

Carences de soins maternels

Dr. CHEROUANA .A
Service de pédiopsychiatrie
Constantine

Introduction

Les notions de carences affectives et de négligences graves ont été développées initialement à partir d'observations réalisées en milieu institutionnel, avant d'être étendues, par la suite, à la défaillance, au sein du milieu familial.

Les manifestations cliniques qui peuvent y être rattachées sont variables selon les circonstances carencielles et les caractéristiques de chaque enfant.

Les préventives comprennent la lutte contre les facteurs de carence au sein des structures d'accueil et les interventions auprès des « familles à risque ».

I. Aperçu historique :

En 1908 ; description d'un enfant orphelin élevé pendant longtemps dans une institution la fin des années 30 Dr. David Levy décrit pour la première fois l'indifférence affective à la suite d'une séparation

Il est le premier à utiliser le terme ; déprivation maternelle et carence de soins .

Les très nombreux travaux cliniques réalisés dans ce domaine depuis plus de 70 ans, notamment ceux des pionniers des années 1940 ET 1950, comme R. SPITZ et W. GOLDFARB aux États-Unis, D. BURLINGHAM et A. FREUD , puis J. BOWLBY en Grande Bretagne, J. AUBRY en France

R. Spitz , 1946 décrit la dépression anaclitique et l'hospitalisme .

II Définitions :

L'interaction mère-enfant : se définit comme le processus par lequel la mère entre en communication avec son bébé en lui adressant certains messages, le nourrisson répondant à ceux-ci par ses moyens propres.

Les moyens de cette communication primitive sont à la fois verbaux et extra verbaux (gestes, sourires, vocalisations, etc.).

L'attachement:

*c'est un besoin social primaire et inné d'entrer en relation avec autrui, à travers un lien qui perdure dans le temps et l'espace .

*C'est le produit des comportements qui ont pour objet la recherche et le maintien de la proximité d'une personne spécifique, Le nouveau-né dispose d'un répertoire de comportements instinctifs, tels que s'accrocher, sucer, pleurer, sourire, qui vont pouvoir être utilisés au profit de l'attachement.

*La fonction de l'attachement est une fonction adaptative à la fois de protection et d'exploration.

* La mère, ou son substitut, constitue une base de sécurité pour son enfant.

La figure d'attachement : C'est la personne vers laquelle l'enfant dirigera ses comportements d'attachement.

La séparation :

Une séparation effective d'avec la mère ou un substitut maternel stable chez un enfant de moins de 3 ans.

On décrit une séquence de trois phases devenues célèbres : protestation, désespoir, détachement.

La séparation n'implique pas nécessairement carence [...].

la séparation est-elle génératrice de carence si l'enfant est placé dans un milieu où l'interaction avec un substitut maternel est insuffisante ou si les épisodes de séparation sont fréquents

La carence de soins maternels:

Une situation dans laquelle un enfant très jeune (moins de 3 ans) ne jouit pas du lien affectif à sa mère (biologique ou de substitution).

C'est un processus morbide qui risque d'apparaître lorsque l'enfant a subi une rupture de ses premiers investissements avec les personnes significatives de son entourage sans que cette rupture ait pu être réparée.

Si, généralement, ces situations de carence sont observées en institution (Spira et coll., 2000), Mary Ainsworth écrit également que " la carence non accompagnée de séparation physique peut être aussi pathogène que la carence accompagnée de séparation.

Les deux types d'expérience peuvent produire l'un et l'autre de graves effets irréversibles " (Ainsworth, 1961).

L'expression de soins maternels recouvre ici l'ensemble des attitudes maternelles susceptibles non seulement d'assurer la satisfaction des besoins physiologiques, mais aussi d'apporter détente, sécurité, bien être à l'enfant, et de répondre à l'ensemble de ses besoins psychologiques.

Parmi les diverses situations pathogènes qu'un nourrisson peut vivre, la carence de soins maternels ou carence affective précoce, syndrome de privation ou déprivation, de frustration précoce, d'abandon, de séparation

III Types de carence

carences quantitatives

Les carences quantitatives correspondent à la perte par l'enfant de ses repères relationnels dans la réalité externe, à l'occasion des situations de séparation plus ou moins brutales et plus ou moins durables.

carences qualitatives

Les carences qualitatives sont d'étude plus récente

Elles ne correspondent pas à une séparation de l'enfant dans la réalité externe d'avec ses repères relationnels habituels, mais à l'inaccessibilité psychique de ceux-ci, qui sont là, bien présents, mais préoccupés et peu disponibles psychiquement.

Discontinuités interactives

Les discontinuités interactives associent des aspects carenciels des deux types, quantitatifs et qualitatifs

IV-CIRCONSTANCES DE SURVENUE DE LA CARENCE :

***Carences et négligences en milieu institutionnel**

- concernent l'enfant qui vit dans une institution (pouponnière , internat thérapeutique , ...)

-Elles sont d'abord attribuées à l'absence de la mère, mais aussi à l'insuffisante stabilité des substituts maternels qui expose l'enfant à d'incessantes ruptures de lien.

-Les occasions de plaisir partagé, de complicité ludique, d'accordage sont trop rares.

***Carences affectives dans le milieu familial**

-Elles sont souvent difficiles à apprécier , dans le cadre de familles issues de milieux très défavorisés.

-Ces bébés sont souvent portés dans les bras, maintenus en contact étroit avec leurs mères, mais cette proximité physique s'accompagne rarement d'une disponibilité psychique à leur égard.

-Les mères négligentes peuvent être déprimées ; Ce facteur supplémentaire de risque de carence affective est largement souligné par l'impact négatif de la souffrance maternelle sur la qualité des interactions.

V- SÉMILOGIE ET EXPRESSION CLINIQUE DES CARENCES AFFECTIVES :

→ Selon l'âge :

A-Signes d'alerte chez le nourrisson :

C'est souvent la persistance d'un mauvais état général qui amène à rechercher activement d'autres signes d'appel.

-**La stagnation de la courbe pondérale**, la sensibilité aux infections oto-rhino-laryngologiques (ORL), l'inappétence, les vomissements ou les diarrhées, comme les troubles du sommeil donnent à l'enfant une apparence malade peu attrayante.

Le retard psychomoteur souvent associé au retard de croissance s'en trouve de fait sous-estimé, si l'on ne prend pas en compte l'âge de l'enfant.

-**L'hypotonie** est quasi constante, sauf pour la partie supérieure du corps. On note souvent une crispation des muscles du cou et des bras, un serrement des poings sur les pouces, un défaut de préhension des objets mis à disposition ou un refus de les lâcher.

-**La motricité spontanée et le babillage** sont pauvres et rarement utilisés pour marquer, comme chez la plupart des bébés, les occasions de plaisir partagé.

-**Le retrait relationnel** se traduit par une mimique « vide d'expression », une faible réactivité dans les échanges, une absence d'initiative dans les situations d'attention conjointe et une passivité face aux sollicitations ou à l'éloignement d'autrui.

L'enfant semble privilégier, au détriment des interrelations ludiques, les habitudes motrices autocentrées, comme les stéréotypies, les oscillations rythmiques du corps, la succion triste du pouce et les conduites masturbatoires monotones

B-Signes relationnels chez l'enfant plus grand :

Les signes « relationnels » sont au premier plan chez l'enfant plus grand.

L'avidité affective est souvent manifeste avec des conduites d'attachement passionnel à l'égard de tout adulte manifestant un peu d'intérêt, ce qui est le cas en situation de consultation.

Cette sensibilité exacerbée se traduit à l'inverse par une intolérance à la frustration, des renversements d'humeur, des manifestations agressives, des conduites d'opposition ou

d'hostilité affichées à l'égard de la personne d'abord surinvestie.

Il supporte aussi mal les critiques que les compliments .

La négligence de son corps et de ses intérêts propres

Peu préoccupé de son apparence, sa présentation est souvent négligée, d'autant qu'il semble méconnaître l'éventuelle survenue d'accidents énurétiques ou encoprétiques.

Il se montre désordonné, disperse ou casse ses jouets, oublie ses affaires personnelles.

C'est cette absence de contenance et de prévenance à son propre égard qui pourrait constituer un des signes d'orientation les plus fiables, propres à inciter le consultant à tenter d'explorer les carences ou les vicissitudes du maternage

→ Selon les circonstances et la durée

A- manifestations cliniques d'une carence prolongée et importante liée à l'insuffisance majeure des soins maternels:

***Troubles affectifs et relationnels:**

Ils sont toujours présents chez les enfants les plus jeunes.

peu d'intérêt pour ce qui se passe autour de lui,

inertie et apathie

repli sur soi, d'absence de jeux ;

on note en règle des manifestations autoérotiques (auto stimulation) , au moins dans un premier temps, car elles peuvent ensuite disparaître

Parfois un état de stupeur catatonique apparaît, avec parfois des pauses inhabituelles et bizarres des doigts et des mains.

Ce tableau majeur est celui de l'hospitalisme sévère décrit par Spitz lors de l'élevage habituel et continu en collectivité d'enfants dans des conditions nettement frustrantes , mais il est aussi retrouvé dans le milieu familial.

***Manifestations psychiques:** Les troubles psychiques sont fréquents, Il peut s'agir de: troubles alimentaires : anorexie ou, à l'inverse boulimie ou bien encore mérycisme. (Le mérycisme est un phénomène caractérisé par la régurgitation (involontaire) de petites quantités d'aliments provenant de l'estomac (15 à 30 min après le repas), que le patient remâche et, dans la plupart des cas, ravale à nouveau.)

une sensibilité aux infections, ORL notamment, retrouvées dans plusieurs études, indépendamment des conditions d'hygiène.

Ce peut être des troubles du sommeil (insomnie, parfois tendance à l'hypersomnie)

Des signes flagrants de dénutrition ou de déshydratation n'ayant pas suscité

l'inquiétude de l'entourage, l'aplatissement de l'arrière du crâne orientent naturellement vers une situation de négligence.

La possibilité de retard staturaux liés à des situations de frustration affective majeure et non imputable à une carence nutritionnelle associée est maintenant bien connue.

Mais ce sont surtout les troubles psychosomatiques, comme le mérycisme, le retard de croissance, voire le « nanisme psychogène ».

La persistance fréquente de troubles sphinctériens chez les enfants placés peut aussi être comprise comme un signe « résiduel » de carence affective.

***Troubles instrumentaux et cognitifs :**

Dans le domaine du développement des grandes fonctions dites : instrumentales (motricité, langage, intelligence) parce qu'utilisées par l'enfant pour apprendre à se connaître, connaître le monde extérieur, communiquer avec lui et agir sur lui. Ils sont quasi constants dans un tel contexte, on observe parfois un retard donnant un aspect d'allure déficitaire au tableau clinique. On a :

-Difficultés psychomotrices :

des troubles du tonus, et de la coordination, une certaine maladresse mais surtout par un défaut souvent durable de l'organisation temporo-spatiale.

-Troubles d'articulation, retards de parole et de langage:

Ils s'inscrivent généralement dans la suite de perturbations plus profondes de la communication.

-Retards cognitifs :

Il est facilement « chiffrables », ils seraient proportionnels à la durée de la carence, Un écart de plusieurs mois entre âge mental et âge réel concerne la majorité de ces bébés élevés dans des conditions défavorables.

Des troubles spécifiques de l'apprentissage pourraient en découler secondairement.

***Troubles du comportement :** Ils sont souvent plus marqués chez les enfants plus grands et à l'approche de la puberté.

-Conduites d'inhibition globale :

Elles prolongent parfois l'atonie motrice du nourrisson carencé. Les enfants restent passifs, en retrait, incapables de s'affirmer, de prendre une initiative ou de satisfaire leur curiosité.

-Conduites d'opposition

Elles sont particulièrement fréquentes vers 2 ou 3 ans, L'intolérance à la frustration, le besoin d'accaparer l'attention d'autrui, le sentiment de n'être jamais pris en compte, provoquent des crises de colères où s'intriquent manifestations auto- et hétéro agressives.

-Conduites antisociales :

Vols, fugues, fabulations, injures, détériorations, cruauté avec les animaux, agressions diverses accomplis sans regret risquent d'engager ces enfants, parvenus à dénier leur souffrance profonde, sur la voie de la délinquance.

D- Manifestation clinique d'une carence importante liée à des séparations répétées :

La séparation d'un enfant avec sa mère ne peut être génératrice de carence que si l'enfant est placé dans un milieu d'accueil ou l'interaction avec un substitut maternel est insuffisante ou si les épisodes de séparation sont fréquents et entraînant des ruptures relationnelles itératives, génératrice de l'appauvrissement des échanges. Avant son éventuel effet carenciel, la séparation peut réaliser une expérience traumatique.

Ainsi une séparation temporaire, suffisamment prolongée avec la mère, mais aussi avec l'environnement familial habituel entraîne-t-elle des réactions dont J. Robertson et J. Bowlby ont remarquablement décrit l'évolution en trois phases

_ phase de détresse, avec protestation active et bruyante, agitation, cri, pleurs, refus de se laisser approcher

_ phase de désespoir avec désarroi intense et état de retrait ;

_phase de détachement au cours de la quelle l'enfant accepte les soins de n'importe quel substitut maternel, semblant perdre tout attachement pour sa mère.

Si la mère revient, les réactions de l'enfant sont variables, notamment en fonction de la phase évolutive de ce processus : réaction d'attachement anxieux, agressivité manifeste au début, un certain désintérêt.

Tout finit par rentrer dans l'ordre, sans dommages apparents mais non sans une plus grande sensibilité aux séparations ou aux menaces de séparation ultérieures, si la séparation n'a pas été trop longue et si le milieu d'accueil a été de bon qualité.

En cas de séparation suffisamment prolongée et de défaut de soins compensateurs, on peut observer l'état stuporeux de retrait, appelé par R.Splitz « dépression anaclitique », voire les manifestations de l'hospitalisme si la carence massive se poursuit.

En effet, à partir d'une séparation initiale un cercle vicieux s'installe, aggravant constamment les choses, l'enfant devient moins interactif, répond moins aux sollicitations de son entourage ou bien adopte une position de dépendance plus ou moins clairement agressive.

L'angoisse se traduit souvent par des exigences jugées excessives, des craintes d'abandon, une vigilance exacerbée à l'égard des faits et gestes de leur entourage, un besoin de proximité avec l'adulte qui compromet toute initiative autonome.

Les enfants victimes de négligence développeraient dans près de 75 % des cas un style d'attachement anxieux/ ambivalent.

IX. Pronostic

*Critères de gravité :

*carences précoces (avant 1 an) et prolongées (au-delà de 6 mois)

*ruptures multiples

*négligence sévères

*abus sexuels

*diverses formes de distorsion relationnelle.

*Facteurs de protection :

La qualité des premiers liens, et surtout la suppléance exercée par des personnes « ressource » assurant à l'enfant un minimum d'investissement affectif continu.

D'autres facteurs d'environnement interfèrent pour infléchir dans un sens favorable ou non les compétences de l'enfant, il suffit parfois qu'un seul point d'appui soit offert pour éviter l'effondrement.

X-MESURES THÉRAPEUTIQUES :

***La reconnaissance de la souffrance de l'enfant dans ses diverses modalités d'expression :** C'est le premier temps thérapeutique déterminant. L'absence de détresse manifeste dans les formes torpides de carence risque pourtant d'en faire sous estimer les conséquences cliniquement moins flagrantes .

***Renforcement et amélioration qualitative de l'offre relationnelle :**

Il importe d'abord, quand les conditions le permettent, que soit tentée une psychothérapie mère-nourrisson propre à restaurer la mutualité des échanges. Mais la gravité de la situation de carence ou de négligence peut imposer le placement pour protéger l'enfant.

Or, cette mesure de séparation sociale ou judiciaire n'est pas thérapeutique en soi. Dans un tel contexte, l'enfant doit certes bénéficier d'un maternage ajusté à la nature de sa

souffrance et aux particularités de ses aménagements défensifs, mais aussi d'un dispositif d'écoute, d'accompagnement, et de soins.

Les services d'accueil familial thérapeutique, les jardins d'enfants spécialisés et diverses psychothérapies de groupe constituent quelques-unes des réponses adaptées à la prise en charge coordonnée de ces situations complexes.

XI-MESURES PRÉVENTIVES :

***Lutte contre les facteurs de carences au sein des structures d'accueil:**

-motiver le personnel des pouponnières pour développer une « relation privilégiée, stable et fiable » avec chacun des enfants.

-intérêt d'individualiser chaque bébé en valorisant son activité spontanée.

***Interventions préventives auprès des « familles à risque » :** Elles restent difficiles à mettre en œuvre.

CONCLUSION :

En pratique clinique, il est bien difficile d'observer des situations de carences pures, plusieurs facteurs de carence sont volontiers réunis et une distorsion qualitative de la relation est fréquemment associée.

De multiples mesures préventives doivent être prises afin de dépister précocement et de prévenir l'installation de carences affectives.