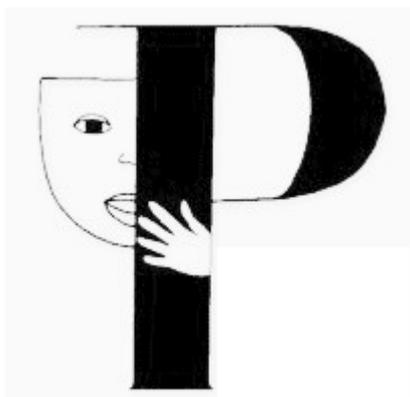


RAPPORT DE MISSION

PHYSIONOMA

ETE 2010 à ZINDER



Flavie OTT, orthophoniste
Marie-Laure LAMY, kinésithérapeute

INTRODUCTION

Nous sommes arrivées à Zinder le samedi 31 juillet 2010, accueillies par Samuel, responsable du centre Sentinelles sur place, pour une mission de cinq semaines et demi.

Cette sixième mission de PhysioNoma s'est inscrite dans le prolongement des précédentes et se fixait pour objectif d'amener l'équipe locale à une plus grande autonomie. Pour ce faire, nous nous sommes appuyées sur les demandes des intervenants locaux et des responsables, ainsi que sur nos observations quant à l'appropriation des techniques apprises antérieurement et à leur transmission.

Deux axes d'intervention ont orienté notre travail :

- Accompagnement et formations de l'équipe
- Rééducation personnalisée des enfants

Vous trouverez ci-dessous le compte-rendu de cette mission.

CALENDRIER

Du 2 au 6 août

- observation du fonctionnement du centre
- rencontres avec l'équipe de Sentinelles
- entretiens avec Samuel
- entretiens avec Fati, Issa, Hali
- observation des séances de physiothérapie, avant de co-animer celles du matin et du midi avec l'équipe
- lecture des dossiers des enfants (liste Sentinelles) à voir et bilans individuels
- synthèse des bilans et objectifs individuels
- bilan de contrôle pré-opératoire de La.
- première réunion de soins du mercredi matin

Du 9 au 13 août

- fin des bilans (lundi), fin des synthèses et objectifs individuels
- début des prises en charges individuelles (dès le mardi) tous les après-midi
- préparation du power point et mise à jour du récapitulatif de physiothérapie
- formation ou recyclage de l'équipe soignante au protocole de physiothérapie et apprentissage des modifications
- sortie en brousse le mercredi soir avec l'équipe de sensibilisation : projection d'un film de prévention sur le noma dans un village
- réunion de soins

Du 16 au 20 août

- suite des PEC individuelles tous les après-midi
- réunion de soins
- bilans de contrôle pré-opératoires de Fa et Ba.
- préparation du power point sur l'étirement des brides et des lambeaux rétractés
- mise à jour du récapitulatif sur le protocole d'étirement des brides et des lambeaux rétractés
- préparation du power point sur la démarche de choix du protocole (AL, CR en ouverture, étirement des brides)
- préparation des trois fiches récapitulatives pour le choix du protocole : OB petite, OB bonne mais non stable, OB bonne et stable
- formation de l'équipe soignante au protocole d'étirement des brides et à la démarche du choix d'un protocole pour un enfant (Rabi, Rakia, Mariama, Issa, Moustapha)
- formation de l'équipe des AS (Aboubacar et Mamane) et de Mamane de l'équipe de sensibilisation au protocole de physiothérapie
- observation du jeu des praxies animé par Issa, puis échanges autour de différents jeux possibles à partir de ce matériel (loto, mémory, jeu des paires, etc.) + rédaction d'une fiche récapitulative
- rédaction du rapport de mi-mission (!!!)

Du 23 au 27 août

- prises en charge individuelles tous les après-midis
- réunion de soins
- mise à jour du power point sur les déformations mandibulaires
- formation de l'équipe soignante : les déformations mandibulaires (théorie, prévention) + diagnostic différentiel avec faiblesse musculaire
- supervision de la formation de Mousbahou par Issa au protocole d'étirement des brides
- supervision de la formation de Marie par Rabi au protocole d'étirement des brides
- correction des fiches de choix des protocoles d'après les remarques de Rabi
- rédaction des compte-rendus des bilan de contrôle (Fa, Ba, La, Ra, Sa)
- soirée cinéma « Kirikou et la sorcière Karaba » jeudi soir

Du 30 août au 3 septembre

- Suite des prises en charge individuelles lundi et mardi
- Réunion de soins du mercredi matin
- Création d'un document pour le sevrage des cales et des abaisse-langue et discussion avec Rabi
- Présentation de la démarche de sevrage progressif des cales et de la physiothérapie à la fin de la réunion de soins
- bilan finaux à partir de mercredi
- accompagnement des soignants pour le remplissage du cahier de suivi
- formation de Samuel aux trois protocoles et choix du protocole
- entretien de fin de mission avec Samuel, Rabi
- entretiens individuels avec les soignants pour retour de mission
- animation avec Issa des jeux des praxies
- soirée cinéma : projection du livre de la jungle jeudi soir
- Formation de Fati (de retour de vacances) au protocole d'étirement des brides et des lambeaux rétractés et au choix du protocole

Du 04 au 07 septembre

- Derniers bilans finaux
- Rédaction des synthèses de bilans
- Derniers entretiens de bilan de mission avec le personnel soignant et rédaction de ceux-ci
- Rédaction du rapport de mission
- Entretien avec Hali
- Entretien avec Rabi : retour de notre bilan de mission
- Entretien avec Samuel : bilan de mission

Rencontres avec l'équipe et observations

La première semaine, il nous est paru important de rencontrer les membres de l'équipe, observer leur travail, écouter leur(s) demande(s).

Nous avons eu plusieurs entretiens avec Samuel. Les premiers pour prendre connaissance des membres de l'équipe, comprendre l'organisation du centre, envisager d'intégrer notre intervention dans les plannings de chacun. Les suivants pour lui faire part de nos observations, des possibilités et limites de la rééducation. Il nous a très vite semblé important que Samuel, en tant que responsable du centre soit bien informé des protocoles, de leur(s) intérêt(s), etc. Nous lui avons fait la demande de nous accorder du temps dans ce sens à son retour de vacances en septembre, ce qu'il a accepté.

Rencontre avec l'équipe soignante

Nous avons eu un entretien privilégié avec Fati (responsable des soins en l'absence de Rabi), et avec chaque membre de l'équipe soignante.

Une demande de changement dans le protocole a émergé de ces entretiens. Nous avons répondu que les gestes de la physiothérapie sont un soin : chaque partie du protocole vise à un/des objectifs précis. De plus, le protocole en place semble montrer son efficacité et, de ce fait, les changements apportés par les équipes successives et par nous-mêmes ne peuvent être que minimes, et dans un but précis (pas dans celui de « casser une routine »). . Nous avons insisté sur le fait que les gestes faits par des professionnels sont indispensables à une bonne rééducation.

Une autre demande a émergé : celle de la prévention des déformations mandibulaires : nous consacrerons un temps sur ce sujet pendant la mission.

Chaque membre de l'équipe semble apprécier l'idée de bénéficier d'une formation Physionoma, quelque soit son ancienneté dans l'équipe. Dans l'ensemble, les observations et remarques de l'équipe sont tout à fait pertinentes.

Les missions précédentes semblent avoir laissé des traces solides.

Rencontre avec Hali, responsable du service social

L'entretien avec Hali, responsable du service social, nous a éclairées sur la réalité du noma, la prévention, les familles des enfants atteints... Nous nous sommes rendu compte de la prise en charge vraiment globale effectuée par Sentinelles.

Les assistants sociaux sont un relais important de la rééducation dans les familles : ce sont eux qui vérifient l'application des techniques dans les familles et prennent les mesures d'OB. Hali maîtrise les recommandations de mesures.

Il nous a informé d'une nouveauté, à savoir qu'il est donné aux familles une règle avec le repère d'OB de l'enfant à son retour du centre. Ce repère doit aider les familles, souvent analphabètes, à voir si l'OB de l'enfant reste stable ou baisse.

Sa demande à notre égard, en tant que responsable, est que ses deux collègues qui n'ont pas encore bénéficié d'une formation par les membres de PhysioNoma, soient formés. Il nous explique néanmoins que lorsqu'un AS arrive à Sentinelles, il passe du temps avec l'équipe de soin pour apprendre le protocole.

L'équipe de sensibilisation est elle aussi intéressée par une formation sur le protocole de physiothérapie, qu'ils connaissent moins bien (cela les concerne concrètement plus lointainement, puisqu'ils sont en charge de la prévention du noma, non de sa rééducation).

Entretien avec Issa et observation d'une séance de jeu des praxies

Flavie s'est plus particulièrement entretenue avec Issa, à sa demande, au sujet du jeu des praxies. Son constat est le suivant : les enfants n'ont pas envie et pas plaisir à faire le jeu des praxies.

Après observation d'une séance le vendredi 20 août, un autre entretien a visé à donner des pistes de jeux différents à partir du matériel existant : loto, mémoire, jeu des paires, jeu de l'oie. L'objectif de ces jeux (qui utilisent tous le matériel déjà existant) reste bien entendu le travail des praxies. Issa s'est montré très intéressé. Nous voulions les semaines suivantes l'accompagner pour qu'il mène ces différents jeux. Malheureusement, pour cause d'emploi du temps, cela n'a été possible que le vendredi 3 septembre. Un support « règles des différents jeux » a été laissée à Issa.

« Bilan » des missions précédentes

Le protocole de physio est appliqué 3 fois par jour. **Les soignants y assistent, mais peu sont véritablement acteurs de la séance de rééducation.**

Par contre, les protocoles d'étirement des brides et d'assouplissement des lambeaux ne sont pas pratiqués par l'équipe. **L'alternance des abaisse langue n'est pas encadrée.**

Le cahier de physio est utilisé, mais de façon plus ou moins efficiente selon les membres de l'équipe soignante. Certains ne semblent pas avoir compris tout l'intérêt de ce cahier de transmission.

Les soignants qui sont arrivés après la dernière mission de PhysioNoma ont été formés à ce protocole. La plupart disent avoir eu un massage et les explications d'un collègue plus ancien (Rabi ou Issa).

Les soignants plus anciens semblent avoir acquis ce qui a été abordé lors des missions antérieures. Rabi et Issa sont tout à fait à même de transmettre le protocole de physiothérapie et sa finalité.

Ce qui, par contre nous questionne, est que si l'équipe possède les connaissances théoriques et pratiques, elle ne les applique pas forcément au quotidien. Pour exemple, à notre arrivée, le marteau était à nouveau utilisé pour forcer l'entrée des AL. Pourtant, il a été expliqué à plusieurs reprises les conséquences néfastes d'un travail en force. Notre propos n'est pas de porter un jugement sur l'équipe, qui certainement fait son travail du mieux qu'elle pense pouvoir le faire, mais de souligner peut-être une limite (culturelle, structurelle ?) de notre travail de formation.

Les formations

Projets de formations

De ces entretiens détaillés ci-dessus et de nos observations, nous avons dégagé les axes de formation :

-   Formation ou recyclage au protocole physiothérapie pour les soignants, les AS et l'équipe de sensibilisation
-   Formation ou recyclage au protocole d'étirement des brides et des lambeaux rétractés pour l'équipe soignante
-   Démarche pour le choix du protocole pour un enfant donné : abaisse-langue, contre-résistance en ouverture (à la place des AL), étirement des brides et des lambeaux rétractés
-   Prévention des déformations mandibulaires
-   Réflexions pour le sevrage progressif des cales et abaisse-langue.
-   Point avec les « formateurs » au sein de l'équipe Sentinelles que sont Issa et Rabi : reprise des points importants dans la transmission du protocole.

Les formations effectuées

Nous avons choisi d'axer nos formations prioritairement vers l'équipe soignante pour trois raisons. La première est que qu'elle joue un rôle essentiel dans le soin des enfants au centre (ce point a été valorisé lors de cette mission, mais l'a également été lors de missions précédentes). La deuxième est que la « politique » du centre a changé : les enfants sont censés rentrer chez eux une fois le sevrage de cale et de physiothérapie réussi (exception est faite des enfants qui ont besoin de pratiquer une physio d'entretien pour maintenir leur ouverture buccale). La troisième est que les assistants sociaux sont formés par l'équipe soignante : il est donc nécessaire que cette dernière ait des connaissances précises et actualisées.

- Formation ou recyclage au protocole de physiothérapie (soignants, AS, sensibilisation (sauf Hali et Ali))

L'ensemble des soignants a été formé ou a revu le protocole de physiothérapie. Par contre, les assistants sociaux formés ne l'ont été que partiellement : ils n'ont reçu que la partie théorique, mais non la pratique. En effet, nous avons convenu, par respect de leur conviction religieuse, qu'ils soient massés par Issa et que ceux-ci les masse, afin qu'il puisse les corriger. **Au terme de notre mission, les assistants sociaux n'ont pas fait la démarche d'aller vers Issa. Par conséquent, nous considérons que les nouveaux AS n'ont pas reçu une formation suffisante (il nous paraît impossible de pouvoir poser un œil critique et de conseiller des parents ou des enfants si soi-même, on ne maîtrise pas la pratique fine du protocole). Ils en semblent conscients et nous ont affirmé qu'ils iraient voir Issa dès que leur emploi du temps le leur permettrait.**

Nous avons modifié le protocole **de physiothérapie** sur deux points :

- au massage de la lèvre supérieure (massage n°3), nous associons un massage du nez (= un doigt sur la lèvre sup et un doigt sur le nez) car plusieurs enfants (Sou, Al et Sa, par exemple) ont un lambeau avec aile du nez. Nous avons constaté que les lambeaux sont moins souples à ce niveau et le flux respiratoire étant moins important, c'est une source d'infection potentielle. Il nous a semblé préférable de modifier un geste plutôt que d'en rajouter un, le protocole étant déjà suffisamment long ;
- Le contracté-relâché se fait désormais avec 5 secondes de contraction forte (l'enfant mord un ou deux abaisse-langue) puis 5 secondes de relâchement afin de gagner sur l'étirement des muscles de la fermeture buccale (5 fois contracté puis relâché).

Au cours de cette formation, l'accent a été mis sur la double finalité des séances de physiothérapie de groupe au centre :

- rendre l'enfant autonome par rapport au protocole, puisqu'il sera amené à rentrer dans sa famille,
- mais aussi lui faire bénéficier d'une physiothérapie faite par un professionnel formé à ce protocole. En effet, les massages et la contre-résistance seront toujours plus efficaces s'ils sont réalisés par les soignants que par l'enfant lui-même. En outre, le ressenti de ces gestes faits par une personne « experte » permettra à l'enfant d'ajuster ses propres gestes (vitesse, pression, muscles massés...) lorsqu'il les refera lui-même.

De ce fait, nous avons rappelé qu'il était important que certaines physiothérapies, celles du soir par exemple, soit faites en autonomie par les enfants, sous supervision des soignants, mais que pour les autres (matin et midi), les soignants présents pratiquent la physiothérapie sur un enfant (idée toujours de donner un soin).

Par ailleurs, nous avons également appuyé le fait qu'il ne suffit pas de connaître le protocole en théorie, mais qu'il est nécessaire de le pratiquer pour exercer et affiner son toucher (parallèle avec d'autres gestes infirmiers : si le professionnel ne les pratique pas, il perd de l'assurance, de la finesse, donc du professionnalisme dans son geste.)

- *Formation et recyclage au protocole d'étirement des brides et lambeaux rétractés (toute l'équipe soignante sauf Fassouma)*

Deux protocoles ont été mis en place lors des missions précédentes : « étirement des lambeaux rétractés et des brides » et « assouplissement des lambeaux et des brides ». Nous avons observé qu'aucun enfant suivi en physio ne le pratiquait alors que, lors de nos bilans, nous avons constaté qu'une majorité de ces enfants aurait un bénéfice à l'utiliser. Nous nous sommes alors demandé pourquoi ces protocoles avaient été « délaissés » par l'équipe. Aux cours de discussions informelles avec les soignants, il nous a semblé comprendre qu'il n'était pas facile pour eux de savoir pour quel enfant mettre en place ces protocoles, ni lequel de ces deux protocoles (assez proches, il faut l'admettre) adopter.

Dans le but de simplifier les choses, nous avons décidé de n'en garder qu'un des deux, le plus complet (pour balayer le plus largement possible). Nous l'avons un peu retravaillé, afin de diminuer un peu la durée de celui-ci, et qu'il puisse se faire sur le temps du protocole des abaisse-langue.

Les temps de ce protocole sont ceux-ci : un massage circulaire des joues et du menton (10 fois dans un sens, 10 fois dans l'autre), pincé-tourné (10 fois), palpé-roulé (10 fois), massage endobuccal de part et d'autre des brides (2 à 3 minutes) puis étirement (10 minutes sans relâcher).

Au cours de la formation, pour pérenniser la pratique de ce protocole, nous avons expliqué son utilité et sa « prescription » (pour quels enfants et à quelle fréquence selon les cas) et appuyons le fait que chaque enfant qui arrive au centre ait une palpation

endobuccale. Au cours des bilans, chaque soignant a eu l'occasion de palper une bride dans la bouche d'un enfant.

Ce protocole qui est nouveau pour tout le monde, n'est pas encore acquis. L'équipe doit se familiariser avec celui-ci... **Le risque de ce manque de maîtrise est que ce protocole ne soit pas utilisé de façon pérenne.**

Par ailleurs, nous décidons, après discussion avec Rabi, que ce protocole n'est pas voué à être transposé dans les familles. En effet, il est difficile à effectuer sans surveillance pour un enfant et s'il est mal fait, il est plus nocif que bénéfique (risque de renforcer la bride au lieu de l'étirer). L'équipe des AS n'aura donc pas besoin d'être formée à ce protocole.

Enfin, partant du principe que l'autonomie de l'équipe passe par la formation à la transmission des protocoles, nous avons proposé qu'Issa forme Mousbahou et que Rabi forme Fassouma et Marie. Pour différentes raisons, Fassouma n'a pas pu être formée avant son départ.

- Démarche pour le choix du protocole face à un enfant : abaisse-langue, contre-résistance en ouverture, étirement des brides et des lambeaux rétractés (toute l'équipe soignante sauf Fassouma)

Cette formation a été donnée à la suite de celle sur l'étirement des brides et des lambeaux rétractés. L'idée était d'aider l'équipe à choisir dans quel protocole mettre tel enfant et à quelle fréquence l'appliquer. Après avoir rappelé la finalité et les contre-indications des trois protocoles, nous leur avons donné une trame de choix. Nous avons préparé trois fiches, en fonction de l'OB des enfants : OB petite (<30mm), OB bonne (>30mm) mais instable, OB bonne et stable (= pas descendue en-dessous de 30mm depuis 15 jours). Celles-ci ont été modifiées sur remarques de Rabi et Issa.

A la suite de cette formation, nous avons proposé une application pratique avec un soignant de l'équipe (à chaque fois que possible) au moment de la physiothérapie. Il s'agissait de le guider dans la démarche qui amène à choisir tel protocole pour tel enfant.

A la fin de la mission, la démarche est en cours d'acquisition par l'équipe, mais celle-ci n'est pas encore autonome.

Là encore, la question de la pérennité de la démarche se pose...

- Supervision de la formation donnée par Issa à Mousbahou et par Rabi à Marie : protocole d'étirement des brides et des lambeaux rétractés et choix du protocole pour un enfant

Issa et Rabi se sont montrés patients et pédagogues. Ils préfèrent utiliser les supports papier (et en ont besoin) plutôt qu'informatiques (power point). Ils ont bien compris le sens des protocoles, leur intérêt et savent l'expliquer.

Rabi et Issa ne possédaient pas par cœur le protocole d'étirement des brides et des lambeaux rétractés « nouvelle version » au moment où ils ont formé leurs collègues sous notre regard, mais nous sommes confiantes dans leurs capacités .

- Information sur les déformations mandibulaires et le diagnostic différentiel avec la faiblesse musculaire

Cette formation avait déjà eu lieu en 2007, mais répondait à une demande de l'équipe locale. Nous avons repris le power point et l'avons enrichi : il nous a semblé important de montrer les différences entre une déformation mandibulaire et un problème musculaire (paralysie ou perte de substance musculaire) entraînant une asymétrie du visage. Nous avons donné quelques tests simples (demander à l'enfant de sourire ou de monter les pommettes) pour leur permettre de faire un diagnostic différentiel et d'orienter si besoin l'enfant dans un travail praxique. Nous avons insisté sur le fait que pour lutter contre les déformations mandibulaires, la seule démarche efficace est la prévention.

- Proposition d'une trame de sevrage de cale et de physiothérapie

Pour donner un support à l'équipe et éviter que les sevrages ne se fassent du jour au lendemain, nous proposons une trame de sevrage expérimentale. Nous avons bien expliqué que celle-ci sera à évaluer et adapter en fonction de leurs observations.

Cette trame comprend pour idées-clés :

- Le sevrage doit se faire progressivement

- Ne pas sevrer l'enfant de la cale et des AL simultanément (sinon, en cas de chute d'OB, on n'est pas à même de savoir ce qui en est la cause) ;
- La cale est certainement l'élément le plus déformant donc à sevrer en premier (en respectant toutefois la prescription)
- Il faut des précautions : surveillance de l'OB journalière puis hebdomadaire au terme du sevrage.

Les entretiens individuels de fin de mission

Nous avons pensé qu'il serait pertinent d'évaluer le bénéfice acquis par l'équipe lors de notre mission par des entretiens individuels. Ce fut l'occasion donnée à chacun de nous faire un retour sur son ressenti et pour nous de vérifier les connaissances de chacun.

Il en ressort que, globalement, l'équipe apprécie les missions de PhysioNoma. Les retours positifs que nous avons eus portent essentiellement sur l'apport d'éléments théoriques. La pratique des protocoles, même celui de la physiothérapie avec posture des AL, est loin d'être maîtrisée par une large part de l'équipe.

De ces entretiens découlent plusieurs questions :

- Les missions telles qu'elles se sont déroulées jusqu'à maintenant ne montrent-elles pas leurs limites ? Cette mission est dans son contenu très proche des deux précédentes et malgré tout, les protocoles ne sont pas acquis, la majeure partie de l'équipe n'est pas autonome quant au choix et à la pratique de ceux-ci. Le projet d'amener des éléments de bilans pour personnaliser les prises en charge n'aboutit pas. Il nous semble qu'on se heurte à la fois à des limites culturelles (et il serait intéressant pour PhysioNoma de creuser des notions anthropologiques si nous voulons aller plus loin) et structurelles (pas de temps dégagés pour les formations, pas de référent physiothérapie au sein de l'équipe locale).
- Faudrait-il pour avancer sur ce projet une mission plus longue pour accompagner l'équipe et l'aider à intégrer les protocoles progressivement ? Le risque ne serait-il pas alors que les soignants délaissent les temps de physio aux membres de la mission ? La physiothérapie n'est peut-être pas perçue par l'équipe comme une priorité dans la prise en charge de ces enfants ?

- Il nous semble que les membres de l'équipe soignante ne perçoivent pas leurs difficultés quant à ces pratiques. Partant de là, comment amener l'équipe plus loin ?

Attente du personnel pour une prochaine mission :

La plupart des membres du personnel est favorable à une prochaine mission PhysioNoma, sans préciser des demandes particulières. Il semble que chacun apprécie l'apport de chaque mission. Les plus anciens notent avec raison que la physiothérapie telle qu'elle est faite actuellement ne provoque pas (ou peu) de douleur. Ceci est un grand changement par rapport à ce qui se faisait avant les missions PhysioNoma.

Rabi émet le souhait d'une formation pour travailler la phonation en post-chirurgie des enfants atteints de fentes palatines. Ceci déborde le cadre actuel de l'association PhysioNoma, il est nécessaire d'en débattre avec les membres de l'association pour apporter une réponse à Rabi.

D'autres ont émis l'idée d'une formation sur les déformations mandibulaires (*preuve que la formation proposé a eu un impact limité...*).

Le constat majeur est qu'à l'heure actuelle, l'équipe soignante n'est plus en réelle demande de formation par PhysioNoma. Les soignants sont satisfaits de l'apport du protocole de physiothérapie, car les enfants n'ont plus de douleur lors de la posture des abaisse-langue. Il existe donc un énorme hiatus entre les objectifs de notre association (qui sont loin d'être atteints) et ceux de l'équipe locale (qui semblent remplis). Force est de constater que nous atteignons une limite de notre travail, de laquelle il conviendra de débattre en AG. Faut-il poursuivre nos missions de formations malgré tout, en espérant éveiller l'intérêt pour une rééducation plus poussée (prises en charge individuelles, formation au bilan, etc.), ce qui nécessiterait une réorganisation structurelle au sein de Sentinelles, ou faut-il respecter les objectifs de l'équipe locale, aussi différents des nôtres soient-ils ?

Entretiens de fin de mission avec les responsables

- *Entretien avec Hali*

Nous expliquons à Hali notre choix de prioriser la formation auprès de l'équipe soignante.

Nous revenons avec lui sur les changements apportés au protocole de physiothérapie.

Nous lui demandons de nous faire un retour sur les causes observées d'une chute d'OB : L'arrêt de la pratique de la physio suffit-il à expliquer la récurrence ou bien s'agit-il d'un événement intercurrent tel qu'une infection ? La démarche à suivre n'est alors pas la même.

- Entretien avec Rabi

Nous faisons part à Rabi de notre inquiétude quant à l'application des protocoles par l'équipe après notre départ. Il nous paraît que l'équipe sera en difficulté pour le choix et l'exécution des protocoles. Rabi s'engage à superviser les physio du midi et du soir, Issa supervisant les physio du matin.

Nous demandons à Rabi, en tant que formatrice référente de l'équipe de faire le point avec le personnel pour évaluer les connaissances pratiques et théoriques de chacun et de refaire une formation régulière si nécessaire.

- Entretien avec Samuel

Samuel a reçu la formation de physiothérapie, d'étirement des brides, de choix des protocoles. Il détient tous les documents que nous avons utilisés afin de les mettre à disposition de l'équipe quand ce sera nécessaire. Il est convenu que les documents récapitulatifs soient affichés pour que chacun puisse les consulter à tout moment.

Suivi des enfants

Présentation du travail rééducatif

- Temps collectifs

Nous avons d'abord observé les physio de groupe, puis nous avons animées celles du matin et de midi (modélisation), laissant celle du soir au soin de l'équipe (autonomisation). Nous avons à cœur de faire participer activement les soignants. Nous demandions que chacun masse un enfant, car s'il est important que les enfants s'autonomisent, il est nécessaire qu'ils aient un ressenti du massage afin qu'ils puissent ensuite le reproduire. De plus, un massage fait par un professionnel est forcément plus efficace que l'« auto-massage ». C'est aussi l'occasion de préciser les gestes vus en formation, de guider les soignants dans la pratique et les choix des protocoles ainsi que dans le remplissage du cahier de physio. Néanmoins, force est de constater que si l'équipe s'est montrée motivée en début de mission, l'entrain est retombé dès la mi-mission et qu'il nous a fallu souvent insister auprès des soignants pour qu'ils participent aux séances de physiothérapie. Y a-t-il méprise de la finalité des missions PhysioNoma, à savoir que nous sommes ici en priorité pour former l'équipe, l'aider à affiner ses connaissances et sa pratique et non pour la suppléer le temps de notre présence ?

Nous proposons aussi des temps de physio de groupe avec « massages en chaîne » : les plus grands massant les plus petits... Lors de certaines physio, au moment de la posture des abaisse-langue, nous avons passé aux enfants des extraits d'un dessin animé, pour rendre celle-ci moins monotone.

12 enfants suivaient la physio au début de notre mission. Nous avons décidé que 2 d'entre eux pouvaient stopper la physio :

- Sa car elle a une CPM que les exercices ne suffiront pas à la lever ;
- Ba car il a une excellente OB et aucune séquelle endobuccale (son opération ne concernait que les ATM ← mastoïdite et non noma).

Au fur et à mesure de l'avancée de la mission, certains enfants ont fait l'étirement des brides à la place des abaisse langue à la physio de midi (Fa, Sa, Da, Al, Kou, Sou) ou à toutes les physio (Y et Am), d'autres ont fait la contre-résistance à la place des abaisse-langue (Ba et Fa car ils ont une CPM, Fa car elles a des dents de lait qui bougent).

Le mercredi 7 septembre, en accord avec l'équipe nous avons proposé un essai de sevrage de physio pour Am et Y (bonne OB stable), et pour Kou et Al car ils font ces exercices depuis

des années. L'évolution de l'OB sera le facteur de décision quant à la poursuite du sevrage ou à la reprise de la physiothérapie.

- Bilans

Nous avons vu en bilan l'ensemble des enfants de la liste donnée par Sentinelles :

- 11 enfants qui sont suivis en physio de groupe et/ou séances individuelles
- 2 enfants que nous n'avons vu qu'en contrôle.
- En outre, nous avons fait le bilan de 3 enfants en pré-opératoire.

Il nous a semblé important que les soignants participent à ces bilans pour qu'ils voient ce que nous recherchons pendant ceux-ci et sentent ce que nous palpons... Les membres de l'équipe se sont montrés intéressés et ont répondu présents lors de ces bilans.

- Séances individuelles

✓ En kinésithérapie : Suivi régulier de 8 enfants :

- Fa: massage et assouplissement de la cicatrice, mobilisation des ATM et appropriation des mouvements mandibulaires
- Sou : massage et assouplissement du lambeau, étirements de la bride, massages endobuccaux, mobilisation des ATM, révision des protocoles en vue d'une autonomie.
- Da : Massage et assouplissement du lambeau, mobilisation des ATM, révision des protocoles en vue d'une autonomie
- Ya : massage et assouplissement du lambeau, massage endobuccal, mobilisation active des lèvres et des joues.
- Al : massage et assouplissement du lambeau, étire de la bride, massages endobuccaux, mobilisation des ATM et révision des protocoles en vue d'une autonomie
- Sa : massages doux en endobuccal, assouplissement du lambeau, mobilisation des ATM
- Am : Massages endobuccaux, étirement bride, révision des protocoles en vue d'une autonomie.

- Ba : Mouvements aidés des muscles du visage pour récupérer de sa parésie faciale.
- Ba : massage du lambeau et des cicatrices. Début de prise en charge retardé car présence d'une pellicule blanche endo-buccale qui évoque une mycose.

✓ En orthophonie

Suivi régulier de 7 enfants, en attente d'une huitième, Ba, lorsque l'état de sa muqueuse le permettra. Sont vus :

- Am, Sou, A : mobilité active de la face
- Da, Y : travail des lèvres : continence labiale, , souffle, phonation
- Sa : appropriation de sa nouvelle sphère bucco-faciale, souffle, phonation
- Fa : travail praxique
- Ba : travail praxique des lèvres et des joues. Début de prise en charge retardé car présence d'une pellicule blanche endo-buccale qui évoque une mycose.

Suivi de chaque enfant

CONCLUSION

Nous avons apprécié le travail de mission au centre Sentinelles de Zinder, tant auprès de l'équipe que des enfants. Un grand merci à tous pour l'accueil et pour les échanges que nous avons pu avoir.

Cette mission s'est inscrite dans le prolongement des précédentes. Elle se fixait pour objectif principal d'amener l'équipe à une plus grande autonomie. A la fin de la mission, le bilan est mitigé.

Dans les points positifs, nous notons que l'équipe a compris l'intérêt de la physiothérapie et que la transmission du protocole aux nouveaux soignants est assurée avec qualité. Cependant, les niveaux de connaissance et d'implication sont différents au sein de l'équipe, et souvent fonction de l'ancienneté.

Dans les points plus « négatifs », nous dirons que l'implication de l'équipe n'a pas toujours été à la hauteur de nos attentes. Mais ce propos est à nuancer : il existe des contraintes contextuelles et structurelles qui expliquent pour partie ce constat. Pour principales, nous citerons :

- le fait qu'il n'y a pas de temps dégagé au sein de la structure pour les formations. Autrement dit, ces dernières viennent en sus des autres tâches que l'équipe a à charge ;
- le fait que Samuel, responsable de la structure sur place, était en vacances la majeure partie de la mission. Celui-ci aurait pu nous aider à mieux comprendre certains fonctionnements au sein de l'équipe et à nous adapter en fonction de ceux-ci ;
- le fait que notre mission s'inscrivait durant la période du jeûn (Ramadan). De ce fait, les membres de l'équipe étaient certainement affaiblis.

Si prochaine mission il doit y avoir, ce qui à notre sens doit être finement discuté, il faudra impérativement tenir compte de ces paramètres qui limitent le travail de mission.

Une autre hypothèse concernant l'implication moyenne de l'équipe est que la mission de cette année ressemblait malgré tout fort aux missions précédentes. Il y a donc peut-être lassitude de l'équipe par rapport à nos formations. Cette hypothèse pourrait d'autant plus

être vrai qu'il nous semble que les objectifs de l'équipe locale sont atteints (diminution, voire disparition de la douleur lors des physiothérapies) et qu'il n'y a plus de réelle demande. Et voilà un autre point à discuter au sein de notre association : comment se positionner face à un tel constat ?

Concernant la prise en charge des enfants, cela s'est avéré intéressant pour notre clinique. Néanmoins, la question de suivre des enfants à distance des opérations (certains ont été opérés il y a plusieurs années) se pose, d'autant plus qu'il n'y a pas de suite à notre prise en charge. Par ailleurs, il nous semble important de reposer le cadre de nos interventions auprès des enfants. En effet, aux débuts de l'association, il était important que nous propositions des prises en charge individuelles, d'une part pour aiguïser notre clinique et améliorer le suivi, d'autre part parce que l'équipe locale n'était pas formée. Mais aujourd'hui, si on garde comme perspective d'amener la structure à se passer de PhysioNoma, nous nous demandons si voir des enfants en rééducation individuelle se justifie encore (nous excluons de ce propos les enfants en post-opératoire immédiat ou récent). Cela n'a de véritable portée, à notre avis, que si ces prises en charge individuelles sont l'occasion de former un ou des référents Physio au sein de l'équipe locale.

En conclusion, cette mission marque une limite de l'intervention de PhysioNoma au sein de Sentinelles Zinder. La reconduite d'une mission se pose (et ce, en-dehors du climat géopolitique défavorable), puisque l'équipe locale n'est plus en demande.

S'il devait y avoir une nouvelle mission, elle devrait certainement prendre une forme différente et s'axer sur un travail plus pointu (bilans et prises en charge individuelles). En effet, concernant les prises en charge de groupe, il semble que l'essentiel a été transmis au cours des six missions. Et notre association ne vise pas à un unique « contrôle » de connaissance.

Ceci implique impérativement des modifications structurelles au sein de Sentinelles : un ou des référent(s) Physio, temps libéré pour les formations, temps aménagé le long de l'année pour des prises en charge individuelles. Mais ces aménagements ne sont pas de notre ressort et doivent être discutés avec Sentinelles, en fonction de ses objectifs.