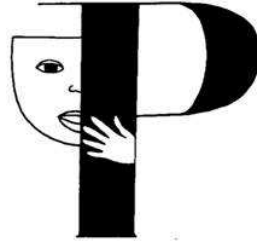


Rapport de Mission  
PhysioNoma  
au Burkina Faso



Septembre - octobre 2008  
Fondation Hymne Aux Enfants Ouahigouya

Marie Pocachard, kinésithérapeute.  
Emilie Tissot, orthophoniste.

# SOMMAIRE

## INTRODUCTION

### I – FONCTIONNEMENT

- 1- Le personnel
- 2- Les patients
- 3- Les horaires

### II- OBJECTIFS

### III – CHRONOLOGIE

### IV – SYNTHÈSE DES BILANS ET REÉDUCATION

### V- TRAVAIL AVEC LES MEMBRES DE L'ÉQUIPE FHE

- 1- Réunions
- 2- Formations
  - a – Anatomie*
  - b- Protocole d'étirement des lambeaux rétractés et des brides*
  - c- Protocole de la mobilité active de la face*
  - d- Jeu des praxies (ici dénommé « jeu du visage »)*
  - e- Mesure de l'ouverture buccale (OB)*
  - f- Relationnel avec le patient*
  - g- Sensibilisation à propos du repas*
  - h- Relationnel entre les rééducateurs et auprès de l'ensemble du personnel*
  - i- Protocole de physiothérapie : jugé non prioritaire*
- 3- Organisation des futurs temps de rééducation et aménagement des lieux
  - a- Emplois du temps*
  - b- Lieu de la rééducation*
  - c- Pérennité de la formation et de la rééducation*

## **VI- TRAVAIL ENTRE LES MEMBRES DE PHYSIONOMA**

- 1- Réflexions à propos du bilan
- 2- Réflexions à propos d'une fiche explicative des séquelles de noma
- 3- Rédaction d'un lexique en mooré

## **VII- OBJECTIFS POUR UNE PROCHAINE MISSION**

## **CONCLUSION**

## **ANNEXES**

## ANNEXES

- Anatomie : l'articulation temporo-mandibulaire.
- Dessins d'anatomie.
- Protocole d'étirement des lambeaux rétractés et des brides.
- Protocoles de mobilité active de la face.
- Règle du jeu des praxies.
- Mesure de l'ouverture buccale.
- Lexique en mooré.
- Dates de la pratique du protocole de Physiothérapie pré et post-intervention chirurgicale.

## **INTRODUCTION**

Notre mission avec la fondation Hymne Aux Enfants a tout d'abord débuté à l'internat Kombissi Zaka de Ouagadougou par une observation du fonctionnement de l'internat et des adolescents présents, sur la demande d'Ariane Vuagnaux (un rapport a été rédigé à ce propos). Puis, le 21 septembre 2008, nous sommes allées à Ouahigouya, à l'internat Koomba Zaka, pour effectuer la 2<sup>ème</sup> partie de notre mission avec la fondation Hymnes Aux Enfants, sur 3 semaines.

Une mission d'observation en septembre 2007 a permis d'évaluer les besoins et la demande de l'équipe quant à l'apport d'une formation du personnel à la rééducation des enfants, et d'une aide à la rééducation de certains enfants présentant des difficultés en alimentation et en parole. Nous avons tenté de répondre à cette demande en formant trois personnes (les deux infirmières et l'animateur) de l'équipe de ce centre de soins à différents protocoles de rééducation et à un suivi de l'évolution des enfants. Dans un même temps, à partir du bilan PhysioNoma, nous avons évalué les facilités et les difficultés de chaque enfant, puis nous avons mis en place une rééducation de groupe et/ou individuelle pour la plupart d'entre eux. Sur la liste de demande de prise en charge établie par Ariane Vuagnaux, figuraient treize personnes dont onze patients présentant des séquelles de noma, ainsi que deux enfants ayant eu un traumatisme du visage (brûlure et morsure d'âne) dont les séquelles s'apparentent à celles du noma.

## **I – Fonctionnement du centre :**

### 1- Le personnel :

Le personnel est composé d'un responsable (Khaled), de deux infirmières (Edwige et Clémentine), d'un animateur (Idrissa), d'un enseignant (Monsieur Idrissa), de trois cuisinières (Blandine, Korotimi, Orokiya), d'un chauffeur (Alidou), d'un gardien (Issouf), d'une veilleuse de nuit.

### 2- Les patients :

Le centre accueille une soixantaine de patients. La plupart sont des enfants. Certains sont externes (la durée du « séjour » est déterminée), d'autres sont internes (la durée est indéterminée). Les externes sont scolarisés sur place alors que les internes vont à l'école privée.

Les enfants présentent diverses pathologies : des cancers, des nomas, des becs de lièvres, des méningocèles et des traumatismes de la face (brûlure, morsure d'âne). Nous avons pris en charge uniquement ceux présentant des séquelles de noma et des séquelles de traumatismes de la face.

### 3- Les horaires :

Les horaires de l'école sont les suivants :

- les lundi, mardi, mercredi, vendredi, samedi : 7h30 à 12h, 15h à 17h.
- le jeudi : congé ou école seulement le matin pour les CM2

Les enfants suivent en plus des cours du soir au centre avec Mr Idrissa.

Les horaires des infirmières sont les suivants : 7h30 à 12h30, 15h à 17h, du lundi au vendredi.  
7h30 à 9h30, le samedi.

Les horaires de l'animateur sont à peu près les mêmes que ceux des infirmières tous les jours, sauf le mardi où c'est son jour de repos. Ces horaires peuvent être plus malléables.

## **II- Objectifs de la mission :**

- Former le personnel soignant à la pratique de plusieurs protocoles de rééducation et à leur application sur les enfants du centre en nécessitant.
- Sensibiliser l'ensemble du personnel de FHE ainsi que les enfants à l'importance de la prise en charge rééducative et à son acceptation.
- Transmettre au soignant l'importance de fournir des explications à l'enfant quant à sa prise en charge.
- Amener le personnel soignant à comprendre l'impact du noma et de ses séquelles.
- Evaluer les besoins rééducatifs des enfants présentant des séquelles de noma et des séquelles de traumatismes de la face s'apparentant au noma (2 enfants).
- Mettre en place une rééducation appropriée à ces enfants.
- Sensibiliser l'équipe à l'importance de la mise en place d'une rééducation pré et post-opératoire de manière plus intensive.
- Mettre en place un emploi du temps permettant des rééducations quotidiennes.
- Sensibiliser les responsables de l'équipe soignante à l'importance de garder une équipe fixe pour assurer la pérennité de la formation apportée par PhysioNoma sur plusieurs années.

D'autres associations étaient déjà passées quelques jours au centre pour faire de la rééducation, mais le personnel n'avait pas pu poursuivre leur rééducation car ils n'avaient pas été formés. Les responsables de FHE formulaient donc une forte demande à propos de la formation à la rééducation.

### **III – Chronologie :**

#### **Première semaine du 22/09/08 au 25/09/08:**

- Visite du centre.
- Rencontre avec l'équipe : directeur, infirmières, animateur, et avec les enfants.
- Consultation des dossiers.
- Bilans des enfants parfois en présence d'Idrissa (animateur), Edwige (accoucheuse-« infirmière ») et Clémentine (infirmière), placés comme observateurs.
- Synthèse des bilans entre les membres de Physionoma, puis avec l'équipe soignante (Edwige, Clémentine et Idrissa).
- Apport de repères anatomiques à Idrissa.

#### **Deuxième semaine du 29/09/08 au 03/10/08:**

- Rappels à propos du noma (pathologie, conséquences...) et introduction des différents protocoles de rééducation proposés par PhysioNoma.
- Recherche des différents mouvements faciaux existants, avec Idrissa, puis présentation et réalisation de ces mouvements par Idrissa aux infirmières.
- Formation d'Idrissa, d'Edwige et de Clémentine aux protocoles de mobilité active de la face sans puis avec des enfants (dont les 2 enfants qui seront prochainement opérés, Issouf et Yempogbila).
- Mise en place d'un jeu pour réaliser des mouvements faciaux par Idrissa et Physionoma.
- Apports et rappels anatomiques et biomécaniques sur l'articulation temporo-mandibulaire et les muscles la mobilisant.
- Introduction de la notion de rééducation aux enfants.
- Prises en charge individuelles par les membres de Physionoma.
- Réunions d'équipe avec le responsable, les infirmières, l'animateur, les cuisinières, le gardien et le chauffeur (absence de l'enseignant durant la semaine), concernant l'organisation présente et future du centre, ainsi que le travail de PhysioNoma.
- Réunion avec Ariane Vuagnaux.

#### **Troisième semaine du 06/10/08 au 10/10/08 :**



Edwige a eu une crise de paludisme cette semaine ; de fait elle n'a pas pu assister à certaines formations.

- Rédaction et Informatisation de fiches à propos :
  - De l'anatomie,
  - De la mesure de l'ouverture buccale,
  - De la mobilité linguale, des yeux et des sourcils.

Modification de la fiche du protocole d'étirement des lambeaux rétractés et des brides.

- Formation d'Idrissa, de Clémentine et d'Edwige au protocole d'étirement des lambeaux retractsés et des brides (cf annexes) en pratiquant sur les enfants concernés (deux enfants (Issouf et Yempogbila prochainement opérés)).
- Poursuite de la formation de Clémentine et d'Idrissa aux protocoles de mobilité active de la face avec 4 enfants à la fois (dont les 2 enfants qui seront prochainement opérés) puis en augmentant le nombre d'enfants.
- Apports et rappels anatomiques à propos des muscles de la face.
- Repérage des dents (petit topo anato-odontologique) et pratique de la mesure de l'OB. Réalisation d'un tableau où seront consignées toutes les mesures pour chaque enfant, à insérer dans leur dossier.
- Début de formation de Clémentine et d'Idrissa au protocole de physiothérapie.
- Prises en charge individuelles.
- Réunion avec l'enseignant.
- Recherche et aménagement d'une salle de rééducation.
- Rédaction du rapport de mission.

#### **Quatrième semaine du 13/10/08 au 14/10/08 :**

- Organisation de journées-type : un jeudi et un mardi.
- Complétion des dossiers de FHE : fiches de synthèse du bilan Physionoma, grilles de mesure des OB, note écrite de notre passage dans les fiches de suivi.
- Mesure des OB des patients par les soignants.
- Réunion avec Khaled.
- Réunion avec l'ensemble du personnel de FHE.
- Rédaction du rapport de mission.

#### **IV – SYNTHÈSE DES BILANS ET REÉDUCATION :**

Lors de la première semaine de notre mission à Koomba Zaka, nous avons procédé aux bilans des treize enfants présents sur la liste remise par Ariane Vuagnaux. Ces bilans nous ont permis d'objectiver les besoins de chaque enfant et d'orienter ainsi la formation des futurs rééducateurs. Lors de la prochaine mission, ils permettront à la nouvelle équipe PhysioNoma de voir l'évolution des enfants qui auront bénéficié de la rééducation mise en place, et poursuivi par l'équipe des rééducateurs de FHE (Edwige, Clémentine et Idrissa).

Les synthèses de nos bilans, qui suivent, figurent dans les dossiers de tous les patients pris en charge.

**- DOSSIERS CONFIDENTIELS -**

#### **V- TRAVAIL AVEC LES MEMBRES DE L'ÉQUIPE FHE :**

Dans les 3 semaines qui nous étaient imparties, notre principal objectif était de former les futurs rééducateurs, comprenant les infirmières (Edwige et Clémentine) et l'animateur (Idrissa), aux différents protocoles de rééducation nécessaires pour les enfants présents. Le travail avec l'équipe a réellement débuté après la réalisation de bilans des 13 patients (adulte, adolescents et enfants). Pour cela, nous avons organisé des temps de réunion et des temps de formation de l'équipe, sans et avec les enfants.

##### 1- Réunions :

Plusieurs réunions formelles ont eu lieu, certaines avec l'ensemble du personnel, d'autres avec le personnel rééducateur et d'autres, enfin, avec les responsables. Et de nombreux temps d'échange informels ont également eu cours.

Ainsi, nous nous sommes présentées aux membres du personnel, nous avons présenté l'association et son fonctionnement, nous avons cherché à connaître les attentes des membres de FHE quant à l'association Physionoma.

Il s'est avéré que les infirmières n'avaient pas été informées que PhysioNoma fonctionnait plus en terme de formation que de prise en charge uniquement. (Par ailleurs) jusqu'à présent, les temps de rééducation étaient peu fréquents. Les enfants et certains

membres du personnel non soignant étaient parfois réticents à la rééducation certainement parce qu'ils n'en comprenaient pas le sens.

Une fois nos bilans et nos synthèses réalisées, nous avons proposé une réunion, programmée le jeudi 2 octobre 2008, en présence du responsable du centre de soins (Khaled), des infirmières, de l'animateur, des cuisinières, du gardien et du chauffeur (l'instituteur était absent). Nous y avons abordé les points suivants :

- L'importance de la rééducation : pourquoi, comment, à accepter, à faire accepter aux enfants, en sachant qu'on cherche à éviter la douleur.
- L'organisation pour mettre en place la rééducation dans la journée en fonction des horaires de chacun, impliquant des modifications des emplois du temps...

A l'issue de cette réunion, un deuxième temps d'échange a été mis en place le vendredi 3 octobre 2008, en présence de Khaled, Edwige et Idrissa, toujours concernant les difficultés à organiser un emploi du temps en fonction des disponibilités et des possibilités de chacun.

Le jeudi 2 octobre, nous avons également rencontré Ariane Vuagnaux pour lui transmettre le travail déjà effectué, pour connaître les dates et lieux d'opération des deux enfants qui vont être prochainement opérés et pour discuter des onze autres enfants dont nous avons réalisé les bilans :

- Les enfants présentant des béances palatales devraient prochainement bénéficier de prothèses palatales. Suite à cela, une rééducation efficace pourrait être mise en place pour améliorer leurs difficultés lors de la parole et lors de l'alimentation.

- Nous avons ensuite suggéré un ordre de priorité dans les enfants à proposer en opération (Bintou, Asseta et Soaré). Pour ces enfants, nous avons conseillé Ariane sur le type d'opération à prévoir (voir les synthèses de chaque enfant), en accord avec les chirurgiens qu'ils les consulteront.

Enfin, nous lui avons fait part des bonnes motivations de tous les membres de l'équipe en formation.

Les deux derniers jours, nous avons terminé par une réunion-bilan avec le responsable : ce que nous avons établi au cours de notre mission, les rééducations mises en

place, l'importance qu'il supervise le bon déroulement de la rééducation et l'importance de garder une équipe fixe.

Ensuite, nous avons pris un temps avec l'ensemble du personnel de FHE Ouahigouya pour redonner des indications concernant le rôle à jouer de la part de chacun : durée des repas, aménagement des repas, hydratation de la peau, hygiène buccale, exagération des mouvements lors de la parole dans le cas où le locuteur n'a pas été compris...

Ces mêmes jours nous avons rencontré la présidente de la fondation. Nous lui avons présenté notre travail et celui des rééducateurs.

## 2- Formations :

Nous avons procédé à de nombreux temps de formation, quotidiens, surtout au cours des deux dernières semaines. Ces formations étaient théoriques avec des apports d'anatomie, de biomécanique et de pathologie, et pratiques avec la mise en place du protocole d'étirement des lambeaux rétractés et des brides, du protocole de la mobilité active de la face, et du jeu des praxies.

### *a – Anatomie*

Nous avons abordé les différents points d'anatomie nécessaires à la formation (cf annexes).

### *b- Protocole d'étirement des lambeaux rétractés et des brides (cf annexes) :*

Nous avons débuté l'apprentissage du protocole d'étirement en pratiquant sur les enfants présentant une bride cicatricielle.

Nous avons amené les soignants à rechercher la bride, à la définir et à la comparer avec le côté sain. De là, nous leur avons proposé des éléments de réflexion en imageant la bride (= « morceau de caoutchouc »). Ils ont pu alors émettre d'eux même la nécessité d'un massage pour assouplir la bride et la peau autour (= « en mobilisant le caoutchouc, on l'échauffe et donc il devient plus souple »). Puis, nous les avons guidé pour l'étirement. Au cours de cet étirement, nous leur avons proposé des divertissements pour l'enfant, par exemple la télévision. Ils semblaient réticents à cette idée de peur que l'enfant ne soit plus concentré pour réaliser son exercice de rééducation. Ils ont, par la suite, pu constater que même si l'enfant ne regarde pas la télévision, il ne peut rester concentrer. Ils ont alors compris l'importance de leur rôle : ils doivent rester à proximité de l'enfant pour le stimuler, le guider et le réajuster.

Ce protocole a été appliqué sur cinq enfants et sur un adolescent. Nous avons adapté ce protocole à l'enfant présentant des séquelles de brûlures sur la moitié de la tête et du cou, en suivant la grande bride qui s'était formée.

Des temps de rééducation à des rythmes différents ont été instaurés pour les enfants qui vont être prochainement opérés et pour ceux qui ne vont pas l'être.

*c- Protocole de la mobilité active de la face (cf annexes) :*

Avant de commencer le protocole de mobilité active de la face, nous avons montré à l'équipe de rééducation par quoi se traduisait des hypotonicités des muscles de la face et des hypomobilités faciales sur les patients présents.

Pour mettre en place le protocole de mobilité active, nous leur avons demandé dans un premier temps d'essayer d'identifier et de réaliser tous les mouvements de la face, puis de les lister. Ils ont ensuite répertorié ces mouvements selon les parties de la face qui travaillent. Puis, nous avons choisi ensemble les mouvements les plus pertinents à faire réaliser aux patients.

Par la suite, nous avons mis les membres de l'équipe en position de rééducateurs face à nous-mêmes. Il s'agissait pour eux de nous apprendre à exécuter les mouvements répertoriés. D'abord, nous avons adopté un comportement normal. Puis, nous avons imité des enfants avec des séquelles de noma, des incompréhensions, des manques de motivation, etc. Ceci obligeait les rééducateurs à faire des liens entre les séquelles et les difficultés à réaliser les mouvements tout en s'adaptant aux différents comportements des enfants. Ils ont alors déployé différents feed-back pour amener le patient à réaliser ce qui lui était demandé : expliquer au patient, lui demander d'imiter le rééducateur, toucher en induisant le mouvement pour que les enfants sentent le mouvement à effectuer, demander à l'enfant de se regarder dans le miroir. Les rééducateurs ont pratiqué de la même manière avec un enfant à la fois, puis avec des petits groupes de nombre progressivement croissant.

Une fois le protocole maîtrisé par tous (rééducateurs et patients), il a s'agit d'augmenter le dynamisme.

*d- Jeu des praxies (ici dénommé « jeu du visage »)(cf annexes) :*

Dans le même temps qu'il a appris le protocole de mobilité active de la face, Idrissa (animateur) a accepté de réfléchir à la mise en place d'un jeu des praxies. Nous l'avons guidé pour reprendre la règle du jeu mise en place à lors de la mission 2008 à Sentinelles-Ouagadougou.

Une fois la règle écrite, il l'a expliquée aux infirmières puis nous avons joué tous les cinq, apportant progressivement des éléments pour améliorer la règle.

Et, nous avons joué avec les enfants !

Nous avons également remis à Idrissa des ballons et de quoi faire des bulles, qu'il gardera à l'animation.

*e- Mesure de l'ouverture buccale (OB)(cf annexes) :*

Il nous a semblé essentiel qu'un suivi soit mis en place concernant l'évolution de l'ouverture buccale. Ainsi, les rééducateurs pourront vérifier si l'ouverture buccale augmente, est stable ou diminue, et si elle est due à une bride. Ceci permettra également de justifier certaines prises en charges rééducatives (par exemple, dans le cas où une bride apparaîtrait au niveau d'une commissure labiale et diminuerait l'ouverture buccale, ils pourront appliquer le protocole d'étirement des brides) et d'appuyer une demande de consultation chirurgicale. Pour apporter cette rigueur, nous avons établi une fiche (cf annexes) répertoriant les mesures d'OB. Elle a été placée dans chaque dossier des patients suivis au cours de cette mission.

Chacun des rééducateurs a été formé à la mesure de l'OB. Nous avons tout d'abord fait un rappel à propos de l'anatomie dentaire, et appuyer l'importance de bien repérer les dents pour effectuer une mesure fiable et compréhensible pour les autres rééducateurs. Ils ont ensuite pratiqué les mesures entre eux.

Enfin, ils ont pris les premières mesures de tous les patients suivis.

Nous leur avons indiqué l'importance que chacun des rééducateurs consulte régulièrement ces évolutions et qu'ils se les communiquent.

*f- Relationnel avec le patient :*

Nous avons demandé aux rééducateurs de donner des informations aux patients quant à la rééducation : ses raisons, son contenu et son déroulement. Nous les avons incité à rassurer les patients, à les féliciter. Nous les avons encouragés à préparer les départs pour les opérations en expliquant à l'enfant qu'il va partir : où, pourquoi, et si possible combien de temps.

*g- Sensibilisation à propos du repas :*

En mangeant avec les enfants, nous nous sommes aperçues que celui qui terminait son assiette le dernier était de corvée pour nettoyer la table, sous la risée de ses compagnons. Or ce sont souvent les mêmes enfants qui mangent le plus lentement, à cause de leurs difficultés inhérentes à leurs séquelles de noma.

Ce fonctionnement avait été mis en place par la veilleuse. Idrissa s'est chargé de lui demander de reprendre le fonctionnement précédent : 3 personnes nettoient la table, à tour de rôle.

Les enfants se plaignent également de manquer de temps lors du repas du soir, surveillé par cette même personne. Idrissa va reprendre cela avec elle : les difficultés des enfants dues à leur pathologie, l'importance de la mastication pour leur rééducation et pour leur digestion, le vécu du repas.

Par ailleurs, nous avons rappelé l'importance de contrôler l'hygiène buccale.

*h- Relationnel entre les trois rééducateurs et auprès de l'ensemble du personnel :*

Nous avons insisté auprès d'Idrissa, d'Edwige et de Clémentine sur l'importance de la communication entre eux : circulation des informations concernant les soins et l'évolution des patients, les emplois du temps, la rééducation... Nous leur avons également conseillé de répertorier les rééducations effectuées chaque semaine dans le dossier des patients.

Enfin, nous les avons incité à indiquer aux autres membres du personnel les éléments qui les concernent (la consistance des repas, l'hygiène buccale, demander aux enfants de répéter plus clairement), permettant par là même de les impliquer dans la prise en charge des patients.

*i- Protocole de physiothérapie : jugé non prioritaire :*

Au vu des séquelles de noma des patients (pas de cas de CPM totales, très peu de cas de CPM partielles dont les opérations ne sont pas prévues pour le moment) et de la disponibilité du personnel (devant assurer les soins infirmiers des autres patients), nous avons jugé la formation au protocole de physiothérapie non prioritaire pour cette mission 2008.

En fait, dans nos objectifs initiaux, nous souhaitions apprendre le protocole de physiothérapie aux futurs rééducateurs, d'où la rédaction d'une fiche-conseil à propos des dates d'application du protocole de Physiothérapie pré et post-intervention chirurgicale (annexes) et un premier après-midi de formation consacré aux massages. Au final, nous avons

préféré nous en tenir à une sensibilisation concernant les CPM. Ainsi, les rééducateurs verront le protocole complet au cours d'une prochaine mission.

Nous avons privilégié l'approfondissement des points évoqués en amont.

### 3- Organisation des futurs temps de rééducation et aménagement des lieux :

#### *a- Emplois du temps :*

Dès le début de notre mission, nous avons soulevé la question de l'organisation quant à des temps de rééducation. En effet, lorsque les rééducateurs sont présents au centre, les enfants sont à l'école. Nous avons donc réfléchi ensemble à divers moyens d'aménager les horaires. Au final, nous leur avons établi un emploi du temps permettant de ne pas modifier leurs horaires, et permettant aux enfants d'avoir une rééducation : 5 jours/semaine pour les deux enfants en pré-opératoire, 6 jours/semaine pour Ali (enfant brûlé), 2 jours/semaine pour les autres enfants nécessitant une rééducation. Cet emploi du temps sera modifié lorsque les deux enfants reviendront de chirurgie, selon les indications fournies dans leurs dossiers.

Pour qu'il soit intégré et pour vérifier la possibilité de réalisation de l'emploi du temps établi, nous avons organisé une « journée-type » l'avant dernier jour de notre mission.

De façon à évaluer réellement l'impact des rééducations mises en place et de façon à pouvoir apporter davantage à cette prise en charge lors d'une prochaine mission PhysioNoma, nous avons déterminé des temps de rééducation d'un an, ou jusqu'à une prochaine mission PhysioNoma.

#### *b- Lieu de rééducation :*

Comme aucun lieu n'était destiné à la rééducation, nous avons demandé au personnel formé de rechercher une salle propice et de l'aménager selon leurs besoins pour la rééducation. Nous y avons entreposé ensemble tout le matériel nécessaire.

#### *c- Pérennité de la formation et de la rééducation :*

Les infirmières ont récemment passé le concours d'entrée à la fonction publique.

Dans le cas où elles l'obtiennent, elles quitteront la fondation. Idrissa sera alors seul pour assurer la rééducation. Nous pensons qu'il est apte à la poursuivre, s'il se réfère correctement aux dossiers et qu'il communique régulièrement avec la ou les nouvelles infirmières (état de cicatrisation, mesure des OB...). Cependant, nous ne le pensons pas apte à



prendre seul une décision quant à la prise en charge d'un enfant, ni à prendre d'autres enfants en rééducation, ni à former un nouveau personnel soignant. Il pourra tout de même poursuivre la rééducation mise en place.

Khaled, en tant que responsable local de FHE, doit veiller à la bonne application de la rééducation.

Par ailleurs, nous avons appris que des membres de l'association TIPIGO viennent quelques jours par an à FHE. Nous ne connaissons pas le travail qu'ils effectuent ici, et nous souhaiterions rentrer en contact avec eux pour que nos rééducations puissent aller dans le même sens et pour que les emplois du temps de rééducations que nous avons mis en place avec l'équipe de rééducateurs du centre pour chaque enfant ne soient pas perturbés.

## **VI- TRAVAIL ENTRE LES MEMBRES DE L'EQUIPE PHYSIONOMA :**

### 1- Réflexions à propos du bilan :

Sous la réserve de l'accord des différents membres actifs de PhysioNoma, nous avons, lors de cette mission, commencé à intégrer au bilan PhysioNoma deux données importantes à nos yeux : la gêne du patient et l'intelligibilité. En effet, nous avons remarqué, ici ou ailleurs, que la plainte des patients concerne souvent leur intelligibilité au cours de la parole, alors que l'évaluation de leur articulation de syllabes et de mots peut être correcte. Nous avons donc proposé une répétition de phrases permettant d'écouter l'enfant en situation de parole, même si cette situation reste artificielle. Et nous avons ajouté un item concernant sa plainte à propos de la parole, pour davantage de précisions.

Nous avons noté d'autres suggestions à étudier en groupe de travail sur le bilan PhysioNoma.

## 2- Réflexions à propos d'une fiche explicative des séquelles de noma :

Nous avons commencé à élaborer une fiche permettant de comprendre les séquelles du noma au niveau anatomique, en insistant sur l'absence ou le dysfonctionnement de certains muscles. Nous souhaitons mettre en lien ces éléments avec la rééducation pour appuyer le fait que la rééducation n'implique pas forcément une récupération fonctionnelle de toutes les parties du visage. Ceci permettrait aux rééducateurs d'ajuster leurs exigences.

## 3- Rédaction d'un lexique en mooré :

cf annexes

## **VII- OBJECTIFS POUR UNE PROCHAINE MISSION :**

- Evaluer l'impact de la rééducation mise en place et les progressions des patients.
- Revoir et approfondir l'anatomie.
- Reprendre les 2 protocoles transmis aux rééducateurs.
- Former l'équipe au protocole de physiothérapie.
- Proposer de nouveaux éléments pour la formation à la rééducation de la phonation.

## CONCLUSION

La demande des responsables de FHE concernait essentiellement la formation. Les infirmières et l'animateur, maintenant rééducateurs, n'avaient pas réellement été informés du fonctionnement de PhysioNoma et pensaient que nous venions seulement faire de la rééducation.

A partir des bilans effectués, de la demande des responsables de FHE, de l'intérêt des rééducateurs porté à notre travail, nous avons axé cette mission sur la formation : apports théoriques concernant le noma et l'anatomie, protocoles d'étirement des brides et de la mobilité de la face...

Nous pensions proposer le protocole de physiothérapie, mais pour une meilleure qualité de la mission, nous avons préféré optimiser les apports cités ci-dessus.

Au final, nous pensons que nous avons atteint les objectifs que nous nous étions fixés et que nous avons ajustés en cours de mission. Le responsable et les rééducateurs de Koomba Zaka sont satisfaits de ce travail. Nous espérons tous que ce travail sera poursuivi. Le personnel de FHE attend déjà la prochaine mission PhysioNoma pour la suite de la formation.

Nous remercions la Fondation Hymne aux Enfants pour son accueil et pour sa confiance.

Nous remercions sincèrement l'association PhysioNoma pour toute la confiance que les membres nous ont accordée et pour tout le soutien et la présence qu'ils nous ont offert au cours de notre mission.

## **ANNEXES**

## ARTICULATION TEMPORO-MANDIBULAIRE (ATM)

(voir les dessins d'anatomie)

Il y a une ATM de chaque côté du visage. Elles permettent de bouger la mâchoire inférieure, appelée mandibule, pour manger et pour parler. Ces articulations se trouvent juste en avant des trous des oreilles. Elles sont constituées en haut par les **os temporaux** et en bas par la **mandibule**.

### LES MOUVEMENTS :

L'ATM est une articulation permettant **3 sortes de mouvements** :

- **Ouverture/Fermeture.**
- **Propulsion** (la mandibule va en avant)/**Rétropulsion** (la mandibule va en arrière).
- **Diduction à droite** (la mandibule va vers la droite)/**Diduction à gauche** (la mandibule va à gauche).

La **mastication** au cours de l'alimentation est une **combinaison de ces 3 sortes de mouvements**. Si l'un des mouvements manque, la mastication devient plus difficile.

Pour bien articuler les mots, il est nécessaire que ces **mouvements soient suffisamment grands**.

Remarque :

**Le mouvement d'ouverture s'accompagne automatiquement d'un mouvement de propulsion.** Donc pour bien ouvrir la bouche, il est important d'avoir un bon mouvement de propulsion.

### LES MUSCLES :

Les muscles faisant l'**ouverture** se trouvent dans le cou, sous la mandibule, et sont :

- **muscles supra-hyoïdiens (dont le digastrique)**
- **muscles infra-hyoïdiens**

Les muscles faisant la **fermeture** se trouvent de part et d'autres du front et de part et d'autre des joues. Ce sont :

- **les muscles temporaux**
- **les muscles masseters**

Les muscles faisant la **propulsion** se trouvent au niveau des ATM et doivent se contracter en même temps des 2 côtés. Ils s'appellent :

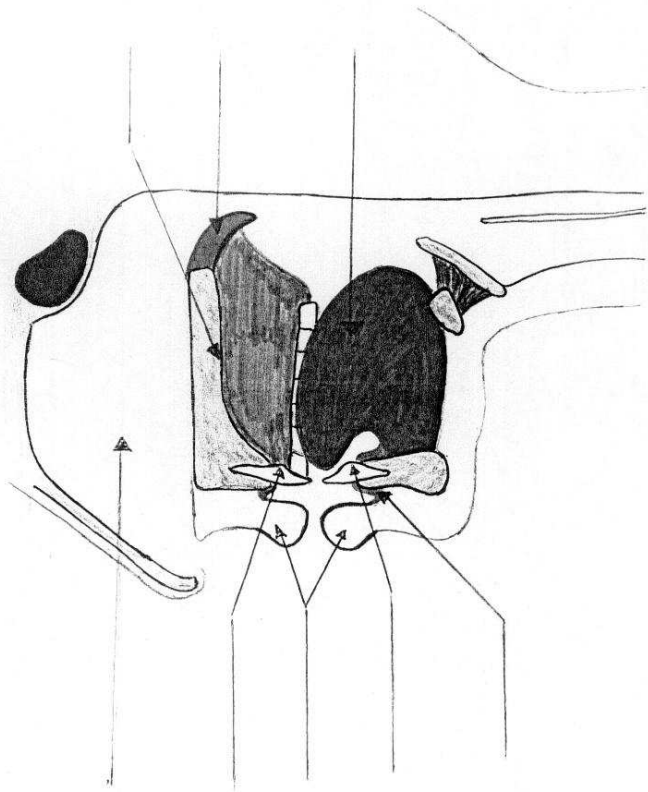
- **les muscles ptérygoïdiens**

Les muscles faisant les **diductions** se trouvent au niveau des ATM et doivent se contracter que d'un côté à la fois. Ce sont :

- les **muscles ptérygoïdiens à droite pour faire la diduction à gauche.**
- Les **muscles ptérygoïdiens à gauche pour faire la diduction à droite.**

## **DESSINS D'ANATOMIE**

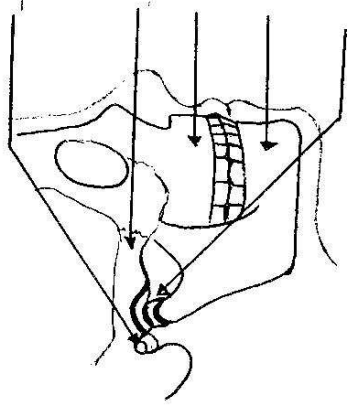
CAVITÉS BUCCALE ET NASALE



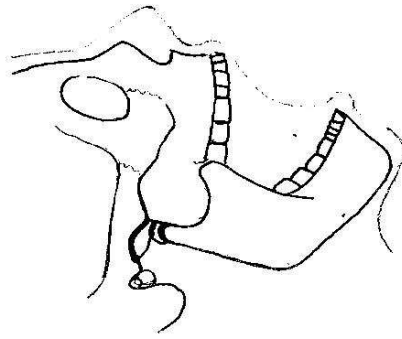


BIOMÉCANIQUE DE L'ARTICULATION

TEMPORO-MANDIBULAIRE



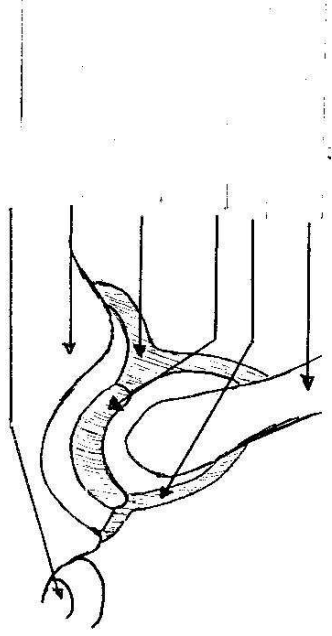
FERMETURE BUCCALE



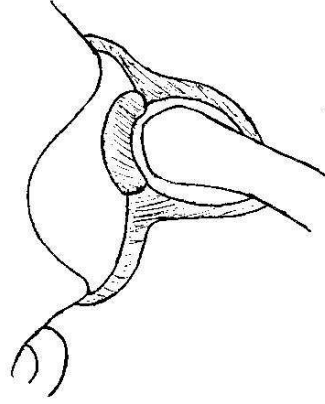
OUVERTURE BUCCALE

ZOOM SUR L'ARTICULATION

TEMPORO-MANDIBULAIRE

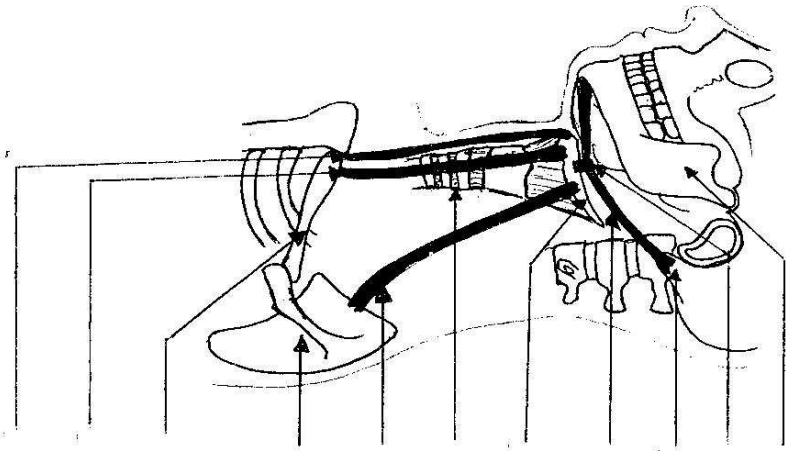


EN FERMETURE BUCCALE



EN OUVERTURE BUCCALE

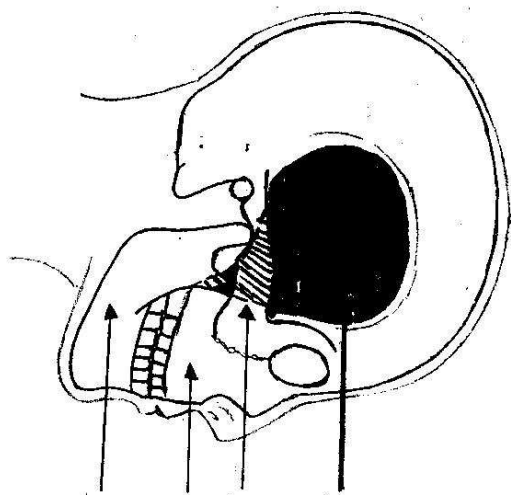
SITUATION DES MUSCLES DE  
L'OUVERTURE BUCCALE



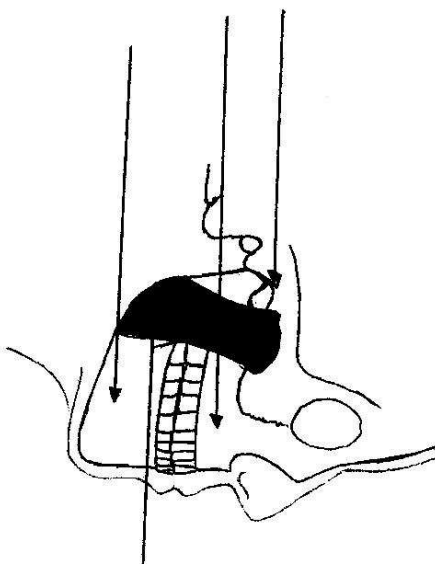
---

4 MUSCLES PARTICIPANT À L'OUVERTURE BUCCALE

MUSCLES DE LA FERMETURE BUCCALE

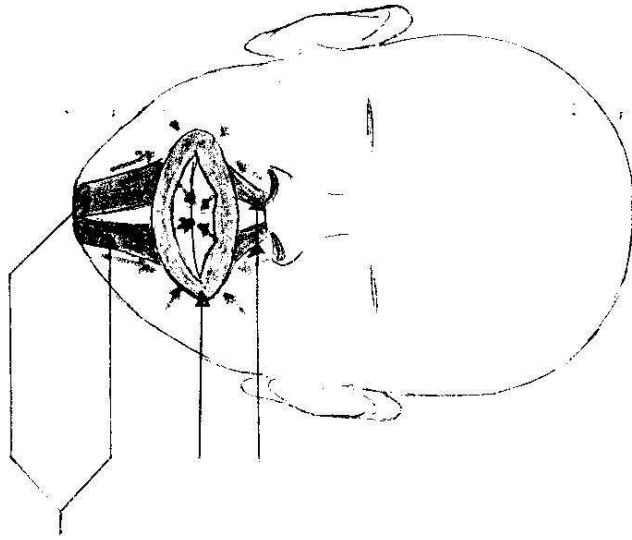


MUSCLE

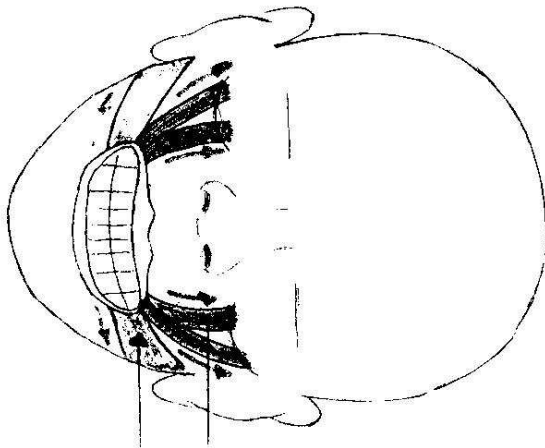


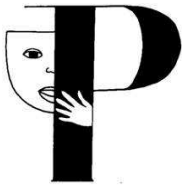
MUSCLE

MUSCLES DE LA CONTINENCE BUCCALE



MUSCLES DE L'OUVERTURE LABIALE (SOURIRE)





## Protocole pour l'étirement des LAMBEAUX rétractés et des BRIDES

*A réaliser 1 fois par jour sur des lambeaux rétractés ou les brides.*

1 Le soignant et l'enfant se lavent bien les mains avec du savon.

2 Assouplissement et échauffement de la bride ou du lambeau rétracté (5 minutes)

Bien installer l'enfant assis adossé.

Masser largement la joue et le menton, légèrement et lentement.

Puis, masser plus fort sur la bride (perpendiculairement à la bride) ou sur le lambeau rétracté.

Terminer en massant largement la joue et le menton.



3 Etirement de la bride ou du lambeau (10 minutes)



Ouvrir grand la bouche.

Tenir la commissure qui est normale avec 2 doigts.

Tirer progressivement et légèrement sur la commissure atteinte avec 2 doigts, **en maintenant la tension 10 minutes sans interruption \***.

L'ETIREMENT NE DOIT PAS ETRE DOULOUREUX, L'ENFANT DOIT SENTIR QUE CA TIRE.

(\* Remarque : Si jamais le maintien de la tension est interrompu, il peut être repris une 2<sup>ème</sup> fois, mais pas une 3<sup>ème</sup> fois s'il y a une nouvelle interruption.

# MOBILITE ACTIVE DE LA FACE :

## Joues et lèvres

(mouvements praxiques)



1  
GONFLER LES  
JOUES.  
3 X 5 s, avec  
pauses



2  
ETIRER LES LEVRES,  
EN LES OUVRANT,  
A GAUCHE, PUIS A DROITE.  
3 x 5 s, avec pauses



3  
SOUFFLER EN  
METTANT LES  
LEVRES EN AVANT.  
3 X 5 s, avec pauses



4  
AVANCER LES  
LEVRES  
FERMEES (= BISOU)  
3 X 5 s, avec pauses



5  
ETIRER LES LEVRES  
(GRAND SOURIRE)  
3 X 5 s, avec pauses



6  
RELEVER LES  
LEVRES, LES AILES  
DU NEZ ET LES  
POMMETTES  
(EXPRESSION DU  
DEGOUT)  
3 X 5 s, avec pauses



7  
ABAISSER LES  
COMMISSURES  
LABIALES  
(EXPRESSION DE LA  
TRISTESSE)  
3 X 5 s, avec pauses



## Note explicative :

Nous remarquons au cours de nos bilans, de nombreux déficits de mobilité et de forces au niveau des joues et des lèvres. Il est donc important que les patients se réapproprient les mouvements du visage et qu'ils entretiennent leur muscles.

Les mouvements doivent être réalisés doucement et doivent être tenus minimum **5 secondes** pour permettre le renforcement des muscles. Entre chaque mouvement, il y a un temps de **pause** équivalent au temps de contraction.

Il **ne faut pas alterner les mouvements** car ils risqueraient d'être exécutés trop rapidement, et sans temps de pause. Ceci serait néfaste à une bonne cicatrisation, surtout au cours des 5 premières semaines de cicatrisation.

En effet, lors des **5 premières semaines de cicatrisation**, des cellules en partie musculaire (=myofibroblastes) se multiplient. Leur rôle est de rapprocher les berges de la cicatrice en se contractant. Le nombre de ces cellules (=myofibroblastes) dépend en partie du nombre de mouvements réalisés au niveau de la plaie, surtout les 5 premières semaines après l'opération : si le patient fait beaucoup de mouvements rapides au niveau de la cicatrisation, le nombre de myofibroblastes augmente, la contraction de ces cellules est alors trop importante et il y a alors un risque important de former une bride. Si **le patient réalise peu de mouvements** et qu'il **tient la position demandée**, le nombre de myofibroblastes est suffisant et le patient peut ainsi **améliorer et entretenir les mouvements des lèvres et des joues en diminuant le risque de bride**.

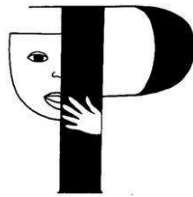
MOBILITE ACTIVE DE LA FACE :  
Sourcils et yeux  
(mouvements pratiques)



1  
FRONCER LES SOUCILS  
(expression de la colère).  
3 X 5 s, avec pauses



2  
FERMER FORT LES YEUX.  
3 x 5 s, avec pauses





# MOBILITE ACTIVE DE LA FACE :

## Langue

(mouvements praxiques)



SORTIR LA LANGUE  
PUIS LA RENTRER  
5 fois.

Répéter 3 fois,  
avec pauses



METTRE LE BOUT DE  
LA LANGUE A LA  
COMMISSURE  
GAUCHE PUIS DROITE  
5 fois.

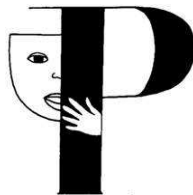
Répéter 3 fois,  
avec pauses



METTRE LE BOUT DE  
LA LANGUE EN HAUT  
PUIS EN BAS  
5 fois.

Répéter 3 fois,  
avec pauses

Remarque : Il est possible d'inverser l'ordre.



## **Règles du jeu de mobilité faciale : lèvres, joues, langue, yeux :**

### **Matériel :**

- Un tas de cartes de jeu sur lesquelles figure un visage en réalisation d'un mouvement précis de la face.
- Une fiche « plateau de jeu » sur laquelle figurent tous les visages en réalisation d'un mouvement précis de la face.
- Un arbitre.
  
- Une fiche « plateau de jeu » avec la description des mouvements à réaliser.
- Un original des images, à conserver pour le rephotocopier.

### **But :**

Obtenir le maximum de cartes dans son jeu, tout en faisant des mouvements faciaux.

### **Principe :**

1-

Faire un tas des cartes, faces cachées.

Le premier joueur tire une carte, sans la montrer aux autres joueurs.

Il reproduit le mouvement indiqué sur sa carte.

L'arbitre frappe dans les mains.

Les autres joueurs doivent identifier à quel visage cela correspond sur le plateau de jeu.

Le premier qui trouve la bonne réponse gagne la carte.

Si personne n'a trouvé du premier coup, le joueur remet sa carte dans le tas et en tire une autre.

Si un joueur désigne une image avant même que l'arbitre n'ait frappé dans ses mains, automatiquement il ne gagnera pas la carte de cette partie.

Les joueurs ne doivent désigner qu'une seule image par partie.

2-

Le joueur suivant pioche une carte, et ainsi de suite...

### **Indications supplémentaires :**

↔ signifie : alterner de gauche à droite



↑↓ signifie : alterner de haut en bas

Pour certains enfants certains mouvements sont difficiles à réaliser. Il faut les encourager et respecter leur impossibilité.

Amusez-vous bien !

## **Mesure de l'Ouverture Buccale :**

Choisir 2 dents alignées en haut et en bas, si possible devant.  
Noter quelles sont ces dents. Et/Ou dessiner.

Mesurer entre les deux dents.  
Noter l'OB en mm.

Répertorier les OB sur une feuille de suivi :

- une fois par semaine pour les enfants venant d'être opérés et dont l'OB n'est pas stable.
- une fois par mois pour les enfants qui ne doivent pas être opérés et dont l'OB est stable.

Nom  
Prénom

## **Mesure des Ouvertures Buccales :**

Lieu des mesures par rapport à l'enfant :

(Avec un dessin des dents à cet emplacement pour le repérage)

<b>Date</b>	<b>Mesure en mm</b>	<b>Nom de la personne qui mesure</b>

## Mots en mooré:

### P:

Paspanga (place à Ouaga, à côté de Sentinelles)  
Pegdo (lessive)  
Ponga (femme)  
Pongdsa (tante)

### B:

Barka (merci)  
Beinga (haricot)  
Béyongo (à demain)  
Biiga (enfant)  
Biloufou (à bientôt)

### M:

Maâm (moi)  
Moré

### N:

Nadiimin (je veux manger)  
Nasara (blanche)  
Nayoukoum (je veux boire)  
Néibéro (bonjour)  
Nésabré (bonsoir)  
Néyongo (bonne nuit)  
Nindaré (à bientôt)  
Nisablaga (noir)

### T:

Taamé (il est l'heure)

### D:

### K:

Ka nééré (ce n'est pas joli)  
Ka nisongo (ce n'est pas gentil)  
Ka zaabrié (ça ne fait pas mal)

### G:

**S:**

Saaga (la pluie)

**Z:**

Zamé (hier)

Zaabrambi (c'est douloureux ?)

Zaabramé (j'ai mal)

Zacaramba (et la famille ?)

Zindi (assis)

Zomkom (boisson avec de la farine de mil)

**F:**

**V:**

Vole (avale)

**L:**

Laafi bémé ? (comment va la santé ?)

Laafi bala. (La santé va bien)

**R:**

Raaga (marché)

Ricido (nourriture)

**Y:**

Ya nééré (c'est joli)

Ya nisongo (c'est gentil)

Ya soma (c'est bon)

**W:**

Waka (viens ici)

**Voyelles :**

A séra (il est l'heure, en djoula)

Ayo (non)

Ingué (oui)

**Attention : ceux qui parlent le mooré ne prononcent pas les [s] (substitution par « ch »), ni les [z] (substitution par « je ») et peuvent effectuer d'autres transformations sur les fricatives, en français.**

**Pratique temporelle du protocole de Physiothérapie**  
**pré et post-intervention chirurgicale :**

Le protocole de physiothérapie s'applique à des enfants qui ont des CPM et/ou qui risquent une CPM.

**Dans le cas où les enfants doivent être opérés :**

Avant l'opération :

- Commencer la rééducation à partir du protocole de physiothérapie 5 semaines avant l'opération : tous les jours, deux à trois fois par jour.
- Interrompre cette rééducation 3 jours avant le jour de l'opération.

Après l'opération :

- Reprendre le protocole de physiothérapie une fois les sutures cicatrisées, c'est-à-dire au-delà de 5 semaines après l'opération.
- Poursuivre cette rééducation 4 mois deux à trois fois par jour.
- Diminuer cette rééducation : une fois par jour pendant 2 mois.

Recommandations après opération :

*Mesurer les Ouvertures Buccales (OB) toutes les semaines pour surveiller les risques de fermeture et pour noter des améliorations.*

- Si l'OB diminue, sous protocole de physiothérapie une fois par jour, il faut reprendre le protocole de manière intensive (2 à 3 fois pas jour).
- Si l'OB diminue, sous protocole de physiothérapie deux à trois fois pas jour, il faut réévaluer le port d'une cale. N'hésitez pas à contacter PhysioNoma ou le chirurgien de l'enfant.
- Si l'OB atteint 3 à 4 cm (en fonction de la taille de l'enfant), ne plus chercher à augmenter l'OB (ne plus augmenter le nombre d'abaisse-langues).

**Dans le cas où les enfants ne doivent pas être opérés prochainement :**

*Mesurer les Ouvertures Buccales (OB) tous les mois pour surveiller les risques de fermeture.*

Si l'OB diminue :

- Appliquer le protocole de physiothérapie deux à trois fois par jour, pendant 2 mois, en mesurant l'OB toutes les semaines.
  - Poursuivre la surveillance par mesure d'OB toutes les semaines pendant 1 à 2 mois, puis tous les mois.
- Si de nouveau l'OB diminue reprendre la rééducation pendant 2 mois.
- Si la diminution d'OB persiste s'aggrave et gêne l'enfant, prévoir une opération en fonction de l'âge de l'enfant et des disponibilités.

OB = Ouverture Buccale

(Réflexion à poursuivre au sein de l'équipe PhysioNoma)