

le 26 – 06 - 16

La question adressée au CNADE

Je suis monitrice éducatrice et je travaille depuis 8 ans dans une structure d'hébergement pour adultes handicapés mentaux. J'ai lu qu'on pouvait s'adresser à vous sur des questions de vie affective, de sexualité et de parentalité des personnes handicapées. J'ai alors proposé à l'équipe, chef de service et directrice comprises, de vous exposer une situation qui nous préoccupe tous, ce qu'ils ont accepté et nous avons retravaillé ce courrier ensemble pour essayer d'être le plus clairs possible.

Il s'agit d'une jeune femme de 27 ans dont je suis référente et que j'appellerai Jeanne. Elle est gravement déficitaire et travaille dans un ESAT, mais dans un atelier de conditionnement ne demandant que des gestes répétitifs. Depuis plus d'un an elle a une relation, avec un jeune homme également pris en charge par notre service et qui travaille dans le même ESAT. Il y a 3 mois, un studio s'est libéré au sein même de l'établissement et nous avons pu les installer en couple comme ils le demandaient. Nous avons même pensé pouvoir leur offrir une certaine autonomie (sous contrôle) en leur laissant la possibilité de préparer eux-mêmes leurs repas et de les prendre dans leur studio. Mais rapidement on a dû se rendre à l'évidence que, même en les accompagnant pour prévoir leurs menus et faire leurs courses, ni l'un ni l'autre ne sont capables de gérer ce petit quotidien et que même leurs traitements, pourtant préparés dans un pilulier n'étaient pas pris régulièrement. Ils sont toujours dans leur studio mais nous avons dû leur faire réintégrer la vie du groupe.

L'ESAT a mis en place des groupes d'expression sur le thème vie affective et sexuelle auxquels ils ont tous les deux participé. Un soir Jeanne est revenue en me demandant si elle prenait la pilule parce qu'ils ont dit que ça empêchait d'avoir des enfants et qu'elle et son compagnon veulent faire un enfant pour être une vraie famille. Je savais bien sûr qu'elle avait un traitement contraceptif mais j'ai préféré lui dire que c'était une question à voir avec son médecin. Je reconnais qu'à ce moment là j'ai complètement botté en touche et évité de discuter avec elle de ses envies d'avoir un enfant parce que sur le coup ma réponse aurait pu être très violente « comment veux-tu t'occuper d'un enfant alors que tu n'es même pas capable de t'occuper de toi ? » Le problème c'est que même avec du recul c'est bien ce que je continue de penser et une bonne partie de l'équipe partage mon avis. Il faut dire que je suis mère d'un enfant de 16 mois et que je vois ce que ça représente.

Son médecin, avec lequel nous travaillons régulièrement parce qu'il suit une bonne partie de nos résidents, dit qu'il comprend bien mes craintes, mais que déontologiquement il ne peut pas imposer à un patient un traitement contre son gré et qu'il n'a pas non plus à informer ou consulter le tuteur car il s'agit d'un choix de vie privée et non d'un problème de santé, que médicalement rien ne s'oppose à une grossesse.

Voilà, il y a ceux qui défendent les droits de toute femme à être mère et ce sont surtout ceux

qui n'interviennent pas directement dans le quotidien. Sur le principe je suis d'accord, mais ici dans la réalité c'est une autre affaire. Et puis ceux qui, comme moi, pensent avant tout aux besoins d'un enfant. Le problème c'est que notre rôle à nous c'est d'accompagner ces adultes et qu'on nous rappelle sans cesse que cela doit se faire dans le respect de leurs droits. Alors je suis mal avec cette situation. En plus, je sais que chacun au fond de soi espère qu'elle ne tombera pas enceinte. Et si c'était le cas, quelle orientation leur proposer ? Nous ne pouvons pas prendre la responsabilité de l'accueillir avec un enfant et vu le peu d'autonomie de ce couple dans la vie quotidienne, une sortie en SAVS serait exclue. Et puis a-t-on le droit de la leurrer sur sa capacité à élever un enfant alors qu'il y a toutes les chances que la PMI demande très vite à la naissance le placement de cet enfant ?

Merci d'avance de l'aide que vous pourrez nous apporter pour nous permettre d'avancer parce que pour l'instant j'ai l'impression qu'on n'a pas d'autre solution que de s'en remettre au destin en espérant qu'il fasse bien les choses.

La situation telle que nous la comprenons.

Le CNADE est saisi d'une question rédigée par une monitrice éducatrice travaillant en structure d'hébergement pour adultes handicapés mentaux. Il y a un accord collectif « *chef de service et directrice comprises* », pour que cette professionnelle nous écrive et le courrier a été « *retravaillé ensemble* ».

L'exposé alterne écriture impliquée et propos qui sont le fruit d'une écriture collective. A plusieurs reprises notre interlocutrice parle en son nom propre. L'authenticité de son implication dans le récit (comme en témoigne la mention d'une réponse qui « *aurait pu être très violente* »), alternée avec la formulation d'une question collective, montre que peut se penser une pluralité de positions des professionnels. Cela constitue une richesse susceptible de parvenir à une position d'équipe, tout en favorisant une pluralité de rôles à tenir auprès du couple qu'accompagne cette équipe.

La situation est la suivante : Jeanne, 27 ans, « *gravement déficitaire* », travaille dans un ESAT sur un atelier à gestes répétitifs. Elle a une relation avec un jeune homme hébergé dans le même service et travaillant dans le même ESAT. A leur demande, une vie de couple en studio a été aménagée, mais leur autonomie reste très relative.

Suite à une réunion du groupe d'expression sur le thème de la vie affective et sexuelle, mis en place par l'ESAT, la jeune femme a questionné sa référente pour savoir si elle prenait la pilule puisqu'elle a compris « *que ça empêchait d'avoir des enfants* ». Elle et son compagnon disent vouloir « *faire un enfant pour être une vraie famille* ».

Cette question trouble la monitrice-éducatrice référente de la jeune femme, qui ne l'imagine pas devenir maman.

Le médecin dit que la prise de la pilule est un choix relevant du droit à la vie privée, et qu'il ne peut imposer ce traitement contre son gré à la jeune femme.

La tension exprimée par notre interlocutrice à la fin de l'écrit situe le problème entre les « *droits de toute femme à être mère* », défendus par « *ceux qui n'interviennent pas directement dans le quotidien* », et « *ceux qui comme moi pensent avant tout aux besoins d'un enfant* ».

Le CNADE est saisi pour « *nous permettre d'avancer* », avec une conclusion faisant part d'un sentiment d'impuissance puisque, « *j'ai l'impression qu'on n'a pas d'autre solution que de s'en remettre au destin en espérant qu'il fasse bien les choses* ».

Avant d'aller plus loin dans l'étude de cet exposé et dans des éclairages éventuels, notre comité souhaite mettre l'accent sur certains points. Les regarder sous un jour nouveau devrait, nous l'espérons, « *permettre d'avancer* ».

Questionnements induits par la situation

- **Des sentiments forts : inquiétude et sidération, puis impuissance et fatalisme.**

Un premier élément qui nous apparaît est l'intensité des réactions devant le désir d'enfant de la jeune femme. Il semble provoquer une panique ou une sidération, qui mène à l'impossibilité d'analyser la question. La monitrice-éducatrice parle d'une possible violence verbale de sa part si elle ne s'était pas retenue : « *Comment veux-tu t'occuper d'un enfant alors que tu n'es même pas capable de t'occuper de toi ?* ». La réaction aurait été du même ordre si la jeune femme avait annoncé qu'elle était enceinte, alors qu'elle et son compagnon commencent seulement à parler de cette éventualité.

Parfois le sentiment d'urgence vient des personnes concernées et c'est la fonction éducative qui diffère et remet en perspective temporelle. Ici le désir formulé par la jeune femme est d'abord entendu comme s'il s'agissait d'une réalité déjà advenue. Par ailleurs la question de la jeune femme vient convoquer des registres personnels : « *il faut dire que je suis mère d'un enfant de 16 mois et je vois ce que ça représente* ». Enfin, il nous manque des éléments sur la manière dont cette question a été mise en travail au sein de l'équipe, donnant l'impression que celle-ci reste sidérée. N'ayant pas pu dépasser l'opposition entre principes et conséquences, elle s'en remet finalement au destin : « *chacun au fond de soi espère qu'elle ne tombera pas enceinte [...] pour l'instant j'ai l'impression qu'on n'a pas d'autre solution que de s'en remettre au destin en espérant qu'il fasse bien les choses* ». Comme si la liberté de l'utilisateur, rappelée notamment par le médecin condamnait en retour les professionnels à la subir. Que la liberté de l'un condamne l'autre à l'impasse, cela nous semble devoir être interrogé.

- **De l'expression du désir d'un couple à la focalisation sur la contraception et une éventuelle grossesse.**

L'énoncé de la situation commence par l'évocation d'un couple d'adultes handicapés mentaux qui vivent en studio, puis se centre sur la contraception puis la perspective d'une grossesse de la jeune femme.

Si l'équipe a pris en compte la vie affective de ce couple, elle aborde la question de la parentalité - la grossesse et la maternité d'une femme mais aussi la paternité d'un homme - seulement autour de la jeune femme. Cette centration sur la contraception, suite au principe rappelé par le médecin de ne pas administrer un traitement contre le gré de son patient, entraîne la perception d'être dans une impasse, tandis que la question du désir du père n'est pas abordée.

- **Désir d'enfant et de famille**

« *Un soir Jeanne est revenue en me demandant si elle prenait la pilule parce qu'ils ont dit que ça empêchait d'avoir des enfants et qu'elle et son compagnon veulent faire un enfant pour être une vraie famille* ».

Ne semble retenu que le souhait de faire un enfant, l'équipe et/ou la référente de la jeune femme développent alors un imaginaire sur une grossesse qui va survenir, et un bébé à naître. Le souhait est entendu à la lettre, alors que paradoxalement Jeanne est décrite

comme « *gravement déficitaire* » et difficilement capable d'autonomie dans la gestion du quotidien : elle n'aurait pas complètement le sens des responsabilités et de la réalité et on accueille ce souhait comme une réalité imminente et un projet tangible. L'hypothèse d'une claire volonté de grossesse inquiète tellement qu'elle empêche l'analyse du désir formulé. Que demandent réellement la jeune femme et son compagnon ? Peut-être y-a-t-il diverses attentes à entendre dans l'expression d'« *être une vraie famille* », ou dans le souhait de savoir ce qu'il en est de la prise de la pilule.

- **Un besoin de références, de connaissances et de coordination pour penser la question**

Le sujet est certes délicat, et l'on comprend que la référente de la jeune femme dise « *Je suis mal avec cette situation* ». Pour autant nous nous étonnons que l'équipe semble manquer de points d'appui professionnels (travaux de chercheurs ou de praticiens, ouvrages, articles, comptes-rendus de colloques récents, etc.) sur un sujet qui est pourtant largement évoqué au cours de la dernière décennie.

Et ce d'autant que l'ESAT initie un atelier sur la vie affective et sexuelle, dimension essentielle de la vie de tout un chacun, signe que le sujet n'est pas tabou ou ignoré. On relèvera à cet égard que, si l'ESAT est le lieu du travail et d'une certaine vie sociale, le lieu d'hébergement est par excellence celui où les dimensions intimes de la vie affective et sexuelle se manifestent. Rien ne nous est dit du lien entre l'ESAT et le lieu d'hébergement dans la construction de cet atelier sur la vie affective et sexuelle, et nous ne savons pas si les deux établissements font partie de la même association.

Par ailleurs, il n'est pas fait référence aux documents institutionnels qui seraient des repères pour l'action, comme par exemple le projet associatif, le projet d'établissement, le règlement de fonctionnement, concernant la vie des couples et la survenue d'enfants.

- **L'accompagnement vers une vie de couple mais un impensé de la conception.**

Si l'établissement a accédé au souhait du couple de s'installer pour partager une vie à deux, et l'a aidé à tenter l'expérience dans sa dimension matérielle en soutenant son autonomie (accompagnement du quotidien, repas, menus, courses, piluliers...), qu'en est-il de la dimension affective de la vie d'un couple en âge de faire un enfant ? La question de la conjugalité, de la sexualité et de ses conséquences ne semble pas avoir été abordée. Dès lors, surpris ou débordé par cette éventualité, on s'en remet à l'espérance qu'une grossesse ne survienne pas.

- **Une contraception interrogée.**

Cet impensé de la conception apparaît dans la question posée par la jeune femme suite à l'atelier : « *Un soir Jeanne est revenue en me demandant si elle prenait la pilule* ». En tant que patiente elle a le droit d'être informée par le médecin de ce qu'il lui prescrit, même dans l'hypothèse où elle serait sous protection judiciaire -ce que nous ignorons-, une information adaptée est obligatoire en application de l'article L1111-2 du Code de la santé publique¹. Est-ce que la contraception de cette femme de 27 ans a été préalablement discutée avec elle avant de la lui prescrire ? Est-ce que la contraception a été choisie, tant dans son mode d'administration que dans ses conséquences et par qui : la jeune femme, le tuteur éventuel, le médecin, la référente ?

¹ « Ceux-ci [mineurs et majeurs sous tutelle] reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.

« Je savais bien sûr qu'elle avait un traitement contraceptif mais j'ai préféré lui dire que c'était une question à voir avec son médecin. Je reconnais qu'à ce moment-là j'ai complètement botté en touche ». Cette impossibilité d'échanger avec la jeune femme à partir de sa question pose la question de la façon dont la structure (direction et équipe) aborde les thèmes de la vie affective et sexuelle et de la parentalité ?

Repères pour penser la situation

- **Une évolution historico-sociétale**

La question de la vie affective et sexuelle de personnes en situation de handicap a été longtemps taboue dans le secteur social et médico-social, dominée par la peur de la procréation. Pourtant, depuis une vingtaine d'années, leurs droits ont favorablement évolué. La promulgation de la loi du 11 février 2005 avec l'insertion à l'article L114-1² du Code de l'Action Sociale et des Familles y a fortement contribué : c'est alors à l'ensemble des droits fondamentaux qu'ont accès les personnes en situation de handicap. L'article L311-3 du même Code, issu de la loi 2 janvier 2002, dans 1°, est plus restrictif car il ne vise qu'une liste exhaustive de droits. La charte des droits et libertés de la personne accueillie quant à elle n'aborde que marginalement cette question de la vie affective et sexuelle ; il est cependant fait mention d'un droit à l'intimité et de la non discrimination à raison d'orientation sexuelle. Pour autant, concernant plus précisément la question de la contraception et de la procréation, la loi du 4 juillet 2001 a clairement défini les droits des personnes majeures « dont l'altération des facultés mentales constitue un handicap et a justifié son placement sous tutelle ou sous curatelle »³. Enfin le Parlement européen a formulé une résolution sur les femmes handicapées le 11 décembre 2013⁴, qui définit utilement les conduites à tenir. Les représentations dominantes en matière de sexualité des personnes handicapées ont souvent relevé de "l'ange ou la bête" et l'environnement institutionnel reste insatisfaisant : aménagements requis par la vie de couple, formation des professionnels, modalités d'accompagnement, etc.

« Le grand public demeure majoritairement dans une position de peur ancestrale face au handicap, liée à la survie de l'espèce, peur de l'inconnu et encore peur de trouver cette ressemblance déjà mentionnée vis-à-vis d'eux en cas de possibilité de devenir parents. Ces sentiments de peur rendent tout simplement impossible d'accepter, ni même de penser à la réalisation d'un désir d'enfant pour une personne handicapée ».⁵

² « Toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté. »

³ « La ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée [...] sur une personne majeure dont l'altération des facultés mentales constitue un handicap et a justifié son placement sous tutelle ou sous curatelle que lorsqu'il existe une contre-indication médicale absolue aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en œuvre efficacement. L'intervention est subordonnée à une décision du juge des tutelles saisi par la personne concernée, les père et mère ou le représentant légal de la personne concernée. Le juge se prononce après avoir entendu la personne concernée. Si elle est apte à exprimer sa volonté, son consentement doit être systématiquement recherché et pris en compte après que lui a été donnée une information adaptée à son degré de compréhension. Il ne peut être passé outre à son refus ou à la révocation de son consentement. » (Article L2123-2 du Code de la santé publique (créé par la Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001).

⁴ On trouvera en annexe les passages concernant plus particulièrement la situation présente.

⁵ Catherine Agthe Diserens, Françoise Vatré, « Une personne handicapée mentale peut-elle être parent ? », p 205, *Thérapie Familiale* 2003/2 (Vol. 24), p. 199-211.

Sur le plan légal, la parentalité des personnes handicapées sous mesure de protection judiciaire (tutelle ou curatelle) est paradoxale. En effet, le parent exerce, de droit, à l'égard de ses enfants la plénitude de l'autorité parentale, alors qu'en raison de la mesure de protection, il n'a pas, en fonction de son degré de dépendance, la gestion de ses revenus et un pouvoir de décision total. Elle est conjointement complexe, car elle ne se déploie en général que sous condition d'un accompagnement éducatif et/ou d'une guidance dans la vie domestique.

L'exercice de l'autorité parentale doit tenir compte de deux intérêts qui peuvent diverger : d'une part celui du parent, dont il est reconnu que l'épanouissement personnel nécessite une autonomie et une participation aux actes de la vie sociale la plus large possible, et d'autre part celui de l'enfant, qui doit bénéficier d'un environnement favorable à son développement, sans être exposé à certains risques. Dans les travaux relatifs à la parentalité chez des personnes en situation de handicap mental, on observe souvent la nécessité pour l'enfant, surtout en très bas âge, de bénéficier d'une surveillance particulière. Cette aide sera plus ou moins intense au regard des difficultés éducatives parentales et « justifiera parfois la remise en question de l'exercice de leur autorité sur le jeune enfant » (UNAPEI).

Par ailleurs, rappelons que les débats et les combats concernant les personnes handicapées dans la société sont toujours éclairants pour tous, et viennent interroger voire convoquer la société et chacun en son for intérieur. De même que la question de l'accessibilité, initiée d'abord pour les personnes en situation de handicap, ouvre sur la question de l'accessibilité universelle et finalement profite à tous (dans la façon de penser les espaces publics, la circulation, l'aménagement...), les questions autour de la vie affective, la vie sexuelle et la parentalité viennent éclairer ou révéler des enjeux qui au fond se posent à tous, et amènent à les regarder sous un autre angle.

En découle une difficulté à rester neutre et objectif sur des sujets aussi sensibles. Catherine Agthe Diserens et Françoise Vatré l'exprimaient ainsi dans un article en 2003, en parlant des représentations des professionnels :

« Ils reconnaissent l'existence de la sexualité de leurs résidents et en gèrent tant bien que mal les manifestations du cœur et du corps dans la proximité quotidienne du lieu de vie. Mais actuellement, les professionnels n'imaginent guère de parentalité possible au sein des institutions, parce que dans leurs représentations la personne handicapée continue d'être très différente d'eux-mêmes. Or, la question de la parentalité les renvoie directement dans ce que cette dernière possède de semblable à eux, ce qui peut être très déroutant. C'est pourquoi une sensibilisation ou/et une formation spécifiques aident grandement à dépasser ces craintes et résistances premières. »⁶

- **Liberté, responsabilité : arbitrer ou articuler ?**

Le débat entre liberté et responsabilité est au cœur de la situation exposée. Et avant même cela une première tension est formulée concernant le droit des usagers.

- *Les droits des usagers : un principe hors-réalité ?*

« *Le problème c'est que notre rôle à nous c'est d'accompagner ces adultes et qu'on nous rappelle sans cesse que cela doit se faire dans le respect de leurs droits* ». Apparaît ici une opposition possible entre l'accompagnement professionnel des personnes et le respect de leurs droits. C'est un sentiment que l'on rencontre souvent dans le secteur social et médico-social depuis la loi 2002-2 et les changements de pratiques qu'elle a impliqués. Ceux-ci sont parfois vécus comme une pression de plus pour les professionnels. Certes le chemin est étroit entre le fait qu'on leur demande de développer des approches

⁶ idem

inclusives, ouvertes, favorisant l'émancipation des personnes, et le reproche de n'avoir pas protégé des personnes vulnérables. Néanmoins cette tension entre approche protectrice/tutélaire et approche émancipatrice est ancienne, les opposer risque de conduire à des impasses. Ne peut-on plutôt les tenir en égale estime et composer dans la réalité pour trouver une position articulant l'un ET l'autre.

Le clivage est situé ici entre les praticiens de l'accompagnement quotidien et les autres professionnels : « *Il y a ceux qui défendent les droits de toute femme à être mère et ce sont surtout ceux qui n'interviennent pas directement dans le quotidien.* » Mais il est aussi interne : « *Sur le principe je suis d'accord, mais ici dans la réalité c'est une autre affaire.* ». Effectivement, un principe s'énonce toujours comme une généralité abstraite, cependant il se joue toujours concrètement en situation singulière. Faut-il pour autant renoncer aux principes, ou les invalider à l'endroit de l'action ?

Face à ce dilemme, c'est en effet d'avoir des principes qui n'est pas facile. Pour autant la réalité ne vient pas les invalider, mais les mettre à l'épreuve, les éprouver. Mais cette réalité ne serait-elle pas encore plus brouillée sans principes pour éclairer l'action ? Leur fonction est de nous aider à regarder en face la complexité du réel, à en examiner les déterminants.

L'intrication entre action et principes est consubstantiel aux métiers du social ou du soin. En l'occurrence, le droit des usagers doit être confronté à l'épreuve de la réalité, mais la réalité doit aussi être mise à l'épreuve du droit.

Le projet d'établissement et le règlement de fonctionnement devraient en l'occurrence constituer des documents de référence contribuant à déterminer les conduites professionnelles, concrètement au regard de la spécificité du public accueilli et de l'établissement.

- *Liberté de concevoir un enfant et intérêt de l'enfant*

Tension également entre la liberté des personnes adultes (même déficientes) souhaitant un enfant et les droits d'un enfant potentiellement à naître. Cette tension se superpose à un clivage entre ceux dont le positionnement se rattache aux principes et ceux qui envisagent avant tout les conséquences. L'issue ne serait-elle pas de percevoir les deux comme légitimes, même si chacun là où il est placé dans l'institution est plus porté à percevoir (donc à défendre) l'un que l'autre ? Mais défendre un argument n'est pas se défendre contre un ennemi. Débattre n'est pas combattre.

La prudence - qui est selon Aristote la faculté de choisir une voie médiane- ne serait-elle pas alors de dire que déontologiquement on ne peut pas faire comme si ce désir n'avait pas été exprimé et agir contre la volonté des personnes, mais qu'en même temps il est important de reconnaître que ce désir ouvre lui-même à une réflexion sur les modalités à proposer pour l'accompagner ? Ce serait une manière plus constructive et plus fédératrice de poser le problème. C'est sans doute de cela dont il faut parler avec la jeune femme et son compagnon. Deux praticiennes spécialisées dans les questions de vie affective et sexuelle des personnes handicapées mentales le formulent ainsi : « Même si la procréation est un droit universel à l'épanouissement, il n'est pas dissociable du respect des droits de l'enfant à naître ». ⁷

En effet la liberté de la jeune femme et de son compagnon est tout autant une responsabilité, puisqu'un éventuel enfant est en jeu. S'ils sont « libres » d'en faire un, ils

⁷Catherine Agthe Diserens, Françoise Vatré, « Une personne handicapée mentale peut-elle être parent ? », p 206, *Thérapie Familiale* 2003/2 (Vol. 24), p. 199-211.

devront être aussi responsables face à lui. Il y a là une piste à travailler pour dépasser l'opposition entre liberté et responsabilité, cette liberté, s'ils l'exercent, les confrontant à une grande responsabilité.

Selon notre correspondante, même ceux qui défendent le principe du respect des droits semblent espérer en leur for intérieur « *qu'elle ne tombera pas enceinte* ». Peut-on défendre un principe tout en espérant que la conséquence possible du respect de ce principe n'arrivera pas, si on pense que cette conséquence doit être évitée ? Ce serait jouer liberté contre responsabilité.

La responsabilité consiste aussi à anticiper les conséquences des événements susceptibles de survenir, même s'ils surviennent parce qu'un autre a exercé sa liberté. Accompagner le quotidien ce n'est pas s'en remettre à l'espoir que le pire n'arrive pas. Par responsabilité professionnelle, on ne peut pas ne rien faire sans « *autre solution que de s'en remettre au destin en espérant qu'il fasse bien les choses* ».

Penser l'accompagnement de l'attente du couple.

Une réflexion d'équipe devrait favoriser le dépassement de la sidération que semble provoquer l'annonce d'un désir d'enfant par le couple, l'inquiétude qui en découle et les réactions opposées qui s'expriment en son sein. Il est important en effet de se distancier des ressentis immédiats, compréhensibles, mais peu opératoires. Le CNADE espère que les éléments de connaissance fournis dans sa réponse et les références documentaires proposées y contribueront. Ceux-ci situent en effet la question dans un contexte sociétal, au regard de la réflexion d'instances dédiées (l'UNAPEI, le CCNE, l'ordre des médecins, etc.) ou d'articles et d'ouvrages dont nous fournissons quelques références en annexe.

- **Etre à l'écoute de ce qui se dit au travers de la question de la jeune femme**

L'imaginaire affectif du couple – l'expression d'un désir profondément humain – trouble l'équipe qui projette d'emblée une réalité comme si elle était « déjà réalisée » ou se réaliserait inéluctablement, alors qu'il s'agit d'abord d'entrer en dialogue à propos de ce désir pour élaborer ce qui le motive et quel cheminement il peut poursuivre. L'imaginaire de la jeune femme (son envie) inquiète l'équipe dans son éventualité, équipe qui ne l'y rejoint toutefois pas pour en échanger.

Le propos de la jeune femme peut être entendu comme tel, mais aussi comme recouvrant d'autres attentes, mettant au travail beaucoup de dimensions : subjectivation adulte, désir d'autonomie, interrogation sur sa possibilité à devenir mère, reconnaissance identitaire de féminité, prise d'indépendance du couple, légitimité sociale par le plein exercice de ses prérogatives, ... Ce propos ne nécessite pas un positionnement immédiat en faveur ou en défaveur, c'est une question qu'il ne s'agit pas de refermer par une réponse univoque.

La question sur la prise de pilule peut tout aussi bien signifier une appropriation de sa vie adulte, de son corps, la volonté de prendre en main sa contraception, un passage un peu plus tardif que pour d'autres femmes à une responsabilisation quant à ces questions, bref, la prise de conscience et l'affirmation d'être une adulte, vulnérable et protégée mais adulte.

Le paradoxe auquel les accompagnants de la jeune femme et de son compagnon sont confrontés est que le souhait exprimé, considéré comme peu responsable (« *comment veux-tu t'occuper d'un enfant alors que tu n'es même pas capable de t'occuper de toi ?* ») procède

d'un mouvement de prise de responsabilité. Dans son article, Marie-Anne Gaudin⁸, qui a enquêté auprès d'adultes handicapés mentaux sur la parentalité, explique :

« Ce qui semble le plus récurrent dans leurs propos, c'est qu'en devenant parents ils deviennent des adultes responsables. Tous leurs parcours de vie indiquent qu'ils n'ont pas choisi leur orientation scolaire, leur lieu de vie, leur devenir professionnel, la mesure de protection juridique. Le plus souvent ce sont des travailleurs sociaux ou des adultes en difficulté qui ont choisi pour eux. La paternité ou la maternité constitue pour eux le moyen de choisir, d'être enfin responsables. L'enfant vient renforcer ce sentiment de responsabilité et de détermination. "Maintenant on a une vraie responsabilité" ».

D'autres auteurs insistent sur l'idée que "faire un enfant" renvoie l'image d'un devenir normal, un passage quasi-obligatoire de la vie adulte et de couple. Avant même de s'inscrire dans une réalité tangible, le souhait de la jeune femme relève peut-être de ce type d'attente.⁹

- **Reprendre ce qu'en dit le compagnon.**

Il serait utile de mettre au travail cette question en recueillant aussi l'avis du compagnon, par des discussions à la fois avec le couple et avec chacun séparément, pour garantir autant que possible que chacun s'exprime librement. Le jeune homme se sent-il prêt à avoir un enfant ? S'il dit partager le désir de son amie, est-ce éventuellement lié à la peur de la perdre en cas d'avis contraire, ou parce qu'il considère l'enfant comme un "cadeau" qu'il lui ferait, sans bien en mesurer les conséquences en termes d'avenir ?

- **Etre à l'écoute de l'attente du couple pour l'élaborer dans la réalité et non pas le convaincre a priori de son irréalisme**

Quand surgit chez une personne une attente qui fait problème à son entourage, il convient de passer par l'examen distinctif des éléments de réalité constituant cette attente pour se distancier d'un imaginaire projectif qui risque d'occasionner la volonté de convaincre l'autre d'y renoncer.

Cet examen vise à dépasser le souci de "faire pour l'autre" – avec la tentation de faire à sa place – afin d'élaborer avec lui ce qu'une attente implique de conditions, de ressources, de contraintes, d'engagement, de responsabilités et de risques. Il s'agit d'examiner ces critères non pour convaincre le couple de l'irréalisme de son attente mais pour qu'il décide en pleine connaissance de cause (notion de consentement éclairé), d'évaluer ce que cela entraînera pour chacun de ses membres et pour l'enfant.

Les critères de réalité sont ici nombreux : revenus, logement, capacité à assurer la vie quotidienne, probabilité d'un accompagnement éducatif imposé, possibilité d'une travailleuse familiale, existence ou non d'un service dédié à l'accompagnement de parents avec un handicap intellectuel, démarches administratives à effectuer, statut conjugal et parental, risques médicaux, etc. Une réflexion partagée avec le couple autour de ces différents critères conduirait à aborder l'attente du couple non pas sur le mode de la conviction décourageante ou de la neutralité indifférente mais sur celui d'un échange objectivant les implications du désir d'enfant.

Il ne s'agit pas d'en faire un examen conjoint formalisé, un passage obligé, qu'on n'imagine pas exiger d'un couple ordinaire envisageant de concevoir un enfant, mais de contribuer à ce que ce couple prenne une décision en connaissance de cause au travers d'échanges ouverts

⁸Marie-Anne Gaudin, « Handicap mental et parentalité. La sexualité au risque de l'enfantement », p54, *Le sociographe* 2008/3 (n° 27), p. 51-56.

⁹ On trouvera en annexe une dizaine d'attentes entrant dans l'évocation d'un désir d'enfant, tirées de l'ouvrage de Catherine Agthe Diserens, Françoise Vatré, « Une personne handicapée mentale peut-elle être parent ? », *Thérapie Familiale* 2003/2 (Vol. 24), p. 199-211.)

sur ce qu'implique la venue d'un enfant et en laissant chacun cheminer dans sa temporalité propre. Cet accompagnement sur ce que signifie avoir un enfant implique une « liberté de conclusion », autrement dit le postulat que seul le couple peut prendre une décision au final. N'est-ce pas la nature même du travail éducatif que de mettre au travail avec la personne une demande complexe (rêve d'autonomie, travail, logement, argent, sortie libre, niveau d'aspiration...) et d'élaborer avec elle ce qui est possible au regard des limites liées à son handicap et de celles liées à l'environnement institutionnel et sociétal.

L'accompagnement éducatif consiste ici à soutenir chez l'adulte vulnérable une projection progressive dans une réalité, pour que le projet fantasmé ne devienne un échec trop difficile à vivre. Plusieurs travaux sur la question montrent que cela peut passer par des situations proposées par l'équipe éducative permettant de se "rendre compte" de ce que signifie avoir un enfant : approcher des tout petits, feuilleter des revues, regarder des vidéos, parler des bébés et des enfants qu'on côtoie en famille, en se demandant : « en ai-je vraiment envie ? En suis-je capable ? Serai-je capable dans la durée ? A quelles conditions ? ».

- **En cas de renoncement, ne pas surexposer les accompagnants du quotidien.**

« Accompagner la personne déficiente pour ce chapitre de sa vie, revient à parler le plus souvent d'accompagnement au renoncement de la parentalité, et devrait lui donner l'occasion d'imaginer et de verbaliser son désir d'enfant », estiment Catherine Agthe Diserens et Françoise Vatré¹⁰. La référente de la jeune femme ne peut être seule à porter cette éventualité dans la continuité interactionnelle du quotidien. L'équipe, voire des ressources partenariales, doivent être en relais pour accompagner cette élaboration psychique de la jeune femme et plus largement du couple. Catherine Agthe Diserens et Françoise Vatré racontent l'histoire d'Adrienne :

« Puisque Adrienne contournait de manière très convaincante les obstacles qui souvent amènent les personnes handicapées concernées à renoncer assez paisiblement (ou de manière résignée) au projet d'enfant, il fallait dans cette situation emprunter un chemin sensible et souvent très douloureux dans ce qu'il implique : soit celui de travailler avec elle la prise de conscience de *sa condition de femme vivant avec un handicap* trop sévère pour assumer l'éducation d'un enfant. Cet accompagnement là ne relève pas de l'implication des éducateurs du quotidien, car il s'agit pour ces dernier(e)s de sauvegarder une bonne relation avec Adrienne. Cette tâche serait à confier à une personne professionnelle *affectivement neutre* dans sa relation à la personne concernée. En tant que *sexo-pédagogues spécialisées* nous sommes occasionnellement interpellées pour un tel suivi et nous reconnaissons que toucher à ces zones de vulnérabilité est un parcours de longue durée et souvent ardu : il induit tristesse et révolte parfois, mais il est le seul qui, à la longue, permet à la personne handicapée de mettre un certain sens sur cette impasse.»¹¹

Il est donc important que le travail repose sur une position d'équipe, et que des rôles professionnels différents soient tenus (et non des clivages positionnels).

- **Elaborer l'attente du couple avec son entourage et les partenaires**

Les professionnels sont rarement les seules relations de la personne avec un handicap. En général celle-ci dispose d'un environnement familial, voire amical. Cet environnement est, comme pour tout un chacun, une ressource éventuelle, susceptible d'être sollicitée par la

¹⁰ Catherine Agthe Diserens, Françoise Vatré, « Une personne handicapée mentale peut-elle être parent ? », p 208, *Thérapie Familiale* 2003/2 (Vol. 24), p. 199-211.

¹¹ idem p 209, *Thérapie Familiale* 2003/2 (Vol. 24), p. 199-211.

personne. Un désir de grossesse, un désir d'enfant et de parentalité, une grossesse, la survenue d'un enfant, ne prennent pas le même sens selon l'entourage familial ou/et amical de la personne, notamment en matière de parentalité où peuvent prendre une grande importance les personnages susceptibles d'assurer des modalités suppléantes (et non une substitution parentale) au regard des besoins éducatifs et affectifs de l'enfant.

L'accompagnement du couple consiste par ailleurs à l'informer sur les aides dont il pourrait bénéficier en matière de parentalité et, tant en amont qu'en aval d'une décision de procréation, à lui proposer de rencontrer les acteurs susceptibles de le renseigner sur les implications d'une grossesse, d'une naissance et de la responsabilité parentale. Accompagnement et respect des droits ne sont pas en contradiction dans une telle approche, ils articulent information, soutien, démarches, dans le cadre d'un ensemble de droits et d'obligations que des services publics sont en charge de mettre en œuvre.

Dans la plupart des territoires existent des services dédiés à l'accompagnement de parents en situation de déficience intellectuelle. Lorsque ce n'est pas le cas, il convient d'une part d'examiner avec le couple les éventualités de réorientation en concertation avec la MDPH, d'autre part de solliciter les équipes de secteur tels que le service social polyvalent, la protection de l'enfance (PMI et ASE), la Caisse d'allocations familiales, soit en termes d'accompagnement direct (assistante sociale, médecin de PMI, sage-femme, infirmière puéricultrice, éducateurs de l'ASE), soit en termes de financement de soutiens humains (TISF, aide-ménagère).

Ces collaborations partenariales requièrent des contacts préalables pour s'assurer que les attentes exprimées n'induisent pas des incompréhensions, sources ultérieures de malentendus préjudiciables aux usagers parce que les missions respectives et les prescriptions institutionnelles ont été insuffisamment appréhendées. En effet, la qualité des concertations partenariales est localement variable, notamment du fait des moyens déployés.

L'articulation avec la PMI est particulièrement déterminante. Celle-ci a pour mission d'accompagner les parents dans leur projet, sans jugement et en soutenant leurs capacités. Un déficit intellectuel important peut toutefois mettre l'enfant en danger. L'accompagnement de la grossesse et postnatal doit alors s'effectuer dans le respect des responsabilités respectives. Pour la PMI il s'agit de garantir le développement de l'enfant en lien avec les parents et les professionnels qui les accompagnent. Les décisions sont prises au cas par cas, en fonction de l'importance et de la forme du déficit intellectuel : relais dans la famille proche, accueil à la journée, placement et visites.

Le milieu professionnel et militant est aujourd'hui au travail sur la question de l'handiparentalité, qui recouvre évidemment des réalités très différentes selon le type de handicap considéré¹².

En conclusion

Nous remercions notre interlocutrice et son équipe, d'avoir exposé avec authenticité les doutes auxquels les confrontent une question délicate. Nous l'espérons les avoir éclairés. D'une situation qui oppose les principes à la réalité, nous avons essayé, comme le suggère Edgar Morin de définir la pensée complexe comme : « distinguer sans disjoindre, relier sans confondre ». La simplicité d'un raisonnement n'a jamais rendu le travail plus facile, et la réalité est toujours plus complexe qu'elle n'apparaît au premier regard.

¹² Voir notamment en annexe le propos de la présidente de l'UNAPEI. *Un parfum de victoire : avoir un enfant quand on est en situation de handicap*, Editions histoires ordinaires, 2014 : interview de Christel Prado, p. 120-121.

C'est finalement une bonne nouvelle, puisque cette complexité - même exercée sur un chemin étroit et sinueux - peut devenir le ferment d'un travail pas à pas, d'une réouverture des questions et de la parole contre l'impuissance du fatalisme. Comme nous y invitent Catherine Agthe et Françoise Vatré : « Sommes-nous d'accord d'accompagner la personne handicapée dans un agir émancipatoire, au-travers duquel elle nous apprend aussi quelque chose de nous-mêmes? »¹³

¹³ Catherine Agthe Diserens, Françoise Vatré, « Une personne handicapée mentale peut-elle être parent ? », p 207, *Thérapie Familiale* 2003/2 (Vol. 24), p. 199-211.

ANNEXES

Résolution du Parlement européen du 11 décembre 2013 sur les femmes handicapées (2013/2065(INI))

.../...

18. estime que les femmes handicapées ont le droit de décider, dans la mesure du possible, de leur propre vie et de leurs besoins, qu'elles doivent être consultées et écoutées et que leur autonomie doit être vivement encouragée ; souligne qu'il convient de garantir ces droits à l'intérieur des établissements publics spécialisés dans un contexte de vie ordinaire ; souligne que l'assistance personnelle aux femmes handicapées est un instrument permettant leur vie autonome et qu'elle doit être facilitée et promue comme forme d'aide dans les établissements scolaires et de formation professionnelle, sur les lieux de travail, auprès des familles et en cas de grossesse et de maternité ;

.../...

20. insiste pour que les filles et les femmes handicapées soient informées de leurs droits pour qu'elles puissent prendre leurs propres décisions ; souligne que les informations doivent être transmises de façon accessible et compréhensible par elles, en tenant compte des différents modes, moyens et formats de communication qu'elles choisissent et, le cas échéant, de leur degré de handicap mental;

.../...

24. fait remarquer que les différentes étapes de la vie d'une femme – dont la grossesse – impliquent de surmonter des épreuves spécifiques ; estime, lorsqu'elles y sont confrontées, que les femmes handicapées devraient bénéficier des mêmes possibilités et droits que ceux offerts aux femmes valides, afin de prévenir tout découragement face à la grossesse ; souligne, en outre, compte tenu des défis supplémentaires qu'elles doivent relever, que les femmes handicapées devraient avoir droit à un congé de maternité prolongé leur permettant de s'adapter à leur nouvelle situation et de développer correctement leur vie familiale ; observe que la stérilisation forcée et l'avortement contraint sont des formes de violence contre les femmes et constituent des traitements inhumains ou dégradants que les États membres doivent éradiquer et fermement condamner;

25. souligne que les filles et les femmes handicapées doivent pouvoir vivre leur sexualité aussi librement que les personnes en bonne santé, et estime que les femmes handicapées doivent pouvoir vivre et exaucer leur souhait d'avoir des enfants, au même titre que les femmes en bonne santé ; souligne que, pour assumer la responsabilité de leur comportement sexuel, les filles, préadolescentes ou adolescentes, et les femmes handicapées ont besoin d'avoir accès à une éducation sexuelle, donnée par des professionnels qui soient experts en ce domaine, comme les éducateurs locaux des services sociaux du secteur public, et adaptée, le cas échéant, aux facultés intellectuelles des personnes concernées : celles-ci ont besoin de savoir, et de comprendre, comment fonctionne leur corps (ce qui rend enceinte et comment l'éviter), comment refuser les pratiques sexuelles qui leur répugnent, comment éviter les maladies sexuellement transmissibles, etc. ; signale, pour qu'elles profitent pleinement de leur maternité, la nécessité d'apporter aux femmes handicapées et à leur famille un soutien spécialisé, notamment sous la forme d'une aide à la garde de leurs enfants; demande aux États membres d'accorder en l'occurrence une attention toute particulière aux besoins des femmes handicapées mentales ;

26. estime qu'il est vital pour les filles et les femmes handicapées de jouir d'un accès total à

des soins médicaux qui répondent à leurs besoins particuliers, y compris en ce qui concerne les consultations gynécologiques, les examens médicaux et le planning familial, et d'un soutien adapté durant la grossesse ; demande instamment aux États membres de garantir, par l'intermédiaire des services nationaux de santé publique, un accès convenable à ces services;

27. souligne qu'il est essentiel d'éliminer les préjugés, les perceptions négatives et la stigmatisation sociale, et d'encourager l'acceptation par la société, la participation sociale, le respect et la tolérance, ainsi que l'appréciation de la diversité humaine; encourage notamment les États membres à mener des campagnes de sensibilisation. »

Raisons possibles de l'expression d'un désir d'enfant par des personnes handicapées mentales : extrait de Catherine Agthe Diserens, Françoise Vatré, « Une personne handicapée mentale peut-elle être parent ? », *Thérapie Familiale* 2003/2 (Vol. 24), p. 199-211. Version intégrale disponible sur le site <http://www.cairn.info/revue-therapie-familiale-2003-2-page-199.htm>

« Pour y avoir été confrontées plus d'une fois, nous pouvons dire que le désir d'enfant répond à plusieurs critères, présentés ici en ordre de fréquence d'observation:

- Imiter, « faire comme ma sœur, mon cousin, etc. ».
- Prolonger la suite logique du mouvement d'intégration: « Je travaille, je voyage, j'ai des loisirs comme tout le monde, je veux un enfant comme tout le monde... et même conduire une voiture ! ».
- Affirmer un état adulte, en dépit de la déficience mentale et rechercher ainsi une reconnaissance sociale.
- Correspondre à la norme sociétale, voire imaginer que par la conception le handicap serait gommé (pensée magique).
- Exprimer de vouloir un enfant peut exprimer le besoin d'un vécu affectif et sexuel.
- Avoir envie de pouponner (comme une petite fille, mais avec du vivant !).
- Se convaincre que parce qu'il y a enfant, le partenaire va rester avec soi.
- Chercher un sens à sa vie et à son corps : « mon ventre ne sert à rien ».
- Se sentir « pleine », remplie, fière d'un gros ventre (et sans forcément anticiper une maternité au-delà de ce seul but).
- Faire plaisir à ses parents, déçus que la lignée s'arrête là.

Et parfois aussi, mais beaucoup plus rarement:

- Vouloir un enfant pour un véritable projet de maternité responsable, voire de couple et pour l'enfant à naître. »

Un parfum de victoire : avoir un enfant quand on est en situation de handicap, éditions histoires ordinaires, 2014 : interview de Christel Prado, présidente de l'UNAPEI, p. 120-121.

« L'accompagnement doit être spécifique et précoce, basé sur la libre adhésion des parents. Il doit permettre de décentrer le regard des professionnels du social et de la protection de l'enfance, de sortir de la préoccupation exclusive de l'enfant, pour soutenir cette parentalité spécifique, celle de parents qui, la plupart du temps, ont nourri un réel désir d'enfant, vécu comme un accès à la normalité. L'UNAPEI soutient la mise en place de pôles parentalité pour évaluer au plus près les besoins des parents en terme d'étayage, qu'il s'agisse d'accueil à temps partiel en familles d'accueil, de socialisation précoce en crèche, de visites à domicile

d'aides familiales... De plus en plus se développent des formes de parentalité partielles. Aujourd'hui les placements administratifs ou judiciaires des enfants nés dans ces familles ne sont décidément plus la règle. Des services ont justement été créés pour les prévenir, grâce à un soutien à domicile, grâce à leur rôle pivot dans les dispositifs avec les formes collectives de soutien qu'ils ont impulsées : groupes de paroles, ateliers des papas et des mamans». ¹⁴

Quelques références, non exhaustives, consultées pour élaborer notre réflexion :

- Déclaration des Droits du déficient mental, adoptée par l'ONU en 1971.
- Résolution A3-231/92 du Parlement Européen, 1992, qui demande que: «l'éducation affective et sexuelle des handicapés mentaux soit renforcée par une meilleure prise en compte de la particularité de leur situation et qu'ils doivent, comme tous les autres êtres humains, avoir la possibilité de satisfaire leurs besoins sexuels».
- Brochure de la Fondation de France : « Sexualité et parentalité des PH : comment transformer les représentations ? » , 6 pages, juin 2015.
- Gaudin Marie-Anne, « Handicap mental et parentalité. La sexualité au risque de l'enfantement», *Le sociographe* 3/2008 (n°27), p. 51-56
A lire sur: www.cairn.info/revue-le-sociographe-2008-3-page-51.htm.
- Philippe GABERAN, Le désir d'être parents chez les personnes déficientes intellectuelles, revue lien Social, n°802, juin 2006. A lire sur : [http://www.lien-social.com/le-desir-d-etre-parents-chez-les](http://www.lien-social.com/le-desir-d-etre-parents-chez-les-...)
- « Elles ont des désirs du même type que la majorité d'entre nous », Propos recueillis par Katia Rouff, revue lien Social, n°802, juin 2006. A lire sur : <http://www.lien-social.com/elles-ont-des-desirs-du-meme-type...>
- La contraception chez les personnes handicapées mentales, avis du Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé 3 avril 1996.
<http://www.handiparentalite.org/>

Quelques articles issus du texte des références déontologiques pour les pratiques sociales promulgué par le Comité National des Références Déontologiques (CNRD) tel que réactualisé en 2014

2.1 L'action sociale est au service de la personne. Elle a pour objectif premier son accès à la citoyenneté, et à son exercice, par une pleine et effective participation à la vie sociale sur la base d'une égalité des droits et des libertés. Elle vise ainsi à lui permettre une vie digne et un épanouissement personnel à travers la quête de son autonomie tout en assurant sa protection.

3.1 L'usager 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 mais aussi dans la réflexion sur les dispositifs d'accueil,

¹⁴Un parfum de victoire : avoir un enfant quand on est en situation de handicap, éditions histoires ordinaires, 2014 : interview de Christel Prado, p. 120-121.

d'accompagnement ou de prestation.

3.2.2 En tant que sujet, la personne a droit à être entendue dans ses attentes et respectée dans son développement et son autonomie. [...] Elle est reconnue comme acteur de sa vie et auteur de ses choix et est associée à l'élaboration de tout projet et à toute prise de décision la concernant.

3.2.3 En tant qu'être social, la personne a droit à être informée et accompagnée pour accéder aux droits communs et aux droits spécifiques qui lui sont reconnus par la loi.

Elle est aussi informée des obligations qui en découlent ainsi que de celles plus générales qui permettent la vie en société.

4.1 Les praticiens du social s'engagent à prendre en considération les choix de la personne et à tenir compte de ses valeurs, de son histoire et de son environnement culturel, culturel, familial, social ou professionnel. Ils assument leur responsabilité de professionnels (salariés, libéraux) ou de bénévoles dans leurs pratiques, sachant qu'ils ne peuvent pas se substituer, sauf par mandat judiciaire spécifique, à la personne qui, elle aussi, est un être responsable.

4.2 Afin de respecter la vie privée et l'intimité de la personne, ils limitent leurs investigations ou interventions à ce qui est strictement lié à leur mission, à la demande d'aide exprimée par la personne ou à un besoin prioritaire de protection.

4.3 Ils s'inscrivent avec la personne dans un processus de co-construction et de codécision. Ils recueillent ses désirs et propositions tout en lui fournissant les éléments lui permettant de donner son consentement éclairé ou son avis, cela dans le respect des procédures et des protocoles adaptés à sa situation.

4.6 [...] La volonté de respecter dans toute action ou décision le juste et l'équitable, l'autonomie de la personne et le souci de ne pas lui nuire conduit à une **démarche éthique** : analyse distanciée de la situation et débat collectif permettant au praticien du social d'adopter un positionnement professionnel responsable, adapté et respectueux tant des personnes que du cadre et de la finalité des missions.