

Texte 10ème conférence annuelle ODPE 29

20 novembre 2018

Agnès Gindt-Ducros

Madame la présidente du conseil départemental du Finistère,

Monsieur le vice-président,

Madame la directrice adjointe enfance-famille,

Madame la responsable de l'observatoire départemental de la protection de l'enfance,

Mesdames, Messieurs,

Je tiens tout d'abord à vous remercier de m'avoir invitée à participer, en cette date hautement symbolique du 20 novembre, journée des droits de l'enfant, à la conférence annuelle de l'observatoire finistérien de la protection de l'enfance. A mes yeux, cette invitation revêt une double importance puisqu'il s'agit d'une part de fêter le dixième anniversaire des conférences de l'ODPE du Finistère et d'autre part de le faire en s'intéressant à un sujet essentiel en protection de l'enfance qui est celui de la santé des enfants qui en relèvent, et de réfléchir à la fois aux soins et aux prises en charge qui leur sont nécessaires mais aussi au prendre soin, à l'accompagnement et à la reconnaissance de leur souffrance et de leurs besoins, ce qui est tout autant nécessaire.

Mais avant de revenir à cette thématique de la santé, qui constitue donc le cœur de la journée, je souhaite d'abord, comme directrice de l'ONPE et au nom de toute l'équipe qui y travaille, insister sur la qualité des liens qui nous lient depuis longtemps maintenant, avec l'ODPE du Finistère. En effet, cet ODPE est l'un des plus anciens de France puisque son projet de création date de 2005 c'est à dire avant la loi de protection de l'enfance de 2007 qui a entériné la création des ODPE. Cet ODPE 29 a donc développé très tôt des liens avec, à l'époque, l'ONED qui est donc l'ancêtre de l'ONPE. J'ai pu lire dans un document de l'ODPE du Finistère sur les dates clés de sa création : je cite, « Un travail a également été mené avec l'Observatoire national de l'enfance en Danger (ONED) afin de bénéficier de leur

propre expertise et des expériences qu'ils collectent dans les autres départements ». Il me semble important aujourd'hui de pouvoir vous dire en retour que c'est aussi et peut-être surtout l'ONPE qui bénéficie depuis plus de dix années maintenant de l'expertise développée en protection de l'enfance par le département du Finistère et par son ODPE. La meilleure preuve en est la participation active et fréquente du Finistère dans de nombreux travaux de groupe que nous développons à l'ONPE dans l'idée de soutenir l'action en protection de l'enfance dans l'ensemble des départements français. Je ne citerai que quelques travaux récents ou actuellement en cours. Le Finistère est l'un des trois départements français qui a permis de produire à partir du dispositif d'observation longitudinale individuelle et nationale dit Olinpe, les premières analyses longitudinales sur les parcours d'enfants nés en 2012 jusqu'à leur quatrième année. Ce travail publié en mai dernier qui a vocation à être approfondi en associant un plus grand nombre de départements et en poursuivant les analyses au-delà des 4 ans des enfants, fait date car c'est celui qui permet le mieux d'illustrer l'intérêt de recueillir et de disposer de données chiffrées en protection de l'enfance afin d'éclairer de façon objective les parcours des enfants, de les analyser et de les comprendre pour pouvoir faire évoluer les réponses à leur apporter de manière à ce qu'elles soient au plus proche de leurs besoins. La responsable de l'ODPE participe aussi à un groupe de travail actuel sur la mission de formation des ODPE qui va permettre de produire un référentiel et un guide pour soutenir l'ensemble des ODPE qui ont à mener cette mission de formation en protection de l'enfance dans leurs territoires. Enfin, l'ODPE 29 valorise des travaux de recherche soutenus par l'ONPE, confortant ainsi, dans les territoires, l'importance d'articuler les résultats de la recherche académique avec les pratiques et les interventions de proximité. Je pense notamment aux résultats de la recherche coordonnée par Émilie Potin sur la correspondance numérique dans les mesures de placement au titre de l'aide sociale à l'enfance qui ont fait l'objet d'un séminaire de l'ODPE du Finistère. Je ne peux donc que me réjouir et me féliciter des liens qui nous unissent, observatoire finistérien et observatoire national de la protection de l'enfance.

Pour revenir maintenant au sujet qui nous réunit aujourd'hui, à savoir la santé des enfants en protection de l'enfance, je souhaitais débiter mon propos par rappeler que l'insuffisance voire l'absence de prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, l'insuffisance voire l'absence du soutien à son développement physique, affectif, intellectuel et social, l'insuffisance voire l'absence de préservation de sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, ont des conséquences sur la santé tout au long de l'enfance, qui peuvent se poursuivre à l'âge adulte et continuer à affecter gravement la santé des adultes que sont devenus ces enfants. Ce sont ces conséquences immédiates, puis à court, moyen et long termes (certains travaux montrent même des conséquences intergénérationnelles) associées à la fréquence des phénomènes et à leur gravité qui font de la santé des enfants en protection de l'enfance une réelle question de santé publique.

Que savons nous des conséquences à l'âge adulte des adversités vécues dans l'enfance ? Ce sont surtout les conséquences des violences physiques, des violences sexuelles et des négligences qui ont été étudiées. Sans vouloir ou sans pouvoir faire aujourd'hui une présentation plus précise de tel phénomène étant plutôt source de tel problème, il est essentiel de rappeler que ces enfants devenus adultes présentent de façon significative plus de problèmes de santé à la fois dans sa dimension mentale et dans sa dimension physique : ce sont plus de dépression, plus de troubles anxieux, plus de conduites suicidaires, plus de suicides, plus d'addictions, plus de violences subies et agies, plus de problèmes émotionnels, mais aussi plus de mauvais état général, plus d'hypertension artérielle, plus de surpoids et d'obésité, plus de plaintes somatiques peu spécifiques notamment douleurs abdominales et pelviennes, plus de maladie chronique. Mais c'est aussi toute la dimension d'adaptation sociale qui est mise à mal avec une fréquence plus élevée de problèmes relationnels, de difficultés scolaires et professionnelles à mettre également en lien avec des difficultés cognitives fréquentes qui peuvent être directement liées aux mauvais traitements subis pendant l'enfance.

Ces éléments sur les conséquences à long terme peuvent être croisés avec les recherches menées sur la santé de ces enfants. Le premier enseignement que nous

pouvons tirer de ces travaux est qu'il existe une clinique, une sémiologie que l'on peut rattacher aux enfants de la protection de l'enfance.

En effet des travaux ont été menés à la fois sur l'état de santé objectif des enfants de la protection de l'enfance, sur la perception que ces enfants eux-mêmes ont de leur santé et sur les pratiques professionnelles dans ce domaine dont je souhaite vous relater quelques résultats principaux.

Tout d'abord, nous pouvons constater que les enfants de la protection de l'enfance ont une fréquentation plus importante que les autres enfants des services de santé et ce dès leur plus jeune âge. Ils sont plus souvent prématurés, ils présentent plus fréquemment des retards de croissance dès la grossesse et ils ont des parcours de santé émaillés de pathologies notamment de traumatismes nécessitant des hospitalisations. Ils présentent plus souvent des insuffisances pondérales ou à l'inverse du surpoids. Ils ont des problèmes de vie quotidienne, peu spécifiques, notamment d'alimentation, de sommeil, de comportements. Ils ont plus souvent des suivis psychologiques et prennent plus souvent des traitements psychotropes. Enfin, lorsqu'ils bénéficient des bilans médicaux, ceux-ci révèlent peu de nouveaux problèmes mais débouchent fréquemment sur des relances de suivis médicaux et paramédicaux qui n'ont pas été mis en œuvre ou qui ont été précocement arrêtés.

Quand les enfants parlent de leur santé perçue, ils confirment toutes ces données objectives en exprimant notamment des atteintes des différentes dimensions de leur qualité de vie. Ils expriment plus souvent manquer d'énergie, être fatigués, ils se plaignent plus fréquemment de douleurs, d'un sentiment de mal-être diffus, de craintes vis à vis de leur avenir, de solitude, de difficulté à faire confiance et à créer du lien avec les autres. Mais ce qu'ils nous apprennent aussi à l'instar de tous les travaux sur la santé perçue, c'est que les enfants de la protection de l'enfance comme tout un chacun, quand ils parlent de leur santé en parlent de façon globale sans « saucissonner » ce qui relève de la santé physique, psychique et sociale, il s'agit bien d'un tout et enfin, également comme pour tout un chacun, ils envisagent leur santé comme une ressource de la vie de tous les jours qui doit leur permettre d'accéder à

d'autres aspects de leur vie : leur scolarité, leur loisir, leur autonomie, leur vie affective notamment.

Enfin du côté des pratiques professionnelles, les recherches montrent une prédominance de la prise en compte de la santé mentale parfois aux dépens des autres dimensions de la santé notamment de la dimension physique. Les enfants de la protection de l'enfance bénéficient moins que les autres d'un suivi systématique de leur santé et les problèmes qu'ils rencontrent sont plus fréquemment réglés dans l'urgence. Les parents sont faiblement impliqués et les professionnels expriment un sentiment de malaise global sur ces questions.

L'ensemble de ces données nous rappellent à quel point vivre des situations qui relèvent de la protection de l'enfance, c'est à dire des situations qui ne permettent pas de garantir à l'enfant le respect de ses besoins fondamentaux constituent des facteurs de risque, qui sont pathogènes c'est à dire qu'ils génèrent, qu'ils fabriquent des pathologies, des troubles de la santé qu'il faut savoir dépister au plus vite et auxquels il faut apporter des remédiations notamment médicales et paramédicales aussi bien dans le domaine psychique que physique. Mais il est aussi essentiel de garder constamment à l'esprit que la santé est loin d'être une affaire seulement individuelle et biomédicale, et que sa dimension sociale et citoyenne est essentielle au bien-être des personnes qui ne peut exister que si celles-ci se sentent bien dans leur groupe d'appartenance familiale et/ou sociale. L'organisation mondiale de la santé a défini la santé comme « un état de complet bien-être physique, psychique et social et non pas seulement comme l'absence de maladie ». Mais cette définition reconnaît peu ou pas le caractère dynamique de la notion de la santé, le fait qu'il s'agit d'un continuum qui varie selon les moments de la vie et qu'il ne s'agit pas d'une simple notion dichotomique caractérisée par la présence ou l'absence de bien-être. Il est maintenant communément admis, comme l'expriment très bien les enfants de la protection de l'enfance, que la santé n'est pas une fin en soi et qu'elle est avant tout une ressource permettant aux individus de pouvoir avoir un contrôle et un pouvoir d'agir sur leur vie personnelle et sociale. Ainsi chercher à agir sur la santé des enfants de la

protection de l'enfance, c'est en effet et bien sûr leur permettre de pouvoir disposer et bénéficier de soins de qualité, évalués, dont ils ont besoin et notamment de leur permettre un accès gratuit à ceux-ci mais c'est aussi les accompagner à bénéficier des facteurs de protection de leur santé dont ils sont souvent privés afin de leur permettre de pouvoir investir comme tout autre enfant les autres dimensions de leur existence. C'est pourquoi il me paraît complètement justifié de s'interroger en protection de l'enfance non pas seulement sur ce qui fait pathogénèse mais aussi sur ce qui fait salutogénèse, c'est à dire sur ce qui génère, ce qui fabrique de la bonne santé. Rassurez-vous, je ne viens pas d'inventer ce concept de salutogénèse à l'instant. Celui-ci a maintenant une quarantaine d'années et émane des travaux d'un sociologue de la santé, Aaron Antonovsky qui s'est demandé dans les travaux qu'il réalisait sur le stress, pourquoi face à des épreuves extrêmes de la vie, certains individus sombraient dans la maladie alors que d'autres arrivaient à gérer leur vie normalement. Ce concept de salutogénèse reste pourtant peu connu et très inhabituel dans nos approches de la santé culturellement centrées dans nos pays occidentaux sur le risque et sur la maladie. Cependant quelques chercheurs s'y sont intéressés et se sont penchés sur les facteurs de protection qui conduisent à produire de la bonne santé. Il me semble que cette question est particulièrement pertinente pour les enfants de la protection de l'enfance car s'ils présentent des troubles de la santé, c'est aussi leur capital santé, leurs ressources, leurs compétences de santé et de vie qui sont atteintes et qu'il est nécessaire d'accompagner pour les aider à les restaurer. Or si les facteurs de risque que nous avons pu identifier, conduisent à des prises en charge relevant du domaine du soin, les facteurs de protection connus comme étant favorables à la santé relèvent d'autres domaines et notamment des champs éducatifs, sociaux et environnementaux. En effet, les chercheurs de la salutogénèse s'accordent à identifier deux concepts clés. Le premier est celui qu'ils ont appelé « Sentiment de cohérence », le second correspond à des « Ressources de résistance générale ». Trois dimensions composent le sentiment de cohérence : l'intelligibilité, la capacité de contrôle sur sa vie et la signification, le sens à donner à la vie. Un sentiment de cohérence élevé prédispose les individus à percevoir leur vie positivement. Il est essentiel car c'est lui

qui permet aux individus, ici des enfants de percevoir leur vie comme cohérente, intelligible, gérable et significative, de développer des capacités à identifier les diverses ressources dont ils disposent autour d'eux et à les utiliser et enfin de pouvoir développer des interactions entre eux-mêmes, les autres et leur contexte de vie. C'est donc ici le sentiment de donner du sens et de la signification à son existence qui domine. Quant aux ressources de résistance générale, elles correspondent aux conditions préalables pour pouvoir développer ce sentiment de cohérence. Elles sont à la fois matérielles et non matérielles et des exemples de ces ressources sont : les revenus, le logement, l'estime de soi, l'éducation, le contact avec ses émotions, ses relations sociales, ses croyances, sa religion. Il s'agit alors à la fois d'avoir accès à ces ressources de résistances générales mais aussi d'être capables de les utiliser efficacement pour gérer les facteurs de stress rencontrés. La salutogenèse correspond donc à la perspective de se concentrer sur les ressources, les compétences, les capacités et les forces des individus plutôt que sur leurs faiblesses, leurs limites, leurs incapacités et les facteurs de risques des maladies. Elle rejoint donc par là des apports d'autres disciplines que celles de la santé publique, notamment les apports de la psychologie, de la psychiatrie, des sciences de l'éducation, des neurosciences qui soulignent aussi l'importance de ces approches positives.

Si j'ai voulu vous faire part de ces deux dimensions de pathogénèse et de salutogénèse dans le cadre de la protection de l'enfance c'est parce qu'elles sont à mon avis aussi importantes l'une que l'autre et qu'elles constituent les deux enjeux majeurs de la prise en compte de la santé des enfants de la protection de l'enfance à savoir le soin et le prendre soin. S'il est nécessaire de poursuivre les recherches et de continuer à produire des connaissances destinées à aider l'action en protection de l'enfance, nous pouvons déjà dire que les pratiques professionnelles et les interventions doivent tenir les « deux bouts » et se préoccuper à la fois des facteurs de risque et des facteurs de protection pour répondre aux mieux aux besoins fondamentaux spécifiques des enfants de la protection de l'enfance. Ceci ne pourra se faire que dans le cadre d'un réel partenariat inter-sectoriel amenant l'ensemble des acteurs de la protection de l'enfance à s'engager de manière protectrice, réparatrice et

bientraitante pour soigner et prendre soin d'enfants vulnérables qui ne sont hélas pas partis dans la vie avec les meilleures chances...

Je vous remercie de votre attention et je vous souhaite une très bonne dixième conférence annuelle de l'observatoire finistérien de la protection de l'enfance.