

# **CARENCES DE SOINS MATERNELS**

**Pr Seddik BEKKOU**, Maître de conférences classe « A » en pédopsychiatrie à l'EHS en psychiatrie Mahfoud BOUCEBCI, Chéraga, Alger.

Cours aux étudiants en 5<sup>e</sup> année médecine, module santé mentale, le 03/07/2023.

## **LES OBJECTIFS DU COURS :**

1. Décrire les conséquences des carences affectives et des séparations sur le développement (à partir des travaux de Spitz et de Bowlby sur l'importance des premiers soins donnés aux bébés et sur le lien d'attachement).
2. Définir la notion d'hospitalisme de Spitz

## **PLAN DU COURS :**

- I. Introduction.
- II. Définition.
- III. Les situations de carence.
- IV. Les conséquences des carences affectives.
- V. Carence et attachement.
- VI. Carence et maturation cérébrale.
- VII. Prise en charge et prévention.
- VIII. Conclusion.  
Bibliographie.

### **I. INTRODUCTION :**

Donald Winnicott (un pédiatre et psychanalyste britannique 1896-1971) disait en 1978 qu'il n'existe pas d'enfant sans parents. Cette expression illustre bien l'importance de la famille et en particulier les parents, plus exceptionnellement la mère, dans la vie de l'enfant et sa survie. C'est pour cette raison il y a un grand intérêt des professionnels et chercheurs dans le domaine de la petite enfance pour l'interaction mère-enfant. Parmi les anomalies de cette interaction, la carence de soins maternels, appelé aussi parfois « carence affective » [1] a fait l'objet de beaucoup d'études et publications notamment depuis la deuxième moitié du 20<sup>e</sup> siècle [2].

### **II. DEFINITIONS :**

La carence affective désigne un manque ou insuffisance d'affection (SYLLAMY N, 1999). [3] C'est une expérience pathogène qu'un nourrisson peut vivre et qui relève d'un manque quantitatif pour l'enfant, d'une insuffisance d'interaction entre lui et sa mère. [1]

Cliniquement il faut différencier la carence (qui est un manque quantitatif de l'interaction mère-enfant) de la séparation (qui est la rupture du lien mère-enfant). [2]

### **III. LES SITUATIONS DE CARENCE.**

Essentiellement trois situations de carence ont été décrites :

- A. **LE NOURRISSON VIT DANS UNE INSTITUTION** (collectivités d'enfants comme les pouponnières, l'hôpital...) où il ne trouve pas de substitut maternel approprié et où il reçoit un maternage insuffisant.
- B. **LE NOURRISSON VIT AVEC SA MERE** ou avec un substitut maternel permanent mais n'en reçoit pas d'apport suffisant.
- C. **LE NOURRISSON EST DANS L'INCAPACITE D'AVOIR AVEC UNE FIGURE MATERNELLE** pourtant présente et disponible, des échanges suffisants en raison des ruptures antérieures répétées qu'il a eu dans ses liens avec des figures maternelles. [4]

### **IV. LES CONSEQUENCES DES CARENCES AFFECTIVES.**

#### **A. CHEZ LE NOURRISSON ET L'ENFANT DE MOINS DE 3ANS :**

- a. **La dépression anaclitique et l'hospitalisme** (décrits par R. SPITZ, psychiatre et psychanalyste américain d'origine hongroise 1887-1974)

René SPITZ a étudié des comportements d'enfants qui étaient séparés brutalement de leurs mères à partir de l'âge de 6 mois et placés dans pouponnières. Il a décrit une symptomatologie évoluant en trois phases :

1. La première phase correspond au 1<sup>er</sup> mois de séparation : les enfants pleurent et s'agrippent aux adultes qui s'occupent d'eux.
2. La deuxième phase correspond au 2<sup>e</sup> mois : les enfants geignent, perdent du poids et leur développement psychomoteur est ralenti.
3. La Troisième phase qui concerne les mois suivants : les enfants refusent le contact humain, ils deviennent apathiques. Le développement psychomoteur s'effondre et des troubles somatique ainsi que des stéréotypés apparaissent.

Au-delà de 5mois d'évolution cette symptomatologie peut être irréversible et évoluer vers **l'hospitalisme** qui se manifeste par :

- Une stupeur catatonique ;
- Effondrement du développement ;
- Désintérêt pour le contact humain ;
- Perte de l'appétit ;
- Des stéréotypies gestuelles ;
- Sensibilité aux infections intercurrentes.

b. **La triade Dépression-désespoir-détachement décrite par BOWLBY :**

Cette triade est proche de celle décrite par SPITZ : après la séparation de la mère, l'enfant réagit en passant par les étapes suivantes :

1. La détresse : manifestation bruyante de l'enfant.
  2. Le désespoir : accalmie plus ou moins silencieuse ;
  3. Détachement : qui peut paraître faussement une adaptation à la situation.
- c. **Le retrait relationnel décrit par GUEDENEY (pédopsychiatre française) :** Elle a proposé une échelle de dépistage du retrait relationnel précoce qui associe :
- Une pauvreté de la mimique, du contact visuel, de l'activité spontanée, des vocalises, des réponses aux stimulations, de l'aptitude à rentrer en relation.
  - Gestes d'autostimulation fréquents et sans plaisir. [2]

**B. CHEZ L'ENFANT AGE DE PLUS DE 3ANS :**

Un paradoxe a été noté entre les demandes permanentes d'affection de ces enfants et leur difficulté à fixer une relation stable avec un adulte qui est prêt à les accueillir.

Les difficultés affectives décrites chez ces enfants carencés sont :

1. **L'avidité affective** : marquée par :
  - Une recherche du contact physique.
  - L'inconsistance affective et l'indifférence aux marques d'affection quand elles ne sont pas de leurs initiatives.
2. **Angoisse d'abandon** qui apparaît devant :
  - Toute situation entraînant un changement de lieu, de personne ou de temps et qui suscite une angoisse importante qui est souvent exprimée violemment.
  - Une frustration.
3. **Des variations émotionnelles** : Une demande exclusive d'attention peut succéder brutalement à des manifestations de rejet et d'agressivité.
4. **Attachement inconstant aux personnes et aux objets** : Une personne ou un objet investi peut être brutalement oublié, agressé ou détruit.
5. **Phénomène de brisure relationnelle** : Tout apport d'affection est perçu comme dérisoire et menaçant, rappelant le manque et la crainte d'être abandonné, entraînant dépit et agressivité.
6. **L'agressivité** : Fréquente, impulsive et sous-tendue par la peur d'être abandonné.
7. **Les vols** : sont fréquents en raison du faible niveau de tolérance à la frustration, de la recherche de la satisfaction immédiate, de la pauvreté de l'intériorisation des règles morales. Tout comme les personnes, les objets volés ne sont pas investis mais perdus, jetés, donnés ou détruits.
8. **Les régressions** : balancement, énurésie, encoprésie...
9. **Les somatisations** : sont fréquentes : maux de tête, douleurs abdominales, refus alimentaire, nausées.

Outre leurs difficultés affectives, ces enfants présentent très fréquemment des difficultés cognitives gênant les apprentissages scolaires et des retards staturopondéraux importants qu'on appelait « nanisme psychologique ». [2]

## **V. CARENCE AFFECTIVE ET ATTACHEMENT.**

Les styles d'attachement retrouvés chez les enfants carencés vont des attachements inséculres (anxieux et évitant) à des attachements désorganisés pour ceux qui ont pu construire à certaine période de leur vie, même de manière temporaire, des relations avec un adulte en position parentale.

Les enfants carencés vont présenter des troubles divers de l'attachement notamment le trouble de l'absence de l'attachement. Ces troubles vont à leur tour faire le lit pour des troubles psychopathologiques ultérieurs difficiles à traiter. [2]

## **VI. CARENCE AFFECTIVE ET MATURATION CEREbraLE.**

Des études ont prouvé que le câblage des neurones ne se fait pas de manière adéquate lorsque l'environnement de l'enfant est source de stress pour lui. Le stress chronique chez le nourrisson entraîne une sécrétion accrue du cortisol. Cette hormone a un impact toxique sur le développement du cerveau, en particulier au niveau de l'hippocampe, structure cérébrale qui contient le plus grand nombre de récepteur au cortisol. [2] L'hippocampe est une structure cérébrale qui joue un rôle crucial dans la gestion des émotions.

## **VII. PRISE EN CHARGE ET PREVENTION.**

A. **LA PRISE EN CHARGE DES CARENCES AFFECTIVES** : Elle peut se faire par des mesures différentes en fonction de l'état socioaffectif des parents :

1. Dans les cas où les parents, en particulier la mère, souffrent de difficultés psychologiques ou relationnels légère à moyenne, un travail thérapeutique avec eux peut se faire soit en les prenant en charge à titre individuel et/ou en faisant une thérapie mère-enfant (ou parent-enfant) qui va viser à amener le parent à améliorer progressivement sa manière d'interagir avec son enfant.
2. Dans le cas où les parents présentent des difficultés graves qui exposent l'enfant à un danger permanent et qui rendent un travail thérapeutique difficile avec eux, la séparation de l'enfant de sa famille peut être envisagée pour le mettre temporairement ou définitivement, en fonctions des cas, dans une institution d'accueil pour enfants en danger, ou bien dans des familles d'accueil. Mais cette mesure de placement nécessite un grand travail d'humanisation de ces institutions et peut-être préférer des familles d'accueil quand elles sont assez équilibrées elles aussi. Mais penser aussi, même dans ces cas, à faire un travail thérapeutique auprès des parents et même parent-enfant quand cela est possible. [4]

## **B. LA PREVENTION :**

- **La prévention primaire** peut concerner les couples qui envisagent d'avoir un enfant. Une éducation à la parentalité peut les sensibiliser aux erreurs à ne pas commettre à l'égard leur future enfant et aux meilleures mesures de soins affectifs en plus des soins physiques à lui donner. Dans ce sens, les professionnels dans ce domaine et les médias ont un grand rôle à jouer.
- **La prévention secondaire** peut concerner la détection des situations à risque de carence affective pour les enfants, notamment quand le ou les parents sont dans une détresse psychologique et/ou sociale, et d'agir rapidement auprès de ces familles dès la naissance de l'enfant par les différentes mesures de protection de l'enfant par la prise en charge des parents et/ou placement de l'enfant.
- **La prévention tertiaire** concerne le dépistage précoce des enfants qui sont en début de situation de carences de soins maternels et d'intervenir précocement pour éviter l'installation des carences graves qui sont souvent de lourde conséquences.

## **CONCLUSION :**

Pour les médecins qui auront à travailler avec les enfants, les situations de carence de soins maternels sont importantes à connaître pour les prévenir, les diagnostiquer et les prendre en charge précocement, Leur importance ne réside non seulement dans le fait qu'elle crée une souffrance pour l'enfant et sa famille mais aussi elles constituent un terrain propice qui prédispose aux développements de multiples troubles mentaux à la période d'adolescence et à l'âge adulte.

## **BIBLIOGRAPHIE :**

1. MAZET P., STOLERU S. : Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant, Editions Masson, Paris, 2003.
2. DANION-GRILLIAT A. BURSZTEJN C. : Psychiatrie de l'Enfant, édition Lavoisier, Paris 2011.
3. SYLLAMY N. : Dictionnaire de psychologie, Edition Larousse, Paris France, 1999 ;
4. FERRARI P. : Traité européen de psychiatrie et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, édition Lavoisier, Paris 2013.