



Comité National des Avis Déontologiques
et Ethiques pour les pratiques sociales

cnad.cnrd@gmail.com

le 30 – 11 - 18

Valeur du consentement sexuel d'une personne présentant une déficience intellectuelle

La question adressée au CNADE

Bonjour,

Je me permets de me tourner vers vous concernant une situation rencontrée dans mon emploi qui me questionne, ainsi que d'autres membres de l'équipe.

Je suis intervenante d'action sociale dans un centre d'hébergement qui accueille plusieurs dispositifs. Nous accueillons depuis près de deux ans au CHRS une femme, visiblement en déficience intellectuelle et qui fait maintenant l'objet d'une mesure de protection (curatelle) depuis quelques mois.

Dans le cadre de son accompagnement, cette femme a été accompagnée par une collègue chez un gynécologue. Elle a demandé à ma collègue d'être présente pendant le rendez-vous. Il est alors apparu que ses parties intimes étaient "ravagées" : elle souffre de multiples lésions vaginales, anales et buccales. Le gynécologue a prévenu Madame que s'il elle ne s'abstenait pas de pratiquer des actes sexuels pendant 2 mois, en appliquant un traitement, il serait dans l'obligation de l'opérer car les lésions peuvent résulter en des problématiques médicales lourdes (descente d'organes).

Ma collègue a interrogé Madame sur ses pratiques sexuelles à l'occasion de ce rendez-vous. Madame a montré un grand enthousiasme, expliquant qu'elle aimait que les actes sexuels soient réguliers et brutaux. Elle a ainsi exprimé qu'il s'agissait d'actes consentis.

Par ailleurs, plusieurs autres résidents du centre auraient été témoins de certains de ces actes. D'après la rumeur, Madame aurait de très nombreux partenaires sexuels, ce qu'elle ne semble pas démentir. Une autre rumeur indique par ailleurs qu'elle offrirait ses services contre de l'argent. Il semblerait donc que Madame ait au sein du centre d'hébergement la réputation (fondée ou non) d'une prostituée qui accepte tous les actes sexuels. Le centre d'hébergement accueillant notamment un centre d'accueil et d'orientation et un centre d'accueil d'urgence, nous rencontrons un flux constant d'admissions et de sorties, ce qui représente un nombre conséquent de nouveaux partenaires sexuels, et donc un risque accru de transmission de MST.

Nous avons interpellé notre hiérarchie sur ce sujet, estimant que se pose sérieusement la question de la protection de Madame, et donc la nécessité de faire un signalement. Il nous a été répondu que notre mission est de nous assurer que cette femme est en sécurité : nous devons donc remplir une mission d'éducation sexuelle et nous assurer qu'elle ne soit pas victime d'actes non-consentis. En aucun cas nous ne devons signaler ces faits, y compris auprès de la curatelle, au nom du principe de respect de la vie privée et de l'autonomie de Madame. Il a été par ailleurs souligné que les soupçons de prostitution n'étaient que des rumeurs.

Nous comprenons bien sûr ces préoccupations et cherchons toujours à respecter Madame en tant qu'individu libre de ses choix, mais la réponse de notre hiérarchie nous paraît néanmoins insuffisante.

Considérant la déficience intellectuelle de Madame, qui présente souvent le comportement d'un enfant de 8-10 ans, nous nous questionnons sur la question du consentement et sa compréhension des questions liées à la sexualité. Madame portait par exemple un stérilet depuis une dizaine d'années et n'était pas du tout informée sur le fait que son moyen de contraception aurait dû être renouvelé il y a longtemps. Elle affirme par ailleurs que ses partenaires sexuels utilisent des préservatifs, mais nous ignorons si cela s'applique à tous les actes, y compris les pratiques orales. Il est difficile d'avoir une conversation honnête et précise avec Madame, qui n'est pas capable de parler posément de cela, refuse d'aborder certains sujets, voire ment jusqu'à être mise devant le fait accompli.

Il nous semble que Madame se trouve actuellement en danger et qu'il est de notre responsabilité de ne pas laisser perdurer cette situation, en faisant un signalement qui permettrait d'accélérer son admission dans un établissement qui puisse offrir une prise en charge adaptée à sa déficience.

Pour résumer, nous aimerions savoir quelles sont nos obligations déontologiques et juridiques dans cette situation, considérant que Madame affirme être consentante, mais qu'il est difficile d'affirmer avec certitude qu'elle est intellectuellement capable de comprendre les implications de ses actes.

Je vous remercie par avance pour le soutien que vous pourrez apporter à notre réflexion.

La situation telle que nous la comprenons

« Une intervenante d'action sociale » est confrontée à la situation d'une résidente accueillie en CHRS, dont la santé serait mise en danger par des pratiques sexuelles "à risques". Celle-ci est présente dans la structure depuis deux ans et « fait l'objet depuis quelques mois d'une mesure de protection (curatelle) ». Selon l'intervenante, elle serait « visiblement en déficience intellectuelle ».

Lors d'une consultation gynécologique à laquelle cette femme a demandé à être accompagnée par une des professionnelles, le médecin a dressé un tableau clinique préoccupant, constatant de multiples lésions, et a informé sa patiente du risque « de problématiques médicales lourdes » dans un proche avenir si « elle ne s'abstenait pas de toute relation sexuelle pendant 2 mois tout en suivant un traitement ».

Or, « *la déficience intellectuelle de Madame, qui présente souvent le comportement d'un enfant de 8-10 ans* », amène notre correspondante à douter de sa compréhension des questions liées à la sexualité, des risques que comportent certaines pratiques et du danger qu'elle encourt et pourrait faire encourir à d'autres. L'intervenante sociale interroge la possibilité « *d'assurer la sécurité de cette femme* » uniquement sur la base de ce que préconise sa direction, à savoir remplir « *une mission d'éducation sexuelle* » et s'assurer « *qu'elle ne soit pas victime d'actes non-consentis* », de surcroît au sein d'une structure qui regroupe plusieurs dispositifs d'hébergement et accueille « *un flux constant d'admissions et de sorties* ». Le respect « *de la vie privée et de l'autonomie de Madame* » semble être une préoccupation partagée par tous, mais n'entre-t-il pas ici en tension avec une mission de protection de personnes vulnérables ?

Le questionnement adressé au CNADE concerne les obligations déontologiques et juridiques des professionnels, notamment « *la nécessité de faire un signalement* » des faits aux autorités compétentes, ainsi que celle d'informer le mandataire judiciaire chargé de la protection de cette personne. Cela ne permettrait-il pas d'asseoir et de faire accélérer une réorientation de Madame, déjà envisagée par l'équipe, vers un établissement dans lequel elle « *pourrait bénéficier d'une prise en charge adaptée à sa déficience* » ? « *La valeur du consentement sexuel de personnes présentant une déficience intellectuelle* » est également questionnée et mise en objet de cette saisine.

Analyse de la situation

Le CNADE, tout en ayant conscience qu'il est difficile de « tout dire » dans l'exposé d'une situation, a d'abord interrogé certaines inconnues, dégagant ainsi quelques pistes de réflexion.

- Concernant l'aspect médical, le tableau clinique décrit est inquiétant. Même si Madame dit « *aimer que les actes sexuels soient réguliers et brutaux* », exprimant ainsi « *qu'il s'agirait d'actes consentis* », les dommages constatés semblent proches de ceux qui résultent d'actes d'agression sexuelle. A-t-on évoqué cet état de fait avec elle ? Le gynécologue peut-il confirmer une telle hypothèse ? Et, si oui, a-t-il envisagé de son côté des mesures qu'il serait de sa responsabilité de prendre, notamment celle de signaler lui-même cette situation au procureur de la République ? Ne devrait-il pas être impliqué et associé à la réflexion sur les mesures de protection à mettre en œuvre ? Rappelons en effet que la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 a institutionnalisé le partage possible d'informations entre professionnels de santé et professionnels du champ social et médico-social¹. Toutefois, lorsque ce partage se fait en dehors de « l'équipe de soins » le consentement préalable de la personne doit être requis².

¹ Article L1110-4, II, Code de la santé publique 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. »

² Article L1110-4, III, deuxième alinéa : 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

- Concernant la résidente, remplir « *une mission d'éducation sexuelle* » semble certes indispensable, déjà pour l'aider à prendre toute la mesure des constats faits par le gynécologue et des risques qu'elle encourt. Comment compte-t-elle mettre en application les prescriptions médicales ? Quelles difficultés pourrait-elle rencontrer pour y parvenir et de quelle aide pourrait-elle avoir besoin ?
Par ailleurs, son attrait pour des « *actes sexuels brutaux* » peut-il être imputé uniquement à la déficience intellectuelle ? Ne pourrait-il s'originer dans des éléments de son histoire personnelle ? Il pourrait alors être pertinent de lui proposer un espace de réflexion approprié.
- Concernant la mesure de protection juridique des majeurs dont elle fait l'objet, nous savons qu'il s'agit d'une curatelle mise en place il y a quelques mois. Est-ce le CHRS qui a été à l'initiative de cette demande ? La mise sous protection d'une personne majeure exige l'établissement d'un certificat par un médecin inscrit sur une liste établie par le procureur de la République. Le CHRS, en charge de son accompagnement au quotidien, a-t-il pu avoir connaissance, même partiellement, de ses conclusions ? Un contact a-t-il été déjà établi antérieurement avec le curateur ?
Quoi qu'il en soit, cette décision résulte de l'estimation que cette résidente ne peut veiller seule à la protection de sa personne ou de ses intérêts, même si elle conserve le droit de prendre seule les décisions relatives à sa personne.

Au-delà de ces réflexions, nous développerons successivement les données juridiques et les repères déontologiques permettant d'étayer un positionnement professionnel avant de mener une réflexion éthique sur la manière de concilier ces diverses exigences dans cette situation spécifique.

Eclairage juridique

Plusieurs aspects nous semblent ici à documenter.

- **La valeur du consentement d'une personne vulnérable.**

La Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) a traité cette question, qu'elle qualifie de complexe, dans un avis du 16 avril 2015. Citons notamment « Cette attention accordée à leur consentement prend place dans un débat plus large de philosophie du droit entre deux conceptions de la personne humaine[...]. » Selon l'approche subjective de la personne « c'est l'autonomie du sujet qui est mise en avant, à savoir sa capacité d'autodétermination ». Selon l'approche anthropologique « c'est la dignité de la personne qui est première et relativise par conséquent la portée de l'autodétermination. Celle-ci peut en effet être disqualifiée dès lors qu'elle porte atteinte à l'intégrité de soi ou à la dignité humaine ».

Ces deux courants semblent être représentés ici par la position de la hiérarchie d'une part, celle de cette professionnelle et « *d'autres membres de l'équipe* » d'autre part. La question reste toutefois d'apprécier quel niveau de risque laisser courir à une personne vulnérable. La question du consentement ne peut en effet occulter la notion de danger, bien présente ici.

Le fait que cette personne dise « *aimer que les relations soient brutales* » implique-t-il pour autant qu'elle consente, en toute connaissance, à des actes qui portent atteinte à son intégrité physique ?

Avoir à prendre position sur la valeur de son consentement pourrait être approprié si une action en justice était diligentée contre un agresseur présumé, mais, ici, ne serait-il pas plus pertinent de s'attacher à cerner son niveau de discernement, et, à partir de là, d'envisager avec elle les mesures d'information et d'accompagnement à mettre en œuvre en vue de sa protection ? C'est alors que la recherche d'un consentement éclairé de sa part prendrait toute sa place, valant co-construction avec elle de son projet d'accompagnement et lui permettant d'y prendre une place d'acteur.

○ **Le rôle du curateur**

La question du discernement est un élément essentiel de la mesure de protection judiciaire. Elle sert à la fonder, mais sert aussi de critère pour apprécier les limites de la protection tout au long de l'accompagnement. En effet, selon l'article 415 du Code civil « Les personnes majeures reçoivent la protection de leur personne et de leur bien que leur état ou leur situation rend nécessaire ». Il existe ainsi différents niveaux de protection. La mesure de curatelle s'adresse à une personne dont il est estimé que « sans être hors d'état d'agir elle-même », elle a besoin, « d'être assistée ou contrôlée d'une manière continue dans les actes importants de la vie civile ». Mais assister, ou même contrôler, n'est pas se substituer à elle dans les décisions à prendre. La loi du 5 mars 2007 réformant le droit des majeurs protégés, puis celle du 12 mai 2009, ont renforcé le nécessaire respect des droits à la vie privée et à l'intimité de la personne protégée.

L'article 459 du Code civil éclaire la réflexion. Nous n'en reprendrons que les points qui nous semblent, à cet effet, les plus pertinents, l'intégralité du texte étant mise en annexe. Il affirme que « Hors les cas prévus à l'article 458, la personne protégée prend seule les décisions relatives à sa personne dans la mesure où son état le permet. » Elle reçoit ainsi elle-même l'information sur son état de santé et consent seule aux actes médicaux. Elle peut choisir librement son lieu de résidence et entretient tout aussi librement des relations sociales.

Ce même article fixe toutefois des limites à cette autodétermination.

- Lorsque l'état de la personne protégée « ne lui permet pas de prendre seule une décision personnelle éclairée », le recours « au juge, ou au conseil de famille s'il a été constitué » est nécessaire, la personne chargée de la protection du majeur ne pouvant prendre seule, « sauf urgence », « une décision ayant pour effet de porter gravement atteinte [...] à l'intimité de sa vie privée. »
- La personne chargée de la protection du majeur peut prendre à l'égard de celui-ci les mesures de protection strictement nécessaires pour mettre fin au danger que son propre comportement lui ferait courir. Dans ce cas, « elle en informe sans délai le juge ou le conseil de famille [...] ».

Les notions de danger, d'urgence et de capacité de discernement sont donc ici centrales et demandent à être appréciées le plus justement possible d'une manière étayée.

Il ressort de ces textes de loi que le curateur ne saurait être tenu à l'écart de la réflexion sur la situation de sa protégée. Les informations à lui communiquer et la manière de le faire

doivent toutefois être mûrement réfléchies de manière à respecter au mieux les droits de Madame au respect de sa dignité et de sa vie privée. Notons toutefois que la protection de l'intégrité corporelle et psychique sont également des éléments constitutifs de la dignité.

Si le curateur a une capacité d'agir avec obligation d'informer le juge des tutelles, ou dans certains cas de requérir préalablement son autorisation, il n'en résulte pourtant pas qu'il doive être considéré comme le référent d'une intervention sociale dans les différents volets évoqués plus haut : cliniques (soin, écoute psychologique éventuelle) et administratif ou juridique (signalement).

○ **La question du signalement**

La politique de lutte contre les maltraitances envers des majeurs vulnérables s'est développée ces dernières années et a trouvé sa formulation dans la législation à l'occasion de la loi : adaptation de la société au vieillissement du 28/12/2015.

L'article L331-8-1 au Code de l'action sociale et des familles ainsi créé, instaure, pour les établissements sociaux et médico-sociaux, une obligation de signalement (« information sans délai ») aux autorités administratives compétentes de « tout dysfonctionnement grave dans leur gestion ou leur organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement, ou le respect de leurs droits, et de tout événement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées ».

L'arrêté du 28 décembre 2016, pris en application de la loi du 28 décembre 2015, a apporté des précisions sur les événements devant donner lieu à signalement, évoquant notamment « les comportements violents de la part d'usagers à l'égard d'autres usagers, ou à l'égard de professionnels au sein de la structure, ainsi que des manquements graves au règlement du lieu d'hébergement ou d'accueil qui compromettent la prise en charge de ces personnes ou celle d'autres usagers. »

A noter que le signalement n'a pas pour finalité de désigner des coupables, mais d'assurer une transparence des problèmes rencontrés dans les ESSMS vis-à-vis des autorités qui ont délivré l'autorisation de fonctionnement, tout en donnant la possibilité de prendre des décisions permettant la protection des victimes potentielles.

L'article 226-14 du Code pénal peut également être évoqué dans cette situation, car il vise la connaissance d'atteintes et mutilations sexuelles à l'encontre d'une personne « qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience intellectuelle ou psychique, ou d'un état de grossesse ». Cet article a été modifié en 2015³ pour préciser que dans ce cas l'obligation formelle de secret professionnel n'est pas applicable⁴. Ainsi, les personnels des CHRS - astreints au secret professionnel quel que soit leur profession (en application de l'article L345-1, alinéa 5 Code de l'action sociale et des

³ Loi n°2015-1402 du 5 novembre 2015, article 1

⁴ L'article intégral est mis en annexe.

familles⁵) - sont directement interpellés par la question du signalement⁶ et donc du risque de poursuite pour non-dénonciation, tout comme d'ailleurs le médecin gynécologue qui peut rédiger un certificat médical attestant des lésions physiques s'il présume qu'ils sont liés à des actes d'agression⁷.

Cet ensemble de textes (comme d'ailleurs la jurisprudence) confirme que l'établissement et les professionnels ne peuvent rester inactifs face à une suspicion d'atteinte à l'intégrité de la personne.

La question de savoir comment faire et avec qui reste cependant entière dans la situation qui nous occupe ici, d'autant que le signalement n'est pas une fin en soi et ne saurait dispenser l'établissement de réfléchir aux mesures d'accompagnement et de protection à mettre en œuvre.

Décider de l'opportunité, ou de la nécessité, de faire un signalement suppose de remettre en réflexion, en équipe et avec la direction, la lecture que l'on peut faire de cette situation, d'interroger notamment le regard que l'on porte sur cette résidente et d'approfondir l'analyse en dépassant un dilemme du type : Madame se met-elle elle-même en danger « librement » du fait de la relation qu'elle entretient à la sexualité, ou est-elle victime d'actes de maltraitance de la part de personnes qui exploiteraient sa vulnérabilité ? Comme évoqué plus haut, ne pourrait-elle pas être à la fois acteur et victime en fonction de mécanismes psychologiques complexes ? Conduire cette analyse nécessite de mobiliser la personne elle-même, et vraisemblablement des partenaires extérieurs pour les aspects médicaux et psychologiques.

○ **La suspicion de prostitution :**

Aux yeux de la loi, la prostitution n'est pas en soi une infraction⁸, même si dans notre société elle fait encore bien souvent l'objet d'un blâme moral. La Cour européenne des droits de l'homme, dans un arrêt du 17 février 2005, conforte le point de vue selon lequel chaque personne a la responsabilité de son propre bonheur et a le droit de vivre sa sexualité comme elle l'entend. Ainsi l'a-t-elle affirmé : « Le droit pénal ne peut, en principe, intervenir dans le domaine des pratiques sexuelles consenties qui relèvent du libre arbitre des individus. Il faut, dès lors qu'il existe des raisons particulièrement graves pour que soit justifiée, aux fins de l'article 8 alinéa 2 de la Convention, une ingérence des pouvoirs publics dans le domaine de la sexualité ». Dans la situation présente, il s'agirait selon la résidente, d'actes consentis, ce qui renvoie à nouveau à la question de son discernement.

⁵ « Les personnels des centres d'hébergement et de réinsertion sociale sont tenus au secret professionnel dans les conditions prévues aux articles [226-13](#) et [226-14](#) du Code pénal. Par dérogation au même article 226-13, ils peuvent échanger entre eux les informations confidentielles dont ils disposent et qui sont strictement nécessaires à la prise de décision. »

⁶ Une procédure de signalement avec un fiche dédiée (fiche EIG) est en principe accessible sur le site des ARS.

⁷ Recommandations et outils se trouvent sur le site de la HAS et notamment *Certificat médical initial concernant une personne victime de violences*, Octobre 2011.

⁸ Sont toutefois considérés comme des infractions l'exhibition sexuelle (art. 222-32 Code pénal) et le racolage (art.. 225-10-1 du Code pénal).

En revanche, depuis 2003⁹ le client, c'est-à-dire celui qui paie la personne pour des services sexuels, est pénalisable, cela plus particulièrement, lorsque la personne « présente une particulière vulnérabilité, apparente ou connue de son auteur, due à une maladie, à une infirmité, à un handicap ou à un état de grossesse. »¹⁰.

Il nous est bien précisé qu'il ne s'agit que d'une rumeur de prostitution, sans que l'on sache comment elle circule et comment les professionnels en ont été informés. Mais, qu'elle soit fondée ou non, les professionnels ne peuvent pas simplement l'évacuer au prétexte que ce ne sont que des « on dit ». Cette femme risquant d'en être la première victime, il reviendrait à l'équipe de réfléchir ce sur quoi repose cette rumeur pour s'efforcer d'en comprendre les motifs et adopter en conséquence une conduite professionnelle, d'une part protectrice de la réputation de la personne, d'autre part susceptible de faire respecter les règles requises par un hébergement collectif.

Eclairage déontologique

Quelques articles du texte des références déontologiques pour les pratiques sociales¹¹ (RDPS) permettent également d'alimenter la réflexion sur le positionnement professionnel dans l'accompagnement des personnes.

Le débat entre respect de l'autonomie et devoir de protection est omniprésent dans les pratiques sociales. La question, en fait, n'est pas de privilégier l'un au détriment de l'autre, mais de parvenir à les concilier au mieux. Même lorsque la protection s'impose dans un premier temps face à une personne en situation de danger, l'objectif de favoriser son autonomie à moyen terme ne doit pas être occulté. « L'action sociale [...] vise à permettre [à la personne] une vie digne et un épanouissement personnel à travers la quête de son autonomie tout en assurant sa protection. » (art. 2.1)

Conformément aux orientations du Code de l'action sociale et des familles introduites par les lois du 2 janvier 2002 et celle du 11 février 2005, le texte des RDPS insiste sur la place de sujet et d'acteur qui doit être reconnue à la personne accompagnée, quelles que soient ses difficultés. « 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 [...] » (art. 3.1) « [...] la personne est associée à l'élaboration de tout projet et à toute prise de décision la concernant.[...] » (art.3.2.2). Par ailleurs, en tant qu'être

⁹ Loi du 18 mars 2003

¹⁰ Article 225-12-1 du Code pénal, modifié par la loi n° 2016-444 du 13 avril 2016 : « [...] Est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende le fait de solliciter, d'accepter ou d'obtenir, en échange d'une rémunération, d'une promesse de rémunération, de la fourniture d'un avantage en nature ou de la promesse d'un tel avantage, des relations de nature sexuelle de la part d'une personne qui se livre à la prostitution, y compris de façon occasionnelle, lorsque cette personne est mineure ou présente une particulière vulnérabilité, apparente ou connue de son auteur, due à une maladie, à une infirmité, à un handicap ou à un état de grossesse.

¹¹ Texte promulgué par le Comité national des références déontologiques (CNRD) et réactualisé en 2014. Ce texte peut être consulté dans son intégralité sur le site web du Centre national ressource déontologie et éthique pour les pratiques sociales (CNRDE) <http://cnrde.org>. Sur ce site sont également accessibles tous les avis rendus par le CNADE pour lesquels il a reçu une autorisation de publication.

humain, elle « a des libertés et des droits inconditionnels, notamment le droit au respect, ce qui interdit toute attitude vexatoire ou attentatoire à sa dignité. » (art 3.1.1)

Un autre volet de ce texte concerne les engagements des intervenants à l'égard de la personne accompagnée. Ils « 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. » (art.4.1). « 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. » (art. 4.2.). Citons également : « Ils s'inscrivent avec la personne dans un processus de co-construction et de co-décision. 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. » (art. 4.3.).

Est également abordée dans ce texte la question du partage d'informations de manière à respecter les droits fondamentaux des personnes à la protection de leur vie privée et à la confidentialité. Le secret professionnel (auquel sont astreints les intervenants en CHRS) « ne peut céder, en application de la loi, que pour protéger l'intérêt supérieur de la personne. » (art. 5.2.) « Le partage d'informations entre intervenants concernés par une même situation peut toutefois s'avérer nécessaire, mais doit être maîtrisé. Le praticien du social limite ce partage à ce qui est strictement utile et nécessaire à l'accomplissement de la mission, à la continuité et à la cohérence des actions ou à la protection de la personne. [...] En outre, dans une démarche éthique, chacun s'interroge au préalable et au cas par cas sur les conséquences possibles pour la personne concernée du choix qu'il fait de parler ou de se taire. » (art 5.3.). Ajoutons que, légalement, lorsque ce partage se fait hors de l'équipe qui l'accompagne au quotidien, la personne doit y donner son consentement préalable.

Mise en débat éthique de cette situation

Comme le précise le texte des références déontologiques précité, « 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. » (art.4.6.)

Quel que soit le regard que l'on porte sur la résidente, au vu des éléments relatés, elle semble en danger et nécessite une protection spécifique. De même, d'autres personnes pourraient éventuellement être mises en danger si la rumeur selon laquelle elle aurait des partenaires multiples est fondée.

Les mesures à mettre en œuvre nécessitent de chercher à concilier principes et réalités, à savoir ici, tel que formulées dans l'exposé de la situation, l'exigence de « *respect de la vie*

privée et de l'autonomie de Madame », et la réalité d'une situation de danger. Opposer les deux points de vue ne peut conduire qu'à une impasse décisionnelle alors que l'un et l'autre sont à prendre en considération à part égale afin de les articuler.

Toute démarche éthique est guidée par quatre grands principes¹² en concordance avec l'esprit qui préside à l'énoncé des références déontologiques : une personne sujet et acteur, associée à la réflexion et aux décisions à prendre, sans que pour autant les professionnels ne soient déchargés de leur propre responsabilité.

- respecter l'autonomie de la personne ("principe d'autonomie") et la mettre en capacité de décider par et pour elle-même en lui fournissant les informations adaptées à sa situation ;
- ne pas lui faire de tort ("principe de non nuisance"), ce qui implique de toujours mettre en balance le bénéfice escompté d'une décision et le risque encouru par la personne de manière à ne pas l'exposer à une nuisance à laquelle elle ne pourrait pas donner sens. Dans la situation présente, la question se pose notamment face à la décision de faire ou non un signalement, d'informer ou non le curateur ;
- contribuer à son bien-être (et ici à sa protection) en étant guidé par l'estimation faite avec elle, et reconnue par elle, de son intérêt ("principe de bienfaisance"). Ce principe implique ainsi d'associer la personne à la réflexion sur les décisions à prendre et d'obtenir son adhésion aux mesures qui seront prises.
- agir avec justice ("principe de justice") en adoptant une attitude et une réponse adaptées au vécu de la personne et au contexte dans lequel elle se trouve, tout en veillant au traitement équitable de tous.

La prévalence d'un de ces principes varie selon les contextes. Ainsi :

- Le respect de l'autonomie d'une personne peut avoir des limites, selon ses capacités, son état psychologique à un instant T, mais aussi selon la mission confiée au service.
- Dans certains contextes, il s'agira avant tout de ne pas nuire, la préoccupation immédiate étant la prévention de la dégradation d'une situation.
- Mais ne pas nuire ne peut pas être une fin en soi, l'objectif premier de toute démarche éthique restant, à terme, de permettre à la personne l'usage maximum de ses capacités et la réalisation de son projet et de ses choix, donc de viser son autonomie.

Ces différents principes forment ainsi un tout ; ils offrent également un cadre à la réflexion sur les conduites à tenir. Ils doivent pouvoir s'articuler d'une manière souple et équilibrée, se compléter, et aucun d'eux ne peut être exclu des préoccupations de l'intervenant. Éprouver à la fois des sentiments de respect et d'empathie pour la personne incite à concilier, sans les opposer, autonomie et protection tout en veillant à ne pas lui nuire.

La pluralité de perceptions d'une même situation, loin d'empêcher la définition de principes d'action communs, favorise au contraire l'instauration d'un débat éthique au sein de l'équipe et avec la direction en respectant la place d'où chacun parle. Ces délibérations

¹² Childress et Beauchamp « les principes de l'éthique bio-médicale » - traduction française aux éditions belles lettres – janvier 2008. Ces auteurs y reprennent des principes énoncés pour certains depuis l'antiquité et travaillés au cours des siècles par divers courants de la philosophie.

collectives permettent d'adopter une position consensuelle quant au cadre à poser et au cap à tenir en fonction de la singularité de la personne et de sa situation.

Un échange dénué de tout jugement est également à poursuivre avec Madame pour l'informer tout d'abord de la nature des inquiétudes de l'équipe et entendre son point de vue. Rien ne nous a été dit du projet individuel d'accompagnement qui a été élaboré avec elle, mais la situation actuelle ne devrait-elle pas inciter à le remettre au travail ? Les mesures à mettre en œuvre pour garantir au mieux sa protection, n'auront vraisemblablement de portée que si elles sont pensées avec elle.

L'adéquation entre les missions du CHRS et les besoins et attentes de la personne elle-même pourrait aussi être interrogée. Le projet de réorientation vers un établissement offrant un accompagnement mieux adapté à sa situation paraît pertinent. Il offrirait sans aucun doute un cadre plus protecteur que ne peut le faire le dispositif d'accueil actuel. Mais est-ce pour autant que Madame ne recherchera plus « *des actes sexuels réguliers et brutaux* » si cette question spécifique n'est pas également travaillée avec elle ?

Face à cette situation complexe, indépendamment de la décision de faire ou non un signalement, de solliciter une implication du médecin et d'informer le mandataire judiciaire, il semble nécessaire que l'équipe du CHRS mobilise une pluridisciplinarité de compétences en interne comme en externe.

Annexes

Article 459 du Code civil :

« Hors les cas prévus à l'article 458, la personne protégée prend seule les décisions relatives à sa personne dans la mesure où son état le permet.

Lorsque l'état de la personne protégée ne lui permet pas de prendre seule une décision personnelle éclairée, le juge ou le conseil de famille s'il a été constitué peut prévoir qu'elle bénéficiera, pour l'ensemble des actes relatifs à sa personne ou ceux d'entre eux qu'il énumère, de l'assistance de la personne chargée de sa protection. Au cas où cette assistance ne suffirait pas, il peut, le cas échéant après l'ouverture d'une mesure de tutelle, autoriser le tuteur à représenter l'intéressé.

Toutefois, sauf urgence, la personne chargée de la protection du majeur ne peut, sans l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué, prendre une décision ayant pour effet de porter gravement atteinte à l'intégrité corporelle de la personne protégée ou à l'intimité de sa vie privée.

La personne chargée de la protection du majeur peut prendre à l'égard de celui-ci les mesures de protection strictement nécessaires pour mettre fin au danger que son propre comportement ferait courir à l'intéressé. Elle en informe sans délai le juge ou le conseil de famille s'il a été constitué. »

Article 226-14 du Code pénal, modifié par la LOI n°2015-1402 du 5 novembre 2015 - art. 1

L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

2° Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles, les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;

3° [...]

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi.