

# RETARD DE CROISSANCE OU PRISE DE POIDS HÉSITANTE EN CONTEXTE DE SOIN DE SANTÉ PRIMAIRE

**Astrid Berg**

**Edition en français**  
**Traduction : Claire Rousseau**  
**Sous la direction de : Priscille Gérardin**  
**Avec le soutien de la SFPEADA**



Une famille Javanaise  
à Tasik Malaya, Java  
(Photo: CH Graves,  
c1902)

Astrid Berg MB ChB,  
FCPsych (SA), M Phil  
(Child & Adolescent  
Psychiatry)

Red Cross War Memorial  
Children's Hospital and  
University of Cape Town,  
Cape Town, South Africa

Conflict of interest: none  
declared.

Cette publication est à destination des professionnels de la santé mentale, qu'ils soient en formation ou en exercice. Elle n'est pas destinée au grand public. Les opinions exprimées sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement le point de vue de l'Editeur ou de la IACAPAP. Cette publication tente de décrire les meilleurs traitements et pratiques basés sur des preuves scientifiques disponibles au moment de sa rédaction, traitements et pratiques qui pourraient donc évoluer en fonction des recherches à venir. Les lecteurs doivent mettre en perspectives ces connaissances avec les recommandations et les lois en vigueur dans leur pays. Certains traitements pourraient ne pas être disponibles dans certains pays et les lecteurs devraient consulter les informations spécifiques des médicaments car tous les dosages et les effets indésirables ne sont pas mentionnés. Les organisations, les publications et les sites web sont cités ou mis en lien afin d'illustrer les résultats et de pouvoir rechercher davantage d'informations. Cela ne veut pas dire que les auteurs, l'Editeur ou la IACAPAP endossent leurs contenus ou leurs recommandations, lesquelles pourraient être évaluées de façon critique par le lecteur. De même, les sites web peuvent changer ou cesser d'exister.

©IACAPAP 2012. Ceci est une publication en accès libre sous la [Creative Commons Attribution Non-commercial License](#). L'utilisation, la distribution et la reproduction sur tout type de support sont permises sans permission préalable du moment que le travail original est correctement cité et que l'utilisation n'est pas commerciale. Envoyez vos commentaires sur ce livre ou ce chapitre à [jmreyATbigpond.net.au](mailto:jmreyATbigpond.net.au)

Citation suggérée : Berg A. Failure to thrive or weight faltering in a primary health care setting. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. (édition en français; Cohen D, ed.) Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012.

La préoccupation maternelle primaire est en lien avec la capacité de la mère à maintenir la vie et la croissance de son bébé (Stern, 1995). Nourrir son enfant et le regarder se développer est une tâche primordiale que tous les parents souhaitent remplir. La plupart des mères veulent le meilleur pour leur progéniture. De son côté, l'enfant possède un sens inné pour se déplacer, grandir et progresser, les enfants sont destinés à se développer. Malheureusement, ce droit fondamental n'existe pas pour beaucoup d'enfants à travers le monde. Lorsque les choses tournent mal, que la croissance des bébés est empêchée pour diverses raisons, cela devient un sérieux problème pour les parents. Ainsi, il est intéressant de réfléchir sur ce que signifie ce terme «retard de croissance»: n'implique-t-il pas l'échec de la part du « caregiver »? Ne serait-ce pas une injustice pour les parents? Dans l'avenir, nous devrions considérer le terme de « prise de poids hésitante » comme un meilleur terme, moins péjoratif pour décrire cette situation.

L'alimentation varie considérablement parmi les enfants durant l'enfance et les problèmes alimentaires sont vraiment fréquents, touchant plus de 30% des enfants selon la définition des troubles alimentaires à laquelle on se réfère. Cependant les causes des troubles alimentaires sont multifactorielles, ne sont pas très bien connues et recouvrent à la fois les champs de la pédiatrie et de la santé mentale, les causes physiques doivent toujours être exclues.

La recherche a montré que dans les pays en voie de développement, les enfants en dessous de l'âge de 5 ans n'atteignaient pas un développement optimal à cause de l'exposition à de multiples facteurs de risque. La pauvreté joue un rôle central dans la santé mentale en général pour les adultes (Lund C et al, 2010), mais particulièrement aussi pour les jeunes enfants.

La malnutrition dans les premières années de vie a de sérieuses conséquences pour le développement cérébral (Grantham-McGregor et al 2007), ce qui pourrait être délétères pour les capacités futures d'apprentissage et de réussite scolaire des enfants. L'effet indésirable à long terme du retard de croissance sur les capacités cognitives pourraient être sous estimées ; environ 4 points de QI (Corbett & Drewett, 2004).

Il est important pour l'enfant et ceux qui travaillent dans la santé des enfants de savoir que la malnutrition n'est pas simplement la conséquence d'une nourriture inadéquate ou d'une pathologie somatique, mais que cela peut être la manifestation de difficultés dans la relation entre la mère et l'enfant. Le terme alimentation implique que une partie de ce qui est mangé dans la petite enfance est la relation mère-enfant (Chatoor, 2002), une interaction subtile existe entre la mère et son bébé dans la situation du nourrissage. Alors que l'Organisation Mondiale de la Santé reconnaît l'importance de la stimulation des jeunes enfants, l'accent est insuffisamment porté sur la centralité de la relation mère enfant dans la situation de l'alimentation.

Ce chapitre se concentre spécifiquement sur comment la priorité peut être donnée à la relation entre le « caregiver » et l'enfant dans le contexte des premiers soins de santé dans les pays en voie de développement comme l'Afrique du sud. Les catégories qui décrivent les différents raisons pour lesquelles il y a une prise de poids hésitante sont décrites. L'accent sera porté sur les très jeunes enfants, moins de 12 mois, en gardant à l'esprit que les effets des problèmes précoces dans ce domaine s'étendent au-delà de la première année de vie. Le mot « mère » est

### **Alimentation**

Le terme "alimentation" implique une relation dans les deux sens, une interaction fragile entre la mère et l'enfant en situation d'alimentation

utilisé pour dénommer l'adulte qui est le principal « caregiver » et qui remplit les traditionnelles fonctions « maternelles ». Cela n'exclut pas les autres « caregivers » comme le père, les grands parents, les assistantes maternelles et les parents adoptifs.

## DÉFINITIONS ET CLASSIFICATION

*Le retard de croissance* peut être considéré comme un terme descriptif générique qui fait référence à la croissance inadéquate due à une carence nutritionnelle. Le terme « retard de croissance » est souvent utilisé en pratique clinique pour signifier que le poids actuel ou la prise de poids de l'enfant sont significativement en dessous de ce qui est attendu pour un enfant de même sexe et de même âge. Il n'y a pas de mesure définie retenue pour diagnostiquer cet état ; la plupart des praticiens pose le diagnostic de retard de croissance lorsque le poids de l'enfant par rapport à son âge chute en dessous du cinquième percentile sur la courbe de croissance standard (Annexe B.2.1). Bien que le retard de croissance fût tout d'abord classé comme organique ou non organique, il est maintenant perçu comme le résultat de l'interaction entre l'environnement et la santé de l'enfant, développement et comportement (Gahagan, 2006). L'alimentation réussie est nécessaire, non seulement pour la survie physique mais également pour le développement général de l'enfant.

Le retard de croissance peut être considéré comme un terme descriptif générique concernant les enfants qui ont des difficultés à établir des schémas réguliers d'alimentation et qui n'atteignent pas le poids attendu

### **Les systèmes de classification : DSM-IV et la Classification Diagnostique « Zero to Three Revised » (DC :0-3R)**

Le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) définit les troubles de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant comme une incapacité persistante à manger correctement entraînant une difficulté importante à prendre du poids ou une perte significative de poids durant au moins un mois, et cela n'est pas expliqué par une pathologie gastro-intestinale ou une autre pathologie somatique. Cette définition cependant est limitée car elle n'inclut pas les sous-catégories ou groupes qui sont évidents lorsqu'on travaille avec des jeunes enfants qui présentent une perte de poids.

La classification diagnostique « Zero to Three Revised Edition » (DCO-3R) (Zero to Three, 2005) rétablit ce problème et fait l'usage de catégories décrites à l'origine par Chatoor (2002). Selon le DC0-3R, le diagnostic de trouble du comportement alimentaire pourrait être posé lorsqu'un enfant ou un bébé a des difficultés dans l'établissement d'habitudes alimentaires régulières. Comme il a déjà été mentionné, la prise de nourriture à cet âge précoce de la vie n'est pas une activité isolée mais est liée pour partie à la relation qui existe entre le « caregiver » et le bébé. Quatre types de trouble du comportement alimentaire ont été décrits, cela peut apparaître durant la période spécifique des phases du développement, des premières semaines de vie à l'âge de la marche:

- *Trouble alimentaire au stade de régulation.* Les difficultés avec l'alimentation deviennent apparentes durant la période néonatale. Les jeunes enfants doivent atteindre un état de vigilance calme dans le but de réussir à se nourrir. Les enfants vulnérables peuvent avoir des difficultés à gagner cet état de vigilance calme, un « caregiver » à l'écoute sera capable d'aider son enfant à gagner et maintenir un état optimal pour se nourrir. Cependant si le « caregiver » est submergé ou déprimé, il peut avoir des difficultés à aider son enfant à atteindre cet état de vigilance calme.



Photo: Kent Page, UNICEF, DRC, 2003.

- *Trouble alimentaire dans la réciprocité* « caregiver »- enfant. Entre 2 et 6 mois l'enfant s'engage affectivement avec le « caregiver ». Les vocalisations réciproques, le contact visuel et physique sont les caractéristiques de cette phase, ce que Daniel Stern a appelé « la période la plus exclusivement sociale de la vie » (Stern, 1985). Il est donc à prévoir que si le « caregiver » ne peut pas répondre aux signaux de l'enfant, la prise alimentaire peut en être affectée. Selon Chatoor (2002), ces enfants qui pourraient être appelés « négligés », ont souvent une mère qui souffre de troubles psychiatriques, comme des troubles de l'humeur et des abus de substances. A cause du tourment dans leur esprit, elles ne sont pas capables d'être suffisamment à l'écoute des signaux de leurs enfants. Cependant, l'association de sérieux troubles mentaux avec les troubles de l'alimentation de la réciprocité entre « caregiver » et enfant peut être plus applicable dans les pays dans lesquels les revenus sont élevés. Dans les pays où les revenus sont faibles ou moyens, les difficultés de la mère sont souvent très réactionnelles aux événements de vie stressants auxquels elles doivent faire face quotidiennement. Ces épreuves sont la cause de préoccupations et d'affects dépressifs qui à leur tour peuvent expliquer un manque de sensibilité aux signaux de l'enfant et qui peuvent donner lieu à un trouble alimentaire de la réciprocité. Cela n'implique pas nécessairement de la négligence ou de sérieux troubles mentaux chez la mère.
- *L'anorexie infantile*. Cette pathologie apparaît entre l'âge de 6 mois et 3 ans. Chatoor (2002) fait le lien entre cette pathologie et les difficultés dans le développement de la phase de séparation individuation comme l'a décrit Margaret Mahler (1972). Si les signaux de l'enfant n'ont pas été compris et que les offres de réconfort ont été l'alimentation, l'enfant confond la faim avec les expériences émotionnelles et apprend à manger ou ne pas manger en réponse aux sentiments négatifs. Manger peut ainsi devenir un champ de bataille. Cette situation cause beaucoup d'anxiété chez les parents qui peuvent recourir alors à des mesures extrêmes dans

le but d'amadouer leur enfant pour qu'il mange.

- *Aversions alimentaires sensorielles.* Cela apparaît quant l'enfant fait la transition entre l'alimentation pour bébé et l'alimentation à table. Ces enfants sont vraiment vigilants aux variations des stimuli sensoriels comme la texture, l'odeur et l'apparence de certains aliments. Ils peuvent montrer des réactions aversives lorsque des aliments spécifiques sont en contact avec leurs lèvres et sont généralement réticents à expérimenter de nouveaux aliments, ce qui entraîne un régime restrictif.

*Les troubles alimentaires associés avec une maladie concomitante et les troubles alimentaires associés avec des atteintes du tractus gastro-intestinal* ne seront pas traités ici car ils ne sont pas en lien avec le développement et peuvent donc être considérés à tout âge.

## **RETARD DE CROISSANCE, ATTACHEMENT ET SENSIBILITÉ MATERNELLE**

Le DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) incluait le retard de croissance dans le diagnostic de réaction à un trouble de l'attachement, cependant avec le temps, dans le DSM-III-R (American Psychiatric Association) apparu en 1987, le lien entre retard de croissance et réaction à un trouble de l'attachement a disparu (Boris & Zeanah, 2005). Les recherches ultérieures ont montré que la plupart des enfants avec un retard de croissance ne rencontraient pas les critères de réaction à un trouble de l'attachement. Irene Chatoor et al. (1998) sont venus à la conclusion que les problèmes alimentaires et les difficultés de croissance peuvent se produire dans des contextes d'attachement sécure et organisé; cependant, un lien entre le retard de croissance et la relation entre la mère et son bébé peut facilement être fait, même si les critères pour le trouble de l'attachement ne sont pas rencontrés.

La relation d'attachement est bâtie en bonne partie sur les capacités maternelles à être à l'écoute de son enfant. À partir de son étude en Ouganda, Mary Ainsworth a formulé le concept de sensibilité aux signaux de l'enfant, ce qu'elle corréla plus tard avec l'attachement sécure (Bretherton, 1992). Les mères qui sont déprimées ou préoccupées sont vraisemblablement moins disponibles pour répondre à leur enfant rapidement et de façon appropriée (Patel et al., 2004). Ce manque de sensibilité peut se manifester dans la situation de la prise alimentaire, ce qui durant la première année de vie est la principale tâche de la mère et le principal besoin physique de l'enfant. Il est alors nécessaire pour les mères d'être vigilantes par rapport à ce lien et de les aider à être à l'écoute de leur enfant dans la situation quotidienne de l'alimentation.

## **UNE ALIMENTATION ADAPTÉE**

Les programmes de nutrition et de soins de santé primaires mettent l'accent sur les pratiques d'alimentation concrètes et sur le régime donné (Bourne et al., 2007 ; Bowley et al. 2007 ; Cattaneo et al., 2008), souvent sans aucune mention du fait que l'alimentation chez les jeunes enfants est ancrée dans la relation avec le « caregiver ». Cependant il est encourageant de noter que au cours de la dernière décennie, il y a eu une augmentation de la préoccupation du besoin que l'enfant a pour la sensibilité du « caregiver », aussi dans la situation alimentaire. Ainsi le concept *d'alimentation adaptée* a été développé et est entrain d'être incorporé

**Un exemple de l'éducation des enfants au Mozambique: *Madzawde***

Une fois né, un bébé était considéré pour avoir « madzawde », pendant cette période la mère devait allaiter son enfant pour 2 ans et une relation symbiotique entre la mère et l'enfant était inconditionnellement garantie par cet état de « madzawde ». La mère utilisait le sein pour le confort, l'enfant était porté dans le dos et elle dormait avec lui. Cela fournissait une opportunité de soins physiques et psychiques optimaux durant cette première période de la vie. Deux ans après la naissance du bébé, les parents effectuaient le rituel du « madzawde », rituel qui marquait le point de séparation entre la mère et son enfant et qui permettait le rétablissement de la relation maritale. Si ce rituel n'était pas effectué selon la coutume un ensemble de symptômes physiques pouvaient affecter l'enfant et même mener à la mort. Cette période et ce rituel sont enracinés dans la connaissance culturelle profonde sur ce dont un enfant a besoin dans les premières années de sa vie et cela était transmis de génération en génération. Cependant, l'expérience de la guerre dans cette région a perturbé la capacité des parents d'effectuer ce rituel et il a été postulé que l'étiologie de la malnutrition observée dans cette région ne serait pas tant dû au manque de nourriture qu'à la désorganisation du « madzawde » (Igreja, 2003)

dans la littérature scientifique comme aussi bien que les programmes de nutrition (Bentley et al. 2011).

Les parents et les « caregivers » varient dans la manière dont ils nourrissent leurs enfants, cela dépend non seulement du contexte socio économique mais aussi du milieu culturel dans lequel l'enfant est élevé. Cependant, d'une manière générale, les verbalisations positives et les mères attentives sont associées avec une plus grande acceptation de la nourriture et une meilleure croissance. Alors que l'allaitement est la norme dans la plupart des cultures non occidentales, le temps du sevrage peut être marqué par des rituels spécifiques, lesquels s'ils sont perturbés peuvent mener à une perte de poids (cf box page 5) .

Lorsque l'on met en place des programmes d'intervention nutritionnelle pour les jeunes enfants, des messages simples et basiques doivent être donnés, afin d'être retenus facilement et qu'ils prennent sens à travers les différents contextes culturels. Black et Aboud (2011) ont conceptualisé un processus en 4 étapes entre le « caregiver » et l'enfant qui reflète la réciprocité et la mutualité et qui est au cœur de l'alimentation adaptée:

1. Le « caregiver » crée un contexte qui favorise l'interaction, cela devrait inclure des habitudes, une structure, des attentes et une atmosphère émotionnelle positive.
2. L'enfant répond et envoie des signaux au « caregiver » ;
3. Le « caregiver » à son tour répond rapidement d'une manière qui soutienne, contienne et s'adapte au développement des capacités et des besoins de l'enfant
4. L'enfant fera ensuite l'expérience de réponses prévisibles;

Bien que les étapes ci-dessus soient claires, faciles à mettre en œuvre, elles dépendent beaucoup de la capacité du « caregiver » d'être à l'écoute de l'enfant et de répondre de façon adaptée. La 3ème étape dans cette séquence est celle qui en dépend le plus, et qui reflète le mieux l'état d'esprit du « caregiver ». Le manque chronique de ressources, ce qui inclut non seulement ce qui est matériel mais aussi

le manque de relation soutenante, rendent les gens plus vulnérables au stress, ce qui contribue à la perte de ressource supplémentaire (Hobfoll,2001). Dans les pays en voie de développement ou les pays dans lesquels les revenus sont faibles, ce manque chronique de ressources est plus prévalent. Ainsi, cela n'est pas surprenant que le retard de croissance soit en lien avec la cascade des événements qui mène aux résultats ultimes de carence éducationnelle pour les enfants dans le monde en voie de développement (Grantham-McGregor et al,2007).

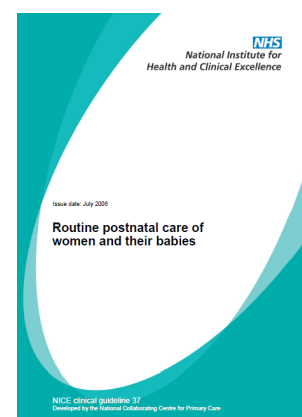
Les concepts comme l'alimentation adaptée sont utiles dans l'articulation des mécanismes possibles qui sont en jeu dans la situation du nourrissage. Cependant, il faut se souvenir que la plupart des parents sont capables de garder les enfants en vie et de les nourrir correctement sans avoir été instruit là-dessus. Il s'agit d'une connaissance qui se transmet au cours des générations et, peu importe la méthode utilisée, cela a fonctionné car sinon ce groupe d'hommes n'aurait pas survécu. Les mots de Daniel Stern (2002) sonnent justes: "le répertoire des soins de la mère ne peut être enseigné, en fait il ne peut pas être enseigné, mais il peut être décomplexé".

La question est alors de savoir comment une mère, un père ou les autres caregivers peuvent être décomplexés pour nourrir de façon adaptée leur bébé ? et si nous allons un peu plus loin en amont, comment identifier les « caregivers » qui sont en difficulté ? étant donné qu'ils sont des millions d'enfants dans les pays en voie de développement, comment les trouver eux et leurs parents ? un possible point d'appel sera développé plus loin.

## L'ÉTABLISSEMENT DES PREMIERS SOINS DE SANTÉ DES NOURRISSONS DANS UN PAYS EN VOIE DE DÉVELOPPEMENT

Il est de pratique courante que tous les enfants et bébés soient pesés au cours des visites programmées de vaccination au dispensaire. Le suivi de la croissance a été utilisé comme instrument de dépistage pour identifier les enfants vulnérables durant ces visites. L'organigramme de l'examen de santé des enfants utilisé en Afrique du Sud contient un graphique du poids pour l'âge de l'enfant qui est complété à chaque visite. Les enfants qui dévient de leur courbe sont considérés comme étant à risque et sont adressés au soutien nutritionnel. L'expérience clinique a montré que la perte de poids peut être associée à une variété de facteurs socio émotionnels et peut être un point d'appel utile pour les praticiens de la santé mentale.

Si les services de santé mentale sont disponibles, ces enfants et leurs « caregivers » sont aussi adressés à un pédopsychiatre. Ce serait la tâche de ce praticien d'évaluer si les facteurs liés au développement socio-affectif de l'enfant pourraient contribuer à cette prise de poids hésitante. Il faut noter que pour la plupart des « caregivers » quelque soit l'endroit, a fortiori dans les pays en développement, la notion qu'un enfant peut être affecté par des facteurs psychologiques comme un conflit familial ou une dépression maternelle est nouveau et le soin est donné en introduisant cette possibilité de façon douce et compréhensible(Berg,2007).Les étapes suivantes sont les recommandations qui sont utiles lorsqu'on rencontre une mère et un enfant avec perte de poids dans l'établissement des soins de santé.



Cliquez sur l'image pour accéder à la NICE clinical guideline Routine Postnatal Care of Women and their Babies.

### Informations générales de la famille et de l'enfant

- *la confiance de la mère* doit être acquise. Elle peut venir d'un milieu où elle a été blâmée pour le faible gain de poids de son enfant et peut être en colère ou fermée dans son attitude à l'égard des professionnels de santé. La confiance est établie grâce à une attitude non jugeante et en donnant une explication simple sur le constat que souvent les problèmes des enfants avec l'alimentation et le gain de poids ont à faire avec des facteurs autres que la fourniture de nourriture. Ces facteurs sont les problèmes émotionnels de la mère causés par des difficultés à l'intérieur des familles, les événements de vie stressants. La plupart du temps cela prend sens pour le « caregiver » et ils sont prêts à parler de leur vie. De plus, la confidentialité doit être soulignée. La plupart des mères viennent de communautés resserrées sur elles-mêmes, où il y a beaucoup d'observation et de ragots, ce qui entraîne dans de nombreux cas qu'elles ne se sentent pas en sécurité pour qu'on puisse entamer la discussion sur leurs préoccupations.
- *Information sur la constellation familiale.* L'information importante est de savoir où est le père du bébé et la présence ou l'absence de la grand-mère maternelle. L'expérience clinique atteste du fait que fréquemment les mères portent des sentiments et des pensées négatifs à l'égard du père du bébé ; cela peut jouer un rôle dans le rejet maternel de l'enfant car elle l'associe consciemment ou inconsciemment à leur père. Le soutien de la grand-mère maternelle est crucial, particulièrement avec les très jeunes mères. Traditionnellement, les grands-mères maternelles donnent des conseils et lorsque cela n'est pas le cas, pour différentes raisons, la jeune femme se sent abandonnée, aussi bien physiquement qu'émotionnellement.
- La troisième tâche est de regarder de près *la courbe de poids* du bébé et de noter le moment où le poids a chuté. Des renseignements peuvent être recherchés comme les changements ou les difficultés aussi bien pour la mère que sa famille, des séparations ou des pertes qui arrivent dans le même temps. Il est important d'expliquer aux mères l'impact que ces événements pourraient avoir sur elle et sur leur enfant. Le temps du

Le bébé NB a été adressé à l'âge de 14 mois avec le problème de prise de poids hésitante, qui avait commencé lorsqu'elle avait 3 mois. Alors que l'histoire était donné en termes de famille et de modalités de garde, il était noté que NB était vraiment hésitante à approcher le biscuit qui était placé devant elle. Elle prit un long moment pour l'approcher et, une fois qu'elle l'avait dans ses mains, l'examinait avec grand soin. Seulement alors, elle l'a mis dans sa bouche et commença à le mâchonner. Cette observation de longue hésitation et d'examen prudent fit que le praticien demanda plus de détails à propos de son sevrage. Ceci s'est avéré avoir été un moment traumatique pour la mère et NB qui, à l'âge de 3 mois n'était pas prête pour arrêter de prendre le sein, pendant au moins un mois sa mère s'est battue pour lui faire accepter le biberon, elle n'avait pas le choix car elle devait reprendre le travail. La sensibilité de NB et son tempérament étaient expliqués à sa mère qui était d'accord avec les observations. Quand elle revint deux semaines plus tard son poids avait augmenté de 8,3kg à 9,1kg et la mère a dit spontanément qu'elle était contente qu'on nous l'ait adressé. Cette simple vignette d'un cas illustre combien beaucoup d'informations peuvent être obtenues par l'observation de l'enfant et quel bénéfice peut être apporté à la mère lorsqu'elle et son enfant peuvent être compris et non jugés.





### Prise de poids hésitante dans l'établissement des premiers soins de santé

Le service de santé mentale parents-enfants de l'université de Cape-Town, est basé à l'hôpital local des enfants et une partie de son programme de sensibilisation s'étend au grand canton à la périphérie de la ville. Un pédopsychiatre et un conseiller de la communauté qui est aussi interprète et un intermédiaire culturel, visitent la clinique de puériculture de façon hebdomadaire. Il est connu comme le « Mdzana Centre ».

La santé mentale de l'enfant est un concept qui est nouveau et non connu de la plupart des communautés. Même si cela est central, la santé mentale comme telle n'est pas en première position dans la liste des priorités qui doivent être traitées dans ces communautés, lesquelles sont en difficulté pour faire face aux tâches quotidiennes autour de la survie. La santé mentale des enfants est encore plus étrangère. Un moyen a du être

trouvé de sorte que les risques des dyades mères enfants puissent être identifiées et adressées. De plus il ne fallait pas effrayer ou aliéner les mères qui pourraient se sentir menacer ou juger par un médecin extérieur.

Au fil du temps, il devenait évident que la prise de poids hésitante pouvait constituer un signe d'alarme, et cela n'était pas forcément dû à l'insécurité alimentaire, mais dû à l'inhibition maternelle. Le poids de l'enfant est enregistré à chaque visite et noté sur le graphique du suivi de la croissance. Dans plusieurs cliniques, de la nourriture supplémentaire était donnée dans les cas où la croissance était insatisfaisante. Cependant, en dépit de cela, plusieurs bébés ne répondaient pas bien, soulignant le fait que cela pouvait être lié à la relation mère-enfant. L'énoncé de la mission du centre peut être vu page 9.

sevrage nécessite d'être noté car une perte de poids survient souvent à ce moment là. Prolonger l'allaitement peut être un signe de difficulté de séparation et pourrait affecter l'acceptation de la nourriture solide, cela peut être le commencement d'une anorexie infantile.

- *un examen physique* doit être nécessaire si il y a une dysmorphie ou des arguments pour une maladie sous jacente qui peuvent affecter la croissance. Il faut donc rechercher notamment les rash cutanés, les fentes palatines, les symptômes respiratoires ou cardiaques (ex : cyanose, tachypnée), une distension abdominale ou une organomégalie, une évaluation de la coordination succion-déglutition, la présence d'une dysmorphie suggérant un trouble général, comme le syndrome de Down; des enfants avec des difficultés intellectuelles ont souvent des

## The MDLEZANA CENTRE MISSION STATEMENT

Molweni BooMama!



We are the team from the Mdlezana Centre and would like to talk to you about your babies. While most other people talk about the healthy body of the babies, we also talk about the happiness of you and your baby.



Babies do not just need food, but they need love – this is not always so easy to give, especially when you are feeling heart-sore, upset or angry. Sometimes we feel that something is just not right, and then we cannot enjoy our children.



You must know that even new- born babies are able to hear and see. They pick up from the environment far more than we ever thought they would. If the mother is unhappy, she cannot smile at her baby when the baby is looking at her. If the mother is angry, she will not talk to her baby. So, it can happen that the baby too becomes sad, because it is not being looked at and spoken to the way it needs to. A sad baby will not eat properly and then will be behind in his/her development.



We are taking the first 3 years of life very seriously because it is during this time that the foundation is laid down for the future development of the child. Not just whether the child will be happy or unhappy, but whether the child will be able to learn and concentrate in school.



We thus ask you to come to us and talk with us if you feel something is not right between you and your baby. We cannot offer food or employment, but we can offer a listening ear and advice. Whatever you discuss with us is confidential and remains only with us. We have the time and the knowledge to listen to your troubles.

If you are feeling well then your baby will feel well and develop in the way you want it to. Just as you pay attention to your baby's physical needs, like food and immunisation, so you must pay attention to your own and your baby's emotional needs.



### **Enoncé des missions du Centre MDLEZANA**

Molweni BooMama!

Nous sommes l'équipe du Centre Mdlezana et nous voudrions parler avec vous de vos bébés. Alors que la plupart des gens parlent de la santé du corps du bébé, nous parlons aussi du bonheur pour vous et votre bébé.

Les bébés n'ont pas seulement besoin de manger, ils ont besoin d'amour, et cela n'est pas toujours facile à donner, spécialement quand vous vous sentez triste ou en colère. Parfois, nous sentons que quelque chose ne va pas bien, et nous ne pouvons pas prendre du plaisir avec nos enfants.

Vous devez savoir que même les bébés qui viennent de naître sont capables de voir et d'entendre. Ils prennent de l'environnement plus que ce que nous voudrions. Si la maman est triste, elle ne peut pas sourire à son bébé quand celui-ci la regarde. Si la maman est en colère, elle ne parlera pas à son bébé. Ainsi, il peut arriver que le bébé devienne triste lui aussi, car il n'est pas entrain d'être regardé et on ne lui parle pas de la manière dont il a besoin. Un bébé triste ne mange pas bien et peut se développer moins bien.

Nous prenons les trois premières années de la vie vraiment au sérieux car c'est durant ce temps que les bases s'acquièrent pour le développement futur de l'enfant. Non seulement l'enfant sera heureux ou triste mais également il sera capable ou pas d'apprendre et de se concentrer à l'école.

Nous vous demandons ainsi de venir nous voir et de parler avec nous si vous sentez que quelque chose ne va pas bien entre vous et votre bébé. Nous ne pouvons pas vous offrir de la nourriture ou un emploi, mais nous pouvons vous offrir une écoute attentive et des conseils. Lorsque vous discutez avec nous cela est confidentiel et reste seulement avec nous. Nous avons le temps et la connaissance pour écouter vos problèmes.

Si vous vous sentez bien ensuite votre bébé se sentira bien et se développera comme vous le voulez. Vous prenez attention des besoins physiques de votre bébé, comme la nourriture et les vaccinations, vous devez aussi faire attention à vous-même et aux besoins émotionnels de votre bébé. La sensibilité de NB et son tempérament étaient expliqués à sa mère qui était d'accord avec les observations. Quand elle revint deux semaines plus tard son poids avait augmenté de 8,3kg à 9,1kg et la mère a dit spontanément qu'elle était contente qu'on nous l'ait adressé.

Cette simple vignette d'un cas illustre combien beaucoup d'informations peuvent être obtenues par l'observation de l'enfant et quel bénéfice peut être apporté à la mère lorsqu'elle et son enfant peuvent être compris et non jugés.

problèmes d'alimentation.

Ainsi, le point traité dans ce chapitre est le lien émotionnel entre le « caregiver » et l'enfant et sa conséquence sur la relation à l'alimentation. Le but de la collecte d'informations et de parler des facettes de la vie de la mère et de son bébé est de permettre à la mère d'avoir un espace pour penser, faire du lien et trouver du sens, et ainsi de produire une plus grande prise de conscience sur comment ses pensées et ses actions impactent son enfant. Cela fournit aussi pour la mère la seule opportunité qu'elle peut avoir de partager ses difficultés avec quelqu'un d'empathique qui l'écoute. La plupart des « caregivers » comprennent que l'aide concrète sous la forme d'un emploi, subventions, et nourriture ne peut être donné par ce genre de service et apprécie le fait qu'il y est un espace sûr dans lequel elles peuvent être entendues.

#### **Evaluation de l'interaction enfant-caregiver**

Tandis que les renseignements ci-dessus sont recueillis, il est pris note de la manière dont la mère donne l'information, de la manière dont elle gère et tient son enfant. En particulier, il est noté comment la mère interagit avec son enfant, si elle est à l'écoute de ses besoins. Est-elle vigilante à ce qu'il est entrain de faire? Cette observation naturaliste, plus tôt que d'utiliser des mesures d'observation formelles,

a l'avantage de permettre une approche ouverte.

Dans l'établissement des premiers soins de santé et dans les pays en voie de développement l'utilisation d'échelles d'évaluation standardisées est souvent difficile car elle requiert une formation spécialisée, de plus ces échelles sont principalement basées sur des échantillons provenant des pays développés. La *relation parents-enfant* peut être évaluée selon l'échelle The Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale (PIR-GAS) du DM0-3R(Annexe B.2.2). Le *fonctionnement social et émotionnel* de l'enfant peut être évalué en utilisant l'échelle Description of Capacities for Emotional and Social Functioning of the Zero to Three System (2005(Annexe B.2.3).

Outre ces observations et évaluations naturalistes, il y a une technique qui peut être particulièrement utile dans les cas de difficultés de ressources. Comme Winnicott, qui a utilisé le jeu de spatule dans le but d'évaluer le niveau d'anxiété de l'enfant, un biscuit peut être utilisé dans le but d'observer l'enfant de façon plus proche. Le biscuit est placé à la portée de l'enfant et une observation rapprochée est faite sur comment l'enfant approche ce nouvel objet. A-t-il de la curiosité pour le sentir, le mettre à la bouche ? Y a-t-il une longue période d'hésitation ou l'enfant le saisit avec confiance et spontanéité ? L'enfant montre-t-il de l'intérêt pour cela ou pas du tout? l'observation de l'utilisation du biscuit est une technique similaire de l'observation de la façon selon laquelle un enfant plus âgé s'engagerait avec un jouet et est un complément utile à l'ensemble de l'évaluation de l'enfant. Un bébé qui saisit le biscuit avec confiance, qui l'explore avec sa bouche et qui peut jouer avec est moins préoccupant qu'un enfant qui remarque à peine le nouvel objet ou qui est trop inhibé pour s'aventurer et s'en emparer. Cet enfant peut ne pas aller bien physiquement, mais cela peut également vouloir dire que l'enfant se retire de la relation, manque d'énergie et de vitalité, de toute façon, ce bébé requiert notre attention (Berg,2010).

### **Travailler avec un conseiller culturel et interprète**

La majorité des interactions dans les soins de santé dans les pays en voie de développement comme l'Afrique du Sud prend place avec la présence d'un tiers. Cette personne, qui peut être une infirmière ou une autre personne, est attendue pour servir une fonction qui est bien au-delà de celle d'un simple interprète de la langue. Il doit être considéré comme un intermédiaire culturel et co-thérapeute. Si celui qui prodigue des soins de santé provient d'une culture différente, alors il incombe de veiller à ce qu'il y ait une traduction correcte. Il est impératif que les normes culturelles et les valeurs soient comprises et, même si il y a une différence entre la bio-médecine de l'ouest et les méthodes traditionnelles de guérison, la médiation et l'explication est essentielle. Le travail de proximité entre celui qui prodigue les soins et l'intermédiaire culturel assure que la communication soit claire et respectueuse ; la clinique des premiers soins de santé est un système en lui-même et a sa propre culture. Il est sage de s'ajuster lorsque cela est possible et de ne pas surcharger le personnel en faisant des demandes supplémentaires sur leur temps.

Un biscuit est utile pour observer le comportement de l'enfant de plus près

## **CONCLUSION**

Une prise de poids hésitante chez un enfant est un signe d'alerte. Cela ne veut pas nécessairement dire que l'insuffisance de l'apport protéique ou calorique

est la cause, cela ne signifie pas que l'enfant est physiquement malade. Ces deux facteurs doivent être exclus avant de considérer d'autres étiologies. Ce chapitre concerne les autres influences parmi lesquelles la plus importante peut être la dépression maternelle et laquelle peut être la cause de réponse non adaptée dans l'alimentation de l'enfant.

Offrir un espace dans lequel la confidentialité est assurée, et où la mère est capable de penser et de faire des liens est souvent tout ce qui est nécessaire pour prendre conscience de ce qui se passe. Ainsi le comportement change et il est fourni à l'enfant une réponse appropriée au développement de la situation de l'alimentation. Non seulement cela peut le conduire à un gain de poids plus important, mais il sera également posé les bases d'une relation plus sécurisée entre le nourrisson et le « caregiver » qui est le commencement de la santé mentale pour tous.

L'auteur travaillant avec un interprète (et conseiller culturel) dans une clinique d'Afrique du Sud.



## REFERENCES

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition. Washington DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition Revised. Washington DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Bentley ME, Wasser HM, Creed-Kanashiro HM (2011). Responsive feeding and child undernutrition in low- and middle-income countries. *Journal of Nutrition*, 141:502-507.
- Berg A (2007). Ten years of parent-infant psychotherapy in a township in South Africa. What have we learnt? In Pozzi-Monzo M (Ed), *Innovations in Parent-Infant Psychotherapy*. London: Karnac (pp. 215-230).
- Berg A (in press). Infant-parent psychotherapy at primary health care level in South Africa – Report on the establishment of a service. *South African Medical Journal*.
- Berg A (2010). [Fallire la crescita. Il dubbio sul cibo per nascondere il dubbio sull'amore]. Failure to Thrive. Doubt about food to hide doubt about love? In Bisagni F (Ed.), *Dialoghi d'Infanzia. Voci dall'Inter-School Forum on Child Analysis 2008-2009*. Torino: Antigone.
- Black MM, Dubowitz H, Hutcheson J et al (1995). A randomized clinical trial of home intervention for children with failure to thrive. *Pediatrics*, 95:807-814.
- Black MM, Aboud FE (2011). Responsive feeding is embedded in a theoretical framework of responsive parenting. *Journal of Nutrition*, 141:490-494.
- Boris N, Zeanah CH (2005). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44:1206-1219.
- Bourne LT, Hendricks MK, Marais D et al (2007). Addressing malnutrition in young children in South Africa. Setting the national context for paediatric food-based dietary guidelines. *Maternal & Child Nutrition*, 3:230-238.
- Bowley NA, Pentz-Kluyts MA, Bourne LT et al (2007). Feeding the 1 to 7-year-old child. A support paper for the South African paediatric food-based dietary guidelines. *Maternal & Child Nutrition*, 3:281-291.
- Bretherton I (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28:759-775.
- Cattaneo A, Timmer A, Bomestar T et al (2008). Child nutrition in countries of the Commonwealth of Independent States: time to redirect strategies? *Public Health Nutrition*, 11:1209-1219.
- Chatoor I (2002). Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 11:163-183.
- Chatoor I, Ganiban J, Colin V et al (1998). Attachment and feeding problems: a reexamination of nonorganic failure to thrive and attachment insecurity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37:1217-1224.
- Corbett SS, Drewett RF (2004). To what extent is failure to thrive in infancy associated with poorer cognitive development? A review and meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45:641-654.
- Gahagan S (2006). Failure to thrive: A consequence of undernutrition. *Pediatrics in Review*, 27:e1-e11.
- Grantham-McGregor S, Cheung YB, Cueto S et al (2007). Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet*, 369:60-70.
- Hobfoll SE (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology*, 50:337-421.
- Igreja V (2003). The effects of traumatic experiences on the infant-mother relationship in the former war zones of central Mozambique: The Case of Madzawde in Gorongosa. *Infant Mental Health Journal*, 24:469-494.
- Lund C, Breen A, Flisher AJ et al (2010). Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Social Science and Medicine*, 71, 517-528.
- Mahler MS (1972). On the first three subphases of the separation-individuation process. *International Journal of Psychoanalysis*, 53:333-338.
- Patel V, Rahman A, Jacob KS, Hughes M (2004). Effect of maternal mental health on infant growth in low income countries: new evidence from South Asia. *British Medical Journal*, 328:820-823.
- Stern D (2002). *The First Relationship*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Stern DN (1985). *The Interpersonal World of the Infant: A view from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New York: Basic Books.
- Stern D (1995). *The Motherhood Constellation*. New York: Basic Books.
- Wessel MA, Cobb JC, Jackson EB et al (1954). Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called "colic." *Pediatrics*, 14:421-435.
- Zero to Three (2005). DC: 0-3R: *Diagnostic Classification of Mental Health Disorders of Infancy and Early Childhood* (Revised ed). Washington, DC: Zero to Three Press.

# Boy's Weight-for-Age Chart

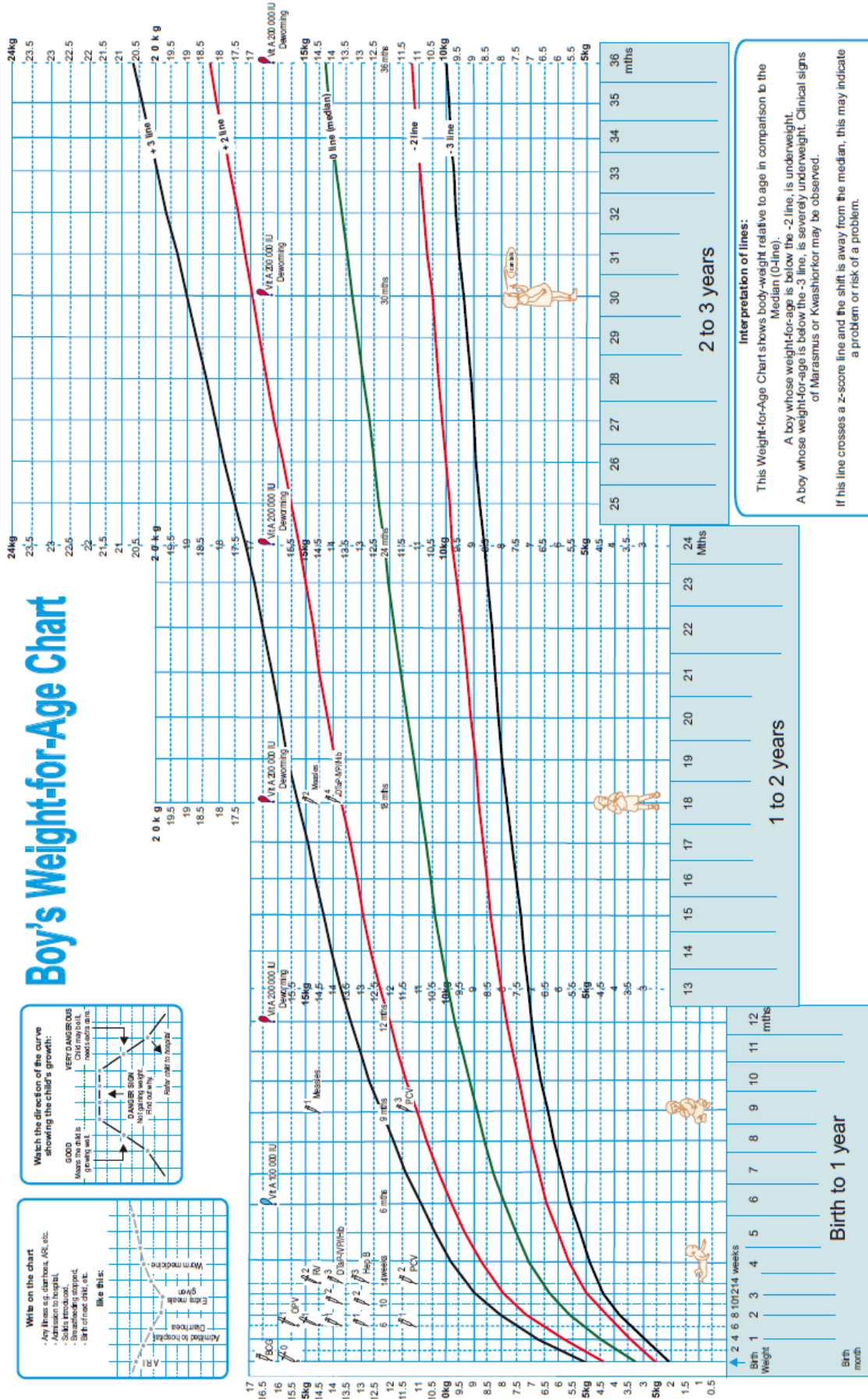
**Watch the direction of the curve showing the child's growth:**

- GOOD** -> Mean the child is growing well
- VERY DANGEROUS** -> Child may be ill, needs soon att.
- DANGER ZONE** -> Not gaining weight, End of entry, Refer child to doctor

**Write on the chart**

- Any illness e.g. diarrhea, AR, etc.
- Admission to hospital
- Solids introduced
- Breastfeeding stopped
- Start of next illness, etc.

**Like this:**



**Interpretation of lines:**  
 This Weight-for-Age Chart shows body-weight relative to age in comparison to the Median (0-line).  
 A boy whose weight-for-age is below the -2 line, is underweight.  
 A boy whose weight-for-age is below the -3 line, is severely underweight. Clinical signs of Marasmus or Kwashiorkor may be observed.  
 If his line crosses a z-score line and the shift is away from the median, this may indicate a problem or risk of a problem.  
 If his line stays close to the median, occasionally crossing above or below it, this is fine.

## Appendix B.2.2

### The Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale

PIR-GAS Ratings according to DC: 0-3 R

**91-100 Well Adapted**

Mutual enjoyment without sustained distress or conflict

**81-90 Adapted**

At times there may be conflict but it does not persist longer than a few days; interactions are mostly reciprocal and synchronous

**71-80 Perturbed**

Some aspect in the overall functioning is less than optimal; child and parent may experience transient distress lasting up to a few weeks. The disturbance is limited to one domain of functioning

**61-70 Significantly Perturbed**

Relationships are strained but still largely adequate. Conflicts are limited to one or two problematic areas. Both parent and child may experience distress and difficulty for a month or more.

**51-60 Distressed**

Conflict may spread across multiple domains of functioning and resolution is difficult. The developmental progress of the dyad seems likely to falter if the pattern does not improve

**41-50 Disturbed**

The relationship is beginning to be overshadowed by problematic features. Dysfunctional patterns are more than transient, and developmental progress may temporarily be disrupted

**31-40 Disordered**

Rigidly maladaptive interactions, conflicted interactions are evident. Developmental progress of the child is likely to be influenced adversely

**21-30 Severely Disordered**

Relationships are severely compromised. Both parent and child are significantly distressed by the relationship itself. Interactive patterns seem to have been in place for a long time. Developmental progress of the child is influenced adversely and the child may lose previously acquired developmental skills

**11-20 Grossly Impaired**

Relationships are dangerously disorganized and the infant is in imminent danger of physical harm

**1-10 Documented maltreatment**

Documented neglect and physical or sexual abuse that is adversely affecting the child's physical and emotional development



# Appendix B.2.3

## Child's Capacities for Emotional and Social Functioning Rating Scale

According to DC: 0-3 R

Emotional and social functioning capacities	Functional rating						
	1	2	3	4	5	6	n/a
Attention and regulation							
Forming relationships/mutual engagement							
Intentional two-way communication							
Complex gestures and problem solving							
Use of symbols to express thoughts/feelings							
Connecting symbols logically/abstract thinking							

### Functional rating

1. Functions at an age-appropriate level under all conditions and with a full range of affect states
2. Functional at an age-appropriate level, but is vulnerable to stress or with a constricted range of affect
3. Functions immaturely (i.e., has the capacity, but not at an age – appropriate level)
4. Functions inconsistently or intermittently unless special structure or sensorimotor support is available
5. Barely evidences this capacity, even with support
6. Has not achieved this