



HAL
open science

La santé des enfants protégés, une approche particulière

Séverine Euillet

► **To cite this version:**

Séverine Euillet. La santé des enfants protégés, une approche particulière. Les Métiers de la petite enfance, 2019, 25, pp.24 - 26. 10.1016/j.melaen.2019.01.007 . hal-03487981

HAL Id: hal-03487981

<https://hal.science/hal-03487981>

Submitted on 20 Dec 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Dothead protection de l'enfance

Sous-dothead santé

accompagnement

La santé des enfants protégés, une approche particulière

Séverine Euillet

Maîtresse de conférences

Centre de recherche Éducation et Formation

Équipe éducation familiale et interventions sociales auprès des familles

Université Paris-Nanterre, 200 avenue de la République, 92000 Nanterre, France

Adresse e-mail : severine.euillet@parisnanterre.fr (S. Euillet).

Résumé

Prendre soin des enfants protégés demande aux professionnels de considérer un certain nombre de spécificités. Leur accompagnement vise notamment, dans un premier temps, la restauration d'un lien de confiance avec un adulte, et la compréhension des ressentis de douleur et de souffrance. La qualité de la relation avec l'enfant ainsi que les pratiques éducatives sont essentielles dans ce contexte.

© 2019

Mots clés – enfant ; pluridisciplinarité ; prendre soin ; protection de l'enfance ; santé

Aujourd'hui, la protection de l'enfance ne vise plus seulement la mise à l'écart d'un danger ou d'un risque de danger, mais elle est un dispositif de mieux-être pour un enfant vulnérable, dont la santé en est une composante fondamentale par ses aspects sanitaires, sociaux, éducatifs et psychologiques. Au-delà des dispositions nationales et législatives [1,2], le questionnement de la place accordée à la santé dans l'accompagnement de l'enfant protégé se situe à un niveau proximal et relationnel. Est mobilisée alors une approche renforcée autour du "prendre-soin" de cet enfant, au regard de ce qu'il est et de ce que le professionnel peut lui proposer de son implication, de sa sensibilité, de sa préoccupation, et ce, dans un système dynamique composé de multiples adultes.

Sous différentes formes, la santé de l'enfant protégé a toujours constitué une préoccupation majeure. Toutefois, les études épidémiologiques dont nous disposons ou les données sur les pratiques de suivi des enfants concernés par la protection de l'enfance démontrent une connaissance très parcellaire de leur état de santé [3].

T1 Connaissance parcellaire de l'état de santé des enfants protégés

TEG1 Différentes recherches ont observé une altération de la santé de base autour de l'hygiène corporelle, de l'alimentation ou du sommeil [4,5], même si dans certaines régions de France, les enfants protégés ne se démarquent pas de ceux en population générale en ce qui concerne la surcharge pondérale, les soins optiques ou dentaires, voire ont une meilleure

couverture vaccinale [4]. Il est à noter ici une hétérogénéité des connaissances et des situations sur le territoire national.

TEG1 Par exemple, la pratique du bilan de santé à l'arrivée de l'enfant dans le dispositif de la protection de l'enfance n'est systématique que dans 35 % des situations [6]. Ainsi, le dépistage de certains troubles ou affections est rendu compliqué si l'enfant n'exprime ou ne manifeste pas d'éléments particuliers, ou si les adultes ne remarquent pas de signes. En revanche, lorsque le bilan est réalisé, des propositions de prises en charge peuvent être faites jusqu'à 3 enfants sur 4. Ces proportions, bien plus élevées qu'en population générale, démontrent la présence de besoins particuliers et d'une vulnérabilité sanitaire accrue. Chez les plus jeunes, les troubles précoces observés sont d'ordre alimentaire, concernent les acquisitions (cognitives et scolaires), le langage ou encore le développement psychomoteur.

T1 Historique et parcours de soins

TEG1 De nombreux acteurs professionnels et chercheurs alertent sur le manque d'historicité du parcours de l'enfant protégé. La santé n'est pas exempte de ces "périodes vides" où il est impossible de connaître les soins prodigués et/ou les interventions réalisées. Or, cette historicité est fondamentale pour la construction psychique de l'enfant.

TEG1 Selon certains auteurs, le problème du diagnostic et du suivi de parcours de santé trouverait ses origines dans un faible, voire une absence de suivi de santé en anté-/périnatal. En effet, il est difficile de disposer pour ces enfants d'éléments médicaux sur le déroulement de la grossesse et de la naissance, de traces de dépistage antérieur ou d'historique des vaccins effectués. Le carnet de santé pouvant ne pas avoir été complété ou perdu.

T1 Prendre soin avant tout

TEG1 Le "prendre-soin", pensé comme une attention spécifique aux besoins en santé des enfants accueillis, et incarné par des adultes susceptibles de leur permettre de porter un autre regard sur leur santé, paraît ici central. Les bases d'un "prendre-soin de soi" se transmettraient ainsi, notamment dans le cadre de la protection de l'enfance [7].

TEG1 Recevoir un soin pensé comme adapté, spécifique et prodigué avec l'intention profonde d'amélioration participe au développement de l'estime que l'enfant a de lui-même, comme sujet, individu à part entière suffisamment important pour qu'un professionnel mette à son service tout son savoir et ses compétences. Ce processus a une résonance toute particulière pour les mineurs accueillis dans le cadre de la protection de l'enfance, qui ont pu être destinataires de mouvements paradoxaux de fusion et de rejet [8], voire victimes ou auteurs de violences physiques, le corps étant alors un objet avant d'être un ensemble de ressentis à écouter.

TEG1 Un axe réflexif majeur anime alors les professionnels impliqués autour de l'enfant protégé : comment l'accompagnement, la relation ou les pratiques éducatives contribuent à prendre soin de l'enfant mais aussi à ce que l'enfant prenne soin de lui à terme ?

T1 Sensibilité pour que l'enfant comprenne ses ressentis

TEG1 Dans le système d'accueil, tel qu'il est pensé aujourd'hui, de nombreux adultes sont amenés à pouvoir incarner une fonction de *caregiver*, ou du moins une partie de cette

fonction, mais peu constitueront des figures d'attachement stables et permanentes [9]. Dans ses travaux, la pédopsychiatre Nicole Guédeney [10] souligne combien chaque professionnel de la protection de l'enfance est confronté à son propre système d'attachement et de *caregiving* dans la relation aux enfants. Se pose alors la question de la façon dont cette fonction de prendre soin, parfois provisoire, furtive, inscrite dans des missions professionnelles, voire dans une fiche de poste, constitue une base de la relation éducative avec l'enfant et participe à son développement socioaffectif.

TEG1 L'écoute des symptômes et de ce que l'enfant manifeste représente une compétence centrale chez les professionnels de la petite enfance, relevant du social ou du médical. La recherche menée en 2016 [6] a surtout montré l'importance d'aider les enfants à exprimer leurs ressentis. En effet, les *feed-back* qu'ils ont pu recevoir jusque-là ont pu être erronés ce qui peut conduire l'enfant à exprimer des plaintes corporelles continues ou à l'opposé à refuser tout rapport aux soins. Ces enfants ont besoin d'aide pour accepter de ressentir la douleur, la souffrance, pour comprendre ces ressentis et leur enlever la dimension fortement angoissante qu'ils contiennent, et ce, pour pouvoir les adresser à un autrui de confiance. C'est en cela que le *prendre-soin* contribue à la subjectivation des symptômes et participe à la restauration de l'altérité dans les liens [11].

TEG1 Au niveau professionnel, cela convoque la sensibilité, l'écoute, la disponibilité dans une relation relativement continue. Cette sensibilité-là s'élabore dans la proximité, la disponibilité, avec des savoirs professionnels, des savoir-être relationnels mais aussi des supports (par exemple, des albums jeunesse pour les plus petits, des livres, des jeux). La proximité relationnelle constitue un enjeu fondamental pour que l'enfant s'exprime mais aussi pour maintenir une attention aux soins de base qui pourrait se perdre, dans un souci de respect de l'intimité, dans une crainte de poser des gestes inappropriés. Ce risque majeur laisserait les enfants seuls face à leurs corps ou renforçant les difficultés et distorsions qu'ils ont connues. L'échange et la coordination entre les différents professionnels revêtent alors toute leur importance.

T1 Éducatif et sanitaire, une visée commune

TEG1 Plusieurs professionnels sont invités à intervenir avec leurs spécificités (formation, missions) dans une nécessaire cohérence à construire entre les adultes occupant des fonctions supplétives et de *caregiving*. L'analyse d'entretiens semi-directifs et de questionnaires met à jour un *prendre-soin* dispersé et une collaboration difficile entre les différents adultes impliqués auprès de l'enfant protégé, venant questionner les représentations des professionnels à propos de leur rôle auprès de ces enfants.

TEG1 Au-delà d'un cloisonnement entre un travail éducatif sur le lien social et une prise en charge sanitaire des troubles physiques, une approche globale de la santé est aujourd'hui répandue. Elle consiste à penser que la dimension sanitaire fait intrinsèquement partie de l'accompagnement éducatif et inversement. Cette perception globale de la santé en tant que somatisation de troubles éducatifs et action somatique sur des troubles éducatifs amène ces professionnels à insister sur les possibilités d'agir de manière profondément relationnelle, psychologique grâce à la dimension physique. Ainsi, ils peuvent accorder une grande importance à des affections apparemment mineures mais finalement hautement significatives

dans ce type de parcours en protection de l'enfance (par exemple, l'eczéma cutané). La santé est comme un acte de restauration de l'estime de soi, dans le sens où il permet à l'enfant de se sentir mieux dans son corps et son image de soi.

T1 Organisation autour du soin

TEG1 Après une centration sur le “prendre-soin”, l'organisation autour des soins prodigués à l'enfant n'est pas à négliger. En effet, la multiplicité des acteurs autour de l'enfant peut également conduire à un délitement des informations et des responsabilités. La recherche menée a mis à jour le fait que chacun tente de saisir une petite partie d'un tout finalement porté par personne. En d'autres termes, il est difficile d'identifier qui est le professionnel s'estimant être le garant de la santé de l'enfant. Ainsi, si la santé peut être l'affaire de tous, tous doivent aussi être soucieux de l'organisation autour des soins, facilitante pour le vécu par l'enfant de l'accès aux soins et du rapport au corps médical.

TEG1 Se préoccuper de savoir qui est le médecin traitant, si les vaccins obligatoires ont été réalisés, si la vue et l'ouïe ont été contrôlées régulièrement contribue à faire de la santé de l'enfant un axe majeur de son développement de façon associée à son développement socio-affectif et cognitif. En effet, à ces questions s'ajoutent celles de savoir qui amène l'enfant chez le médecin lorsqu'on soupçonne une otite par exemple. Selon l'organisation entre le lieu d'accueil et les parents de l'enfant, le délai de consultation peut être plus ou moins long et, en conséquence, l'enfant intériorise plus ou moins la douleur, le seuil qui déclenche le recours à un spécialiste. Savoir qui sont les adultes garants et responsables du traitement antibiotique, pour poursuivre sur l'exemple, apporte une information sur la répartition des rôles parentaux mais aussi amène à s'interroger sur la façon dont les médicaments lui sont donnés et sur le rapport que cet adulte-là entretient lui-même avec le milieu médical. En effet, l'importance de l'environnement et des conditions lors de la prise de médicament sur l'efficacité de ce dernier et sur le rapport avec le monde médical est aujourd'hui bien connue.

T1 Conclusion

La préoccupation globale pour la santé de l'enfant protégé s'inscrit dans une procédure avec des pratiques renforcées par les dispositions législatives actuelles [1] mais constitue aussi un système interactif animé par les représentations, les ressentis à l'œuvre dans la relation à l'autre. La dimension relationnelle est centrale, tant au niveau des rapports entre les adultes qui prennent soin de l'enfant qu'au niveau des relations avec l'enfant.

Considérer le prendre-soin, le *caregiving* nous invite à penser la santé dans une perspective de recherche de bien-être dont les facteurs peuvent être multiples mais avant tout subjectifs. La considération du vécu de l'enfant constitue un enjeu majeur aujourd'hui pour améliorer le “prendre-soin” où l'enfant, le jeune, occupe une place centrale et active dans cet ensemble dynamique. L'expression et la participation de l'enfant à son propre parcours de soins, au sens large du terme, prennent racine dans la sensibilité reçue et intériorisée à ses propres ressentis, grâce à l'implication relationnelle des adultes significatifs.

Notes

¹ Ces données sont issues de questionnaires complétés par 58 services départementaux de l'aide sociale à l'enfance dans le cadre d'une recherche réalisée en 2016 par Séverine Euillet, Juliette Halifax, Pierre Moisset et Nadège Séverac, sur l'accès aux soins et le sens du soin des enfants protégés, financée par le défenseur des droits et le fonds CMU.

² Prises en charge réalisées : suivi psychologique dans 12 % des cas, suivi psychiatrique 7 %, centre d'action médico-sociale précoce 4 %, orthophonique 8 %, ophtalmologique 13 %, dentaire 14 %.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant.
www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/3/14/2016-297/jo/texte
- [2] Haute Autorité de santé. Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives. 2005. www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2835427/fr/prendre-en-compte-la-sante-des-mineurs/jeunes-majeurs-dans-le-cadre-des-etablissements/services-de-la-protection-de-l-enfance-et-ou-mettant-en-oeuvre-des-mesures-educatives
- [3] Euillet S, Halifax J, Moisset P, Séverac N. La santé des enfants protégés : un prendre-soin à la croisée des sphères éducatives et sanitaires. *Éducation, santé, sociétés*. 2018;4(1):77-93.
- [4] Bacro F, Rambaud A, Humbert C, Sellenet C. La santé des enfants accueillis en établissements de protection de l'enfance. L'exemple de la Loire-Atlantique. Oned. 2013.
www.onpe.gouv.fr/system/files/ao/aot2010_sellenet_rapportfinal.pdf
- [5] Corbet E, Robin P, Bourgeaux I, et al. La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance. Paris: Oned. 2013.
- [6] Euillet S, Halifax J, Moisset P, Séverac N. L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin. Rapport de recherche final remis au Défenseur des droits et au fonds CMU. 2016.
www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/recherche_acces_sante_et_sens_du_soin_rapport_final_juin2016.pdf
- [7] David M. Le placement familial. De la pratique à la théorie. 5^e éd. Paris: Dunod; 2004.
- [8] Bonneville-Baruchel E. Les traumatismes relationnels précoces. Clinique de l'enfant placé. Toulouse: Érès; 2015.
- [9] Schofield G, Beek M. Guide de l'attachement en familles d'accueil et adoptives. La théorie en pratique. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2011.

[10] Guédeney N. Les émotions négatives des professionnels de l'enfance confrontés à la situation de placement : l'éclairage de la théorie de l'attachement. *Devenir*. 2008;20(2):101-17.

[11] Grihom MJ, Ducousso-Lacaze A. Symptôme et travail de l'altérité : le passage de l'analogie usée à l'analogie vive. *Cahiers de psychologie clinique*. 2006;26(1):29-46.

Illust1-Euillet.jpg

© Voisin/Phanie

Légende : Recevoir un soin pensé comme adapté, spécifique et prodigué avec l'intention profonde d'amélioration participe au développement de l'estime que l'enfant a de lui-même.