

Carence de soins maternels

Plan du cours

- I. Introduction
- II. Historique
- III. Sémiologie des carences de soin
- IV. Expressions cliniques
- V. Manifestations cliniques rattachables à une carence affective insidieuse et durable
- VI. Critères de gravité et facteurs de protection
- VII. Psychopathologie
- VIII. Prévention
- IX. Conclusion



I. Introduction

Les carences de soins regroupent divers types de désordre décrits sous divers types de dénominations: « syndrome de carence maternelle ou affective, de privation, de frustration précoce, d'abandon, de séparation ».

On désigne sous le nom de « carence de soins maternels » une situation dans laquelle l'enfant ne jouit pas de ce lien affectif.

Ce terme peut désigner une série de situations différentes.

Ainsi, l'enfant est dit carencé, même s'il vit dans sa famille, si sa mère(ou la personne faisant fonction de mère) s'avère incapable de l'entourer des soins affectueux dont ont besoin les jeunes enfants. L'enfant est également considéré comme carencé, si, quelle qu'en soit la raison, il se trouve séparé de sa mère.

Les conséquences de cette carence sont relativement bénignes s'il est soigné par quelqu'un dont il a déjà l'habitude et en qui il a confiance. Elles risquent d'être considérables si la mère nourricière, même affectueuse est une étrangère.

On distingue les carences aiguës, inhérentes à l'éloignement de la figure d'attachement, et les carences insidieuses liées à l'indisponibilité psychique ou aux fluctuations d'humeur de la mère ou de son substitut.

II. Historique

Spitz dans les années quarante a décrit ce qu'il appelé « la dépression anaclitique » et son évolution vers des désordres graves du développement chez les nourrissons élevés en institution.

Des études rétrospectives, cherchant à établir des liens entre troubles psychopathologiques du grand enfant et carences précoces, tendent à démontrer, sur le long terme, l'impact préjudiciable sur le développement affectif ou cognitif du manque d'apport affectif.

Dans un cahier de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), paru en 1961, Ainsworth fait état des carences intrafamiliales provoquées par la pauvreté des interactions entre des mères, ayant elles-mêmes souffert de carences précoces, et leurs nourrissons qui se trouvent de fait négligés, voire quasi «abandonnés au domicile ».

III. Sémiologie des carences affectives

A-Signes d'alerte chez le nourrisson :

- ▶ Un mauvais état général.
- ▶ La stagnation de la courbe pondérale.
- ▶ La sensibilité aux infections oto-rhino-laryngologiques (ORL),
- ▶ Les vomissements ou les diarrhées.
- ▶ Le retard psychomoteur souvent associé au retard de croissance.
- ▶ 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 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.
- ▶ Se développent instantanément des conduites d'attachement passionnel à l'égard de tout adulte manifestant un peu d'intérêt, ce qui est naturellement le cas en situation de consultation.
- ▶ L'enfant « carencé » instaure d'emblée un lien de familiarité, cherche à toucher le consultant, à s'agripper à lui, à l'imiter, s'emparer de ses attributs, ou à s'immiscer dans sa sphère privée.
- ▶ Une intolérance à la frustration, de brusques 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.

IV. Expressions cliniques

A-Manifestations réactionnelles directement provoquées par la séparation

Bien connues depuis les travaux de Spitz et Bowlby .

Les phases de protestation puis de désespoir se rencontrent banalement chez des enfants de 12 mois à 3 ans « éloignés de la figure maternelle à laquelle ils sont attachés et placés auprès d'étrangers dans un lieu inconnu».

Dès l'âge de 16 mois, un enfant semble pouvoir conserver en mémoire l'image d'un parent manquant et réactiver périodiquement les souvenirs des expériences de bien-être qui lui sont liées, De fait, pendant plusieurs semaines, l'enfant alterne souvent des moments de colère et de tristesse, et manifeste sa souffrance par ses conduites régressives ou d'opposition active face aux exigences éducatives des adultes chargés de suppléer l'absence de sa mère.

B-Séquelles à court terme

Ne sont habituellement pas très marquées après les retrouvailles avec la mère ou l'investissement d'une autre figure d'attachement suffisamment fiable et disponible.

Au-delà d'une période « sensitive » de quelques jours, les expériences brutales de séparation pourraient cependant prédisposer l'enfant à développer un mode d'attachement anxieux et ambivalent, voire à souffrir d'une angoisse de séparation plus ou moins invalidante.

C-Séquelles à long terme

Sont plus hypothétiques.

La morbidité psychiatrique serait plus élevée parmi les adultes ayant subi des deuils pendant leur enfance, mais il est probable que d'autres facteurs pathogènes concourent alors à accentuer la fragilité des sujets concernés.

V. Manifestations cliniques rattachables à une carence affective insidieuse et durable

Troubles affectifs
Manifestations somatiques
Troubles instrumentaux et cognitifs
Troubles du comportement

VI. Critères de gravité et facteurs de protection

► 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.

VII. Psychopathologie

Le débat théorique opposant la conception de Spitz sur la perte de l'objet libidinal et celle de Bowlby sur la perte de l'objet d'attachement a perdu de son actualité avec les nombreux travaux explorant la complexité des interrelations précoces.

Comme on l'a vu, le nourrisson peut souffrir de carence affective sans être physiquement séparé de sa mère, s'il ne bénéficie pas suffisamment de sa fonction de contenance.

C'est surtout l'absence de mutualité dans les échanges qui pourrait provoquer « une sous-alimentation narcissique primaire », faire obstacle à l'élaboration de la position dépressive et compromettre durablement le travail de séparation psychique.

En résulterait pour ces enfants « carencés » une insécurité profonde, une difficulté persistante à délimiter un espace psychique propre et, de fait, le maintien d'une économie psychique de type parasitaire, qui semble toujours « placée en dérivation » sur celle d'autrui.

VIII. Prévention

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

IX. 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

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.