

# **Les carences affectives précoce**s ( carences de soins maternels)

**Dr.Ferhati, Maitre assistante en pédopsychiatrie**

**Service de pédopsychiatrie - Ain abassa**

**24/11/2022**

**Actualisé le 22/11/2023**

## **Plan :**

**I.** Introduction-définition.

**II.** Objectifs pédagogiques.

**III .** Aperçu sur les interactions précoces.

**IV.** Les diverses situations de carence.

**V.** Manifestations cliniques.

**VI.** Psychopathologie.

**VII.** Implications curatives et préventives.

**VIII.** Conclusion.

## I. Introduction-définition:

On désigne sous le nom de « **carence de soins maternels** » une situation dans laquelle **l'enfant ne jouit pas du lien affectif**. Ce terme peut désigner une série de **situations différentes**.

**Terminologie:** carence de soins maternels, carences affectives précoces, insuffisance d'interaction mère-nourrisson.

On note une sémiologie riche avec **variabilité d'expression** allant jusqu'à l'hospitalisme.

La thérapie implique **le rétablissement de l'affect maternel** ; substitut maternel.

## II. Objectifs pédagogiques:

- Reconnaître les aspects précoce des interactions Mère – nourisson .
- Aborder les différentes situations de carence et leur impact.
- Aborder les travaux de Spitz , l'hospitalisme.
- Importance de la relation précoce mère-enfant et l'impact gravissime de la séparation sur la dynamique développementale .
- Prendre soins de **la diade ; mère-enfant** en soignant une maman avec pathologie psychiatrique dans le cadre d'**une vision familiale systémique**.

### **III . Aperçu sur les interactions précoces:**

- L'interaction mère-nourrisson 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.
- **Cette interaction** est initiée depuis la conception , s'étale durant la vie fœtale et s'élabore avec le développement de l'enfant. L'interaction mère-nourrisson constitue pour les humains, le prototype de toutes les formes d'échange.

- ▶ L'attachement :
- ▶ L'enfant grandit avec besoin de sécurité et de proximité avec sa figure d'attachement ( mère – caregiver); **la constitution du lien d'attachement avec la FA s'étale sur les 9 premiers mois du développement du bébé .**
- ▶ Dans cette théorie ; être attaché signifie « On se retourne vers cette personne spécifique en cas de détresse pour y trouver un sentiment de sécurité ».



Stress

## Le bébé

Système comportemental génétiquement déterminé  
( cri , pleurs, gazouillis , vocalises , mots ...)

La recherche du réconfort et de la sécurité

## Le caregiver (mère)

Garantir et permettre de maintenir les variations émotionnelles dans les limites de la normale .

Régulation émotionnelle en fonction des besoins

La réponse aux signaux grâce à une sécurité émotionnelle

- ▶ La spirale du parenting dépend :
  - **L'expérience des parents** ( +, - ) refoulée et qui sera ravivée inconsciemment qu'on aura un bébé.
  - **Le comportement du bébé** ( émergence de l'intersubjectivité).
  - **L'attitude de l'entourage familial** .
- ▶ La grande famille permet de fournir une aide cruciale aux jeunes couples parentaux ( l'expérience , les soins primaires , la réponse aux signaux du bébé).
- ▶ Système familial :

- Dès la naissance , le bébé a un répertoire comportemental inné qui lui permet d'obtenir cette proximité avec le caregiver, d'alerter la FA sur l'intérêt à l'interaction .
- Ce système comportemental est fait de :

**Dialogue tonique** : La manière dont la maman tient et manipule le bébé , et la façon dont celui-ci y réagit. Ainsi le bébé prend des initiatives motrices et posturales .

**Interactions visuelles**: l'échange de regard est le mode de communication privilégié entre le bébé et sa mère ( discrimination des visages) . Ce regard mutuel est à l'origine de sentiments très intenses chez le bébé et sa mère ( se sent reconnue et ça renforce ses capacités de parenting) .

**Interactions auditives et langagières**: la voix est reconnue dès la vie fœtale , elle véhicule ses préoccupations et ses fantasmes et tout ce qu'elle perçoit des ressentis du bébé.

Bébé : Cri , Sourire social , gazouillis , vocalisations , mots .

Mère : rythme , prosodie et intonations / la valeur sémantique.

- ▶ Les 2 parents contribuent dans le développement de leur enfant non seulement la mère comme insistent les psychanalystes .
- ▶ **Interaction père-nourrisson :**

Le rôle du père se développe dans 2 directions:

- une fonction de liaison et de base de sécurité pour la mère et le bébé.**
- Une fonction d'équilibration** de la relation dans un second temps ; cette triangulation permet la séparation des fonctionnements psychiques de la mère et du bébé pour éviter une éventuelle prise de possession du fonctionnement psychique.

### **III. Les diverses situations de carence:**

- Le nourrisson vit dans **une institution** : pouponnière, hôpital , pas de substitut maternel suffisant.
- Le nourrisson vit avec sa mère ou un substitut maternel permanent, mais n'en **reçoit pas d'apports suffisants (ex; mère dépressive)**.
- Le nourrisson est incapable d'avoir une figure maternelle , il est dans l'incapacité à assumer des échanges suffisants à cause **des ruptures antérieures répétées** avec ses figures d'attachement.

## **IV. Manifestations cliniques:**

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

Les situations de carence vont se répercuter sur **la santé somatique de l'enfant** et vont interférer avec **sa cinétique développementale**.

Les symptômes dépendent de **l'âge** et des **caractéristiques du nourrisson ( vulnérabilité ) , la durée, le mode et l'intensité de la situation de carence, la qualité de la relation avant l'installation de la carence.**

## **Tableau de description : carence prolongée et importante**

**1/ Troubles physiques:** fréquents

**Troubles alimentaires:** anorexie, boulimie, mérycisme...

**Troubles du sommeil :** insomnie , hypersomnie...

**Sensibilité aux infections ORL :** indépendamment des conditions d'hygiène.

**Les retards staturaux :** liés à des situations de frustration affective majeure et non imputables à une carence nutritionnelle.

## 2/ retard du développement psychomoteur :

La carence interfère avec la dynamique développementale tout en tenant compte de l'âge de l'exposition.

Un retard dans le domaine du développement des grandes fonctions « dites instrumentales »; motricité, langage , intelligence. Ce retard donne un aspect d'allure déficitaire au tableau clinique ; **retard global du développement**.

R.Spitz a constaté **une dégradation rapide du quotient du développement** chez un groupe de **6** enfants vivants de façon permanente dans une structure qui assurait des soins parfaits sur le plan d'hygiène, mais très limités dans le temps et de manière impersonnelle .

### **3/ sur le plan relationnel et affectif :**

L'enfant manifeste peu d' intérêt pour tout ce qui se passe autour de lui : Inertie, Apathie , Repli sur soi , Absence de jeu , manifestations auto-érotiques qui peuvent ensuite disparaître ; l'enfant ne pouvant même plus prendre son corps comme objet de plaisir.

Etat de stupeur catatonique , les pauses inhabituelles et bizarres des doigts et des mains.

Tableau majeur : l'hospitalisme sévère secondaire à une situation de carence affective sévère et prolongée.

Etude de Spitz sur 123 enfants placés dans une pouponnière avec des conditions d'hygiène excellentes. Ces enfants furent l'objet d'une observation pendant **un an** et qui étaient élevés dans cette pouponnière par leurs propres mères sous contrôle des nurses diplômées . Plus de la moitié de ces enfants , pour des raisons accidentelles , durent être séparés de leurs mères. Les conséquences de cette séparation furent , dans une plus ou moins grande mesure, les mêmes pour 19 de ces enfants.

La moyenne de ces enfants présentait un développement satisfaisant. Les enfants qu'ils ont observés après la séparation d'avec leur mères présentaient les caractéristiques cliniques suivantes:

- ▶ Séparation durant **1 mois** : L'enfant présente une attitude exigeante avec des tendances pleurnichantes. Il se cramponne à toute personne qui s'approche ; relations sociales préservées par rapport aux autres domaines (**détresse et protestation**).
- ▶ Après une **séparation de deux mois** : Le tableau change avec un refus de contact manifeste. L'enfant fait un retrait et manifeste de l'anxiété à l'approche de personnes adultes. Cette anxiété est différente de l'angoisse de l'étranger ( 8 mois) qui est facilement apaisée par le caregiver . Chez les enfants séparés plus de 2 mois , il devient impossible de calmer les glapissements de l'enfant avec des hurlements désespérés à tout essai de contact (**désespoir**).



► **Dans le 3<sup>ème</sup> mois :** l'enfant présente la position pathognomonique: couché à plat ventre pendant la plus grande partie de la journée, il se désintéresse de son entourage et refuse de réagir à tout essai de prise de contact. Cette position risque des lésions irréparables de la psyché.

Cassure de la courbe staturopondérale , insomnie , infections , accidents , brûlures , contusions, bosses et petites blessures...

Cette séparation et ses conséquences ; à cause de sa similitude avec les états mélancoliques chez les adultes ; ce tableau clinique représente **la dépression anaclytique.**

### ► A partir du 4<sup>ème</sup> mois de la séparation : tableau d'hospitalisme

le processus a tendance à s'empirer. L'expression faciale devient figée; **une rigidité mimique avec un regard immobile et lointain** ; ils semblent être pris dans une espèce de **stupeur** qui rappelle une confusion mentale. Les **pleurs sont remplacés par des vagissements** , le niveau de développement commence à régresser en dessous du développement atteint lors de la séparation et l'installation des altérations psychosomatiques ( **marasme...**).

► Ce tableau d' **hospitalisme** peut y avoir lieu lors des séparations ayant lieu pendant **la deuxième moitié de la première année qui dépassent un mois** et qui ont tendance à causer des dégâts irréversibles.

## V. Psychopathologie :

On note un défaut dans la construction d'un sentiment d'identité , empêchant l'émergence d'un sujet assumant ses désirs et l'appropriation de sa pensée.

Les auteurs ( Spitz, Bowlby) insistent sur la gravité des troubles que l'on ne peut pas uniquement évoquer en terme de retard des acquisitions des fonctions instrumentales ou ranger sur le seul signe du déficit , mais plutôt considérer comme **une atteinte globale**, comme on l'entend dans un autre trouble envahissant du développement.

C'est la construction de l'identité qui est touchée entraînant des distorsions au stade ultérieur ; c'est l'étayage des pulsions , leur tonicité , leurs représentations qui sont atteintes ; la relation d'objet est obérée ; toute la structure psychique est affectée.

## **VI. Implications curatives et préventives:**

- ▶ **La consultation thérapeutique** : analyse de la triade : père, mère et bébé , les capacités de verbalisation , la prise de conscience de la situation , simulation de séquences interactives.
- ▶ **NBAS:** Echelle d'évaluation du comportement du nouveau né  
Autant que **thérapeute**: on va médier cette relation pour aider les parents à comprendre leur bébé , découvrir et donner confiance à leurs capacités. ( l'intervention précoce via le NBAS). Signes ..... Procurer le nécessaire.
- ▶ Travailler les relations avec la famille élargie ( grands-mères, tantes , grands pères ..), ceci permet d'appuyer et d'éprouver une sécurité psychique notamment par le sentiment de confiance et la sécurité émotionnelle .

- ▶ Il est d'un intérêt vital pour les nourrissons de familles carencées d'œuvrer simultanément dans 2 directions :
  - Développer les soins des nourrissons et de la fonction parentale précoce dans des centres de jour équipés à cet effet ( accompagnement psychothérapeutique) .
  - Equiper les lieux d'accueil en internat de façon non seulement à en éradiquer les facteurs de carence , mais aussi à introduire des programmes thérapeutiques pour soigner et traiter la fonction parentale précoce.

- ▶ L'éradication de l'état de carence dans le milieu d'accueil de l'enfant ( hôpital, pouponnière...) par la présence d'un personnel compétent  
**( réponses adéquates aux signaux de l'enfant , et la constance et la régularité des réponses associées à la parole).**
- ▶ Réaliser un maternage de qualité ; en accompagnant réellement le nourrisson dans sa découverte de lui-même et du monde extérieur.

## **VII. 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.

**Merci pour votre attention**