

Les familles vulnérables

M. Manciaux¹ et J.-P. Deschamps²

Université de Nancy et Centre de Médecine préventive de Nancy-Vandœuvre

L'action médico-sociale, tant préventive que curative, a été longtemps centrée sur l'individu. Médecine communautaire et Santé publique fournissent la possibilité d'une approche plus large, basée sur les besoins de santé de la collectivité, du groupe social tout entier. Le moment est peut être venu d'introduire une dimension intermédiaire, plus facile à délimiter que la santé publique, plus opérationnelle que la médecine individuelle, et la famille représente sans doute le trait d'union rationnel entre ces deux extrêmes en même temps que la taille idéale pour un abord préventif et social cohérent de nombreux problèmes de santé. C'est ainsi que, dans certains pays, la protection maternelle et infantile traditionnelle commence à s'élargir aux dimensions de la famille et que se fait jour un concept de santé familiale; la santé y est conçue dans les termes définis par l'O.M.S. et la famille est vue comme le lieu des interrelations biologiques, psychologiques et sociologiques qui s'exercent entre différents individus qui ont choisi ou accepté de vivre ensemble en assumant pour cela un certain nombre de fonctions [5].

Si l'on admet, selon la distinction simpliste mais traditionnelle, que les facteurs qui régissent le développement et la santé de l'individu sont 1° d'ordre génétique, 2° liés aux influences de milieu, il est clair que c'est la famille, plus que l'individu, qui les détermine ou les subit. Point n'est besoin de le préciser pour les traits génétiques; quant aux conditions de milieu, elles sont celles du groupe familial, avec son niveau économique et éducatif, ses relations affectives, ses modalités d'habitat, d'hygiène, d'alimentation [7].

Et si l'enfant, tôt ou tard, échappe à l'environnement familial, il reste qu'il y aura passé, depuis sa conception, les premières années de la vie, celles où la dynamique du développement se laisse le plus aisément modeler par les influences ambiantes, celles où se sont réalisés la plupart des apprentissages et créés la plupart des comportements, tout cela faisant que, tout jeune, l'individu est «imprimé» pour la vie entière.

Cependant, l'existence de familles incomplètes, désunies, dissociées, «à la dérive», semble faire obstacle, dans une certaine mesure, à l'idée même de l'approche familiale des problèmes de santé. Mais il suffit d'introduire ici la notion de «familles à risques élevés» pour rendre à la protection familiale tout l'impact désirable, en l'adaptant à toutes les situations, normales ou non. Ce sont des familles dont l'équilibre et la santé sont menacés ou rompus par les facteurs de risque si répandus dans la société qui nous entoure. Il convient de préciser ces facteurs de risque pour mieux cerner le concept de familles vulnérables,

A mi-distance entre la santé publique et la santé individuelle, la santé familiale représente non seulement un concept intéressant, mais surtout un champ opérationnel par excellence pour l'action médico-sociale préventive; quant aux familles vulnérables décrites et classées dans cet article, elles méritent sans doute — dans tout programme de médecine sociale digne de ce nom — un rang hautement prioritaire.

en vue d'une stratégie médico-sociale mieux adaptée à leurs besoins.

1. Familles vulnérables: les indicateurs sociaux

Il est difficile de tenter de catégoriser les familles vulnérables: les travailleurs sociaux le savent bien. Cela tient, entre autres causes:

- au caractère subjectif de nombreux facteurs de risques, et à leur intrication fréquente;
- à la variabilité de ces facteurs dans le temps et dans l'espace;
- à leur retentissement très différent, suivant la structure psychologique et mentale du groupe familial aussi bien que des individus qui le composent.

C'est dire que cette classification doit être interprétée avec souplesse et esprit critique. Elle nous semble cependant susceptible de donner une base logique à l'action médico-sociale auprès des familles.

Après avoir rappelé les fonctions de la famille, Kershaw [3] a proposé, sous le nom de «familles-problèmes», une liste — nullement exhaustive — des familles inaptes, à titre provisoire ou définitif, à remplir correctement leurs tâches, au détriment habituel des enfants. La voici, légèrement modifiée avec, en dessous de chacune des situations potentiellement pathogènes, les facteurs de risque qui en découlent.

Famille incomplète

Un des parents décédé ou manquant (mère célibataire):

- difficultés financières
- incapacité d'apporter à l'enfant des soins complets
- absence d'influence paternelle ou maternelle
- fatigue supplémentaire imposée au parent seul

Parents divorcés:

- toutes les caractéristiques susmentionnées; de plus, possibilité de difficultés affectives chez le parent qui a la garde de l'enfant

Père absent pour de longues durées:

- fatigue supplémentaire imposée à la mère
- difficulté à établir des relations affectives stables

¹ Professeur de Pédiatrie préventive et sociale à l'Université de Nancy I.

² Chef de clinique — Assistant des hôpitaux de Nancy. Médecin au Centre de Médecine préventive de Nancy-Vandœuvre.

Enfant unique

- parents excessivement protecteurs ou possessifs
- manque de contacts avec enfants du même âge

Couple stérile:

- conjoints frustrés dans leurs aspirations
- difficultés psychologiques et relationnelles

Famille nombreuse (surtout en cas de jeunes enfants très rapprochés l'un de l'autre):

- mère débordée et souvent mal portante
- incapacité de donner à chaque enfant l'attention et les soins nécessaires

Famille incompétente

Parent (surtout mère) peu intelligent:

- revenu au-dessous de la moyenne
- incapacité à gérer d'une manière avisée le budget familial
- difficulté à prendre conscience des problèmes et des situations d'urgence et à s'y attaquer

Ignorance des parents:

- gestion domestique défectueuse
- inaptitude à comprendre et à résoudre les problèmes des enfants et du foyer

Egoïsme des parents:

- enfants négligés
- insuffisance ou instabilité des relations affectives

Famille isolée

Famille nouvelle venue dans un lieu de résidence:

- limitation des contacts avec le monde extérieur pour les parents et les enfants

Famille coupée de la parenté:

- absence d'aide de la famille ou des voisins pour les activités familiales ordinaires ou en cas d'urgence

Maladie ou déficience d'un membre de la famille

Maladie aiguë d'un membre de la famille:

- tension physique, sociale et affective aiguë pour la famille tout entière; situation particulièrement préjudiciable dans une famille déjà vulnérable pour d'autres raisons

Père atteint de maladie chronique ou handicapé:

- diminution du revenu et augmentation des dépenses
- tension sociale et affective

Mère atteinte de maladie chronique ou handicapée:

- moins bonne gestion du ménage
- tension sociale et affective

Enfant atteint de maladie chronique ou handicapé:

- risque de voir l'attention des parents se porter exclusivement sur l'enfant atteint aux dépens des autres enfants
- tension et déséquilibre affectifs

Maladie mentale, alcoolisme, dysharmonie dans la famille

Névrose ou psychonévrose de l'un des parents:

- instabilité générale à la fois affective et sociale dans la famille
- négligence ou mauvais traitement des enfants

Alcoolisme (père surtout):

- difficultés susmentionnées; en plus, pauvreté par mauvais usage des ressources

Enfant inadapté mental:

- instabilité affective des parents et des autres enfants

Pauvreté

Absolue (c'est-à-dire, revenu total de la famille au-dessous du minimum vital):

- satisfaction insuffisante des besoins matériels des enfants
- inaptitude à faire face aux situations d'urgence
- surmenage de la mère
- anxiété et insécurité générales

Relative (c'est-à-dire, revenu total au-dessus du minimum vital, mais inférieur à la moyenne des voisins, ou au revenu antérieur):

- difficulté à gérer le budget, à hiérarchiser les besoins
- mauvaises relations avec les voisins
- anxiété et ressentiment

Une situation de pauvreté relative ou absolue est souvent créée par le *chômage* du chef de famille.

Logement insuffisant ou inapproprié (par exemple: taudis, logement surpeuplé, cohabitation avec des parents par alliance):

- risques pour la santé, notamment accroissement des risques d'infections et d'accidents
- tension affective et relations difficiles; promiscuité
- nécessité d'efforts supplémentaires pour maintenir ordre, propreté personnelle, hygiène générale, surveillance des enfants

Insuffisance des services sociaux locaux

Insuffisance quantitative ou qualitative (services non adaptés)

- charges et responsabilité accrues pour la famille, accompagnées de tension générale plus grande
- possibilités restreintes de recours à une aide extérieure en cas de crise

2. Familles vulnérables: les indicateurs médicaux

2.1 Le concept même d'individus ou de groupes vulnérables n'est pas nouveau en médecine: dès le début de l'ère bactériologique, médecins et biologistes se sont attachés à définir, au moyen de tests variés, la prédisposition à l'infection, à la contagion, à la maladie. Ces recherches ont été, par exemple, à la base des mesures qui ont prévalu pendant longtemps dans l'organisation de la lutte antituberculeuse: placements familiaux à caractère sanitaire, aériums, etc. En matière de tuberculose, le risque familial reste très précis, comme en témoigne la nécessité de l'enquête épidémiologique soigneuse dans l'entourage d'un malade récemment découvert. D'autres maladies infectieuses pourraient fournir des exemples similaires, de même que de nombreuses parasitoses.

Cet aspect du risque à caractère familial est trop connu pour justifier un long développement. Il se trouve pourtant qu'une stratégie très voisine peut être appliquée à des maladies non transmissibles, soit parce que leur constatation, chez un individu, augmente significativement, pour les membres de sa famille, la possibilité d'en être atteint, soit parce que leur existence implique un ensemble de facteurs, pas nécessairement en rapport direct avec la maladie, qui justifient que l'on se préoccupe de tout le groupe familial [6].

2.2 C'est ainsi que beaucoup d'états pathologiques de l'enfant constituent — dans un nombre certes limité de cas — l'indicateur d'un risque de nature familiale. C'est une nouvelle façon de considérer l'abord de la famille en médecine infantile: la constatation d'une maladie doit mener à rechercher comment ont pu être réunies les circonstances nécessaires à son éclosion, et à agir autant sur ce faisceau de conditions que sur la cause de la maladie elle-même.

Le rachitisme commun du nourrisson, par exemple, est de plus en plus rare dans nos pays. Les mères, pour la plupart, en connaissent le danger et la méthode de prophylaxie; celle-ci est d'ailleurs systématiquement appliquée dans toutes les structures médico-sociales que fréquentent les enfants. Le médecin, ayant constaté le rachitisme, peut se contenter de prescrire une dose curative de vitamine D. Ne doit-il pas, en plus, penser que la mère était ignorante de la prophylaxie de la maladie et donc peu cultivée, que l'enfant n'a sans doute pas été surveillé, que la famille tout entière, par conséquent, risque d'avoir échappé aux services médico-sociaux? ... N'est-ce pas dès lors l'occasion de s'assurer des conditions d'hygiène, de l'alimentation, des vaccinations des enfants, en bref de la santé de tout le groupe familial?

Des considérations identiques pourraient être faites à propos des accidents de l'enfant — pour ne pas parler des sévices —, ou à propos des déshydratations sévères que l'on ne devrait plus observer, ou encore des retards psychomoteurs liés à des caren-

ces de stimulation ou à des problèmes affectifs. De telles maladies, révélatrices d'une situation familiale perturbée, existent aussi en médecine d'adultes, soit de façon presque évidente (tentatives de suicide, alcoolisme...) soit plus discrètes, nécessitant alors une approche plus subtile (états de fatigue, troubles dépressifs...). Dans ces cas, la maladie est à la fois un *indicateur* d'un problème familial sous-jacent et le *générateur* d'une nouvelle vulnérabilité, par les réactions sociales ou affectives qu'elle va provoquer.

2.3 Une autre approche, actuellement voie de recherche riche de promesses, est permise par les progrès de l'épidémiologie des maladies chroniques. Un certain nombre de ces maladies évoluent sur un «terrain» familial connu — sans préjuger de la nature, génétique ou de milieu, du terrain ainsi défini — il en est ainsi de l'obésité, du diabète, de l'athérosclérose, des affections goutteuses, etc.

L'on ne peut certes pas considérer comme vulnérable une famille dont un seul membre serait atteint d'une de ces maladies: le risque est trop faible pour être opérationnel. Si plusieurs membres sont touchés, il convient d'être plus circonspect, et de s'attacher à ce que tout le groupe familial respecte un minimum de règles de vie simples, susceptibles de retarder l'apparition éventuelle de la maladie chez les sujets sains. Le risque demeure cependant faible, et les mesures prescrites ont peu de chances d'être suivies...

Il en va tout autrement si la présomption, basée sur des éléments d'ordre familial, peut être étayée par des données individuelles faisant que, au sein d'une famille, et du fait même de son appartenance à cette famille, un individu possède des caractéristiques évocatrices d'une prédisposition singulière, qu'il serait hasardeux de soupçonner en dehors de ce contexte familial. La surveillance médicale approfondie des sujets présumés bien portants, et en particulier la pratique des *examens de santé de masse*, vont sans doute multiplier les faits de ce genre.

Ainsi la constatation, chez un enfant ou un sujet jeune, d'un chiffre de tension artérielle situé dans la zone supérieure de la distribution de ce paramètre au sein d'une population, a en soi peu de signification, dès lors que ce chiffre n'entre pas dans une zone reconnue pathologique. Mais la connaissance du facteur de risque d'athérosclérose que constitue la pression artérielle élevée, jointe au fait que les antécédents d'athérosclérose semblent plus fréquents dans les familles des enfants dont la pression artérielle est dans la zone supérieure de la distribution confère une dimension nouvelle au problème [1]. Isolément, le risque d'ordre familial et celui de nature individuelle sont minimes. S'ils se conjuguent, ils prennent une signification bien plus précise. L'enfant dont la pression artérielle est «plutôt élevée», et dont des proches parents sont atteints de manifestations d'athérosclérose, est sans doute à haut risque et requiert des mesures de surveillance et l'application de règles de

vie particulières: choix d'une profession non sédentaire, pratique sportive régulière et raisonnable, bannissement du tabac, précautions diététiques. La présumption de risque, basée ici sur deux éléments seulement, peut être précisée si l'on dispose d'autres paramètres (dosage des lipides sanguins par exemple).

Il s'agit là d'une intéressante voie d'avenir en médecine préventive, et qui serait le dépistage pédiatrique des *risques de maladies chroniques de l'adulte*, d'après des éléments individuels et familiaux. C'est peut-être l'ébauche d'une prévention primaire de la pathologie métabolique dégénérative. C'est en tout cas la justification de l'abord familial des risques pour la santé en médecine préventive, cette dernière devenant, par ce biais, une véritable médecine prédictive.

3. Action médico-sociale en faveur des familles vulnérables

3.1 Mesures générales: elles s'appliquent aux différents stades de la prévention, tels que rappelés par Jeanneret [2].

3.1.1 L'action sans doute la plus efficace, mais la plus difficile, s'exerce au stade de la prépathogénèse: c'est le domaine de la prévention primaire. Un ou plusieurs facteurs potentiellement pathogènes sont réunis, qui menacent l'équilibre ou la santé de la famille. Il faut alors supprimer ces facteurs ou en annuler l'action, soit en les minimisant, soit en élevant le niveau de résistance du groupe familial (par exemple, prévention d'une nouvelle naissance dans une famille à la limite de ses capacités d'accueil, ou augmentation des dites capacités — en matière de revenu, de logement, d'aide ménagère, etc. — pour éviter le traumatisme dû à l'accroissement du groupe familial).

3.1.2 La prévention secondaire agit au stade pré-clinique. Les facteurs de risque ont commencé leur action, mais le groupe familial, bien que déjà traumatisé, ne manifeste encore aucun symptôme anormal. La décompensation est presque inévitable si aucune assistance n'est apportée à la famille pour lui faire prendre conscience de ses problèmes et l'aider à les affronter (c'est l'exemple de la naissance d'un enfant handicapé dans une famille. Il est quasi sûr que, sans une assistance spécifique, une famille par ailleurs normale risque d'être plus ou moins rapidement débordée).

3.1.3 La prévention tertiaire s'identifie aux différents aspects du traitement: bilan, prophylaxie de l'évolutivité, réadaptation qui est, ici, réinsertion sociale. Les symptômes sont patents, mais leur interprétation peut être délicate. Une analyse soigneuse de la situation s'impose pour en préciser les causes — souvent multiples ou intriquées — et définir les remèdes. (Un bon exemple est celui des sévices envers les enfants qui met en cause tout le groupe familial,

reconnait des origines multiples et variées, et requiert une action complexe à différents niveaux.)

3.2 A côté de ces mesures générales, dont l'application peut d'ailleurs se succéder dans le temps — le recours à la prévention tertiaire signant évidemment l'échec des tentatives antérieures — il existe, dans la plupart des cas, des mesures spécifiques dirigées contre chacun des facteurs de risque plus haut définis. C'est le cas pour la plupart des risques de nature médicale.

3.3 L'application de ces différentes mesures a pour effets:

- dans le meilleur cas, de faire d'une famille vulnérable une famille normale, ne requérant plus d'autres mesures médico-sociales que celles que la collectivité fournit à l'ensemble du groupe;
- ou bien d'éviter la décompensation: la famille reste vulnérable mais, du fait de l'action entreprise sur elle-même et/ou sur l'environnement, ne dépasse pas ce stade de vulnérabilité potentielle. Une action particulière de surveillance et de protection reste nécessaire;
- ou encore, quand le risque a joué son rôle néfaste et que, de vulnérable, la famille est devenue «vulnérée», de réduire la gravité et la durée des symptômes. Mais il est évident que l'action, à ce stade, est plus coûteuse... et moins payante.

3.4 En face des familles à haut risque, le travail de dépistage et de prévention est complexe. Même si l'on assiste actuellement, dans de nombreux pays, à la réhabilitation de la médecine de famille et à des essais intéressants de formation des étudiants à cette «nouvelle» discipline, il semble acquis que cette action médico-sociale concertée doit, de plus en plus, être œuvre d'équipe. Dans ce travail interprofessionnel, le rôle de l'infirmière de santé publique ou de l'assistante sociale est capital, car elle entre en contact avec les familles à leur domicile. Mais il faut reconnaître que l'action préventive et thérapeutique dépasse, et de loin, les possibilités d'une équipe médico-sociale, si bien constituée soit-elle: les familles vulnérables le sont souvent du fait de l'inadaptation foncière des structures sociales et de notre actuel mode de vie, et la véritable prévention passe par la réforme de la société, pour mieux l'adapter aux besoins fondamentaux et aux vraies valeurs de l'individu et du groupe familial.

Résumé

La santé de la famille est actuellement une préoccupation majeure tant des travailleurs sanitaires et sociaux que des pouvoirs publics. Malheureusement, de nombreux facteurs de risque, souvent dus aux conditions de la vie moderne, menacent la santé et l'équilibre de certaines familles. Après avoir passé en revue les principaux critères — sociaux et médicaux — de vulnérabilité familiale, les auteurs discutent des moyens préventifs disponibles pour y faire échec. Il semble acquis que cette action médico-sociale concertée doit, de plus en plus, être œuvre d'équipe: le rôle de l'assistante sociale et de l'infirmière de santé publique y est capital. Mais il faut sans doute pousser plus loin la réflexion:

la véritable prévention passe par la réforme de la société, pour mieux l'adapter aux besoins fondamentaux de l'individu et du groupe familial.

Summary

The vulnerable families

Family health is nowadays a major concern of health team, social workers and of policy makers as well. Unfortunately, various risk-factors, often associated with ill-conditions of modern life, are threatening the health and stability of some families. After a review of the main criteria—both social and medical—of family vulnerability, the authors consider the preventive means available to neutralize them. It seems quite clear that this new concerted medico-social approach is increasingly a matter for team-work. The public health nurse or social worker has a vital part to play in this inter-disciplinary team. However, it must be kept in mind that, very often, families are vulnerable because the structures of society are profoundly maladjusted: true prevention proceeds by way of social reform, in order to meet the basic needs of the individual and of the family group as well.

Zusammenfassung

Die vulnerablen Familien

Die Gesundheit der Familie beschäftigt zurzeit sowohl den, der sich mit Fragen der Gesundheit befasst, als auch den Sozialarbeiter und den Politiker. Leider bedrohen — oft aufgrund der modernen Lebensbedingungen — zahlreiche Risikofaktoren die Gesundheit und das Gleichgewicht gewisser Familien. Die Autoren geben eine Übersicht über die wichtigsten sozialen und medizinischen Kriterien der Vulnerabilität von Familien und diskutieren

darauf die zu deren Bekämpfung zur Verfügung stehenden präventiven Massnahmen. Es scheint klar, dass diese sozialmedizinische Tätigkeit im Sinne einer Teamarbeit koordiniert werden muss: Eine besonders wichtige Rolle spielen dabei die Sozialarbeiterin und die Gesundheitsschwester. Doch sollten die Überlegungen noch weitergeführt werden: Die eigentliche Vorbeugung erfolgt durch eine Reform, in der die Gesellschaft besser an die grundlegenden Bedürfnisse des Individuums und der Familiengruppe angepasst wird.

Bibliographie

- [1] Deschamps J.-P., Hubler A.-M., Poulizac H. et Senault R.: Tension artérielle d'enfants de 4 à 6 ans et antécédents familiaux d'athérosclérose. *Nouv. Presse méd.* 2, 2750 (1973).
- [2] Jeanneret O.: Considérations sur la médecine préventive. *Conseil de l'Europe AS/Soc.* (22) 8 (1970).
- [3] Kershaw J.-D.: The vulnerable groups. *WHO EURO* 1692, 9 (1969).
- [4] Manciaux M.: The notion of vulnerable families — Medico-social approach. U.N. 1970, SOA/SEM/36/WP, 9.
- [5] Manciaux M.: A new concept—Family Care. *Intern. Nurs. Rev.* 20, 85–89 (1973).
- [6] Manciaux M. et Deschamps J.-P.: Notion de risque élevé: son application à quelques problèmes de santé publique. A paraître dans *Medikon* (1974).
- [7] O.M.S.: Santé publique et développement chez l'homme. *Org. Mond. Santé, Sér. rapp. techn.* no 485 (1972).

Adresse de l'auteur principal

Prof. Michel Manciaux, Université de Nancy I, Faculté B de Médecine – BP 1080, 54019 F Nancy.