

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2011

N° 69

THESE
Pour le

DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

D.E.S de MEDECINE GENERALE

Par

Lucie MOULAIRE

Née le 14 janvier 1983 à Pithiviers (45)

Présentée et soutenue publiquement le 03 octobre 2011

**« DIAGNOSTIC ET PREVENTION DES CARENCES AFFECTIVES
CHEZ LE NOURRISSON
UNE ENQUETE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES DE LOIRE ATLANTIQUE. »**

Président : Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Directrice de thèse : Madame le Docteur Françoise TENDRON

Sommaire

I.	Introduction.....	4
II.	Matériel et Méthode :	7
A.	Méthode utilisée :	7
B.	Population et corpus :	7
C.	Réalisation des entretiens :	9
D.	Analyse du discours :	10
III.	Résultats	11
A.	Information et formation :	11
B.	La vision de la carence des médecins généralistes :	11
C.	Signes de carence affective chez le nourrisson :	11
1)	Signes observés lors de l'examen du nourrisson	11
2)	Anomalies de la relation mère/enfant.....	12
D.	Conséquences des carences.....	12
1)	Sur les enfants.....	12
2)	Sur les adultes :	12
E.	Contextes socio-économiques :	13
F.	Répétition des schémas :	13
G.	Expérience personnelle	13
H.	Prise en charge de la carence par les médecins généralistes :	14
I.	Travail des médecins généralistes avec la PMI :	14
J.	Besoin d'information :	15
IV.	Discussion	16
A.	Le diagnostic des carences affectives chez le nourrisson :	16
1)	Connaissance de la carence affective par les médecins généralistes:.....	16
2)	Diagnostic clinique de la carence affective chez le nourrisson.....	17
3)	Conséquences des carences :	20
4)	Prévalence de la carence affective :	23
B.	Prévention des carences affectives :	23
1)	Prévention primaire :	24
2)	Prévention secondaire :	26
3)	Prévention tertiaire.....	27
V.	Conclusion	28
VI.	Bibliographie.....	30

Table des abréviations :

CAMPS : Centre d'action médico-sociale précoce

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNP : Centre Nantais de la Parentalité

DU : Diplôme Universitaire

FMC : Formation Médicale Continue

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

QI : Quotient Intellectuel

RCIU : Retard de croissance intra-utérin

UGOMPS : Unité de Gynéco-Obstétrique Médico-Psycho-Sociale

I. Introduction

Les carences affectives sont définies par Michel Lemay, pédopsychiatre de l'Hôpital Sainte-Justine à Montréal [1] , comme :

" Un trouble grave, précoce et durable du développement, qui risque d'apparaître quand un petit enfant, âgé généralement de moins de trois ans, n'a pu établir ses premiers liens d'attachement et n'a pas pu construire ses premières relations d'investissement avec des personnes significatives et lorsque ce manque redoutable de départ n'a pas été réparé soit par la famille originelle, soit par des parents substitutifs".

Ces carences affectives peuvent avoir des conséquences cliniques qui ont fait l'objet de quelques études approfondies plutôt méconnues.

Dans les années quarante R.A. Spitz [2] réalise une étude sur des enfants de moins de un an privés de soins maternels particulièrement dans deux institutions, une « pouponnière » et une agence d'adoption. Ses observations mènent à la notion de « maladies par carences affectives ». Il décrit deux syndromes : « la dépression anaclitique » lorsque la mère n'est absente que transitoirement et l' « hospitalisme » ou carence affective totale lorsque l'absence est supérieure à cinq mois. Il décrit d'importants troubles du développement psychomoteur proportionnels à la durée de l'absence et des troubles relationnels chez les nourrissons. Il constate également un nombre important de décès chez les enfants étudiés souffrant de cette « maladie ». Il sera ainsi le premier à décrire les conséquences graves de la défaillance de la relation mère/enfant.

Mais R. A. Spitz ne décrit la « maladie de carence affective » que dans le cas où il y a une absence de soins maternels, le cas d'une relation toxique est pour lui quelque chose de différent.

L'étude de ces relations toxiques est reprise par D.W .Winnicott [3] et [4] . Celui-ci décrit le concept de « good enough mother », de « mère suffisamment bonne », nécessaire au développement du nourrisson. Ce concept se compose des notions de *handling* c'est-à-dire la manière dont l'enfant est traité, soigné et manipulé, de *holding* qui signifie le maintien, la façon dont est porté l'enfant physiquement et psychologiquement et d'*object presenting* qui est la façon dont est présentée la réalité à l'enfant via son environnement. Si ces comportements font défaut ou ne sont pas adaptés on observe des signes de carence. Ainsi même en présence de parents on peut observer des carences affectives avec expression clinique.

Les liens mère/nourrisson ont également été étudiés par John Bowlby [5] qui suggère la théorie de l'attachement. Celle-ci a pour principe de base qu'un jeune enfant a besoin, pour connaître un développement social et émotionnel normal, d'établir une relation d'attachement avec au moins une personne qui prenne soin de lui de façon cohérente et continue (« caregiver »). Ce concept sera approfondi par M. Ainsworth [6] qui décrira trois schèmes d'attachement dans la petite enfance : l'attachement sécure qui correspondrait synthétiquement à une bonne relation mère/enfant et les attachements insécure (anxieux-

ambivalent ou anxieux-évitant) qui correspondent à des défauts d'attachement. Un quatrième schème est par la suite décrit par Mary Main et son équipe à l'université de Californie à Berkeley [7] : l'attachement insécurisé désorganisé-désorienté. C'est dans les situations d'attachement insécurisé que l'on voit apparaître des signes cliniques pouvant être reliés aux signes de carence.

Plus récemment la notion de carence affective a été étudiée par les neurosciences [8] . Il est notamment établi qu'une carence affective peut être à l'origine d'un retard staturo-pondéral et que celui-ci est réversible lorsque l'enfant est placé dans un milieu non carencé [9] .

Les études chez les enfants placés dans les orphelinats Roumains [10] ont permis d'établir que les enfants carencés, s'ils peuvent récupérer au niveau staturo-pondéral, gardent des déficits pour ce qui est du périmètre crânien et du QI, déficits d'autant plus importants que la durée de carence a été longue.

Il a par ailleurs été démontré qu'un enfant évoluant dans un milieu favorisant les carences voit son sommeil perturbé avec une disparition du sommeil lent profond [11] , phase de sommeil pendant laquelle l'hormone de croissance est sécrétée, le sommeil revenant à la normale lorsque l'enfant est de nouveau dans un milieu sécurisé.

La carence aurait également des effets directement au niveau du cerveau [12] puisqu'on constate une diminution d'épaisseur de faisceau(x) de fibres nerveuses chez les enfants Roumains ayant eut une carence précoce ainsi qu'une diminution de leur métabolisme cérébral dans certaines zones impliquées dans les émotions. Sachant qu'il y a une surproduction de synapses la première année de vie [13] avec un pic se situant entre 8 et 15 mois, ce sont réellement les carences précoces qui seraient à l'origine de ces troubles.

Par ailleurs lors des situations de carence on observe des phénomènes épigénétiques [14] [15] avec une sur-méthylation du gène promoteur du récepteur aux glucocorticoïdes, ceci est à l'origine d'un moins bon contrôle de leur sécrétion de corticostérone et se traduit cliniquement par une réponse au stress mal adaptée.

Les carences affectives chez le nourrisson ont donc des conséquences graves tant sur la sphère psychologique que biologique qui n'apparaissent pas seulement en cas d'absence de parents mais aussi en cas de défaillance des relations complexes parent-enfant.

En droit français, et ce depuis plus de vingt ans, les négligences parentales sont condamnées au même titre que toute autre forme de maltraitance. La notion de négligence parentale comprend la négligence affective et la négligence physique (défaut de soins d'hygiène, d'habillement) qui sont bien souvent intriquées. La carence affective est donc en lien direct avec une absence de soins. C'est la forme de maltraitance la plus floue mais également la plus fréquente.

C'est ce que met en évidence une étude canadienne de 2008 [16] , en constatant un nombre de cas corroborés de négligence parentale de 4,81 %. Cette proportion serait même doublée en prenant en compte les cas soupçonnés et non corroborés.

Il n'existe pas de travail similaire en France mais en s'appuyant sur cette étude d'un pays occidentalisé on pourrait soupçonner que la prévalence des négligences parentales et carences affectives qui en découlent y est également importante et ce d'autant plus qu'un grand nombre des cas n'est pas déclaré.

La prévalence des carences affectives et les graves conséquences induites en font un réel problème de santé publique.

Le diagnostic doit donc être précoce pour pouvoir mettre en place une prise en charge adaptée. Chez les nourrissons carencés plusieurs signes cliniques peuvent alerter [17] , des signes de souffrance ou des anomalies dans la relation mère/enfant qui peuvent permettre un dépistage précoce.

De plus les familles à risque de carence ont des caractéristiques communes [18] . Savoir les repérer peut aider au dépistage, voire même à en prévenir l'apparition si on agit assez en amont.

Le médecin généraliste, non seulement connaît bien ses patients, mais est souvent informé du contexte socio-économique dans lequel ils vivent et de leurs histoires familiales. Par ailleurs, avec la démographie médicale actuelle il est de plus en plus amené à faire seul le suivi des nourrissons. Il pourrait donc avoir un rôle essentiel dans le dépistage et la prévention des carences affectives.

Nous proposerons ainsi la problématique suivante : les médecins généralistes peuvent-ils faire ce travail de diagnostic et de prévention ?

Nous poserons en hypothèse que les médecins généralistes n'ont pas les connaissances suffisantes leur permettant de faire le diagnostic de carence affective ni de faire une prévention efficace.

Dans une première partie nous aborderons la méthode et le matériel utilisés afin de tester cette hypothèse. Puis il sera présenté les résultats dans une seconde partie. Et enfin une troisième partie de discussion confrontera les résultats obtenus aux données bibliographiques actuelles afin de répondre à notre problématique.

II. Matériel et Méthode :

A. Méthode utilisée :

Pour recueillir les données il a été décidé d'utiliser l'enquête par entretien. Notre étude portant sur la représentation qu'avaient les médecins généralistes de la carence et sur leurs pratiques à ce sujet, il était important de recueillir des données qualitatives et non quantitatives. En ce sens l'enquête par entretien est pertinente puisqu'elle permet de mettre en évidence les systèmes de valeurs et les repères normatifs à partir desquels les acteurs s'orientent et se déterminent et qu'elle a pour spécificité de rapporter les idées à l'expérience du sujet.

Pour notre sujet l'enquête par entretien est à usage exploratoire afin de compléter les pistes de travail suggérées par les lectures et le travail bibliographique et de pouvoir au mieux répondre à la problématique.

B. Population et corpus :

Il a été décidé d'interroger des médecins généralistes sélectionnés pour former un échantillon varié illustrant différentes pratiques. Ils ont donc été sélectionnés en fonction de leur lieu d'exercice (rural, urbain, semi-urbain, zone d'exercice à population en difficulté), de leur date d'installation (jeune installé ou non), de leurs pratiques annexes (enseignement, PMI, SOS médecin) et de leur sexe. Chaque catégorie a été représentée par au moins un médecin.

Les médecins ont été contactés par mail, peu d'explications étant fournies dans le mail afin de ne pas biaiser les entretiens. Une soixantaine de médecins a été sollicitée, nombreux sont ceux qui ont refusé l'entretien.

Les médecins contactés sont principalement des médecins accueillant des internes stagiaires ainsi que des médecins enseignants qui sont plus disposés à accepter de participer au travail de thèse.

Onze médecins ont participé à l'enquête, deux d'entre eux n'étant pas installés comme médecins généralistes : un médecin travaillant à SOS médecin et un travaillant dans un centre pour personnes en grande difficulté. Pour ce dernier, sa pratique ne le menant pas à traiter des enfants ni à faire des suivis de nourrissons, la grille d'entretien n'a pu être utilisée et donc l'entretien, inexploitable, a été exclu de l'enquête.

Tous les médecins rencontrés participaient régulièrement à des formations médicales continues. Afin de respecter leur anonymat les médecins se sont vus attribuer des numéros de 1 à 10. Ils seront ainsi nommés M1 à M10. Leurs caractéristiques sont résumées dans le Tableau 1 qui suit.

Tableau 1: Caractéristiques des médecins rencontrés

	Sexe	Date d'installation	Zone d'installation	Patientelle défavorisée	Pratiques annexes	Maitre de stage	Suivi de grossesses	Suivi de nourrissons
Médecin 1	Femme	1998	Urbain	Partiellement	Hypnose, psychologie, acupuncture	Oui	Oui	Oui
Médecin 2	Femme	1980	Urbain	Peu	Homéopathie	Oui	oui	oui
Médecin 3	Femme	2009	Semi-rural	Importante	0	non	peu	Oui
Médecin 4	Femme	1979	Semi-rural	Peu	Enseignement	Oui	Oui	Oui
Médecin 5	Femme	1989	Rural	Partiellement	Médecine du sport	Oui	oui	Oui
Médecin 6	Homme	1997	Semi-rural	Partiellement	0	Oui	Oui	Oui
Médecin 7	Homme	1978	Semi-rural	Peu	Enseignement	Oui	Oui	Oui
Médecin 8	Femme	1999	Urbain	Importante	Médecin à médecin du monde, en crèche, en médecine préventive	Oui	Oui	Oui
Médecin 9	Homme	1989	Urbain	Importante	½ journée par semaine en PMI, enseignement	Oui	Oui	Oui
Médecin 10	Homme	1986 à SOS médecin	Urbain	Variable	Médecin du sport	Oui	Non	Pas de suivi mais intervient Souvent auprès de nourrissons

C. Réalisation des entretiens :

Les entretiens ont été réalisés sur les lieux de travail des médecins, la durée annoncée était de 30 minutes pour des enregistrements de 17,04 minutes en moyenne. Les entretiens étaient de type directif pour pouvoir aborder les différents thèmes choisis autour du sujet des carences affectives du nourrisson. Afin de ne pas orienter leurs réponses, les interventions ont été limitées au maximum.

Avant de recueillir les données, un entretien exploratoire a été réalisé pour tester la grille d'entretien qui suit:

1. Avez-vous déjà reçu ou cherché des informations, des formations sur le thème des carences affectives du nourrisson?
2. Savez-vous quelle peut en être l'expression clinique, quels signes rechercher?
3. Connaissez-vous les conséquences que la carence du nourrisson peut avoir chez l'enfant plus grand puis à l'âge adulte?
4. Pensez-vous qu'il y ait un contexte socio-économique favorisant, une répétition des schémas?
5. Avez-vous déjà été confronté à des cas de carence ?
6. Avez-vous su quoi faire? / Sauriez vous quoi faire, qui contacter?
7. Seriez-vous intéressé par plus d'information, sous forme de formation ou sous format papier?

L'entretien exploratoire a été réalisé avec M1. Suite à cela un nouveau thème, apparaissant alors important, a été ajouté à la grille d'entretien entre les questions 6 et 7 :

6bis. Avez-vous déjà travaillé avec la PMI ?

Au cours des entretiens, les questions ont été posées pour introduire de nouveaux thèmes et relancer le discours lorsque le thème précédent était épuisé. La formulation des questions a été pensée afin que les médecins ne se sentent pas évalués et jugés et l'ordre des questions a été adapté à chaque médecin afin de ne pas rompre la continuité de l'entretien.

D. Analyse du discours :

Elle est faite à partir de l'ensemble des discours produits par l'interviewer et les interviewés, retranscrits de manière littérale, qui forme le corpus. (Voir annexe 1 : corpus)
Il a été fait une analyse thématique des discours consistant à découper transversalement tout le corpus. Les thèmes, qui représentent donc l'unité de découpage, ont été décidés à partir de nos hypothèses de départ et chacun est défini par la grille d'analyse élaborée empiriquement.

Cette méthode permet ainsi une analyse globale et homogène du corpus

Voici la grille d'analyse utilisée :

Tableau 2: Grille d'analyse utilisée

		Réponses des médecins
Information/formation sur les carences		
Vision de la carence		
Expression clinique, signes recherchés		
Conséquences	Enfants	
	Adultes	
Contexte socio-économique favorisant		
Expérience personnelle		
Prise en charge		
Travail avec la PMI		
Besoin d'information		

III. Résultats

L'ensemble de ces résultats est obtenu grâce à la grille d'analyse se trouvant en Annexe 2.

A. Information et formation :

Sur les 10 médecins rencontrés M1 a eu une FMC sur les dépistages des troubles sensoriels du nourrisson, M2 a suivi une FMC sur les troubles relationnels du nourrisson de 6 mois à un an et M6 une FMC sur le suivi du nourrisson. Mais aucun n'a suivi de formation sur les carences affectives chez le nourrisson spécifiquement.

M4 et M7 se sont renseignés par eux-mêmes.

M9, travaillant en PMI a assisté au DU de médecine préventive et s'est renseigné par lui-même.

4 médecins, M10, M8, M5 et M3 n'ont jamais eu d'information sur les carences affectives.

B. La vision de la carence des médecins généralistes :

N'étant pas un thème abordé dans la grille d'entretien dirigé la plupart des médecins interrogés ont spontanément abordé la vision qu'ils avaient de la carence affective chez le nourrisson.

6 des 10 médecins (M1, M2, M3, M4, M7, M10), ont évoqué le lien entre la carence affective et la maltraitance, seule M7 affirme qu'elle fait partie des maltraitances, pour les 5 autres médecins ce n'est pas clairement le cas.

M6 dit que l'autisme fait parti des carences affectives.

C. Signes de carence affective chez le nourrisson :

Globalement les médecins ont évoqué deux types de signes d'alerte de carence.

1) **Signes observés lors de l'examen du nourrisson**

La majorité des médecins (M2, M3, M4, M5, M7, M8, M9) évoque un enfant peu attentif, peu expressif et terne avec un contact difficile. M1 et M3 y ajoutent la difficulté à accrocher le regard de l'enfant.

M9 parle aussi de la possibilité d'avoir, à l'inverse, un enfant turbulent tout comme M2 et M10.

Des troubles somatiques tels que des pleurs inexplicables (M2, M8) ou des troubles digestifs tels que des reflux ou des difficultés alimentaires (M6, M7, M8) sont également cités.

Des retards staturo-pondéraux M5, M6, M9 ou/et des acquisitions telles que le langage, le babillage, la propreté ou la marche (M4, M5, M7, M8) sont nommés comme pouvant être des signes de carence affective du nourrisson.

Plus globalement M3 et M9 parlent d'un ressenti lorsqu'on est face à l'enfant et M9 dit plus simplement être attentif à tout signe qui sortirait de la « normalité ».

2) Anomalies de la relation mère/enfant

Les médecins ont presque tous évoqué des anomalies dans la relation mère/enfant (M1, M2, M3, M4, M5, M6, M7, M9). Seuls M8 et M10 ne l'évoquent pas.

M1 et M4 précisent être plus attentives au portage de la mère, M6 et M7 évoquent également le contexte familial. M4 est la seule à parler d'un défaut de soins d'hygiène (couche sale) comme pouvant être un signe de carence.

M7 résume « l'enfant on le regarde dans son contexte ».

D. Conséquences des carences

1) Sur les enfants

L'agressivité, la violence et la rébellion sont évoquées par 4 médecins (M1, M2, M5, M7).

Sont aussi cités les troubles psychologiques (tristesse, dépression, anxiété, manque de confiance) pour la moitié des médecins interrogés (M2, M3, M4, M6, M7).

Cinquante pour cent des médecins interrogés évoquent également un possible retard psychomoteur et de développement (M1, M2, M4, M6, M8).

Deux médecins évoquent plus spécifiquement les risques à l'adolescence avec les « conduites à risque » (M7, M8).

M1 parle du risque de maltraitance (sous entendu physique) qui pourrait suivre une situation de carence.

M2 module sa réponse en signalant que c'est en « fonction de ce que l'enfant subit ».

M5 parle d'« indifférence » et M7 insiste beaucoup sur de potentiels troubles relationnels.

Seul M10 dit n'avoir aucune idée sur les conséquences de la carence chez les enfants.

2) Sur les adultes :

M3, M2 et M7 parlent de problèmes d'épanouissement, de manque de confiance et d'anxiété.

M6 et M8 évoquent des pathologies psychiatriques avec syndrome dépressif, bipolarité et conduites addictives.

M10 ne voit pas les conséquences que les carences peuvent avoir chez les adultes et M1, M2, M5 et M9 n'en parlent pas.

E. Contextes socio-économiques :

4 médecins pensent qu'un contexte social défavorisé peut être plus propice à l'apparition de carences (M3, M4, M6, M9) et trois de ceux-ci y ajoutent la notion de conjugopathie (M3, M4, M6).

Les médecins M2, M5, M9, évoquent l'isolement des familles et M8 les antécédents familiaux tels que des addictions, des maltraitances et des pathologies psychiatriques comme facteur de risque des carences affectives.

Les caractéristiques de la mère, que se soit une jeune mère pour M2 et M5, ou une mère présentant une pathologie comme la dépression ou une addiction pour M1, M7, M8, M9, peuvent aussi favoriser l'apparition de carences.

M1 évoque la situation de l'enfant hospitalisé à la naissance comme risque de carence.

Mais la moitié des médecins interviewés (M1, M4, M6, M8, M10) insistent sur le fait que les carences peuvent apparaître dans tout les milieux, M10 insistant même sur le fait que « ce ne sont pas forcément les familles les moins aisées où il y a des problèmes ». M1 et M2 précisent que ça peut être stigmatisant et qu'« il faut se méfier de ses a priori ».

F. Répétition des schémas :

8 des médecins interrogés (M1, M2, M3, M4, M5, M7, M8, M9) confirment qu'ils ont connaissance de cette notion de répétition des schémas, deux d'entre eux, M2 et M7 signalent ne pas l'avoir constaté.

M6 et M10 n'en parlent pas.

G. Expérience personnelle

4 médecins ne pensent pas avoir été confrontés à des cas de carence. M9, dit avoir eu plusieurs cas, M8 également mais parle plus de cas découverts en âge scolaire.

M1 évoque 3 situations où une prise en charge a été nécessaire mais mise en place après l'âge de 3 ans dont un cas avec placement.

M1, M3, M6 et M10 évoquent également chacun une situation pour laquelle ils se sont posés des questions mais sans prise en charge spécifique.

M2 parle d'une situation qui s'est révélée être une maltraitance physique, pas de carence affective évoquée.

M4 décrit le tableau des « mères débordées » avec qui elle travaille.

H. Prise en charge de la carence par les médecins généralistes :

Les médecins ont cité plusieurs types de prise en charge, on les classera en deux groupes, les prises en charge au cabinet et les prises en charge avec des intervenants extérieurs.

En cabinet les médecins parlent de réassurance de la mère (M1 et M7) de discussion avec elle (M6), ou de la possibilité de délivrer des messages (M8). M4 insiste grandement sur la prévention, « il faut empêcher que ça arrive en fait ».

Mais l'ensemble des médecins évoquent la nécessité de se tourner vers des intervenants extérieurs, même si certains amorcent un travail en cabinet.

Une prise en charge psychique est évoquée avec les CMP, un psychologue ou un pédopsychiatre pour les médecins M1, M2, M6, M8. Les médecins M6, M7, M10 se tournent plus vers le service de pédiatrie du CHU.

3 médecins (M3, M4, M9) pensent que la prise en charge des carences affectives doit être globale : sociale et en coopération avec la PMI. M9 dira : « c'est avant tout un travail de réseau et multifactoriel ».

M5 dit s'être tournée vers une maison de parents et d'autres professionnels, non médecins, de la petite enfance.

Plusieurs médecins (M3, M4, M7, M10) évoquent la nécessité de faire un signalement administratif ou judiciaire et/ou de protéger l'enfant en l'extrayant de son milieu devant une situation avec signe de gravité.

Mais certains médecins parlent également des difficultés qu'ils rencontrent : M1 avoue « ne pas trop savoir quoi faire », elle évoque également les difficultés financières de ses patients qui n'ont pas tous les moyens de consulter un psychologue, ceci est repris par le médecin M6. Ces deux médecins (M6 et M1) et M8 soulèvent le problème des délais avant d'avoir un rendez-vous dans un CMP ou en pédopsychiatrie. Enfin M3 critique le manque de structure en milieu rural.

I. Travail des médecins généralistes avec la PMI :

Sur l'ensemble des médecins interrogés seulement 2 médecins, M4 et M9 travaillent avec la PMI. La moitié (M3, M5, M7, M7, M8) n'a pas de relation avec cette structure.

M10 n'a été amené à travailler qu'avec l'équipe d'assistantes sociales de la PMI, M8 qu'avec la puéricultrice. M1 ne pense à la PMI que pour la prise en charge des personnes avec de

grosses difficultés sociales et M2 peut parfois y adresser des patients mais ne travaille pas pour autant avec eux.

M3, M5 et M9 déplorent le manque de communication PMI/médecins généralistes.

J. Besoin d'information :

Il a été suggéré aux médecins un support d'information type « plaquette » avec des signes diagnostiques et des numéros ressources. Tous les médecins rencontrés semblent intéressés, tout particulièrement par des coordonnées de personnes ressource à l'échelle locale (M1, M2, M3, M5, M7, M8). M9 signale qu'un format informatique pourrait être intéressant.

M8 et M9 évoquent la possibilité de formation ou de réunion.

Mais M7, M9 et M10 mettent en évidence le fait que tous les médecins ne se sentent pas forcément concernés par ce sujet.

IV. Discussion

Nous soulevons la problématique suivante : les médecins généralistes sont-ils capables de faire le diagnostic et la prévention des carences affectives chez le nourrisson en Loire-Atlantique ?

Et nous partions de l'hypothèse qu'un manque d'information et de connaissance sur le thème des carences affectives les empêchaient d'en faire un diagnostic précoce et une bonne prévention.

Afin de mieux analyser les résultats, un rappel sur l'état actuel des connaissances est fait pour chaque thème.

La discussion se compose de deux parties :

- Une première partie qui étudie la capacité des médecins généralistes à faire le diagnostic des carences, diagnostic passant par la connaissance de la définition des carences, des signes cliniques chez le nourrisson et ses conséquences.
- Et une seconde abordant la prévention des carences par les médecins généralistes, que ce soit en prévention primaire ou secondaire.

A. Le diagnostic des carences affectives chez le nourrisson :

1) Connaissance de la carence affective par les médecins généralistes:

Afin de faire un diagnostic de carence, il est tout d'abord essentiel d'en connaître la définition. Nous utilisons celle de Michel Lemay, pédopsychiatre de l'Hôpital Sainte-Justine à Montréal [1] :

« Il risque d'apparaître une carence affective, c'est-à-dire un trouble grave, précoce et durable du développement, quand un petit enfant, âgé généralement de moins de trois ans, n'a pu établir ses premiers liens d'attachement et n'a pas pu construire ses premières relations d'investissement avec des personnes significatives et lorsque ce manque redoutable de départ n'a pas été réparé soit par la famille originelle, soit par des parents substitutifs ».

Il est important de souligner que la carence affective est considérée comme un diagnostic grave, conséquence d'une pathologie du lien précoce, dans les trois premières années de vie et même plus particulièrement dans la première année de vie.

La carence affective est d'ailleurs considérée comme un signe de maltraitance entrant dans le cadre des négligences parentales.

La négligence parentale peut se définir comme une absence de gestes appropriés pour assurer la sécurité, le développement et le bien être de l'enfant [18] . Ceci inclut autant la notion de négligence physique (soins d'hygiène, alimentation, habillage, etc.) que la notion de négligence affective et donc de carence affective, qui en découle, abordée dans ce travail. Nombreuses sont les situations où négligence physique et affective sont intriquées, d'ailleurs les études portant sur les négligences parentales et celles portant sur les carences se recoupent. Ainsi, plusieurs résultats obtenus lors d'études sur les négligences parentales sont applicables aux situations de carences affectives.

Les médecins rencontrés travaillent avec des enfants en bas âge, et tous, hormis M10 qui exerce à SOS médecin, sont amenés à faire des suivis de nourrisson. Mais ont-ils reçu une information sur la carence affective ?

Parmi tous les médecins aucun n'a reçu de formation spécifique sur le thème de la carence, mais quatre d'entre eux ont pu l'aborder lors de formations plus globales sur le nourrisson et deux se sont renseignés par eux même.

Ceci laisse tout de même quatre médecins sur dix qui n'ont pas de notion précise de ce qu'est la carence.

On se rend bien compte que leurs connaissances sont partielles lorsqu'ils abordent le lien entre la carence affective et la maltraitance. En effet six des dix médecins ont spontanément abordé le thème de la maltraitance mais seul un d'entre eux a clairement assimilé la carence à de la maltraitance. Ainsi pour la moitié des médecins rencontrés, s'il y a un lien entre carence et maltraitance, ils ont du mal à la considérer comme telle, parlant de « vraie maltraitance » lorsqu'est évoquée la maltraitance physique.

Les médecins n'ont, dans leur majorité, pas reçu d'information spécifique à la carence affective et ont du mal à la définir clairement et à la replacer dans le cadre des maltraitements. Ils en ont une connaissance floue qui leur donne l'illusion de savoir. Sont-ils alors à même d'en faire le diagnostic, d'en détecter les signes ?

2) Diagnostic clinique de la carence affective chez le nourrisson

Faire un diagnostic de carence est complexe, cela nécessite un temps d'observation du nourrisson mais aussi de la relation parent (bien souvent mère)/nourrisson, autant en consultation que dans son milieu quotidien avec, idéalement, une évaluation à domicile. Par ailleurs, pour une bonne évaluation plusieurs échelles et Q-sorts existent (voir Annexe 3) mais leur application est longue et fastidieuse.

Il semble donc peu envisageable de faire un diagnostic précis en consultation de médecine générale où le médecin n'a que peu de temps pour examiner le nourrisson et évaluer la relation avec sa mère. Mais certains signes peuvent l'alerter, signes observables sur un court temps de consultation et permettant de faire un dépistage.

a) Signes de souffrance du nourrisson

M. Lamour et M. Barraco dans leur livre « souffrance autour du berceau » [17] résument les signes de souffrance du nourrisson dans le Tableau 3 qui suit :

Tableau 3: Description sémiologique des signes de souffrance du bébé

LES SIGNES DE SOUFFRANCE DU BEBE : DESCRIPTION SEMIOLOGIQUE
I – LA SPHERE SOMATIQUE Les signes fonctionnels Alimentation Sommeil/états de vigilance Fonctions d'élimination Les infections à répétition Les fièvres inexpliquées Les pathologies des voies respiratoires La croissance staturo-pondérale II – LA SPHERE TONICO-MOTRICE L'organisation motrice La motricité Les activités répétitives ou stéréotypées III – LES PROCESUS DE REGULATION IV – LA DYNAMIQUE DU DEVELOPPEMENT V – LA SPHERE RELATIONNELLE Manifestations émotionnelles Troubles du contact Hyper adaptation associée à une apparente passivité Troubles de l'attachement, de la différenciation des personnes.

De plus un travail récent entre le centre Nantais de la Parentalité (CNP) et les services de PMI de Loire Atlantique a permis d'extraire 5 items d'un Q-Sorts qui sont retrouvés chez les enfants négligés :

L'enfant :

- Ne regarde pas dans les yeux.
- Ne babille pas, ni ne gazouille, vocalise peu.
- Réagit à la séparation soit en ne manifestant que très peu de détresse, soit (au contraire), en se montrant complètement inconsolable.
- Autostimulation, mouvements de balancement « rocking », manies occupationnelles, tendance à se frapper la tête contre un mur.
- Divers retards de développement : langage, motricité, socialisation, développement cognitif et affectif.

L'utilisation du tableau de M. Lamour ou, de manière plus synthétique, des 5 items issus du Q-Sorts pourrait aider, en ville à alerter et faire un dépistage précoce des carences. Mais quelles ont été les réponses des médecins ?

Ils ont presque tous pu citer des signes diagnostiques.

La moitié évoque les troubles somatiques avec des troubles digestifs et un retard staturo-pondéral. Ce dernier est un signe d'alerte important, en effet, chez la majorité des enfants en souffrance, la cause serait la carence [19] . Il faut d'ailleurs se méfier car la carence entraîne également des petits poids de naissance [19] , ainsi, même si on n'a pas de cassure de courbe mais une croissance harmonieuse en dessous des normes il faut pouvoir y songer et ne pas trop facilement l'attribuer à une petite taille constitutionnelle.

Les médecins ne parlent pas de la sphère tonico-motrice, mais plusieurs évoquent les difficultés dans les processus de régulation lorsqu'ils parlent des pleurs, des enfants difficiles à calmer.

Le thème de troubles de la dynamique du développement est abordé par trois médecins qui parlent de retards des acquisitions.

Enfin la majorité d'entre eux, soit sept sur dix, ont cité des troubles de la sphère relationnelle évoquant un enfant peu attentif, terne avec un contact difficile et des difficultés à accrocher le regard.

Mais si chaque médecin a su donner des signes de souffrance aucun n'a su citer tous les domaines où on peut remarquer des anomalies et aucun n'a cité les cinq items.

b) Pathologie du lien mère/enfant

Le diagnostic de carence affective passe également par la découverte d'une anomalie dans la relation entre le ou les parents, en général la mère, et le nourrisson. L'étude de ce lien est extrêmement complexe et a donné lieu à plusieurs théories en psychologie ; de « la relation psychotoxique » de R. Spitz [2] à la « good enough mother » de D.W.Winnicott [3] et [4] en passant par la théorie de l'attachement de Bowlby [5]

Concrètement en médecine générale, il est difficile d'évaluer objectivement ce lien ou d'utiliser les différentes échelles ou Q.Sorts qui sont trop complexes pour une consultation de ville limitée en temps. Ceci est d'autant plus vrai que dans le cas des carences on retrouve une imprévisibilité du maternage avec une mère qui peut paraître tout à fait adaptés par moment. Plusieurs signes peuvent tout de même alerter. On peut simplement reprendre deux notions décrites par Winnicott [4] :

- Le « handling » : qui analyse plutôt les soins dont l'enfant bénéficie, comprenant entre autre les soins d'hygiène, l'habillement, la manière dont il est manipulé.
- Le « holding » : s'attachant à la manière dont la mère porte l'enfant, dont elle le soutient. Cette notion concerne le portage autant physique que psychologique de l'enfant.

Presque tous les médecins rencontrés ont abordé l'aspect relation mère/enfant dans le diagnostic des carences affectives. Sur les huit, seulement trois ont évoqué des situations concrètes avec un mauvais portage de l'enfant, une mauvaise manipulation de celui-ci ou des soins d'hygiène inadaptés. Les autres évoquent plutôt un ressenti, un sentiment d'anomalie dans la relation ce qui a également une grande valeur dans le diagnostic.

Ainsi même si ils ne peuvent pas évaluer précisément la relation mère/nourrisson, les généralistes rencontrés sont, pour leur majorité, attentifs à toute anomalie qu'ils pourraient percevoir.

Nous venons de le voir les médecins sont capables intuitivement de citer des signes de carences et de concevoir les anomalies dans la relation parent/enfant ; un seul, le médecin 10, n'a que peu de notion à ce sujet. Ils ont pourtant reçu peu d'information sur les carences affectives du nourrisson et c'est probablement pourquoi leurs connaissances ne sont pas complètes.

Mais ont-ils une idée des conséquences qu'elles peuvent avoir ?

3) Conséquences des carences :

a) Chez les enfants :

Nous nous baserons sur un tableau synthétique résumant les conséquences des négligences parentales [20] . Ces résultats s'appliquent également aux carences comme expliqué précédemment.

Les conséquences sont classées selon quatre grands domaines :

1. Une augmentation des risques de mortalité, imputables à des événements isolés tels que la noyade, la suffocation, l'empoisonnement ou les chutes alors que l'enfant est laissé sans surveillance
2. Une augmentation des risques de morbidité physique, tels que l'exposition prénatale à l'alcool ou à d'autres psychotropes, les lésions et dommages cérébraux causée par des accidents ou le défaut de procurer les soins médicaux disponibles que peut requérir l'enfant.
Une augmentation des risques d'exposition à d'autres formes de mauvais traitements, tels les abus physiques, psychologiques ou sexuels.
3. Une restriction considérable des occasions normatives qui, en complément aux relations familiales, pourraient contribuer à soutenir le développement cognitif, affectif et social des enfants en les faisant participer à divers contextes socioéducatifs.
Une restriction des alternatives relationnelles positives qui pourraient jouer un rôle compensatoire, voire protecteur, eu égard à certaines lacunes parentales.
4. Des séquelles développementales, directement attribuables à la négligence parentale mais influencées également par les conséquences dans les trois domaines précédents, et touchant les quatre dimensions suivantes :
 - La découverte du monde et le développement neurocognitif
 - L'engagement mutuel et la communication
 - L'expression et la régulation des affects
 - L'attachement et les représentations de soi et des autres.

Les conséquences du premier domaine n'ont été abordées par aucun médecin rencontré, pourtant l'augmentation du risque de mortalité chez les enfants carencés est ce qui a alerté Spitz lors de son étude dans les années 40 [2] , mené à la première définition de la maladie de carence affective et initié un grand nombre de recherches dans ce domaine.

Les conséquences du deuxième domaine ne sont abordées que par M2 qui parle du risque de déboucher sur une maltraitance avec violence physique.

Les conséquences du troisième domaine ne sont pas évoquées du tout.

En revanche les médecins ont presque tous évoqué les séquelles développementales du quatrième domaine.

La moitié évoquait le retard psychomoteur comme conséquence de la carence. A ce sujet les études, effectuées notamment sur les enfants issus des orphelinats roumains [21] , ont retrouvé un périmètre crânien et un QI inférieur à la normale chez ces enfants carencés. Cette différence est d'autant plus importante que l'enfant est resté longtemps dans son

milieu carencé et la récupération, si la prise en charge n'est pas précoce, n'est pas totale. On retrouve donc un retard du développement qui s'étend au langage, au graphisme et à la motricité [22] .

Sept des dix médecins parlent de troubles du comportement, avec plutôt des signes dits « en creux » comme la tristesse, la dépression, l'anxiété, le manque de confiance voire l'indifférence, qui sont en effet souvent présents chez les enfants carencés. Mais ils évoquent aussi des signes plus bruyants comme l'agressivité, la violence ou la délinquance cités par cinq médecins. Ces derniers signes, plus violents, si ils peuvent être retrouvés dans les cas de carence, sont plus typiques des cas de maltraitance avec violence physique [23] .

Pour ce qui est des conséquences des carences du nourrisson chez les enfants, les médecins rencontrés connaissent globalement les séquelles développementales mais aucun, au cours des entretiens, n'a songé à la surmortalité comme conséquence directe. Ils n'en ont donc qu'une vision partielle.

b) Chez les adultes :

Les études sur les conséquences des carences chez les adultes sont bien moins nombreuses que celles sur les enfants. Les médecins rencontrés n'ont que peu rebondi sur cette question, se focalisant sur les troubles chez l'enfant. Seuls cinq ont décrit les signes qu'ils pensaient pouvoir retrouver chez des adultes ayant été carencés dans l'enfance.

Il existe tout de même quelques études traitant de ce sujet, elles évoquent deux types d'atteintes, au niveau psychosocial et au niveau somatique.

Tout d'abord des conséquences au niveau de la sphère psychosociale en lien avec le déficit cognitif et une réponse au stress mal adaptée [15] . Ceci est à l'origine de difficultés d'insertion sociale et professionnelle. Il y a également des conséquences sur la parentalité des patients lorsqu'ils ont à leur tour des enfants [18] .

Ce sont plutôt ces caractéristiques qui sont citées par les médecins généralistes rencontrés, parlant de problèmes d'épanouissement, d'anxiété. Mais aucun ne cite les problèmes de parentalité que rencontrent les adultes ayant été carencés dans l'enfance ce qui est tout de même à la base de l'important problème de la répétition des schémas dont nous parlerons plus tard.

En revanche aucun médecin n'évoque la possibilité de troubles somatiques tels qu'une petite taille (nanisme psycho-social), mais également un risque accru d'obésité, des troubles cardio-vasculaires et du diabète [24] [25] et [8] .

Les conséquences des carences affectives sont donc importantes chez les enfants puis chez les adultes et les parents qu'ils deviennent à leur tour.

Si les médecins rencontrés ont une bonne idée des retards développementaux qu'entraînent les carences, un seul songe aux autres risques tels qu'une exposition à d'autres types de maltraitance et aucun ne parle du risque augmenté de mortalité. Par ailleurs seule la moitié évoque des conséquences possibles chez les adultes. Ici aussi leurs connaissances sont partielles. Ont-ils donc été amenés à faire des diagnostics de carence ou des dépistages ? Quelle est leur expérience personnelle ?

4) Prévalence de la carence affective :

En France il n'y a pas d'étude épidémiologique sur les carences affectives. En revanche au Canada une étude de grande envergure a été publiée [16] . Elle porte sur les cas de mauvais traitements avérés au cours de l'année 2008 ; ce qui correspond à 9933 cas (dont 1930 au Québec).

Cette étude met en évidence tout d'abord que les négligences parentales représentent 34% des mauvais traitements corroborés, ce qui en fait la forme la plus fréquente. Il ressort que le nombre de cas corroborés de négligence parentale s'élève à 4,81 ‰. Ce chiffre ne prend pas en compte les cas soupçonnés et non corroborés ce qui mènerait à le doubler. De plus les cas de mauvais traitements et en particulier de négligence parentale sont sous diagnostiqués, on peut donc imaginer que le chiffre de 4,81 ‰, bien que déjà important, n'est que la partie émergée de l'iceberg.

Entre le Canada et la France il existe, il est vrai, de nombreuses différences mais nous avons la même définition de la négligence et le mode de vie des canadiens se rapproche du nôtre. Donc si les résultats de cette étude ne sont pas directement applicables à la France nous devons de les prendre sérieusement en compte.

Les médecins rencontrés sont tous en contact avec des enfants et des nourrissons, nous avons donc imaginé qu'ils avaient tous été confrontés à des cas de carence. Mais il ressort de nos entretiens que ceci ne s'est pas vérifié. Seuls M8 et M9 disent suivre des cas de carence, ce sont les deux médecins travaillant dans des milieux défavorisés dont celui formé par la PMI. Quatre médecins ne pensent pas du tout avoir été confrontés à des cas de carence et si les autres évoquent des situations pour lesquelles ils ont eu des doutes, aucune n'a débouché sur une prise en charge avant l'âge scolaire. M8, qui déclarait avoir rencontré des cas de carence, n'évoque, elle aussi, que des prises en charges après l'âge de 3 ans.

Les médecins généralistes ne font donc que très peu de dépistage de carence et quand ils en font, la prise en charge est débutée en âge scolaire. Or une prise en charge trop tardive, nous l'avons vu, est lourde de conséquences.

Le fait que le seul médecin qui fasse des dépistages précoces soit le médecin travaillant en PMI n'est pas anodin. En effet c'est le médecin le mieux informé sur ce sujet. Les connaissances partielles des médecins pourraient donc entrainer un sous diagnostic et surtout une prise en charge bien trop tardive des cas de carence.

Ici est soulevée une nouvelle question, quand bien même les médecins pourraient faire un dépistage des carences, sauraient-ils organiser la prise en charge et orienter le nourrisson et sa mère mais également travailler en amont afin d'éviter que ne se créent ces situations? Sauraient-ils faire un travail de prévention des carences affectives?

B. Prévention des carences affectives :

La prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies ou des accidents. L'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) a

proposé, dès 1948, la distinction, aujourd'hui classique, en prévention primaire, secondaire et tertiaire. C'est à partir de ces trois degrés que nous étudierons la prévention des carences affectives par les médecins généralistes.

1) Prévention primaire :

Selon la définition de l'OMS la prévention primaire comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux. A propos du sujet qui nous intéresse ceci passe par la détection des situations familiales pouvant favoriser l'apparition de carence chez les enfants présents et à venir et par le travail fait avec ces familles.

a) Détection des familles à risque :

Il a été décrit que les familles plus à risques de carences avaient des caractéristiques communes à plusieurs niveaux [22] et [26] :

Au niveau du profil socioculturel on retrouve la pauvreté dans un contexte de déstructuration psychique et environnementale avec isolement social et familial. Parfois le soutien se limite à un seul grand-parent et en particulier la grand-mère maternelle, lorsque celle-ci a été elle-même en grande difficulté pour élever ses enfants ; avec alors la carence comme antécédent familial. Il faut également pouvoir être attentif devant le jeune âge des parents ou/et une femme seule avec des conjoints successifs. Ces facteurs sont d'autant plus pertinents qu'ils sont réunis.

Au niveau de la structure familiale certaines typologies sont plus à risque :

- Pour ce qui est de la mère, elle est vulnérable, souvent carencée elle-même, parfois borderline. Soumise à un haut niveau de stress, elle a des signes de dépression, une histoire de soins inadéquats et de violence. On retrouve souvent des consommations excessives de médicaments, de drogues et d'alcool. Elle est elle-même dans des modèles d'attachement insécures, ambivalents et désorganisés et a souvent un faible niveau intellectuel qui la rend très démunie [27] .
- Chez le « père » on retrouve plutôt un compagnon de la mère, pas forcément père biologique de l'enfant, qui présente divers problèmes : abus d'alcool, de substances, absence de statut professionnel, usage intensif de jeux vidéo et de DVD violents et inversion du rythme nyctéméral. On remarque une grande dépendance de la mère au compagnon. Il y a souvent pour l'enfant des pertes successives de la figure paternelle [18] .

Le plus souvent se sont donc des familles confrontées à une grande misère, économique et/ou sociale qui n'arrivent pas à assumer correctement leur rôle de parent.

Les médecins généralistes connaissent bien leurs patients et sont souvent au courant des difficultés qu'ils rencontrent, ils pourraient donc détecter les situations à risques. Mais encore faut-il qu'ils sachent quelles sont ces situations.

La majorité des médecins rencontrés évoquent les contextes socio-économiques défavorisés et l'isolement social comme facteur de risque. Et six d'entre eux évoquent une mère jeune, dépressive ou avec une addiction. Ce qui reprend globalement la description des familles à risque ci-dessus. Mais ils modulent pour la plus grande partie d'entre eux leur réponses en précisant que les carences peuvent apparaître dans tous les milieux et qu'il faut « se méfier de ses a priori ». Ils soulèvent ainsi un important problème éthique, comment faire une bonne prévention mais en même temps ne pas tomber dans la stigmatisation de toute une tranche de la population, d'autant plus qu'un des rôles fondamentaux du médecin généraliste est de traiter sans distinction et sans jugement.

Ainsi, globalement, et si ils se méfient des a priori, les médecins rencontrés sont capables de détecter les familles à risque, mais quel peut être leur travail avec elles ?

b) Travail avec les familles à risque :

Il s'agit ici d'un travail d'anticipation, M4 a beaucoup insisté sur ce point lorsqu'on évoque la prise en charge des carences déclarant : « il faut empêcher que ça arrive en fait ». Ce travail s'effectue à différents niveaux et doit être adapté à chaque situation familiale et personnelle.

Il est important d'effectuer un travail auprès de la future mère, non encore enceinte, en s'assurant qu'elle a une bonne maîtrise des moyens de contraception afin d'éviter une grossesse trop précoce et non désirée, et en étudiant avec elle son projet de grossesse, si nécessaire avec l'aide d'intervenants extérieurs, et ce particulièrement si elle souffre d'addiction ou autre pathologie psychiatrique.

L'accompagnement est également essentiel pendant la grossesse puisque la carence peut également avoir des effets dès ce moment avec un nombre plus important de RCIU, prématurité et mortalité intra-utérine. L'entretien du quatrième mois de grossesse, rendu récemment obligatoire, peut aider au dépistage des situations à risque à ce stade. Il faut donc préparer l'arrivée de l'enfant, un travail concret sur ce que va être la vie après la naissance (le maternage, comment décoder les signaux envoyés par le bébé, l'hygiène de l'enfant ...) et pour cela plusieurs structures peuvent intervenir et aider le médecin généraliste, notamment les sages femmes travaillant à la PMI, et à Nantes, pour les situations les plus préoccupantes, une unité de gynécologie-obstétrique spécialisée : l'UGOMPS.

Bien sûr il faut prendre en compte la situation socio-économique des futurs parents et ne pas hésiter à les orienter vers des assistantes sociales ou autres structures adaptées.

Il est également très important de travailler avec des futurs parents qui auraient eux-mêmes été victimes de carence, ou de toute autre maltraitance, et qui sont à risque de répéter les mêmes schémas [28] . Presque tous les médecins rencontrés ont connaissance de ce fait et sont donc plus sensibles à ce genre de situation.

Il est donc essentiel de travailler l'arrivée d'un enfant dans un foyer, et si ceci est vrai pour toute famille, cela l'est d'autant plus que celle-ci est fragile et à risque de carence. C'est à ce niveau que la prévention primaire intervient. Les médecins rencontrés sont, nous l'avons vu, capables de détecter ces familles à risque et donc d'agir à ce niveau.

Malheureusement il est impossible d'empêcher tous les cas de carence et c'est alors qu'une bonne prévention secondaire est importante.

2) Prévention secondaire :

Selon l'OMS la prévention secondaire comprend «tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire la durée d'évolution de la maladie». Elle passe par le dépistage précoce et la mise en place d'une prise en charge adaptée.

a) Dépistage précoce :

Ce point est largement étudié dans la première partie de la discussion. Il en ressort que des outils existent pouvant aider au dépistage précoce de la carence chez les nourrissons. Mais les médecins rencontrés en ont une connaissance partielle, ceci peut être un frein au dépistage et surtout entraîne des prises en charge tardives. Ce qui, dans le cas de la carence, est de très mauvais pronostic notamment pour le déficit cognitif.

Mais même si ils avaient les moyens de dépister précocement les carences sauraient-ils mettre en place la prise en charge adaptée ?

b) Prise en charge en médecine générale :

Le médecin généraliste ne peut organiser seul la prise en charge d'un enfant souffrant de carence affective. Celle-ci est complexe et diffère en fonction des situations. Mais il peut l'orienter, avec sa famille, vers une structure référente capable d'évaluer la situation et de mettre en place la prise en charge la plus adaptée.

Le plus simple pour lui serait alors de s'adresser au centre de PMI de son secteur, ce qui permet une évaluation par une infirmière puéricultrice, un médecin et une équipe de travailleurs sociaux, avec des possibilités de consultations et d'interventions à domicile.

En interrogeant les médecins généralistes, il est ressorti que face à une inquiétude pour un nourrisson (ou un enfant) ils se tournent tous vers un intervenant extérieur. Quatre d'entre eux vont vers une prise en charge en ville, avec les CMP ou des psychologues ou pédopsychiatres, tout en soulignant le fait que les délais sont longs et que parfois le coût pour les parents est trop élevé. Par ailleurs ce type de prise en charge, si elle peut être bénéfique, n'est pas adapté au problème des carences, puisque lors du travail entre la PMI de Loire Atlantique et le CNP peu de parents adressés aux CMP y retournent après une première consultation. Trois des médecins interrogés se tournent vers la pédiatrie au CHU ce qui n'est pas, puisqu'ils ne peuvent intervenir à domicile, le service le plus adapté pour une évaluation de la situation dans sa globalité.

Ainsi seuls trois médecins, dont celui effectuant des consultations de PMI, évoquent la nécessité d'une prise en charge globale et en coopération avec la PMI.

Une question cherchait à évaluer les relations qu'avaient les médecins avec la PMI afin d'évaluer si ils ne l'évoquaient pas, par oubli lors de l'entretien, ou si ils ne travaillaient réellement pas avec elle. Il ressort que sur les dix médecins rencontrés seuls deux travaillent avec la PMI, en comptant le médecin qui y consulte. Parmi les autres médecins, un dit s'être déjà adressé aux assistantes sociales et une autre évoque le travail de la puéricultrice mais aucun ne connaît clairement le rôle ni le fonctionnement de la PMI. M8, travaillant pourtant dans une zone défavorisée largement couverte par la PMI et intervenant en crèche déclare « je ne sais pas trop comment ça fonctionne effectivement ». Les médecins ne savent pas expliquer cette absence de communication généralistes/PMI, M5 concluait en disant : « c'est deux mondes qui circulent en parallèle ».

Les entretiens ont donc permis de mettre en évidence ce problème de méconnaissance du rôle et du fonctionnement de la PMI par les médecins généralistes, non évoqué lors du travail initial sur le thème des carences affectives chez le nourrisson. Ceci peut être un frein important à la prise en charge précoce et globale qui est, nous l'avons vue, essentielle.

3) Prévention tertiaire

La prévention tertiaire comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population, donc à réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie.

Dans le cadre des carences, la prévention tertiaire a lieu après la phase d'évaluation qui permet de déterminer le retentissement sur le nourrisson, son cadre de vie, les interactions avec les différents membres de sa famille et ses conditions de vie. Elle est idéalement réalisée en collaboration avec la PMI.

Il peut ensuite être mis en place différents types de prise en charge [29] :

- Observation thérapeutique du nourrisson dans sa famille.
- Thérapie mère-enfant.
- Accompagnement dans des services spécialisés comme le CAMPS ou le CNP sous forme de groupes mère-enfants, groupes d'enfants, thérapies individuelles, consultations, observations thérapeutiques à domicile.
- Accompagnement extérieur par la PMI, la crèche, la halte-garderie ou l'école.
- Placement en pouponnière ou en famille d'accueil tout en continuant un travail avec la famille lorsque c'est possible.

La prévention tertiaire ne concerne pas les médecins généralistes et n'a donc pas été abordée lors de notre enquête.

V. Conclusion

La carence affective, de par sa prévalence et sa gravité est un réel problème de santé publique et les médecins généralistes pourraient jouer un rôle important dans son dépistage et sa prévention. Nous nous demandions au début de cette enquête s'ils étaient suffisamment armés pour le faire.

Pour ce qui est du diagnostic, les médecins rencontrés ont une connaissance partielle des signes cliniques et des conséquences des carences. Leurs réponses ont été plutôt homogènes, ne dépendant ni de leur ancienneté, ni de leur sexe ni de leur zone d'exercice. Seuls deux médecins se distinguent : le médecin travaillant en PMI qui est bien mieux informé et le médecin travaillant à SOS médecin qui n'avait vraiment aucune notion des signes diagnostic, des conséquences ni des milieux favorisant. Ce dernier résultat est préoccupant quand on sait que les familles carencées sollicitent beaucoup ces structures.

Pourtant, pour aider à un dépistage précoce en consultation de médecine générale, des outils existent, relativement simples d'utilisation et d'application rapide. Le problème est ici réellement le manque d'information transmise aux médecins.

Du point de vue de la prévention nous constatons que les médecins peuvent globalement détecter les familles à risque et sont donc capables de faire la prévention primaire des carences. En revanche pour ce qui est de la prévention secondaire leur capacité de dépistage précoce est limitée, et ils sont également démunis lorsqu'il s'agit d'adresser un enfant et sa famille et ce particulièrement car ils ne travaillent pas avec la PMI et en ignorent le rôle.

Cette enquête confirme donc notre hypothèse selon laquelle les médecins généralistes manquent d'information sur le thème de la carence affective chez le nourrisson ; mais elle a également permis de mettre en évidence qu'ils ne collaborent pas suffisamment avec la PMI.

A la fin des entretiens il a été demandé aux médecins leur avis sur un potentiel support d'information contenant les principaux signes de carence, les conséquences et des numéros à contacter en cas de suspicion de cas. Tous se sont montrés intéressés mais plus particulièrement par la possibilité d'avoir des numéros à appeler en cas de doute ; cette attente des médecins ne fait que confirmer leur manque de proximité avec la PMI.

Ainsi deux pistes de travail s'ouvrent à nous : comment mieux informer les médecins sur le thème même de la carence et également comment créer un lien entre les généralistes et la PMI afin de mieux faire connaître le fonctionnement et le rôle de cette dernière ?

On peut également se demander si il existe une raison, une forme de blocage, qui fait que les médecins généralistes ne considèrent pas la carence comme une pathologie à part entière avec, au même titre qu'une pathologie organique, ses facteurs de risque, ses signes cliniques, ses traitements.

« Mais qui peut penser qu'un petit enfant peut attendre ? »

G.Appell

VI. Bibliographie

- [1] M. LEMAY. *J'ai mal à ma mère*. éditions Fleurus, 1984.
- [2] R.A. SPITZ. De la naissance à la parole. La première année de vie. Presse universitaire de France. 1968.
- [3] D.W.WINNICOTT. *la mère suffisamment bonne*. Petite bibliothèque Payot. 1969.
- [4] D.W.WINICOTT. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Editions Payot. 2006.
- [5] J.BOWLBY. *Attachement et perte : vol. 1 : L'attachement, vol. 2 : Séparation, colère et angoisse, vol. 3 : La perte*. PUF, Paris. 1978.
- [6] AINSWORTH MD, BLEHAR M, WATERS E, WALL S. *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale NJ, Lawrence Erlbaum Associates. 1978.
- [7] M.MAIN, J.SOLOMON . *Discovery of an insecure disoriented attachment pattern: procedures, findings and implications for the classification of behavior*. in Brazelton T, Youngman M. *Affective Development in Infancy*. Norwood, NJ: Ablex. 1988.
- [8] A.ROUBERGUE, *neuroscience et carences*, présentation power point, FMC pédiatrique Nantes, 21/10/2011.
- [9] D. RAPOPORT, A. ROUBERG. *Blanche neige, les sept nains ... et autres maltraitements*. La croissance empêchée. Editions Belin. 2003
- [10] T.G.O'CONNOR, M.RUTTER . *Attachment disorder behavior following early severe deprivation: extension and longitudinal follow-up*. English and Romanian Adoptees Study Team. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000 Jun;39(6):703-12.
- [11] A.GUILHAUME, O. BENOIT, M. GOURMELEN, M. RICHARDET. *Relationship between sleep stage IV deficit and reversible HGH deficiency in psychosocial dwarfism*, *pediatr. RES*. 16 : 299-303, 1982.
- [12] TJ.ELUVATHINGAL. HT. CHUGANI , ME.BEHEN , C.JUHÁSZ , O.MUZIK , M.MAQBOOL , DC.CHUGANI , M.MAKKI. *Abnormal brain connectivity in children after early severe socioemotional deprivation: a diffusion tensor imaging study*. *Pediatrics*. 2006 Jun;117(6):2093-100.
- [13] PR. HUTTENLOCHER, C. DE COURTEN, L.J. GAREY, H. VAN DER LOOS. *Synaptic development in human cerebral cortex*. *Int J Neurol*. 1982-1983;16-17:144-54.
- [14] IC.WEAVER , N.CERVONI, FA.CHAMPAGNE , AC.D'ALESSIO ,S. SHARMA , SECKL JR, S.DYMOV , M.SZYF , MJ.MEANEY . *Epigenetic programming by maternal behaviour*. *Nat Neurosci*. 2004 Aug; 7(8) :847-54.
- [15] PO.MCGOWAN , A.SASAKI , AC.D'ALESSIO , S.DYMOV , B.LABONTE , M.SZYF, G.TURECKI ,MJ. MEANEY. *Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse*. *Nat Neurosci*. 2009 Mar;12(3):342-8.

- [16] *Etude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants, données principales*. Agence de la santé publique du Canada. Disponible sur : http://www.phac-aspc.gc.ca/cm-vee/cscs-ecve/2008/assets/pdf/cis-2008_report_fra.pdf.
- [17] M. LAMOUR, M. BARRACO. *Souffrances autour du berceau, des émotions au soin*. Edition Gaëtan Morin. 1998.
- [18] I.PERRAULT, G. BEAUDOIN. *la négligence en vers les enfants, bilan des connaissances*, CLIPP (centre de liaison sur l'intervention psychosociale), avril 2008.
- [19] A.OLLIVIER , D. RAPOPORT, J. ETEVENAUX, A. GUILLHAUME, JM. RICHARDET. *hypotrophie du nourrisson par carence affective*. Ann Pediat. 1983. 30 : 263-269
- [20] C.ETHIER, L.S.LACHARITE, P.NOLIN. *Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants*. Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières. 2005.
- [21] H.T.CHUGANI, M.E.BEHEN, O.MUZIK, C.JUHASZ, F.NAGY, D.C.CHUGANI. *Local brain functional activity following early deprivation: a study of postinstitutionalized Romanian orphans*. Department of Pediatrics, Children's Hospital of Michigan, Detroit Medical Center, Wayne State University School of Medicine, Detroit, Michigan 48201, USA. 2001.
- [22] L.S.ETHIER, C.LACHARITE. Les causes et les effets de la négligence envers les enfants : quelles sont les constats de la recherche ? . Les sciences de l'éducation, vol 34, n°1, pp.27-45. 2001.
- [23] P.CRITTENDEN, M.AINSWORTH. *Child maltreatment and attachment theory*. D.Cicchetti et V.Crlson (Eds.), Child Maltreatment. Cambridge, Cambridge University Press, pp.432-463. 1989.
- [24] S.R.DUBE, D.FAIRWEATHER, W.S.PEARSON, V.J.FELITI, R.F.ANDA, J.B.CROFT. *Cumulative childhood stress and autoimmune diseases in adults*. Psychosom Med. 2009.
- [25] R.F.ANDA, D.W.BROWN, S.R.DUBE, J.D.BREMNER, V.J.FELITTI, W.H.GILES. *Adverse childhood experiences and chronic obstructive pulmonary disease in adults*. CDC, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Division of Adult and Community Health, Atlanta, GA 30341-3717, USA. rfa1@cdc.gov. 2008.
- [26] M.MAYER. *La pauvreté comme facteur de risqué de négligence*. Revue de psychoéducation. Vol 36, n°2, pp. 353-362. 2007.
- [27] F.GUAY, L.S.ETHIER, E.PALACIO-QUINTIN, M.BOUTET. *l'impact de la déficience intellectuelle sur la problématique de la négligence parentale*. Revue européenne du handicap mental. Vol.4, n°15, pp.3-15. 1997.
- [28] B.ENGLAND, D.JACOBVITZ, K.PAPATOLA. *Intergenerational continuity of abuse*. R.J.Gelles et J.B.Lancaster (éds), child abuse and neglect. Biosocial dimension, New York, Adline de Gruyter, pp. 255-276. 1986.
- [29] S. CAMBERLEIN. Les carences affectives, carences de soins et carences éducatives graves sont-elles une forme de maltraitance négligée ? . thèse. 2004.

VII. Annexes

Annexe1 : corpus

Annexe 2 : Réponses obtenues, grille d'analyse du corpus

Annexe 3 : grilles d'évaluation, échelles et Q-SORTS

Annexe 1 : corpus

Entretien M1.

	Sexe	Date d'installation	Zone d'installation	Patientelle défavorisée	Pratiques annexes	Maître de stage	Suivi de grossesses	Suivi de nourrissons
Médecin 1	Femme	1998	Urbain	Partiellement	Hypnose, psychologie, acupuncture	Oui	Oui	Oui

Lucie : As-tu déjà eu des informations sur les carences affectives ?

Médecin 1 : J'ai eu des informations par le biais d'une formation sur les dépistages des troubles sensoriels du nouveau né, du petit enfant et du nourrisson.

L. : C'était une formation dans le cadre de la FMC ?

M1 : C'était une formation de 2 jours, conventionnée avec un médecin de PMI, qui est médecin généraliste et qui a beaucoup travaillé sur les troubles du comportement du nourrisson, il y avait un psychothérapeute qui travaille en CMP à Paris, c'était à Paris la formation.

L. : C'était il y a combien de temps cette formation ?

M1 : C'était il y a 2 ans.

L. : Et avant cette formation tu n'avais pas eu d'information ?

M1 : Pas spécifiquement sur le dépistage, car là il y avait des films, c'était très intéressant. Il y avait des films et des simulations. Ils ont fait pendant 2 ans tout un suivi en PMI et donc ça a été le travail qu'a fait ce médecin de PMI, qui avait fait des petits films, et donc de voir à la fois dans le maintien des parents, de comment les enfants tiennent leurs parents, de comment l'enfant est dans les bras de ses parents, comment on peut dépister les choses. Ça c'est quelque chose, effectivement que j'avais repéré avant et sans parler de maltraitance bien sûr, ça peut être le trouble du lien mère/enfant mais ce n'était pas forcément une maltraitance. C'était une maman trop anxieuse qui du coup a tellement peur de faire mal à son enfant qu'elle ne crée pas de lien. Ça pouvait être ça, après ça pouvait être d'autres cas.

L. : Du coup tu as des notions sur des éléments diagnostics ?

M1 : Moi c'est vrai que je regarde beaucoup comment les parents, les pères aussi, portent leurs enfants. Comment heu ... je te montre ... [à ce moment elle prend un poupon présent dans la salle de consultation] dans les films il y avait vraiment des gens qui étaient comme ça, soutenant, et il y avait vraiment une mère, elle tenait son enfant comme ça [poupon tenu à distance], il n'y avait pas d'enveloppement. Je regarde le réflexe d'enfouissement du bébé quand il [elle mime l'enfouissement contre l'épaule] fait comme ça. Voilà si le bébé pleure tout le temps, et qu'en plus quand ils le prennent dans les bras y'a pas du tout de réflexe d'enfouissement ou de ... voilà... je me dis que ce bébé il n'est pas bien dans les bras de ses parents, ça veut dire que ... y'a une carence quelque part.

L. : Oui, c'est qu'il y a un souci, du coup tu es bien sensibilisée à ça.

M1 : L'échange des yeux, enfin le regard et pas forcément le sourire réponse, le bébé qui initie la communication. Et ça je l'ai appris il n'y a pas longtemps alors évidemment.

L. : Oui mais c'est important aussi que je sache qu'il y a des formations qui se font, des informations qui sont données.

M1 : Parce que avant j'étais très attachée au sourire réponse, donc on faisait « ADADADADA » et il répondait, ça me paraissait être suffisant et là j'ai appris que ce n'était pas suffisant du tout, que même les enfants autistes ils souriaient à « ADADADADA »

L. : Et tu as des notions aussi que chez le bébé on peut remarquer des signes dès la toute petite enfance ?

M1 : Oui, maintenant je ne sais pas si je les connais tous.

L. : Et as-tu des notions sur les conséquences que ça peut avoir chez les enfants, par la suite ?

M1 : Alors là je vais regarder le dossier d'un gamin qui, effectivement est suivi en pédopsychiatrie. Alors lui, la carence affective elle est réelle et elle est réelle parce que les parents sont, enfin peut être que le père est un peu dur, mais par l'histoire terrible de la mère qui a eu des grossesses très compliquées avec une césarienne sur une souffrance fœtale aiguë avec un enfant décédé, avec une deuxième perte d'un enfant, avec cet enfant qui est arrivé. Donc quand il est arrivé elle osait à peine le toucher. Moi je ne l'ai pas vu tout petit c'est elle qui me l'a raconté. Et c'est des enfants qui sont hyperactifs on peut dire, ils ont tous les 2 des troubles du comportement.

L. : Et ça a été une prise en charge précoce pour ces enfants ?

M1 : Non, parce que le père faisait un blocage, il voulait pas de psy qui vienne là dedans, la mère oui parce qu'elle, elle a été tellement dans des souffrances. Alors la mère a elle-même un frère qui est schizophrène. Donc si tu veux je crois que le père avait peur d'une hérédité.

L. : Et pour ce qui est du contexte, dans les carences on retrouve souvent des contextes qui se répètent, as-tu déjà remarqué ça ? Chez ces enfants, souvent c'est des parents isolés. Avez-vous eu des notions là-dessus ?

M1 : Pas forcément, c'était très polyvalent. C'était une PMI de Bobigny, du 93, donc il y avait vraiment de tout dans les parents, avec des parents maltraitants, des parents qui ne voulaient pas de cet enfant qui était arrivé, mais aussi des parents qui étaient trop rigides tout simplement, avec beaucoup d'amour mais trop rigides. Et pas forcément de parents isolés.

L. : Pas forcément des contextes socio-économiques difficiles ou des situations à problème ?

M1 : Avec des mamans dépressives dans la première période de la petite enfance.

L. : On a remarqué que les enfants qui ont été carencés, ont tendance après à ne pas savoir comment aimer leurs enfants, il y a souvent des répétitions au niveau du schéma familial.

M1 : Oui, en même temps ça c'est vrai mais je trouve que c'est un passif dont les gens ont du mal à se sortir.

L. : Mais du coup on est plus attentif quand on sait qu'il y a un risque. Pas forcément une maltraitance physique, c'est la mère qui ne sait pas faire. On ne remet pas en question les liens d'amour.

M1 : Oui mais ça peut être un peu stigmatisant. C'est comme le problème de l'alcool, c'est sûr qu'il y a des schémas qui se répètent.

L. : En dehors de ces 2 enfants y a-t-il d'autres situations auxquelles tu as déjà été confrontée ?

M1 : De carences affectives, heu ... [elle cherche un dossier sur l'ordinateur]. Alors Thomas, lui il va mieux mais alors son frère ... là il y avait un problème de couple chez les parents. Mais Hugo il a 5 ans maintenant, c'est l'enfer, quand il arrive je planque tout, j'attends qu'une chose c'est qu'il s'en aille, un enfant sans repère.

L. : *Et ça fais longtemps que tu le suis ?*

M1 : Oui, je l'ai vu à la naissance.

L. : *Et y avait-il des signes ?*

M1 : Oui, mais d'abord je n'étais pas formée ; et puis ensuite je voyais bien qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas mais quoi faire après ? Une fois qu'on le sait quelle aide proposer ? On est bien embêté.

L. : *C'est aussi ce que je cherche, savez-vous quoi faire quand vous êtes face à une situation pareille où on sent qu'il se passe quelque chose qui ne va pas.*

M1 : [Elle reprend son dossier] Réassurance de la mère, mais voilà, quand on a quelque chose comme ça c'est qu'il y a quelque chose, on sent bien qu'il y a quelque chose mais les gens quand on leur propose de voir des psys ils sortent les griffes. Ils ont pas les moyens, donc mis à part aider les parents à se sentir de bons parents je vois pas trop ce que je peux faire moi toute seule.

L. : *Ca reste un problème, déjà que les services spécialisés sont en difficulté avec des résultats mitigés et surtout il y a peu d'information donné sur quoi faire.*

M1 : J'ai une chose dont je n'ai pas eu la réponse et je me suis posée la question, j'ai vu ça en consultation et j'ai aussi vu ça chez un de mes neveux. J'ai une sœur qui a 3 enfants de 5 ans, 2,5ans et 6 mois. Celui de 2,5 ans elle l'a élevé un peu seule au tout début car son mari était à l'étranger et elle, elle venait d'accoucher. Elle a vraiment géré ses 2 enfants jeunes toute seule, donc je pense qu'il y a eu quelques petites carences mais qui sont des carences d'épuisement de la mère. Et ce gamin il m'a posé de gros problèmes parce que c'était ma sœur et que j'osais pas trop le dire mais si ça avait été un de mes patient je l'aurais envoyé rapidement consulter. C'était un gamin qui était peu dans l'échange, j'avais peur d'une réaction autistique ; il ne tendait pas les bras, il n'était pas enlaçant donc je me suis posé la question de savoir si c'était un trouble du comportement lié à une carence, en fait je n'ai pas su. J'en ai vu d'autres enfants comme ça. J'étais vraiment très, très inquiète ; il était dans son coin. Mais bon maintenant il parle, il court, il saute.

L. : *Il n'y a pas de conséquence ?*

M1 : Il est agressif, mais bon il a un grand frère qui prend beaucoup de place. Mais tout ça pour dire que là c'était effectivement qu'il y avait un problème de carence qui était liée au fait que m sœur n'en pouvait plus ; 2 enfants jeunes, un mari à l'autre bout du monde, complètement dépressif d'être tout seul sans sa femme. Et donc voilà, et là c'était une histoire familiale et j'ai pas su. J'ai essayé, je lui ai dit d'aller voir un pédiatre, le pédiatre il voyait rien du tout. Moi je pense qu'il y a eu à un moment un petit peu un retard psychomoteur. Enfin il était un peu retardé, il n'a pas été aidé par la nourrice qui calait tous les mêmes devant la télé, elle en avait 10 dans sa chambre. Après y'a les enfants maltraités mais je sais pas si c'est la même chose.

L. : *Moi je reste sur la carence affective, sans que ce soit forcément un défaut de sentiment de la mère, ce qu'on retrouve souvent c'est une mère démunie.*

M1 : On voit aussi ça aussi chez les mères d'enfants qui ont eu des soucis à la naissance, qui ont été hospitalisés, il y a un désinvestissement, on le sent, moi je l'ai plus senti quand j'étais en pédiatrie, mais on le revoit.

L. : Et il peut y avoir des conséquences sur les adultes, as-tu des adultes pour qui tu penses qu'il y a eu un contexte de carence.

M1 : Des adultes avec des carences, des violences il y en a plein, maintenant chez les adultes il y a une accumulation de carence et de violence.

L. : Parfois les carences graves peuvent être à l'origine de troubles cognitifs et même de déficits, et c'est aussi dans ce genre de situation que ça se répète dans les familles car il y a des déficits.

M1 : Alors là aussi on a quelques « débiles » car il y a un foyer d'adultes handicapés à côté, je ne sais pas si c'est les carences, si ils ont été carencés ou si ils ont été carencés parce qu'ils avaient un trouble du comportement et je ne sais pas, c'est des adultes que je vois.

L. : Ont-ils des enfants à leur tour ?

M1 : Non.

L. : Ce qui marque c'est qu'un retard de croissance secondaire pouvait être rattrapé mais pas le retard cognitif.

M1 : Mais là on est quand même dans les carences graves. Dans l'absence d'enveloppement, d'amour. Ce qu'on voit plus ce n'est pas l'absence, c'est la mauvaise qualité de l'enveloppement. C'est plus à ça que je suis sensible au dépistage. Parce que vraiment la carence sévère qui pourrait emmener à une maltraitance ça m'est arrivé une fois, effectivement l'enfant a été placé en pouponnière mais la mère était complètement déjantée.

L. : Quand on est face à des situations comme ça on ne sait pas trop quoi faire en ville ?

M1 : Non.

L. : Qu'est-ce qui t'intéresserait comme type d'information, j'avais pensé à une plaquette avec des numéros à appeler, des référents.

M1 : Des numéros à appeler, le problème c'est les délais, il y a la PMI, les CMP.

L. : Et ça t'es arrivé d'adresser à la PMI ?

M1 : Notamment, cette famille là, oui, j'avais eu des échanges avec la PMI de le R. Pour cette famille mais c'était un cas social important. Sinon c'est les CMP, pour le petit Hugo j'ai essayé de convaincre les parents car la mère elle en peut plus d'avoir ses enfants qui s'agitent partout mais ... voilà, les CMP si c'est pas dans la toute petite enfance t'as des délais d'enfer. Moi j'ai pas le réflexe PMI. Après faut savoir comment le placer aux parents qui nous amènent l'enfant avec leur entière confiance et si on dit « ah, j'aimerais bien l'avis de ... » ils se disent qu'il y a quelque chose qui ne va pas. Après c'est difficile de l'amener ; soit c'est tout de suite une consultation en alternance, sinon c'est dur de dire « ah tiens, j'aimerais bien voir la PMI de machin, ils sont bien, ce serait bien que vous soyez ... » ; faut l'amener aux parents.

L. : Avais-tu des questions à propos de cet entretien ?

M1 : Non, effectivement j'aurais peut être plus le réflexe PMI maintenant ; car j'y pense pas, j'y pense vraiment que pour le cas social.

L. : Et sur l'information sur la carence, pour le diagnostic, pour les notions de prise en charge ?

M1 : C'est toujours intéressant, une plaquette ça peut être intéressant.

L. : Avec des signes diagnostics, même si tu as déjà eu la formation ?

M1 : Mais après pour les signes diagnostics on est face à un enfant et un enfant c'est pas un signe isolé.

L. : Il y a des échelles qui existent.

M1 : Ah oui les échelles on en a pour toutAprès c'est vrai que ce qui m'intéresserait peut être c'est d'évaluer les conséquences dans la petite enfance, pas les conséquences à l'âge adulte mais voilà, à 5-6 ans qu'est-ce qui reste d'un enfant carencé. Et ce même si le problème de carence est résolu.

L. : Et pour la prévention ?

M1 : Moi, la prévention, mis à part de déculpabiliser les mères... moi je pars du principe que tout parent est aimant pour son enfant.

L. : Et pour le soutien des mamans enceintes, dès la grossesse, travailler avec elles l'arrivée du bébé.

M1 : Oui selon les circonstances de grossesse. Là tu décris un monde idéal.

Entretien M2 :

	Sexe	Date d'installation	Zone d'installation	Patientelle défavorisée	Pratiques annexes	Maître de stage	Suivi de grossesses	Suivi de nourrissons
Médecin 2	Femme	1980	Urbain	Peu	Homéopathie	Oui	oui	oui

Lucie : Sur le thème des carences affectives avez-vous déjà eu des formations ou reçu de l'information sur ce sujet ?

Médecin 2 : Oui j'ai dû faire des FMC sur le suivi du nourrisson par exemple, rien de très récent.

L. : Et avez-vous une idée sur les signes diagnostiques qu'on peut retrouver chez un tout petit enfant, quels sont les signes d'alerte ?

M2 : Moi je pense que ça peut commencer déjà pendant la grossesse, donc l'isolement familial, l'isolement de la mère, heu... la jeunesse aussi quelques fois, l'âge de la maman, j'ai déjà remarqué chez des jeunes mères quelques fois... alors je ne sais pas si c'est une carence affective ou une maladresse affective, problème de maturité oui, difficile, mais les conséquences sont un peu semblables.

L. : Et chez le nourrisson, savez-vous si il y a des signes qui peuvent alerter ?

M2 : Oui, un enfant qui va pleurer beaucoup, qui va pas être très attentif quand on l'examine, oui, un mauvais contact avec un nourrisson. Je trouve que c'est assez facile d'avoir des contacts, normalement quand la maman est proche de son enfant, détendue, on a quand même des nourrissons qui sont en général très calmes quand on les examine, je parle de nourrissons tout petits, avant 6 mois, vraiment très faciles à examiner, très faciles à calmer, très faciles... voilà, où la maman le prend, il se calme, il sourit et voilà. Et parfois on n'a pas ça oui.

L. : Et avez-vous une idée sur les conséquences que ça peut avoir, chez l'enfant plus grand et puis chez les adultes.

M2 : Oui je pense que du coup le noyau enfant/parent se relâche, la mère s'intéresse moins à l'enfant. Un dénoyautage du lien familial, avec soit un enfant qui se sent isolé, soit un enfant rébellion, soit un enfant triste. Je pense que ça peut prendre vraiment différentes formes. En fonction de ce que subit l'enfant je pense, si c'est une violence, si c'est une carence affective mais sans violence verbale, sans violence physique ; si il y a de la violence physique je pense que ça peut être un enfant qui a pu être violent aussi, enfin je l'ai vu au cabinet, hein donc ça ça existe, ça j'en suis sûre voilà ; problème de scolarisation ça c'est clair.

L. : Et vous avez déjà rencontré des cas comme ça, de carence ?

M2 : Oui de carence, de maltraitance, carence maltraitance oui.

L. : Et ça s'était présenté comment ?

M2 : Par exemple dans un couple une carence affective du papa envers la maman et envers les filles, 2 sœurs, j'étais très étonnée, une maman très inquiète qui venait nous demander... bon, je travaille avec une associée donc souvent on est amené pour les nourrissons et les jeunes enfants comme on travaille à 2 (un mercredi sur 2 et un samedi sur 2), quand l'une est absente l'autre voit en cas d'urgence, otites et autre, donc on connaît souvent les patients de l'autre. Donc du coup on s'interroge, on se dit « t'as pas remarqué que.. » et voilà « qu'est-ce que tu penses de... » Et ça, ça nous aide à progresser à deux, le fait d'en discuter, d'avoir deux regards. Et donc c'était ce cas, une maman qui venait nous demander

régulièrement si elle était une bonne mère, et en fait elle a réussi... bon bein quand même avec ma collègue on en a parlé puisqu'on voyait une dame très gentille, très proche de ses filles ; et 2 gamines qui se tapaient, qui se mordaient dans le cabinet médical et ça nous interpellait. Et j'ai quand même pris un jour la mère entre 4 yeux, elle venait au cabinet sans ses filles et je lui dis « voilà ma collègue et moi on s'interroge », le fait d'être deux je pense a beaucoup aidé, et donc là elle a craqué, elle a dit « mon mari, envers mes filles, envers moi, est violent ». Donc du coup ça s'est soldé par une... Enfin avec le temps, voilà on lui a donné des adresses des relais de femmes où elle pouvait parler, donc elle s'est séparée donc voilà et ça a mis du calme entre ses filles, ça s'est vu rapidement, dans les 3 ou 4 mois qui ont suivi la séparation, les filles ne se tapaient plus, ne se mordaient plus. C'est un exemple mais il y en a d'autres.

L. : Là c'était un cas avec aussi violence physique et en avez-vous eu avec uniquement carence affective ?

M2 : Uniquement carence affective heu ... je ne saurais pas dire si c'est de la carence affective mais par exemple une maman au moment du vaccin qui dit : « non non je ne regarde pas je ne prends pas mon bébé dans les bras ». Je ne sais pas si c'est une carence affective ou un manque de maturité, le fait qu'elle-même ne soit pas suffisamment sûre d'elle, ait bien été elle-même entourée donc avec des explications. Des petites choses comme ça voilà. On sent quand les familles fonctionnent bien, je trouve et on sent quand il y a de la tension dans les familles dans le déshabillage.

L. : Oui et à propos des familles pensez vous qu'il y a des risques de carence plus dans certains milieux ?

M2 : Ici on n'a pas une population très en difficulté, non je ne saurais pas dire, j'ai l'impression qu'il y a des mamans qui ont un haut niveau d'étude et qui peuvent paraître très maladroites avec des bébés, alors je me méfie beaucoup aussi quand je parlais d'allaitement, parce que c'est une question que je pose toujours au cours de la grossesse, « non non non moi je veux pas allaiter mon bébé », comme si le contact des mamans, bon ça fait un petit moment que je... Maintenant je ne mets plus d'étiquette, je me disais « elles veulent pas le contact avec le bébé », y'a des mamans qui s'occupent très très bien des bébés. Enfin vous voyez les a priori aussi il faut se méfier de ses a priori, non je ne pourrais pas dire après.

L. : Et des schémas familiaux qui pourraient se répéter ? Des parents qui eux-mêmes auraient eu des problèmes durant l'enfance ?

M2 : Oui, oui ça j'ai vu, alors je l'ai pas vu en tant que nourrisson, je l'ai vu chez des adultes. Une adulte qui a son tour a un enfant, qui n'a pas du tout apporté d'affection à son enfant, qui lui-même est en grande difficulté actuelle. Oui je suis une famille comme ça avec les grands-parents. Avec un cercle vicieux.

L. : Et face à une situation de carence vous sauriez quoi faire ?

M2 : Déjà j'en parle à ma collègue, voilà bein oui quand il y a des problèmes de violence, carence oui psychologues, psychiatres j'ai un réseau. Oui tout à fait et c'est déjà arrivé d'ailleurs.

L. : Et avez-vous déjà travaillé avec la PMI ?

M2 : Non je ne travaille pas avec la PMI, il y avait une dame que je connaissais bien quand je me suis installée qui est partie à la retraite il n'y a plus personne. Le plus près c'est plus loin. Mais je les adresse si il y a besoin, mais bon quand je remplis les certificats obligatoires je n'ai jamais coché « souhaite être contacté par le médecin de la PMI ». On ne les connaît pas. On a l'impression qu'on se débrouille.

L. : Et si vous vous posiez une question vous auriez plus recours à un CMP qu'à une consultation de PMI ?

M2 : Oui, ou un psychiatre en libéral, ou un psychologue en libéral. Ah oui ça est déjà arrivé oui.

L. : Et seriez-vous intéressée par un peu plus d'information sur le thème des carences ?

M2 : Oui éventuellement.

L. : J'avais pensé à une plaquette avec les signes diagnostiques plutôt utilisable en ville.

M2 : oui avec des idées de personnes ressources oui ça se serait une bonne idée oui.
Quelque chose d'assez court, une synthèse.

Entretien M3 :

	Sexe	Date d'installation	Zone d'installation	Patientelle défavorisée	Pratiques annexes	Maître de stage	Suivi de grossesses	Suivi de nourrissons
Médecin 3	Femme	2009	Semi-rural	Importante	0	non	peu	Oui

Lucie : Est-ce que tu as déjà reçu des informations ou des formations sur le sujet des carences affectives ?

Médecin 3 : Non, pas vraiment.

L. : Est-ce que tu as été amenée à te documenter sur ce sujet ?

M3 : Personnellement non, je ne peux pas dire que je me sois vraiment intéressée à ce sujet.

L. : Et sais-tu quels peuvent être les signes qu'on peut voir chez un nourrisson carencé ?

M3 : Je n'ai pas vraiment vu mais j'imagine un nourrisson pas très ouvert, difficile à accrocher du regard, qui sera peut-être moins souriant ? Après je ne sais pas, c'est plus un ressenti à mon avis de la relation entre la mère et l'enfant, de l'entourage, je vois plus ça comme ça.

L. : Et as-tu des notions sur les conséquences que ça pourrait avoir par la suite dans l'enfance l'adolescence puis à l'âge adulte ?

M3 : Je pense que ça peut être un enfant ou un adulte qui aura peut-être moins confiance en lui, qui a besoin d'être rassuré. C'est peut-être nos futurs patients anxieux ou quelque chose comme ça. Après ça dépend ce qu'on définit par carence affective, ça me paraît un peu large, est-ce que c'est la maltraitance ?

L. : C'est vaste, ça peut être considéré comme de la maltraitance sans maltraitance physique.

M3 : Sans maltraitance volontaire en fait. Ça me fait penser, je ne sais pas si on peut parler de carence affective mais on parle aussi beaucoup de l'allaitement maternel par exemple et pour moi l'allaitement maternel effectivement c'est une façon de maintenir le lien, parce que l'affectif du nourrisson c'est quand même souvent dans la relation maman bébé, après il y a le papa évidemment, et l'allaitement maternel il y a un côté très affectif, ce n'est pas seulement nourrir son bébé, c'est aussi lui faire des câlins etc. et par rapport à ça c'est vrai qu'on dit qu'un bébé qui a été allaité son avenir semble mieux, même niveau scolaire et des choses comme ça et je pense que le côté affectif y est pour une grande part.

L. : Penses-tu qu'il y a des contextes socio-économiques favorisant, des contextes où tu serais plus attentive ?

M3 : Sans doute des contextes sociaux un peu plus défavorisés, des contextes où on est plus vigilant, ou quand il y a des situations de... comment dire... de mésentente dans le couple là c'est vrai que je vais me poser des questions sur l'enfant, c'est vrai que par exemple les couples qui se séparent très tôt après la naissance d'un enfant on peut se poser la question, est-ce que c'est vraiment une carence je ne sais pas mais en tout cas il y a une déchirure entre les 2 parents et que l'enfant est au centre de tout ça. Oui c'est des situations qui m'inquiètent pour l'enfant.

L. : Et des familles qui répéteraient les mêmes schémas ?

M3 : Ca j'en ai entendu parler, c'est ce qu'on dit mais non je n'ai pas pu concrètement le constater mais c'est une notion que j'ai effectivement.

L. : Et as-tu déjà été confrontée à des situations de carence ?

M3 : Heu... non je pense pas ; je pense à un bébé qui me pose question effectivement, c'est justement le cas d'une rupture très précoce des parents, des parents relativement jeunes, peut-être un peu immatures effectivement, cet enfant je me dis ... Je pense pas qu'il manque d'affection je pense que les deux parents l'aiment bien quand même mais pas sur une base stable pour l'avenir ?

L. Et il y a des conséquences sur le bébé ?

M3 : Là non, moi j'en constate pas, après si on interroge les parents on va dire que oui, quand je consulte avec le papa il y a ceci/cela qui ne va pas ou l'inverse mais moi personnellement de façon purement médicale je ne peux pas dire que... L'enfant grandit normalement, l'examen clinique est normal, après se sont plus les plaintes des parents que des choses que je peux constater.

L. : Et suis-tu des adultes qui auraient vécu des situations difficiles dans l'enfance ?

M3 : Oui c'est vrai qu'on voit des personnes qui ont vécu des choses vraiment difficiles dans l'enfance et qui sont mal dans leur peau à l'âge adulte, c'est pas vraiment des choses qu'ils vont dire spontanément, il faut vraiment qu'il y ait une relation qui se crée, un suivi.

L. : Et si tu es confrontée à des situations où tu t'interroges saurais-tu vers qui te tourner, à qui demander conseil ?

M3 : La PMI, des assistantes sociales, plutôt des gens qui travaillent en groupe ou au niveau du conseil général. Moi ça m'est arrivé une fois mais ce n'était pas un nourrisson c'était un enfant un peu plus grand, j'avais un souci, en l'occurrence c'était une maman alcoolique qui était toute seule avec son enfant, ça me posait vraiment problème et du coup j'ai appelé le numéro « enfance en danger » par le biais du conseil général j'ai pu essayer de protéger cet enfant.

L. : Et tu as déjà travaillé avec la PMI ?

M3 : J'ai pas trop de relation avec la PMI d'ailleurs je le regrette un peu, à mon grand regret. Surtout qu'ils ont l'avantage de travailler en équipe alors que nous on est tout seul face aux parents, on a une vision plutôt différente, et les gens viennent nous voir pas dans les mêmes conditions. Les enfants qui sont suivis par la PMI, enfin suivis Mais voilà quand il va bien et nous on le voit dans d'autres situations plus ou moins dans l'urgence, c'est différent. Mais c'est vrai que ce serait bien de pouvoir les appeler plus facilement pour avoir un ressenti. Du coup j'ai pas trop le réflexe de le faire.

L. : Mais du coup tu as des enfants qui sont suivis par la PMI ?

M3 : oui j'en ai certains, mais on n'a pas d'échange enfin il y a le carnet de santé, mais on ne va pas s'appeler pour se dire que l'enfant va bien en même temps mais pour les enfants qui ne vont pas bien est-ce qu'ils préviennent le médecin traitant ? Par exemple cette petite fille dont les parents se séparent, c'est une histoire un petit peu triste et du coup ils sont suivis par la PMI mais c'est les gens qui me le disent et jamais la PMI et je trouve ça dommage de ne pas savoir où on en est pour cette enfant.

L. : Et est-ce que tu aimerais avoir des informations sur le thème des carences ? J'avais pensé à une plaquette avec des signes diagnostiques et des numéros à appeler.

M3 : Oui tout à fait, savoir qui contacter, c'est sûr que c'est bien, même le cas, enfin c'est peut-être pas le sujet, mais de l'enfance en danger j'ai eu du mal à savoir qui appeler et en plus c'est urgent, on ne peut pas attendre des jours et des jours pour réagir et je trouve qu'on est un peu isolé finalement.

Entretien M4 :

	Sexe	Date d'installation	Zone d'installation	Patientelle défavorisée	Pratiques annexes	Maître de stage	Suivi de grossesses	Suivi de nourrissons
Médecin 4	Femme	1979	Semi-rural	Peu	Enseignement	Oui	Oui	Oui

Lucie : Avez-vous déjà eu des informations, des formations sur le thème des carences affectives chez le nourrisson ?

Médecin 4 : Des formations non, tout dépend si tu entends FMC, formations universitaires, et là je te réponds non.

L. : Et avez-vous reçu des informations par d'autres biais, des revues ou autres ?

M4: Des revues, un travail de réflexion personnel.

L. : Et que connaissez vous de la carence affective chez les nourrissons ? Les signes diagnostiques ?

M4: Alors, la carence affective, d'abord quand même la prévalence est relativement rare dans mes 30 ans d'exercice, moi ma préoccupation c'est l'évolution de ces nourrissons avec un risque parfois de maltraitance qui nous préoccupe. Voir un enfant qui est en retard sur son développement psychomoteur, sur ses acquisitions, sur ... voir dépistage de l'autisme.

L. : Et savez-vous quels signes rechercher chez un nourrisson, les signes diagnostiques, des signes cliniques qui pourraient être des signes de carence affective ?

M4: Alors moi je me fie plus heu ... tout dépend puisque tu parles du nourrisson, jusqu'à quel âge ?

L. : Entre 0 et 1 an voir jusqu'à 2 ans.

M4: C'est vraiment l'occasion lors des visites obligatoires du nourrisson, où là on a déjà le reflet... tout dépend qui nous accompagne le nourrisson, très souvent c'est la maman. Si c'est le papa et la maman c'est rare qu'il y ait quand même des carences affectives. Et c'est beaucoup le comportement de la maman avec son nourrisson qui va être pour moi un objet d'éveil très très tôt, je dirais dans les premiers mois. Ce que je vais chercher à confirmer dans les visites suivantes, d'où l'intérêt de les voir régulièrement jusqu'à 6 mois.

L. : Et avez-vous remarqué si il y avait des signes qui revenaient des choses particulières ?

M4: Un enfant peu curieux, peu éveillé, heu... avec retard à l'acquisition peut-être de la marche, des déplacements à 4 pattes, du babille, du sourire, un enfant qui est un peu terne, replié sur lui-même, voilà, ça ça va être des signes. Je vais bien sûr vérifier la vue et l'audition quand même. Bien sûr tout ça c'est un tout parce que si on connaît les patients on peut connaître aussi ... Et en général on se prépare, on prépare ça un petit peu avant comme je disais je suis pas mal de grossesses, si on connaît les difficultés des parents ou de la maman à ce moment là, je pense qu'il faut toujours anticiper et c'est vraiment en avant, en amont, qu'on travaille. Pour l'arrivée de l'enfant, l'arrivée de l'enfant ça se prépare avant qu'il soit là. Je n'ai eu, pour l'instant en mémoire je veux dire, dans l'âge où tu me situes les choses qu'un cas important qui a débouché d'ailleurs sur des maltraitements. C'est pour ça que je suis sensibilisée à ça.

L. : Avez-vous remarqué qu'il y avait des contextes familiaux, sociaux-économiques plus particuliers qui favoriseraient les carences ?

M4: Bien sûr, alors il y a les contextes sociaux défavorisés bien évidemment, il y a des contextes de conjugopathie, je dirais pas forcément que ça touche pas tous les milieux, c'est pas ça que je veux dire, parce que la femme hyperactive, qui a un métier, qui veut pas le

lâcher, bon est-ce qu'il n'y a pas une carence affective à ce niveau là ? Voilà, mais dresser un portrait type non, non. Il faut se méfier beaucoup des mamans qui travaillent, qui ont un métier pas forcément hyper passionnant qui leur prend beaucoup de temps, qui ont déjà des enfants avant le nourrisson dont on parle, qui sont prises à courir entre la nounou, les enfants à récupérer, la maison, les ennuis financiers ... enfin là je fais pas du Zola mais c'est de la vie de tous les jours et c'est ces terrains là qu'il faut repérer et, je vous dis, anticiper surtout.

L. : Et des schémas qui se répèteraient, des parents qui auraient été eux-mêmes carencés ...

M4: Oui c'est possible, c'est possible mais bon, là aussi je veux dire que ça se prépare bien avant si on connaît ces familles, là il faut essayer d'anticiper et de discuter avec si possible, le mieux, c'est les parents parce que le père quand même a une place importante. Mais si on connaît plus la maman il faut anticiper ça avec la maman. Parce que moi je te dis ma vigilance c'est la maltraitance, et comme on sait que les parents maltraitants souvent sont des enfants qui ont été maltraités, on est quand même vigilant sur ce point là, enfin moi je le suis.

L. : Et pour ce qui est des conséquences dans l'enfance et puis à l'âge adulte pour les nourrissons qui ont été carencés ... avez-vous de notions sur les conséquences que ça peut avoir ?

M4: Ah bein psychologique important et un retard dans le développement, des gens qui sont pas épanouis, voilà mais ça l'intérêt de notre travail de généraliste c'est que c'est du long terme et qu'on les suit régulièrement, des années et des années, donc, là aussi non seulement on l'anticipe sur la maman mais quand on s'en aperçoit un petit peu on travaille avec l'enfant et la famille .C'est pas toujours facile mais je pense qu'on a quand même nous l'avantage d'avoir un gain de confiance de la part, j'entends, des familles qui nous suivent régulièrement, dont on est le médecin traitant . Bon moi qui suis n'est-ce pas « vieille » généraliste, l'intérêt c'est que j'ai suivi des enfants qui se retrouvent des femmes maintenant, dont je suis les enfants, c'est un parcours un peu exceptionnel dans le sens où il y a une relation qui s'est pas créée d'hier quoi, qui est très forte, qui est très très forte.

L. : Et chez ces femmes que vous suivez maintenant à l'âge adulte vous remarquez qu'il y a des difficultés ?

M4: Sur ceux que je connais depuis très longtemps, bah relativement peu alors est-ce que c'est parce que il n'y en a pas eu ? Je pense, est-ce que on a été plus vigilants ? Non et puis il y a le tempérament de chacun, il y a des gens qui sont plus renfermés que d'autres. Mais non, ce sont des gens que je verrais plus récemment, qui ont eu un parcours de vie que je ne connaissais pas et dont j'ai dû un petit peu faire la découverte avec eux et qui ont pu me montrer des signes de souffrance oui.

L. : Avez-vous déjà rencontré des cas de carence ?

M4: A venir comme ça, je dirais qu'on est... enfin bon, je parle pour ma patientelle, peut-être que je suis dans un circuit un peu privilégié, une région un peu privilégiée c'est vrai, mais, heu... j'en ai pas beaucoup. J'ai plutôt l'excès inverse.

L. : Et des adultes qui auraient été carencés dans l'enfance ?

M4: J'en ai, là, je dirais plus.

L. : Et sans conséquence eux même, sur leur parentalité ?

M4: D'abord il y a beaucoup de gens qui ont eu des carences affectives, puis des choses dont on parle pas, des abus sexuels, à révélation tardive, alors ça je dirais qu'on en a plus qu'on ne pense, et ... C'est difficile à dire comme ça parce que si tu veux, j'ai du mal à faire la part des choses entre carence affective, maltraitance pour un problème d'alcoolisme par

exemple d'un des parents heu... Abus sexuels à révélation tardive chez un membre de la famille, des parents, un oncle, un grand-père ce qui est beaucoup plus fréquent, et encore je pense que, on n'a qu'une toute petite partie émergée de l'iceberg. Et la carence affective unique en général, les Folcoches, c'est rare d'être unique en fait hein ; et dans Folcoche elle est un peu maltraitante quand même. C'est pour ça que c'est difficile à faire un peu la part des choses, moi j'ai du mal à la séparer de la maltraitance.

L. : C'est pas à séparer de la maltraitance, les carences affectives sont considérées comme une forme de maltraitance.

M4 : Oui mais il y a des différences de prise en charge. Entre quelqu'un qui reçoit tout le temps des coups et quelqu'un ... Parce que il faut voir que l'enfant peut se retrouver en affectif ailleurs, heu... Je pense aux nourrices qui là peuvent prendre un rôle prépondérant, je pense au milieu scolaire où l'enfant peut retrouver quand même des cadres et des adultes à qui se rattacher, ça peut être aussi quelqu'un aussi extra de la famille, ça peut être le parrain, la marraine, ça peut être un oncle, une tante, où l'enfant... On voit ça souvent chez l'ado, qui sont en crise, ils vont avoir plus de liens affectifs avec telle ou telle personne. Donc c'est vrai que ça arrive, l'enfant à mon avis souvent cherche à compenser ailleurs et peut parfois trouver un lien de compensation ; un grand-père, une grand-mère ailleurs. Et s'en sortir mieux que d'être uniquement dans la maltraitance, et de trouver un certain équilibre.

L. : Mais c'est pas le cas des nourrissons.

M4: Pas le cas des nourrissons non, là j'en ai eu peu je te dis. J'ai vraiment souvenir de cette mère que j'ai repérée très très tôt et qui a débouché sur de la vraie maltraitance par contre. Mais le père était très vigilant donc on a pu travailler ensemble et mettre en route un signalement administratif et une aide. Mais Sinon on arrive à retravailler avec les mamans. Souvent, c'est ce que je disais tout à l'heure, c'est quand elles sont trop débordées, parce que entre le travail, la maison, les enfants, la nounou, y'a des fois elles sont en burn-out ces pauvres mères et il suffit de rediscuter avec elles, de recadrer les choses et ça ça se fait sur du long terme.

L. : Et pour la prise en charge de situations pareilles vous sauriez quoi faire, vers qui orienter ?

M4: Alors si j'ai vraiment un risque de maltraitance ça c'est le signalement d'abord administratif, si vraiment j'ai des traces de coup même je vais jusqu'au signalement juridique, j'ai le numéro dans mon téléphone. Sinon j'essaye de travailler avec soit la PMI qui apporte une structure avec l'assistante sociale, j'essaye de mettre une aide familiale à domicile, j'essaye de m'aider avec des repères et des gens sur qui je vais pouvoir compter pour me dire un petit peu plus ce qui se passe, au sein de la famille alors que moi je ne vois la maman qu'une fois par mois, une consultation, pour un nourrisson c'est un peu plus long, c'est quand même un minimum de 20 minutes, mais nous on reprend un peu tout ça.

L. : Il vous est donc déjà arrivé d'avoir recours à la PMI ?

M4: Oui, oui.

L. : Du coup vous savez qui contacter ?

M4: J'ai une PMI à 500 m du cabinet, donc c'est assez pratique, l'assistante sociale prend en charge beaucoup d'autres choses, le signalement administratif j'ai beau en faire, pas pour des nourrissons mais plus tard. Et puis aussi le procureur, ne serait-ce d'ailleurs que pour demander un conseil, parce que souvent on hésite entre l'administratif et le juridique, alors quand il y a des coups et tout on soustrait l'enfant. Mais dans ce cadre là c'est vrai qu'on va utiliser beaucoup l'accès aux urgences sur un motif ou un autre de surveillance, présenté aux parents et que là on va travailler avec les urgences. Je parle pour le nourrisson, ce qui est

peut-être différent chez l'enfant plus grand pour moi. Même il m'arrive de me mettre en relation avec le médecin scolaire, l'infirmière scolaire. Voilà quel est mon réseau à peu près, je travaille avec eux.

L. : Et avez-vous des attentes, des interrogations sur le thème des carences affectives chez les nourrissons, des questionnements ?

M4: Moi mes questionnements c'est de repérer ça avant, c'est d'anticiper. Alors c'est vrai qu'on a fait un petit peu plus avec la visite du quatrième mois de la maman, mais je pense que c'est important, du début de la grossesse jusqu'à l'arrivée de l'enfant, et on le voit très vite parce qu'il y a toutes les questions qui viennent, moi je fais beaucoup de puériculture, à chaque fois on revoit les régimes, et je pense qu'il faut anticiper, il faut absolument anticiper. Alors quand on connaît les patients, qu'on connaît leur histoire de vie on va être d'autant plus vigilant si eux même ont été en souffrance mais je pense qu'il faut qu'on s'y intéresse avant.

L. : Du coup on travaille beaucoup sur la prévention en médecine générale.

M4: Tout à fait, une fois que ça arrive c'est trop tard à mon avis. On peut rattraper, c'est pas ce que je veux dire mais il faut empêcher que ça arrive en fait, et il faut aider les mamans, et puis au cas par cas, j'ai des cas ... bon le papa il s'en va la grossesse elle en est à 2 mois heu... l'arrivée de cet enfant, enfin bon il y a des conjugopathies qui vous laissent parfois un peu pantois il faut dire, donc ces mamans elles ont quand même quelques difficultés et c'est en anticipant justement, de voir quel va être leur regard sur l'enfant à venir, et finalement ça se passe pas trop mal et ce malgré leurs propres souffrances.

L. : Et est-ce que vous seriez intéressée par une plaquette où je reprendrais les signes diagnostiques chez les nourrissons, un outil diagnostique.

M4: Pourquoi pas, tout du moins pour allumer le clignotant. Déjà une maman, la façon dont elle tient son bébé, dont elle le pose sur la table, dont elle nous pose ses questions, on a déjà un bon aperçu là. Quand on fait les vaccins, si elle est toute droite à pas bouger, pas ciller, et puis celles qui sont là à apporter le doudou, la totote et cætera heu... bien que je leur demande en général de le faire, on voit quand même assez vite, enfin bon, il y a peut-être l'inexpérience. Et puis l'enfant qui s'éveille, ça se voit, un enfant inexpressif, un enfant un petit peu... pas endormi mais qui ne bouge pas, grognon, un enfant qui n'est pas changé depuis le matin, qui a une couche sale, bon, on peut aussi se poser des questions. Mais je pense qu'on repère quand même assez rapidement, mais peut-être que je me trompe.

Entretien M5 :

	Sexe	Date d'installation	Zone d'installation	Patientelle défavorisée	Pratiques annexes	Maître de stage	Suivi de grossesses	Suivi de nourrissons
Médecin 5	Femme	1989	Rural	Partiellement	Médecine du sport	Oui	oui	Oui

L. : Avez-vous déjà reçu des informations sur les carences affectives, des formations ?

Médecin 5 : Des formations non, des informations, heu... pas vraiment dans le sens où nous on reçoit des papiers pour des propositions de signalement des choses comme ça, des informations.

L. : Et sur le thème de la carence ?

M5: Je n'ai pas souvenir.

L. : Et avez-vous des notions sur les éléments du diagnostic, de quels peuvent être les signes ?

M5 : Heu ... oui a priori dans le sens où on verrait un enfant qui par exemple est peu réactif, à mon avis, heu, oui qui ne manifeste plus tellement, en fait il est carencé en émotion, heu ... qui ne manifeste plus aucune émotion. Moi je verrais bien quelque chose comme ça, un enfant qui est peu réactif. A la fois la souffrance, et à la fois la privation, oui un enfant qui serait peu réactif, oui ça me mettrait peut-être en alerte oui.

L. : Et avez-vous des notions sur l'âge auquel on peut détecter les carences ?

M5: Non, pas spécialement, parce que je ne suis pas sûre qu'il y ait des âges pour ça,

L. : Et un enfant carencé depuis la naissance ?

M5: Il va se trouver, quand même, à avoir des manifestations quelque fois physiques de sa carence. Voilà ce que je verrais bien, je veux dire un enfant qui ne se développe pas bien, soit sur le plan physique en poids/taille, soit sur le plan comportemental avec un retard de développement du langage ou quelque chose comme ça.

L. : Et les conséquences à l'âge adulte ou chez l'enfant plus grand ?

M5: C'est difficile parce que dans la première partie, je dirais dans l'enfance, l'enfant a surtout son lien maternel et familial et pas tellement extérieur donc quelques fois y'a des enfants qui arrivent à compenser extrêmement heu ... en récupérant ce qui leur manque chez eux chez les autres. Donc moi je pense que la carence elle est catastrophique si elle est avant l'âge de 3 ans et que après les ¾ du temps elle peut se compenser, on voit bien d'ailleurs des enfants qui ont eu tout ce qui leur fallait jusqu'à l'âge de 3-4 ans, si ils sont carencés après pour une raison ou une autre, séparation ou autre, ils arrivent à s'équilibrer à peu près alors que quand c'est dans l'autre sens heu... c'est souvent très difficile à récupérer.

L. : Pour ce qui est du contexte dans lequel peuvent apparaître les carences, est-ce qu'il y a des contextes particuliers ?

M5: Moi je dirais des jeunes mères, déjà parce que en fait, si ... Enfin des situations qu'on rencontre pratiquement jamais, des mères qui ont moins de 18 ans, moi je verrais bien ça comme facteur favorisant. Parce qu'elles-mêmes ne savent pas trop ce qu'elles ont reçu donc ne savent pas trop ce qu'elles doivent donner, et puis elles sont encore elles même dans le besoin donc heu ... Quelqu'un qui est dans le besoin il peut avoir du mal à donner de

l'affection. Ça me paraît logique. Donc ça, ça me paraît être un ... alors c'est extrêmement rare, moi personnellement j'ai jamais rencontré de situation pareille.

L. : Et des schémas qui se répéteraient dans des familles ?

M5: oui, ou des gens isolés, qui ne rencontrent personne, qui ne savent pas comment font les autres, des gens peut-être très isolés, où sans elles-mêmes, les mères, n'ayant aucune relation avec leur propre famille par exemple

L. : Et vous, vous avez déjà été confronté à des situations de ce style, d'enfant carencé ?

M5 : C'est-à-dire que, en patient je serais tentée de dire tout venant heu... pas vraiment, et par compte le recrutement qu'on a avec la maison d'enfant, malheureusement nous en apporte un bon petit paquet et c'est vrai que quand ils arrivent c'est net, c'est des enfants qui sont soit hyper ... Donc là c'est net, au niveau du premier contact surtout, c'est là où on peut se rendre compte. Nous on ne sait pas leur histoire, on ne sait pas ce qu'ils ont eu comme souffrance ou manque, mais on peut repérer déjà dans leur comportement lors d'une première consultation pour un enfant qui n'a jamais vu ce médecin et qui le voit pour la première fois on voit bien son comportement. Soit un comportement très agressif avec des pleurs sans arrêt parce qu'il sait pas trop ce qu'il va lui arriver, ou soit un enfant complètement indifférent.

L. : Et en dehors de la maison d'enfant vous avez déjà été confrontée ...

M5 : Heu ... confrontée directement non, on voit plutôt les situations de la mère car c'est vrai que chez les petits c'est difficile à mettre en évidence. Moi je me souviens d'une femme qui avait des jumeaux et qui était complètement débordée par cette situation et qui je pense avait quand même du mal à fournir une affectivité satisfaisante, maintenant elle a changé de médecin après, donc moi je l'ai vu peut-être entre 0 et 1 an, 1 an et demi, c'est tout je les ai pas vus longtemps ces enfants là ; mais je suis pas sûre que ça se soit bien passé après parce qu'elle-même était extrêmement angoissée et cætera donc je pense qu'elle ne devait pas être libre pour donner, elle arrivait pas à gérer les pleurs, les maladies, les trucs comme ça quoi.

L. : Et dans ce genre de situation vous savez quoi faire ?

M5 : Bein là en l'occurrence je l'ai envoyé, heu ... ça s'était fait un peu... certainement qu'elle avait dû avoir un peu à payer je ne me rappelle plus, parce qu'elle habitait assez loin d'ici, et donc je l'avais orienté vers une maison des parents, parce qu'il y avait un problème de la mère.

L. : Donc vous connaissez les ficelles de la prise en charge quand on se pose des questions ?

M5 : ça permet d'avoir l'avis d'une autre personne, qui n'est pas forcément un médecin car il n'y a pas besoin d'être un médecin, moi je pense, pour voir ces choses là et pour aider, qu'on peut aider sans être médecin, il y a énormément de professionnels de la petite enfance qui sont quand même formés pour ça. Et plus que nous.

L. : Et vous seriez en attente de formation, d'information sur ce thème ?

M5 : On a toujours besoin d'information parce que c'est vrai qu'on ne sait jamais tout, maintenant, pourquoi pas ...

L. : Parce que ce que je pensais démontrer c'est qu'il y avait vraiment un manque d'information chez les médecins, qui pourraient être au centre du dépistage et voir la prévention.

M5 : Alors moi je dirais manque d'information oui, mais aussi peut-être manque de structure parce que cette personne là elle avait dû aller sur Nantes quand même, donc c'est ça, en milieu rural on souffre moins du manque d'information, on souffre du manque de structure et du manque de personnel décentralisé.

L. : Il y a des consultations de PMI à Pornic [ville proche].

M5 : Oui mais est ce qu'ils sont à même de gérer ces trucs là, je sais pas, je ne les connais pas.

L. : En PMI ils peuvent être au centre des prises en charge des enfants carencés, je pense qu'il y a un problème de communication PMI/médecine générale, un problème d'information.

M5 : Il n'y a pas beaucoup de relation, pas du tout même, moi je suis incapable de te dire quel médecin travaille en PMI à Pornic, à Machecoul. Ça c'est sûr que dans ce genre de situation, heu ... Quand c'est avéré que l'enfant a un problème on a l'impression quelques fois que ... Alors est-ce que c'est bien de déclencher quelque chose ? Pour pas qu'il y ait un rejet aussi derrière et que la personne dise « non non non non non », les gens, des fois, ils ne veulent pas savoir qu'il y a un problème dans la relation, ils préfèrent étouffer que de soigner. Ça c'est bête mais c'est comme ça. Et donc comme on n'a pas du tout de relation avec les PMI ; si on en avait plus peut-être que ce serait un peu plus banalisé et peut-être qu'on détecterait plus. Mais c'est vrai je pense que c'est important de connaître un peu plus le profil à risque parce que ça fonctionne un peu comme ça dans le raisonnement médical quand même et puis après bien c'est vrai qu'on n'a pas de relation avec la PMI, c'est 2 mondes qui circulent en parallèle. Ça peut être une grande amélioration c'est sûr.

L. : Je pensais aussi à une plaquette d'information, quelque chose qui pourrait être utilisable en cabinet, où on rappellerait les signes des carences.

M5 : C'est-à-dire qu'il peut y avoir, voilà, un rappel clinique et puis des coordonnées, parce que c'est vrai qu'on a les centres, les numéros nationaux, c'est bien, c'est utile mais à l'époque actuelle où on se rend compte que pour tout un tas de chose c'est quand même la proximité qui donne le plus de résultats, dans tous les domaines, je pense que c'est plus important que les numéros nationaux. Les numéros nationaux c'est bien mais ça fait pas tout. Et on s'est rendu compte que les informations données localement avaient beaucoup plus de poids que les informations nationales. Et que c'est la multiplicité des informations qui donne la satisfaction. Donc si il y a plusieurs réseaux d'information qui circulent, localement, c'est ça qui peut être bénéfique à mon avis. Pour pas risquer de laisser passer à travers des enfants.

Entretien M6 :

	Sexe	Date d'installation	Zone d'installation	Patientelle défavorisée	Pratiques annexes	Maître de stage	Suivi de grossesses	Suivi de nourrissons
Médecin 6	Homme	1997	Semi-rural	Partiellement	0	Oui	Oui	Oui

Lucie : Avez-vous déjà reçu de l'information sur le thème des carences affectives ?

Médecin 6 : J'ai fait une FMC sur les troubles relationnels du nourrisson de 6 mois à 1 an.

L. : Et avez-vous des notions sur les signes qui peuvent apparaître chez les nourrissons et les petits enfants ?

M6 : Dans la pratique quotidienne oui. Connaissant la famille effectivement on sent quand il y a une espèce de ... on est plus attentif sur le développement de l'enfant, moi qui suit des nourrissons, soit moi seul soit en consultation alternée avec la PMI, je vois bien des mamans qui sont hyper attentives, elles nous disent quand il y a un déclin quand il y a quelque chose qui ne colle pas, oui. Mais j'ai la chance honnêtement ces dernières années de ne pas avoir des situations d'urgence ou de semi urgence.

L. : Et des signes cliniques qui peuvent être associés aux carences ?

M6 : Quand je vois que l'enfant n'a pas pris de poids, effectivement je me pose des questions, est-ce qu'il y a une pathologie intercurrente ou est-ce qu'il y a un conflit intrafamilial ? Effectivement maintenant que vous m'en parlez j'ai notion d'un divorce qui s'est mal passé chez un enfant de 4 ans que j'ai trouvé un peu plus triste, mais la maman ne me l'a pas amené en souffrance, c'est juste parce qu'il accompagnait la maman et j'ai vu son regard. Et des signes digestifs avec un retard staturo-pondéral manifeste, des troubles du sommeil, des choses comme ça.

L. : Et avez-vous déjà été confronté à des cas de carence ?

M6 : Non, honnêtement non, alors que je vois à peu près 350 nourrissons sur l'année, en dessous de 2 ans, j'ai eu les feuilles de la sécu hier.

L. : Et est-ce que vous avez des notions sur des milieux socio-économiques où cela pourrait plus se produire ? Où il y a plus de risque ? Des schémas qui se répéteraient dans les familles ?

M6 : J'en ai eu il y a 3 ans, mais effectivement, pareil, conflit, séparation, carence affective chez l'enfant mais qui s'est bien développé par la suite.

L. : Et vous pensez qu'il y a des milieux qui pourraient favoriser les carences ?

M6 : Oui manifestement des situations conflictuelles de famille, divorce, et puis des situations socio-économiques mais là comme ça honnêtement j'en ai pas beaucoup. Mais ça peut être un milieu calme aussi, un cadre moyen voir supérieur. Mais c'est vrai je ne suis pas assez confronté à ce problème là encore.

L. : Et avez-vous des adultes qui auraient été carencés ou qui auraient subi des violences pendant l'enfance dans votre patientelle ?

M6 : Qui sont devenus adultes ? Ah oui bien sur !

L. : Avec des conséquences sur leur vie actuelle ?

M6 : Ah oui, des troubles de la personnalité manifestes, bipolarité, hypochondrie, anxiété réactionnelle, somatisation extrême.

L. : C'est là l'exemple d'un patient en particulier, avez-vous des notions sur les conséquences de manière générale que ça peut avoir chez un enfant qui aurait été carencé.

M6 : Je réfléchis sur ce Monsieur qui à chaque consultation revient sur son enfance, il a 45 ans. Il peut y avoir comme conséquences les échecs scolaires, des fugues, pas forcément quand vous dites carences affectives, oui même dans l'autorité, dans la façon d'éduquer l'enfant, par agression verbale. Oui maintenant que vous m'en parlez je pense à une autre famille où l'enfant effectivement a des troubles de l'attention et de l'hyperactivité, ça oui j'ai vu, un enfant qui maintenant a 14 ans, moi que j'ai vu à l'âge de 5-6 ans, on voit bien qu'il était tout le temps en train de déambuler et dont les parents étaient tout le temps agressifs avec lui.

L. : Et savez-vous quoi faire face à des situations pareilles, savez-vous vers qui vous tourner ?

M6 : Bonne question, alors des fois je demande des consultations en pédiatrie, parce que les consultations de pédopsychiatrie sont..., d'abord il n'y en a pas beaucoup, de plus pour en avoir c'est pas facile donc le dernier que j'ai adressé je l'ai adressé au Pr A. à X. mais j'ai su par la pédiatrie ; un enfant de 11 ans qui est très turbulent, les parents ne sont pas agressifs pourtant, c'est un couple à priori sans histoire, a priori je dis bien.

L. : Et face à un nourrisson qui présenterait des signes de carence vous sauriez quoi faire ?

M6 : Je conseillerais de consulter éventuellement un psychologue dans un premier temps, puis si il y a des problèmes d'ordre financier je tâcherai peut-être de voir soit la maman soit le père avec l'enfant pour en discuter ou effectivement je me tournerais facilement vers la pédiatrie [sous entendu au CHU], j'hésite pas à téléphoner.

L. : Et la PMI avez-vous déjà travaillé avec eux, déjà adressé des patients avec des interrogations ?

M6 : Oui c'est une bonne remarque... c'est vrai qu'on ne le fait pas assez souvent. Mais quand vous parlez de la PMI vous voulez dire via la puéricultrice qui pourra par exemple voir cette famille là ?

L. : Par exemple, ou il y a des consultations avec les médecins aussi.

M6 : Oui c'est vrai, alors elle, elle m'envoie des patients mais c'est vrai que je pourrais améliorer ça.

L. : Et est-ce que vous seriez intéressé par un peu plus d'information, moi j'ai pensé à une petite plaquette avec les signes diagnostiques, les numéros des personnes à joindre.

M6 : Oui, et il y a un truc qui revient souvent en ce moment, notre hantise quand on fait du suivi de nourrissons c'est effectivement par rapport à l'autisme, on a à voir si l'enfant a un changement comportemental mais c'est vrai que ça peut être intéressant, ça fait parti un peu des carences.

Entretien M7 :

	Sexe	Date d'installation	Zone d'installation	Patientelle défavorisée	Pratiques annexes	Maître de stage	Suivi de grossesses	Suivi de nourrissons
Médecin 7	Homme	1978	Semi-rural	Peu	Enseignement	Oui	Oui	Oui

Lucie : Avez-vous reçu des informations sur le thème des carences affectives ?

Médecin 7 : Non, jamais.

L. : Et vous êtes-vous documenté par vous-même ?

M7 : Oui, un peu, en lisant des bouquins sur l'estime de soi par exemple.

L. : Et savez vous ce qu'on peut chercher comme signes chez un nourrisson, quels sont les signes de carence ?

M7 : Je dirais des troubles du comportement, avec un enfant un peu coupé, peu communicant, replié sur lui. Oui, essentiellement troubles du sommeil, troubles de l'alimentation, enfin chez les tout petits. Sommeil ; alimentation et difficultés à se socialiser, troubles de la propreté aussi, de l'apprentissage, de la propreté je pense. C'est des signes qui peuvent m'y faire penser. Et en plus après c'est dans... oui c'est même les acquisitions de langage ou autres.

L. : Et avez-vous des notions sur l'âge où on pourrait faire le diagnostic chez un nourrisson, chez un enfant ?

M7 : Ca dépend car on ne voit jamais le gamin seul, le gamin on le voit il est accompagné d'une mère, d'un parent, d'une histoire donc on peut aussi l'imaginer. On n'a pas un gamin qu'on examine comme ça, isolé. Donc là on pourrait dire bah... C'est pas facile de se rendre compte, il faudrait attendre que l'enfant parle. Mais avant c'est plus sûr, justement quand nous on connaît l'histoire, on peut connaître l'histoire de la famille, l'histoire de la grossesse, l'histoire de la mère, donc les carences affectives on peut déjà les évoquer à cette occasion ; quand on sent déjà, bon ... des difficultés par rapport à des parents, aux mères seules, ou en difficulté elles-mêmes, en fonction des plaintes que ressent aussi la mère elle-même, dans sa présentation et puis pour elle-même.

L. : Et au niveau des contextes socio-familiaux, socio-économiques, y a-t-il des contextes où vous faites plus attention ? Des schémas qui se répètent ?

M7 : Des schémas qui se répètent heu...Moi je fais attention quand il y a des plaintes inexplicables, répétées, une difficulté exprimée par la mère ou sur l'enfant, un comportement qui se répète de consultation en consultation ... Particulier. Un enfant, oui... Difficile... Après ça dépend de l'âge, un enfant qui commence à trotter dans mon cabinet moi je vois un peu comment ça se passe, comment la mère se comporte avec. Et puis souvent c'est difficile, on n'aborde pas un enfant sans difficulté avec la mère avant donc on voit bien comment est la mère, si il y a une rupture, si elle est dépressive, enfin...une rupture affective avec l'enfant, et la limite de la rupture elle, heu L'épuisement, la dépression, comment ça se passe un peu, enfin c'est ... Donc l'enfant on le regarde mais dans son contexte, c'est pas l'enfant seul. Après on peut être surpris oui, une mère qui présente bien, enfin c'est généralement les mères, c'est rarement les pères qui viennent, et que sur l'examen de l'enfant, sur son contact, son relationnel on a l'impression de quelque chose qui est en retard ou qui régresse. Après c'est des enfants qui sont difficiles qui vont être agressifs aussi

qui ne tiennent pas en place. Voilà moi c'est des signes qui me font penser, et après me réorienter vers la mère pour voir ce qui se passe.

L. : Et des schémas qui se répèteraient d'une génération à l'autre, une maman qui elle-même aurait été carencée quand elle était jeune, quand elle était enfant ?

M7 : Oui, alors des fois c'est l'inverse, on a une surprotection quand une mère qui n'a pas été aimée petite on a une mère qui surprotège il y a ça aussi. Alors après qui se répète bien sûr aussi ça peut se voir. Maintenant faut bien connaître la mère, on ne les connaît pas toutes à ce point là. Maintenant une patiente dont on a déjà un peu exploré le passé parce qu'elle est venue pour des problèmes psychologiques oui, on connaît et à ce moment là on peut être plus attentif. Maintenant ici c'est pas une zone où on a beaucoup ... même si il peut y avoir des problèmes sociaux, des problèmes psychologiques comme partout on n'a quand même pas trop de rupture, on n'est quand même pas dans les cas sociaux ici, il faut le reconnaître, c'est pas une commune en moyenne où il y a beaucoup de difficulté.

L. : Et avez-vous des notions des conséquences que les carences chez le nourrisson peuvent avoir chez l'enfant plus grand, les adolescents voir même chez les adultes ?

M7 : D'abord des troubles de la personnalité et puis ensuite des troubles sociaux, des troubles relationnels avec les autres, des mômes qui sont difficiles à canaliser. Ou à l'inverse après des problèmes à l'adolescence soit des conduites à risque ou voir des conduites suicidaires. Et puis autrement des développements d'états névrotiques, même si on ne parle plus de névrose mais enfin... des troubles anxieux, anxio-phobiques, voir dépressifs. A mon avis des carences affectives de l'enfance engendrent des troubles de la structuration, des enfants qui n'ont pas d'estime d'eux et donc à ce moment là forcément il n'y a pas d'estime d'eux, donc complexes, conduites phobiques, troubles anxieux, difficultés à affronter les autres, donc difficultés d'intégration. Enfin moi c'est comme ça que je vois.

L. : Et avez-vous déjà été confronté à des situations de ce type ?

M7 : Chez des enfants avec carences, je vous dis, pas trop heu... non heu... non j'ai vu des adultes qui eux m'ont rapporté que. Mais des enfants dans le cadre du suivi que j'ai non. J'ai vu des surprotections dans les gens que je vous citais. Des enfants bon... Des difficultés par rapport à des séparations évidemment, mais il y avait toujours un parent sur les deux aimant, même si il y en avait un sur les deux abandonnant l'autre était quand même plutôt aimant, des réelles carences affectives je sais pas. Qui m'aient justifié que je fasse soit un signalement soit que je demande une aide j'ai pas en mémoire là, non.

L. : Et les adultes que vous avez vus et qui auraient été carencés dans l'enfance ont un parcours ...

M7 : Ont un parcours compliqué, avec beaucoup de difficultés à s'épanouir ensuite dans leur vie adulte, que se soit leur vie affective et même leur vie sociale.

L. : Et ils ont eu des enfants à leur tour ?

M7 : Oui mais je vous dis, l'exemple que j'ai c'est plutôt une surprotection, j'ai pas remarqué cette perpétuation comme vous dites avec de nouveau sur l'enfant transposition des mêmes carences. Non j'ai pas d'exemple à vous citer.

L. : Et si vous vous retrouviez face à une situation de carence est-ce que vous sauriez quoi faire, vers qui vous tourner ?

M7 : Tout dépend un peu aussi comment ça se passe avec la mère, je pense qu'il y aurait un gros travail à faire avec la mère avant de le faire sur l'enfant. Enfin la mère et le père, dans ce cas là je pense qu'il faut essayer de voir les deux. J'imagine demander un soutien, qui serait peut-être heu... J'y ai pas réellement réfléchi donc vous dire quelle filière je prendrais ... en plus ça dépend de la gravité, de l'urgence, si il y a réellement une carence, une

souffrance enfin une maltraitance, la carence c'est une forme de maltraitance. Donc là je verrais selon le degré si j'organiserais une hospitalisation, quelque chose pour essayer de protéger l'enfant, en tout cas il faut que se soit fait en coordination avec des gens, une structure. C'est comme ça que je pense que je ferais, je demanderais sûrement un avis, pour éviter un diagnostic trop lourd.

L. : Et vous demanderiez à qui ?

M7 : Oh, je demanderais à ... j'aime bien travailler avec X. en pédiatrie, je lui demanderais à lui à ce moment là.

L. : Et êtes-vous amené à travailler avec le service de PMI ?

M7 : Non pas ici, c'est vrai, je ne sais pas pourquoi, je ne sais même pas qui est le médecin de PMI, mais pourquoi pas, c'est aussi une bonne idée. Vous avez raison, je ne connais même pas le médecin de PMI qui travaille là, comme quoi c'est très cloisonné notre exercice, c'est bien dommage.

L. : Et aimeriez-vous avoir un peu de l'information, ou formation sur ce sujet ?

M7 : Peut-être pas formation parce que je vous dis moi j'y suis pas confronté mais moi ça m'intéresse, lectures, conseils de lecture ou d'articles, oui.

L. : Et moi je pensais à l'idée d'une plaquette avec les signes diagnostiques, les personnes à contacter ...

M7 : oui par exemple, tout à fait, c'est très pratique.

Entretien M8 :

	Sexe	Date d'installation	Zone d'installation	Patientelle défavorisée	Pratiques annexes	Maître de stage	Suivi de grossesses	Suivi de nourrissons
Médecin 8	Femme	1999	Urbain	Importante	Médecin à médecin du monde, en crèche, en médecine préventive	Oui	Oui	Oui

Lucie : As-tu déjà reçu des informations, des formations sur le thème des carences affectives ?

Médecin 8 : Pas spécifiquement non.

L. : Est-ce que tu t'es renseignée par des moyens personnels sur le sujet ?

M8 : Pas vraiment non.

L. : Et sais-tu quelles signes rechercher, quels peuvent être les signes de carence chez un nourrisson ?

M8 : J'aurais tendance à penser que les signes ça pourrait être, bein ... des choses finalement mal systématisées, genre douleurs abdominales répétées, pour le nourrisson des pleurs inexpliqués, pourquoi pas aussi des troubles digestifs type reflux, voilà. Mais c'est plus ça par rapport à mon expérience personnelle, bon des troubles du sommeil aussi peut-être, en fait c'est tout ces cas là où j'adresse assez facilement sur un centre médico-psychologique, quand j'ai un doute.

L. : Et à partir de quel moment chez le nourrisson penses-tu qu'on peut détecter une carence ?

M8 : Je pense que assez vite on peut voir si un enfant va mal, de par justement tous ces problèmes d'alimentation ou de sommeil.

L. : Et est-ce qu'il y a des milieux socio- économiques, familiaux où tu fais plus attention ?

M8 : Après moi j'exerce dans une zone qui est assez défavorisée donc je ne peux pas trop me rendre compte de ce qui se passe ailleurs. Disons que, ... je sais pas si il y a vraiment des milieux, vraiment où il y a plus de carence affective que d'autres, je sais pas non.

L. : Et des schémas qui pourraient se répéter, une maman qui aurait été carencée ...

M8 : Ah bah si, ça de toute façon tout ce qui ... bon après je vais plus avoir la puce à l'oreille effectivement si il y a eu des abus sexuels dans la famille, ou des pathologies psy, ou des addictions aussi. Voilà, c'est plus sur des choses comme ça que je vais m'interroger. Les parents seuls aussi.

L. : Et sur les conséquences que ça peut avoir chez les enfants plus grands, puis même à l'âge adulte.

M8 : Oui ça c'est sûr que je suis plus amenée à voir ça en fin de compte, parce que après les carences affectives je les découvre au fil de l'histoire des gens quand ils m'en parlent. Donc ça chez l'adolescent oui c'est sûr que là... on retrouve très vite à l'adolescence toutes les mises en danger, tous les troubles qui peuvent survenir un peu spécifiques de l'adolescence et puis les conduites à risque. Et puis chez l'adulte je pense qu'on le retrouve par les, oui pas les, les ... syndromes dépressifs, les conduites addictives aussi.

L. : Et as-tu déjà rencontré des problèmes de carence chez des nourrissons ou chez des enfants ?

M8 : Oui, ça m'est déjà arrivé oui, alors après heu... Bein souvent j'adresse dans ces cas là sur un CMP.

L. : Et pour ce qui est d'adresser à la PMI ?

M8 : Non, j'adresse jamais à la PMI en fin de compte, je me rends compte que c'est toujours la PMI qui s'adresse à moi, jamais l'inverse. Je sais pas trop comment ça fonctionne effectivement.

L. : Du coup tu as des patients qui sont suivis en PMI et que tu vois ?

M8 : Oui, je vois des enfants qui sont suivis en PMI pour leurs pathologies, mais il n'y a pas trop de contact avec la PMI, non pas trop, c'est un peu dommage oui.

L. : Et c'est plus rapide d'avoir un rendez-vous en PMI qu'en CMP ?

M8 : Oui c'est sûr parce que les CMP à Nantes c'est un peu compliqué. Après c'est des pédopsychiatres en ville mais la démarche n'est pas pareil là.

L. : Et chez les enfants que tu as détectés, qui ont eu des carences, ça c'est manifesté comment ?

M8 : Des troubles de l'alimentation, ou des troubles du sommeil principalement, des troubles au niveau du développement psychomoteur parfois, quand même hein. Il y en a pour qui on fait tout un tas d'enquêtes et finalement on trouve rien, donc on se demande effectivement, là je pense à un petit garçon qui est quand même sur un institut spécialisé mais on ne sait pas la cause, on ne l'a pas étiqueté.

L. : Avec un milieu social ...

M8 : Un milieu social défavorisé, un papa qui est inexistant, qui est dans son pays, et une maman qui est toute seule avec ses 3 enfants.

L. : Et pour ce petit la prise en charge a été rapide ?

M8 : Elle a été démarrée en fin de compte assez vite, elle a été démarrée par qui je ne sais plus, parce que maintenant il est en âge scolaire, mais elle a été démarrée assez vite oui.

L. : Pendant la première année de vie où plutôt au début de l'âge scolaire ?

M8 : Ah non, non, après oui je pense en début d'âge scolaire. Ça a pas dû coller en arrivant à la maternelle et puis voilà. Ça a pas été dépisté par moi en fait.

L. : Et sais-tu quoi faire face à des situations comme ça ? Orienter au CMP ? Et d'autres recours ?

M8 : Bah C'est un peu tout ce que je fais [orienter au CMP]. Après, sur un tout petit je pourrais peut-être me mettre en relation avec la puéricultrice, ce genre de choses, mais ça, ça m'est jamais arrivé, mais là je pense que je ferais ça.

L. : Donc recours à la PMI.

M8 : Oui, si je dépistais un enfant, oui je me mettrais en contact avec la puéricultrice ? Souvent il y a le contact sur le carnet de santé en sortant de la maternité.

L. : Et est-ce que tu aimerais bien avoir des informations sur le thème de la carence ?

M8 : Ah oui, oui ça m'intéresserait.

L. : Sous forme de formations ...

M8 : Les formations c'est bien oui, des FMC.

L. : Et j'avais pensé aussi à une plaquette avec les signes diagnostiques et les numéros à appeler.

M8 : Ah oui ça peut être intéressant aussi, et oui avec des contacts oui. Après faudrait que ce soit local. Ça serait très intéressant oui.

Entretien M9 :

	Sexe	Date d'installation	Zone d'installation	Patientelle défavorisée	Pratiques annexes	Maître de stage	Suivi de grossesses	Suivi de nourrissons
Médecin 9	Homme	1989	Urbain	Importante	½ journée par semaine en PMI, enseignement	Oui	Oui	Oui

Lucie : Sur le thème des carences affectives chez les nourrissons avez-vous déjà reçu des informations, des formations ?

Médecin 9: Aucune information, aucune formation. Mais bon j'ai fait de la pédiatrie à Cholet, je me suis intéressé, j'ai fait le certificat de médecine préventive qui était mal fait à cette époque là mais bon ... Après oui, sur les carences affectives heu... les troubles de la relation maman enfant le plus souvent, parce que souvent dans ce cadre là il y a peu de père et souvent des géniteurs donc déjà on est dans l'absence ; et après oui des carences affectives on en suit avec le secteur, on a des familles qui sont suivies par l'ASE.

L. : Du coup vous savez quels peuvent être les signes de carence chez un nourrisson ?

M9: Un peu [ironique], l'indifférence ou l'exubérance des fois, les deux sont possibles. Alors après c'est intéressant parce que comment théoriser ça ? C'est-à-dire que c'est plus intuitif, c'est de regarder la normalité, ce qui moi me paraît normal, alors après j'ai un regard un peu biaisé car mon regard à la PMI de D. avec la patientelle de là bas et bein ça peut nous plomber, c'est-à-dire que le niveau de tolérance par rapport à des troubles de la relation est plus élevé et donc c'est un truc dont il faut avoir notion pour pouvoir se réajuster. Alors sur les carences affectives précisément, mais il y a d'autres choses aussi, quand les gens sont trop enveloppants, quand ils ont des problèmes à la distanciation, alors on est content nous quand on voit ça mais en même temps il faut travailler dessus.

L. : Et est-ce que vous connaissez les conséquences que ça peut avoir chez l'enfant, l'enfant plus grand et même l'adulte ?

M9: Oui, des retards psychomoteurs, des difficultés. C'est des traumatismes importants. Et d'ailleurs c'est intergénérationnel, le problème c'est qu'il y a des reproductions. Moi c'est ce qui m'interroge toujours, c'est ce qui me questionne sur mon utilité, notamment en PMI. Et en même temps on est là on est aussi dépassé, on travaille sur des temps courts, une consultation avec un nourrisson ça dure 20 min, oui 20 à 30 min ; après il faut essayer de cerner le nombre de message qu'on va essayer de transmettre, et puis après proposer des solutions mais il faut les faire accepter. Sur la médecine de ville on n'est pas dans le même regard que la médecine institutionnelle type PMI, c'est-à-dire qu'en PMI on a déjà la puéricultrice qui a fait le relais, et la prise en charge collective je dirais qu'elle est acquise d'avantage dans la tête des gens. Moi je vois il y a des choses qui me mettent en porte-à-faux ici, c'est vrai qu'il y a des gens qui viennent me voir parce que ça c'est mal passé à la PMI alors je me dis comment ça se fait, moi je fais de la PMI e puis les gens qui interviennent sur le quartier je les connais, alors

voilà, donc j'essaie de réintroduire le PMI là dedans, on y arrive assez souvent.

L. : Et même travaillant à la PMI vous êtes amené à adresser des patients sur la PMI du secteur ?

M9: Oui oui, je leur dis que c'est bien, quand je vois qu'il y a des difficultés ou des choses comme ça. Parce que je sais que l'accompagnement il va se faire sur le temps et puis que la puéricultrice est prête à intervenir, que l'assistante sociale peut jeter un œil, je connais bien la logistique qui se met en place et qui est intéressante.

L. : Vous avez évoqué des reproductions de schémas, avez-vous remarqué des contextes sociaux économiques favorisant les carences ?

M9 : Le plus souvent c'est quand même des milieux sociaux affectifs très délétères, des gens qui sont en désinsertion sociale, psychologique et affective. Ou qui ont des relations ... là je pense à un couple de personnes handicapées qui ont déjà eu des carences affectives, qui sont suivis, donc c'est des choses difficiles, en même temps, il y a de l'amour qui circule, il y a des choses qui se font, il y a des choses qui sont un peu positives, et les choses progressent, notamment au niveau de la maman, le papa il est plus difficile c'est un peu plus complexe, et en même temps c'est confortable pour nous car on sait que les services sociaux y sont introduits, parce que nous on est un intermittent du spectacle, dans la prise en charge des carences affectives, c'est avant tout un travail de réseau et multifactoriel. Et après les choses se continuent à l'école, en petite section, avec les réseaux d'aide, quand ils existaient parce qu'on devient de plus en plus carencés.

L. Et vous êtes confronté à des cas de carence dans votre pratique en cabinet ?

M9 : Quelques uns oui, bon j'ai pas une recrudescence mais je suis dans milieu populaire avec des gens qui sont dans une cité HLM et il y en a qui sont en difficulté, en déshérence.

L. : Et face aux situations de carence que vous rencontrez en cabinet vous faites quoi ?

M9 : J'essaye qu'il y ait du lien social et du service social qui se mette en place, j'essaye de travailler avec des partenaires qui sont pertinents et occupants. Alors moi je peux délivrer quelques messages clés, je peux repérer les choses, après je ne vais pas pouvoir faire une thérapie familiale moi. C'est relativement simple, c'est la nécessité du travail en réseau et des interventions possibles. En même temps je suis un citoyen lambda dans mon cabinet médical parce que la puéricultrice qui est dans le secteur c'est une puéricultrice avec qui j'ai travaillé 6 ans aux D. et depuis qu'elle est là je ne l'ai eu au téléphone que quelques fois mais pas beaucoup, je ne l'ai même pas rencontrée. La position de généraliste elle est difficile à introduire et puis sur des réunions de synthèse, des choses comme ça on a du mal à se libérer ou être informés.

L. : Donc connaissant les acteurs vous n'avez pas forcément de retour ?

M9 : Non, alors je suis allé des fois sur des points ponctuels, je suis allé aux réseaux d'aide à l'école pour des enfants un peu plus vieux, j'ai des souvenirs mais enfin j'ai pas fait ça plus de 5 fois dans ma vie, sur 20 ans. C'est-à-dire que l'interface et le travail collectif qui pourrait se faire, on a un mode d'exercice qui fait que les choses sont difficiles et ne sont pas prévues. C'est dommage, j'aurais rêvé être avec une puéricultrice qui vienne une fois par semaine dans mon bureau, qu'on fasse une après-midi de PMI, de suivi particulier, avec une assistante sociale qui aurait des créneaux, c'est nos vieilles utopies, qui sont pertinentes en terme de prise en charge sociale, après c'est la prise en charge financière des choses qui pose problème, on n'est pas dans une politique de prise en charge pertinente.

L. : Est-ce que vous pensez qu'il faudrait qu'il y ait plus d'information qui circule, moi j'avais pensé à faire une sorte de petite plaquette avec les numéros de référence, un rappel sur les signes diagnostiques.

M9 : Oui, ça peut être un outil, après sur les outils il y a 2 types d'outils, ça peut être fait sous forme d'intervention, de réunion et de formation. Alors après est-ce que c'est un sujet porteur les carences affectives etc.... mais ça vaut peut-être le coup d'étoffer un peu les

choses en terme, de formation, de séminaire sur 2 jours. Après ça peut être sur un support mais si tu veux le problème des supports papiers tu en reçois des tonnes et tu ne les lis pas tous, ça sédimente, après sur les outils opérants c'est des outils que tu as éventuellement en format informatique, de plus en plus on est informatisé et ça gagne du temps sur des trucs comme ça. Les bouquins avec les adresses on les met dans un coin et quand on en a besoin on n'arrive jamais à mettre la main dessus alors que sur un bureau informatique tu vas l'avoir plus facilement.

Entretien M10 :

	Sexe	Date d'installation	Zone d'installation	Patientelle défavorisée	Pratiques annexes	Maître de stage	Suivi de grossesses	Suivi de nourrissons
Médecin 10	Homme	1986 à SOS médecin	Urbain	Variable	Médecin du sport	Oui	Non	Pas de suivi mais intervient Souvent auprès de nourrissons

Lucie : Avez-vous déjà reçu des informations, des formations sur le thème des carences affectives chez le nourrisson ?

Médecin 10 : Non sur le thème des carences affectives non. On a régulièrement des FMC internes à notre structure sur le thème de la pédiatrie mais sur le thème de la carence affective non. Peut-être plus sur la maltraitance mais c'est tout.

L. : Et dans le thème des maltraitements ils ont abordé les carences affectives ?

M10 : Non.

L. : Et avez-vous vous-même une idée sur les conséquences que peuvent avoir les carences ?

M10 : Non pas vraiment non, je ne sais pas ce que, la carence affective... si j'ai peut-être un cas un jour... ce qu'on voit souvent c'est plus l'inverse c'est les parents qui sont très protecteurs, où l'appartement est voué aux enfants et il n'y a même plus de place pour les parents.

L. : Et sur le thème des carences est-ce que vous savez si il y a des signes qui pourraient vous alerter, chez le nourrisson ou chez la maman ?

M10 : Non, sincèrement je ne vois pas. Le cas que j'ai en tête c'est un gamin qui était gardé par une nounou je ne sais pas si c'était la grand-mère ou autre et la grand-mère était plus préoccupée par son chien que par l'enfant qui faisait des bêtises tout autour de nous et qui était en train de mordre la table, il croquait dans la table. Donc c'est vrai que ça peut être un signe de carence affective, l'enfant qui est un peu turbulent, qui fait n'importe quoi, qui a besoin qu'on s'occupe de lui ou qui vient vers vous... je sais pas si... et c'est vrai il y a des enfants qui sont tout le temps vers vous et avec qui on va échanger par le jeu, par des comptines. Par contre on a parfois, et là c'est plutôt l'inverse, c'est plutôt une surprotection je pense, et l'enfant vous n'avez pas ouvert la bouche, vous êtes à peine rentrés qu'il hurle en vous voyant donc il y a la peur de l'inconnu, ou l'autre vous sortez le stéthoscope et là c'est hurlement.

L. : Et vous êtes amené à intervenir dans des familles où il y a des contextes socio-économiques difficiles...

M10 : Oui tout à fait, et ce ne sont pas forcément les familles les moins aisées où il y a des problèmes.

L. : ...Et vous avez eu des formations pour être plus attentifs notamment à la maltraitance ?

M10 : Oui on a les formations classiques pas les structures internes oui.

L. : Et quand vous vous posez des questions sur des situations vous savez quoi faire, qui contacter ?

M10 : Alors quand nous suspectons une maltraitance le principe c'est pas de critiquer ou condamner les parents tout de suite, c'est pas notre rôle, c'est de soulever la question et par l'intermédiaire d'un problème physiologique ou médical d'extraire l'enfant de la famille et de l'envoyer en pédiatrie pour consulter et d'alerter la pédiatrie. Ou si il y a des cas vraiment avérés on peut appeler le procureur et faire un signalement. Donc souvent quand on a un doute c'est souvent d'avoir un avis auprès de la pédiatrie et puis on discute avec eux.

L. : Et ça vous est déjà arrivé d'avoir des contacts avec la PMI ?

M10 : Non, pas du tout. On ne fait pas des signalements tous les jours et parfois on se pose des questions, on ne sait pas trop, quand ce n'est pas vraiment avéré c'est difficile. Mais appeler la PMI directement non sauf aux assistantes sociales parfois, oui parfois on l'appelle pour signaler qu'il y a un problème et est-ce que la famille est suivie et qu'est-ce qu'ils en pensent et demander qu'on surveille d'un peu plus près.

L. : Et seriez-vous intéressé par un peu plus d'information, sous forme de plaquette avec les signes diagnostiques, les numéros de personnes ressource ?

M10 : Oui ça pourrait être pas mal de nous présenter ça, bon le panel de SOS médecin est le même panel qu'en ville donc il y en a qui seront bien intéressés, d'autres moins et certains pas du tout mais ça peut être intéressant oui.

Annexe 2 : Réponses obtenues, grille d'analyse du corpus

	Réponses des médecins
Information/formation sur les carences	• M1 : « FMC sur les dépistages des troubles sensoriels du nourrisson et du petit enfant », « il y a 2 ans, avec un médecin de PMI » • M2 : « FMC sur le suivi du nourrisson, rien de récent ». • M3 : « non pas vraiment ». • M4 : « des formations non », « des revues, un travail de réflexion personnel » • M5 : « des formations non », « des informations pas vraiment, je n'ai pas souvenir » • M6 : « j'ai fait une FMC sur les troubles relationnels du nourrisson de 6 mois à 1 an ». • M7 : « non jamais », [documentation par vous-même] « oui, un peu en lisant des bouquins sur l'estime de soi par exemple ». • M8 : « pas spécifiquement non », [renseignement par des moyens personnels] « pas vraiment non ». • M9 : « aucune information, aucune formation mais j'ai fait de la pédiatrie à Cholet, je me suis intéressé, j'ai fait le certificat de médecine préventive ». • M10 : « non, sur le thème des carences affectives non, peut être plus sur la maltraitance mais c'est tout ». [carences affectives abordées dans le thème de la maltraitance ?] « Non. »

	Réponses des médecins
Notions sur la carence :	• M1 : « après ya les enfants maltraités mais je sais pas si c'es la même chose », « parce que vraiment la carence sévère qui pourrais emmener à une maltraitance ... » • M2 : « de carence, maltraitance, de carence maltraitance », « je ne saurais pas dire si c'est de la carence affective mais par exemple une maman au moment du vaccin qui dit : « non, non, je ne regarde pas, je ne prends pas mon bébé dans les bras » » • M3 : « ça dépend ce qu'on définit par carence affective, ça me parait un peu large, est-ce que c'est la maltraitance ? » • M4 : « la prévalence est relativement rare », « moi, ma préoccupation c'est l'évolution de ces nourrissons avec un risque parfois de maltraitance », « un cas qui a débouché sur des maltraitances », « moi j'ai du mal à la séparer de la maltraitance », « l'enfant... peut...s'en sortir mieux que d'être uniquement dans la maltraitance, et de trouver un certain équilibre » • M6 : « par rapport à l'autisme ... ça fait un peu partie des carences » • M7 : « si il y a réellement une carence, une souffrance, enfin une maltraitance, la carence c'est une forme de maltraitance » • M9 : «troubles de la relation maman enfant » • M10 : « sur la carence affective non. Peut-être plus sur la maltraitance »

	Réponses des médecins
Expression clinique, signes recherchés	• M1 : « le portage, l'enveloppement des parents, le reflexe d'enfouissement du bébé », « l'échange des yeux, le regard. » • M2 : « un enfant qui va pleurer beaucoup, pas être attentif », « un mauvais contact avec la maman », « pas facile à examiner, pas calme ». • M3 : « un nourrisson pas très ouvert, difficile à accrocher du regard, moins souriant », « c'est plus un ressenti ... de la relation entre la mère et l'enfant, de l'entourage ». • M4 : « retard sur son développement psychomoteur, sur ses acquisitions », « le comportement de la maman avec son nourrisson », « je vais chercher à confirmer dans les visites suivantes, d'où l'intérêt de les voir régulièrement ». « Un enfant peu curieux, peu éveillé, retard à l'acquisition de la marche, des déplacements à 4 pattes, du babil, du sourire », « un enfant un peu terne, replié sur lui-même ». « une maman la façon dont elle tient son bébé, dont elle le pose sur la table, dont elle nous pose ses questions », « un enfant inexpressif », « un enfant qui n'est pas changé depuis le matin, qui a une couche sale » • M5 : « un enfant peu réactif, qui ne manifeste plus tellement, qui ne manifeste plus d'émotion ». « Un enfant qui ne se développe pas bien soit sur le plan physique en poids/taille, soit sur le plan comportemental avec un retard de développement du langage ». « On voit plutôt les situations avec la mère car c'est vrai avec les petits c'est difficile à mettre en évidence. » • M6 : « pas pris de poids », « des signes digestifs avec un retard staturo-pondéral manifeste, des troubles du sommeil, enfant un peu triste ». « Connaissant les familles on sent quand il y a une espèce de ... » • M7 : « des troubles du comportement », « un enfant un peu coupé, peu communicant, replié sur lui ». « Troubles du sommeil, troubles de l'alimentation chez les tout petits ». « Sommeil ; alimentation et difficultés à se sociabiliser trouble de l'apprentissage de la propreté, même les acquisitions de langage ou autre », « quand on connaît l'histoire », « quand on sent déjà des difficultés par rapport à des parents, aux mères seules en difficultés eux même », « en fonction des plaintes que ressent la mère », « dans sa présentation. Le comportement de la mère ». « L'enfant on le regarde dans son contexte » • M8 : « choses mal systématisées, douleurs abdominales répétées, pleurs inexpliqués, troubles digestifs type reflux, troubles du sommeil ». « Troubles au niveau du développement psychomoteur parfois. » • M9 : « l'indifférence ou l'exubérance des fois, c'est plus intuitif », « c'est de regarder la normalité », « quand les gens sont trop enveloppant, quand ils ont des problèmes de distanciation », « niveau de tolérance » • M10 : « sincèrement je ne vois pas ». « Un enfant qui est turbulent, qui fait n'importe quoi, qui a besoin qu'on s'occupe de lui ou qui vient vers nous »

		Réponses des médecins
Conséquences	Enfants	• M1 : « agressivité, retard psychomoteur », « maltraitance » • M2 : « dénoyautage du lien parent/enfant », « enfant isolé, enfant rébellion, enfant triste », « enfant qui va être violent », « en fonction de ce que subit l'enfant », « problème de scolarisation » • M3 : « manque de confiance, besoin d'être rassuré » • M4 : « psychologiquement important et un retard dans le développement » • M5 : « je pense que la carence est catastrophique si elle est avant 3 ans ... c'est souvent très difficile à récupérer », « un comportement très agressif avec des pleurs sans arrêt soit un enfant complètement indifférent » • M6 : « échecs scolaires, fugues », « troubles de l'attention et hyperactivité » • M7 : « nous on connaît l'histoire ... les carences affectives on peut déjà les évoquer à cette occasion », « troubles de la personnalité, troubles sociaux, troubles relationnels avec les autres, des mômes qui sont difficile à canaliser. Ou a l'inverse après à l'adolescence soit des conduites à risque ou voire des conduites suicidaires », « des troubles anxieux, anxio-phobiques voir dépressifs » « troubles de la structuration, des enfants qui n'ont pas d'estime d'eux ... difficulté à affronter les autres, donc difficultés d'intégration » • M8 : « on retrouve à l'adolescence toutes les mises en danger ... et puis les conduites à risque » • M9 : « des retards psychomoteurs, des difficultés », • M10 : « non pas vraiment »
	Adultes	• M1 : des adultes avec des carences , des violences il y en a plein, maintenant chez les adultes c'est une accumulation de carences • M3 : « manque de confiance, besoin d'être rassuré », « patients anxieux » • M4 : « des gens qui ne sont pas épanouis » • M6 : « troubles de la personnalité manifestes, bipolarité, hypochondrie, anxiété réactionnelle, somatisation extrême » • M7 : « parcours compliqué, avec beaucoup de difficultés à s'épanouir ensuite dans leur vie d'adulte, que se soit leur vie affective et même leur vie sociale » • M8 : « les syndromes dépressifs, les conduites addictives aussi • M9 : « c'est intergénérationnel » • M10 : « non pas vraiment »

	Réponses des médecins
Contexte socio-économique favorisant	• M1 : « pas forcément, c'est très polyvalent » « des parents maltraitants, des parents qui ne voulaient pas de cet enfant qui était arrivé, mais aussi des parents trop rigides, pas forcément des parents isolés », « avec des mamans dépressives », « mais ça peut être un peu stigmatisant », « on voit ça aussi chez les mères d'enfants qui ont été hospitalisés qui ont eut des soucis à la naissance, il y a un désinvestissement » • M2 : « l'isolement social, l'isolement de la mère, la jeunesse aussi quelque fois », « ici on n'a pas une population très en difficulté », « je me méfie beaucoup aussi quand je parlais d'allaitement », « il faut se méfier de ses a priori » « maintenant je ne mets plus d'étiquette » • M3 : « des contextes sociaux un peu plus défavorisés, des contextes où on est plus vigilants », « les couples qui se séparent très tôt après la naissance » • M4 : « les contextes sociaux défavorisés », « des contextes de conjugopathie », « je dirais pas forcément que ça touche pas tous les milieux », « la femme hyperactive » les mamans qui travaillent, qui ont un métier pas forcément passionnant qui leur prend beaucoup de temps, qui ont déjà des enfants, qui sont prises à courir entre la nounou, les enfants à récupérer, la maison, les ennuis financiers... » • M5 : « les jeunes mères », « des gens isolés, qui ne rencontrent personne », « les mères n'ayant aucun rapport avec leur propre famille par exemple » • M6 : « conflit, séparation », « conditions socio-économiques », « mais ça peut être un milieu calme aussi, un cadre moyen voire supérieur » • M7 : « mère avec une rupture, si elle est dépressive », « l'épuisement, la dépression » • M8 : « je ne sais pas si il y a vraiment des milieux, vraiment où il y a plus de carence affective que d'autres, je ne sais pas non », effectivement si il y a eu des abus sexuels dans la famille, ou des pathologies psy, ou des addictions aussi. Voilà c'est plus sur des choses comme ça que je vais m'interroger » • M9 : « milieux socio-affectifs très délétères, des gens qui sont en désinsertion sociale, psychologique et affective » • M10 : « ce ne sont pas forcément les familles les moins aisées où il y a des problèmes »

	Réponse des médecins
Répétition des schémas	• M1 : « en même temps ça c'est vrai », « c'est sûr qu'il y a des schémas qui se répètent » • M2 : « oui, oui, ça je l'ai vu », « avec un cercle vicieux » • M3 : « ça j'en ai entendu parler, c'est ce qu'on dit, mais non je n'ai pas pu concrètement le constater » • M4 : « oui c'est possible », « je veux dire que ça se prépare bien avant » • M5 : « oui » • M7 : « oui, des fois c'est l'inverse, on a une surprotection », « j'ai pas remarqué cette perpétuation » • M8 : « ah bah si, ça de toute façon ... » • M9 : « d'ailleurs c'est intergénérationnel, le problème c'est qu'il y a des reproductions »

	Réponses des médecins
Expérience personnelle*	• M1 : me parle de 2 familles, pour les 2 la prise en charge s'est faite après l'âge de 3 ans, puis de son expérience familiale. Et un cas où l'enfant a été placé • M2 : évoque un cas où il s'est avéré y avoir des violences physiques. Pas d'évocation des cas de carence affective .Mais parle d'une famille avec répétition des schémas de carence. • M3 : ne pense pas en avoir rencontré, évoque tout de même une situation où elle s'interroge • M4 : n'a pas de cas à évoquer, parle globalement des mères débordées qu'elle recadre. • M5 : dans sa patientelle tout venant, elle n'évoque qu'une situation, mais elle s'occupe d'enfants placés dans un foyer. • M6 : parle de 2 situations peu sévères lors de conjugopathie des parents. • M7 : n'a pas de cas à évoquer. • M8 : dit avoir eu des cas de carence, évoque une prise en charge « précoce », c'est-à-dire en début de scolarisation. • M9 : évoque quelques cas, le travail précoce en réseau • M10 : évoque une situation.

*pour ce thème les paroles des praticiens ne sont pas rapportées telles-elles mais un résumé reprenant les points important pour chaque médecin est fait.

	Réponses des médecins
Prise en charge par les médecins généralistes	• Medecin1 : « une fois qu'on le sait quelle aide proposer ? on est bien embêtés », « réassurance de la mère », « je ne vois pas ce que je peux faire moi toute seule », « pour les psys... ils ont pas les moyens », « non, on ne sait pas trop quoi faire ». « il y a la PMI, les CMP », « le problème c'est les délais » • M.2 : « j'en parle à ma collègue », « psychologues, psychiatres j'ai un réseau ». • M3 : « la PMI, des assistantes sociales, des gens qui travaillent en groupe ou au niveau du conseil général ». « j'ai appelé le numéro enfance en danger » • M4 : « signalement d'abord administratif si j'ai vraiment un risque, sinon j'essaye de travailler avec la PMI qui apporte une structure, j'essaye de mettre en place une aide familiale à domicile ». « on se prépare », « on prépare ça un peu avant », « il faut anticiper », « anticiper surtout », « l'assistante sociale prend en charge beaucoup de choses », « il m'arrive de me mettre en relation avec le médecin scolaire, l'infirmière scolaire », « il faut empêcher que ça arrive en fait » • M5 : « là je l'ai orienté vers une maison de parent, pas forcément un médecin, il y a énormément de professionnels de la petite enfance qui sont formés pour ça », « en milieu rural on souffre moins du manque d'information, on souffre du manque de structure et du manque de personnel décentralisé » • M6 : « consulter éventuellement un psychologue », « les consultations de pédopsychiatrie sont...d'abord il n'y en a pas beaucoup, de plus pour en avoir c'est pas facile », « il y a des problèmes d'ordre financier », « en discuter », « je me tournerais facilement vers la pédiatrie (CHU) », « je demande des consultations en pédiatrie » • M7 : « travail à faire avec la mère et le père, un soutien ». « Puis ça dépend de la gravité, de l'urgence, j'organiserais une hospitalisation, quelque chose pour protéger l'enfant », « en tout cas il faut que se soit fait en coordination avec des gens, une structure », « je demanderais surement un avis, pour éviter un diagnostic trop lourd, avec Dr P. en pédiatrie ». • M8 : « j'adresse dans ces cas là sur un CMP », « les CMP à Nantes c'est un peu compliqué » « ... c'est un peu tout ce que je fais », « sur un tout petit je pourrais peut être me mettre en relation avec la puéricultrice ». • M9 : « du lien social et du service social », « moi je peux délivrer quelques messages », « j'essaye de travailler avec des partenaires qui sont pertinent et occupants », « c'est avant tout un travail de réseau et multifactoriel ». • M10 : « extraire l'enfant et l'envoyer en pédiatrie pour consulter », « si il y a vraiment des cas avérés on peut appeler le procureur et faire un signalement ». « Quand on a un doute avoir un avis auprès de la pédiatrie »

	Réponses des médecins
Travail avec la PMI	• M1 : « moi j'ai pas trop le reflexe PMI » ; « c'est difficile de l'amener. », « j'y pense vraiment que pour le cas social » • M2 : « non je ne travaille pas avec la PMI, mais je les adresse si il y a besoin », « on a l'impression qu'on se débrouille ». • M3 : « j'ai pas trop de relation avec la PMI », « ils ont l'avantage de travailler en équipe », « c'est vrai que se serait bien de pouvoir les appeler plus facilement », « du coup j'ai pas trop le reflexe ». • M4 : « oui, oui, » • M5 : « mais est-ce qu'ils sont à même de gérer ces trucs là ? », « il n'y a pas beaucoup de relation, pas du tout même », « c'est 2 mondes qui circulent en parallèle ». • M6 : « on ne le fait pas assez souvent », « vous voulez dire via la puéricultrice ? », « c'est vrai je pourrais améliorer ça ». • M.7 : « non pas ici, c'est vrai, je ne sais même pas pourquoi ». • M8 : « non, j'adresse jamais à la PMI », « je ne sais pas trop comment ça fonctionne effectivement ». « Oui si je dépistais un enfant je me mettrais en contact avec la puéricultrice ». • M9 : [vous êtes amené à adresser des patients sur la PMI du secteur ?] « oui, oui, je leur dis que c'est bien ». « La puéricultrice, depuis qu'elle est là, je ne l'ai pas rencontrée », « la position de généraliste est difficile à introduire, on a un mode d'exercice qui fait que les choses sont difficiles et ne sont pas prévues. » • M10 : « Non pas du tout, ... sauf aux assistantes sociales parfois ...pour signaler qu'il y a un problème. »

	Réponses des médecins
Besoin d'information	• M1 : « des numéros à appeler », « c'est toujours intéressant » • M2 : « oui éventuellement », « oui avec des personnes ressources, ça serait une bonne idée oui ». « Quelque chose d'assez court, une synthèse ». • M3 : « oui, tout à fait, savoir qui contacter c'est sûr c'est bien » • M4 : « pourquoi pas », « tout du moins pour allumer le clignotant » • M5 : « un rappel clinique et puis des coordonnées », « la proximité...c'est plus important que les numéros nationaux » • M6 : « oui » • M7 : « peut être pas formation parce que je vous dis, moi, j'y suis pas confronté », « lectures, conseils de lecture ou d'articles, oui », [je pensais à une plaquette...] « oui par exemple, très pratique ». • M8 : « les formations c'est bien oui », [j'avais pensé à une plaquette], « oui ça peut être intéressant aussi, et oui avec des contacts oui. Après faudrait que ce soit local » • M9 : « oui ça peut être un outil », « sous forme de réunion, d'intervention, de formation ». « Alors après est-ce que c'est un sujet porteur les carences affectives ? », « éventuellement en format informatique ». • M10 : « ça pourrais être pas mal », « il y en qui seront intéressés, d'autres moins et certains pas du tout ».

Annexe 3 : grilles d'évaluation, échelles et Q-SORTS

Grille d'évaluation du réseau de soutien social des parents : Identifiez quelles personnes ou quel groupe vous procurent de l'aide dans les situations suivantes : (Jourdan-Ionescu C., Desaulniers R., Palacio-Quintin E., 1996)

	Catégories de réponses					
	0 Jamais	1 à l'occasion	2 souvent	3 tout le temps		
	Lorsque vous avez besoin de parler et d'être écouté, allez-vous vers ?	Lorsque vous avez besoin d'aide pour prendre soin de votre enfant, qui peut l'aider ?	Lorsque vous avez besoin d'argent, qui peut vous en prêter ?	Pour les tâches domestiques, qui vous aide ?	Quand vous voulez vous détendre, avoir du plaisir ou faire des « folies », avec qui allez-vous ?	Lorsque vous devez vous déplacer avec votre enfant, qui peut vous aider à le transporter ?
Votre conjoint ou partenaire						
Vos enfants						
Vos parents						
Vos beaux-parents ou parents du conjoint						
Vos frères/sœurs						
Les frères/sœurs de votre conjoint						
D'autres membres de la parenté						
Vos amis						
Vos voisins						
Vos collègues de travail						
votre gardienne						
Le professeur de votre enfant ou son éducatrice						
Votre médecin de famille, le pédiatre ou l'hôpital						
Un thérapeute pour enfant (psychologue, orthophoniste, orthopédagogue)						
Les services sociaux (CPAS etc.)						
Le prêtre ou une autre personne de l'église						
Autre						

Nommez les personnes qui vous apportent du soutien

[illegible]

Q-SORTS

Problèmes de sensibilité maternelle : enfants de 0 à 12 mois

Cochez s'il y a présence d'un indice¹

- ☐ Le parent n'est pas conscient ou est insensible aux manifestations de détresse émises par le bébé.
- ☐ Le parent interprète selon ses propres désirs et ses états d'âme, les signaux du bébé
- ☐ Les réponses sont tellement lentes à venir que le bébé ne peut pas faire le lien entre ce qu'il fait et la réponse du parent.
- ☐ Le parent répond seulement aux signaux fréquents, prolongés et intenses émis par le bébé.
- ☐ Les réponses du parent aux efforts de communication du bébé sont imprévisibles et incohérents.
- ☐ Le parent taquine le bébé au-delà de ce que le bébé paraît apprécier.
- ☐ Le parent est embarrassé lorsque le bébé se salit pendant qu'il se nourrit et cela devient parfois nuisible à l'alimentation.
- ☐ Le parent accable le bébé de stimulations constantes et inopportunes.
- ☐ Le parent est rude et intrusif lors de ses interactions avec le bébé.
- ☐ Le parent paraît souvent « dans les nuages » et ne remarque pas les demandes d'attention et d'inconfort du bébé.
- ☐ Le contenu et la cadence des interactions avec le bébé semblent être déterminés par le parent plutôt que par les réponses du bébé.
- ☐ Pendant les interactions face-à-face, le parent décode souvent mal les signaux du bébé indiquant « doucement » « arrête ».
- ☐ Le parent interprète de façon négative les comportements de son enfant²
- ☐ Le parent a des attentes irréalistes par rapport à l'âge de son enfant.

¹ Items du Q-Sorts des comportements maternels de Pederson et Moran (1990).

² Centre de jeunesse de Montréal (2001). Théorie de l'attachement et ses implications cliniques. Programme de formation

Indices d'un problème d'attachement chez les enfants de 0 à 24 mois³

Cochez si l'enfant présente un ou plusieurs des comportements suivants (comportements habituels)

- ☐ Ne regarde pas dans les yeux.
- ☐ Ne babille pas, ni ne gazouille. Vocalise peu.
- ☐ Ne veut pas que sa mère lui donne le biberon, mais l'accepte d'une autre personne.
- ☐ Se réfugie dans le sommeil (dort beaucoup) ou éprouve des difficultés à dormir.
- ☐ Son tonus musculaire est faible (difficulté de préhension/tête ballante).
- ☐ Se raidit lorsque sa mère le prend.
- ☐ Sourit peu ou pas.
- ☐ Ne rit pas dans des situations amusantes.
- ☐ Ne s'intéresse pas spécialement à sa mère.
- ☐ Ne la cherche pas du regard ou refuse le contact visuel.
- ☐ Ne recherche pas à être consolé par elle.
- ☐ Réagit à la séparation soit en ne manifestant que très peu de détresse, soit (au contraire) en se montrant complètement inconsolable.
- ☐ Ne tend pas les bras vers la mère.
- ☐ Pas d'accrochage.
- ☐ Ne témoigne d'aucune réserve ou prudence face aux personnes étrangères.
- ☐ Passivité, inhibition de l'exploration.
- ☐ Activités motrices intenses : passe d'un jouet à l'autre, bouge beaucoup, fouille continuellement, brise les objets. Peut alors se mettre en situation de danger.
- ☐ Instabilité, pleurs fréquents, crises de colère chez l'enfant.
- ☐ L'enfant ne se calme pas au contact de son parent.
- ☐ Rampe ou marche tardivement⁴
- ☐ Autostimulation, mouvements de balancement « rocking », manies occupationnelles, tendances à se frapper la tête contre un mur.
- ☐ Mange peu, pas du tout (anorexie du nourrisson) ou exagérément.
- ☐ Vomissements fréquents.

³ PaquetteD., St-Antoine M. et Provost N. (2000). Formation sur l'attachement. Guide à l'usage du formateur. Montréal, Institut de recherche pour le développement social des jeunes.

⁴ Pour cet item, le recours à une grille normative deviendra nécessaire afin d'évaluer plus précisément les retards de développement de l'enfant.

- ☐ Divers retards de développement : langage, motricité, socialisation, développement cognitif et affectif⁵

Indices d'un problème d'attachement chez les enfants de 2 à 6 ans⁶

Cochez si l'enfant présente un ou plusieurs des comportements suivants (comportements habituels)

Aspect du langage, de la motricité et de la cognition

- ☐ Retards du développement⁷

Aspects physiques

- ☐ Problèmes de sommeil.
- ☐ Problèmes de santé fréquents : asthme, infections...
- ☐ Problèmes de santé non traité.

⁵ Idem note de bas de page n°6

⁶ Paquette D., St Antoine M. et Provost N. (2000). Formation sur l'attachement. Guide à l'usage du formateur, Montréal, Institut de recherche pour le développement social des jeunes.

⁷ Pour cet item, le recours à une grille normative deviendra nécessaire afin d'évaluer plus précisément les retards de développement de l'enfant.

Tableau 1. Les compétences générales.

	Oui	Non	Discutable	Ne sait pas	Ne s'applique pas
Considérer et traiter l'enfant comme une entité distincte					
Reconnaît que les besoins de l'enfant ne sont pas identiques aux siens.	☐	☐	☐	☐	☐
Considère l'enfant pour lui-même (n'utilise pas l'enfant pour répondre à ses propres besoins).	☐	☐	☐	☐	☐
Est capable de distinguer ce qui appartient à l'enfant et ce qui lui appartient (tant en termes de besoins que de problèmes).	☐	☐	☐	☐	☐
Favorise l'autonomie, la spontanéité, l'expression de l'enfant, lui donne de la place, de l'espace.	☐	☐	☐	☐	☐
Reconnaît que l'enfant possède ses propres raisons pour agir comme il le fait.	☐	☐	☐	☐	☐
Attribue à l'enfant des raisons d'agir appropriées à la situation (ne prête pas de fausses intentions).	☐	☐	☐	☐	☐
Permet à l'enfant d'avoir des relations avec d'autres (pas possessif ou fusionnel).	☐	☐	☐	☐	☐
Exercer son rôle avec pertinence					
Assume son statut parental (ne considère pas l'enfant comme un ami ou un confident).	☐	☐	☐	☐	☐
Assume ses responsabilités (ne requiert pas de l'enfant une aide inappropriée pour son âge).	☐	☐	☐	☐	☐
Est conscient de la différence de développement avec son enfant (ne considère pas l'enfant comme un pair, n'entre pas en compétition dans une situation de jeu).	☐	☐	☐	☐	☐
Répond aux questions ou demandes de l'enfant d'une manière convenant à la maturité de l'enfant.	☐	☐	☐	☐	☐
Encourage l'enfant.	☐	☐	☐	☐	☐
Établir un cadre de vie					
Fixe les limites appropriées à l'enfant	☐	☐	☐	☐	☐
Impose des conséquences proportionnées aux écarts de conduite.	☐	☐	☐	☐	☐
Réagit en fonction de la situation.	☐	☐	☐	☐	☐
Négocie fructueusement avec l'enfant.	☐	☐	☐	☐	☐
Impose des conséquences de manière cohérente.	☐	☐	☐	☐	☐
Utilise des stratégies pour éviter la confrontation ou l'escalade.	☐	☐	☐	☐	☐
Fournit des explications adaptées à l'âge de l'enfant lorsqu'il donne des conséquences.	☐	☐	☐	☐	☐
Croit qu'il existe d'autres méthodes que des punitions physiques pour se faire écouter.	☐	☐	☐	☐	☐

Tableau 2. Soutenir la régulation interne du bébé.

Rarement disponible pour reconforter l'enfant	Disponible par intermittence	Parvient habituellement à reconforter l'enfant	Essaie de reconforter sans y parvenir	Exagérément stimulant et chaotique
☐	☐	☐	☐	☐
Problématique ← Adéquat → Problématique				
Le parent est distant, absorbé en lui-même, très déprimé, renfermé. N'approche pas l'enfant et ne capte pas son intérêt. Par exemple : ♦ n'entend pas lorsque l'enfant pleure ; ♦ n'habille pas suffisamment l'enfant lorsqu'il fait froid.	Peut offrir un reconfort pendant de brèves périodes de temps ou quand l'enfant n'est pas contrarié. Dans les moments où il est disponible, le parent utilise divers moyens (voix, regard, berce et autres mouvements) et une variété de réponses affectives reconnaissant l'individualité de l'enfant.	Décode adéquatement les besoins de l'enfant et y répond bien. Utilise divers moyens (voix, regard, et autres mouvements) et une variété de réponses affectives reconnaissant l'individualité de l'enfant. S'approche de l'enfant dans des moments appropriés en faisant des gestes ou en utilisant un objet (jouet) pour capter son intérêt. Capte l'attention d'une manière détendue et concentrée : aide l'enfant à se servir de sa vue, du toucher, du son, du mouvement pour explorer le parent et le monde extérieur. Cette capacité est rarement entravée, même dans des moments de stress.	Trop intrusif. Parfois hyperstimulant. Capte l'intérêt de l'enfant, mais accable ou distrait parfois l'enfant par des stimuli trop nombreux ou intenses.	Accable l'enfant par des stimuli constants et inopportuns. Mine la propre capacité d'autorégulation de l'enfant. Par exemple : ♦ ne permet pas que l'enfant pleure ; ♦ réveille le bébé parce qu'il a envie de jouer avec lui alors que le bébé a besoin de dormir ; ♦ persiste à nourrir l'enfant même s'il n'a plus faim ; ♦ joue un jeu qui dépasse les capacités de l'enfant ; ♦ utilise l'enfant comme un objet inanimé à son service.

Tableau 3. Aider l'enfant à différencier les sensations corporelles des émotions.

Indifférents aux signaux de l'enfant	Réponse intermittente ou limitée	Réaction optimale	Réaction occasionnelle excessive aux signaux de l'enfant	Réaction excessive à tous les signaux
☐	☐	☐	☐	☐
Problématique ← Adéquat → Problématique				
Ne reconnaît pas et ne répond d'aucune manière aux signaux de l'enfant comme les sourires, les regards, les vocalises, les bras tendus	Réagit adéquatement seulement de façon intermittente. Ou réagit à un seul signal du bébé (par ex. : aux sourires, mais pas au regard, aux vocalises ou aux bras tendus). Ou interprète mal des domaines complets de l'affect (par ex. : affirmation de soi, la tendresse).	Décode les signaux du bébé y répond avec empathie et réciprocité (sourires, vocalises, regards, physionomies, mouvements) et aide l'enfant à donner un sens à ce qui se passe. Par ex. : au moment où l'enfant reçoit le bébé par des caresses et des mots doux. Décode toute une variété de signaux. Réagit à toute une gamme d'états affectifs. Demeure compréhensif face aux protestations et à l'affirmation de soi. Réponse sensible malgré la présence de stress du parent	Dans les moments d'anxiété, le parent a tendance à confondre ses propres sentiments avec ceux du bébé : ♦ cette tendance est limitée à certains états affectifs chez la mère ; ♦ ou à certains sentiments exprimés par le bébé ; ♦ ou à un état de stress chez le parent (par ex. : peut réagir adéquatement aux sourires, mais réagit de manière trop excessive aux protestations en nourrissant trop le bébé, c'est-à-dire en prenant le stress pour de la faim).	A régulièrement une réaction excessive, intrusive et chaotique. Généralement incapable d'interpréter les signaux du bébé et d'y répondre avec empathie. Incohérence extrême des réactions.

Tableau 4. La maîtrise des impulsions

	Oui	Non	Discutable	Ne sait pas	Ne s'applique pas
Capacité de maîtriser des impulsions					
<i>En général, s'il est contrarié par l'enfant le parent :</i>					
Réfléchit avant d'agir (contrôle ses impulsions).	☐	☐	☐	☐	☐
Est capable d'identifier les émotions que cela lui fait vivre avant d'agir	☐	☐	☐	☐	☐
Est capable d'identifier des solutions alternatives avant d'agir (autres que la claque ou la parole blessante)	☐	☐	☐	☐	☐
Demeure rationnel et est capable de mettre en œuvre les actions pertinentes (ne devient pas envahi par l'émotion au point d'en être paralysé dans l'action).	☐	☐	☐	☐	☐
Capacité à chercher de l'appui					
S'il est contrarié par l'enfant, le parent a tendance à gérer seul la maîtrise de ses impulsions (ne cherche pas de soutien de la part du conjoint, de ses parents, d'un enfant plus âgé, d'un confident, d'un thérapeute ou d'un travailleur social).	☐	☐	☐	☐	☐
Le parent est engagé dans une relation stressante qui affecte régulièrement sa capacité de maîtriser des impulsions (violence conjugale, sabotage du rôle parental, dénigrement).	☐	☐	☐	☐	☐
Les pertes de contrôle du conjoint nuisent à la capacité de contrôle du parent évalué.	☐	☐	☐	☐	☐
Évolution de la maîtrise des impulsions					
<i>Au cours des 3 derniers mois :</i>					
Y a-t-il un changement dans la maîtrise des impulsions ?	☐	☐	☐	☐	☐
Si oui, est-il attribuable à une circonstance particulière ?	☐	☐	☐	☐	☐
Si oui, laquelle ?					

Observation des interactions mère-enfant à risque en maison maternelle⁸

(Mouhot, 2001)

LES SOINS CORPORELS

Alimentation

- ◆ L'enfant a de l'appétit, exprime sa faim ; ne réclame pas, ne mange pas ; se remplit ?
- ◆ La mère entend lorsque son enfant a faim et y répond ?
- ◆ La nourriture est adaptée à son âge, inadaptée (qualité, quantité) ?
- ◆ La mère le nourrit très vite, l'enfant régurgite, elle saute des biberons (ne sait pas le nombre de biberons qu'elle donne), la mère le fait attendre lorsqu'il a faim ?
- ◆ Bébé nourri dans les bras ; y a-t-il un échange mère/enfant pendant le repas ?
- ◆ Bébé boit seul calé avec un oreiller ?
- ◆ Le repas est-il source de conflit ?

ÉCHANGES MÈRE/ENFANT

- ◆ À combien de mois la jeune femme réalise-t-elle qu'elle est enceinte ?

Sommeil

- ◆ La mère couche l'enfant lorsqu'il a sommeil ; elle respecte son sommeil ? Elle entend ses pleurs lorsqu'elle dort ?
- ◆ L'enfant s'endort facilement ; il se réveille fréquemment la nuit ?
- ◆ Le sommeil est-il source de conflit ?

⁸ Cité dans Berger M., *L'échec de la protection de l'enfance*, Dunod, Paris, 2004

Hygiène

- ◆ De la chambre : en ordre, en désordre, poubelles vidées ?
- ◆ Du bébé : couches et vêtements changés régulièrement ? La mère prend plaisir à bien l'habiller, lui met des vêtements adaptés.

- ◆ En général les interventions de la mère calment ou excitent le bébé ?
- ◆ La mère anticipe les mouvements du bébé, ou au contraire le place dans des situations dangereuses ?
- ◆ Quantité d'échanges : la mère sollicite, « recherche » son enfant, son regard, lui sourit, félicite ses progrès, le caresse, le berce ?
- ◆ La mère a peur du regard de son enfant. Enfant miroir : peur de ce qu'elle y voit (se voit « abandonnée, malheureuse, c'est terrible », etc.) ou peur de ce que son enfant peut lire dans le regard de sa mère (« peur qu'il voit une mauvaise mère ») ?
- ◆ Échanges initiés par la mère ou l'enfant ?
Réciprocité ?
- ◆ Qualité du portage : elle le tient contre elle ou à distance ? Enfant bien lové dans les bras de sa mère ? Mère tendue, gestes brusques ; bébé porté comme paquet, attrapé par le bras ?
- ◆ Y a-t-il alternance fréquente de collages et de rejets ?
- ◆ Tonalité affective : échanges joyeux, tristes, brusques, agacés ; tout à la fois ?
- ◆ La mère est-elle capable de gérer une relation à trois : elle, son bébé et une tierce personne ?

Pour les plus grands enfants

- ◆ Réaction de la mère lorsque l'enfant lui tire les cheveux, la griffe, la mord : dépression, tristesse, agressivité en retour ou tolérance ?
- ◆ Elle sait mettre des limites éducatives, ou peur de ne plus être aimée de son enfant ?
- ◆ Elle a peur des réactions de son enfant ?

ATTACHEMENT MÈRE/ENFANT

- ◆ Le bébé proteste lorsque sa mère le quitte (s'accroche, pleure, appelle, poursuit du regard) ?
- ◆ Joie de la mère, de l'enfant à la reprise de contact ?
- ◆ En général le bébé cherche ou évite le regard de sa mère ?
- ◆ L'attitude de l'enfant est-elle différente devant un visage familier et devant un étranger ?
- ◆ L'enfant fait plus de demandes ou mange mieux, avec une autre personne, qu'avec sa mère ? Cette dernière le lui reproche ?
- ◆ La mère laisse fréquemment son bébé seul ou le confie « dix minutes » et reste absente des heures ?

DISPONIBILITÉ MATERNELLE

- ◆ A-t-elle conscience du rôle capital qu'elle joue pour son bébé ou dévalorise-t-elle sa fonction maternelle ?
- ◆ La mère sait interpréter les signaux émis par l'enfant (faim, sommeil, peur, douleur) ? Sinon, détresse prise pour de la « comédie » (la mère se moque de son enfant lorsqu'il demande du réconfort ou à être porté) ?
- ◆ La mère a du plaisir à s'occuper de son bébé ; au contraire le bébé est une charge, elle demande souvent à être soulagée, tout ce qui concerne le bébé semble lui demander un effort, elle a toujours autre chose à faire ? Délègue facilement ses pouvoirs aux autres jeunes femmes ou aux membres du personnel ?
- ◆ Ne comprend pas la raison de sortir le bébé par beau temps ? La mère donne au bébé les médicaments dont il a besoin ? Elle ne va pas le voir à l'hôpital ; part tout un week-end pendant son hospitalisation ?
- ◆ S'adapte aux désirs-besoins de l'enfant, ou lui impose les siens propres ? Y a-t-il concordance des rythmes entre la mère et l'enfant ?
- ◆ La mère est-elle présente lors des échanges ou dépressive, absente, agitée, indifférente (comportement mécanique) ?

LE BÉBÉ

- ◆ Le bébé né à terme ? Prématuré ?
- ◆ Croissance staturo-pondérale normale ; retard ; stagnation du développement ; régression ? Âge de la marche ? Comprend les interdits ? Quotient de développement (Brunet-Lézine). Évolution depuis la dernière évaluation.
- ◆ Bébé tendu, figé, stressé, hypotonique, colères, rage ?
- ◆ Troubles de l'attention : hyper-vigilance ou hypersomnie ?
- ◆ Absence de manifestation de joie, de plaisir, visage peu mobile, pauvreté des mimiques. Activités répétitives ou stéréotypées (balancement) ?
- ◆ Signes de souffrance, d'inquiétude, d'insécurité : semble ne pas ressentir la douleur, ne pleure pas, ou pleurs prolongés, apathie, détresse, enfant inexpressif, regard vide ou inquiet ?
- ◆ Manifestations psychosomatiques : troubles digestifs, infections à répétition, autre ?
- ◆ A déjà été hospitalisé, pourquoi ?

Pour les plus grands

- ◆ La mère respecte-t-elle son désir d'autonomie (éloignement par exemple) ?
- ◆ L'enfant part seul dans la maison se perd ? Instabilité (quitte fréquemment l'activité ou la vigilance) ?
- ◆ Jeux pauvres, passivité, soumission, réactions violentes à toute contrariété, agressivité envers les autres enfants.

DISCOURS MATERNEL

- ◆ Avant la naissance, la mère parle de sa grossesse (satisfaite ou non) ? Évoque des grossesses précédentes, fausses couches, avortements ? Parle des achats qu'elle fait ou va faire pour le bébé ?
- ◆ Après la naissance, la mère parle de l'accouchement
- ◆ Elle parle de son bébé :
 - elle pose des questions à propos de son bébé ; demande à être aidée ?
 - elle décrit ses qualités, ses défauts, est fière de ses progrès ?

- ◆ Pourquoi voulait-elle ce bébé : pour faire plaisir ou s'opposer à ses parents, s'attacher son copain, pour elle-même, etc. ?
- ◆ Discours contradictoires (exemple : « Je ne peux pas profiter de mon fils, je ne le vois jamais, mais il m'en demande de trop, il m'étouffe, je n'ai pas de temps pour moi, j'ai besoin de prendre des vacances sans lui »).
- ◆ Elle parle de son bébé ou prétend qu'il ne comprend rien ? Elle le sollicite, l'appelle à être ? Elle lui chante des chansons, lui donne des explications pour le rassurer, s'excuse devant lui d'une longue absence ?
- ◆ Elle lui prête des intentions (enfant persécuteur) : « il le fait exprès, il m'en veut, il me rejette, il est méchant, il me fait mal, il me crie dessus, pourquoi il m'aime pas, t'as vus comment il me regarde ? »
- ◆ Le met dans une communication paradoxale ? (donne simultanément deux messages contraires, par exemple : « comment tu me regardes » et « pourquoi tu ne me regardes pas »).
- ◆ *En général*, le discours maternel est cohérent, incohérent, répétitif, angoissé, plein de ressentiment, inaffectif envers l'enfant. La demande affective de la mère est impossible à satisfaire. Le décalage est grand entre des bonnes intentions et des actes inadaptés.
- ◆ Le discours maternel est envahi par d'autres préoccupations que son enfant (mère, père, copain, etc.). Elle ne parle que de son passé ?
- ◆ Crie fréquemment en présence de l'enfant sur l'enfant, le menace ?
- ◆ Réactions du bébé lorsqu'elle parle ?
- ◆ Elle parle du père de l'enfant, qu'en dit-il ? Il vient leur rendre visite ? Le bébé va volontiers vers lui ou évite son regard ?

CONCLUSION

La mère

◆ *Attachement mère-enfant positif :*

échange de sourires, solidité du portage, chaleur de l'étreinte, concordance des rythmes. Lorsque la mère est éloignée de son enfant, elle parle de lui, il lui manque ? Elle répond aux besoins et désirs de son enfant (avec intérêt et plaisir éventuellement). Elle pense à ce qui est bien pour lui.

- ◆ *Égocentrisme* : elle ne peut se décentrer elle-même. Ne parle que d'elle, ne s'occupe que d'elle, ne lui consacre pas de temps. Elle a besoin de son enfant pour son narcissisme propre, ou pour se rassurer (le prend dans son lit lorsqu'elle a peur) mais il ne lui manque pas ; ou l'enfant lui manque comme une partie d'elle-même et non comme un être vivant. Fait passer son enfant après elle (exemple : annule le rendez-vous médical qu'il a pour aller chez le coiffeur).
- ◆ *Acceptation de sa maternité* ou la mère a du mal de se reconnaître mère : enfant « lourd », « j'aurais voulu l'avoir plus tard », depuis qu'elle l'a « c'est galère », il lui coûte trop cher, il l'énerve, « l'empêche de vivre ». Elle propose plusieurs fois à son entourage de le donner « tu le veux » ? Mère rejetante : elle ne supporte pas ses pleurs, ne supporte pas qu'il existe, qu'il grandisse. Elle peut l'imaginer dans quelques années (aller à l'école, devenir adolescent).
- ◆ *Enfant objet* : l'enfant est à elle, elle se réjouit de l'avoir (elle voulait « avoir » ou « faire » un enfant), on ne lui prendra pas c'est *sa propriété* (« c'est à moi, j'en fais ce que je veux »), mais elle ne parle pas du bébé. Veut changer de nourrice lorsque celle-ci ne lui convient pas ou ne plaît pas au copain, sans réaliser les conséquences pour l'enfant, s'il y est attaché. Enfant poupée : s'amuse avec son bébé, l'habille (peut apprécier qu'il soit bien habillé), le lave en prend soin (peut le gaver pour avoir vite fini de le nourrir), et l'oublie dans un coin pendant des heures quand elle n'a plus envie de jouer ?
- ◆ *Non différenciation mère-enfant* : ne fait pas la différence entre les besoins de son enfant et les siens propres : ne lui donne pas de biberon le matin parce qu'elle ne déjeune pas ou fait un régime, ne supporte pas qu'il soit bien parce qu'elle n'y est pas, ne supporte pas qu'il dorme lorsqu'elle n'a pas sommeil, met fort sa musique alors qu'il dort à côté d'elle, lui donne un biberon brûlant et dit « pour moi c'est pas chaud », etc. Enfant partie d'elle contre laquelle elle se bat : « j'ai bien le droit de m'en prendre à moi-même ».
- ◆ *Identification à l'enfant* : peut-elle imaginer ce qu'il ressent ? Est-elle capable de s'inquiéter pour lui ? L'enfant est vivant dans son esprit, fréquemment, rarement ?
- ◆ *Personnalité de la mère* : dépressive (asthénie, passivité), troubles du caractère (sentiments d'infériorité, d'échec, avec le risque d'enfermement mère-enfant : « il faut que j'y arrive coûte que coûte »), sentiment d'abandon (victime, toujours

insatisfaite, tout lui est dû), troubles psychiatriques (névrose phobique, obsessionnelle, perversité : mère manipulatrice, prenant du plaisir à faire souffrir son enfant, schizophrène, paranoïa, etc.), toxicomanie, alcoolisme, délinquance. Personnalité infantile (demande qu'on lui tienne la main dans la rue), fabulatrice, fragile (s'énerve vite, ne paie pas ses dettes), instable (fugues répétées), personnalité narcissique, caractérielle (fait des crises, n'accepte pas d'être contenue), autoritaire, rigide. *Degré d'autonomie* : mère compte beaucoup sur les autres pour s'occuper du bébé, peut-elle faire des démarches administratives ou professionnelles seule ?

- Violence :
 - mère violente contre son enfant ; elle peut épargner celui-ci ;
 - mère subit des violences, peut-elle protéger son enfant ?
- ♦ Le dialogue est-il possible avec la jeune femme ? Elle fait confiance au personnel, écoute les conseils et en tient compte ?
- ♦ Évolution de la relation mère-enfant depuis la dernière observation : pleurs de l'enfant moins inquiétants : évolution psychomotrice de l'enfant ; la mère est moins agressive avec le bébé ; elle reconnaît ses difficultés ; l'enfant prend vite dans son esprit, etc.
- ♦ Arguments pour justifier une demande de prolongation de séjour :
 - pathologie de la mère ;
 - évolution de la relation mère-enfant (la jeune femme tient compte des remarques et tente de modifier certaines de ses attitudes inadaptées).

Le bébé

- ♦ Bébé non conforme aux attentes maternelles.
- ♦ Évolution satisfaisante ou inquiétante ; plus favorable lorsque la mère est éloignée ?
Le bébé a peur de sa mère ?
- ♦ Enfant non sollicité, négligé (mère à onze heures du matin qui refuse de se lever), délaissé, rejeté ou maltraité, donc actuellement en danger ?
- ♦ Pour les enfants d'un an : type d'attachement à sa mère : A) attachement insécure évitant, B) attachement confiant, C) attachement insécure ambivalent.

Évolution de la situation

- ◆ Éléments de la relation mère-enfant les plus inquiétants pour l'équipe. Degré d'inquiétude de l'équipe :
 - le personnel pallie beaucoup les carences de la mère ?
 - à qui les membres du personnel s'identifient le plus facilement : la mère ou l'enfant ?
 - discours maternel insupportable pour l'équipe qui ressent en retour : tristesse, colère, haine, culpabilité, etc. ?
- ◆ Non-évolution ou dégradation de la relation ?
 - Pistes de travail : ce qui va être dit à la jeune mère de nos inquiétudes.
 - Suivi nécessaire à l'extérieur du centre maternel.

Perspectives d'avenir

- ◆ La mère fait des projets réalistes pour elle et le bébé ?
- ◆ L'entourage (mère, tante, sœur, copain, etc.) a des projets pour la mère et l'enfant ?
- ◆ Peut-on imaginer la jeune femme plus tard seule avec son enfant (peut-elle vivre sans sa famille, sans son copain) ? La mère sera-t-elle en danger, à sa sortie de la Maison maternelle ? Le bébé sera-t-il en danger : mère démunie, rejetante ? Une aide éducative sera souhaitable, indispensable : judiciaire, administrative ?
- ◆ Inquiétudes à transmettre dès maintenant au service ASE, au juge des enfants ? Arguments : non évolution de la relation mère-enfant, etc.
- ◆ Séparation mère-enfant nécessaire. Arguments.

Nom : MOULAIRE

Prénom : Lucie

Titre de thèse :

« DIAGNOSTIC ET PREVENTION DES CARENCES AFFECTIVES CHEZ LE NOURRISSON, UNE ENQUETE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES DE LOIRE ATLANTIQUE. »

RESUME :

Contexte : La carence affective est une forme de maltraitance méconnue. Elle est pourtant fréquente et a de graves conséquences que seuls un diagnostic et une prise en charge précoce peuvent atténuer. Les signes sont visibles dès le plus jeune âge, chez le nourrisson, et les familles à risque ont des caractéristiques communes ce qui permet un dépistage précoce. **Objectif** : Nous cherchions à évaluer si les médecins généralistes de Loire Atlantique pouvaient faire le diagnostic et la prévention des carences affectives chez les nourrissons. **Méthode** : Notre enquête, de type qualitative, a permis d'interroger lors d'entretiens semi-directifs dix médecins généralistes afin d'évaluer leurs connaissances sur différents thèmes touchant les carences affectives chez les nourrissons. **Résultats** : Les médecins généralistes rencontrés n'ont reçu que très peu d'information sur les carences affectives et ont donc une connaissance partielle des différents thèmes abordés (signes diagnostiques, conséquences, caractéristiques des familles à risque...). De plus nous avons mis en évidence que les médecins généralistes rencontrés connaissaient très mal le rôle et le travail de la PMI. Ces deux éléments sont un frein tant à un dépistage précoce et qu'à une prise en charge adaptée.

MOTS-CLES :

Carences affectives-maltraitance-nourrisson-médecins généralistes-diagnostic-prévention-
PMI-information-entretien-enquête qualitative