

Désir d'enfant et vulnérabilité psychique : quel accompagnement ?

La question adressée au CNADE

La question émane d'une conseillère en économie sociale et familiale et porte en titre : "Comment accompagner une jeune femme souffrant de troubles mentaux non stabilisés dans son désir d'enfant ?"

Une jeune femme hébergée en foyer d'hébergement pour adultes en situation d'handicap a le projet d'avoir un enfant.

Elle souffre de troubles bipolaires et de dépression. Lorsqu'elle est confrontée à des moments difficiles, elle devient mélancolique et peut se scarifier poignets et bras. Elle peut également consommer une grande quantité de comprimés de paracétamol.

Elle est suivie de façon hebdomadaire par un médecin psychiatre. Ce dernier lui propose régulièrement des hospitalisations en clinique psychiatrique. Elle en ressort toujours plus apaisée.

Elle a rencontré depuis moins d'un an un jeune homme. Il souffre d'un léger handicap mental. Il ne comprend pas la mélancolie ni certaines réactions de sa compagne et dit en souffrir.

Madame souhaite à présent un enfant et a déjà pris un RDV avec son médecin gynécologue pour le retrait de son implant.

Elle affirme avoir le droit d'avoir un enfant. Dans son discours elle insiste sur la présence de sa mère et sur le fait que ses sœurs ont toutes des enfants, pourquoi pas elle ?

Lorsque nous échangeons à ce sujet, elle n'évoque que la grossesse et la transformation de son corps. Elle semble avoir des difficultés à se projeter avec un enfant.

Avec l'éducateur de Monsieur, nous avons reçu le couple. Plusieurs pistes à ce jour :

- un travail avec les psychiatres respectifs de Monsieur et Madame*
- un travail avec un médecin du planning familial*
- une aide pour la prospection d'un logement adapté pour ce projet avec suivi SAVS.*

En tant qu'accompagnante, cette situation me bouscule. En effet, en connaissant Madame depuis 5 ans je connais les difficultés qu'elle traverse, ses troubles. Tout en étant convaincue que chacun ait le droit de devenir parent, je m'interroge sur ses capacités à élever un enfant... Bien qu'il ne soit pas encore né, je me pose des questions sur le devenir de ce futur enfant.

Comment accompagner Madame et Monsieur tout en étant confrontée à ces craintes ?

La situation telle que nous la comprenons

Le CNADE est saisi d'une question émanant d'une conseillère en économie sociale et familiale accompagnant *"depuis 5 ans"* "une jeune femme hébergée en foyer d'hébergement pour adultes en situation de handicap qui *"a le projet d'avoir un enfant"*. Après nous avoir exposé les éléments dont elle dispose sur cette situation, elle nous fait part du fait que *« cette situation me/la bouscule »*. Son interrogation porte sur *"le devenir de ce futur enfant"*, compte tenu de *"troubles bipolaires et de dépression"* dont souffrirait la jeune femme, couplés à des phases *"mélancoliques"* (accompagnées parfois *"de scarification ou de prise importante de paracétamol"*). Dans sa question, la professionnelle fait état de *"troubles mentaux non stabilisés"*.

Elle relate que cette jeune femme *"est suivie de façon hebdomadaire par un médecin psychiatre"* et qu'elle est inscrite dans une relation amoureuse *"depuis moins d'un an"*. Par ailleurs, elle semble mettre en œuvre son projet d'avoir un enfant puisqu'elle *"a déjà pris un RDV avec son médecin gynécologue pour le retrait de son implant"* et *"insiste sur la présence de sa mère"*.

Bien que la professionnelle interroge *"ses capacités à élever un enfant"* et par conséquent *"le devenir de ce futur enfant"*, à partir des échanges sur le sujet lors desquels la jeune femme *"n'évoque que la grossesse et la transformation de son corps"*, mais *"semble avoir des difficultés à se projeter avec un enfant"*, elle nous dit *"être convaincue que chacun ait le droit de devenir parent"*. Par ailleurs, elle évoque que le jeune homme *"souffre d'un léger handicap mental"* et qu'il ne comprend pas la *"mélancolie"* de la jeune femme, *"ni certaines de ses réactions"*.

Un accompagnement autour de ce projet semble engagé ; la CESF qui nous saisit nous fait part des pistes de travail envisagées *"à ce jour"*, en coordination avec l'éducateur accompagnant le jeune homme : (travail avec les psychiatres respectifs de chacun d'eux, avec le médecin du planning familial et recherche d'un logement adapté au projet, en plus d'un suivi SAVS). Ces pistes sont mentionnées sans toutefois être développées ce qui a suscité quelques interrogations de la part des membres du CNADE.

Le questionnement de la professionnelle revêt un caractère éthique, puisqu'elle semble prise dans une tension -des *« craintes »* dit-elle- entre le respect des droits fondamentaux de la personne (de devenir parent ici) et le risque pour l'intérêt de l'enfant à venir dans la mesure où il incombe à ses parents de *« le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne »*¹. Tout en mettant en œuvre le premier principe par son accompagnement effectif, elle s'interroge sur la capacité de cette femme à assurer les bonnes conditions du second, et questionne ainsi l'orientation à donner à cet accompagnement, et/ou peut-être sa capacité à le mener d'une manière suffisamment distanciée et professionnelle alors qu'elle est confrontée à de telles appréhensions. Ce qu'elle résume simplement par la question finale : *"Comment accompagner Madame et Monsieur tout en étant confrontée à ces craintes ?"*

Afin de proposer des pistes de réflexion susceptibles de soutenir la professionnelle dans l'exercice de ses fonctions, notre comité souhaite préalablement, rendre compte de ses

¹ Article 371 du Code civil précisant les attributs de l'autorité parentale

interrogations lors du débat sur la question. Celles-ci articulent un niveau théorique et un niveau pratique que nous distinguons.

Questionnement de la situation à partir d'un éclairage théorique

- **Questionnement autour du diagnostic médical et de son interférence dans le suivi éducatif et social**

Dans l'intitulé de la question, les troubles de la jeune femme sont qualifiés de "*non stabilisés*". Pourtant, celle-ci semble bénéficier d'un suivi psychiatrique hebdomadaire apparemment investi par cette dernière, puisque la professionnelle n'évoque pas de rupture de soin, ni un manque de régularité dans les séances et qu'elle paraît se saisir "*des hospitalisations en clinique psychiatrique*" proposées par son médecin dont elle "*ressort toujours plus apaisée*". Aucune information ne nous est donnée sur les traitements qui lui sont dispensés, ni sur l'opinion des médecins qui la suivent dans les différents contextes quant à l'espoir de parvenir à stabiliser ses troubles de l'humeur.

Nous observons par ailleurs que la pathologie, telle qu'elle nous est présentée, "*troubles bipolaires et dépression*", mêle des appellations diagnostiques empruntant à deux classifications médico-scientifiques différentes avec des fondements différents et peuvent recouvrir des réalités diverses². Le terme de "*mélancolie*" contient aussi son lot d'ambiguïté, puisqu'il s'utilise autant dans le vocabulaire littéraire, voire romantique et poétique, que dans celui scientifique et ici psychiatrique. Ces alternances de vocables, fréquentes dans le secteur du travail social n'indiquent-elles pas une appréhension confuse de la pathologie en question ? Les professionnels retiennent souvent une formulation de diagnostic médical sans pour autant en maîtriser les tenants et aboutissants, générant de potentielles difficultés à se positionner dans les accompagnements faute de compréhension suffisante des conduites à tenir au regard des effets de ladite pathologie.

Que l'on parle de « troubles bipolaires », ce qui indique les effets de la pathologie dans des comportements clivés, ou de « maniaque-dépression », ce qui désigne davantage un état de la structure psychique, dans tous les cas il s'agit d'une alternance entre des phases dépressives et des phases maniaques (sentiment de toute-puissance, éventuel délire ou bouffées délirantes, déni de la réalité et de son caractère limitatoire). Or, la situation présentée évoque essentiellement les phases de dépression comme moteurs de l'inquiétude (*prise importante de paracétamol*, moments difficiles nécessitant hospitalisation, *scarification*, difficulté du jeune homme face à sa mélancolie). Dans quelles mesures, les phases maniaques sont-elles prises en compte ? Le projet d'enfant ne pourrait-il pas s'inscrire dans une phase maniaque qui serait alors à traiter autrement que par un accompagnement autour du projet en tant que tel ?

A défaut d'informations médicales suffisantes, la professionnelle n'est-elle pas encombrée par des éléments susceptibles de parasiter sa réflexion quant à l'accompagnement de cette jeune femme dans son projet ? Comment apprécier alors si les craintes qui l'habitent sont fondées, ou excessives ?

² Deux classifications sont à l'œuvre dans l'univers psychiatrique : c'est la classification DSM qui est promue par les autorités de la santé, mais la classification MISES continue d'être invoquée par un certain nombre de médecins psychiatres. Cette dernière s'appuie notamment sur les travaux de J. Bergeret et son ouvrage "La personnalité normale et pathologique" (3ème édition) paru chez Dunod, 1996.

Il nous semblerait ainsi utile que – avec l'accord exprès de la jeune femme - cette professionnelle puisse obtenir du médecin des informations complémentaires sur les manifestations de sa pathologie et ses conséquences éventuelles sur le projet d'enfant, si celui-ci devait se concrétiser.

Ce qui amène un autre débat, concernant les informations que les professionnels de santé peuvent légalement partager avec des professionnels du secteur médico-social. Les éléments de diagnostics doivent-ils être présentés en tant que tels aux professionnels non thérapeutiques, ou simplement faire l'objet d'une information sur les conduites à tenir ? Jusqu'à récemment, - en dehors de quelques exceptions - la deuxième option semblait l'unique option légale, notamment à l'égard de professionnels non-médicaux ou non-paramédicaux en raison de l'inexistence d'un partage d'informations généralisé. En effet, le partage d'information à caractère secret, qu'est bien évidemment un diagnostic, ne pouvait être réalisé que dans certaines conditions strictes prévues par le Code de la santé publique. C'est par conséquent à juste titre que les psychiatres et autres professionnels de santé étaient en droit de s'opposer à la révélation d'un diagnostic en dehors des prescriptions légales. En outre, dans le secteur social et médico-social, dont font partie les foyers d'hébergement, le partage d'informations n'était pas prévu par les textes et était alors susceptible d'engager la responsabilité pénale des professionnels de santé qui en étaient à l'origine. La protection de l'enfance était une des seules, jusque janvier 2016 à, bénéficier clairement, en dehors du secteur sanitaire, d'une possibilité de partage d'informations entre partenaires³. La loi n°2016-14 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, en modifiant totalement l'article L1110-4 du Code de la santé publique, semble avoir élargi l'obligation de secret des informations détenues concernant la santé aux professionnels du secteur médico-social ou social ainsi qu'aux établissements et services desdits secteurs et, en conséquence, autorisé, sous des conditions strictes, le partage de ces informations. Cet article 1110-4 modifié est mis en annexe 1 dans son intégralité.

Dans l'attente de commentaires sur ce texte, il sera intéressant de réfléchir sur les questions de partage d'éléments de diagnostic et de leurs implications en ce que cela devient, pour la personne accompagnée « nécessaire à la coordination et à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social ». Cette condition sine qua non d'un partage légal prendra tout son sens pour les situations telles que celle que nous présente notre interlocutrice.

- ***Désir de grossesse ou désir d'enfant : de l'ambivalence de la féminité***

Dans l'énoncé de la question, la professionnelle nous fait part de son questionnement à partir du *souhait* exprimé par la jeune femme d'avoir un enfant mais qui n'en est pas, semble-t-il, au stade de la réalisation (car l'implant n'a pas encore été retiré, même si un rendez-vous a été pris en ce sens). C'est pourquoi il nous apparaît nécessaire d'interroger ici l'ambivalence du désir d'enfant dans le cadre de la construction de la féminité. Annick Le Guen⁴ différencie ainsi le désir d'être concrètement mère –qui renvoie à la notion de maternité-, du désir de porter un enfant -qui renverrait avant tout à la notion de féminité. Elle pose ce constat après avoir interrogé la manière dont la féminité entre mère et fille pouvait générer de la rivalité. Rivalité présente dans la question posée, puisque la jeune

³ Cf. «Le partage d'informations à caractère secret en protection de l'enfance » ANESM, décembre 2010

⁴ Le Guen Annick « De mères en filles, Imagos de la féminité »⁴, PUF, collection Epître, 2001, p.16

femme invoque son droit à être mère "*comme ses sœurs*" après avoir évoqué la présence de sa mère. La question n'est-elle pas aussi alors d'acquiescer un statut en s'inscrivant dans une lignée de femmes ? Selon cette auteure, la question de la maternité renverrait pour chaque femme « à se démontrer à elle-même sa capacité d'enfanter (réellement ou fantasmatiquement), de marquer ainsi sa différence tout autant que de la réaliser ». Puisque la féminité tient socialement à l'accession au statut de mère, alors démontrer sa féminité est aussi s'imaginer mère, sans pour autant que cela soit forcément "réel" ».

Le désir de grossesse peut donc primer le désir et projet d'enfant. Nombreuses sont les femmes qui n'anticipent pas la réalité des besoins de l'enfant et pour qui la naissance est une violence susceptible de mener à des dépressions *post-partum* ⁵.

Au cours des 9 mois de grossesse, l'enfant devient progressivement réel au regard des contraintes nouvelles qu'il impose à la femme qui l'abrite, permettant une prise de conscience par petites touches des adaptations existentielles à mettre en œuvre.

Évoquer un projet d'enfant comme ici présenté peut-être pris à plusieurs niveaux qu'il s'agira d'entendre, et ce, au-delà même de la situation pathologique de la jeune femme. Il s'interroge à partir d'autres questionnements sur la perception de la jeune femme de la conjugalité, de la sexualité, de sa féminité à partir des imagos qui sont les siens, de la maternité... En effet, la question de la professionnelle n'évoque que les conséquences du projet (comment va-t-elle pouvoir exercer son rôle de mère compte tenu de ses troubles ?) et non son origine (la manière dont ce projet est conçu). Comme si, une fois énoncé le projet d'enfant, celui-ci serait déjà là (alors que la professionnelle évoque "*qu'il n'est pas encore né*", à quoi nous rajoutons pas encore conçu non plus). Rien ne garantit à partir des éléments qui nous sont transmis que ce projet sera mené au bout, qu'il correspond aussi au désir du jeune homme, que la jeune femme sera effectivement enceinte dans les prochaines semaines, etc. N'y-a-t-il pas là une situation d'ambivalence qui ne relève pas forcément de l'état pathologique de la jeune femme dès lors que cette ambivalence entre désir de grossesse et désir d'être mère peut être observée comme normale, plus ou moins présente chez toute femme ?

- ***Du pathologique au normal : la prise en compte des potentiels pour limiter le risque de pathologisation d'une situation***

La professionnelle qui nous sollicite met l'accent sur ses craintes face à la réalisation de ce projet d'enfant. Celles-ci tiennent aux capacités de la jeune femme à répondre aux besoins de son enfant, une fois advenu, compte tenu de sa pathologie. En effet, dans le cadre des phases maniaques, comme dans celles dépressives, la disponibilité à l'autre peut s'avérer entravée, comme peut le signifier la souffrance exprimée par le compagnon face aux comportements de sa compagne : "*il ne comprend pas la mélancolie, ni certaines réactions de sa compagne et dit en souffrir*". Or, cette disponibilité psychique est structurante pour l'enfant à venir et peut s'avérer vitale, au-delà même des soins prodigués⁶. On observe

⁵ Selon certaines lectures psychanalytiques d'observations cliniques, le passage du « plein » de la grossesse (signifiant le succès à devenir mère physiologiquement) au « vide » qui s'en suit dans l'exercice maternel (femme dévouée au besoin de son enfant avec les représentations qui y sont associées de sacrifices nécessaires) peut être vécu violemment.

⁶ Cahiers de l'actif Octobre 2014, Disponibilité parentale et pratiques professionnelles en établissements médico-sociaux, D. Mauger.

néanmoins que ces repères théoriques doivent aussi être confrontés au principe de réalité. La plupart des parents connaissent des épisodes de non-disponibilité à leur enfant, sans pour autant être reconnus comme « défailants ». Peu d'entre eux sont en capacité d'énoncer concrètement la manière dont ils vont effectivement s'occuper de l'enfant une fois celui-ci advenu. La plupart fantasment l'enfant et la vie consécutive à sa naissance, plus qu'ils n'en maîtrisent les tenants et les aboutissants.

Aussi, la parentalité ne va pas de soi, mais se construit au fur et à mesure qu'on fréquente l'enfant, par le biais du quotidien, mais aussi des représentations qu'on a de ce qu'est être parent à partir de nos expériences antérieures et acquises au cours de notre existence et de la manière dont nous sommes ou non en capacité de prendre des décisions pour cet enfant⁷. Dans la référence de modèle parental auquel se réfère la jeune femme, celui de ses sœurs et de sa mère, la représentation qui domine est celle "*d'avoir un enfant*", mais pas forcément de s'en occuper. Si rien ne peut être dit bien sûr de sa capacité à prendre des décisions pour l'enfant, on peut noter qu'il y a un engagement réel de sa part : décision de prise de rendez-vous avec son gynécologue et affirmation de la conscience qu'elle a de ses droits fondamentaux à avoir une vie de famille bien qu'étant en situation de handicap.

Sur ce dernier point le CNADE rappelle que, s'il n'existe pas dans notre système juridique de « droit à l'enfant », la Cour européenne des Droits de l'homme admet que chaque citoyen est autorisé à utiliser toutes les techniques légales que la science peut lui offrir pour satisfaire son désir⁸. En second lieu, le Parlement européen, dans une résolution récente, a considéré que « toutes les parties prenantes ont le devoir de garantir aux filles et aux femmes handicapées l'égalité d'accès à des services de santé publics et de qualité, entre autres en améliorant la formation professionnelle et l'apprentissage tout au long de la vie du personnel médical sur leurs besoins spécifiques, notamment au niveau de la santé sexuelle et génésique ; ... que les femmes handicapées doivent jouir des droits à l'éducation, à la santé, à l'emploi, à la mobilité, à la vie familiale, aux relations sexuelles, au mariage et à la maternité et bénéficier des protections spéciales qui garantissent ces droits ; qu'exprimer dans la sphère publique la manière dont les filles et les femmes handicapées vivent la vie de couple, la sexualité et la maternité contribue aux efforts de lutte contre les préjugés, les stéréotypes persistants et la désinformation»⁹.

Qu'une pratique de la parentalité fasse défaut, n'est-ce pas finalement assez banal quand l'enfant n'est pas encore présent ? N'y a-t-il pas un risque à focaliser sur la pathologie : celui de passer à côté d'une forme de normalité de la situation ? Si normalité il y a, elle n'est pas à entendre comme une conformité à la norme sociale¹⁰ de ce que doit être une bonne mère ou une famille, mais plutôt dans ses ressorts somme toute assez ordinaires, dans l'esprit de

⁷ Le rapport « *Les enjeux de la parentalité* », sous la direction Didier Houzel, Erès 1999, distingue « trois axes autour desquels semble pouvoir s'articuler l'ensemble des fonctions dévolues aux parents : l'exercice de la parentalité, l'expérience de la parentalité, la pratique de la parentalité »

⁸ CEDH, Arrêt S.H. et autres c. Autriche du 3 novembre 2011, Req. n° 57813/00

⁹ Résolution du Parlement européen du 11 décembre 2013 sur les femmes handicapées ([2013/2065\(INI\)](#))

¹⁰ Selon G Canguilhem - *Le normal et le pathologique*, édition Quadrige / Presse Universitaire de France – 1966- le rapport au normal est fondamentalement individuel et consiste en une vie suffisamment adaptée à la réalité qu'il rencontre, sans pour autant que ces adaptations soient conformes à des attendus socialement établis. Autrement dit, chacun définit ses propres stratégies d'adaptations au monde qui l'entoure, quelles que soient sa configuration et ses capacités de départ. Ce n'est qu'à partir du moment où cette adaptation fait défaut, que les stratégies s'avèrent inopérantes que le pathologique advient.

la loi de 2005 invitant à rapprocher les personnes en situation de handicap du milieu ordinaire.

A ce stade de l'expression de son désir, la situation qui nous est présentée ici, ne pourrait-elle pas être d'abord entendue et travaillée sous l'angle de l'ambivalence du désir d'une femme dans sa perception d'elle-même (suis-je une vraie femme si je n'ai pas d'enfants ?), de son corps anatomique (suis-je faite normalement, comme les autres que sont ma mère et mes sœurs ?), de son corps féminin et sexué (suis-je suffisamment désirable pour qu'on veuille concevoir un enfant avec moi ?) et de son corps psychique (suis-je suffisamment sûre pour affronter les bouleversements physiques qui vont me traverser ?). C'est donc bien d'accompagnement professionnel qu'il s'agit, accompagnement vers un accès à une forme de normalité comme entendu ci-dessus, par un travail autour de ces ambivalences, au plus près de là où la jeune femme en est et non à partir de ce que nous imaginons de ce que le projet produira. On peut alors parler de position éthique, voire déontologique¹¹, favorisant le respect des choix de la personne¹², tout en prenant en compte ses besoins pour proposer des axes de travail qui la soutiennent dans la définition de ses propres stratégies de compensation et ainsi prétendre à la vie la plus ordinaire possible.

Pour répondre au mieux à la tension éthique vécue par la CESF qui nous saisit, il convient désormais de reporter notre réflexion sur un versant plus pratique pour soutenir la réalisation de cet accompagnement au plus près de la réalité.

Proposer à la jeune femme et au jeune homme un accompagnement au plus près de leur réalité

Des actions ont déjà été mises en place ("*échanges entre la professionnelle et la jeune femme sur ce projet d'enfant*" – "*rencontre du couple en présence de l'éducateur de monsieur*") qui ont permis de dégager des pistes de travail ("*travail avec les psychiatres respectifs de monsieur et madame*", "*avec le médecin du planning familial*" et "*aide à la prospection d'un logement adapté avec un suivi SAVS*".) Ainsi les personnes concernées sont directement associées à la réflexion des professionnels, ce qui est en parfaite conformité avec les exigences déontologiques¹³. De même la recherche de prestations complémentaires à l'offre de service de l'établissement a été mise en œuvre, dans l'esprit de la recommandation de l'ANESM « Ouverture de l'établissement à et sur l'extérieur¹⁴ ».

¹¹ Nous donnons en annexe 2 les extraits des Références Déontologiques pour les Pratiques Sociales du CNRD (comité national des références déontologiques pour les pratiques sociales) telles que revisitées en 2014, qui contiennent les définitions de ces termes et la préconisation d'engagement des institutions.

¹² « Ce choix ou ce consentement (n') est effectué par le représentant légal (que) lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement », cf. article 4 de la charte des droits et des libertés de la personne accueillie prévue par l'article L-314-4 du code de l'action sociale et des familles et donnée en annexe de ce même code.

¹³ Cf l'article 3.1 du texte des références déontologiques déjà cité « L'utilisateur de l'action sociale est considéré comme une personne ayant a priori une capacité de compréhension, d'expression et de choix lui permettant d'être un acteur, collaborateur, négociateur, interlocuteur dans l'élaboration et la mise en œuvre de son projet personnel (...) »

¹⁴ ANESM, décembre 2008

Néanmoins, certaines questions restent pour nous en suspens qui nécessiteraient sans doute un approfondissement de la réflexion. Mais peut-être cela a-t-il déjà été mis au travail ? Difficile en effet dans un courrier de relater tous les détails d'une démarche.

- ***Une première inconnue pour nous : le cadre institutionnel***

Même si la professionnelle nous présente sa fonction (Conseillère en économie sociale et familiale) et qu'elle évoque le fait que la jeune femme est "*en foyer d'hébergement*", elle ne nous dit rien du cadre institutionnel de l'intervention. Quelles sont les fonctions qui l'entourent ? Quelle articulation entre les différents acteurs ? Sa fonction de CESF consiste-t-elle à accompagner les usagers vers une gestion adaptée de leur vie quotidienne ? À l'insertion sociale ? À la gestion du budget ? Ou les rôles des différents travailleurs sociaux sont-ils indifférenciés ? Dans quelle mesure, s'inscrit-elle au sein d'un travail d'équipe, de réflexions partagées et de principes d'action qui font repères pour les uns et les autres ?

Que dit le projet d'établissement sur l'accompagnement à la vie affective et sexuelle, à la vie de couple, à la parentalité ? Y-a-t-il des partenariats externes déjà établis sur ces questions ? Existe-t-il des antécédents susceptibles de guider la réflexion ?

Mais aussi quels sont les espaces de concertation au sein de l'équipe pluridisciplinaire ? Existe-t-il des réunions de projet pour cette jeune femme qui réuniraient les acteurs autour de la situation et intégreraient ce projet de "*maternité-parentalité*" ? Existe-t-il des espaces de parole, du type analyse de la pratique, dans lesquels cette professionnelle pourrait évoquer ses craintes au sein de son institution afin de prendre le recul nécessaire ?

Par la question qu'elle adresse au CNADE, cette conseillère ESF, consciente de ses ressentis et de son tiraillement interne, et peut-être d'une certaine solitude face à la manière dont cette situation la « bouscule », témoigne en tout cas de son souci de professionnalisme dans l'accompagnement de cette situation.

- ***Une deuxième inconnue est le positionnement du jeune homme par rapport à ce projet.***

Rien ne nous est dit à ce sujet. Nous supposons qu'il ne s'y oppose pas, car cela nous aurait certainement été communiqué, mais pour autant y souscrit-il pleinement ? Est-ce un projet réellement partagé au sein du couple et un désir porté par les deux ? Tel que présenté, ce projet d'enfant est essentiellement axé du côté de la jeune femme. Cela peut s'entendre à partir du fait que la professionnelle qui nous saisit est celle qui accompagne la jeune femme et qu'elle bénéficie de plus d'éléments la concernant que concernant le jeune homme. Il est aussi possible de penser que ce projet est le sien et qu'il n'a pas vraiment été mis en débat entre eux : hypothèse qui pourrait ne pas sembler forcément idéale et optimale pour l'accueil d'un enfant, mais qui n'en demeure pas moins fréquente dans la vie ordinaire. Dans ses propos elle ne fait référence qu'aux femmes de sa famille, nombreuses, n'évoquant ni les hommes ni les pères. On nous dit aussi que "*dans son discours elle insiste sur la présence de sa mère*". Si enfant il y a, souhaite-t-elle l'élever avec le jeune homme ? Comment envisage-t-elle le rôle d'un père dans la vie et l'éducation d'un enfant et la place d'un homme à ses côtés ? Il y a là sans doute un axe à mettre au travail et qui n'implique pas nécessairement le jeune homme s'il n'a pas fait la demande ou signifié le besoin d'évoquer cette question avec des professionnels.

Mais avant de se projeter dans une vie familiale avec enfant, ne serait-il pas opportun de penser d'abord vie conjugale ? La formulation de la phrase "*elle a rencontré depuis moins d'un an un jeune homme*" laisse envisager que pour l'instant ils ne vivent pas en couple. Or, le jeune homme fait déjà part de ses incompréhensions et de sa souffrance face "*à la mélancolie*" et à "*certaines réactions de Madame*". Dans les pistes de travail nommées est évoquée celle d'"*une aide pour la prospection d'un logement adapté*". Une installation en couple est-elle un désir émis par chacun d'eux ? Comment imaginent-ils leur vie de couple ? Comment les accompagner déjà à ce niveau là ?

Cette question nous paraîtrait donc également à investiguer davantage pour affiner les modalités d'intervention à partir de là où ils en sont l'un et l'autre. Cela limiterait le risque de projection professionnelle d'un projet dont les implications sont conséquentes pour l'un et l'autre, alors même qu'il ne correspondrait pas à des attentes partagées.

- ***La question de l'articulation entre les différents acteurs pour proposer un accompagnement interdisciplinaire efficient ?***

Dans sa présentation de la situation, la CESF évoque plusieurs partenaires : l'éducateur du jeune homme, les psychiatres de l'un et de l'autre des jeunes gens, le médecin du planning familial et la perspective d'un SAVS.

- ***Comment la rencontre entre la jeune femme, le jeune homme et leurs référents respectifs leur a-t-elle été présentée quant à ses objectifs ?***

Le jeune homme comme la jeune femme étaient-ils – de manière égale - désireux de cette rencontre ? Puisque rien ne nous dit que le jeune homme souhaite aussi ce projet, comment cette question a-t-elle été soulevée avec lui ?

Le projet énoncé, ne serait-ce qu'à travers la perspective "*d'une recherche de logement adapté et de suivi en SAVS*" impliquera une coordination entre les deux travailleurs sociaux, et vraisemblablement un partage réciproque d'informations. Il s'agira ici de garantir le respect de la vie privée de chacun¹⁵ dans une perspective notamment de bienveillance. En effet, l'existence d'un couple ne fait pas tomber les principes de confidentialité des informations qui, là encore¹⁶, sont strictement encadrés. Le recueil de l'autorisation de la personne pour la transmission d'informations à caractère confidentiel, voire intime, est un élément clé du respect des droits des usagers tels qu'ils sont inscrits dans l'article L311-3 du Code de l'action sociale et des familles et dont sont garants les établissements et services. Chacun des jeunes gens doit ainsi donner son accord pour que ces professionnels puissent partager entre eux des informations et y apporter les limites qu'ils veulent voir respectées. Il faut en outre dire que l'autorisation donnée peut toujours être reprise par le détenteur du droit au respect. Ce principe vient d'être rappelé par le nouvel article L1110-4 du Code de la santé publique dans son §IV : « La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment. »

¹⁵ Art. 9 du Code civil

¹⁶ cf. supra sur le thème du partage d'informations

- ***Comment le travail avec les médecins psychiatres respectifs est-il envisagé ? À partir de quels objectifs ? Ces derniers ont-ils été pensés avec les partenaires concernés ? Sur quelles bases ?***

Comme nous l'avons déjà mentionné, des éléments nous ont manqué ici pour comprendre le sens de la piste de travail envisagé. Cet axe de travail désigne-t-il un projet d'échanges entre professionnels – ce qui ici paraîtrait notamment utile à la CESF pour mieux appréhender la réalité et la portée des troubles de la jeune femme qu'elle accompagne, ou renvoie-t-il uniquement au travail que ces deux jeunes personnes pourraient effectuer avec leurs psychiatres respectifs autour de ce projet de vie de couple et d'enfant ? Les deux ne sont pas incompatibles, à la condition toutefois de recueillir, là encore, l'accord exprès des personnes concernées.

Investiguer autour de ce désir d'enfant de manière à permettre à la personne de conscientiser ce qui le motive relève indéniablement de la compétence des "psy" ; nous ignorons toutefois les orientations données à leur suivi : purement médicales, psychothérapeutiques ?

Par ailleurs, le travail d'élaboration mené dans le cadre d'un suivi psychiatrique est rarement guidé par des objectifs de travail qui n'émanent pas des éléments recueillis dans le cadre thérapeutique. C'est pourquoi, cette perspective nous paraît à approfondir afin de resituer le rôle des psychiatres au regard de leurs attributions. Bien que nous comprenions que l'ensemble des acteurs investis soit sollicité autour de ce questionnement, rien ne garantit que ces partenaires valident les orientations proposées, l'un et l'autre travaillant chacun avec son patient et non avec le couple susceptible de devenir parents. Il s'agirait de clarifier cette question, dans le respect de la mission de chacun. Le psychiatre de la jeune femme la suit vraisemblablement en raison de sa pathologie (et non de son désir de grossesse) ; nous ignorons toutefois le pourquoi du suivi psychiatrique du jeune homme dans la mesure où "*un léger handicap mental*" ne suffit pas à le justifier en soi, mais ce n'est vraisemblablement pas en raison d'une potentielle paternité.

Selon la réponse à ces questions, peut-être pourrait-il être utile de solliciter d'autres partenaires ayant compétence à travailler ces questions avec eux, ensemble ou séparément.

- ***Le travail avec le médecin du planning familial s'inscrit-il dans une perspective thérapeutique ou informative ?***

Pourquoi ce recours au médecin du planning familial alors qu'un gynécologue suit déjà la jeune femme ? Est-il sollicité pour répondre aux interrogations de la jeune femme sur ses transformations physiques ou pour travailler ce projet d'enfant dans ses ambivalences et contradictions potentielles ?

Ici encore, certains éléments nous font défaut pour prendre la mesure de l'axe de travail envisagé. Plusieurs hypothèses interprétatives s'offrent à nous : le recours au planning familial est-il envisagé afin que la jeune femme puisse aussi renoncer à son projet (avec la perspective d'un avortement) ? Pourquoi ne pas investir directement le gynécologue le cas échéant dont les compétences sont équivalentes pour répondre aux questionnements de la jeune fille ? Quelles sont les attentes de la professionnelle vis-à-vis de ce partenaire ? En même temps, au-delà du médecin, les centres de planning

familial regroupent souvent des professionnels de compétences diverses, dont des conseillers conjugaux. Il y a donc bien là en effet une piste à exploiter.

○ ***La recherche d'un logement adapté au projet avec un suivi par un SAVS***

Nous comprenons aisément que les délais d'attente sur la plupart des territoires pour un logement adapté, de même que ceux pour l'entrée en SAVS pressent à anticiper ces démarches qui, là encore, ne peuvent être entreprises qu'avec les intéressés. Nous appellerions toutefois volontiers à une forme de prudence dans la conduite à tenir pour cet accompagnement, pour éviter de « bruler des étapes » pourtant nécessaires au cheminement autour d'un projet comme celui-ci. Le risque pourrait être en effet que la jeune femme et/ou le jeune homme se sentent à un moment ou un autre captifs du projet mis en place, se sentant toutefois obligés de le mener à terme étant donné la manière dont les professionnels s'y seront investis.

Ce projet ne pourrait-il être d'abord soutenu par des temps d'expérimentation progressive de vie conjugale ?

Il nous semblerait essentiel d'inscrire cet accompagnement dans une temporalité réaliste, qui prenne en compte les ambivalences potentielles et les différentes phases d'humeur de cette jeune femme, dans une perspective de stratégie d'adaptation à partir des ressources de la personne. Le fait qu'elle respecte les rendez vous réguliers avec son psychiatre, qu'elle accepte les propositions d'hospitalisation qu'il lui fait et en tire bénéfice, laisse présumer d'une certaine conscience de ses troubles, ce qui peut être un levier tant dans la réflexion autour de son désir d'enfant que dans l'exercice de son éventuelle future maternité.

Et, si enfant il doit y avoir, cette jeune femme semble également avoir un réseau familial, bien que l'on ne sache rien de l'état des relations avec sa mère et ses sœurs. En cas de naissance d'un enfant, serait-il pertinent de voir cet entourage familial comme un soutien potentiel, voire un relai possible en cas de crise, comme c'est le cas dans de nombreuses familles ?

Le travail avec la famille élargie (en tant que recherche de compléments parentaux) fait partie des soutiens essentiels des parents en difficultés, et est à penser au cas par cas et non en fonction d'un modèle familial unique qui a éclaté au profit de configurations hétérogènes. De nombreux services sont également à même de faire un travail de soutien à la parentalité, de veille quant au développement de l'enfant et à la satisfaction de ses besoins ; ils pourront être sollicités le moment venu, y compris pendant la grossesse.

Cette situation confirme combien l'enjeu de l'accompagnement se situe entre les craintes légitimes du professionnel, les potentiels du sujet et les ressources de son environnement.

Annexes :

1 Code de la Santé Publique, article L1110-4 – modifié par la loi du 26 janvier 2016

I.- Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou un des services de santé définis au livre III de la sixième partie du présent code, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant.

Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

II.- Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

III.- Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

IV.- La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment. Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

V.- Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations.

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès. Toutefois, en cas de décès d'une personne mineure, les titulaires de l'autorité parentale conservent leur droit

d'accès à la totalité des informations médicales la concernant, à l'exception des éléments relatifs aux décisions médicales pour lesquelles la personne mineure, le cas échéant, s'est opposée à l'obtention de leur consentement dans les conditions définies aux articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1.

VI.- Les conditions et les modalités de mise en œuvre du présent article pour ce qui concerne l'échange et le partage d'informations entre professionnels de santé et non-professionnels de santé du champ social et médico-social sont définies par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés

2. Extraits des Références Déontologique pour les Pratiques sociales établies par le Comité National pour les Références Déontologiques CNRD, version revue en 2014

Extrait du Préambule :

La déontologie désigne un ensemble de devoirs et de règles dont se dote une profession pour organiser son fonctionnement. Dans le cas présent, ces règles se veulent toutefois trans professionnelles dans le respect des Codes spécifiques déjà existant et qui conservent leur primauté.

La définition qu'en donne Yves LE DUC offre l'intérêt d'élargir le concept : « La déontologie est un ensemble de principes d'action qui rendent possible le service du public : par la confiance des usagers – par le respect des missions – et par l'acceptation des contraintes de l'action collective ».

L'éthique est entendue ici avant tout, en tant que démarche de distanciation, de questionnement et d'examen critique des différentes options d'action pour parvenir à une prise de décision, individuelle ou collégiale, qui ne peut être que singulière. Paul Ricoeur définit la visée éthique comme : « Une sagesse pratique qui consiste à inventer les conduites qui satisferont le plus à l'exception que demande la sollicitude, en trahissant le moins possible la règle », ce qui suppose d'apprécier au préalable les impératifs juridiques, déontologiques et humains.

En ce sens, la démarche éthique vise à mettre la personne concernée par l'action au centre des préoccupations et à construire, pour elle et avec elle, la réponse la plus juste et la plus adaptée possible à la singularité de sa situation en faisant vivre au quotidien les valeurs qui portent le travail social.

Article 4.4 des RDPS :

Les institutions et les différents intervenants « s'engagent au travers de leurs réflexions et propositions d'action, à respecter et faire respecter les droits des usagers dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet les concernant. »