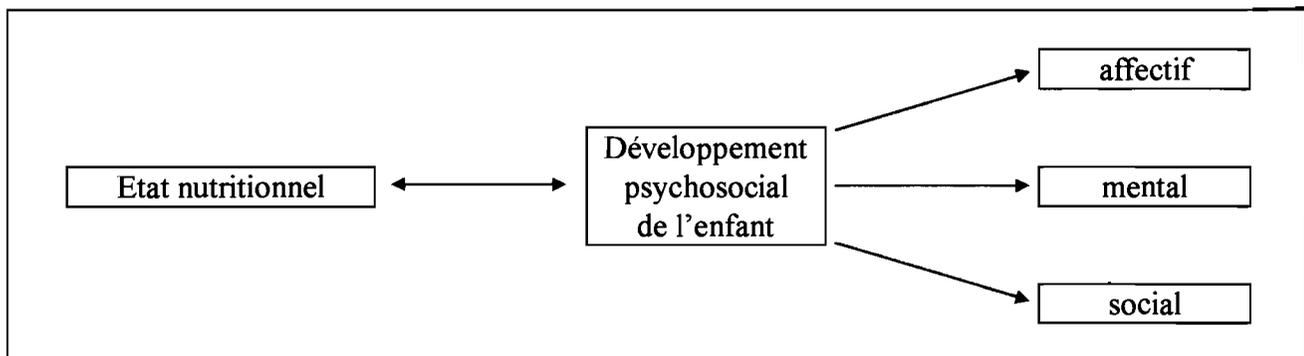


Figure 2 : **Relation entre l'état nutritionnel et le développement de l'enfant**

(Source : Pelletier JG. Les malnutritions sévères : Approche globale. L'enfant en milieu tropical 1991;208/209).

- ***Perturbation de la relation mère-enfant***

L'altération de la relation mère-enfant est maintenant une donnée admise au cours de la MPE [3, 5, 13, 16, 36] : une mauvaise relation mère-enfant peut engendrer une malnutrition sévère, et une malnutrition sévère perturbe la relation mère-enfant.

Dès 1956, Geber [13, 14 ] a mentionné le rôle capital de la carence affective dans la genèse de la malnutrition. L'environnement des nourrissons à risque de sous-alimentation est souvent celui où le niveau d'échange familial est réduit et où les mères, ignorant les besoins cognitifs de leur enfant, présentent une attitude passive. La qualité de la relation de la mère avec son enfant a été isolée comme facteur déterminant l'apparition du kwashiorkor dans une étude en République de Côte d'Ivoire [18].

Bouville [4] au Cameroun a rapporté que les enfants malnutris de son échantillon vivaient dans un environnement instable, moins chaleureux et ne bénéficiaient pas de beaucoup d'attention de la part de leur mère.

Il semble que les états marasmiques ou les authentiques kwashiorkor dans les pays occidentaux témoignent constamment d'interactions très conflictuelles entre la mère et l'enfant, avec toujours une situation de grande détresse psychologique chez l'enfant [16].

- ***De la perturbation de la relation mère-enfant à la malnutrition***

- \* **Les interactions mère-enfant**

Mère et enfant entrent en relation par le biais des interactions. C'est à travers l'interaction que se construisent les premiers liens avec la mère et les autres membres de l'entourage. De ces liens dépendent le développement intégral et équilibré de la personnalité de l'enfant, son aptitude à s'intéresser aux autres, à répondre à l'affection et plus tard, celle d'être à son tour un parent affectueux et attentif [1].

Autrefois perçu comme un être passif à cause de son immaturité, le petit d'homme apparaît de nos jours comme un être capable d'influencer son entourage humain, en même temps que lui-même est sous l'influence de cet entourage. Comme dit Brazelton : « le bébé naît avec d'excellents moyens pour signaler ses besoins et sa gratitude à son entourage. De ce fait, il peut même choisir ce qu'il attend de ses parents ou repousser ce qu'il ne veut pas avec des moyens si puissants qu'au lieu de le percevoir comme une argile à modeler, je le considère comme un être d'une très grande force qui peut neutraliser ou influencer ceux qui l'entourent » [25].

Cette nouvelle conception du bébé a apporté un jour nouveau à l'interaction mère-nourrisson qui est maintenant perçue comme un processus dynamique au cours duquel la mère entre en communication avec son bébé en lui adressant certains « messages », tandis que le nourrisson à son tour « répond » à sa mère à l'aide de ses propres moyens [1, 24, 25]. Trois niveaux d'interactions sont souvent décrits : les interactions comportementales, fantasmatisques et affectives.

- \* **Alimentation et relation mère-enfant**

La nourriture a plusieurs dimensions : une dimension physiologique d'apport énergétique et protéique et une dimension psychologique d'éveil. L'équilibre alimentaire de l'enfant est hautement dépendant d'une relation harmonieuse avec sa mère dans une dynamique où l'environnement social et culturel exerce de fortes pressions [36]. Durant la prime enfance, manger est un acte d'amour, il est le témoin de la relation mère-enfant. Les conflits mère-enfant se manifestent ainsi à travers la nourriture.

- *La dépression maternelle*

La dépression maternelle peut être le fait initial de la malnutrition [16]. Elle diminue les capacités de stimulation de la mère, altérant ainsi l'interaction mère-enfant [24, 25, 33]. Plusieurs auteurs ont relevé constamment l'existence de dépression chez les mères d'enfants malnutris [16, 20, 29].

- *Facteurs propres à l'enfant*

Des facteurs propres à l'enfant peuvent jouer un rôle dans l'altération de la relation mère-enfant [16] : enfant de faible poids, malformé ou peu doué de compétences relationnelles. Un enfant peu stimulant et peu gratifiant est susceptible d'exercer une influence sur sa mère. Dans ce registre, il semble que le sevrage précoce, finalement responsable du marasme, pourrait être une réponse de la mère à la «léthargie» ou à la succion inefficace de l'enfant [36].

- *La séparation et le sevrage*

Sevrage et séparation sont fréquemment retrouvés dans l'anamnèse des malnutritions [6, 11, 12]. Dès la naissance, la relation de l'enfant à sa mère est très forte. Le contact est permanent. Toutes les conditions existent pour la réalisation d'un lien d'attachement intense du fait même du maintien à proximité l'un de l'autre de la mère et de l'enfant. Le sevrage survient dans les conditions traditionnelles entre 16 et 24 mois. Il modifie brutalement l'attitude maternelle ; le refus du sein peut alors être considéré par l'enfant comme un rejet.

C'est pourquoi il a été dit que le sevrage pourrait représenter chez tous les enfants longtemps nourris au sein une période de dépression et de fragilité [16]. Le pronostic de cette période critique, souvent émaillée d'épisodes infectieux, dépend de la qualité des liens et du développement. Cela explique que dans la majorité des cas, il est sans conséquence malgré sa brutalité.

#### **I-2-4 Interaction alimentation - environnement - développement de l'enfant**

L'état nutritionnel de l'enfant dépend du milieu social dans lequel il évolue. Environnement, nutrition et développement sont étroitement liés [41]. Des études basées sur la comparaison de groupes d'enfants malnutris et témoins rapportent constamment chez les enfants ayant souffert de MPE des caractéristiques sociales déficientes : niveau d'hygiène, stabilité familiale, vécu de l'enfant dans le foyer, niveau d'instruction de la mère [9, 41]. La malnutrition une fois installée, est

entretenue par les conditions de vie ; il s'établit alors un cercle vicieux. Le rôle de l'environnement dans les rechutes est bien connu : souvent, quand bien même l'enfant malnutri serait traité, les conditions de vie demeurent les mêmes. Elles vont perturber le développement de l'enfant en agissant seules ou associées à une mauvaise alimentation.

Comme dit Pelletier [36], la malnutrition est avant tout une pathologie de l'environnement de l'enfant. Une multitude de facteurs causaux et dépendants génèrent cet environnement pathologique comme le montre la figure 3.

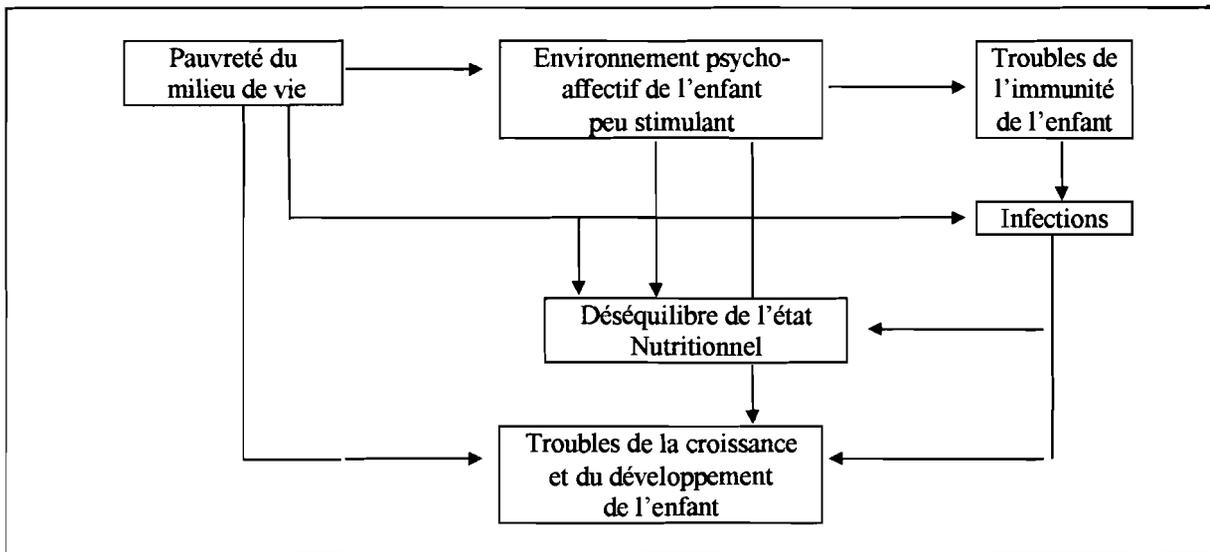


Figure 3 : **Interaction alimentation – environnement - développement de l'enfant**

(Source : Pelletier JG. Les malnutritions sévères : Approche globale. L'enfant en milieu tropical 1991;208/209).

### **I-3 REPRESENTATIONS POPULAIRES DE LA MPE DANS LES SOCIÉTÉS AFRICAINES**

Dans plusieurs sociétés d'Afrique Noire, le lien entre malnutrition et alimentation inadéquate n'est pas souvent établi. L'état de malnutrition est plutôt mis en relation avec une transgression d'interdits, ou l'effet de forces extérieures sur l'enfant. La transgression d'interdits est presque toujours le fait de la mère, rarement du couple parental [22, 37, 39]. Une faute commise par la mère, qu'elle soit enceinte ou non, peut retentir sur la santé de ses enfants et partant sur leur état nutritionnel. Ces différentes conceptions de la MPE expliqueraient en partie l'arrivée tardive des parents dans les centres de santé, souvent à un stade évolué de la maladie. Les parents ne décident de la consultation qu'après échec de leurs répertoires thérapeutiques traditionnels.

Les représentations populaires de la MPE présentent des points communs d'une région à une autre.

#### **I-3-1 Dans la région de Bobo-Dioulasso au Burkina Faso [37]**

Dans la région de Bobo-Dioulasso au Burkina Faso, la malnutrition est désignée par plusieurs termes dont celui de « sogo » se traduisant par : « viande, chair de poisson, gibier, biche ». De survenue précoce, le « sogo » serait transmis de la femme enceinte au fœtus. L'agent causal est une force néfaste qui habite les animaux, les plantes, les humains. Le corps de la mère serait le médiateur par lequel cette force modifie la physiologie de l'enfant à naître. Diverses situations vont favoriser "l'entrée" de la force néfaste dans le corps maternel :

- des événements mortifères : mère enceinte enjambant une eau ayant servi à la toilette d'un enfant atteint de « sogo » ; contact avec des liquides ayant servi à une toilette funéraire ; vue d'un cadavre ; mise à mort d'un animal ;

- une attitude négligente de la mère : s'asseoir sur une peau de mouton, se promener tard la nuit, manger trop de viande. Petitjean [37] à ce propos, fait parler des mères : « sogo, ça vient quand la femme enceinte s'assied sur une peau de mouton ; c'est de la viande, ça fait entrer la chaleur dans le ventre de la femme ».

Des actes de protection à l'égard de l'enfant souffrant de cette affection sont constamment mis en œuvre : il est souvent reclus et recouvert d'un pagne. Les étiologies de « sogo » justifient le recours thérapeutique auprès des guérisseuses au détriment des formations sanitaires.

### I-3-2 Chez les Mossi au Burkina Faso [39]

Les Mossi, au Burkina Faso, désignent le marasme par le terme « Yeenem », le « Yêéré » étant celui qui naît après son puîné. La maladie est engendrée par l'état de grossesse de la mère, alors qu'elle allaite toujours son enfant. Il se dégage ici le non-respect par le couple parental du code de conduite visant à protéger l'enfant.

Le « Pood-yoaga » (Pôdré = crapaud ; Pood-yoaga = larves de crapaud) et le « Kaam » sont d'autres appellations du marasme. Le « Pood- yoaga » est dû à un contact de la mère avec un crapaud blanc : elle a préparé la décoction pour le lavement de l'enfant avec des herbes sur lesquelles un crapaud blanc a préalablement uriné ; ou encore au cours de la grossesse de l'enfant, elle a bu des tisanes préparées avec des herbes touchées par un crapaud blanc. La maladie survient également lorsque la femme enceinte touche un crapaud blanc ou l'enjambe. L'apparition du « Kaam » est liée à des événements mortifères comme dans le cas du « Sogo » : les défunts émettent des gaz nocifs ; l'enfant est contaminé par des personnes ayant eu un contact avec un cadavre. Le traitement est fait de tisanes préparées à base de feuilles de karité.

Concernant le kwashiorkor, deux appellations sont courantes : le « Wiid-Pelogo » (antilope cheval) en raison de la "lourdeur" de la maladie, et le « Waamba » (singe) à cause de la ressemblance des cheveux lisses et roux de l'enfant souffrant de kwashiorkor avec les poils du singe.

### I-3-3 Dans le district de Bamako au Mali [22]

La représentation culturelle de la malnutrition la plus citée à Bamako est le « Sérébana » ; cette représentation est retrouvée également à Bobo-Dioulasso au Burkina Faso [37].

- **Définition**

La racine séré se traduit « naître à intervalle rapproché ». Apposé au terme bana (maladie), elle donne le sérébana qui décrit l'état pathologique induit chez l'enfant du fait de la survenue d'une nouvelle grossesse trop rapprochée chez la mère. Il y a trois principales variantes du séré :

- le « séréjugu » (jugu = méchant) en lien avec une nouvelle grossesse survenue avant la fin des quarante jours qui suivent l'accouchement. Cette entité serait particulièrement mortelle ;

- le « séréba » (grand séré) qui est la forme la plus décrite, est dû à la survenue d'une grossesse trop précoce ;

- enfin le « séréjalinin » ( séré sec) ou « glankoro » séré (séré sous la natte) est un séré sans nouvelle grossesse.

- **Etiologies**

L'étiologie du « sérébana » renvoie toujours à des relations sexuelles ; sa définition donnerait à supposer que les grossesses rapprochées et les modalités de sevrage en sont les seules causes. Pourtant, sont incriminées beaucoup plus largement les relations sexuelles illégitimes transgressant l'interdit sexuel du post-partum, ou ne respectant pas les pratiques visant à diminuer l'excès de chaleur accumulée par la femme pendant l'acte sexuel. L'excès de chaleur et la modification du lait constituent les agents causaux du séré :

- la chaleur provient de l'état de grossesse. Elle est nocive pour l'enfant soit par contact direct (le contact avec le ventre trop chaud de la mère donne de la fièvre à l'enfant), soit par modification du lait qui devient toxique ;

- la modification du lait est attribuée également à une contamination par le sperme ou à la présence d'un autre sang, celui du fœtus. Dans tous les cas, il est altéré et est source de maladie pour l'enfant.

- **Traitement**

La contamination du lait par l'état de grossesse appelle le sevrage, et l'exposition à la chaleur du corps maternel une séparation physique d'avec l'enfant. Dans cette optique, on comprendrait que le sevrage et la séparation tant incriminés dans la genèse de la malnutrition, aient pour premier objectif de soustraire l'enfant des effets toxiques du lait et de la chaleur maternelle.

Le « sérébana », plus qu'une maladie de l'enfant, est une blessure narcissique pour la mère ; l'état de l'enfant révèle son incapacité à trouver un équilibre entre son rôle d'épouse et de mère.

### **I-3-4 Chez les Wolof et Lebou du Sénégal [54]**

- **Dénomination**

Le « Nit-ku-bon » est un terme wolof du Sénégal, qui désigne la personne mauvaise, l'enfant qui n'est pas une bonne personne. C'est un jugement porté par le groupe et qui situe l'enfant comme marginal. Est « Nit-ku-bon » tout enfant atypique, présentant des caractéristiques qui s'écartent de celles couramment admises comme normales. Ainsi, un enfant qui aime la solitude, se mettant en

retrait, ne communiquant pas est pointé « Nit-ku-bon » ; la personne qui ne parle pas est forcément mauvaise. L'enfant souffrant de kwashiorkor, du fait des perturbations du comportement, ne peut être qu'un « Nit-ku-bon ».

- *Causes*

Les désordres de la conduite et de la communication pour les wolofs, ne peuvent pas s'expliquer par le jeu et les conflits des positions interindividuelles. L'individu par lui-même ne peut pas agir ; il est plutôt agi. Alors un système de représentation va s'organiser autour de cet enfant atypique, au comportement déviant :

- il est rab ou fils de rab ( les rabs sont des esprits ancestraux) ;
- il est un ancêtre réincarné qui revient soit pour se venger d'une faute commise par les parents, soit pour protéger la famille d'un danger.

Ces représentations font de l'enfant un étranger, un être autre sur lequel on n'a pas d'emprise, qui « peut tout », qui est maître de sa mort et de ses actes.

- *Attitudes à l'égard du « Nit-ku-bon »*

Elles sont fortement tributaires des représentations. Les relations de l'entourage avec l'enfant sont imprégnées par la croyance qu'il peut à tout moment « partir » ou « repartir ». Il est alors l'objet de surprotection ; un milieu sans heurts, une gratification permanente lui sont assurés. Cette situation est susceptible de perturber profondément les relations enfant-entourage.

Une connaissance des représentations populaires de la MPE permet de relativiser les préjugés et les contre-attitudes négatives à l'égard des mères d'enfants malnutris.

## **I - 4 REPERCUSSIONS DE LA MPE**

La MPE est une affection à lourd tribut. Au-delà des conséquences immédiates de mortalité ou de forte morbidité, elle laisse des séquelles dans tous les secteurs du développement de l'enfant.

### **I-4-1 Sur la croissance physique**

Les effets de la MPE sur la croissance physique ultérieure des enfants sont reconnus [12, 36]. Ils sont d'autant plus importants qu'elle survient à la phase active de croissance [12]. A ce propos, Cravioto et Coll. [9] rapportent que la survenue de la MPE à la période tout initiale de la vie, quelles que soient sa durée et sa sévérité, suffit pour affecter pendant longtemps la croissance physique de l'enfant.

### **I-4-2 Sur le développement [41]**

Le développement global de l'enfant est le résultat conjugué du développement physique et du développement psychique. Si le développement physique est facilement mesurable, le développement psychique par contre est un phénomène complexe, difficile à mesurer, car dépendant aussi bien de l'alimentation que de l'environnement. Les connaissances actuelles des effets de la malnutrition sur le développement psychique résultent d'extrapolations d'expériences réalisées chez les animaux, ou de suivis longitudinaux de cohortes d'enfants malnutris-enfants bien portants.

#### **I-4-2-1 Effets de la malnutrition sur le cerveau**

Le cerveau humain connaît deux phases de croissance rapide [41] :

- une première phase qui débute dès le premier trimestre de la grossesse, précisément à la sixième semaine d'aménorrhée,
- une deuxième phase qui dure de la trentième semaine de gestation jusqu'à l'âge de 30-32 mois de vie. Cette dernière phase est particulièrement sensible aux facteurs extérieurs tels que les agressions et les restrictions alimentaires.

Une privation de nourriture de quelques jours serait sans effet sur le cerveau humain. Il faudrait que les déficits nutritionnels se prolongent pendant une longue partie de la période vulnérable, pour avoir un effet sur le développement anatomique du système nerveux central [41]. Dans ces conditions, une malnutrition maternelle prolongée au cours de la grossesse aura des répercussions après la naissance sur le développement des structures cérébrales de l'enfant.

### **I-4-2-2 Sur le développement mental**

Toutes les malnutritions n'influencent pas le développement mental. Les effets de la MPE sont fâcheux dans les conditions suivantes : elle survient précocement, dure plus de quatre mois, est suffisamment sévère pour entraîner un retard notable de la croissance physique et une hospitalisation. Dans ces conditions, l'effet sur l'activité mentale peut être d'une telle intensité qu'il s'installe un retard mental difficile à effacer [41].

La MPE provoque une baisse du niveau d'activité, un retard du développement psychomoteur [12-14, 36, 41]. Le quotient intellectuel, mesuré à l'âge scolaire d'enfants rescapés de la malnutrition est constamment inférieur à celui d'enfants n'ayant jamais été malnutris [9] ; un environnement favorable contribuerait cependant à réduire les effets d'une privation nutritionnelle précoce.

### **I-4-2-3 Sur l'apprentissage**

Une comparaison des facultés et aptitudes d'écoliers ayant survécu à une malnutrition sévère à celle de leurs frères a permis de rendre compte des répercussions de la MPE sur l'apprentissage. Il ressort de ces études que les écoliers ayant survécu à une malnutrition présentaient une baisse de la qualité de l'intégration sensorielle, responsable de la capacité à lire et à écrire. Les rescapés de la malnutrition avaient ainsi un retard marqué dans les mécanismes d'apprentissage de la lecture et de l'écriture [9].

Il a été également rapporté que les enfants survivant à la malnutrition étaient retardés dans leur scolarité [9, 41]. Selon Cravioto et Coll. [9] survivre à une malnutrition grave peut aboutir à un comportement psychologique défectueux que traduira l'échec scolaire, et plus tard une difficulté pathologique d'adaptation.

## **I-5 PRISE EN CHARGE ACTUELLE DE L'ENFANT MALNUTRI**

Le traitement de l'enfant malnutri a consisté pendant longtemps en une récupération ou réhabilitation nutritionnelle et un traitement médical associé. A l'heure actuelle, la tendance est à une prise en charge globale de l'enfant malnutri et de son environnement familial, axé aussi bien sur les volets nutritionnel, médical, éducatif que psychoaffectif [41, 49].

### **I-5-1 La récupération nutritionnelle [6, 36]**

#### **• Principes**

Il est de plus en plus recommandé d'alimenter l'enfant malnutri par la bouche. Les perfusions veineuses, entraînant un risque élevé d'infections et une diminution de l'activité enzymatique du tube digestif sont à abandonner.

L'alimentation doit être riche en protéines de qualité et apportant de grandes quantités d'énergie ; le mélange lait - huile végétale - sucre (LHS) répond à ces critères et permet une rénutrition adéquate. La valeur énergétique du mélange LHS doit être de 100kcal/100ml. L'adjonction au mélange LHS de chlorure de potassium à la dose de 1gramme par litre et de chlorure de magnésium à raison de 0,5 gramme par litre est hautement souhaitable.

Il est maintenant conseillé un même régime alimentaire constitué par le mélange LHS dans tous les cas de malnutrition sévère.

#### **• Conduite de la récupération nutritionnelle**

En début de traitement, l'enfant malnutri doit recevoir 100 kcal/kg/jour. Les repas seront fractionnés et repartis en huit à dix prises par 24 heures.

Au bout de quatre à cinq jours, la ration alimentaire doit atteindre 200kcal/kg/jour. A ce stade, il est important d'introduire des plats non lactés comme les bouillies de céréales supplémentées avec des aliments en protéines et en matières grasses.

### **I-5-2 Le traitement médical [6, 36]**

#### **• Correction de la déshydratation**

La correction de la déshydratation se fera si possible par voie orale ou par sonde nasogastrique en cas de troubles de la conscience. La réanimation par voie veineuse tend à être abandonnée. Il est conseillé de réhydrater les malnutris avec une solution complète contenant du potassium. Il existe un risque d'insuffisance cardiaque en cas de réhydratation avec une solution sucre- sel simple.

- **Traitement des infections**

L'infection est difficile à mettre en évidence chez les malnutris : d'une part les témoins infectieux sont plus discrets et d'autre part les micro-organismes non pathogènes en temps normal peuvent le devenir chez l'enfant malnutri du fait du déficit immunitaire. Ainsi tout signe évoquant une infection chez un malnutri doit conduire à l'institution d'un traitement antibiotique énergique.

En cas de diarrhée chronique, il est préconisé de traiter l'enfant systématiquement au métronidazole (Flagyl\*), actif contre les *Lamblia* et contre de nombreux germes anaérobies souvent à l'origine d'un syndrome de malabsorption.

Il est recommandé de déparasiter systématiquement les enfants malnutris par un antiparasitaire à large spectre comme le Mebendazole quel que soit le résultat de l'examen des selles.

- **Traitements complémentaires**

Les traitements complémentaires consistent à lutter contre l'hypothermie, l'hypoglycémie et à corriger une éventuelle anémie.

- \* **L'hypothermie**

Les enfants malnutris présentent une température corporelle variable. Une température rectale inférieure à 35°C est souvent rapportée : elle est plus fréquente dans le marasme et est surtout nocturne. L'hypothermie peut être révélatrice d'une infection. Il est conseillé de maintenir les enfants malnutris au chaud, surtout en début de traitement. Ils doivent être couverts la nuit, séchés soigneusement après les bains ; le contact et la chaleur maternelle durant la nuit sont recommandés, de même qu'une alimentation fréquente.

- \* **L'hypoglycémie**

L'hypoglycémie est souvent asymptomatique mais parfois mortelle ; elle se rencontre plus volontiers dans le marasme. Elle est prévenue par l'administration de petits repas fréquents tout au long du jour et de la nuit. Les hypoglycémies graves se manifestent par un état léthargique, une absence de réflexe, des contractures ou convulsions ; elles sont traitées soit par injection intraveineuse soit par sonde gastrique de 1ml/kg de sérum glucosé à 50% suivie d'une administration orale de 25 à 50 ml de glucose à 5% toutes les deux heures pendant 24 heures.

**\* L'anémie**

Le traitement de l'anémie repose sur l'administration de fer per os à la dose de 30 mg/kg/jour de sulfate ferreux équivalent à 6 mg/kg/jour d'élément fer. L'association du fer à de l'acide folique est recommandée. En cas d'anémie sévère, un traitement de plusieurs mois est souvent nécessaire.

**I-5-3 Prise en charge psychoaffective**

Des études menées en Amérique Latine ont montré qu'une stimulation affective et motrice des enfants malnutris conférait bon nombre d'avantages [36, 41] :

- une récupération rapide,
- une baisse de la mortalité,
- une prévention des rechutes,
- une réduction du retard mental et psychomoteur.

Une prise en charge psychothérapeutique de la mère, de l'enfant, de la relation mère-enfant devrait faire partie intégrante de tout programme de réhabilitation nutritionnelle [36]. Les objectifs de l'intervention psychologique ont plusieurs degrés. Le premier est de redonner à l'enfant la perception d'un environnement sécurisant et stable. Le deuxième est de travailler parallèlement à restructurer la relation mère-enfant, c'est-à-dire donner une image positive et gratifiante de la relation à la mère mais aussi à l'enfant. Certaines équipes font de la restauration de la relation mère-enfant un critère de guérison [36].

**I-5-4 Prévention de la malnutrition [6]**

La prévention de la malnutrition fait appel à plusieurs stratégies qui consistent en :

- l'éducation nutritionnelle des mères ;
- la détection précoce de la malnutrition et sa prise en charge ;
- les vaccinations ;
- l'espacement des naissances ;
- l'amélioration de l'approvisionnement en eau potable.

## **II - JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE**

Le Burkina Faso est un pays continental enclavé. Sa population, estimée à 11 087 000 habitants est essentiellement jeune : 5 985 000 habitants ont moins de 18 ans dont 2 101 000 moins de 5 ans [50].

La pauvreté humaine qui, bien plus que l'absence de ce qui est nécessaire au bien-être matériel, signifie l'absence de conditions de vie décentes, frappe 58,2% de la population [38]. L'insécurité alimentaire est le lot de 50% de la population : le nombre moyen de repas est de deux et plusieurs Burkinabé sont réduits à un seul repas journalier [47].

Selon l'UNICEF [49], le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans offre une vision adéquate de l'état de santé de la majorité des enfants et de la population dans son ensemble. Ce taux au Burkina Faso qui est de 169‰ montre combien la situation sanitaire est alarmante : 86 000 enfants de moins de cinq ans meurent chaque année [50]. La MPE est l'une des principales causes de cette mortalité infanto-juvénile : en 1993, 30% des décès d'enfants de moins de cinq ans étaient associés à cette affection. Ces données laissent percevoir un reflet de la prévalence de la MPE qui affecte un enfant sur trois à un enfant sur six selon les régions du pays [46].

Les fortes morbidité et mortalité liées à la MPE expliquent que les autorités sanitaires et les partenaires au développement se soient engagés, par des stratégies diverses, à lutter contre cette affection : création de Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle (CREN), éducation nutritionnelle des mères, élaboration et mise en place de politiques visant à l'amélioration de la santé et du bien-être des femmes et des enfants [48].

L'analyse des causes de la MPE note que la pauvreté est certes d'un grand rôle, mais elle ne saurait à elle seule rendre compte de tous les cas de malnutrition ; il est maintenant admis qu'un environnement psychosocial défavorable et une perturbation de la relation mère-enfant peuvent en être des facteurs favorisants ou précipitants [5, 18, 20, 27, 28]. Cependant l'approche psychosociale et relationnelle occupe peu de place dans le vaste champ des stratégies de lutte contre la MPE au Burkina Faso. Pourtant, plusieurs études ont montré qu'une relation mère-enfant de qualité favorisait une guérison rapide et des interventions sur l'environnement psychoaffectif en particulier la dyade "mère-enfant" contribuait d'une part à prévenir les rechutes et d'autre part à obtenir des résultats positifs durables [15, 36].

Le but de notre étude était d'attirer l'attention sur cette autre facette de la malnutrition, pour une prise en charge plus globale de l'enfant malnutri.

### **III - OBJECTIFS**

## **OBJECTIF GENERAL**

Étudier les aspects psychosociaux et relationnels de la malnutrition protéino-énergétique à Ouagadougou.

## **OBJECTIFS SPECIFIQUES**

1. Déterminer l'environnement psychosocial et le niveau socio-économique des couples mère-enfant malnutri.
2. Établir le profil psychologique et psychopathologique des mères d'enfants malnutris.
3. Étudier les interactions mère-enfant au cours de la malnutrition protéino-énergétique.
4. Déterminer la part des facteurs psychosociaux et relationnels au niveau des causes, de l'évolution et des conséquences de la malnutrition protéino-énergétique.

## **IV - PATIENTS ET MÉTHODES**

## IV-1 CADRE DE L'ETUDE

Notre étude a été menée au Centre de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle (CREN) de Tanghin.

### IV-1-1 Aperçu sur le CREN de Tanghin

Le CREN a été créé en 1985 par le centre d'entraide pour le Sahel ( dénommé MORIJA) en collaboration avec la Mission française des Assemblées de Dieu (AD). Il est situé dans l'enceinte du domaine des AD sis à Tanghin (secteur 23 de Ouagadougou), où se côtoient des modes de vie urbain et rural. Le CREN accueille en général des nourrissons âgés de 6 à 24 mois, adressés par des agents de santé ou amenés directement par leur mère ou substitut maternel ; cette tranche d'âge n'est pas formelle, des nourrissons de moins de 6 mois ou plus de 24 mois pouvant être admis.

Les enfants viennent de la ville de Ouagadougou, des villages environnants, mais les populations des secteurs 23 et 24 demeurent les principaux clients. La vocation caritative du centre explique l'afflux des patients. Selon les statistiques du CREN (documents non officiels), pour la seule année 1998, 315 enfants et leurs mères ont été internés, soit une moyenne de 26,2 patients par mois. Les mois de juin, avril, juillet, septembre ont connu les affluences les plus élevées avec respectivement 39, 36, 35, 31 admissions.

L'évolution des patients au centre est marquée en général par un taux de récupération satisfaisant. En 1998, ce taux était de 77,1% et il a été enregistré 14% de décès et 8,9% d'abandons.

### IV-1-2 Diagnostic positif de la malnutrition au CREN

Tous les enfants amenés au CREN ne sont pas systématiquement internés ; seuls les enfants dépistés malnutris sur la base de critères cliniques et anthropométriques sont admis à l'internat.

#### IV-1-2-1 Diagnostic anthropométrique

Pour chaque enfant adressé au CREN, des mensurations sont effectuées :

- le poids (en grammes) à l'aide d'une balance type seca, d'une précision de 10 grammes ;
- la taille (en centimètres) à l'aide d'une toise horizontale, de fabrication locale, munie d'un ruban métrique ;
- le périmètre brachial (en centimètres) au moyen d'un ruban coloré et gradué ;
- le périmètre crânien à l'aide d'un ruban métrique gradué tous les 0,1 centimètres.

Le carnet de santé de l'enfant fournit les renseignements sur l'âge ; souvent ce document précieux n'existe pas, ce qui implique l'estimation de l'âge selon les dires de la mère ou de l'accompagnant. De toutes les mensurations sus notées, seules les valeurs du poids et de la taille sont exploitées.

A l'aide d'une table de référence dont les chiffres sont tirés des normes de Harvard ou de Stuart Steverson, les paramètres poids et taille sont situés par rapport à ceux d'un enfant supposé bien portant et de même âge. Les enfants dont le poids pour âge et ou le poids pour taille sont inférieurs à 80% sont admis à l'hospitalisation ; les autres bénéficient de conseils nutritionnels et d'une surveillance régulière du poids à titre externe.

#### IV-1-2-2 Diagnostic clinique

Plus qu'un diagnostic clinique, il s'agit d'une classification de la MPE par la méthode grossière mais simplifiée proposée par Gourier (cité par Waré) [52]. Elle est basée sur l'examen physique des fesses, des pieds et du visage. Bien que manquant de finesse, cette méthode offre bon nombre d'avantages : elle est simple, facile à utiliser, permet de classer les cas de MPE et d'entreprendre une prise en charge adéquate.

Le tableau ci-dessous présente la classification clinique simplifiée de Gourier de la MPE.

Tableau II : **Classification clinique de la malnutrition de Gourier**

Marasme = M	Kwashiorkor = K	Formes intermédiaires = MK
M1: fesses molles	K1: œdèmes dos du Pied	M1K1: œdèmes dos du pied + fesses molles
M2: - fesses pendantes comme un sac vide - face respectée	K2: Kwashiorkor Typique	M2K1: - fesses pendantes - face respectée - œdèmes dos du pied
M3: - fesses pendantes - visage de petit vieux ou de singe.		

### IV-1-3 Hébergement et conditions d'admission

Le centre dispose de cinq chambres et de 21 lits ; deux à trois mères et leurs enfants partagent une même chambre.

L'internat obligatoire est la règle du centre qui ne prend en charge que les enfants malnutris, les mères et accompagnants devant subvenir eux-mêmes à leurs besoins (repas, soins...). Les mères sont tenues au strict respect du règlement de la maison : ne donner à l'enfant que les repas préparés par le centre, participer aux causeries et à la préparation des repas, veiller au maintien de la propreté, entretenir de bonnes relations entre mères. Pour tout enfant admis à l'hospitalisation, il est demandé aux parents la somme forfaitaire de 1 000 francs CFA quelle que soit la durée d'hospitalisation, et 750 francs CFA destinés à des examens complémentaires (goutte épaisse, examen parasitologique des selles).

### IV-1-4 Personnel et activités

Une équipe de cinq personnes assure le fonctionnement quotidien du centre :

- une infirmière d'état, responsable du centre ;
- une infirmière brevetée ;
- deux animatrices ;
- une femme de ménage.

Un médecin extérieur au centre assure une fois par semaine la consultation des enfants. Cette équipe travaille la matinée de 7h30 à 12h ; l'après-midi, une seule personne assure une permanence de 15h à 16h. Les principales activités au centre sont la pesée, l'administration de traitement, la surveillance des repas et les causeries.

#### • *La pesée*

Elle a lieu un jour sur deux. Chaque enfant est pesé nu, dans une grande salle où sont réunis mères, enfants et équipe soignante. Elle est de loin l'activité la plus attendue et la plus vécue avec angoisse par les mères qui se voient jeter des fleurs quand leur enfant a pris du poids et des réprimandes quand il a maigri. Véritable "tribunal", la pesée est le cadre privilégié où la mère est jugée "bonne" selon que son enfant prend régulièrement du poids ou "mauvaise" selon qu'il ne prend pas de poids, la prise de poids étant non seulement le témoignage que la mère donne à manger à son enfant selon les recommandations des animatrices, mais aussi un motif de satisfaction, de gratification pour l'équipe soignante.

- *Les repas*

Ils sont préparés à tour de rôle par les mères, sur instruction des animatrices et sous leur surveillance. Chaque enfant reçoit cinq repas par jour à 6 H, 10 H, 12 H, 15 H et 18 H. Il y a deux sortes de régime alimentaire selon l'expression clinique de la malnutrition.

Seul le repas de 10 H est administré sous la haute surveillance des animatrices : il rassemble mères, enfants et équipe sous un hangar. Les animatrices veillent à ce que la ration de l'enfant lui soit donnée en intégralité. La légende au CREN raconte que certaines mères mangent les repas de leur enfant ou jettent les repas servis à l'enfant, d'où la surveillance de l'administration des repas aux enfants.

Si le repas de 10 H est un moment agréable pour les mères dont les enfants acceptent volontiers la bouillie, il est par contre vécu péniblement pour d'autres mères qui doivent "lutter" avec leur enfant qui refuse ou vomit la bouillie, ou qui choisit comme par envoûtement ce moment pour pleurer.

- *Les causeries*

Ce sont des séances de sensibilisation et d'information sur des pratiques courantes d'hygiène et de puériculture. Elles ont lieu chaque jour, après le repas de 10 H et c'est le cadre privilégié où les mères peuvent poser des questions, s'exprimer, discuter et échanger des idées et pratiques.

- *Autres activités*

Elles sont constituées essentiellement par des activités de Protection Maternelle et Infantile (PMI), l'aide aux personnes démunies, surveillance sur un an du poids des enfants qui ont été hospitalisés (grandes pesées).

#### **IV-1-5 Conditions de sortie et suivi ultérieur**

La condition suffisante mais pas nécessaire pour prétendre à la sortie est le gain pondéral. Les critères de sortie reposent sur un gain pondéral de 1 kilogramme, l'absence d'affection associée et un état clinique satisfaisant. Certains enfants ont le gain pondéral requis, mais leur état clinique est tel que le séjour est prolongé de quelques semaines. D'autres enfants sont retenus car présentant une affection associée (fièvre, anémie...) difficile à juguler.

Les moyens limités du CREN ne permettent pas d'effectuer des visites à domicile. Les mères sont priées de ramener l'enfant au CREN les 15 jours qui suivent la sortie, puis ensuite tous les mois et cela pendant une année.

Au centre, on s'attelle à soigner les "signes visibles" de la malnutrition même si on reconnaît que la relation de certaines mères avec leur enfant a un effet sur celui-ci (désintérêt, négligence, manque de soins et d'attention à l'enfant). Les distorsions de la relation mère-enfant ne font pas l'objet d'une prise en charge spécifique.

## **IV-2 TYPE ET POPULATION DE L'ETUDE**

### **IV-2-1 Type et période de l'étude**

Notre étude était de type transversal et descriptif. Elle a été menée au CREN de Tanghin d'août à décembre 1998.

### **IV-2-2 Échantillonnage**

Nous avons choisi de mener l'étude avec un échantillon aléatoire de 50 couples mère-enfant. Tout couple mère-enfant malnutri hospitalisé durant la période de l'étude était à priori intéressé.

### **IV-2-3 Critères d'inclusion**

Nous avons entériné la méthode de diagnostic de malnutrition en vigueur au CREN de Tanghin. Ont été inclus dans l'étude :

- les enfants dépistés comme malnutris par les critères du CREN, hospitalisés et accompagnés par leurs mères génitrices ;
- les mères ayant accepté de façon libre et éclairée de répondre aux questions.

### **IV-2-4 Critères d'exclusion**

Ont été exclus de l'étude :

- les enfants dépistés comme malnutris mais qui n'étaient pas accompagnés par leurs mères génitrices. Il s'agissait d'orphelins de mère ou d'enfants dont la mère avait abandonné le domicile conjugal. De tels enfants ont été exclus car vivant depuis peu de temps avec le substitut maternel ; de plus, ce substitut maternel n'était pas le même d'un jour à l'autre de l'hospitalisation ;
- les enfants hospitalisés avec leurs mères et présentant des signes de malnutrition en rapport avec une maladie organique.

## IV-3 COLLECTE DES DONNEES

### IV-3-1 Supports utilisés

La collecte des données a été réalisée par nous-même à l'aide de trois outils :

- un questionnaire spécifique ;
- une grille d'évaluation des interactions ;
- des échelles d'évaluation de la dépression et de l'anxiété chez les mères.

- *Le questionnaire spécifique*

Il s'agissait d'un hétéro-questionnaire conçu et écrit par nous-même pour les besoins de l'étude, semi-ouvert, adressé à la mère. Il était fait de diverses variables relatives à la mère, à l'enfant, au niveau socio-économique de la famille et à sa structure (cf. annexe 1).

- *La grille d'évaluation des interactions*

Les interactions mère-enfant désignent l'ensemble des échanges entre la mère et l'enfant ; elles révèlent la qualité de la relation de la mère avec son enfant. Leur évaluation implique une observation de la mère, de l'enfant, de la dyade mère-enfant. A partir des grilles utilisées par l'unité de recherche en psychopathologie du nourrisson et de la famille de la faculté de Bobigny (grille Recherche Action Formation) [24], nous avons élaboré une grille d'évaluation des interactions (cf. annexe 2).

Le but de la grille était non seulement d'étudier la relation mère-enfant à travers les interactions comportementales, mais aussi de dépister les enfants à risque. L'évaluation a porté sur les grandes fonctions (alimentation, sommeil) de l'enfant, les interactions mère-enfant, le comportement de la mère et de l'enfant au cours de l'examen physique de ce dernier.

Si une partie des renseignements sur l'alimentation et sur le sommeil a été fournie par la mère, l'évaluation des interactions mère-enfant, le comportement de la mère et de l'enfant au cours de l'examen physique ont fait l'objet d'une observation. En effet, l'observation de la dyade mère-enfant a été la pierre angulaire de notre travail. Chaque couple mère-enfant satisfaisant aux critères d'inclusion a été observé, à son insu depuis les premiers jours de l'admission jusqu'à la sortie. La pesée, le repas de 10 H, les séances de causerie étaient des moments privilégiés d'observation ; d'autres situations n'ont pas manqué d'être exploitées : préparation des repas, moments des autres repas des enfants, lessive, conversation entre mères...

Quatre niveaux d'interactions comportementales ont été pris en compte : les interactions vocales, corporelles, visuelles et les sourires. L'appréciation de chaque niveau d'interaction a été quantitative. La tonalité dans laquelle se sont déroulées les interactions aussi bien du côté de la mère que de l'enfant a été notée.

L'observation, dans des situations diverses de chaque dyade mère-enfant, nous a permis de juger de la relation mère-enfant et de conclure à l'existence de risques éventuels pour l'enfant.

### *\*Les échelles d'évaluation de la dépression et de l'anxiété chez les mères*

Les échelles utilisées ont été celles proposées par Hamilton.

#### **• L'échelle de dépression de Hamilton (cf. annexe 3)**

L'échelle de dépression de Hamilton ou Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), ou encore Hamilton Depression (HAMD) a été conçue comme son nom l'indique par Hamilton en 1960 [17].

Échelle d'hétéro-évaluation, elle est constituée d'une part de symptômes très fréquemment observés dans les dépressions, d'autre part de symptômes éventuellement moins fréquents mais dont la présence indique une forme clinique particulière de dépression. Selon le nombre d'items, il existe plusieurs versions de l'échelle de dépression : la version à 17 items, à 23 items, à 26 items et celle à 21 items que nous avons utilisée.

L'échelle de dépression de Hamilton reste à ce jour l'échelle de dépression la plus utilisée dans le monde ; elle sert le plus souvent à enregistrer la sémiologie dépressive avant traitement, à évaluer l'importance de celle-ci et à apprécier la rapidité et l'importance de l'amélioration sous traitement. Largement employée par les psychiatres, l'échelle de dépression de Hamilton peut être utilisée par les médecins généralistes.

L'échelle a été remplie par nous-même au cours d'un entretien. Chaque item de l'échelle correspond à un symptôme de dépression ; il est demandé à la mère l'existence ou non d'un symptôme donné et l'intensité avec laquelle ce symptôme est vécu.

Ainsi, les items de l'échelle ont été cotés de 0 à 2 ou de 0 à 4. Les cotations de 0 à 4 correspondent respectivement à des symptômes : absents, douteux ou non significatifs, légers, moyens, et importants. Celles allant de 0 à 2 correspondent à des symptômes : absents, douteux ou légers, manifestes et sévères. La cotation a reposé aussi bien sur les données de l'entretien que sur l'observation quotidienne des mères.

La note totale de la version à 21 items va de 0 à 63. Pour Hamilton, la note totale reflète l'intensité générale d'un syndrome dépressif. D'autres auteurs ayant analysé l'échelle de dépression de Hamilton s'accrochent à dire que la note totale, dans une première approximation, a une validité suffisante ; c'est ainsi que plusieurs d'entre eux l'utilisent comme critère d'inclusion dans les essais thérapeutiques d'antidépresseurs. Cette utilisation sous-entend que cette note totale est un fidèle reflet global de la symptomatologie dépressive.

Les seuil-repères proposés sont les suivants :

- note globale jusqu'à 7 : absence de dépression ;
- note globale de 8 à 15 : dépression mineure ;
- note globale de 16 ou plus : dépression majeure.

Dans notre étude, nous tiendrons compte de ces propositions et nous considérerons comme déprimée toute mère ayant une note globale supérieure ou égale à 8.

#### • L'échelle d'anxiété de Hamilton (cf. annexe 4)

L'échelle d'anxiété de Hamilton, en abrégé HAMA, a été présentée en 1959 par Hamilton comme instrument permettant l'évaluation quantitative de l'anxiété [35]. Elle est très largement connue et utilisée et comprend 14 items évalués à l'aide de cinq degrés de gravité, de l'absence jusqu'à l'intensité invalidante.

Sa structure et son mode de notation sont comparables à ceux de l'échelle de dépression de Hamilton. La note globale va de 0 à 60 ; il existe une note d'anxiété psychique (items 1 à 6 et 14) et une note d'anxiété somatique (items 7 à 13).

Nous considérerons comme anxieuse toute mère ayant une note totale supérieure à 14. Les différents degrés d'anxiété à retenir seront :

- 0 à 14 : absence d'anxiété ;
- 15 à 28 : anxiété d'intensité légère ;
- 29 à 41 : anxiété d'intensité moyenne ;
- 42 et plus : anxiété de forte intensité.

Les mères dépistées déprimées ou anxieuses ont bénéficié d'une écoute de notre part. En outre, nous leur avons suggéré de prendre attache avec les services compétents pour une meilleure prise en charge.

### **\* Autres outils**

Pour les besoins de l'étude, nous avons par ailleurs exploité les données consignées dans les carnets de santé de chaque enfant ainsi que les fiches individuelles de suivi du CREN.

#### **IV-3-2 Méthode de collecte de données**

La collecte des données a été faite au cours d'un entretien structuré pour chaque dyade mère-enfant. Au bout d'un certain temps, lorsque nous estimions avoir observé suffisamment une dyade, nous invitons la mère pour un entretien individuel à huis clos, au cours duquel nous remplissons successivement le questionnaire spécifique, la grille des interactions, les échelles de dépression et d'anxiété. Nous avons procédé également à l'examen physique de chaque enfant, dont le but était de soumettre l'enfant à une situation de stress et d'observer son attitude ainsi que celle de sa mère.

Cet entretien ne libérait pas la dyade mère-enfant de notre observation ; nous la suivions jusqu'à la sortie pour deux raisons : corriger d'éventuelles erreurs de jugement et noter l'évolution de la relation mère-enfant.

La durée de l'entretien pour chaque dyade, selon la collaboration de la mère et l'état de l'enfant, pour l'ensemble des outils variait de 45 minutes à 1 Heure 30 minutes.

#### **IV-3-3 Mesures préalables**

Les outils de l'enquête ont été testés au préalable sur un échantillon de cinq dyades mère-enfant malnutri, pour nous assurer de la faisabilité de notre travail et apporter d'éventuelles corrections au niveau du questionnaire spécifique.

Chaque mère a été informée des buts et des méthodes de notre travail ; les mères ont été recensées par libre consentement, le droit à l'anonymat et la confidentialité leur ayant été garantis.

#### IV-4 TRAITEMENT DES DONNEES

Les indices anthropométriques utilisés ont été [7] :

- le poids pour âge (P/A) signant une insuffisance pondérale,
- le poids pour taille (P/T) traduisant une émaciation ; il est le reflet d'un phénomène aigu s'étant passé récemment,
- la taille pour âge (T/A) traduisant un retard statural ; elle caractérise un phénomène chronique existant depuis quelques mois.

Ces indices ont été calculés à partir des limites de référence proposées par le National Center for Health Statistics (NCHS) et exprimés en écart réduit ou écart type (ET). Trois degrés de malnutrition ont été définis selon les valeurs de l'indice anthropométrique (VIA) :

- $VIA > -2ET$  : état nutritionnel normal ;
- $-3ET < VIA \leq -2ET$  : malnutrition modérée ;
- $VIA \leq -3ET$  : malnutrition sévère.

Nous avons opté de retenir l'indice poids pour taille pour mesurer l'impact des facteurs psychosociaux et relationnels sur l'état nutritionnel.

La saisie des données a été réalisée sur le logiciel Epi Info, version 5.01. Les indices nutritionnels ont été analysés sur le logiciel Epi Nut, les autres données sur Stat-lab. Les tests statistiques : du Chi<sup>2</sup>, de Student, de corrélation ont été utilisés. Ils ont été jugés significatifs au seuil de 5%.

## **V - RÉSULTATS**

## V-1 CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION D'ETUDE

Notre étude a concerné 50 enfants malnutris et leurs mères.

### V-1-1 Caractéristiques des enfants

Les 50 enfants de l'échantillon étaient âgés de six à trente et un mois avec une moyenne d'âge de  $18,4 \pm 6,6$  mois ; ceux âgés de plus de 12 mois étaient les plus nombreux : 41 (82%). Les enfants de sexe masculin étaient au nombre de 28 (56%) et ceux de sexe féminin au nombre de 22 (44%). Il y avait deux couples de jumeaux dans l'échantillon. Quarante-deux enfants (84%) vivaient avec les deux parents ; les huit autres (16%) vivaient avec la mère uniquement.

Le tableau III montre la répartition des enfants selon le rang dans la fratrie utérine.

Tableau III : Répartition des enfants selon le rang dans la fratrie utérine

	Effectif	%
Premier rang	8	16
Deuxième rang	12	24
Troisième rang	11	22
Quatrième rang	7	14
Cinquième rang	5	10
Sixième rang	4	8
Septième rang et plus	3	6

Trente et un enfants (62%) se situaient dans les trois premiers rangs dans la fratrie utérine.

Les enfants ayant eu des aînés décédés étaient au nombre de 21. Parmi ceux-ci, dix (47,6%) étaient de premier rang après un aîné direct décédé. Trois (14,2%) se situaient au deuxième rang et cinq (23,8%) au troisième rang. Les autres (3 : 14,4%) se situaient respectivement au quatrième, cinquième et septième rang.

### V-1-2 Caractéristiques des mères

Les mères de notre échantillon étaient âgées de 18 à 41 ans avec un âge moyen de  $28,5 \pm 6,5$  ans ; la majorité d'entre elles (29 : 58%) avaient moins de 30 ans.

Le tableau IV ci-dessous présente les caractéristiques socio-démographiques des mères.

Tableau IV : **Caractéristiques socio-démographiques des mères**

	Effectif	%
<b>Religion</b>		
Musulmane	42	84
Protestante	5	10
Catholique	3	6
<b>Ethnie</b>		
Mossi	45	90
Peulh	3	6
Touareg	2	4
<b>Lieu d'habitation</b>		
Secteur 23 et 24	24	48
Autres secteurs*	16	32
Villages**	10	20

(\*) Il s'agit des secteurs 08, 11, 12, 15, 21, 22, 25, 30.

(\*\*) Il s'agit de villages périurbains : Kamboincé, Polesgo, Saabtinga, Sakoula, Yagma.

Les mères dans leur quasi totalité étaient de religion musulmane (84%) et d'ethnie mossi (90%).

Concernant la migration, 34 mères (68%) n'étaient pas en situation de migration ; 13 (26%) venaient d'un autre village ou autre ville que leur lieu de résidence et trois (6%) provenaient de pays voisins. Le mariage a été dans tous les cas la cause de la migration. La durée d'immigration se situait entre un et huit ans. Aucune migrante externe n'était retournée dans le pays d'origine depuis son arrivée au Burkina Faso.

Les ménages auxquels appartenaient les mères comptaient entre deux et quarante personnes avec un nombre moyen de  $11,8 \pm 8,5$  personnes. Dans ce cercle familial, seules 20 mères (40%) bénéficiaient d'une aide pour les soins de l'enfant (le plus souvent un proche parent de l'enfant) ; les 30 autres (60%) étaient seules à assurer les soins à l'enfant.

Le tableau V donne le statut matrimonial et conjugal des mères.

Tableau V : **Statut matrimonial et conjugal des mères**

	Effectif	%
<b>Statut matrimonial actuel</b>		
Mariée	46	92
Célibataire	2	4
Séparée	1	2
Veuve	1	2
<b>Situation conjugale</b>		
Mère vivant maritalement	42	84
Mère vivant seule	8	16

Des 48 mères ayant contracté mariage, 19 (39,6%) avaient choisi librement leur conjoint. Les 29 autres (60,4 %) n'avaient pas eu le choix de leur conjoint : leur mariage a été forcé.

Vingt et une mères (42%) étaient issues de ménages polygames. Le nombre de coépouses variait de un à quatre. Les mères ayant une seule coépouse étaient au nombre de 13 (61,9%) ; la venue de la deuxième épouse était récente (moins d'une année) et mal vécue pour cinq d'entre elles. Cinq mères (23,8%) avaient deux coépouses et trois mères (9,5%) en avaient trois. Une jeune mère (4,8%) de 20 ans était la cinquième épouse de son conjoint qui vivait à l'étranger avec les autres membres de la famille.

Pour ce qui est des caractéristiques obstétricales, la parité variait de un à neuf. Huit mères (16%) étaient primipares. Les mères enceintes étaient au nombre de sept (14%) ; les autres (86%) ont déclaré ne pas être en grossesse. Le nombre d'enfants vivants par mère variait de un à sept, avec un nombre moyen de trois enfants. Quatorze mères (28%) avaient un enfant unique et sept (14%) plus de cinq enfants.

La figure 4 représente le nombre d'enfants vivants des mères.

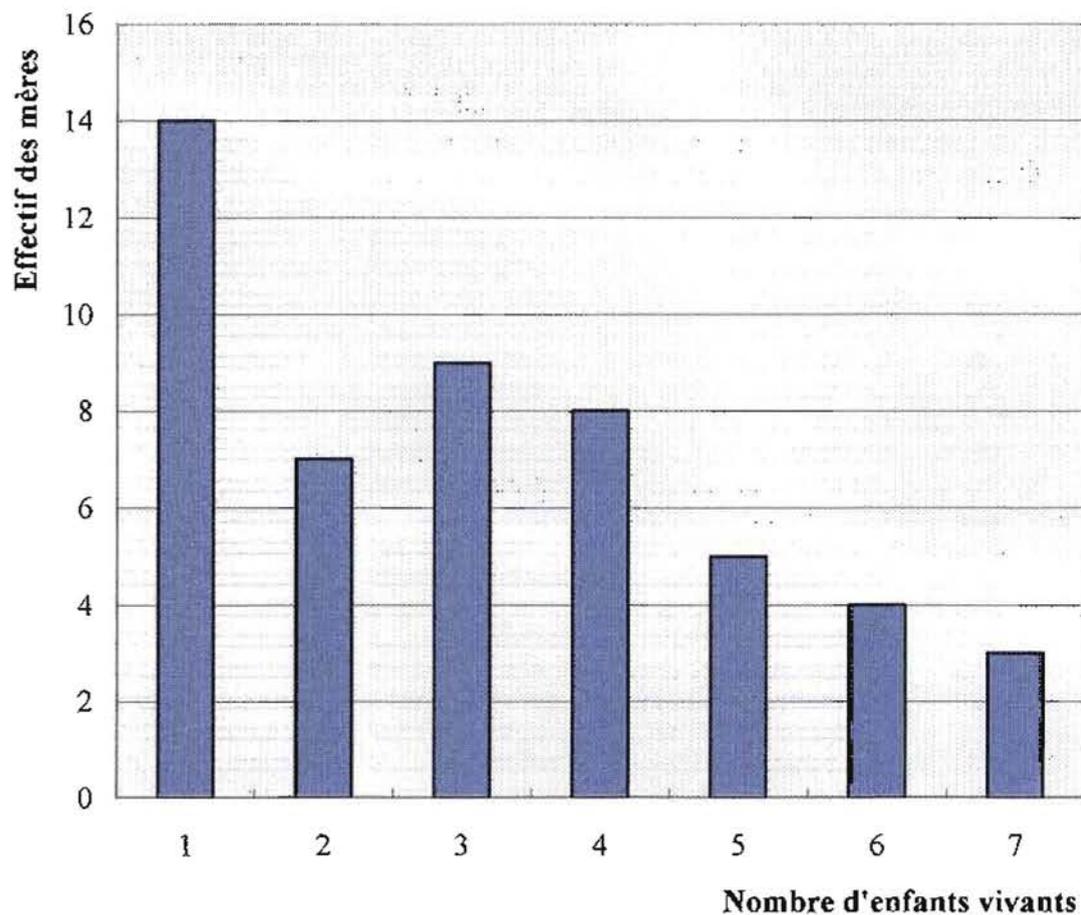


Figure 4 : Répartition des mères selon le nombre d'enfants vivants

Dans le groupe des 14 mères d'enfants uniques, il y a d'une part les primipares (au nombre de huit) et d'autre part les mères dont le nombre d'enfants est réduit à un seul à cause des décès.

## V-2 CARACTERISTIQUES SANITAIRES DES ENFANTS

### V-2-1 Caractéristiques cliniques et anthropométriques

Trente-quatre enfants (68%) souffraient de marasme et 16 (32%) de kwashiorkor marasmique. Le tableau ci-dessous regroupe les enfants en fonction du niveau de leurs indices nutritionnels à l'entrée par rapport aux normes du NCHS. Les différentes classes sont :  $\leq -3$  ;  $> -3$  et  $\leq -2$  ;  $> -2$ .

Tableau VI : **Classification des enfants selon les valeurs des différents indices nutritionnels à l'entrée**

Indices nutritionnels	$\leq -3$ "malnutrition sévère" Effectif	$> -3$ et $\leq -2$ "malnutrition modérée" Effectif	$> -2$ "normal" Effectif	Total
Poids pour âge	45	4	1	50
Poids pour taille	32	9	9	50
Taille pour âge	24	10	16	50

L'insuffisance pondérale, mesurée par le poids pour âge était le type de malnutrition prédominant.

Concernant les affections associées à la malnutrition, douze enfants (24%) n'en présentaient pas. Les autres (38 : 76%) présentaient une ou plusieurs affections cumulées, associées à la malnutrition. Le tableau VII en répertorie les différents types.

Tableau VII : **Affection associée à la malnutrition**

	Effectif
Affection fébrile isolée	11
Affections broncho-pulmonaires	10
Parasitoses intestinales et/ou diarrhée	11
Paludisme	7
Anémie d'étiologie indéterminée	2

### V-2-2 Durée de séjour au CREN des couples mère-enfant

La durée de séjour au CREN a varié de 10 à 84 jours avec une moyenne de  $29,7 \pm 15,4$  jours. Les couples mère-enfant ayant séjourné plus de 45 jours au CREN étaient au nombre de sept ; il s'agissait de jeunes mères (moins de 28 ans) dont six enregistraient un séjour antérieur dans un CREN pour le même enfant. Des sept enfants, cinq souffraient de kwashiorkor marasmique et deux de marasme grave.

La figure 5 représente la durée de séjour des couples mère-enfant au CREN.

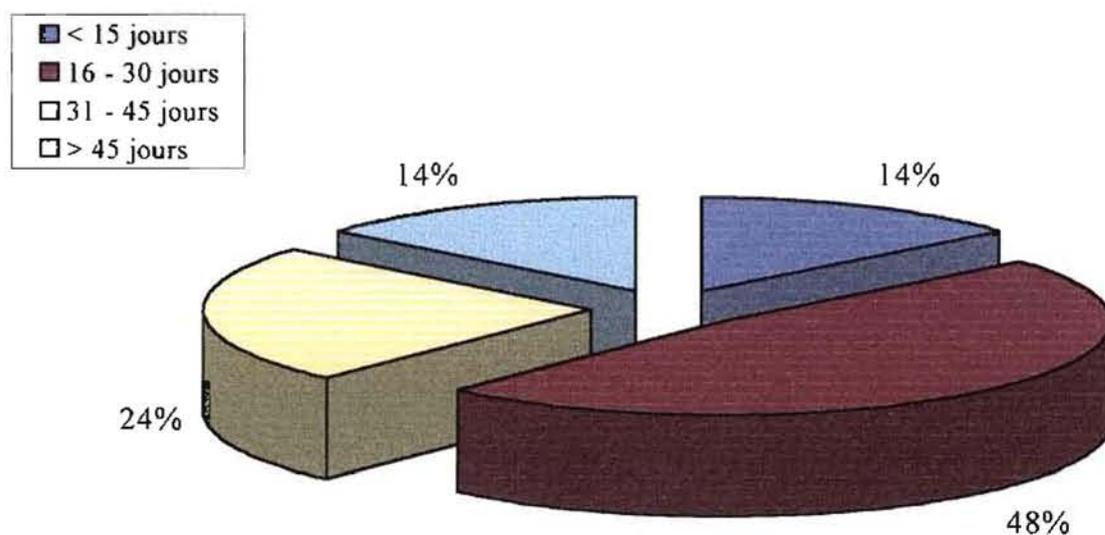


Figure 5 : Répartition des couples mère -enfant selon la durée de séjour au CREN

### V-2-3 Antécédents des enfants

Les renseignements sur les antécédents des enfants sont décrits dans le tableau VIII.

Tableau VIII : **Antécédents des enfants**

	Effectif	%
<b>Antécédents d'hospitalisation</b>		
Déjà hospitalisés	11	22
Jamais hospitalisés	39	78
<b>Antécédents de séjour dans un CREN</b>		
Enfants à leur deuxième séjour	9	18
Enfants à leur premier séjour	41	82
<b>Calendrier vaccinal</b>		
Enfants à jour	14	28
Enfants non à jour	31	62
Enfants jamais vaccinés	5	10

### V-2-4 Alimentation des enfants

Trente-quatre enfants (68%) étaient au sein ; parmi ceux-ci, deux (4%) étaient nourris essentiellement au sein avant leur arrivée au CREN. Les 32 autres (64%), en plus du sein recevaient une alimentation de complément faite de bouillie de céréales ou du plat familial le plus souvent. Seize enfants (32%) étaient sevrés.

Les 16 enfants sevrés l'étaient depuis une période variant de 10 à 120 jours avant leur admission au CREN. Leur âge moyen était de 23,3 mois. Dans leur quasi-totalité : 15 (93,7%), ils ont été admis au CREN dans les 90 jours ayant suivi le sevrage. La principale cause de sevrage avancée par les mères est le refus de l'enfant de téter (neuf cas soit 56,3%). La survenue d'une grossesse a justifié le sevrage dans trois cas. Les quatre autres ont été sevrés parce que leur mère avait décidé ainsi.

La conduite du sevrage a été progressive dans deux cas seulement ( 12,5%). Les 14 autres enfants (87,5%) se sont vus privés du sein du jour au lendemain. Tous les enfants sevrés ont développé un kwashiorkor marasmique : ils constituent la population des cas de kwashiorkor marasmique de l'échantillon. Statistiquement, le fait d'être sevré n'exerçait aucune influence sur la durée de séjour. Cependant, la durée moyenne de séjour des enfants sevrés était supérieure à celle des enfants non sevrés de neuf jours (35,6 contre 27 jours).

### V-2-5 Perturbation de l'alimentation, du sommeil et du développement psychomoteur

L'alimentation des enfants malnutris était profondément perturbée ; la quasi-totalité : 45 (90%) présentaient des troubles alimentaires dominés par le refus et les vomissements postprandiaux.

La figure 6 met en évidence les différents types de troubles alimentaires.

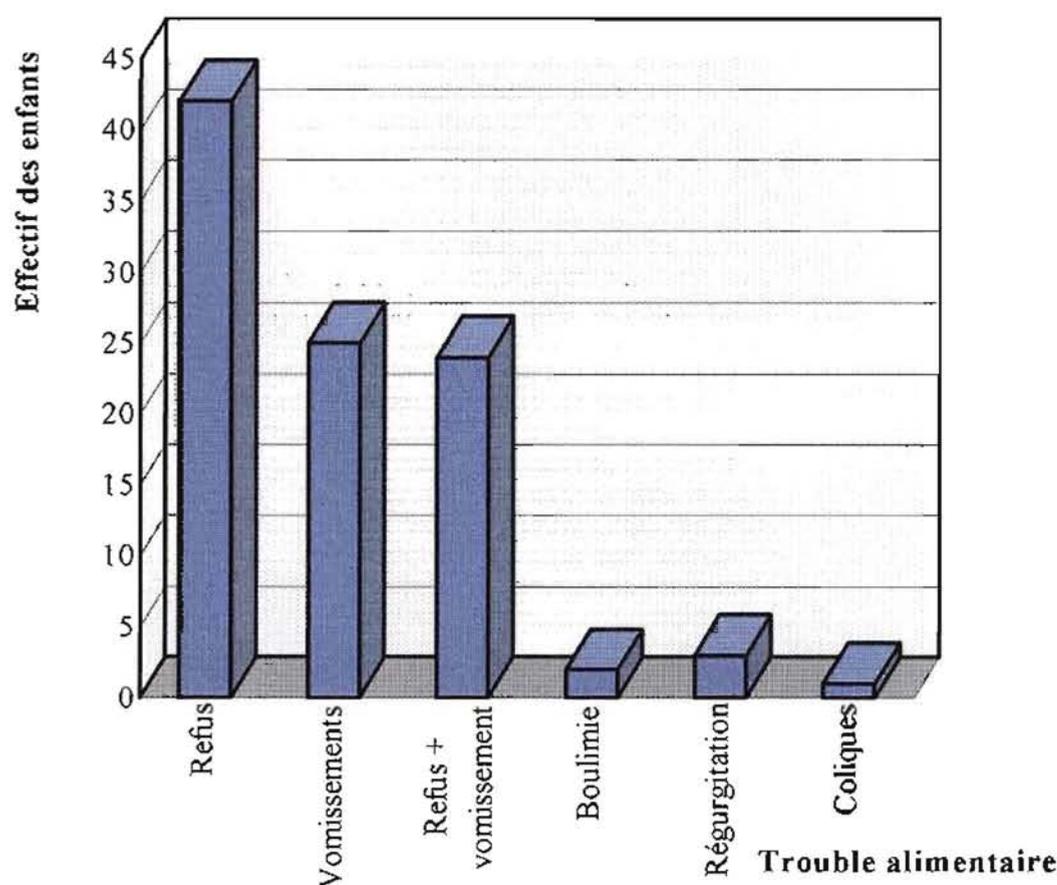


Figure 6 : Répartition des enfants selon le type de trouble alimentaire

Pour ce qui est du sommeil, 26 mères (52%) ont estimé que leurs enfants ne dormaient pas assez. Selon les mères, 37 enfants dormaient d'un sommeil calme ; les 13 autres connaissaient un sommeil agité. Les troubles du sommeil ont été notés chez 25 enfants.

La figure 7 en représente les différents types.

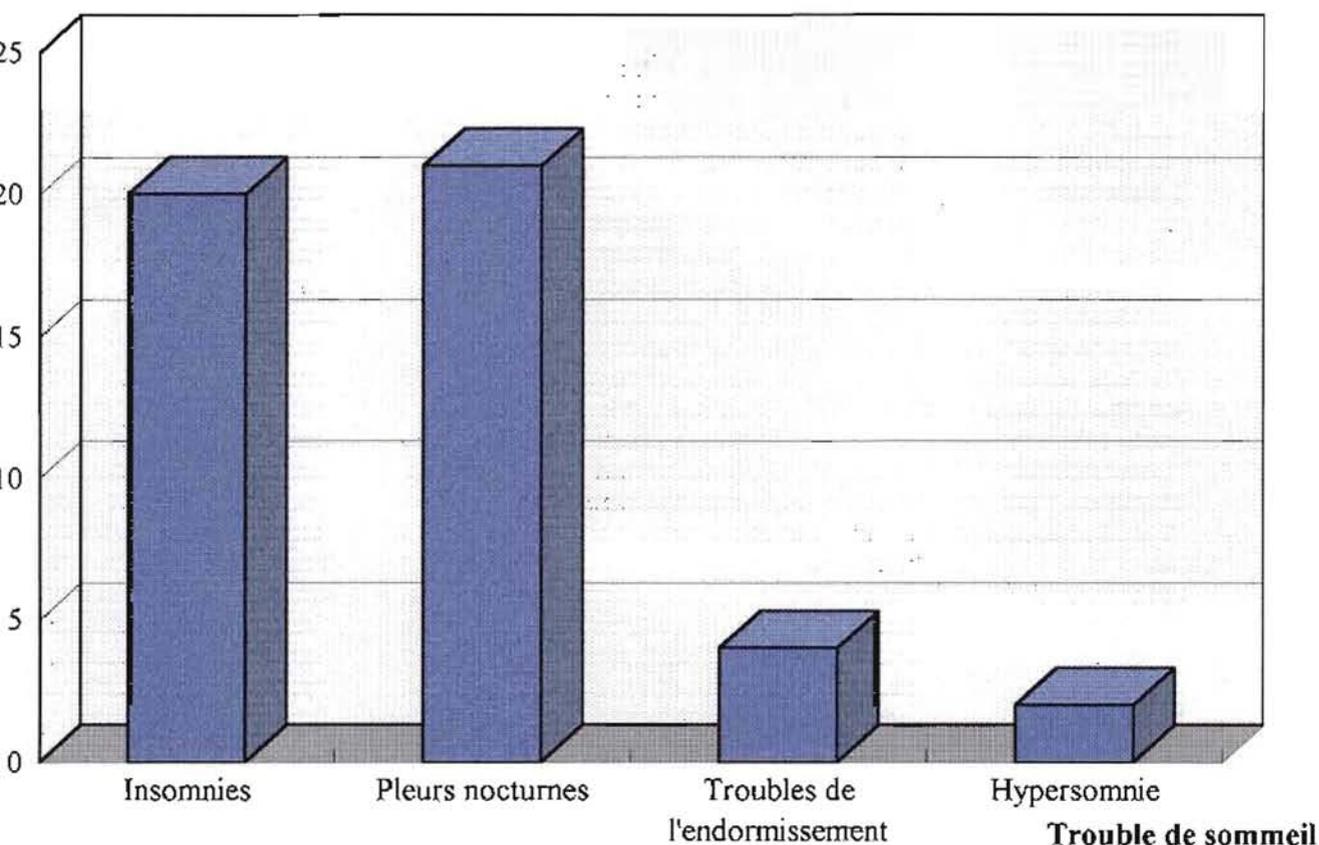


Figure 7 : Répartition des enfants selon le type de trouble de sommeil

Concernant le développement psychomoteur, 21 enfants sur 50 (42%) présentaient un retard du développement psychomoteur en ce sens qu'ils étaient en retard pour l'acquisition de la station debout ou de la marche, comparativement à des enfants bien portants du même âge. Les enfants qui avaient des aînés non seulement étaient en retard, mais l'étaient aussi par rapport aux aînés. Depuis le début de la maladie, 17 enfants (34%) avaient perdu leurs acquisitions et 29 étaient restés stationnaires.

### V-3 DESCRIPTION DE L'ENVIRONNEMENT SOCIO-ECONOMIQUE ET CULTUREL DES ENFANTS

L'environnement socio-économique et culturel des enfants est avant tout celui de leurs parents.

#### V-3-1 Environnement socio-économique

Les parents des enfants malnutris exerçaient dans l'agriculture ou dans le secteur informel. La situation économique de ces parents était caractérisée par l'absence d'un revenu régulier comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau IX : **Profession ou activité des parents d'enfants malnutris**

	Effectif	%
<b>Profession du père</b>		
Cultivateur et/ou éleveur	29	58
Commerçant	8	16
Artisan	7	14
Fonctionnaire	1	2
Scolaire	1	2
Sans emploi	4	8
<b>Activité exercée par la mère</b>		
Travaux ménagers exclusifs	12	24
Travaux ménagers et petit commerce	31	62
Travaux ménagers et champêtres	7	14

Les familles des enfants malnutris habitaient le plus souvent des concessions dont elles étaient propriétaires : 41 soit 82%. Dans la majorité des cas, elles ne disposaient ni d'électricité, ni d'eau courante à domicile. Les renseignements sur les caractéristiques du logement sont fournis dans le tableau X.

Tableau X : **Caractéristiques de logement des parents des enfants malnutris**

	Effectif	%
<b>Type d'habitat</b>		
Maison en banco	42	84
Maison en dur	8	16
<b>Approvisionnement en eau</b>		
Eau courante à domicile	0	0
Fontaine publique	44	88
Puits	6	12
<b>Type d'éclairage</b>		
Électricité	3	6
Lampe tempête	46	92
Lampe artisanale	1	2

Concernant les repas, 35 familles (70%) arrivaient à se procurer trois repas par jour ; les familles ayant deux repas quotidiens étaient au nombre de 11 (22%) ; les quatre familles restantes étaient réduites à un seul repas quotidien.

### V-3-2 Environnement culturel

Des 50 mères, 29 (58%) n'avaient pas été scolarisées. Le niveau d'étude atteint par les 21 mères scolarisées (42%) se présentait comme suit :

- niveau primaire : 10 soit 47,6% ;
- niveau secondaire : 2 soit 9,5% ;
- niveau supérieur : 1 soit 2,8%.

Les mères ayant fréquenté l'école coranique étaient au nombre de huit soit 38,1%.

Pour ce qui est de la perception de la maladie, la majorité des mères n'ont pas établi de lien entre la maladie de l'enfant et un problème alimentaire ; cela est mis en évidence par les réponses contenues dans le tableau XI.

Tableau XI : Perception de la maladie de l'enfant par les mères

	Effectif	%
Refus de manger	5	10
Manque de nourriture	4	8
Insuffisance qualitative et/ou quantitative des aliments	13	26
Insuffisance de soins maternels	3	6
Insuffisance de lait	2	4
Maladie due aux affections répétées	3	6
Maladie due à une grossesse de la mère	1	2
Maladie due à des esprits maléfiques	3	6
Maladie quelconque	22	44

Les mères ayant incriminé l'insuffisance de soins maternels étaient toutes à leur deuxième ou troisième séjour dans un CREN.

A la question de savoir l'opinion des mères sur leur enfant, 42 mères ont exprimé leurs inquiétudes quant à la survie de l'enfant ; quatre par contre ont avoué être lasses de l'enfant et quatre autres ont trouvé leur enfant désagréable et caractériel.

## **V-4 ETATS PSYCHOLOGIQUE ET PSYCHOPATHOLOGIQUE DES MERES**

### **V-4-1 Événements psychosociaux chez les mères**

La vie de chacune des mères était marquée par un ou plusieurs événements d'allure traumatique. Concernant la vie avec le conjoint, une discordance prononcée a été signalée par 29 mères (58%) ; pour cinq d'entre elles, la pomme de discorde était l'arrivée d'une coépouse. Les mères ayant noté une discordance légère avec le conjoint étaient au nombre de quatre (8%). La relation de six mères avec leur conjoint n'a pu être précisée. Seuls 11 couples vivaient dans une ambiance satisfaisante.

Bon nombre de mères de notre étude avaient été endeuillées : une seule mère était veuve. Vingt et une mères (42%) ont mentionné le décès d'au moins un de leurs enfants. Les mères orphelines étaient au nombre de 25 (50%) : 16 du père, trois de la mère et six des deux parents. Le décès de l'un et ou l'autre parent est survenu le plus souvent avant le dixième anniversaire de la mère.

Au cours de leur enfance, 22 mères (44%) avaient été confiées à une tierce personne, un proche parent dans la majorité des cas, durant un temps plus ou moins long. Toutes les mères confiées ont déclaré que leur séjour hors du domicile parental a été pénible : poids des travaux ménagers, sévices, privations diverses.

Pour ce qui est des antécédents pathologiques, 28 mères (56%) n'avaient pas déclaré d'antécédents particuliers. Les antécédents pathologiques maternels se caractérisaient par leur lien avec la maternité et concernaient 13 mères. De ces 13 mères, sept (14%) ont signalé des antécédents de grossesses pathologiques et/ou difficiles ; cinq mères (10%) ont noté une stérilité primaire ou secondaire de moins cinq ans, et une mère (2%), une stérilité primaire de 10 ans. En outre, parmi ces 13 mères, 11 d'entre elles n'avaient pas eu le choix de leur conjoint. Les neuf mères restantes (18%) ont évoqué des symptômes (vertiges, mal de tête, fatigue...) à connotation psychosomatique.

### **V-4-2 Interactions fantasmatiques**

Dix-neuf mères sur 50 (38%) ont franchement déclaré n'avoir pas désiré la grossesse de l'enfant malnutri. Des mères, au nombre de cinq, ont avoué avoir tenté une interruption volontaire de grossesse à la découverte de la grossesse. Nous n'avons pas observé de lien entre la parité de la mère et le désir

de la grossesse de l'enfant. Cependant, toutes les mères grandes multipares (plus de cinq accouchements et plus de cinq enfants vivants) ont avoué n'avoir pas désiré la grossesse de leur enfant ; du reste, elles séjournèrent toutes pour la première fois dans un CREN.

Concernant le désir du sexe, 26 mères (52%) ont noté que le sexe de l'enfant correspondait à leur souhait ; 17 (34%) par contre se sont dites insatisfaites. Sept mères (14%) ont déclaré que le sexe de l'enfant leur était indifférent.

#### V-4-3 Troubles psychiatriques chez les mères

Il s'agit de l'appréciation du niveau de dépression et d'anxiété à l'aide des échelles de Hamilton. Les notes totales à l'échelle de dépression de Hamilton dans sa version 21 variaient de 2 à 33, avec une moyenne de  $19,3 \pm 7,7$ . En considérant une note seuil de sept, 47 mères sur 50 (94%) ont été dépistées comme souffrant de dépression.

Le niveau de dépression s'est présenté comme suit :

- absence de dépression : 3 (6%) ;
- dépression mineure : 14 (28%) ;
- dépression majeure : 33 (66%).

Pour ce qui est de l'anxiété, la moyenne des scores à l'échelle de Hamilton était de  $18,8 \pm 7,7$  avec des notes extrêmes de 4 à 32. En tenant compte de la note seuil de 14, neuf mères ne présentaient pas d'anxiété ; les 41 autres ont été dépistées comme souffrant d'anxiété aux degrés suivants :

- anxiété d'intensité légère : 34 (68%) ;
- anxiété d'intensité moyenne : 7 (14%) ;
- anxiété de forte intensité : 0 (0%).

Nous n'avons pas noté de liaison statistique entre le désir de la grossesse de l'enfant, du sexe, l'existence d'une grossesse actuelle, le séjour antérieur dans un CREN et le niveau de dépression ou d'anxiété. Toutefois, 12 mères sur 19 qui n'avaient pas désiré la grossesse de leur enfant souffraient de dépression majeure ; il en était de même pour cinq mères enceintes sur sept.

#### V-4-4 Séjours antérieurs dans un CREN

Les mères de l'échantillon avaient déjà séjourné dans un CREN étaient au nombre de 21 dont neuf pour l'enfant malnutri et 12 pour un autre enfant. Elles étaient en général issues de familles qui arrivaient à s'assurer trois repas quotidiens (16/21). Parmi ces 21 mères, deux d'entre elles qui avaient trois enfants enregistraient un séjour dans un CREN pour chacun des enfants.

Le jeune âge, les conditions du mariage, la discordance avec le conjoint, le niveau de dépression, l'absence d'aide et de temps pour les soins de l'enfant étaient des points communs remarquables chez les mères à séjours répétés dans un CREN.

En effet, dans 15 cas sur 21 (71,4%), elles étaient relativement jeunes (moins de 30 ans), n'avaient pas choisi leur conjoint et souffraient de dépression majeure. Dans 14 cas sur 21 (66,4%), les rapports avec le conjoint étaient conflictuels et elles assuraient toutes seules les soins de leur enfant. Treize d'entre elles (61,9%) n'avaient pas vacciné leurs enfants ou l'avaient fait incomplètement.

Les trois mères en situation de migration externe avaient toutes déjà séjourné dans un CREN. Il en était de même pour huit mères sur treize qui avaient signalé des antécédents en lien avec la maternité.

Une liaison statistique a été relevée entre l'activité exercée par la mère et le séjour antérieur dans un CREN. En effet, le nombre de mères exerçant le commerce était significativement plus élevé dans la population des mères ayant déjà séjourné dans un CREN. ( $\text{CHI}^2 = 9,5$  ; le degré de signification  $p$  est compris entre 0,02 et 0,05).

Le tableau XII présente les caractéristiques des mères à séjour répété dans un CREN.

**Tableau XII : Caractéristiques des 21 mères à séjour répété dans un CREN**

	Effectif	%
Jeune âge*	15	71,4
Mariage forcé	15	71,4
Mère déprimée majeure	15	71,4
Discordance avec le conjoint	14	66,4
Mère sans aide pour les soins de l'enfant	14	66,4
Mère exerçant le commerce	17	80,9

(\*) Mères âgées de moins de 30 ans.

## V-5 ETUDE DES INTERACTIONS MERE-ENFANT

### V-5-1 Ambiance générale des interactions

Les échanges mère-enfant étaient remarquables par leur rareté et leur absence. Dans 20 cas sur 50, l'enfant était le principal initiateur des échanges, la mère n'amorçant l'échange que dans cinq cas (10%). Les interactions de 43 couples (86%) se déroulaient dans la discontinuité. Elles étaient empreintes de tristesse aussi bien chez les enfants que chez les mères. Les mères le plus souvent « n'habitaient » pas l'interaction : elles n'y mettaient aucun contenu dans 32 cas, ou le faisaient avec indifférence dans 18 cas. Le plaisir, l'excitation émanaient surtout des enfants. Le tableau XIII présente la tonalité affective dominant les interactions chez chacun des partenaires.

Tableau XIII : **Tonalité affective dominante des interactions chez les mères et chez les enfants**

<b>Affects</b>	<b>Plaisir</b>	<b>Tristesse</b>	<b>Indifférence</b>	<b>Excitation</b>	<b>Vide</b>	<b>Autres</b>
Effectif enfants	13	21	9	8	11	2
Effectif Mères	4	29	18	0	32	0

Les affects prédominant chez les mères étaient le vide, la tristesse et l'indifférence. Une agressivité était notable chez deux enfants.

### V-5-2 Appréciation des différents types d'interactions

L'appréciation a été quantitative et a intéressé les différents niveaux des interactions comportementales, corporelles, visuelles, vocales et les sourires.

De l'observation de chaque dyade mère-enfant, il est ressorti que la majorité des dyades : 28 (56%) avaient des interactions corporelles rares. Un couple mère-enfant s'est illustré par l'absence de ce type d'interaction.

Mères et enfants communiquaient rarement par la voix ; les mères restaient le plus souvent silencieuses, ne parlaient pas à l'enfant et n'avaient pas de jeux vocaux avec lui. En dehors des pleurs, les enfants vocalisaient rarement vers leur mère. Ce type d'interaction était dans la moyenne pour six dyades. L'observation des interactions visuelles a noté que 33 dyades se situaient dans la

moyenne. Les échanges visuels étaient rares pour 15 dyades, en excès et absents pour les deux dyades restantes. Le sourire constituait le type d'interaction le moins exprimé. Il était rare pour 11 dyades mère-enfant ; son absence a été remarquée chez 30 dyades.

### **V-5-3 La relation mère-enfant**

Aucun enfant n'avait été séparé de sa mère depuis la naissance. Des 50 enfants, 32 avaient une relation différenciée avec leur mère ; les 18 autres par contre connaissaient une relation fusionnelle : ils étaient tout le temps « collés » à leur mère et n'acceptaient pas le moindre éloignement de celle-ci. De l'observation de la relation que chaque mère entretenait avec son enfant, nous avons estimé que la relation mère-enfant était dysharmonieuse dans l'ensemble :

- une seule dyade avait une relation très harmonieuse ;
- quinze, une relation plutôt harmonieuse ;
- quatre, une relation peu harmonieuse ;
- vingt-six, une relation plutôt dysharmonieuse ;
- quatre, une relation très dysharmonieuse.

L'existence de discordances dans le couple conjugal, les conditions de mariage, l'âge de la mère, la forme clinique n'avaient pas d'influence sur la relation mère-enfant. Cependant, presque toutes les mères primipares (sept sur huit) avaient une relation dysharmonieuse avec leur enfant. Des 33 mères ayant déclaré une discordance avec le conjoint, 22 n'entretenaient pas une relation harmonieuse avec leur enfant. Le refus alimentaire était quasi présent chez tous les enfants en dysharmonie avec leurs mères (27/30).

Dans l'ensemble, la qualité de la relation des dyades mère-enfant est demeurée la même tout au long de l'hospitalisation.

### **V-5-4 Les enfants à risque**

L'histoire de chaque dyade mère-enfant, l'observation des interactions ont permis d'isoler les enfants à risque. Un seul enfant n'a pas été dépisté comme à risque. Les 49 autres étaient à risque de psychologie. Quatorze en plus du premier risque, étaient l'objet de négligences graves en ce sens que leurs mères ne s'intéressaient pas à eux et leur accordaient peu de soins. Quatre enfants subissaient des sévices de la part de leur mère : bastonnades, réprimandes sévères, propos injurieux à répétition.

## V-6 EFFETS DES FACTEURS PSYCHOSOCIAUX ET RELATIONNELS SUR L'ÉTAT NUTRITIONNEL ET LA DURÉE D'HOSPITALISATION

### V-6-1 Effets des facteurs psychosociaux et relationnels sur l'état nutritionnel

L'indice poids pour taille reflète une malnutrition aiguë. Nous retiendrons cet indice à l'entrée pour rechercher l'influence éventuelle du désir de la grossesse ou du sexe, de la dépression maternelle, de l'harmonie de la relation mère-enfant sur l'état nutritionnel de l'enfant.

#### V-6-1-1 Effets sur la gravité de l'état nutritionnel

Sur les tableaux ci-dessous sont recherchés les effets éventuels de certains facteurs psychosociaux et relationnels sur la gravité de l'état nutritionnel.

Tableau XIV : **Relation désir de la grossesse de l'enfant – gravité de la malnutrition**

	$\leq -3$ " Malnutris sévères "	$> -3$ et $\leq -2$ " Malnutris modérés "	$> -2$ " Non malnutris "	Total
	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)	
<b>Désir de la grossesse</b>				
• Oui	21 (42)	7 (14)	3 (6)	31
• Non	11 (22)	2 (4)	6 (12)	19
• Total	32 (64)	9 (18)	9 (18)	50
Niveau de signification	Test non significatif			

Tableau XV : **Relation désir du sexe de l'enfant - gravité de la malnutrition**

	$\leq -3$ “ Malnutris sévéres ” Effectif (%)	$> -3$ et $\leq -2$ “ Malnutris modérés ” Effectif (%)	$> -2$ “ Non malnutris ” Effectif (%)	Total
<b>Désir du sexe</b>				
• Oui	13 (26)	5 (10)	8 (16)	26
• Non*	19 (38)	4 (8)	1 (2)	24
• Total	32 (64)	9 (18)	9 (18)	50
Niveau de signification	Signification au seuil de 5% ; $0,02 < P < 0,05$			

(\*) Les mères ayant déclaré une indifférence au sexe de l'enfant ont été considérées comme ne désirant pas le sexe de l'enfant.

Il existe une liaison statistiquement significative entre la gravité de la malnutrition selon l'indice P/T à l'entrée et le désir du sexe de l'enfant : la proportion de malnutris modérés et sévéres est significativement plus élevée chez les mères qui n'ont pas désiré le sexe de l'enfant. Le degré de signification p est compris entre 0,02 et 0,05.

Tableau XVI : **Relation niveau de dépression de la mère – gravité de la malnutrition**

	$\leq -3$ “ Malnutris sévéres ” Effectif (%)	$> -3$ et $\leq -2$ “ Malnutris modérés ” Effectif (%)	$> -2$ “ Non malnutris ” Effectif (%)	Total
<b>Niveau de dépression</b>				
• Absence	3 (6)	0 (0)	0 (0)	3
• Dépression mineure	9 (18)	2 (4)	3 (6)	14
• Dépression majeure	20 (60)	7 (14)	6 (12)	33
• Total	32 (64)	9 (18)	9 (18)	50
Niveau de signification	Test non significatif			

Tableau XVII : **Relation harmonie de la relation mère-enfant – gravité de la malnutrition**

	$\leq -3$ “ Malnutris sévères ” Effectif (%)	$> -3$ et $\leq -2$ “ Malnutris modérés ” Effectif (%)	$> -2$ “ Non malnutris ” Effectif (%)	Total
<b>Relation mère-enfant</b>				
• Harmonieuse*	15 (30)	2 (4)	3 (6)	20
• Dysharmonieuse**	17 (34)	7 (14)	6 (12)	30
• Total	32 (64)	9 (18)	9 (18)	50
Niveau de signification	Test non significatif			

(\*) Les dyades à relation très harmonieuse, peu harmonieuse, plutôt harmonieuse ont été considérées comme ayant une relation harmonieuse.

(\*\*) Les dyades à relation plutôt dysharmonieuse, très dysharmonieuse ont été considérées comme ayant une relation dysharmonieuse.

Dans l'ensemble, nous n'avons pas observé de liaison significative entre les facteurs psychosociaux et relationnels et l'état nutritionnel. Toutefois, nous avons constaté que les enfants malnutris sévères se recrutaient en majorité chez des mères ayant certaines particularités. En effet, des 33 mères ayant déclaré une discordance avec le conjoint, 23 avaient des enfants sévèrement malnutris. Il en était de même pour 11 mères sur 19 qui n'avaient pas désiré la grossesse de leur enfant.

Six enfants sur huit qui ne vivaient pas avec les deux parents étaient malnutris sévères. La malnutrition sévère s'observait également chez les enfants de premier rang et de rangs de naissance élevés : tous les enfants de premier rang (8/8) et de sixième rang (4/4), quatre sur cinq de cinquième rang et deux enfants sur trois de septième rang.

#### V-6-2 Influence des facteurs psychosociaux et relationnels sur la durée d'hospitalisation

Il n'a pas été noté de lien entre la forme clinique d'une part, la gravité de l'état nutritionnel d'autre part et la durée de l'hospitalisation. De même, le niveau de dépression ou d'anxiété, les discordances dans le couple parental, le désir de grossesse ou du sexe de l'enfant, n'avaient aucune influence sur la durée du séjour au CREN.

Aucun lien n'a été établi entre la durée moyenne d'hospitalisation, la qualité de la relation mère-enfant d'une part, et l'existence actuelle d'une grossesse d'autre part. Toutefois, la durée moyenne de séjour des mères enceintes était supérieure d'une dizaine de jours environ à celle des mères non enceintes (37 contre 28,6 jours). Il en était de même pour les dyades à relation dysharmonieuse qui séjournaient en moyenne quatre jours de plus au CREN que les dyades à relation harmonieuse (31,4 contre 27,2 jours).

## **VI - DISCUSSION**

## **VI-1 LIMITES DE L'ETUDE**

Notre étude s'est déroulée en situation d'hospitalisation. Bien que le CREN de Tanghin, par son système d'organisation, tente d'offrir aux couples mère-enfant une situation de vie familiale, il est fort probable que la situation d'hospitalisation ait une influence sur la mère et par conséquent sur la dyade mère-enfant. Une étude à domicile, dans la réalité quotidienne des mères et des enfants aurait été l'idéal. Toutefois, la relation de la mère avec son enfant pourrait bien être la même aussi bien à domicile que dans un CREN.

Les enfants malnutris, non accompagnés par leur mère ont été exclus de l'étude. Pourtant, leur prise en compte aurait enrichi les connaissances sur le rôle tant cité de la séparation mère-enfant dans la survenue de la malnutrition.

Les données ont été collectées sur la base des allégations des mères et sur l'observation des dyades ; de fausses déclarations ne sont pas à exclure. En outre, l'observation des dyades a été forcément marquée par notre subjectivité.

L'appréciation de la dépression et de l'anxiété à l'aide d'un hétéro-questionnaire présente des inconvénients : des questions touchant l'intimité des mères ont reçu des réponses standard. De plus, leur traduction en langue nationale a pu altérer l'idée qu'elles véhiculaient.

Une évaluation psychométrique aurait permis de situer le niveau de développement psychologique des enfants : mais nous n'avons pas les compétences nécessaires.

Nous osons espérer que ces écueils n'altèrent pas toute la qualité du travail dont le but était de décrire les aspects psychosociaux et relationnels qui accompagnent la MPE.

## **VI-2 CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION D'ETUDE**

### **VI-2-1 Caractéristiques des enfants**

L'âge moyen des enfants de notre étude était de  $18,4 \pm 6,6$  mois et 82% avaient un âge compris entre 12 et 31 mois. Des auteurs [11, 12, 27] présentent l'après première année de vie comme à risque de malnutrition. En effet, le petit organisme en croissance a besoin de nutriments que ne lui apportent plus le lait maternel et les aliments de complément lorsqu'ils existent. La fréquence des épisodes infectieux à cet âge et le sevrage très souvent mal conduit pourraient être incriminés. A tout cela, il faut ajouter une diminution de la vigilance et des soins maternels : passé le cap de la première année, lorsque l'enfant a acquis la marche, celui-ci est de plus en plus laissé à la charge de ses aînés.

Concernant le rang dans la fratrie utérine, les enfants des trois premiers rangs étaient les plus nombreux : 62%. L'échantillonnage de type accidentel appelle à la prudence. Cependant, ce résultat se rapproche de celui de Miguel Garcia et Coll. [29] au Mali qui avaient trouvé que le risque de malnutrition portait avant tout sur les enfants situés entre le premier et le quatrième rang.

La proportion de mères ayant eu au moins un enfant décédé était de 42%. La mortalité infanto-juvénile est tellement élevée au Burkina Faso qu'elle ne saurait être spécifique aux mères d'enfants malnutris. Le décès d'enfants serait passé sous silence si 47,6% des malnutris ne venaient pas après un puîné défunt. L'enfant qui naît après un puîné défunt est source d'appréhension et d'interrogation. Il est l'enfant qui part et qui revient, le "tjid-a-paxer" des sénégalais [16] : vivra ? Ne vivra pas ? De tels enfants sont soit l'objet de surprotection aveuglée, soit l'objet de délaissement, de méfiance, comme semble être le cas de nos enfants : il y avait comme un refus des mères à s'attacher à l'enfant ; cela est illustré par les propos d'une mère : " je ne sais pas si cet enfant ne va pas lui aussi s'en aller (mourir) et me laisser seule ; c'est pourquoi j'ai peur « d'attacher » mon cœur au sien". Cette réticence à "s'attacher" à cet enfant qui pourrait lui aussi mourir crée un cercle vicieux car l'enfant a besoin de cet attachement pour survivre.

### VI-2-2 Caractéristiques des mères

Les mères de notre étude étaient relativement jeunes ; leur âge moyen était de 28,5 ans. 92% d'entre elles avaient contracté mariage, lequel mariage avait été sans consentement libre de la mère dans 60,4% des cas. L'appartenance à des ménages polygames concernait 42% des mères ; dans 84% des cas, elles étaient multipares. Le jeune âge maternel et la multiparité sont des facteurs favorisant la malnutrition comme l'ont signalé plusieurs auteurs : Madzou et Coll. [27] à Brazzaville ont relevé que 65% des mères d'enfants malnutris de leur étude avaient moins de 25 ans. Waré [52] au Burkina Faso, a noté l'influence de la parité sur l'état nutritionnel des enfants. Le ministère de la santé (cité par Waré) [52] dans une étude menée dans la région du Poni a rapporté que le risque de malnutrition augmentait avec le nombre d'enfants.

On pourrait facilement accepter que les enfants de mères primipares, sans expérience dans le maternage, soient plus exposés à la malnutrition que ceux de mères multipares, sensées être rompues dans les soins à apporter à l'enfant. Le contexte culturel expliquerait le jeune âge maternel et peut-être la multiparité. En effet, les mères de notre étude étaient dans leur immense majorité (84%) de religion musulmane et non scolarisées (58%). Dans ce contexte, elles sont mariées précocement et doivent affronter les responsabilités d'épouse et de mère, responsabilités maternelles pour lesquelles le plus souvent elles sont sans aide. Si la mère arrive à s'en sortir avec

les premiers enfants, cela n'est souvent pas le cas pour les enfants à rang de naissance élevé qui pourraient être moins investis que les premiers. Ce faible investissement des enfants derniers-nés au sein des familles à la descendance élevée a suscité la notion de négligence maternelle et sociale à propos de la malnutrition [2].

Dans notre étude, 32% des mères étaient en situation de migration. Nos chiffres sont inférieurs à ceux de Miguel Garcia et Coll. [29] au Mali qui avaient rapporté que la majorité des mères de leur échantillon (plus de 50%) étaient soumises à une situation de migration. Goodall en Ouganda (citée par Guedeney) [16] a relevé que la majorité des cas de kwashiorkor étaient issus de familles ayant émigré depuis d'autres pays ou venus d'autres régions du pays. Le risque de malnutrition chez les groupes sociaux soumis à des mouvements migratoires n'est plus à démontrer. Les conditions socio-économiques défavorables tributaires de cette situation jouent certes un rôle, mais les difficultés d'insertion sociale ne sont pas à négliger. Les migrants sont confrontés à une perte des modes de vie et de pensée d'origine, une rupture avec le cadre culturel, toutes choses susceptibles de perturber l'individu et le groupe [20]. Cela semble être le cas des mères de notre étude qui ont quitté leur famille du jour au lendemain pour s'installer dans un « autre monde » où elles doivent commencer une nouvelle vie, privées du soutien de leur famille d'origine.

## **VI-3 CARACTERISTIQUES SANITAIRES DES ENFANTS**

### **VI-3-1 Affections associées à la malnutrition**

Les affections les plus représentatives associées à la malnutrition dans notre étude étaient : les parasitoses intestinales et la diarrhée (11 cas), les infections broncho-pulmonaires (10 cas) et les infections non précisées (11 cas) révélées par une fièvre persistante isolée. L'association de ces affections à la malnutrition a été soulignée par plusieurs auteurs [6, 7, 12, 19, 36, 42, 51]. Ainsi, Somé [42] dans son étude sur l'itinéraire des enfants admis pour malnutrition dans les CREN de Ouagadougou au Burkina Faso, a trouvé qu'un enfant malnutri sur trois présentait une diarrhée à l'entrée, soit une prévalence de 36,5% ; les infections respiratoires touchaient 30,1% de son échantillon.

Seuls deux enfants présentaient une anémie associée ; ce résultat est de loin inférieur à ceux rapportés par Waré [52], Vanuxen [51] et Somé [42]. L'appréciation de l'anémie était clinique, basée sur la pâleur conjonctivale. L'association des affections sus notées à la malnutrition constitue un cercle vicieux : d'une part elles aggravent la malnutrition déjà installée ; d'autre part, l'enfant malnutri à l'immunité fragilisée, est constamment exposé aux infections, lesquelles pourraient être le *primum movens* de la malnutrition.

### VI-3-2 Alimentation des enfants

L'alimentation des enfants était faite de lait maternel, de bouillies de céréales ou du plat familial le plus souvent. Aucune mère ne préparait un repas spécialement pour son enfant, même celles ayant déjà séjourné dans un CREN et qui y avaient reçu une formation sur la préparation des repas des enfants. Toutes ont reconnu cependant que les plats préparés à part pour l'enfant ne leur revenaient pas cher. Cette faible implication des mères dans l'alimentation de l'enfant, le nombre élevé d'enfants non à jour pour leur vaccination pourraient traduire un faible investissement des enfants par leur mère.

La proportion d'enfants sevrés était de 32% et tous avaient développé un kwashiorkor marasmique. Le sevrage appelle le kwashiorkor comme l'ont relevé Briend [6], Geber [13] et Haddad [18]. Dans les représentations populaires, l'enfant malnutri est souvent un enfant sevré du fait d'une nouvelle grossesse de la mère [22, 37, 39]. Le sevrage fait le lit de la malnutrition par deux biais : l'insuffisance d'aliments de complément qui l'accompagne [6, 7, 51] et le traumatisme psychoaffectif qu'il engendre [13, 16]. L'enfant, dès la naissance est l'objet d'attention et d'intérêt pour toute la famille. Les comportements agressifs à son égard sont extrêmement contrôlés. Il existe une véritable symbiose entre lui et sa mère qui l'allaita à la demande, le porte constamment sur le dos, cède à ses moindres besoins. Un beau jour, pour une raison ou pour une autre, le sein est brusquement refusé à l'enfant. Ce sevrage s'accompagne souvent d'une séparation physique entre la mère et l'enfant. Il va désormais être porté par ses aînés qui s'occupent alors de lui. L'enfant passe ainsi d'une situation de relation privilégiée vers une situation d'attention et de soins maternels moins importants.

Pour l'organisation narcissique de l'enfant, le sevrage représente après la naissance, une nouvelle catastrophe confirmant ainsi la séparation primitive. Cependant, tous les enfants sevrés ne sombrent pas dans la malnutrition : le sevrage, malgré son caractère brutal, se passe sans incident si la relation antérieure avec la mère était de bonne qualité.

Nous sommes tentée d'affirmer que l'atmosphère qui a enveloppé le sevrage dans notre étude a pu être un facteur favorisant sinon précipitant :

- il a été brusque dans la majorité des cas ;
- les enfants ont été admis au CREN dans les trois mois qui ont suivi le sevrage ;
- toutes les mères enceintes avaient sevré leurs enfants.

### **VI-3-3 Troubles de l'alimentation, du sommeil et du développement psychomoteur**

#### **Les troubles alimentaires**

Dans notre échantillon, 90% des enfants présentaient des troubles de l'alimentation. Le refus alimentaire était fréquent (84%) et se rencontrait surtout chez les enfants souffrant de kwashiorkor marasmique. Des troubles alimentaires accompagnent toujours la malnutrition. Ils suscitent une interrogation : ont-ils précipité l'enfant dans la malnutrition ou constituent-ils un indice de distorsion de la relation mère-enfant ? Il est vrai, les candidoses digestives, les affections oro-pharyngées et toutes les autres affections associées à la malnutrition sont susceptibles de perturber l'appétit de l'enfant [6, 12, 36]. Pour certains auteurs [3, 4, 20, 36], les troubles alimentaires révèlent un malaise profond de l'enfant et de la relation mère-enfant. Ainsi, Collomb [8] présente le kwashiorkor comme une anorexie mentale de l'enfant ; pour Boucher [3] les troubles alimentaires pourraient être une forme de suicide de l'enfant. L'anorexie était une caractéristique des enfants de l'étude de Geber [13]. Bouville [4] par contre, a trouvé que les enfants malnutris de son échantillon avaient plus de contacts alimentaires que les enfants non malnutris. A son avis, on leur donnerait plus souvent à manger et à boire sans pour autant rester plus longtemps avec eux.

Une bonne alimentation de l'enfant est tributaire d'une bonne relation mère-enfant. Il existe une dimension relationnelle et psychosociale dans l'alimentation. Pour l'enfant, la prise de nourriture peut être associée à un moment de plaisir et de relation intense avec la mère. De même, la mère éprouve du plaisir lorsque son enfant s'alimente bien. Elle se sent réconfortée dans son rôle de mère ; son enfant bien portant lui permet d'être reconnue au sein de la communauté comme une bonne mère. L'alimentation est un acte d'amour, témoin de l'équilibre de la relation mère-enfant.

Durant la période de notre étude, nous avons assisté chaque jour à au moins un repas des enfants. Certes, certaines bouillies n'étaient pas agréables, mais cela n'expliquait pas les moments difficiles des repas tels que nous les avons vécus. Le refus catégorique et constant caractérisait certains enfants, l'alimentation n'étant plus possible que par gavage. Les conflits mère-enfant étaient ouverts et perceptibles au moment des repas. Il nous a semblé qu'à travers le rejet de la nourriture, les enfants exprimaient un mécontentement à l'égard de leur mère.

#### **Les troubles du sommeil**

Ils ont été mentionnés par les mères et méritent d'être relativisés. A leur avis, 52% des enfants ne dormaient pas assez. Geber [13, 15] a souligné que les enfants souffrant de kwashiorkor dormaient peu. Hervé [20], Miguel Garcia et Coll. [29] ont rapporté également des perturbations du

sommeil chez les enfants malnutris. Pour notre part, les pleurs nocturnes et les réveils fréquents pourraient être dûs à la faim, car les enfants ne recevaient pas d'alimentation la nuit ; cependant, les troubles de sommeil de certains enfants étaient tellement importants qu'ils faisaient l'objet de traitement médicamenteux. Les troubles de l'alimentation et du sommeil pourraient traduire une dépression, telle que évoquée par Guedeney [16].

### **Le développement psychomoteur**

Il y avait 42% des enfants qui présentaient un retard du développement psychomoteur. Nos données se rapprochent de celles de Miguel Garcia et Coll. [29] qui rapportaient que les enfants malnutris étaient constamment en retard pour les différentes étapes du développement par rapport aux enfants du groupe témoin. Le retard psychomoteur et la régression des acquisitions psychomotrices sont décrits au cours de la malnutrition. La plupart des petits malades de Geber avaient acquis la marche depuis longtemps, mais refusaient de marcher lorsqu'on les mettait debout [13]. Hervé [20] au Sénégal a signalé également la régression des acquisitions chez les enfants malnutris. La régression des acquisitions est imputable à la maladie qui diminue les compétences de l'enfant mais aussi à l'insuffisance de stimulations maternelles.

## **VI-4 ENVIRONNEMENT SOCIO-ECONOMIQUE ET CULTUREL DES ENFANTS**

### **VI-4-1 Situation socio-économique**

Les parents des enfants malnutris n'étaient pas particulièrement démunis. Si dans leur immense majorité la situation professionnelle ne leur procurait pas un revenu régulier, ils habitaient cependant des domiciles dont ils étaient propriétaires dans 82% des cas et arrivaient à se procurer en moyenne deux repas par jour. L'habitat était en banco dans 86% des cas et la lampe tempête le type d'éclairage dans 92% des cas. Ces conditions ne sont pas différentes de celles des populations en zone urbaine comme l'a montré l'étude sur le profil de la pauvreté au Burkina Faso [21]. En effet, selon cette étude, en zone urbaine, les habitations sont en banco dans 80% des cas et le pétrole la principale source d'éclairage.

## VI-4-2 Environnement culturel

### La scolarisation des mères

L'absence de scolarisation caractérisait la majorité des mères de notre étude : 58%. De plus, le faible niveau d'instruction était notable chez les mères scolarisées puisque 18 sur 21 d'entre elles n'avaient pas franchi le niveau primaire. L'absence de scolarisation et le faible niveau d'instruction sont fréquemment désignés comme des facteurs de risque de malnutrition [11, 23, 42] : Dubois [11] dressant le portrait de l'enfant malnutri a souligné que sa mère, le plus souvent n'avait pas été scolarisée. Par contre, Madzou et Coll. [27] à Brazzaville ont trouvé seulement 11,8% de mères analphabètes dans leur échantillon, la majorité : 68,8% ayant le niveau d'étude secondaire. La variation du taux de scolarisation selon les différentes régions d'Afrique expliquerait cette différence.

L'association malnutrition-absence de scolarisation ou faible niveau de scolarisation est si décrite à telle enseigne que certains auteurs [12, 48, 49] suggèrent que la lutte contre la malnutrition passe aussi par une élévation du niveau d'instruction des filles, futures mères. A notre avis, plus que d'élévation du niveau d'instruction, il s'agit d'apprendre aux mères, que l'enfant, pour se développer et s'épanouir, a besoin non seulement d'aliments nutritifs, de soins mais aussi d'affection, d'attention et de sécurité.

### Perception de la maladie de l'enfant

Seules 26% des mères ont incriminé une insuffisance qualitative et/ou quantitative des aliments. Cette réponse a pu être influencée par la sensibilisation reçue au CREN sur les maladies nutritionnelles. Des représentations mettant en cause une faute commise par la mère ou les deux parents, telles que relatées dans la littérature [20, 22, 37, 39] n'ont pas été retrouvées. Cependant, trois mères dont celles des jumeaux ont accusé l'action d'esprits maléfiques : le frère jumeau bien portant désire précipiter le jumeau malade dans la mort afin de bénéficier seul de toutes les faveurs de la mère.

Presque toutes les mères enceintes (6 sur 7) ont refusé d'établir un lien entre la maladie et leur état gréviste. Être en grossesse alors que le benjamin est en bas âge ou n'est pas sevré, constitue une violation de l'ordre établi par la société. La femme est la risée de l'entourage ; elle est la femme qui ne se fatigue pas de l'homme, celle qui préfère être plus épouse que mère [22]. Elle est aussi celle qui expose son enfant à la mort [37]. Cette situation est fortement culpabilisante. On comprend alors le déni des mères enceintes qui ne veulent pas qu'on leur fasse porter la responsabilité de la maladie de l'enfant.

## **VI-5 ETAT PSYCHOLOGIQUE ET PSYCHOPATHOLOGIQUE DES MERES**

### **VI-5-1 Événements psychosociaux de la vie des mères**

Nous nous attendions à ce que les mères d'enfants malnutris soient des femmes célibataires en majorité, issues de familles désunies ou éclatées, en perte de repère culturel comme l'ont trouvé Hervé [20] au Sénégal, Mayanda et Coll. [28] au Congo, Miguel Garcia et Coll. [29] au Mali. En fait, les conditions de vie de nos mères n'étaient guère moins accablantes : dans 60,4% des cas, elles avaient été « données » en mariage. Les discordances avec le conjoint (bien qu'il faille les relativiser) étaient fréquentes et concernaient 58% des couples.

Malgré leur jeune âge, elles avaient la charge de familles nombreuses au sein desquelles 60% ne bénéficiaient pas d'aide pour les soins de l'enfant. Bien que Waré [52] ait affirmé que le nombre de coépouses n'avait pas d'incidence sur l'état nutritionnel de l'enfant, cette situation cependant pourrait être source de difficultés pour les mères, comme le cas de cinq mères de notre échantillon, qui venaient « d'avoir » une nouvelle coépouse. Ces conditions de vie sont susceptibles de perturber l'équilibre mental des mères, les rendant ainsi moins disposées à une relation de qualité avec leur enfant.

Les antécédents des mères se caractérisaient par leur lien avec la maternité ; les mères "données" en mariage en étaient surtout concernées. Cette situation rappelle les conclusions de Badoual (cité par Guedeney) [16] : il a relevé qu'un grand nombre d'enfants dont les mères avaient fait une psychose puerpérale à leur naissance seraient atteints ultérieurement de kwashiorkor. Le refus du conjoint et aussi de la maternité que ces antécédents pourraient traduire, serait à même d'engendrer des difficultés dans le maternage.

### **VI-5-2 Désir de la grossesse et du sexe de l'enfant**

Dans notre étude, 38% des mères n'avaient pas désiré la grossesse de l'enfant et 34% n'étaient pas satisfaites du sexe. Le désir de la grossesse et/ou du sexe de l'enfant au cours de la malnutrition a été relaté par plusieurs auteurs [11, 16, 20, 29, 36, 42]. La majorité des mères d'enfants malnutris (17 sur 30) de l'échantillon de Miguel Garcia et Coll. [29] se distinguaient par le fait qu'elles n'avaient pas désiré la grossesse ou n'étaient pas satisfaites du sexe de l'enfant.

Il a été établi que la non concordance de l'enfant imaginaire avec l'enfant réel pouvait altérer précocement la relation mère-enfant [1, 24, 25]. On comprend alors la difficulté des mères à investir un enfant dont elles n'ont pas désiré la grossesse, et dont le sexe ne correspond pas à leur souhait.

### VI-5-3 Séjours répétés dans un CREN

La pauvreté et l'insuffisance alimentaire ne sauraient justifier les séjours répétés dans un CREN, puisque les mères dans cette situation n'étaient pas moins nanties que les autres. Un lien significatif a été relevé entre le commerce et le séjour répété dans un CREN. Certes, d'autres facteurs sont à incriminer, mais le rôle du commerce, tel qu'exercé par certaines mères n'est pas à négliger : elles se lèvent de bonne heure, sillonnent quartiers ou villages à la recherche de marchandises. Toute la journée est vécue au marché, hors du domicile conjugal. Le repas de l'enfant est fait le plus souvent du lait maternel ou de la nourriture achetée le plus souvent au marché et préparée dans des conditions d'hygiène douteuses. Cette alimentation inadéquate pourrait perturber l'état nutritionnel des enfants.

A notre avis, la carence affective et l'insuffisance des soins maternels expliqueraient le séjour répété dans un CREN : bien que de par leur séjour antérieur dans un CREN elles aient reçu des informations sur la vaccination, leurs enfants en majorité n'étaient pas à jour pour les vaccins.

### VI-5-4 Troubles psychiatriques chez les mères

Une dépression majeure a été notée chez 66% des mères et 28% d'entre elles présentaient une dépression mineure. Une anxiété a été retrouvée chez 84% des mères. La dépression semble caractériser les mères d'enfants malnutris car elle a été rapportée par bon nombre d'auteurs [20, 29, 36, 43]. Elle serait même le premier fait initial selon Guedeney [16].

La dépression est caractérisée par un état d'inhibition psychique avec ralentissement, une aboulie, une douleur morale profonde et des idées ou gestes de suicide [26]. Un tel état de la mère peut être fortement préjudiciable à tout enfant et surtout à l'enfant malnutri. En effet, ce dernier, volontiers anorexique et apathique a besoin d'un niveau d'attention et de soins maternels élevé. Son appétit doit être stimulé, ses sollicitations repérées et satisfaites. Si la mère est déprimée, elle est tellement préoccupée par sa problématique personnelle et sa douleur, toute chose susceptible d'engendrer ou d'aggraver une malnutrition préexistante.

Non seulement les troubles psychiatriques maternels peuvent aggraver une MPE, mais aussi ils peuvent retentir sur le développement psychologique et affectif de l'enfant. Non contingence des comportements de la mère et de l'enfant, retrait maternel caractérisent l'interaction mère déprimée-nourrisson. L'interaction est instable, allant du désengagement à l'intrusion ou de l'affect positif à la colère [24]. Il y a une « transmission » possible de la dépression maternelle à l'enfant, non pas par un processus d'imitation, mais par l'élaboration de mécanismes adaptatifs régulateurs de l'interaction par l'enfant [24]. Il devient ainsi l'élément moteur de la relation, face à une mère

passive, vide et en retrait. Les échecs répétés vont créer en lui des effets structuraux : d'une part, il se représente comme un être inactif sur l'environnement, ses comportements n'ayant pas le pouvoir de réparer l'interaction, d'autre part, la mère est vue comme une personne sur laquelle il ne peut pas compter [24].

On pourrait se demander la place de la dépression maternelle dans notre étude : la dépression a-t-elle engendré la malnutrition ou est-elle un retentissement de l'état de l'enfant sur la mère ? Il serait difficile de répondre à cette question, car plusieurs paramètres sont associés. D'une part, les événements de la vie des mères étaient potentiellement dépressiogènes : mariage forcé, discordances avec le conjoint, décès d'enfants, famille nombreuse à charge, manque d'aide pour les soins de l'enfant, absence de revenu régulier. D'autre part, la majorité (84%) des mères ont exprimé leur inquiétude quant à la survie de l'enfant. Lorsque l'enfant est amené au CREN, il est le plus souvent considéré comme mort, ainsi que l'a relevé Hervé [20]. L'enfant malnutri, pas beau à voir, est culpabilisant pour la mère. Il s'accroche à elle comme un reproche, lui renvoyant l'image d'une "mauvaise mère". Cette situation peut également perturber l'équilibre psychique des mères.

Cause ou conséquence, la dépression maternelle est un facteur de risque pour l'enfant. Elle altère la qualité de l'interaction mère-enfant [24, 25, 33], pouvant compromettre ainsi le développement harmonieux de la personnalité de l'enfant. A ce propos, Winnicott [53] dit : « lorsqu'un petit enfant est à un stade où il a besoin que sa mère soit préoccupée par les soins infantiles, cela peut être très perturbant de trouver tout à coup que la mère est préoccupée par quelque chose d'autre, quelque chose qui appartient simplement à la vie personnelle de la mère. Un jeune enfant dans cette situation se sent infiniment abandonné ».

## **VI-6 ETUDE DES INTERACTIONS MERE-ENFANT**

### **VI-6-1 Ambiance générale des interactions**

Les interactions de 86% des couples mère-enfant se déroulaient dans la discontinuité. Dans 20 cas sur 30, l'enfant était le principal initiateur, la mère n'amorçant l'échange que dans cinq cas. On retrouve ici la situation d'un enfant demandeur d'affection et d'une mère passive telle que décrite par Geber [13]. La pauvreté des interactions était également la caractéristique des échantillons d'enfants malnutris de Bouville [4] au Cameroun, Hervé [20] au Sénégal, Miguel Garcia et Coll. [29] au Mali.

Les interactions étaient vécues le plus souvent dans la tristesse, l'indifférence et le vide, témoignant ainsi d'une perturbation de la relation mère-enfant. L'inhibition maternelle du fait de la dépression pourrait expliquer cette faible implication de la mère dans l'interaction.

### VI-6-2 Les différents types d'interactions

- Les interactions visuelles étaient dans la moyenne pour la majorité des dyades, mais leur absence ou rareté dans les autres dyades nécessite un commentaire : plusieurs enfants détournait le regard quand leur mère ou une autre personne les regardait ; ils exprimaient peut-être ainsi leur refus de communiquer comme l'a souligné Geber [13, 14]. Des mères également ne voulaient pas croiser le regard de leur enfant ; était-ce une fuite du regard accusateur de l'enfant ? Un rejet ? Un refus de communiquer ?

- Les interactions vocales étaient dans l'ensemble rares ou absentes. Lorsque nous faisons remarquer aux mères qu'elles ne parlaient pas à leur enfant, elles nous répondaient qu'il n'avait pas l'âge de comprendre. Ainsi, les mères ne représentaient pas l'enfant comme un être doué de capacités relationnelles. Pourtant, il a été démontré que dès la vie intra-utérine, l'enfant était sensible aux sons qui provenaient du milieu extérieur [1, 24, 25].

- La perturbation de la relation mère-enfant, la dépression maternelle, le refus de l'enfant de communiquer pourraient rendre compte de la rareté d'échanges de sourires. Il était des enfants chez qui, durant leur séjour, nous n'avons décelé aucun sourire.

En somme, le niveau des interactions comportementales était bas dans l'ensemble. Le contexte culturel expliquerait en partie cette situation. La prépondérance du regard, des baisers, des caresses dans la communication entre la mère et l'enfant peut être considérée comme dominante dans le maternage occidental. Les maternages africains se caractérisent par l'importance des stimulations vestibulaires, (berçage, suspension par les pieds, balancements ...). L'utilisation d'une grille tenant compte des maternages africains serait plus indiquée.

### VI-6-3 La relation mère-enfant

La proportion des dyades mère-enfant ayant une relation dysharmonieuse était de 60%. La distorsion de la relation mère-enfant est maintenant une constante au cours de la malnutrition. Elle a été mise en évidence le plus souvent chez des enfants souffrant de kwashiorkor [13, 16, 36]. Dans notre étude, elle se notait de manière indifférente aussi bien chez les enfants souffrant de kwashiorkor que chez ceux souffrant de marasme. Toutefois, les enfants souffrant de kwashiorkor se remarquaient par leur agressivité et leur indifférence à l'égard de la mère. Chacun des éléments interactifs de la dyade mère-enfant peut être à l'origine d'une viciation de la relation mère-enfant : un enfant pleurnichard (les pleurs traduisent un appel à l'aide) est susceptible de compromettre la relation avec la mère qui le percevra comme un enfant persécuteur et tyrannique. Les enfants dont les caractéristiques physiques (malformation, débilité, laideur, sexe non désiré) ne rencontrent pas

les fantasmes de la mère peuvent être l'objet de rejet par la mère. Souvent, une agressivité maternelle est projetée sur l'enfant malnutri culpabilisant dont l'état met en doute les compétences de la mère. Dans la pensée populaire, le "bon" enfant est celui qui ne pleure pas, qui n'est pas exigeant, qui se moule au désir et à la volonté de sa mère. L'enfant dont le comportement s'écarte de celui de l'enfant "bon", qui interpelle constamment la sollicitude maternelle est perçu comme un enfant tyrannique ; la relation mère-enfant peut alors être perturbée.

La relation mère-enfant est un processus dynamique, où chacun des deux partenaires influence l'autre. Des attitudes ou états maternels peuvent altérer également la relation : des préoccupations personnelles (manque de temps, poids des travaux ménagers, conflits familiaux...) accablent les mères, et les rendent indisponibles à une relation de qualité avec l'enfant.

Dans notre étude, 22 mères sur 33 ayant une discordance avec leur conjoint, présentaient également une mauvaise relation avec leur enfant. Selon Lamour [24], « l'enfant voit le père dans les yeux de la mère ». L'enfant est avant tout un « produit » du père ; les conflits avec celui-ci sont projetés sur l'enfant qui en est le digne représentant ; ceci explique que des mères en difficultés relationnelles avec leur conjoint soumettent les enfants de leur union à des maltraitances et à des négligences graves. Les mères ayant souffert de privation affective à leur enfance ou carences affectivement ne peuvent pas établir une relation sécurisante et de qualité avec leur enfant. Il faut noter également la non connaissance par les mères des besoins affectifs et d'interaction de l'enfant, ses appels à l'aide interprétés comme relevant de la méchanceté. Dans cette optique, la monnaie est bien rendue à l'enfant par une correction adéquate !

Il semble que les maternages de type africain réunissent les conditions favorables pour une relation mère-enfant de qualité : allaitement au sein dès la naissance et à la demande, contacts physiques mère-enfant permanents [16, 36]. A notre avis, cette proximité physique ne s'accompagne pas toujours d'une proximité affective et d'une disponibilité de la mère.

Au cours de la malnutrition, Geber [13, 14] a rapporté qu'une bonne relation mère-enfant favorisait une guérison rapide. Les troubles psychotiques et de la personnalité chez l'adulte, les comportements déviants et obsessionnels pourraient être engendrés en partie par une distorsion de la relation mère-enfant à l'enfance [53]. En somme, une relation mère-enfant de qualité est garante d'un épanouissement global (physique, cognitif, affectif) de l'être humain.

#### VI-6-4 Le risque

La discontinuité des interactions, leur faible niveau, la mauvaise relation mère-enfant expliqueraient que 98% des enfants aient été identifiés comme à risque psychologique. Quatorze enfants étaient l'objet de négligences graves. Les négligences graves pourraient être rapprochées d'un manque d'intérêt des mères pour leur enfant, comme l'ont remarqué Bonnet [2] et Geber [13]. Le non désir de la grossesse, les discordances avec le conjoint, le refus de communiquer de l'enfant sont susceptibles de sous-tendre ces négligences graves. Les sévices, vécus par quatre enfants traduiraient une projection de l'agressivité maternelle sur l'enfant.

En somme, la malnutrition protéino-énergétique de l'enfant est un phénomène complexe, due à l'intrication de plusieurs facteurs : alimentaires, environnementaux, psychologiques. Bien que nous ne voulions pas privilégier un type de facteur par rapport à un autre, la situation des mères et des enfants de notre étude peut être schématisée sur la figure 8.

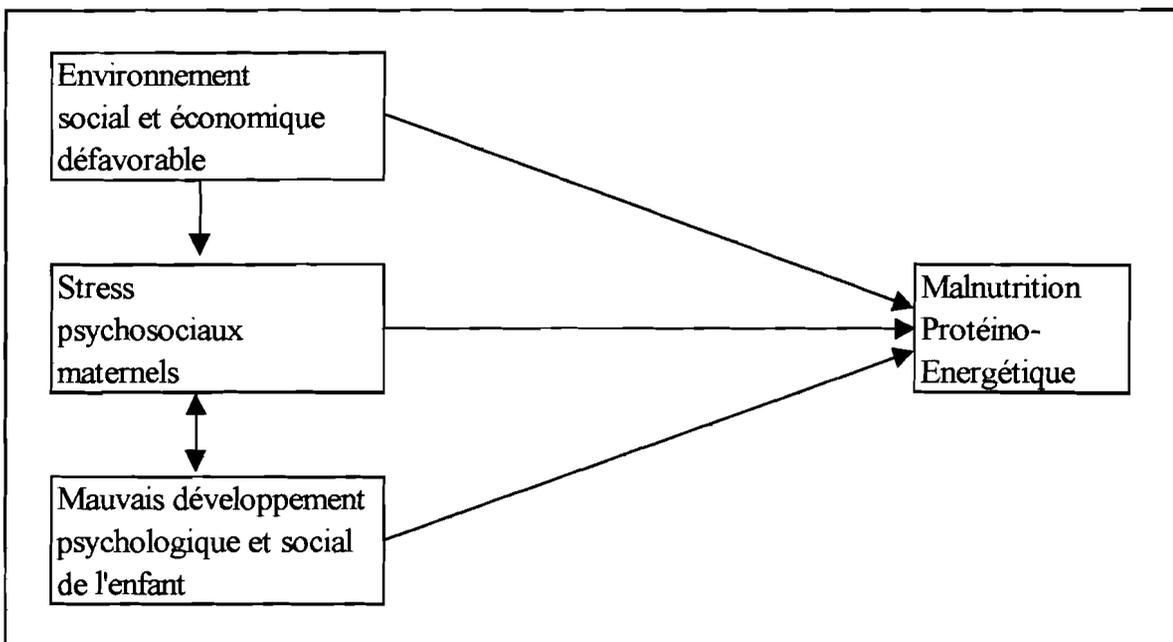


Figure 8 : **Relation MPE-Environnement psychosocial**

## **CONCLUSION ET SUGGESTIONS**

Nous avons examiné 50 couples mère-enfant malnutri tout au long de l'hospitalisation dans un CREN de Ouagadougou. Au terme de notre étude, nous pouvons dire que les conditions socio-économiques étaient défavorables, marquées par une situation professionnelle des deux parents ne générant pas un revenu régulier et stable.

L'environnement familial des couples mère-enfant n'était guère sécurisant, caractérisé par des discordances prononcées dans le couple parental (58% de cas), une famille nombreuse à charge au sein de laquelle six mères sur dix ne bénéficiaient pas d'aide pour les soins de l'enfant. La polygamie et toutes ses conséquences concernaient 42% des mères.

Il se dégage que la malnutrition protéino-énergétique de l'enfant est une pathologie de l'environnement dont l'insuffisance alimentaire ne constitue que la partie visible de l'iceberg. Elle s'accompagnait de troubles psychologiques maternels dominés par la dépression (neuf mères sur dix), l'anxiété (huit mères sur dix) et une dysharmonie de la relation mère-enfant (six dyades sur dix) qu'il importe d'identifier et de prendre en charge pour une guérison rapide et une prévention des rechutes.

Au terme de notre travail, les suggestions suivantes nous semblent dignes d'intérêt dans le sens de l'amélioration de la prise en charge globale de la MPE chez l'enfant au Burkina Faso :

→ **Aux décideurs politiques et aux partenaires au développement :**

◆ Par l'éducation sociale et familiale dans les programmes d'enseignement, la sensibilisation des populations à travers les médias, promouvoir le bien-être et l'harmonie dans les familles.

◆ Elaborer des programmes éducationnels visant à enseigner aux mères les besoins affectifs des enfants et les avantages d'une relation mère-enfant de qualité.

◆ Mettre à la disposition des personnels des CREN des grilles d'évaluation des interactions mère-enfant tenant compte des maternages africains.

◆ Elargir les vues sur la malnutrition protéino-énergétique de l'enfant et ne pas la réduire seulement à une insuffisance alimentaire.

◆ Encourager une prise en charge multidisciplinaire des enfants malnutris et de leurs mères par des équipes regroupant nutritionnistes, pédiatres, psychologues, pédo-psychiatres, psychomotriciens, etc.

→ **Aux agents de santé :**

◆ Au cours des consultations prénatales, faire comprendre aux mères notamment aux primigestes que l'enfant ne vit pas seulement de nourriture mais aussi d'affection, de stimulations, de soins et d'interactions. Leur enseigner également la nécessité de parler, regarder, jouer, sourire avec leur enfant.

◆ Dans les centres de Santé Maternelle et Infantile, encourager les mères à une conduite progressive du sevrage et au maintien d'une proximité physique et affective avec l'enfant durant cette période.

◆ Rechercher une symptomatologie dépressive et/ou anxieuse chez les mères d'enfants malnutris et la prendre en charge.

◆ Envisager une prise en charge psychothérapeutique de l'enfant malnutri et de sa mère.

**→ A l'équipe soignante des CREN et celle du CREN de Tanghin en particulier :**

- ◆ Assurer une prise en charge de la relation mère-enfant au cours de la malnutrition protéino-énergétique.
- ◆ Accorder un intérêt à l'environnement familial et aux conditions de vie des mères d'enfants malnutris.
- ◆ Evaluer à l'aide de grilles simples les interactions mère-enfant et identifier ainsi les dyades à risque.
- ◆ Dissiper les contre-attitudes négatives à l'égard de la mère d'enfant malnutri qui n'est pas « une mauvaise mère » mais une mère qui a une mauvaise relation avec son enfant.

# **BIBLIOGRAPHIE**

1. **Agostino M.** Les interactions précoces mère-enfant. *L'enfant en milieu tropical* 1986;164:34.
2. **Bonnet D.** La notion de négligence sociale à propos de la malnutrition de l'enfant. *Sciences Sociales et Santé* 1996;14(1):05-16.
3. **Boucher L.** Les troubles alimentaires graves du nourrisson : Les enfants qui se laissent mourir. *Psychiatrie de l'enfant* 1987;30(1):5-52.
4. **Bouville JF.** Aspects relationnels de la malnutrition infantile en milieu urbain africain. *Cahiers Santé* 1993;(3):433-40.
5. **Bouville JF.** L'approche relationnelle de la malnutrition infantile en milieu tropical. *Sciences Sociales et Santé* 1996;14(1):103-16.
6. **Briend A.** La prévention et le traitement de la malnutrition. Paris : Éditions de l'ORSTOM, 1985:146.
7. **Chauliac M, Masse Raimbault AM.** Etat nutritionnel : Interprétation des indicateurs. *L'enfant en milieu tropical* 1989;181/182:22-42.
8. **Collomb H, Valentin S.** Le kwashiorkor, anorexie mentale de l'enfance. Dans: *l'enfant à haut risque psychiatrique*. Paris : Presses Universitaire de France, 1980:339-46.
9. **Cravioto J, De Licardie ER.** La malnutrition chez l'enfant ; les répercussions sur l'individu et la collectivité. *Revue Tiers monde* 1975;26(63):523-49.
10. **Delpeuch F, Maire B.** Situation nutritionnelle dans le monde : Changements et enjeux. *Cahiers Agricultures* 1996;5:415-22.
11. **Dubois MC.** Etude des facteurs de risque de malnutrition en milieu urbain à Bobo-Dioulasso. Bobo-Dioulasso : Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, 1990:45.
12. **Dupin H, Raimbault AM.** Les troubles nutritionnels chez la mère et l'enfant. Paris : Éditions Saint Paul, 1978:127.

13. **Geber M, Dean RFA.** Les changements psychologiques au cours du kwashiorkor. *Devenir* 1991;3(1):12-35.
14. **Geber M.** Le devenir des enfants atteints de kwashiorkor. *Devenir* 1991;4(1):36-54.
15. **Geber M.** Psychothérapie d'un enfant atteint de kwashiorkor. *Psychopath Afr* 1988-1989;22(2):171-90.
16. **Guedeney A.** Les aspects psychosomatiques des malnutritions protéino-caloriques de la première enfance en milieu tropical. *Psychiatrie de l'enfant* 1986;29(1):155-89.
17. **Guelfi JD.** L'échelle de dépression de Hamilton. Dans: *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie*. Paris : Editions Médicales Pierre Fabre, 1993:188-96.
18. **Haddad FN.** Contribution à l'étude épidémiologique du kwashiorkor à Port-Bouët (République de Côte d'Ivoire). [Thèse de doctorat en médecine N°70 N°code 182]. Abidjan. 1975.212.
19. **Hennart P.** Evaluation permanente de l'état nutritionnel protéino-énergétique des populations. *L'enfant en milieu tropical* 1984;149/150:96.
20. **Hervé C.** De la " récupération nutritionnelle" à la restauration de la relation mère-enfant. [Mémoire de maîtrise de psychologie clinique et psychopathologie]. Paris. 1992.71.
21. **Institut National de la Statistique et de la Démographie.** Le profil de pauvreté au Burkina Faso. (Etude Statistique Nationale). Ouagadougou : Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan, 1996:170.
22. **Keïta B, Miguel Garcia E, Koumaré B.** Représentations et perception du Sérébana. Malnutrition protéino-calorique du jeune enfant et grossesses rapprochées. Étude dans le district de Bamako. *Psychopath Afr* 1994;26(3):301-30.
23. **Konaté DL, Sinaré T, Seroussi M.** Enquête démographique et de santé 1993. Ouagadougou : *Demographic and Health Surveys(DHS)*, 1993:115-27.

24. **Lamour M, Lébovici S.** Les interactions du nourrisson avec ses partenaires : Evaluation et modes d'abord préventifs et thérapeutiques. *Psychiatrie de l'enfant* 1991;34(1):171-275.
25. **Lébovici S, Stoléru S.** Le nourrisson, la mère et le psychanalyste. Paris : Bayard Editions, 1983:373.
26. **Lempérière T, Féline A, Gutmann A, Ades J, Pilate C.** Les troubles de l'humeur. Dans: *Psychiatrie de l'Adulte*. 13<sup>e</sup> tirage. Paris : Masson, 1994:194-228.
27. **Madzou V, Moyen V, Goulali Onka G, Nzingoula S.** Rôle des facteurs socio- culturels et économiques dans la survenue de la malnutrition protéino-énergétique à Brazzaville. *Pédiatrie en Afrique* 1994;(13):11-4.
28. **Mayanda M, Moubouh I, Nkoua J L, Nzingoula S.** Le kwashiorkor tardif : Une conséquence de la désintégration familiale ? *Méd Afr Noire* 1996;43(2):79-81.
29. **Miguel Garcia E, Keïta B, Koumaré B, Soula G.** Malnutrition et troubles relationnels mère-enfant en milieu urbain au Mali. *Psychopath Afr* 1992;24(2):205-28.
30. **Mises R, M'Boussou M.** Pathogénie des troubles somatiques de l'enfant et aspects transculturels : Le kwashiorkor . *L'information psychiatrique* 1984;60(8):905-09.
31. **Miwaret M et Coll.** La carence des soins maternels. *Cahiers de santé publique OMS* 1962;14:168.
32. **Organisation Mondiale de la Santé.** Rapport sur la santé dans le monde. Genève : OMS, 1998:142-43.
33. **Ouédraogo A, Kéré M, Lankoandé J, Palé K, Bonkian AE, Koné B.** Dépistage des états dépressifs du post-partum à la Maternité du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou, Burkina Faso. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1998; 27:611-16.

34. **Parent G.** La malnutrition du jeune enfant et ses conséquences immunitaires. Communication libre éditée en 1990 par l'Université Libre de Bruxelles (Département de Biologie Animale) et l'ORSTOM (IRD) Montpellier.
35. **Pellet J.** L'échelle d'anxiété de Hamilton. Dans: Guelfi J D. L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie. Paris : Editions Médicales Pierre Fabre, 1993:297-302.
36. **Pelletier JG.** Les malnutritions sévères : Approche globale. *L'enfant en milieu tropical* 1991;208/209:86.
37. **Petitjean MR.** Représentations populaires de la malnutrition au Burkina Faso. *Sciences Sociales et Santé* 1996;14(1):17-40.
38. **PNUD.** Rapport mondial sur le développement humain 1998. Paris : Economica, 1998:254.
39. **Programmation et Exécution du Développement Intégré (PEDI).** Etude sur la malnutrition (Basma-Burkina Faso). Kaya. 1990:34.
40. **Rouamba MM.** Environnement socio-culturel de la malnutrition protéino-énergétique de l'enfant de 6 - 36 mois en milieu rural mossi. [Thèse de doctorat en médecine N°12 N°code 313]. Ouagadougou. 1995.78.
41. **Senemaud B.** Alimentation, environnement, développement de l'enfant. *L'enfant en milieu tropical* 1988;177:52.
42. **Somé JF.** Itinéraire des enfants admis pour malnutrition dans les Centres de Réhabilitation et d'Education Nutritionnelle de Ouagadougou. [Thèse de doctorat en médecine N°26 N°code 597]. Ouagadougou. 1999.107.
43. **Tankoano A.** Profil psychologique et psychopathologique des mères d'enfants atteints de kwashiorkor au centre médical saint Camille de Ouagadougou. [Mémoire de spécialisation en santé mentale ENSP]. Ouagadougou. 1997.58.

44. **UNICEF.** Les enfants d'abord. New York : UNICEF, 1990:80.
45. **UNICEF.** Vision et stratégies de l'UNICEF pour un monde d'où la faim et la malnutrition auront été éliminées. Genève : UNICEF, 199:48.
46. **UNICEF.** Situation nutritionnelle de la femme et de l'enfant. Dans: Analyse de la situation des femmes et des enfants au Burkina Faso. Ouagadougou : UNICEF, 1994:93-102.
47. **UNICEF.** Plan cadre des opérations du programme de coopération 1996-2000 entre le gouvernement du Burkina Faso et le Fond des Nations Unies pour l'Enfance (Résumé). Ouagadougou : UNICEF, 1994.
48. **UNICEF, OMS, Ministère de l'Action Sociale et de la Famille.** Plan d'Action National pour la Survie, la Protection et le Développement de l'Enfant au Burkina Faso pour les années 1990. Tranche 1997-2000. Ouagadougou, 1997:60.
49. **UNICEF.** La Situation des enfants dans le monde 1998. Genève : UNICEF, 1998:90.
50. **UNICEF.** La Situation des enfants dans le monde 1999. Genève : UNICEF, 1999:141.
51. **Vanuxen M.** La Malnutrition Protéino-Calorique chez les enfants de moins de 5 ans. Etude effectuée au centre de réhabilitation et d'éducation nutritionnelle de l'hôpital Y. Ouédraogo. [Thèse de doctorat en médecine]. Grenoble. 1982.152.
52. **Waré A.** Contribution à l'étude de la malnutrition infantile: aspects anthropométriques, cliniques et facteurs de risques en milieu rural mossi. [Thèse de doctorat en médecine N°5 N°code 155]. Ouagadougou. 1991.89.
53. **Winnicott DW.** De la Pédiatrie à la Psychanalyse. Paris : Editions Payot, 1996:464.
54. **Zempleni A, Rabain J.** L'enfant « Nit-ku-bon ». Un tableau psycho-pathologique traditionnel chez les wolof et lebou du Sénégal. Psychopath Afr 1965;1(1):329-441.

# **A N N E X E S**

# *Annexe 1*

## Questionnaire général

Numéro d'ordre : / \_ / \_ /  
 Numéro de fiche de suivi au CREN\_ / \_ / \_ /

### I- IDENTIFICATION

**1- Qualité de la personne qui accompagne l'enfant :** / \_ /

1 = Mère 2 = Autre personne ( Préciser)

#### 2- Mère

- Nom et prénoms : \_\_\_\_\_

- Âge : ( en années ) / \_ / \_ /

- Lieu d'habitation :

*Numéro de secteur :* / \_ / \_ /

*ou*

*Nom de village :* \_\_\_\_\_

- Ethnie : / \_ /

1 = Mossi ; 2 = Peulh; 3 =Touareg ou Bella ; 4 = Bissa

5 = Gourmantché ; 6 = Autre

- Religion : / \_ /

1 = animiste ; 2 = catholique ; 3 = protestante ; 4 = musulmane ;

5 = sans religion ; 6 = autres

- Activité exercée : / \_ /

1 = femme au foyer ( ménagère ) ; 2 = travaux ménagers et petit commerce

3 = travaux ménagers et agriculture

#### 3- Père

Le père est-il vivant ? 1= oui ; 2 =non / \_ /

Si non, quel âge ( en mois) avait l'enfant à son décès ? / \_ / \_ /

Si oui

- Nom et prénoms : \_\_\_\_\_

- Âge : ( en années ) / \_ / \_ /

- Ethnie : / \_ /

1 = Mossi ; 2 = Peulh; 3 =Touareg ou Bella ; 4 = Bissa

5 = Gourmantché ; 6 = Autre

- Religion : / \_ /

1 = animiste ; 2 = catholique ; 3 = protestante ; 4 = musulmane ;

5 = sans religion ; 6 = autres

- Profession : /\_/\_/\_/

01 = cultivateur et/ou éleveur ; 02 = artisan ; 03 = commerçant ; 04 = fonctionnaire ;

05 = militaire ; 06 = retraité ; 07 = scolaire et/ou étudiant ; 08 = sans emploi ;

09 = autre ; 10 = non précisé

#### 4- Enfant

- Nom et prénoms : \_\_\_\_\_

- Date de naissance : /\_/\_/\_/ /\_/\_/\_/ /\_/\_/\_/

ou

- âge en mois : /\_/\_/\_/

- Sexe : 1 = masculin 2 = féminin /\_/\_/

- Date d'hospitalisation : /\_/\_/\_/ /\_/\_/\_/ /\_/\_/\_/

- Date de sortie : /\_/\_/\_/ /\_/\_/\_/ /\_/\_/\_/

- Durée de séjour au CREN (en jours) /\_/\_/\_/

- Mensurations à l'entrée :

- Mensurations à la sortie :

Poids : /\_/\_/\_/ kg /\_/\_/\_/

Poids : /\_/\_/\_/ kg /\_/\_/\_/

Taille : /\_/\_/\_/ cm /\_/\_/

Taille : /\_/\_/\_/ cm /\_/\_/

P.C. : /\_/\_/\_/ cm /\_/\_/

P.C. : /\_/\_/\_/ cm /\_/\_/

P.B. : /\_/\_/\_/ cm /\_/\_/

P.B. : /\_/\_/\_/ cm /\_/\_/

P/A. : /\_/\_/\_/ %

P/A. : /\_/\_/\_/ %

P/T. : /\_/\_/\_/ %

P/T. : /\_/\_/\_/ %

- Forme clinique de la malnutrition : /\_/\_/

1 = marasme type 1 ; 2 = marasme type 2 ; 3 = marasme type 3 ;

4 = kwashiorkor-marasmique

## II- RENSEIGNEMENTS SUR LA SITUATION FAMILIALE

5- Statut matrimonial /\_/\_/

1 = célibataire ; 2 = mariée ( Coutumier, civil ou religieux) ; 3 = divorcée

4 = séparée ; 5 = veuve

6- Situation conjugale actuelle des parents de l'enfant /\_/\_/

1 = vivent ensemble ; 2 = vivent séparés

7- Régime matrimonial 1 = monogamie ; 2 = polygamie /\_/\_/

Si polygamie:

Nombre d'épouses du conjoint /\_/\_/

Rang de la mère de l'enfant /\_/\_/

8- Existence d'une aide pour les soins de l'enfant 1 = oui 2 = non /\_/\_/

Si oui, préciser : /\_/\_/

1 = proche parent ; 2 = parent éloigné ; 3 = nurse ; 4 = autres personnes

**9-Vos activités vous laissent-elles assez de temps pour vous occuper de votre enfant ?** /\_/\_/

1 = oui

2 = non

3 = ne sait pas

**10-Visites reçues durant le séjour au CREN :** 1= oui 2 = non /\_/\_/

Si oui, les visites étaient-elles ? /\_/\_/

1 = visites régulières ; 2 = visites irrégulières ; 3 = visites rares

**11-Etes-vous en situation de migration ?** 1 = oui 2 = non /\_/\_/

Si oui, s'agit-il d'une ? /\_/\_/

1 = migration interne ; 2 = migration externe

En cas de migration, préciser depuis combien de temps ( en années ) : /\_/\_/\_/

**12 - Nombre de personnes dans le ménage** /\_/\_/\_/

### III- RENSEIGNEMENTS SUR LE NIVEAU SOCIO-ÉCONOMIQUE DE LA FAMILLE

**13- Vous habitez présentement :** /\_/\_/

1 = En location ; 2 = Dans votre propre maison ; 3 = Autre ( préciser )

**14- Type d'habitation :** 1 = Banco ; 2 = Parpaing /\_/\_/

**15- Disposez-vous d'eau courante ?** 1= Oui ; 2 = Non /\_/\_/

Si non quelles sont vos sources d'approvisionnement ? /\_/\_/

1 = Fontaine publique ; 2 = Puits ; 3 = Autres ( préciser)

**16- Disposez-vous d'électricité?** 1 = Oui ; 2 = Non /\_/\_/

Si non quel type d'éclairage utilisez-vous ? /\_/\_/

1 = lampe tempête; 2 = Lampe artisanale

**17- Le couple dispose de :** (1= oui 2 = non)

Poste radio /\_/\_/ Vélo /\_/\_/

Télévision /\_/\_/ mobylette /\_/\_/

Téléphone /\_/\_/ Voiture /\_/\_/

**18- Combien de repas avez-vous par jour :** /\_/\_/

1 = un seul repas ; 2 = deux repas ; 3 = trois repas

### IV- RENSEIGNEMENTS SUR LA MÈRE

**19 - Nombre de grossesses :** /\_/\_/

- Nombre d'accouchements : /\_/\_/

- Parité : /\_/\_/

**20- Avez-vous eu des enfants décédés ?** /\_/\_/

a) 1 = oui ; 2 = non

b) Nombre d'enfants décédés /\_/\_/

**c) Cause**

/ \_ /

1 = Maladies fébriles ; 2 = Maladies diarrhéiques ; 3 = Affections respiratoires

4 = Autres; 5 = Ne sait pas

**d) Quelle est la position de votre enfant malade par rapport au décédé**

/ \_ /

**21- Quel est le nombre de vos enfants vivants ?**

/ \_ /

Garçons

/ \_ /

Filles

/ \_ /

**22- Avez-vous déjà eu des fausses couches ? 1 = Oui ; 2 = Non**

/ \_ /

Si oui, préciser le nombre

/ \_ /

**23- Avez- vous déjà pratiqué des avortements ? 1 = Oui ; 2 = Non**

/ \_ /

Si oui, préciser le nombre

/ \_ /

**24- Conditions du mariage :**

/ \_ /

1 = Mariage forcé ; 2 = Libre choix du conjoint ; 3 = Lévirat

4 = Sans objet

**25- Vos propres parents sont-ils vivants ? 1 = oui ; 2 = non**

/ \_ /

a) Si oui lesquels ? 1 = le père ; 2 = la mère ; 3 = les deux

/ \_ /

b) Quel âge aviez-vous au moment du décès ?

Père :

/ \_ /

Mère :

/ \_ /

**26- Durant votre enfance, avez-vous été confiée à une personne autre que votre mère et/ou votre père 1 = oui ; 2 non**

/ \_ /

Si oui, préciser :

**27- Niveau de scolarisation atteint :**

/ \_ /

1 = niveau primaire ; 2 = niveau secondaire ; 3 = niveau supérieur ; 4 = formation professionnelle ; 5 = école coranique uniquement ; 6 = non scolarisé ; 7 = alphabétisation

**28- Grossesse de cet enfant était : 1 = désirée ; 2 = non désirée**

/ \_ /

**29- le sexe de votre présent enfant correspond – il à votre souhait ?**

/ \_ /

1 = oui ; 2 = non ; 3 = pas d'attente particulière sur le sexe de l'enfant

**30- Êtes-vous présentement en grossesse ? 1 = oui 2 = non**

/ \_ /

**31- Antécédents pathologiques de la mère :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**32- Perception de la maladie de l'enfant :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**IV- RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT****33- Rang de l'enfant dans la fratrie**

a) utérine : /\_/\_/

b) consanguine : /\_/\_/

**34- L'enfant vit avec :** /\_/\_/

1 = les deux parents ; 2 = la mère ; 3 = le père ; 4 = autre situation

**35- Votre enfant a-t-il un frère jumeau ou une soeur jumelle ?** /\_/\_/

1 = oui 2 = non

**36- Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé ?** /\_/\_/

a) 1 = oui 2 = non /\_/\_/

b) Si oui, combien de fois ?

c) Quelles en étaient les raisons ?

**37- Situation de l'enfant par rapport au calendrier vaccinal** /\_/\_/

1 = à jour ; 2 = déjà vacciné mais non à jour ; 3 = jamais vacciné

**38- Depuis combien de temps ( en jours ) votre enfant est-il présentement malade ?** /\_/\_/**39- Qui vous a adressé au CREN ?** /\_/\_/

1 = le dispensaire ; 2 = la mère elle-même ; 3 = adressée par une autre personne

**40- Avez- vous déjà séjourné dans un CREN ?** /\_/\_/

a) 1 = oui 2 = non

b) Si oui, combien de fois pour cet enfant ? /\_/\_/

1 = une fois ; 2 = deux fois ; 3 = trois fois

c) Si oui, combien de fois pour un autre enfant /\_/\_/

1 = une fois ; 2 = deux fois ; 3 = trois fois

**41- Votre enfant est-il sevré ?** /\_/\_/

a) 1 = oui 2 = non

b) Si oui, à quel âge (en mois) ? /\_/\_/\_/

c) Dans quel contexte ? \_\_\_\_\_

d) Le sevrage était-il ? \_\_\_\_\_ /\_/\_/

1 = brusque ; 2 = progressif

**42- Y a - t- il un retard du développement psychomoteur de cet enfant par rapport à vos autres enfants?** 1 = oui 2 = non /\_/\_/**43- Depuis que l'enfant est malade, y- a - t-il eu ?** /\_/\_/

1 = une conservation ; 2 = une consolidation ; 3 = une régression de ces différentes acquisitions.

**44- Quelle opinion générale avez-vous sur cet enfant ?** \_\_\_\_\_

# *Annexe 2*

**GRILLE D'ÉVALUATION DES INTERACTIONS MÈRE-ENFANT**

Date d'évaluation / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ /

Nom et prénoms de l'enfant : \_\_\_\_\_

Sexe : 1 = masculin 2 = féminin / \_ /

Numéro d'ordre : / \_ / \_ /

Numéro de fiche de suivi : / \_ / \_ /

**I- Impressions générales sur les interactions mère-enfant**

1-Au cours de la pesée, l'enfant présente-t-il ? / \_ /

1 = un état de bien-être ; 2 = des pleurs ; 3 = un état de panique ; 4 = une agitation

2-Remarques spontanées notables de la mère : \_\_\_\_\_

3-Existe-t-il entre la mère et l'enfant des échanges ? ( 1 = oui 2 = non )

De regards / \_ / Corporels / \_ /

De vocalises / \_ / De sourires / \_ /

4-Problèmes suspectés au niveau : / \_ /

1 = du sommeil ; 2 = de l'alimentation ; 3 = de la relation parent-enfant

**II-ALIMENTATION DE L'ENFANT**

5-Type de l'alimentation : / \_ /

1 = sein ; 2 = biberon ; 3 = allaitement mixte ; 4 = repas familial et/ou bouillie

5 = sein + repas familial et/ou bouillie

6-Qui donne à manger à l'enfant le plus souvent ? / \_ /

1 = la mère ; 2 = le père ; 3 = une tierce personne ; 4 = l'enfant mange seul

7-Trouvez-vous que votre enfant mange ? / \_ /

1 = bien ; 2 = pas ; 3 = trop ; 4 = pas assez ; 5 = peu ; 6 = trop vite

7 = trop lentement

8-Votre enfant refuse t-il certains aliments ? 1 = oui 2 = non / \_ /

8a. Refuse-t-il toute nourriture ? 1 = oui 2 = non / \_ /

8b. Le forcez-vous à manger ? 1 = oui 2 = non / \_ /

8c. Les repas sont-ils des moments ?

1 = agréables ; 2 = difficiles ; 3 = ne sait pas / \_ /

9-Selon l'examineur, les repas sont-ils source de conflits familiaux ? / \_ /

1 = jamais ; 2 = rarement ; 3 = souvent ; 4 = toujours

9a. L'enfant présente t-il un trouble alimentaire ? 1 = oui 2 = non / \_ /

Si oui, quel en est le type ? / \_ /

1 = refus alimentaire électif ; 2 = anorexie ; 3 = régurgitation ; 4 = mérycisme ;

5 = boulimie ; 6 = coliques ; 7 = autre : \_\_\_\_\_

9b. Selon l'examineur, les conduites maternelles jouent-elles un rôle dans les difficultés alimentaires de l'enfant ? 1 = oui 2 = non /\_/\_/

Si oui, ce rôle est-il :

1 = majeur ; 2 = modéré ; 3 = mineur ; 4 = ne sait pas /\_/\_/

### III - SOMMEIL DE L'ENFANT

10-Trouvez-vous que votre enfant dort ? /\_/\_/

1 = suffisamment ; 2 = trop ; 3 = pas assez

11-Son sommeil est-il ? /\_/\_/

1 = calme ; 2 = agité 3 = autre ( )

12-S'endort-il ? /\_/\_/

1 = facilement (moins d'une demi-heure) 2 = difficilement (moins d'une demi-heure)

13-A-il besoin pour s'endormir de quelqu'un ou de quelque chose ? /\_/\_/

1 = oui 2 = non

Si oui, s'agit-il ? /\_/\_/

1 = père ; 2 = mère ; 3 = d'un objet transitionnel ; 4 = autre ( )

14-Selon l'examineur, le sommeil est-il source de conflits familiaux ? /\_/\_/

1 = jamais ; 2 = rarement ; 3 = souvent ; 4 = toujours

15-L'enfant présente-t-il des troubles du sommeil ? /\_/\_/

1 = oui 2 = non

Si oui, quel en est le type ?

1 = insomnie ; 2 = troubles de l'endormissement ; 3 = hypersomnie ; 4 = pleurs nocturnes

5 = autres ( )

16-Selon l'examineur, les conduites de la mère jouent-elles un rôle dans les troubles de sommeil de l'enfant ? 1 = oui 2 = non /\_/\_/

Si oui, ce rôle est-il ?

1 = majeur ; 2 = modéré ; 3 = mineur ; 4 = ne sait pas

### IV - LES INTERACTIONS MERE-ENFANT

#### 17- Les interactions corporelles

17a) L'enfant s'agrippe t-il à sa mère ? 1 = oui ; 2 = non /\_/\_/

17b) Apprécie t-il les contacts corporels ? 1 = oui ; 2 = non /\_/\_/

17c) Refuse t-il les contacts corporels ? 1 = oui ; 2 = non /\_/\_/

17d) Est-il passif, indifférent ? 1 = oui ; 2 = non /\_/\_/

17e) La mère est-elle captatrice ? 1 = oui ; 2 = non /\_/\_/

- 17f) La mère est-elle rejetant ? 1 = oui ; 2 = non /\_\_/  
 17g) Tient-elle son enfant confortablement ? 1 = oui ; 2 = non /\_\_/  
 17h) Tient-elle son enfant à distance ? 1 = oui ; 2 = non /\_\_/  
 17i) Caresse – t-elle son enfant ? 1 = oui ; 2 = non /\_\_/  
 17j) Embrasse-t-elle son enfant ? 1 = oui ; 2 = non /\_\_/  
 17k) Les échanges corporels paraissent - ils à l'examineur ? /\_\_/  
 1 = excessifs ; 2 = dans la moyenne ; 3 = rares ; 4 = absents

### 18- Les interactions visuelles

- 18a) L'enfant regarde-t-il sa mère ? 1 = oui ; 2 = non /\_\_/  
 18b) Fuit-il le regard de sa mère ? 1 = oui ; 2 = non /\_\_/  
 18c) Explore-t-il l'environnement ? 1 = oui ; 2 = non /\_\_/  
 18d) Recherche-t-il sa mère du regard ? 1 = oui ; 2 = non /\_\_/  
 18e) Attire-t-il le regard de sa mère sur un objet ? 1 = oui ; 2 = non /\_\_/  
 18f) A-t-il le regard vide ou fixe ? 1 = oui ; 2 = non /\_\_/  
 18g) La mère évite-t-elle le regard de l'enfant ? 1 = oui ; 2 = non /\_\_/  
 18h) Maintient-elle le regard ? 1 = oui ; 2 = non /\_\_/  
 18i) Répond-t-elle au regard de l'enfant ? 1 = oui ; 2 = non /\_\_/  
 18j) Suit-elle l'enfant des yeux ? 1 = oui ; 2 = non /\_\_/

### 19- Les échanges visuels mère-enfant paraissent-ils à l'examineur ?

1 = excessifs ; 2 = dans la moyenne ; 3 = rares ; 4 = absents

### 20- Les interactions vocales

- 20a) L'enfant utilise-t-il la voix pour communiquer ? 1 = oui ; 2 = non /\_\_/  
 20b) Vocalise-t-il vers sa mère ? 1 = oui ; 2 = non /\_\_/  
 20c) Pleure-t-il fréquemment ? 1 = oui ; 2 = non /\_\_/  
 20d) Hurle-t-il fréquemment ? 1 = oui ; 2 = non /\_\_/  
 20e) Comprend-t-il les ordres, les interdits ? 1 = oui ; 2 = non /\_\_/  
 20f) La mère communique-t-elle par la voix avec son enfant ? 1 = oui ; 2 = non /\_\_/  
 20g) Les jeux vocaux mère-enfant sont-ils fréquents ? 1 = oui ; 2 = non /\_\_/  
 20h) La mère crie-t-elle fréquemment ? 1 = oui ; 2 = non /\_\_/  
 20i) Peut-elle rester silencieuse ? 1 = oui ; 2 = non /\_\_/

### 21 - Les interactions vocales paraissent-elles à l'examineur ?

1 = excessifs ; 2 = dans la moyenne ; 3 = rares ; 4 = absents

### 22 - Les échanges de sourires

- 22a) L'enfant sourit-il spontanément à sa mère ? 1 = oui ; 2 = non /\_\_/  
 22b) Répond-t-il au sourire de sa mère ? 1 = oui ; 2 = non /\_\_/  
 22c) La mère sourit-elle spontanément à son enfant ? 1 = oui ; 2 = non /\_\_/

22d) Répond-t-elle au sourire de son enfant ? 1 = oui ; 2 = non /\_/\_/

**23 - Les échanges de sourires paraissent-ils à l'examineur ?** /\_/\_/

1 = excessifs ; 2 = dans la moyenne ; 3 = rares ; 4 = absents

**24 - Caractéristiques générales des interactions mère-enfant**

24a) Qui initie les échanges ?

1 = la mère ; 2 = l'enfant ; 3 = les deux ; 4 = aucun des deux /\_/\_/

24b) La réciprocité des échanges est-elle ?

1 = fréquente ; 2 = rare ; 3 = absente /\_/\_/

24c) Les interactions se déroulent-elles de façon prédominante avec ?

1 = continuité ; 2 = discontinuité /\_/\_/

24d) Tonalité affective dominante des interactions chez la mère : (1= oui ; 2 = non)

plaisir /\_/\_/ tristesse /\_/\_/

indifférence /\_/\_/ excitation /\_/\_/

vide /\_/\_/ autres /\_/\_/

24e) Tonalité affective dominante des interactions chez l'enfant : (1= oui ; 2 = non)

plaisir /\_/\_/ tristesse /\_/\_/

indifférence /\_/\_/ excitation /\_/\_/

vide /\_/\_/ autres /\_/\_/

## V – COMPORTEMENTS PENDANT L'EXAMEN PHYSIQUE DE L'ENFANT

**25 - L'enfant a-t-il pu entrer en contact avec l'examineur ?** 1 = oui ; 2 = non /\_/\_/

Si oui, le contact était-il ?

1 = facile ; 2 = difficile ; 3 = agréable ; 4 = désagréable ; 5 = autres

**26 - En cas de pleurs ou d'angoisses, l'enfant a-t-il pu se calmer ?** /\_/\_/

1 = seul ; 2 = grâce à la mère ; 3 = avec des paroles ;

4 = grâce à un jeu ; 5 = pris dans les bras

**27 - Au cours de l'examen, la mère était-elle ?** /\_/\_/

1 = détendue 2 = anxieuse 3 = coopérante

4 = en retrait 5 = autres

**28 - La mère a-t-elle montré une capacité à calmer l'enfant ?** 1 = oui ; 2 = non /\_/\_/

**29 - S'est-elle montrée plutôt excitante pour l'enfant ?** 1 = oui ; 2 = non /\_/\_/

**30 - Le développement psychomoteur est-il ?**

1 = normal ; 2 = retard /\_/\_/

## VI – LA RELATION MERE-ENFANT

**31 - La conduite d'attachement est-elle ?**

1 = différenciée ; 2 = fusionnelle

/ \_ /

**32 - La qualité de la relation mère-enfant est-elle ?**

1 = très harmonieuse ; 2 = plutôt harmonieuse ; 3 = peu harmonieuse ;

4 = plutôt dysharmonieuse ; 5 = très dysharmonieuse ; 6 = difficilement définissable

**33 - Y-a-t-il eu séparation mère-enfant ? 1 = oui ; 2 = non**

/ \_ /

Si oui, précisez-en le nombre et la durée

**VII - EXISTENCE D'INQUIÉTUDES**

Coter: 1 : Pas d'inquiétude  
2 : Inquiétude mineure  
3 : Inquiétude moyenne  
4 : Inquiétude majeure  
5 : Ne sait pas

**34 - Enfant**

A : sommeil / \_ /

B : alimentation / \_ /

C : état somatique / \_ /

D : relation mère-enfant / \_ /

E : autres / \_ /

**35 - Mère**

A : psychopathologie / \_ /

B : état somatique / \_ /

C : relation mère-bébé / \_ /

D : autres / \_ /

**36 - Père**

A : psychopathologie / \_ /

B : état somatique / \_ /

C : relation père-enfant / \_ /

D : autres / \_ /

**37 - Famille**

A : couple / \_ /

B : état somatique / \_ /

C : situation financière / \_ /

D : situation professionnelle / \_ /

E : logement / \_ /

F : autres / \_ /

**VIII - PRÉSENCE DE RISQUES POUR L'ENFANT**

( 1 = oui ; 2 = non )

1 : pas de risque / \_ /

2 : sévices / \_ /

3 : négligence graves / \_ /

4 : psychopathologie / \_ /

# *Annexe 3*

## ÉCHELLE DE DÉPRESSION DE HAMILTON ( HAMD-21)

**Date d'évaluation** / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ /

**Nom et prénoms de la mère :** \_\_\_\_\_

**Nom et prénoms de l'enfant :** \_\_\_\_\_

**Numéro d'ordre :** / \_ / \_ /

Pour chacun des 21 items, choisir la définition qui caractérise le mieux le malade et écrire dans la case la note correspondante

**1 - Humeur dépressive :** ( Tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, autodestruction) / \_ /

0 Absent

- 1 Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le sujet
- 2 Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément
- 3 Le sujet communique ces états affectifs non verbalement ; par ex. par son expression faciale, son attitude, sa voix et sa tendance à pleurer
- 4 Le sujet ne communique **Pratiquement que** ces états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales

**2 - Sentiments de culpabilité :** / \_ /

0 Absent

- 1 S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé préjudice à des gens
- 2 Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou sur des actions condamnables
- 3 La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité
- 4 Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ ou a des hallucinations visuelles menaçantes

**3 - Suicide :** / \_ /

0 Absent

- 1 A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue
- 2 Souhaite être mort ou équivalent : Toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même
- 3 Idées ou gestes de suicide
- 4 Tentative de suicide ( **Coter 4 toute tentative sérieuse** )

**4 - Insomnie du début de la nuit :** / \_ /

0 Pas de difficulté à s'endormir

- 1 Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir ; par ex. de mettre plus d'une demi-heure
- 2 Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir

**5 - Insomnie du milieu de la nuit :** / \_ /

0 Pas de difficulté

- 1 Le malade se plaint d'être troublé et agité pendant la nuit
- 2 Il se réveille pendant la nuit ( **Coter 2 toutes les fois où le malade se lève du lit - sauf pour uriner** )

**6 - Insomnie du matin :**

/ \_ /

- 0 Pas de difficulté
  - 1 Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort
  - 2 Incapable de se rendormir s'il se lève
- 

**7 - Travail et activités :**

/ \_ /

- 0 Pas de difficulté
  - 1 Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente
  - 2 Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente - ou bien décrites directement par le malade, ou indirectement par son apathie, son indécision ou ses hésitations ( il a l'impression qu'il doit se forcer pour travailler ou pour avoir une activité quelconque )
  - 3 Diminution du temps d'activité ou de la productivité
  - 4 A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle
- 

**8 - Ralentissement :**

/ \_ /

(Lenteur de la pensée et du langage; baisse de la faculté de concentration; baisse de l'activité motrice)

- 0 Langage et pensée normaux
  - 1 Léger ralentissement à l'entretien
  - 2 Ralentissement manifeste à l'entretien
  - 3 Entretien difficile
  - 4 Stupeur
- 

**9 - Agitation :**

/ \_ /

- 0 Aucune
  - 1 Crispations, secousses musculaires
  - 2 Joue avec ses mains, ses cheveux, etc...
  - 3 Bouge, ne peut pas rester tranquille
  - 4 Se tord les mains, ronges ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres
- 

**10 - Anxiété psychique :**

/ \_ /

- 0 Aucun trouble
- 1 Tension subjective et irritabilité
- 2 Se fait du souci à propos de problèmes mineurs
- 3 Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage
- 4 Peurs exprimées sans qu'on pose des questions

---

**11 - Anxiété somatique :**

/ \_ /

Concomitants physiques de l'anxiété tels que :

Gastro-intestinaux ( bouche sèche, troubles digestifs, diarrhée, coliques, éructations ),

Cardio-vasculaires ( palpitations, céphalées ),

Respiratoires ( Hyperventilation, soupirs ),

Pollakiurie,

Transpiration

0 Absent

1 Discrète

2 Moyenne

3 Grave

4 Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle.

---

**12 - Symptômes somatiques gastro-intestinaux :**

/ \_ /

0 Aucun

1 Perte d'appétit, mais mange sans y être poussé par les infirmières. Sentiments de lourdeurs abdominales

2 A des difficultés à manger en l'absence d'indications du personnel. Demande ou a besoin de laxatifs, de médicaments intestinaux ou gastriques

---

**13 - Symptômes somatiques généraux :**

/ \_ /

0 Aucun

1 Lourdeur dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs dans le dos, céphalées, douleurs musculaires. Perte d'énergie et fatigabilité

2 Coter 2 au cas où n'importe quel symptôme est net

---

**14 - Symptômes génitaux : Symptômes tels que perte de libido, troubles menstruels.**

/ \_ /

0 Absents

1 Légers

2 Graves

---

**15 - Hypochondrie :**

/ \_ /

0 Absente

1 Attention concentrée sur son propre corps

2 Préoccupation sur sa santé

3 Plaintes fréquentes, demandes d'aide, etc...

4 Idées délirantes hypocondriaques

---

**16 - Perte de poids : ( coter soit A, soit B )**/ \_ /  
/ \_ /**A : ( D'après les dires du malade ).**

- 0 Pas de perte de poids
- 1 Perte de poids probable liée à la maladie actuelle
- 2 Perte de poids certaine ( suivant ce que dit le sujet )

**B : ( Appréciations par pesées hebdomadaires par le personnel soignant lorsque des modifications actuelles de poids sont évaluées ).**

- 0 Moins de 500 g de perte de poids par semaine
- 1 Plus de 500 g de perte de poids par semaine
- 2 Plus de 1 kg de perte de poids par semaine

/ \_ /

**17 - Prise de conscience :**

/ \_ /

- 0 Reconnaît qu'il est déprimé et malade
- 1 Reconnaît qu'il est malade mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos, etc...
- 2 Nie qu'il est malade.

**Total des 17 premiers items :**

/ \_ /

**18 - Variations dans la journée :**

/ \_ /

**A : Noter si les symptômes sont plus marqués dans la matinée ou dans la soirée. S'il n'y a pas de variations, indiquer : aucune.**

- Aucune
- Plus marqués le matin
- Plus marqués l'après-midi

/ \_ /

/ \_ /

/ \_ /

**B : Quand il y a une variation diurne, indiquer la sévérité de la variation. Indiquer « aucune » s'il n'y a pas de variation.**

/ \_ /

- 0 Aucune
- 1 Légère
- 2 Importante

/ \_ /

/ \_ /

/ \_ /

**Inscrire dans la case la note de l'item 18B****19 - Dépersonnalisation et déréalisation :**

/ \_ /

(par ex. : Sentiments que le monde n'est pas réel; idées de négation)

- 0 Absente
- 1 Légère
- 2 Moyenne
- 3 Grave

4 Entraînant une incapacité fonctionnelle

---

**20 - Symptômes délirants : ( persécutifs )**

/\_\_/

0 Aucun

1 Soupçonneux

2 Idées de référence

3 Idées délirantes de référence et de persécution

---

**21 - Symptômes obsessionnels et compulsifs :**

/\_\_/

0 Absents

1 Légers

2 Graves

---

**Note totale au test et résultats :**

/\_\_/

---

# *Annexe 4*

## ÉCHELLE D'ANXIÉTÉ DE HAMILTON

**Date d'évaluation** / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ /

**Nom et prénoms de la mère :** \_\_\_\_\_

**Nom et prénoms de l'enfant :** \_\_\_\_\_

**Numéro d'ordre :** / \_ / \_ /

Rechercher la présence ou l'absence de l'un ou de plusieurs des symptômes sous-cités ; le numéro correspondant à l'intensité avec laquelle ce symptôme est vécu est noté dans la case correspondante.

### COTATION

0 = absent    1 = léger    2 = moyen    3 = fort    4 = maximal (invalidant)

**1 - Humeur anxieuse** / \_ /

Inquiet - Attente du pire - Appréhension (anticipation avec peur) – Irritabilité

**2 - Tension** / \_ /

Sensation de tension - Fatigabilité - Impossibilité de se détendre - Réaction de sursaut - pleurs faciles - tremblements - Sensation d'être incapable de rester en place

**3 - Peurs** / \_ /

Du noir - des gens qu'on ne connaît pas - D'être abandonné seul - Des gros animaux - De la circulation - De la foule

**4 - Insomnie** / \_ /

Difficultés d'endormissement - Sommeil interrompu - Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil - Rêve pénible - Cauchemars - Terreurs nocturnes

**5 - Fonctions intellectuelles (cognitives)** / \_ /

Difficultés de concentration - Mauvaise mémoire

**6 - Humeur dépressive** / \_ /

Perte des intérêts - Ne prend plus plaisir à ses passe-temps - Dépression - Insomnie du matin - Variation de l'humeur dans la journée

**7 - Symptômes somatiques généraux (musculaires)** / \_ /

Douleurs et courbatures dans les muscles - Raideurs musculaires - sursauts musculaires - Secousses cloniques - Grincements des dents - Voix mal assurée

**8 - Symptômes somatiques généraux (sensoriels)** / \_ /

Tintements d'oreilles - Vision brouillée - Bouffées de chaleur ou de froid - Sensation de faiblesse - Sensation de picotements

**9 - Symptômes cardio-vasculaires** / \_ /

Tachycardie - Palpitations - Douleurs dans la poitrine - Battements des vaisseaux - Sensations syncopales - Extra- systoles

**10 - Symptômes respiratoires**

/ \_ /

Poids sur la poitrine ou sensation de constriction - Sensations d'étouffement - Soupirs - Dyspnée.

**11 - Symptômes gastro-intestinaux**

/ \_ /

Difficultés pour avaler - Vents -Dyspepsie : douleurs avant ou après les repas, sensations de brûlure, ballonnement, pyrosis, nausées, vomissements, creux à l'estomac - « Coliques » abdominales - Borborygmes - Diarrhée - Perte de poids - Constipation

**12 - Symptômes génito-urinaires**

/ \_ /

Aménorrhée - Ménorragies - Apparition d'une frigidité - Miction fréquentes - Urgence de la miction - Éjaculation précoce - Absence d'érection - Impuissance

**13 - Symptômes du système nerveux autonome**

/ \_ /

Bouche sèche - Accès de rougeur - Pâleur - Tendance à la sudation - Vertiges - Céphalée de tension - Horripilation.

**14 - Comportement lors de l'entretien**

/ \_ /

**Général** : Tendus, non à son aise - agitation nerveuse : des mains, tripote ses doigts, serre les poings, tics, serre son mouchoir -Instabilité : va et vient - Tremblement des mains - Front plissé - Faciès tendu - Augmentation du tonus musculaire - Respiration haletante - Pâleur faciale.**Physiologique** : Avale sa salive - Éructations - Tachycardie au repos - Rythme respiratoire à plus de 20/mn - Réflexes tendineux vifs - Tremblements - Dilatation pupillaire - Exophtalmie - Sudation - Battements des paupières.**Note d'anxiété psychique : somme des notes des items 1, 2, 3, 4, 5, 6 et 14.**

/ \_ /

**Note d'anxiété somatique : somme des notes des items 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13.**

/ \_ /

**Note totale : somme des notes de tous les items.**

/ \_ /

**10 - Symptômes respiratoires**

/ /

Poids sur la poitrine ou sensation de constriction - Sensations d'étouffement - Soupirs - Dyspnée.

**11 - Symptômes gastro-intestinaux**

/ /

Difficultés pour avaler - Vents -Dyspepsie : douleurs avant ou après les repas, sensations de brûlure, ballonnement, pyrosis, nausées, vomissements, creux à l'estomac - « Coliques » abdominales - Borborygmes - Diarrhée - Perte de poids - Constipation

**12 - Symptômes génito-urinaires**

/ /

Aménorrhée - Ménorragies - Apparition d'une frigidité - Miction fréquentes - Urgence de la miction - Éjaculation précoce - Absence d'érection - Impuissance

**13 - Symptômes du système nerveux autonome**

/ /

Bouche sèche - Accès de rougeur - Pâleur - Tendance à la sudation - Vertiges - Céphalée de tension - Horripilation.

**14 - Comportement lors de l'entretien**

/ /

**Général** : Tendru, non à son aise - agitation nerveuse : des mains, tripote ses doigts, serre les poings, tics, serre son mouchoir -Instabilité : va et vient - Tremblement des mains - Front plissé - Faciès tendu - Augmentation du tonus musculaire - Respiration haletante - Pâleur faciale.**Physiologique** : Avale sa salive - Éructations - Tachycardie au repos - Rythme respiratoire à plus de 20/mn - Réflexes tendineux vifs - Tremblements - Dilatation pupillaire - Exophtalmie - Sudation - Battements des paupières.**Note d'anxiété psychique : somme des notes des items 1, 2, 3, 4, 5, 6 et 14.**

/ /

**Note d'anxiété somatique : somme des notes des items 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13.**

/ /

**Note totale : somme des notes e tous les items.**

/ /

**10 - Symptômes respiratoires**

/ /

Poids sur la poitrine ou sensation de constriction - Sensations d'étouffement - Soupirs - Dyspnée.

**11 - Symptômes gastro-intestinaux**

/ /

Difficultés pour avaler - Vents -Dyspepsie : douleurs avant ou après les repas, sensations de brûlure, ballonnement, pyrosis, nausées, vomissements, creux à l'estomac - « Coliques » abdominales - Borborygmes - Diarrhée - Perte de poids - Constipation

**12 - Symptômes génito-urinaires**

/ /

Aménorrhée - Ménorragies - Apparition d'une frigidité - Miction fréquentes - Urgence de la miction - Éjaculation précoce - Absence d'érection - Impuissance

**13 - Symptômes du système nerveux autonome**

/ /

Bouche sèche - Accès de rougeur - Pâleur - Tendance à la sudation - Vertiges - Céphalée de tension - Horripilation.

**14 - Comportement lors de l'entretien**

/ /

**Général :** Tendus, non à son aise - agitation nerveuse : des mains, tripote ses doigts, serre les poings, tics, serre son mouchoir -Instabilité : va et vient - Tremblement des mains - Front plissé - Faciès tendu - Augmentation du tonus musculaire - Respiration haletante - Pâleur faciale.**Physiologique :** Avale sa salive - Éructations - Tachycardie au repos - Rythme respiratoire à plus de 20/mn - Réflexes tendineux vifs - Tremblements - Dilatation pupillaire - Exophtalmie - Sudation - Battements des paupières.**Note d'anxiété psychique : somme des notes des items 1, 2, 3, 4, 5, 6 et 14.**

/ /

**Note d'anxiété somatique : somme des notes des items 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13.**

/ /

**Note totale : somme des notes e tous les items.**

/ /

## SERMENT D'HIPPOCRATE

*« En présence des Maîtres de cette école et de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais de salaire au-dessus de mon travail.*

*Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser les crimes.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque. »*

## RÉSUMÉ

**TONDE ALINE PATRICIA PEGDEWENDE**

### **Aspects psychosociaux et relationnels de la malnutrition protéino-énergétique à Ouagadougou**

Les perturbations relationnelles et psychologiques qui accompagnent la malnutrition protéino-énergétique du jeune enfant sont parfois méconnues. Cette étude avait pour objectif d'attirer l'attention sur cette autre facette de la malnutrition. Pour ce faire, nous avons examiné 50 dyades mère-enfant accueillies au CREN de Tanghin. L'étude s'est déroulée d'août à décembre 1998. Elle a consisté en une évaluation (par l'observation non participante) des interactions comportementales (gestuelles, vocales, visuelles, sourires) et en un entretien structuré avec les mères. Les résultats auxquels nous sommes parvenue ont été :

Les mères d'enfants malnutris connaissaient des conditions de vie difficiles ; mariage forcé (60,4% de cas), discordances avec le conjoint (58% de cas), multiparité (92% de cas), famille nombreuse à charge, absence d'aide pour les soins de l'enfant (60% de cas) étaient leur part. La situation socio-économique n'était guère sécurisante du fait que les parents vivaient d'agriculture (58% de cas) et de petit commerce (30% de cas) en général. La prévalence de la dépression chez les mères était élevée et frappait 94% de même que l'anxiété qui concernait 84% des mères. Les enfants dans 98% étaient à risque psychologique. Des cas de négligences graves (28%) et de sévices (8%) ont été également notés. Pour ce qui est de la relation mère-enfant, elle était conflictuelle dans 60% des cas.

Il se révèle que la récupération nutritionnelle prise isolément est insuffisante dans la prise en charge de l'enfant malnutri. Ce travail pose le problème des droits de l'enfant, droit certes à la nourriture mais droit aussi aux soins et à un environnement de vie sain et sécurisant. Un diagnostic et une prise en charge de l'environnement socio-économique, familial et relationnel des couples mère-enfant au cours de la malnutrition s'avère donc nécessaires.

**Mots clés** : Malnutrition / Interaction mère-enfant / Dépression maternelle / Enquête Burkina Faso.

M. E. S. S. R. S.

-----  
UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU  
-----

FACULTE DES SCIENCES  
DE LA SANTE  
-----

03 BP 7021 Ouagadougou 03  
Tél : 30 75 43

BURKINA FASO  
Unité - Progrès - Justice  
-----

## ATTESTATION DE CORRECTION

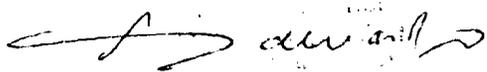
Nous soussignés certifions avoir revu la thèse corrigée de TONDE Aline Patricia Pegdwendé épouse YAMEOGO intitulée : « Aspects psychosociaux et relationnels de la malnutrition protéino-énergétique à Ouagadougou » .

Les corrections apportées sont conformes aux recommandations des membres du jury.

Attestation délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Ouagadougou le 27 Janvier 2000

**Le Directeur de thèse**



**Prof. Alphonse SAWADO**

**Le Président du jury de thèse**



**Dr. B. Jean KABORE**  
Professeur Agrégé de Neurologie  
CHN Yalgado Ouédraogo  
OUAGADOUGOU  
Tél. 31 - 10 - 55 Poste 172

## RÉSUMÉ

**TONDE ALINE PATRICIA PEGDEWENDE**

### **Aspects psychosociaux et relationnels de la malnutrition protéino-énergétique à Ouagadougou**

Les perturbations relationnelles et psychologiques qui accompagnent la malnutrition protéino-énergétique du jeune enfant sont parfois méconnues. Cette étude avait pour objectif d'attirer l'attention sur cette autre facette de la malnutrition. Pour ce faire, nous avons examiné 50 dyades mère-enfant accueillies au CREN de Tanghin. L'étude s'est déroulée d'août à décembre 1998. Elle a consisté en une évaluation (par l'observation non participante) des interactions comportementales (gestuelles, vocales, visuelles, sourires) et en un entretien structuré avec les mères. Les résultats auxquels nous sommes parvenue ont été :

Les mères d'enfants malnutris connaissaient des conditions de vie difficiles ; mariage forcé (60,4% de cas), discordances avec le conjoint (58% de cas), multiparité (92% de cas), famille nombreuse à charge, absence d'aide pour les soins de l'enfant (60% de cas) étaient leur part. La situation socio-économique n'était guère sécurisante du fait que les parents vivaient d'agriculture (58% de cas) et de petit commerce (30% de cas) en général. La prévalence de la dépression chez les mères était élevée et frappait 94% de même que l'anxiété qui concernait 84% des mères. Les enfants dans 98% étaient à risque psychologique. Des cas de négligences graves (28%) et de sévices (8%) ont été également notés. Pour ce qui est de la relation mère-enfant, elle était conflictuelle dans 60% des cas.

Il se révèle que la récupération nutritionnelle prise isolément est insuffisante dans la prise en charge de l'enfant malnutri. Ce travail pose le problème des droits de l'enfant, droit certes à la nourriture mais droit aussi aux soins et à un environnement de vie sain et sécurisant. Un diagnostic et une prise en charge de l'environnement socio-économique, familial et relationnel des couples mère-enfant au cours de la malnutrition s'avère donc nécessaires.

**Mots clés :** Malnutrition / Interaction mère-enfant / Dépression maternelle / Enquête Burkina Faso.