

HAUTE ECOLE EN HAINAUT
Catégorie pédagogique

Cours de SAMD

Séminaire d' Approfondissement de la pratique
professionnelle,

Méthodologie et

Déontologie

Les éducateurs travaillent dans l'ombre et contribuent dans le quotidien à la résolution de situations complexes, souvent dramatiques et douloureuses. Ils interviennent dans des internats pour enfants, pour adolescents et pour adultes, dans des institutions pour déficients visuels ou auditifs, en direction des personnes handicapées physiquement ou mentalement. Dans la rue, ils travaillent, sans mandat et dans le respect de l'anonymat, à restaurer des liens affectifs, sociaux, psychologiques. Ils sont missionnés par la justice pour accompagner des enfants en difficultés ou sont présents en milieu carcéral pour aider les détenus à la réinsertion sociale et professionnelle. Tous, avec courage et détermination, luttent à l'aide d'outils spécifiques, de méthodes et de pratiques de terrain élaborées pour améliorer les conditions de vie des usagers et de leurs familles et prévenir des risques de récurrence, d'inadaptation, de rupture scolaire ou familiale.

Pascal LE REST

CONTRAT DIDACTIQUE

- ✓ Le cours est constitué de plusieurs modules mais il est également le lieu pour les questions éventuelles concernant votre stage (la validation des critères, les angoisses liées à la recherche, à la pratique professionnelle, ...). C'est pourquoi au début de chaque cours, un moment sera consacré pour que vous puissiez poser toutes les questions qui restent en suspens.
- ✓ Les travaux seront remis et/ou effectués le jour indiqué. Tout retard injustifié entraînera une pénalisation au niveau du résultat. Quel que soit le motif d'absence, veuillez à prendre contact rapidement avec moi par mail (maximum 24h après l'échéance)
- ✓ La présentation des copies (lisibilité), le sérieux du travail effectué, les références exactes et complètes des sources consultées constituent la base d'un travail réussi lors d'études supérieures. Une production comportant du plagiat vaut une note nulle. Les travaux ne répondant pas à l'entièreté des consignes seront pénalisés.
- ✓ Les supports diffusés lors des séances de cours ne sont nullement exhaustifs. De nombreux éléments seront ajoutés au fil des cours. La prise de notes est indispensable.
- ✓ Le comportement positif de chacun est souhaité pour le bon déroulement du cours : demande de conseils en cas de besoin, respect du travail de chacun, civilité, ponctualité. Les GSM/smartphones sont donc rangés afin de favoriser la concentration de tous. Ces qualités de savoir-vivre et savoir-être sont indispensables à la pratique du métier d'éducateur spécialisé auquel l'étudiant se prépare.

- ✓ Vous procurer un des 2 livres suivants :
 - « Je manque de manque » de Diane Drory (pour les étudiants qui seront dans le domaine de l'aide à la jeunesse.)
 - « La relation éducative » de Gaberan (pour les étudiants qui seront dans le domaine du handicap)(Vous serez interrogés sur le livre choisi lors de l'examen de juin).

- ✓ L'évaluation de ce cours se fera en 2 parties :
 - examen écrit en juin sur la théorie (syllabus)
 - examen écrit sur un des deux livres repris ci-dessus.

- ✓ La réussite de cette AA conditionne la validation de l'UE approche méthodologique de la profession et activités d'intégration professionnelle.

Partie 1 méthodologie

Module 1 (rappel) : Le processus d'intervention

On dit souvent de l'éducateur spécialisé qu'il est un « *intervenant* », c'est-à-dire une personne qui intervient directement dans certaines situations de la vie quotidienne des personnes en difficulté.

Le processus d'intervention est une démarche qui se déroule en plusieurs étapes et qui amène la personne à qui elle s'adresse à se transformer, à se *modifier*. (Landry)

Ce processus trouve des applications concrètes dans l'*action* de l'éducateur spécialisé.

C'est pour cette raison que l'éducateur spécialisé doit avoir une idée précise de son action.

2.1. Un contexte de travail et une démarche d'intervention spécifiques

La démarche de l'éducateur s'inscrit dans 4 étapes principales :

- 1) Connaître son public en général et en particulier ;
- 2) Connaître l'institution, son projet pédagogique, son mode de fonctionnement et ses ressources ;
- 3) Repérer et/ou construire des situations éducatives autour d'objectifs précis ;
- 4) Evaluer le résultat des interventions (remédiations et remises en question critiques).

2.2. Une philosophie de travail

Il s'agit d'une philosophie construite autour des notions de *diversité* et de *projets*.

- 1) La diversité

Il s'agit d'un aspect incontournable de la profession. C'est en cela que l'éducateur doit développer une polyvalence lui permettant de s'adapter aux diverses facettes de son métier.

- 2) Les projets

En réalité, l'éducateur est amené à évoluer dans différents types de projets :

- **Le projet de la personne (P.E.I)** : Toute personne a des besoins, des moments de bonheur, des désirs. Le travail de l'éducateur, c'est aussi aider la personne à exprimer et à réaliser son projet à travers des gestes, des paroles, une relation qui s'établit. Il s'agit là d'un travail complexe.

- **Le projet de l'organisation, du service (projet pédagogique)** : L'éducateur est un acteur au sein d'un service, d'une organisation. Il joue un rôle dans l'élaboration et la réalisation du projet de cette organisation, exprimé la plupart du temps sous forme d'un projet pédagogique qui précise la nature de l'activité, les objectifs et les moyens. Ce rôle sera plus ou moins important selon la place qu'occupera, prendra l'éducateur au sein de l'organisation qui l'emploie.

- **Le projet de société** : Le travail éducatif a des points communs avec la manière dont notre société se développe, prend ou non en compte ses membres en difficulté momentanée ou permanente, leur reconnaît une place et consent à dégager les moyens nécessaires à leur soutien. Par conséquent, il importe que l'éducateur s'intéresse aux axes politiques principaux autour desquels se structure le fonctionnement social.

- **Le projet de l'éducateur** : Travailler dans le social implique le plus souvent un choix, un projet de la part de celui qui l'opère. Cela implique une constante volonté d'approfondir ses acquis et ses questionnements que ce soit par des formations complémentaires ou continuées (conférences, séminaires,...).

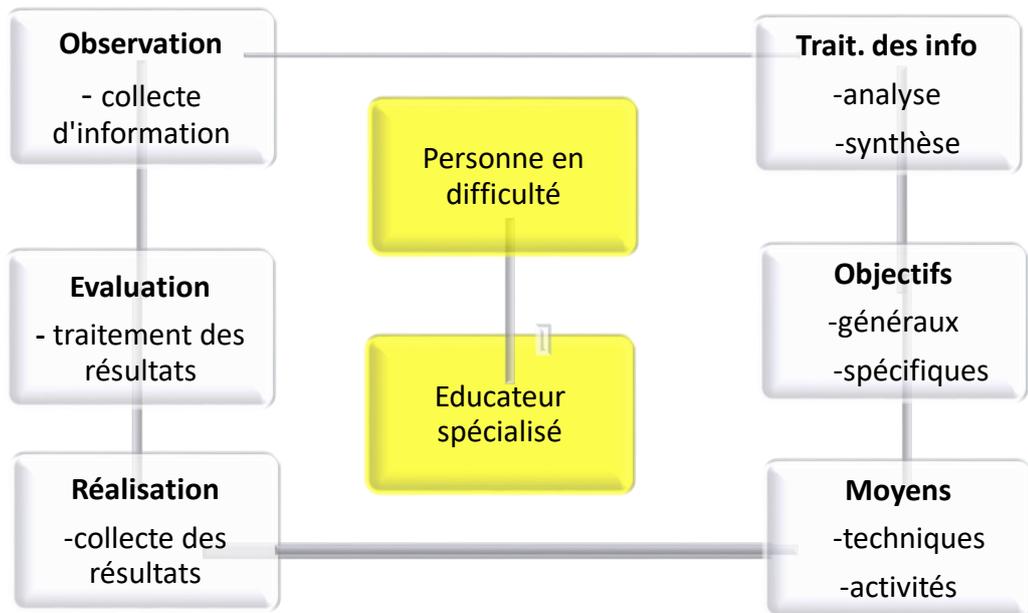
2.3. Les types d'intervention

- L'intervention peut-être *spontanée*, c'est le type d'intervention qui se réalise dans une situation inattendue et dans un contexte qui est imprévisible.
- L'intervention peut-être *planifiée*, dans ce cas, elle est calculée, organisée et les divers éléments en cause sont prévus.
- L'intervention peut-être à *court, à moyen ou à long terme*. On aura pour habitude de relier « court » à journées, « moyen » à mois et « long » à années.
- L'intervention peut-être de *prévention*, prévenir étant d'agir afin d'éviter que quelque chose ne se produise, c'est précéder, devancer une situation qui risque de causer des difficultés.
- L'intervention peut-être de *postvention*, c'est le type d'intervention qui se réalise après la résolution d'une situation qui a déjà causé des difficultés. L'action consiste ici à effectuer un retour à la situation passée, à essayer d'analyser pour comprendre pourquoi et comment on en est arrivé là et comment faire pour que cela ne se reproduise plus.

2.4. Les étapes du processus d'intervention

Dans son ensemble, le processus d'intervention se divise en 6 étapes ;

1. L'observation
2. Le traitement des informations
3. La définition des objectifs
4. La détermination des moyens
5. La réalisation
6. L'évaluation



Module 2 : L'observation

Dans le cadre de vos futures activités d'éducateurs, il s'avérera parfois voire souvent nécessaire de prendre du recul par rapport aux faits vécus. La nécessité d'évaluer une situation avant d'agir est souvent utile ainsi que l'évaluation d'actions entreprises (voir P.E.I., faire un bilan des forces et besoins de la personne, vérifier que les objectifs ont été atteints et ajuster le programme).

Nous ne pouvons « gommer » entièrement notre personnalité, il est donc important de vous sensibiliser aux difficultés, pièges de l'observation ainsi qu'aux outils permettant de les déjouer, du moins en partie...

1) Pourquoi observer?

L'observation est la première étape du processus. On va observer une personne, son environnement, une situation particulière. Cela permet de mieux connaître l'objet de l'observation ce qui permettra de mieux orienter les actions futures. Sans observation, nous serions dans l'improvisation continuelle ce qui peut être dommageable pour la personne. L'observation est un phénomène humain relativement complexe.

L'observation est donc une tâche importante pour l'ES. Pour cela, il devra avoir diverses qualités professionnelles et personnelles.

- Il doit connaître les différentes caractéristiques d'une personne, car c'est cela qu'il observe. L'ES doit aussi connaître les signes particuliers produits par les personnes en difficulté. Il doit utiliser divers instruments et méthodes pour noter ses observations
- Il doit avoir le « sens de l'observation » c'est-à-dire mettre en oeuvre tous ses sens mais aussi sa mémoire. Il faut donc porter attention à ce que l'on observe.
- L'observation doit être faite avec objectivité : l'ES doit donc décrire le plus fidèlement possible ce qu'il observe, sans interprétation personnelle, ...L'objectivité totale est impossible à atteindre car l'ES est souvent engagé dans la situation qu'il observe. Il devra donc développer son sens de l'objectivité au maximum.
- Enfin, l'Es doit faire preuve d'éthique quand il observe.

Le recours à l'observation dans les sciences humaines et sociales est limité, mais il s'est développé pour deux raisons essentielles:

- L'observation est la seule méthode possible.

Elle reste, en effet, la seule démarche accessible, par exemple, lors d'une absence de langage ou chaque fois qu'une différence de culture et de langue sépare l'observation de l'observé. Citons, par exemple, les activités ludiques de l'enfant avant ou après l'acquisition du langage,

comme l'étude des comportements des bébés mis en contact précocement avec l'eau ou l'étude de l'apprentissage de la marche des enfants trisomiques...

- L'observation est un mode d'approche spécifique de l'activité humaine.

De nombreux travaux attestent de décalages existants entre les intentions, anticipations verbales ou prédictions de comportement recueillies par questionnaire et les conduites effectives de ces mêmes personnes.

2) L'observation et ses limites

L'observation présente des difficultés concrètes dont il faut être conscient afin de réduire au maximum ses inconvénients. Plusieurs phénomènes humains entrent en jeu et risquent de fausser l'observation et introduire des biais.

Dans l'observation, il y a un ou plusieurs observateur(s) et un ou plusieurs observé(s)

Ø Facteurs influençant les **observateurs**:

La distorsion : est le processus par lequel un observateur déforme, d'une façon plus ou moins importante, un objet observé. Il est fréquent de voir plusieurs observateurs d'une même situation en donner une description différente. Cette distorsion est l'effet de la personnalité même de l'observateur :

- L'équation personnelle de l'observateur: chaque observateur a son "type" d'erreur auquel il est fidèle.
Certains observateurs *réduisent* des détails en *amplifient* d'autres
- La projection des propres sentiments, opinions et idées de l'observateur sur les données recueillies par l'observation
- La tendance de l'observateur à interpréter les informations selon la théorie à laquelle il adhère, ses préjugés, ses expériences, son vécu....
- Le phénomène d'empathie: capacité de l'observateur à comprendre le vécu de l'observé.
- L'effet Rosenthal: l'observateur est influencé par ce qu'il connaît déjà, les réactions antérieures des sujets observés.

Ø Facteurs influençant les **observés**:

- Les réactions automatiques au fait de se sentir observés comme les mécanismes de défense.
- Le modelage de l'observé par l'attitude (neutre, expressive, amicale, distante...) de l'observateur.
- L'effet Hawthorne est l'effet d'activation générale, plus ou moins durable chez les observés, due à la présence de l'observateur perçue comme valorisante.

L'impact de ces effets peut être partiellement réduit par la formation, la sensibilisation et l'entraînement des observateurs.

3) L'observation de l'environnement

Il est important d'observer la ou les personnes en difficulté dans leur environnement. Il s'agit donc d'observer aussi :

Les lieux physiques où réside, vit la personne,maison, quartier, ville,....

La structure dans laquelle la personne est « prise en charge » : centre hébergement, de jour,

4) L'observation de la personne en difficulté

Qui est-elle ? Combien sont-elles ? Quel âge a-t-elle ?...

Afin de bien connaître la ou les personnes, l'ES va observer ces personnes selon les aspects suivants :

Affectif : ses attitudes, réactions, façons de réagir....cf développement affectif en psycho

Intellectuel : voir les stades de développement selon Piaget, le QI, ...

Social : interactions entre la personne et les autres, développement social

Physique :

- moteur : motricité globale et fine, schéma corporel, organisation de l'espace
- sensoriel : visuel, auditif

Enfin l'Es doit connaître l'ensemble des signes distinctifs de certains troubles ou certaines déficiences ou encore pathologies...PPHI

5. Les types d'observation

Avant d'observer, l'ES doit décider du type d'observation qu'il veut entreprendre ce qui déterminera l'instrument d'observation à utiliser.

5.1. *L'auto-observation* : L'ES se doit de pratiquer l'observation sur lui-même avant de l'exercer sur autrui !!!

5.2. *L'allo-observation* : l'ES observe une autre personne. Attention aux biais vus précédemment.

5.3. *L'observation directe* : l'ES enregistre après coup les informations recueillies durant une certaine période d'observation. Cette observation fait appel à la mémoire de l'ES L'ampleur de la perte ou de la distorsion d'infos est proportionnelle au temps qui s'écoule entre l'observation et l'enregistrement.

Quelques conseils pratiques pour DEBUTER l'observation directe du comportement

0 Essayer de faire une description photographique, ou plutôt cinématographique de la situation.

0 Ne pas prendre de notes devant les personnes concernées, mais consigner le plus vite possible et de toute façon le jour même.

0 S'en tenir aux faits bruts (mimiques, gestes, paroles).

0 Ne pas donner ses propres impressions et sentiments dans la description (mais dans le commentaire, si vous le jugez nécessaire).

0 Pour le moment, ne pas trop chercher le "pourquoi", s'en tenir au "quoi" et au "comportement". Rechercher la compréhension "à chaud" dans l'ambiance du moment. Ainsi l'intention d'une phrase et le ton employé sont plus importants souvent que le contenu lui-même.

Rédiger en français, avec des phrases courtes: pas de "baratin" inutile, un style direct ou parlé.

0 Songer à l'importance des qualificatifs, des verbes, des adverbes, en vous méfiant des excès.

0 Eviter, autant que cela se peut les jugements de valeur et le vocabulaire moralisant. Le comportement de l'enfant ou du malade dit toujours quelque chose de lui, au-delà de ses difficultés, de sa maladie.

0 Dans la description du fait, tenter de respecter l'unité de temps, d'espace, d'action.

0 Par la suite, dans l'analyse, il sera toujours temps d'établir des liens avec le passé, avec d'autres circonstances connues.

0 Situer la personne observée: sexe, prénom, âge, durée du séjour au moment du fait. Motif du séjour ou de l'hospitalisation, ...

0 Indiquer, le cas échéant, la cause immédiate, directe, "apparente" du comportement observé, c'est à dire l'élément déclencheur.

0 Indiquer, le cas échéant, sans trop de détail, si la conduite de la personne est une réaction orientée:

- vers un objet (ex: l'enfant en colère qui frappe la porte parce qu'il ne peut pas l'ouvrir)
- vers lui-même: se punit, se prive, boude
- vers une autre personne: colère contre un autre enfant, ou malade, ou le personnel
- vers plusieurs personnes ou le groupe
- vers l'éducateur ou l'infirmière: une personne présente ou absente
- vers ses parents, l'institution (hôpital), les médecins, on.

5.4. *L'observation assistée* : L'observateur utilise un instrument qui lui permet d'enregistrer les détails de la situation : caméra vidéo, appareil photo, grille papier ou informatisée préparée à l'avance, ...

5.5. *L'observation générale* : l'ES n'est centré sur aucun élément en particulier : il observe la personne ou la situation en général. C'est ce type d'observation que l'on pratique dans les premiers moments de rencontre dans le but de mieux connaître la personne (rappelez-vous le module accueil). Ce type d'observation devrait déboucher sur une observation plus précise.

5.6. *L'observation systématique* : Elle est plus précise et suit généralement une observation générale. Exemple : lors d'un moment précis comme le repas ou lors d'une activité particulière comme la piscine. L'ES peut aussi observer une particularité de la personne, ses relations....

5.7. *L'observation participante* : C'est le type d'observation pratiquée par un ES en constante interaction avec les personnes qu'il observe. Cette approche s'attache à découvrir le sens, la dynamique et les processus des actes et des événements. Ici, l'observateur est intégré à la vie des acteurs concernés par l'étude. Ce type d'observation privilégie l'intersubjectivité, c'est-à-dire la prise en considération des significations que les acteurs (y compris les observateurs) attribuent à leurs actes.

L'observateur s'inclut dans le système qu'il veut observer, il fait lui-même partie de l'observation.

Elle a l'avantage de réellement tout observer, sans limite de distance, d'espace ou d'écran... Cependant, ce type d'observation a ses limites car il demande à l'ES un gros travail de mémorisation des détails qu'il ne peut que retranscrire plus tard, ce qui provoque une perte d'informations. De plus, la présence de l'observateur dans la situation observée modifie cette situation, les comportements et interactions. De plus, si les personnes observées se savent observées leurs comportements et attitudes risquent d'être encore plus éloignés de leur état habituel.

Exemples : l'ES va à la piscine avec les personnes, dîne avec elles,...

5.8. *L'observation clinique* : Si l'ES n'est pas engagé dans la situation qu'il observe, il pratique l'observation clinique. L'ES est dans la même pièce mais en retrait ou dans un autre local. Le miroir sans tain est parfois utilisé.

→ Ces différents types peuvent être combinés entre eux : observation clinique/générale, observation clinique/assistée/systématique

Selon vous, quels types d'observation va-t-on surtout utiliser en éducation spécialisée ?

6. Comment observer, quels instruments utiliser?

Les instruments d'observation s'utilisent à deux étapes du processus d'intervention : soit avant l'intervention, soit après afin d'en mesurer son effet.

6.1. *L'entrevue* :

- structurée : l'observateur recherche des informations bien spécifiques ce qui nécessite une préparation de l'entrevue
- non structurée lors de laquelle on ne pose pas de questions précises
- semi-structurée : l'observateur oriente les questions en fonction des besoins.

6.2. *Le questionnaire* : ressemble à l'entrevue mais les questions sont écrites plutôt qu'orales. On obtient soit des réponses fermées ou ouvertes

Quels sont les avantages et inconvénients des réponses ouvertes et fermées ??? Exemple : Le soir, Jean est-il porté à regarder la télévision ? ou Comment Jean occupe-t-il ses temps libres ?

6.3. *Le journal de bord* est un instrument d'observation qui consiste à décrire « au fil de la plume » une situation, une activité, un moment précis auquel la personne observée a participé. C'est un rapport d'activité. Il se rédige après l'événement et s'utilise en situation d'observation participante. Le journal de bord peut être structuré ou non structuré.

Remarque : Lors de votre stage, il vous sera demandé de tenir un cahier de bord, un journalier...

6.4. *L'observation libre* : ressemble au journal de bord mais sera utilisée en situation d'observation clinique. Cela demande beaucoup de concentration à l'observateur et ne peut être pratiqué durant une longue période à cause de la fatigue qu'elle engendre chez l'observateur. La précision des données se rapproche de celle d'un film ou d'une vidéo.

6.5. *L'anecdote* : il s'agit de décrire une situation qu'a vécue la personne observée. Elle comporte 6 étapes : le relationnel, la réalité-défi, la réaction de l'observé, l'action des autres personnes présentes, la réaction de l'observé à court terme et ses réactions à long terme. On peut donc observer toutes les activités quotidiennes d'une personne. Elle sera surtout utilisée dans des milieux de mésadaptation socio-affective.

6.6. *La grille d'observation* : la grille de pointage ou check list est utilisée afin de noter la présence ou l'absence de certains éléments précis observés.

Exemple : L'ES a déjà fait l'observation générale que Paul est assez agressif notamment quand il joue à des jeux de société. Il va donc observer plus précisément cela : lors d'une soirée jeu dans l'institution, l'ES va observer Paul et cocher dans sa grille préparée préalablement les comportements précis et directement observables comme Paul élève la voix, insulte, frappe, tape du pied...

La grille d'observation n'est utilisable que lorsqu'elle comporte des consignes claires et permet à tous les observateurs de suivre la même démarche. Le but étant évidemment d'obtenir les résultats les plus objectifs possible.

Une première observation est donc nécessaire, la grille d'observation sera donc construite après une enquête de la situation à analyser, afin d'en déterminer les critères pertinents à retenir.

→ *Il ne suffit donc pas de dire par exemple « Paul est agressif ... »*

Mais il s'agit toujours de transformer de telles affirmations en comportements observables et mesurables !!! (Renvoi à la formulation des objectifs)

4. D'autres techniques d'observation ou de prise d'informations

4.1. Le jeu de rôle

Il a pour but de faire surgir les divers rôles que tout homme possède en lui, en plaçant le sujet dans des situations déterminées.

Exemple : Jeux de rôle effectués en classe

4.2. Le dessin d'une situation de vie

Cette épreuve peut être utilisée pour appréhender la représentation que se font les sujets d'un concept quelconque. L'observateur peut alors capter cette observation.

Exemple : le dessin de l'éducateur spécialisé que vous avez présenté en début d'année

TRAITEMENT DES INFORMATIONS RECUEILLIES

Après avoir observé une personne de manière générale et puis systématique avec les instruments d'observation appropriés aux situations, l'ES devra analyser l'ensemble de ces informations. Il devra faire parler ses observations. Il peut avoir recours à des tableaux, des pourcentages, des classifications,...comme les aspects intellectuel, affectif, social et physique.

Une fois cette analyse des observations effectuée, c'est-à-dire l'identification des forces et difficultés de la personne et donc les besoins, il aura à rédiger une synthèse. Cette synthèse est un condensé de l'analyse de toutes ces observations. Par la synthèse, l'ES caractérise la personne, présente la personne dans sa globalité.

Module 3 : Etude socio-éducative et élaboration d'un PEI

Le projet éducatif individualisé consiste en une planification d'actions visant à favoriser le développement d'une personne qui requiert, en raison d'une difficulté ou d'une déficience, la mise en place d'actions coordonnées.

Cette planification est réalisée dans le cadre d'une démarche de concertation comprenant les étapes d'observation, d'élaboration, de réalisation et d'évaluation du plan d'intervention. Cette démarche s'inscrit essentiellement dans un processus dynamique d'aide qui se réalise pour et avec la personne.

En établissant le PEI, il doit y avoir une réelle préoccupation d'établir une relation significative avec le bénéficiaire.

Utilisation d'une grille d'observation

Note préliminaire

Cette grille d'observation est un **outil de travail** qui permettra à l'éducateur en formation de prendre en considération différents aspects de la vie d'une personne (enfant, adolescent, ou adulte) en institution.

Néanmoins, cet outil peut être utilisé dans **toute relation éducative**. Certaines rubriques seront laissées en suspens tout simplement.

Elle sert de **guide** afin d'avoir une meilleure connaissance de la personne. Elle permet d'élaborer un **projet éducatif personnalisé et cohérent**.

Certains éléments de la vie de la personne (sa famille, les raisons de son rapport à l'institution, son histoire,...) sont parfois difficiles à cerner. C'est pourquoi l'**observation** effectuée durant un temps relativement long se fera de manière **progressive et systématique** en notant vos réflexions.

La démarche proposée dans ce document comprend plusieurs étapes :

- 1) Une description neutre et objective d'éléments que vous pouvez voir, constater ;
- 2) Une coordination dynamique de ces divers éléments entre eux de façon à élaborer des hypothèses sur le « fonctionnement » de la personne ;
- 3) Une analyse de vos propres réactions et sentiments face à cette personne dans une approche éducationnelle ;
- 4) L'élaboration d'un projet éducatif (= moyens concrets) tenant compte des données recueillies à partir des différentes observations.

Il est aussi important de rappeler l'**importance du travail en équipe** (= pluridisciplinarité) afin de construire le projet de la personne. En d'autres termes, la préparation à l'élaboration d'un projet éducatif résulte du croisement des regards de professionnels.

Afin de mener un travail sérieux et une analyse complète des différentes observations, il est impératif d'illustrer cette grille par de nombreux exemples de situations vécues lors du stage.

N.B. : Il est impératif de **respecter l'anonymat de la personne observée**. Il suffit de noter l'initiale de son prénom ou de lui attribuer un prénom fictif.

En introduction à ce travail, il est **nécessaire d'évoquer les raisons de votre choix** de la personne observée.

1. Présentation de la personne (anamnèse = histoire du sujet)

- Prénom de la personne (initiale, prénom fictif) ;
- Date de naissance.
- Que savez-vous de l'entourage de la personne ? parents, fraterie...;
- Que savez-vous de l'histoire de la personne avant qu'elle ne soit en contact avec l'institution ? ;
- Quelles sont vos sources (la personne elle-même, le dossier, les éducateurs, les assistants sociaux,...) ?

→ Ces éléments historiques peuvent-ils être mis en relation avec d'autres observations ?

1.1. Description physique

- Présentation morphologique ;
- Attitude habituelle ;
- Mimiques ;
- Habillement ;
- Remarque(s) particulière(s)

1.2. Observation de la personne dans les moments forts de la vie de groupe et/ou de la journée

Remarque : Il faut bien préciser s'il s'agit d'une observation personnelle ou recueillie auprès d'autres personnes.

- Comment se passent pour la personne le réveil et le lever ? ;
- Comment se passent les repas : s'agit-il d'un moment important pour elle ?
Pourquoi ? ;
- Le repas est-il un moment fonctionnel (= se nourrir) ou convivial (= partager) ? ;
- Quelle est l'attitude de la personne vis-à-vis de la nourriture, de la tenue à table, des autres, de vous-même, de l'éducateur ? ;
- Comment se comporte-t-elle face aux tâches à accomplir ? ;
- Comment se comporte-t-elle vis-à-vis du groupe ? ;
- Quelle est sa participation aux différentes activités de l'institution ? (volontaire, enthousiaste, persévérante, craignant l'effort, accepte-t-elle les critiques des autres ?,...) ;
- S'il s'agit d'un jeune va-t-il (elle) volontiers à l'école ? ;
- Quelles sont les principales difficultés qu'il (elle) rencontre ?
S'il s'agit d'un adulte, envisagez, éventuellement, la question du parcours professionnel ;
- Comment se passent le coucher, l'endormissement et la nuit pour la personne ?

→ Que faudrait-il privilégier pour la personne si vous étiez responsable de l'organisation de la journée ?

2. Aspect relationnel

2.1. Description de la relation de la personne avec le (la) stagiaire

- Quel mode de contact utilise-t-elle (verbal, non-verbal, spontané, envahissant,...) ? ;
- La personne cherche-t-elle à communiquer ? A quel niveau ? (superficiel, personnel,...) ;
- Accepte-t-elle la relation éducateur-éduqué ou cherche-t-elle à se mettre sur un pied d'égalité ? ;
- Accepte-t-elle les remarques, les suggestions, les ordres de votre part et comment y réagit-elle ? ;
- Comment a évolué la relation stagiaire-bénéficiaire durant la période d'observation ? ;
- Quelle est votre réaction face à cette relation (intérêt, crainte, identification, rejet,...) ?

2.2. Observation de la personne dans sa relation avec les autres

➤ Avec les pairs :

- A-t-elle des ami(e)s ? Est-elle isolée ? Leader ? Suiveur ? Rejetée ? ;
- Quelles sont les modalités habituelles de ses relations (agressivité, chantage affectif, arnaque, partage,...) ? ;
- Est-elle intéressée, sensible, indifférente à ce qui arrive aux autres ?

➤ Avec l'/les éducateur(s) habituel(s) :

- Va-t-elle vers lui (eux) ? ; Attend-elle qu'on l'interpelle ? Recherche-t-elle une protection, une sécurité ? ;
- « Obéit »-elle facilement ? Accepte-t-elle les remarques ? ;
- Comment se comporte-t-elle à l'extérieur de l'institution ? Son comportement est-il semblable ou différent ? En quoi ? Est-il adéquat ?

→ Qu'en déduisez-vous de la sociabilité de la personne ?

→ Comment pensez-vous qu'il est adéquat pour vous d'entrer en relation avec elle ?

A ce stade de l'observation :

- Retracez l'ensemble des traits de personnalité de cette personne ;
- Déduisez une façon habituelle qu'elle a de réagir et imaginez les sentiments qui accompagnent ces attitudes habituelles ;
- N'hésitez pas à comparer la perception que vous aviez rédigée au point 1 et celle que vous éprouvez désormais.

3. Aspect personnel : la personne et son affectivité

Cette troisième partie d'observation doit permettre d'affiner les hypothèses émises précédemment.

3.1. Perception corporelle

- Comment pensez-vous que la personne vit son propre corps ? Le connaît-elle ? L'accepte-t-elle ? Sait-elle le gérer (hygiène, habillement, évolution) ? ;
- Quelle image la personne a-t-elle d'elle-même ? ;
- Se sent-elle bien comme elle est ? A-t-elle des envies de changer ?

3.2. Gestion des émotions

- La personne les connaît-elle ? Les laisse-t-elle s'exprimer adéquatement ou pas ? Est-elle parfois submergée par ses émotions ? ;
- Peut-elle prendre une distance vis-à-vis d'elle-même (autocritique, humour, culpabilité,...) ?

3.3. Rapports avec l'institution

- Comment la personne vit-elle sa situation en rapport avec l'institution (punition, soulagement, ...) ? ;
- Est-elle passive ou active dans la situation vécue ?

3.4. Relation de la personne à la loi, aux règlements, aux consignes et aux interdits

- La personne fait-elle preuve d'écoute, de compréhension, d'esprit critique, d'adaptation, d'exécution, de soumission,... ? ;

- La loi est-elle un point de repère pour la personne ou la contourne-t-elle ? ;

- Comment la personne réagit-elle à la frustration (passivité, indifférence, révolte, revendication, soumission,...) ?

→ **Quels sentiments cette personne induit-elle chez-vous ?**

→ **Auriez-vous envie de travailler avec elle ?**

→ **Lesquelles de vos propres ressources (affectives, intellectuelles, psychomotrices) mobiliseriez-vous pour travailler avec elle ?**

4. Le projet éducatif personnalisé

A ce stade du travail, ébauchez un projet éducatif (PEI) que vous pourriez mettre en place avec la personne dont il est question.

Informations sur le PEI

- Document écrit ;
- Projet réalisé et révisé avec la personne et ses représentants ;
- Outil évalué continuellement ;
- Inventaire des forces et des besoins d'une personne ;
- Précision des buts, objectifs, moyens, stratégies, délais et responsabilités de chaque intervenant ;
- Instauration d'une collaboration entre les intervenants ;
- Attentes réalistes # utopie et échec ;
- Prise en considération de la famille de la personne ;
- Meilleure connaissance des limites de la personne, de ses faiblesses ;
- Accent mis sur la continuité, la progression et l'évolution.

Concrètement, à l'issue de votre étude de cas, en guise de conclusion, vous devrez élaborer 5 objectifs de travail pouvant être mis en œuvre avec la personne observée. Aussi, pour chaque objectif, vous devrez trouver 3 idées d'activités à même de répondre à l'atteinte de ces objectifs.

Partie 2 Déontologie

Les notions de déontologie concerneront essentiellement les principes déontologiques de base en vigueur dans les professions psycho-sociales, ainsi que la question du secret professionnel et de son application concrète en accord avec les principes déontologiques.

On sait aussi qu'il n'existe pas de code déontologique propre à la fonction d'éducateur spécialisé comme il en existe pour d'autres professions. Cette absence n'implique évidemment pas l'inexistence de référence déontologique chez les éducateurs. Simplement, les principes n'ont pas été formalisés dans un code.

Introduction

Lorsqu'on consulte les dictionnaires de la langue française, la différence entre éthique et morale n'apparaît pas toujours clairement :

Ethique : du Grec êthicos, science de la morale.

Morale : Théorie de l'action humaine en tant qu'elle est soumise au devoir et a pour but le bien ; ensemble des règles de conduites considérées comme bonnes de façon absolue.

*Le philosophe Paul Ricoeur, propose de définir la **morale** comme étant la référence aux normes, c à-d ce qui énonce les principes du permis et du défendu ; et l'**éthique** comme étant située en amont des normes.*

*Dans cette optique, nous retiendrons que l'**éthique** constitue une « **réflexion de fond sur le sens de ses actes, la nature des normes qui les guident, les objectifs qu'ils poursuivent, les limites qui les forment** ».*

Cette différenciation des notions d'éthique et de morale permet d'étudier les questions relevant du champ de la morale et de la déontologie en distinguant deux niveaux.

Un niveau plus abstrait, celui de l'éthique qui renvoie au sens, aux idéaux, à la théorie, à l'universel. Un niveau plus concret, celui de la morale qui concerne les prescriptions, les aspects pratiques, ce qui est contextualisé.

La démarche éthique dans le travail psycho-médico-social revient à donner une place centrale au sujet. Elle privilégie le respect de l'homme en tant que tel, considère la personne comme une fin en soi et jamais comme un moyen. Cette reconnaissance de l'autre en soi (cf. Paul Ricoeur) permet l'empathie. Il faut aussi souligner qu'il s'agit avant tout d'une démarche : « La réflexion éthique est la conscience d'un problème avant d'en être la solution ». Ainsi, les références éthiques nous servent à analyser les enjeux du travail social, à réinterroger ses fondements et ses pratiques et à nous positionner.

C'est sur cette démarche éthique que se fonde l'élaboration de la déontologie professionnelle.

Définir la déontologie

Le mot déontologie vient du Grec « deon » qui veut dire **devoir** et « logos » qui signifie science. Littéralement, il s'agit de la science des devoirs. Eirick Prairat définit la déontologie comme suit ;

«L'objet de la déontologie n'est (...) pas de fonder philosophiquement la notion d'obligation, ni de comprendre en quoi un devoir est un devoir, mais d'inventorier très concrètement les obligations qui incombent à un professionnel dans l'exercice de sa tâche ».

Autre caractéristique importante : « La règle déontologique n'est pas une règle choisie à titre personnel mais une règle imposée par une instance (...) » ou élaborée collectivement. Le rapport entre l'éthique et la déontologie peut être décrit comme un questionnement (éthique) fondant des règles pratiques (déontologie).

Bien que se rapportant à l'exercice concret d'une profession, le cadre déontologique est aussi là pour **nous aider à construire une réflexion sur le sens de nos interventions et sur leur concordance avec les exigences éthiques**, nous aider dans les choix que nous devons inévitablement opérer dans le travail social et à nous positionner par rapport à notre institution, ses objectifs, ses modes d'action.

Exemples : Quels sont les objectifs de notre institution ? Quelle place occupent les préoccupations budgétaires dans l'orientation des actions ? Au cas où nous travaillons pour un pouvoir local, les préoccupations électorales nous font-elles délaissier un public pour un autre ?

La déontologie est donc la discipline qui traite des « devoirs à remplir », propre à une profession, elle pose un certain nombre de principes (respect de la dignité humaine, moralité, indépendance professionnelle) et précise des dispositions réglementaires (secret professionnel, obéissance à l'Ordre professionnel, ...) spécifiques à chaque profession.

Son code s'adresse aux membres de la profession visée et non à l'ensemble des citoyens. Il édicte les règles d'action nécessaires à l'exercice d'une profession qui s'adresse à l'homme considéré comme sujet.

Il est important de souligner que la déontologie existe indépendamment de sa formalisation dans un code de déontologie.

Déontologie et codes de déontologie, définitions

« Le code de déontologie fixe les règles et les principes qui doivent servir de référence tant à l'égard des bénéficiaires et des demandeurs de l'aide qu'à ceux qui l'apportent ou qui contribuent à sa mise en œuvre. Il garantit le respect de leurs droits en général et plus particulièrement celui du secret professionnel, de l'intimité des personnes, de leur vie privée et familiale, des convictions personnelles et des différences, ainsi que l'utilisation correcte des informations recueillies. Il détermine en outre, la conduite, les devoirs et l'éthique professionnels qui doivent prévaloir dans l'action des intervenants. Chaque disposition doit s'interpréter en tenant compte de l'esprit général de ce code. »

Les codes de déontologie peuvent être classés en **trois types** :

1. Les codes édictés par les représentants d'une profession et dont l'application est surveillée par un ordre professionnel, qui revêt des compétences disciplinaires (médecins, avocats¹⁶, notaires¹⁷, ...). En cas de contravention au code, l'ordre peut prononcer des peines disciplinaires comme par exemple l'interdiction d'exercer, interdiction provisoire ou définitive. Ces sanctions sont indépendantes des sanctions pénales. Ainsi, un médecin qui trahit le secret professionnel encourt une peine correctionnelle et peut se voir réclamer des dommages et intérêts dans une procédure civile, mais il peut être également sanctionné disciplinairement par son ordre. Pour exercer la profession, l'inscription à son ordre professionnel est obligatoire. Dans la majorité des cas, ce sont des professions exercées en tant qu'indépendant (professions libérales).

2. Les codes édictés par les représentants d'une profession ou d'un secteur d'activité, mais qui ne détiennent pas de pouvoir disciplinaire (assistants sociaux, psychologues, infirmiers, médiateurs, interprètes sociaux, ...). En cas d'infraction au code de déontologie, les organismes représentatifs n'ont pas le pouvoir de prononcer une sanction. Toutefois, l'employeur peut sanctionner le contrevenant en application du règlement de travail. Si un délit a été commis, le tribunal correctionnel peut être saisi de l'affaire et prononcer une peine. La personne, victime des agissements du professionnel, peut entamer une procédure civile pour être dédommagée du préjudice subi¹⁸. L'adhésion à un organisme représentatif n'est pas obligatoire et la majorité de ces professionnels sont salariés (à l'exception des psychologues et infirmiers qui peuvent également exercer en tant qu'indépendant).

3. Le troisième type de code n'est plus établi par les représentants d'une profession, mais par le législateur. C'est le cas du code de déontologie du secteur de l'aide à la jeunesse qui est institué par le Décret de la Communauté française du 04/03/1991 et l'Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 15/05/1997.

Actuellement, on assiste à la multiplication des codes de déontologie. Aux codes « traditionnels » sont venus s'ajouter des codes concernant un secteur spécifique : les A.S. de CPAS de la Région wallonne, les Médiateurs sociaux de la Région bruxelloise, les travailleurs sociaux de rue, les interprètes sociaux, etc ... Tous ces codes relèvent de la deuxième catégorie.

Les sources juridiques des codes de déontologie

Nous avons vu que les principes déontologiques trouvent leur source dans une conception éthique de la personne humaine et de l'exercice d'une profession. Mais on retrouve également ce tronc commun de valeurs dans divers textes de références (cf. farde de documentation).

- **La déclaration universelle des droits de l'homme** qui a été adoptée par l'assemblée générale de l'ONU le 10 décembre 1948. Elle énonce des principes généraux, mais n'a pas de force contraignante.
- **La convention européenne des droits de l'homme** qui a été adoptée le 4 novembre 1950 par les pays membres du Conseil de l'Europe²³. La Cour européenne des droits de l'homme est chargée de son application.
- **La convention internationale des droits de l'enfant** qui a été signée le 20 novembre 1989 par les pays membres de l'assemblée générale de l'ONU. A ce jour, seuls les Etats-Unis et la Somalie n'ont pas ratifié la convention (situation en 2008).
- **La Constitution belge** qui constitue la charte fondamentale du pays. Toutes les normes juridiques doivent être conformes aux principes qui y sont édictés. Le titre II de la Constitution énonce les droits fondamentaux des citoyens.

Comment appliquer ces principes dans son quotidien

- L'intervenant fait de **la relation humaine** son outil de travail. Le rôle de l'intervenant social se construit, tout d'abord, dans et autour de la relation avec la personne. Il met en œuvre tous les moyens que sa compétence professionnelle lui suggère en utilisant au mieux les **ressources** des personnes, des institutions et de la législation, pour :
 - a) aider chacun à s'intégrer dans la société et à s'y promouvoir,
 - b) inspirer et prolonger l'action des organismes qui l'emploient,
 - c) contribuer à améliorer l'ensemble des structures sociales.

- Le **respect des opinions religieuses, philosophiques et politiques** d'autrui s'impose à l'intervenant dans l'exercice de sa profession quelles que soient ses propres convictions. Toute activité professionnelle de l'intervenant est basée sur le **respect inconditionnel** de la personne, sans distinction de sexe, de condition sociale, d'opinions politiques, philosophiques ou religieuses, d'appartenance culturelle ou raciale.

- L'intervenant agit en **mesurant les conséquences** qu'entraînent ses interventions dans la vie des personnes et des institutions/services.

- Il appartient à chaque intervenant de trouver sous sa propre responsabilité les moyens appropriés au but poursuivi. L'intervenant donne **la primauté aux intérêts et volontés des personnes**, groupes et collectivités pour lesquels il est amené à intervenir personnellement. L'attitude générale de l'intervenant doit être propre à **inspirer la confiance** de ceux qui utilisent ses compétences. Toute personne qui en fait la demande a droit aux compétences de l'intervenant social et à bénéficier des aides de l'institution/service.

- L'intervenant, **sans porter de jugement de valeur** sur les personnes, les groupes, les communautés qui requièrent ses compétences, recherche avec eux les moyens de répondre à leur demande et respecte leur libre choix.

- L'intervenant **offre ses compétences mais ne les impose pas**. L'accord de la personne est de rigueur pour toute investigation préalable à l'action et pour toute intervention. Seules les informations indispensables à l'intervention seront communiquées à la condition expresse que la personne ait marqué son approbation et en ait compris le motif. En cas de refus, celle-ci sera informée des conséquences de son refus.

« Code de déontologie des services et du secteur de l'aide à la jeunesse. »

Ce code de déontologie a été institué par le Décret de la Communauté française du 04/03/1991 et l'Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 15/05/1997. Il s'applique à tous les services relevant du décret.

*Une commission de déontologie a été instituée par l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 15/05/1997. Elle a pour mission de rendre des avis sur les questions de déontologie qui se posent dans le secteur de l'aide à la jeunesse, mais **ne détient pas de pouvoir disciplinaire.***

*L'objectif est de porter un éclairage sur les différentes dispositions du code de déontologie. Les avis de cette commission, **consultables sur internet,** constituent une source précieuse quant aux problèmes relevant de l'application concrète du code.*

1 - Objet

Le code de déontologie fixe les règles et les principes qui doivent servir de référence tant à l'égard des bénéficiaires et des demandeurs de l'aide qu'à ceux qui l'apportent ou qui contribuent à sa mise en œuvre. Il garantit le respect de leurs droits en général et plus particulièrement celui du secret professionnel, de l'intimité des personnes, de leur vie privée et familiale, des convictions personnelles et des différences, ainsi que l'utilisation correcte des informations recueillies.

Il détermine en outre, la conduite, les devoirs et l'éthique professionnels qui doivent prévaloir dans l'action des intervenants.

Chaque disposition doit s'interpréter en tenant compte de l'esprit général de ce code.

2 - Champ d'application

Le présent code de déontologie s'adresse à tous les services collaborant à l'application du décret de la Communauté française relatif à l'aide à la jeunesse et qui ont pour mission dans ce cadre d'apporter une aide :

- aux jeunes en difficultés;*
- aux personnes qui éprouvent de graves difficultés dans l'exécution de leurs obligations parentales;*
- aux enfants dont la santé ou la sécurité est en danger ou dont les conditions d'éducation sont compromises. Ou de contribuer à la mise en œuvre de l'aide apportée à ces personnes.*

En outre, ces services sont particulièrement tenus de respecter les principes et les dispositions contenus dans :

- la convention européenne du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales;*
- la convention européenne du 28 novembre 1987 pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants;*
- la convention internationale du 20 novembre 1989 relative aux droits de l'enfant;*

- la loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse;
- la loi du 30 juillet 1981 tendant à réprimer certains actes inspirés par le racisme ou la xénophobie;
- le décret du 29 avril 1985 de la Communauté française relatif à la protection des enfants maltraités;
- le décret de la Communauté française du 4 mars 1991 relatif à l'aide à la jeunesse;
- la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

3 - Dispositions

Article 1er. *Sans préjudice du présent code les intervenants veillent à respecter également les règles déontologiques spécifiques à leur profession.*

Article 2. *L'intervenant recherche les solutions les plus épanouissantes pour le bénéficiaire. Il veille, dans toute la mesure du possible, si les droits et l'intérêt du jeune ne s'y opposent pas, à maintenir la cohésion de la famille et tient compte des attachements privilégiés du jeune, notamment à l'égard de ses frères et sœurs et de ses familiers.*

Les intervenants veillent à proposer la solution qui a la meilleure chance de succès.

Ils ont le devoir d'envisager la solution la plus adaptée et la plus accessible au jeune et s'il échoue (au cas échéant) à sa famille.

Le bénéficiaire doit rester sujet de l'intervention.

Article 3. *Les intervenants ne peuvent en aucun cas imposer leurs convictions philosophiques, religieuses ou politiques au bénéficiaire de l'aide. Ces convictions ne peuvent fonder ni la décision d'octroi ou de refus de l'aide, ni la nature de cette aide; elles ne peuvent davantage entraîner de prosélytisme auprès du bénéficiaire.*

Dans le respect de l'intérêt du jeune, de ses droits et obligations, de ses besoins, de ses aptitudes et des dispositions légales en vigueur, l'intervenant veille à respecter et à favoriser l'exercice du droit et du devoir d'éducation des parents notamment en ce qui concerne le développement physique, mental, spirituel, moral, social et culturel de leur enfant.

L'expression des valeurs éthiques du bénéficiaire de l'aide doit être respectée sauf si elle est contraire à la loi.

Article 4. *Les intervenants ont un devoir de formation et d'information permanente.*

Ils ont l'obligation de remettre en question régulièrement leurs pratiques professionnelles et veillent à les adapter à l'évolution des connaissances et des conceptions.

Ces pratiques professionnelles ne peuvent s'inscrire dans un contexte prioritairement sécuritaire ou répressif.

Article 5. *Les intervenants s'abstiennent de toute attitude susceptible de nuire inutilement et gravement à la crédibilité de leur fonction auprès des bénéficiaires de l'aide.*

Article 6. *Les intervenants ont l'obligation, dans les limites du mandat de l'usager, du respect de la loi et du secret professionnel, de travailler en collaboration avec toute personne ou service appelé à traiter une même situation.*

La collaboration entre les services d'aide à la jeunesse suppose une connaissance mutuelle des services, de leurs objectifs, de leur cadre réglementaire, de leurs compétences et spécificités ainsi que des personnes travaillant dans ces services. Les intervenants sont dès lors tenus de développer cette connaissance par les contacts nécessaires en vue de favoriser la collaboration entre services.

La collaboration entre les services suppose la délimitation et le respect du rôle et des compétences de chacun des acteurs, ainsi qu'un échange d'informations. Cet échange doit s'effectuer avec la collaboration des personnes concernées, le jeune et sa famille demeurant au centre de l'action.

Les intervenants adoptent une attitude claire par rapport à la situation et aux autres intervenants. Ils ont le devoir de s'informer des actions déjà entreprises et de respecter les choix opérés par les intervenants précédents sans être nécessairement liés par ces choix pour l'avenir.

La collaboration entre les services et les intervenants doit permettre la recherche de la solution la plus efficace, la plus simple, et la plus proche des personnes concernées.

La collaboration suppose aussi le respect du lien privilégié qu'un bénéficiaire d'aide a établi avec un service ou auquel il fait confiance.

Article 7. *Sans préjudice des dispositions prévues à l'article 12, tout renseignement de nature personnelle, médicale, familiale, scolaire, professionnelle, sociale, économique, ethnique, religieuse, philosophique, relatif à un bénéficiaire de l'aide ne peut être divulgué. Il ne peut être transmis qu'à des personnes tenues au secret professionnel, si cette communication est rendue nécessaire par les objectifs de l'aide dispensée et si elle est portée préalablement à la connaissance du bénéficiaire et, s'il échet (au cas échéant), de ses représentants légaux.*

L'identité des intervenants qui sont détenteurs de renseignements de nature personnelle au sujet d'un bénéficiaire doit être portée à la connaissance de celui-ci et, s'il échet (au cas échéant), de ses représentants légaux.

Les intervenants communiquent aux bénéficiaires les informations qui les concernent, soit à la demande de ceux-ci, soit si les intervenants estiment que cette communication est susceptible de favoriser l'épanouissement des bénéficiaires. Les intervenants veillent à ce que les informations soient transmises de manière à ne pas perturber gravement le bénéficiaire.

Les informations personnelles concernant d'autres personnes impliquées dans l'aide accordée au bénéficiaire ne peuvent lui être communiquées que moyennant l'accord de celles-ci et si cette transmission est conforme à la finalité de cette aide.

Article 8. *Les intervenants s'assurent que le bénéficiaire ou ses représentants apprécient en pleine connaissance de cause la nécessité, la nature et la finalité de l'aide ainsi que ses conséquences et puissent dès lors faire valoir leurs droits.*

Ils sont tenus de formuler leurs propositions et décisions relatives à cette aide dans un langage compréhensible et lisible énonçant, sous réserve du respect du secret professionnel et de la vie privée d'autrui, les considérations de droit et de fait qui les fondent.

Ces propositions et décisions ainsi motivées doivent être notifiées aux personnes intéressées par l'aide et qui sont autorisées à introduire le recours prévu à l'article 37 du décret du 4 mars 1991 relatif à l'aide à la jeunesse.

Le bénéficiaire de l'aide a droit à une information complète quant aux aides matérielles, médicales et psychosociales dont il est susceptible de bénéficier, notamment en fonction de l'état actuel des connaissances et des législations en vigueur.

Article 9. *L'intervenant doit veiller dans les situations traitées à distinguer les notions d'urgence et de gravité.*

L'urgence doit s'apprécier en tenant compte de l'intérêt du jeune, de sa sauvegarde physique ou psychologique et en dehors de toute autre considération.

Elle ne peut constituer un prétexte pour adopter une solution brutale sans égard à l'ensemble des ressources du terrain, des implications et des conséquences secondaires de la mesure.

Une décision prise dans le cadre de l'urgence doit être réévaluée dans des délais raisonnables et fixés préalablement.

Article 10. *Le bénéficiaire doit recevoir l'aide dans des délais raisonnables. Les intervenants veillent dans ce sens à fixer et à respecter des délais en rapport avec la nature, la gravité et l'origine de la situation.*

Ils veillent aussi, sauf si l'urgence et la gravité le justifient, à ce que le traitement de nouvelles situations n'entrave pas le respect des échéances fixées dans les situations déjà prises en charge.

Si après avoir utilisé toutes les ressources et moyens professionnels en leur possession, les intervenants sont dans l'impossibilité d'octroyer valablement l'aide nécessaire dans les délais raisonnables, ils en informent les bénéficiaires et les autorités concernées afin de susciter les modifications de la politique et des règlements qu'ils jugent souhaitables.

Article 11. *Afin d'élaborer un programme d'aide, l'intervenant procède ou fait procéder à l'évaluation de la situation.*

Il veille à prendre conscience de ses possibilités personnelles, de ses limites professionnelles et à agir dans la mesure de celles-ci.

Confronté à une situation susceptible de compromettre gravement la santé, la sécurité ou les conditions d'éducation d'un jeune et qu'il estime ne pouvoir assumer valablement, il a le devoir d'en référer à d'autres intervenants dont l'action serait plus appropriée ou s'il échet aux autorités compétentes.

L'intervenant est tenu d'en informer le bénéficiaire.

Article 12. *Les intervenants sont tenus de respecter le secret professionnel. Ce respect doit être compris comme étant une obligation contractée à l'égard du bénéficiaire de l'aide garantissant la confiance que ce dernier doit pouvoir trouver auprès des intervenants et des services. En aucun cas il ne peut servir à protéger l'intervenant lui-même.*

L'intervenant est tenu au secret professionnel en ce qui concerne les informations portées à sa connaissance, les initiatives qu'il est amené à prendre dans le cadre des demandes d'aide qui lui sont adressées et le contenu de ses dossiers.

Il garantit notamment ce secret à propos de l'organisation des entretiens, de leur teneur et de ce qui en résulte. Il assure également le secret de toute correspondance adressée dans le cadre de ses actions.

Appelé à témoigner en justice, l'intervenant se montrera soucieux de l'intérêt du bénéficiaire de l'aide.

Dans un souci d'aide, l'intervenant peut coopérer avec d'autres personnes ou services chaque fois que l'intérêt du bénéficiaire de l'aide l'exige. Cette collaboration doit être portée à la connaissance du bénéficiaire de l'aide. Elle doit s'exercer dans la discrétion et n'autorise que l'échange de faits et d'informations indispensables à la prise en charge.

Dans l'impossibilité d'agir personnellement pour défendre les intérêts ou la sécurité du bénéficiaire de l'aide, de sa famille ou de tiers gravement menacés, l'intervenant peut invoquer l'état de nécessité pour transmettre aux autorités compétentes les informations nécessaires.

Lorsqu'à des fins d'enseignement, de recherche ou d'informations, l'intervenant est amené à utiliser ou transmettre des renseignements sur les bénéficiaires, il est tenu de garantir l'anonymat et le respect de la vie privée en ce qui les concerne.

Article 13. *L'intervenant ne peut exercer à l'égard d'un même bénéficiaire de l'aide plusieurs fonctions liées à l'octroi, au refus d'octroi, ou à la mise en œuvre de l'aide.*

L'intervenant ne peut participer directement à la décision d'octroi ou de refus d'octroi d'une aide à un bénéficiaire s'il peut y trouver un intérêt direct ou indirect soit à titre personnel, soit au titre de mandataire ou de représentant.

Article 14. *Eu égard au respect de la vie privée, les intervenants doivent s'abstenir de participer ou de contribuer à la diffusion et à la publication d'informations par le biais d'un quelconque support médiatique, de nature à permettre l'identification des bénéficiaires de l'aide.*

Il ne peut y être dérogé que si l'intérêt du jeune le justifie et avec l'accord de celui-ci s'il est capable de discernement ou, dans le cas contraire, de ceux qui administrent sa personne.

Article 15. *Le Pouvoir Organisateur ou son mandataire doit s'assurer que le comportement des personnes qu'il occupe n'est pas de nature à être préjudiciable aux bénéficiaires de l'aide qui leur sont confiés.*

Tout intervenant, engagé ou non dans le cadre d'un contrat de travail, doit être reconnu de bonne vie et mœurs et doit pouvoir en attester.

Tout intervenant ayant connaissance de faits de maltraitance, dont notamment les abus sexuels, commis par un autre intervenant, est tenu d'en informer les autorités compétentes.

Les valeurs énoncées dans les codes de déontologies correspondent à l'éthique humaniste qui reconnaît une égale dignité de tout homme, voici

Quelques droits fondamentaux des « bénéficiaires » et outils permettant d'en favoriser le respect

Au travers de vos stages, quels sont les droits des bénéficiaires que vous avez jugés essentiels ?

Quelques droits essentiels...

Reprenons quelques droits essentiels du bénéficiaire (Loubat, 2002) comme :

- **Droit à l'intimité et à la dignité** : possibilité pour le bénéficiaire de voir respectées à tout moment son intégrité, son image et sa personnalité (protection des parties de son corps, intimité des soins et toilettes, vêtements « décents », possibilité de ne pas être tutoyé, ne pas être ridiculisé, amoindri... possibilité aussi de pouvoir se retrouver seul, éviter de répondre à certaines questions intrusives, ... droit de ne pas être réduit à une étiquette (« handicapé », « caractériel », « malade », ...).

Lors de vos stages, comment était géré ce droit ? Est-il facile à respecter ?

- **Droit à l'autodétermination** : déterminer de manière personnalisée les zones d'autodétermination de chaque bénéficiaire. Ce droit commence par celui de circuler librement... choisir sa place à la salle à manger, choisir ses vêtements, les activités, ...

Comment était géré le trousseau de clés dans votre institution ? Les personnes avaient-elles le choix de participer ou non aux activités ?

- **Droit à la confidentialité**, à la réserve et au principe de précaution.
- **Droit à l'information** : droit à l'accès par le « bénéficiaire » à toute information le concernant. Cela va faire changer le regard porté sur la personne ainsi que le discours véhiculé.

Souvenez-vous de réunions de synthèse ou de rapports concernant un usager. Pensez-vous que tout ce qui a été dit ou écrit pourrait être dit tel quel à la personne ? Sinon, pourquoi, selon vous, cela a été dit ou écrit ?

- **Droit à la disponibilité** : droit d'être entendu, de se plaindre et d'avoir une réponse,...

Quelles étaient les réactions face aux plaintes, les vôtres comprises ?

- **Droit à la sécurité** : protection vis-à-vis des risques de l'environnement, des risques du fait d'autrui ou du propre fait de la personne elle-même.
- ...

Quelques outils favorisant le respect de ces droits et des repères déontologiques et de bonnes conduites

*Dans vos différents stages, quels pourraient être les outils mis au point dans cet objectif ?
Expliquez.*

Les établissements peuvent se doter de divers outils permettant de rencontrer les droits des personnes ainsi que les repères déontologiques ou de bonnes conduites.

- *La charte éthique dont le but est de définir un certain nombre d'engagements de principe de la part de l'établissement. Il ne s'agit pas uniquement de représenter des grandes intentions, cela doit avoir des répercussions concrètes dans le fonctionnement quotidien.*
- *Le règlement de fonctionnement définit les droits et les devoirs des personnes accueillies (règlement d'ordre intérieur)*
- *Les engagements-qualités constituent l'ensemble des points forts incontournables de l'offre de l'institution.*
- *L'accueil du bénéficiaire et la contractualisation des prestations : avec la procédure d'accueil, le livret d'accueil, le contrat (engagement réciproque qui scelle la transaction. Il fixe les modalités de l'échange, les devoirs, les droits et les contraintes qui incombent aux parties.)*
- *Apprécier les besoins du bénéficiaire par la consultation : élaboration d'une grille d'entretien, d'un PEI afin de personnaliser l'intervention.*
- *Organiser des réunions de concertation*

Une difficile éthique de l'éducation spécialisée...

Martinet attire l'attention sur la difficulté inhérente au travail social : **la relation.**

Pour éduquer, nous nous basons sur ce que nous connaissons, notre vécu antérieur et nous orientons notre intervention vers un but à atteindre.

Il faut en avoir conscience, autrement, nous risquons de devenir un « malheureux technicien comptant ses heures, voire ses minutes de présence et qui, inexorablement mécontent de sa tâche, distille son malaise et son insatisfaction sur les structures et les personnes. »

Le drame existe aussi si on utilise les personnes en difficulté pour sa propre réassurance. L'auteur rajoute même, « l'enfant, par le fait qu'il est un être en devenir où tout reste possible, induit chez l'adulte, du parent à l'éducateur, le désir de rejoindre par son intermédiaire la partie blessée, revancharde, irritée. Nous allons donc être perpétuellement écartelés entre un double mouvement : celui d'être proche de l'enfant afin qu'il puisse capter en nous, par nous et autour de nous, les matériaux dont il a besoin pour se bâtir – celui d'être suffisamment distant pour qu'il puisse tracer sa propre trajectoire. »

Avez-vous déjà éprouvé des difficultés de distance, ou des difficultés relationnelles avec des usagers ? Que ressentiez-vous ? Comment dépasser ce problème de distance ?

Afin d'éviter de se laisser aller uniquement à son vécu, certaines règles ont été créées. Celles-ci sont donc normatives et à respecter.

Voici un exemple qui nous permettra d'introduire certaines règles déontologiques légales.

Signaler ou ne pas signaler ?

CONFLIT

Difficile déontologie

« Il appartient à quiconque en ayant connaissance, à plus forte raison s'il s'agit d'un travailleur social, d'en informer les autorités judiciaires ou administratives et de prendre les moyens de les empêcher, sous peine de sanctions pénales » (1). Pour avoir observé la loi, trois professionnelles ont été mises à pied, puis licenciées. Pour ne pas l'avoir fait, leurs collègues « donnent l'impression d'acteurs déresponsabilisés dans l'attente de l'enquête judiciaire » (2). Récit d'une contradiction exemplaire

Le 12 janvier 1996, deux éducatrices spécialisées et une psychologue se présentent spontanément, à l'insu de la hiérarchie de leur établissement — accueillant des adolescents dits *cas sociaux* et géré par une importante association —, au Parquet de Chaumont (Haute-Marne) : elles y dénoncent des agressions sexuelles dont, selon elles, seraient victimes, de manière récurrente, plusieurs adolescents de l'institut éducatif dans lequel elles sont salariées ; connus de l'équipe éducative et du directeur, ces faits n'auraient pas fait l'objet de rappels à la loi, et aucun signalement n'aurait été transmis aux autorités judiciaires, que ce soit le juge des enfants ou le Parquet.

Début février de la même année, le préfet diligente une enquête ; conduite par le directeur départemental de la Protection judiciaire de la jeunesse et un conseiller technique régional de la PJJ, elle a pour but d'évaluer les conditions de prise en charge des mineurs concernés d'une part, le fonctionnement de l'institution par rapport à la violence d'autre part (déjà en 1994, un audit interne avait mis en lumière le climat de violence régnant

dans l'établissement), évaluer enfin la qualité de la transmission des informations. L'enquête fait apparaître des dysfonctionnements importants et met en cause le reste de l'équipe, singulièrement passive devant le manque de réponse institutionnelle à ces graves infractions : « les professionnels rencontrés », y est-il écrit, « donnent l'impression d'acteurs déresponsabilisés dans l'attente de l'enquête judiciaire. En fait, sur le plan institutionnel, ces faits ont été traités comme des incidents de parcours pouvant ternir l'image et la réputation de l'établissement et non pas comme une infraction. L'institution ne s'est pas montrée transparente au droit ». Il est préconisé une réorientation pour chacun des adolescents concernés par les violences sexuelles et une réflexion sur « l'évolution de la pédagogie interne », à l'occasion de la procédure de renouvellement de l'habilitation Justice de l'établissement.

Mi-mars, le directeur est mis en examen, pour non-assistance à personne en péril ;

cette situation est accompagnée d'une interdiction d'exercer et de rencontrer personnels et mineurs. Le chef de service assure l'intérim, sous la responsabilité d'un autre directeur de l'association gestionnaire. Mais le 15 septembre suivant, le personnel de l'établissement apprendra que le directeur mis en examen a bénéficié d'un non-lieu.

Avril : les autorités de tutelle provoquent une réunion à l'institut éducatif : le juge des enfants, la direction départementale de l'action sanitaire et sociale et celle de la PJJ, le Directeur intérimaire, le chef de service, les éducateurs et autres personnels sont présents, y compris le factotum, le veilleur de nuit et la lingère. Après avoir rappelé la gravité et la nature sexuelle des faits, le juge des enfants rappelle la définition juridique du viol ; il souligne le courage des salariées réagissant au non-signalement institutionnel, et insiste sur la nécessité d'un nouveau projet éducatif, s'étonnant que ce travail ne soit pas déjà initié.

Un nouveau directeur arrive en sep-



tembre 96, mais obtient sa mutation un an plus tard. Il est remplacé, en septembre 1997, par un nouveau responsable. Le climat se dégrade, des actes de bizutage inquiétants sont de nouveau à déplorer. Les relations se tendent entre la direction et les trois salariées à l'origine du signalement de 1996. Invoquant une sorte de clause de conscience déontologique, celles-ci cessent le travail le 29 septembre 97. Le lendemain, elles rencontreront le sous-préfet pour dénoncer l'absence de réponses éducatives et les pressions subies. Mises à pied le 7 octobre, elles sont licenciées le 17 suivant.

Sollicité cette année par les intéressées, le Comité des avis déontologiques de l'Association nationale des communautés éducatives (ANCE) (1) avait clairement répondu, sur les obligations des éducateurs ayant constaté de tels faits : « À l'évidence, les faits rapportés sont constitutifs de mauvais traitements infligés à des mineurs, voire de crimes ou délits contre l'intégrité des personnes au sens des articles 223-6, 434-1 et 434-3 du Code pénal, et il appartient à « quiconque en ayant connaissance », à plus forte raison s'il s'agit d'un travailleur social, d'en informer les autorités judiciaires ou administratives et de prendre les moyens de les empêcher, sous peine de sanctions pénales. Cette obligation de signalement est renforcée concernant toutes les personnes participant au service de l'aide sociale à l'enfance « tenues de transmettre sans délai au président du conseil général ou au responsable désigné par lui toute information nécessaire pour déterminer les mesures dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier » (article 80 du Code de la famille et de l'aide sociale) ».

Et plus loin, sur la clause de conscience : « s'il est convaincu que la démarche à développer par son employeur, d'une manière générale ou ponctuelle, n'est pas conforme aux valeurs éthiques ou déontologiques auxquelles il se réfère, l'acteur social peut être amené à faire jouer sa clause de conscience. Dans ce contexte, il aura la démarche de veiller à la continuité de son action avec le souci permanent de la prise en compte de l'intérêt supérieur de l'usager ».

Saisi, le tribunal des prud'hommes de Chaumont entendait, le 22 septembre dernier, les deux parties : se référant à

l'affaire du placement familial du Mans connue sous le nom d'affaire *Montjoie*, l'avocate des salariées a rappelé la lourde condamnation par la cour d'appel des psychologues et des travailleurs sociaux manœuvres sur le motif d'un signalement trop tardif par rapport à la non-dénonciation d'abus analogues ; demandant que ces licenciements soient considérés comme *sans cause réelle et sérieuse*, le conseil des salariées s'est attardé sur la question du statut réel et de la responsabilité propre de tout travailleur social. L'avocat de l'association, lui, dénonce la diffusion d'informations mensongères et demande... la communication de la procédure au Parquet, pour trouble manifeste à l'ordre public. Banalisant les faits incriminés, il évoque « une véritable désertion, et je pèse mes mots » de la part des éducatrices et psychologue concernées.

Le délibéré sera rendu le 17 novembre (3). Mais au-delà du jugement prochain — qui, très probablement, fera l'objet d'un appel —, les trois professionnelles continuent de poser leur question : comment protéger un professionnel de l'action sociale d'un employeur « abusif » ? Comment gérer son devoir de citoyen en face d'éventuelles pressions d'un employeur ? Une quelconque protection législative peut-elle être envisagée, afin de protéger les travailleurs sociaux de règlements de compte, un peu sur le mode de ce qui régit les délégués du personnel ? La question de la maltraitance institutionnelle est en effet, ici encore, brutalement posée : faut-il alors, en un but évident de protection de l'enfance, s'acheminer vers une adaptation de la législation du travail ?

Joël Plantet

(1) articles 223-6, 434-1 et 434-3 du Code pénal cité par le Comité des avis déontologiques de l'Association nationale des communautés éducatives (ANCE) 145 boulevard de Magenta - 75010 Paris - Tél. 01 44 63 51 15

Internet : <http://www.teaser.fr/anceaf> E-mail : anceaf@teaser.fr

(2) Enquête conduite par le directeur départemental de la Protection judiciaire de la jeunesse et un conseiller technique régional de la PJJ.

(3) Pour plus amples renseignements, s'adresser à la Bourse du Travail - 8, rue Decrès - BP95 - 52003 Chaumont cedex - Tél. 03 25 32 56 40 - Fax 03 25 03 46 83.

Nous avons sollicité le comité d'entreprise de l'établissement concerné sur leur position quant à cette affaire ; aucune réponse ne nous est, à ce jour, parvenue.

Qu'en pensez-vous ? Est-ce facile de prendre l'initiative des démarches ? Quels sont les avantages et les inconvénients liés à ces démarches ?

Le secret professionnel

Vitam Impendere Vero
*Le secret professionnel constitue
le socle de la déontologie*
Consacrer sa vie à la Vérité



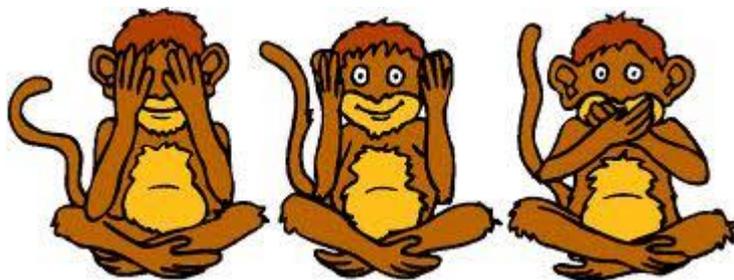
Le secret professionnel source de dilemme pour les éducateurs

Qu'est-ce que le secret ? En général, il dégage beaucoup d'émotions. Pour en prendre conscience, imaginez que, réunis en groupe, on vous demande dans un premier temps de rechercher dans vos souvenirs « quelque chose » de tellement secret que vous n'en avez jamais parlé à personne. Dans un second temps, vous serez invités à choisir quelqu'un dans le groupe à qui vous confierez ce secret. Faites cet exercice mentalement et vous sentirez ce que cela implique.

- *Quels sont les trois intérêts du secret professionnel ?*
- *Quels sont les trois éléments nécessaires à l'existence du délit de violation du secret professionnel ?*
- *Quelles sont les exceptions à cette obligation de taire les secrets ?*
- *Quelles sont les conditions qui permettent d'éviter que le partage du secret ne soit répréhensible ?*
- *Quelles sont vos propres expériences relatives au secret professionnel ?*

Tenir le secret professionnel est une **obligation légale** qui s'impose à certains professionnels dans le cadre de leurs missions. Face à cette obligation légale dont la violation peut être **sanctionnée pénalement** (article 458 du code pénal), on doit prendre en compte d'autres éléments comme l'obligation de porter secours à une personne encourant un péril grave, l'« autorisation de parler » en cas de témoignage en justice ou devant une commission parlementaire, etc ... Il s'agira alors d'évaluer les intérêts en présence entrant parfois en contradiction et de décider quel sera l'intérêt à privilégier, tout en gardant à l'esprit le caractère essentiel du secret professionnel.

Etant donné la diversité des fonctions exercées par les éducateurs spécialisés, tous ne sont pas soumis au secret professionnel. Cette partie du cours aidera à se situer par rapport à cette obligation légale et à déterminer quel est le statut des autres travailleurs avec lesquels le professionnel sera inévitablement amené à collaborer.



Le fondement du secret professionnel est l'article 458 du code pénal qui dispose que :

« Les médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou par profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où ils sont appelés à rendre témoignage en justice (ou devant une commission d'enquête parlementaire) et celui où la loi les oblige à faire connaître ces secrets, les auront révélés, seront **punis d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de cent francs à cinq cents francs.** »

En d'autres termes, les personnes dépositaires, par état ou par profession, des secrets qu'on leur confie, ne peuvent pas les divulguer sous peine de sanctions pénales.

Deux exceptions :

- les cas où ils sont appelés à rendre témoignage en justice ou devant une commission parlementaire et
- les cas (précis) où la loi les oblige à les révéler. Mais nous verrons plus en détails ces exceptions.

Qui est tenu au secret ?

Le code pénal mentionne certaines professions : les médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens et les sages-femmes. Mais l'article étend l'obligation à « toutes autres personnes depositaires, par état ou par profession, des secrets qu'on leur confie ».

La jurisprudence considère que se retrouvent dans cette catégorie « toutes personnes investies d'une fonction ou d'une **mission de confiance** constituée par la loi, la tradition ou les mœurs depositaires des secrets qu'on leur confie ». Cassation, 29/02/1905. Plus récemment : « L'article 458 du Code pénal s'applique à tous ceux auxquels leur état ou leur profession impose l'obligation du secret confié, soit que les faits qu'ils apprennent ainsi sous le sceau du secret leur aient été confiés par des particuliers, soit que leur connaissance provienne de l'exercice d'une profession aux actes de laquelle la loi, dans un intérêt général et d'ordre public, imprime le caractère confidentiel et secret ». Cassation, 27/06/2007. **Les travailleurs sociaux, dans le cadre de leurs missions, qu'ils soient éducateurs, psychologues ou assistants sociaux sont visés par l'article 458 du CP**, pour autant qu'ils soient des « confidentiels nécessaires ». Par exemple, le tribunal du travail Liège, dans son jugement du 25/05/2001 considère que « l'article 458 du code pénal s'applique au médiateur en matière familiale ».

La Cour de cassation précise, dans son arrêt du 28/06/1989 : « L'article 458 du Code pénal est applicable à toute personne qui, apportant, à quelque titre que ce soit, son concours à l'application de la loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse, est dépositaire des secrets qui lui sont confiés dans l'exercice de sa mission et qui se rapportent à celle-ci ».

Les prêtres sont également visés par l'article 458 : « Un prêtre, curé de paroisse et aumônier de prison doit être considéré comme " dépositaire de secrets confiés en raison de son état et sa profession " conformément à l'article 378 du code pénal de 1810 et l'article 458 du code pénal de 1867. » Cour d'appel de Bruxelles, 13/03/2002.

Pour en revenir aux intervenants du secteur psycho-social, plusieurs dispositions légales soumettent expressément certains d'entre eux au secret professionnel ; par exemple les professionnels apportant leur concours à l'aide à la jeunesse et les collaborateurs des Centres PMS.

En résumé :

- Ce n'est pas le diplôme qui va déterminer l'application ou non de l'article 458, mais les missions exercées
- Certaines professions ne sont pas tenues au secret professionnel mais restent néanmoins soumises à un devoir de discrétion
- Il importe de distinguer le secret professionnel du devoir de discrétion eu égard aux implications respectives de l'un et l'autre statut.

Exemples :

- Un éducateur spécialisé qui travaille comme surveillant éducateur dans une école sera tenu à un devoir de discrétion et de réserve, mais pas au secret professionnel.
- Un éducateur spécialisé travaillant dans un service d'aide en milieu ouvert (AMO) sera tenu au secret professionnel.
- Un policier détenteur du diplôme d'assistant social ne sera pas soumis au même secret professionnel que les travailleurs sociaux.

Qu'est-ce qu'un secret ?

Il s'agit des confidences reçues dans le cadre de ses fonctions, mais aussi de tout élément constaté ou appris dans le cadre de ses missions. Le secret ne concerne donc pas seulement les éléments communiqués explicitement par le « client ».

Le secret doit avoir **été recueilli dans le cadre de l'exercice de sa profession**. Un éducateur qui en dehors de son travail, est témoin d'un délit n'est pas tenu au secret professionnel, il peut le dénoncer aux autorités. Ce ne serait pas le cas si le constat était opéré dans le cadre de ses fonctions. Enfin, soulignons que le secret professionnel couvre également les écrits.

Exemples d'éléments couverts par le secret professionnel :

- Un intervenant social, à l'occasion d'une aide administrative, apprend que son interlocuteur n'a pas de titre de séjour.
- Dans le cadre de la relation d'aide, une personne confie à un assistant social qu'elle souffre de telle ou telle maladie.
- Une visite à domicile permet à un travailleur social de constater que son bénéficiaire ne vit pas seul...

Secret professionnel et devoir de discrétion

Le secret professionnel n'est pas à confondre avec **le devoir de discrétion** dont il se distingue tant sur la forme que sur le fond ;

- Sur la **forme**, le secret professionnel est consacré par de nombreux codes ou règles (souvent propres à certaines professions) et plus spécialement par le Code pénal. Il s'ensuit que la **transgression du devoir de discrétion ne fera pas l'objet d'une quelconque peine d'amende ou d'emprisonnement**. Il pourrait **toutefois se voir sanctionner par le licenciement du travailleur indiscret** ou par des dommages et intérêts à la personne lésée.

- Sur le **fond**, le devoir de discrétion se voit plutôt défini par les modalités d'une action que par l'action elle-même. Ainsi, avoir une écoute active **ne peut se transformer en curiosité**, s'impliquer dans son action **ne peut aboutir à dévoiler sa propre intimité au prétexte de créer des liens**...

A l'égard de qui ?

Lorsqu'il est question de secret professionnel, il y a lieu de distinguer 3 parties :

- Le maître du secret : celui qui se confie au professionnel
- Le dépositaire, ou le « confident nécessaire » : le professionnel
- Le tiers : à qui le secret ne peut être divulgué

Il n'y a pas de secret entre le maître du secret et le dépositaire. Cela pourrait sembler une évidence, mais la question se pose notamment pour les médecins dans la divulgation du diagnostic au patient. Il est tenu de l'informer en totalité et sincérité, avec le tact que cela demande. En transposant cette exigence au travail social, un travailleur social ne peut se retrancher derrière le secret professionnel pour tenir caché à son client certains éléments le concernant et dont il a connaissance.

Le secret ne peut pas être divulgué aux collègues ou à la hiérarchie. Cependant certains dispositifs comme les CPAS nécessitent la transmission d'éléments privés concernant le demandeur au conseil de l'aide sociale, le cas se pose également dans les I.P.P.J. Le professionnel doit alors se limiter à la transmission des éléments strictement nécessaires au dossier. D'autre part, il est régulièrement nécessaire de partager des informations concernant une personne avec des membres de son équipe ou d'autres services. L'article 458 ne dit rien par rapport au partage du secret, mais l'usage s'est établi et a fait apparaître certains critères que nous examinerons ultérieurement plus en détail

Les sanctions

L'article 458 prévoit une peine d'emprisonnement de 8 jours à 6 mois et d'une amende de 100 à 500 F.B. Ces montants sont à multiplier par le coefficient actuel qui est de 200.

Les exceptions

L'article 458 prévoit que dans certains cas, il n'y a pas infraction si l'on révèle des éléments normalement couverts par le secret professionnel.

- Le témoignage en justice.

Il s'agit de la comparution en justice en tant que témoin, tant dans les procédures civiles que pénales. La personne convoquée pour témoigner est tenue de s'y présenter. Cependant, elle peut choisir de ne rien divulguer. C'est au travailleur social, en conformité avec sa déontologie, de choisir de parler ou non.

Le témoignage en justice vise précisément la comparution devant un juge dans le cadre d'une procédure civile ou pénale, ou devant un juge d'instruction. **La déposition auprès d'un policier n'est pas visée.** Par conséquent, le professionnel tenu au secret professionnel ne peut en divulguer des éléments à des policiers menant une enquête.

➤ **Le témoignage devant une commission d'enquête parlementaire**

Il s'agit d'une commission parlementaire officiellement constituée. Ici aussi, l'obligation de comparaître n'implique pas l'obligation de parler. Le mécanisme est identique à celui du témoignage en justice. Le témoin tenu au secret professionnel décidera en conscience de parler ou de se taire.

Les cas où la loi oblige de parler

Nous citerons à titre d'exemple l'Arrêté du Régent du 06/02/1946 relatif à la prophylaxie des maladies transmissibles qui obligent les médecins à porter certains faits à la connaissance des autorités sanitaires.

Quant aux articles 29 et 30 du Code d'instruction criminelle (CIC) enjoignant de dénoncer certains faits, nous examinerons en détail leur portée réelle face à l'obligation de respecter le secret professionnel.

Le secret professionnel est-il absolu ?

Actuellement, la tendance est de considérer que les autres obligations légales qui entreraient en tension avec l'article 458 du CP doivent également être prises en compte. Eléments qui obligeraient à parler pour protéger des valeurs au moins aussi importantes que celles défendues par le SP.

Selon Thierry Moreau,

« L'obligation de taire le secret professionnel est (actuellement) considérée comme un instrument juridique qui permet la sauvegarde de certaines valeurs jugées essentielles. Ces valeurs sont le fruit de la combinaison de trois intérêts différents ». L'intérêt social, celui du maître du secret et l'intérêt des professions tenues au SP. Il indique, qu'outre les exceptions légales contenues dans l'article 458, l'état de nécessité peut être invoqué pour justifier la divulgation du SP.

Ainsi, dans l'exercice de leurs missions, les travailleurs sociaux peuvent être confrontés à deux systèmes de valeurs entrant en contradiction.

<i>Intérêt défendus par l'article 458 du CP (protection de la vie privée, relation de confiance entre le dépositaire et le confident, etc...)</i>	<i>Défense de l'intégrité physique et psychique d'autrui, devoir général de solidarité</i>
---	--

*Dans certains cas, la divulgation d'éléments couverts par le secret professionnel relèvera de l'état de nécessité, lorsque, compte tenu des valeurs en conflit, il n'y a pas possibilité de sauvegarder un intérêt plus impérieux que celui protégé par l'art. 458 du CP autrement qu'en divulguant le secret. Si l'exigence de respecter le secret professionnel demeure un devoir central dans les professions sociales, **elle pourra donc être exceptionnellement mise en balance** avec d'autres impératifs.*

Le partage du secret professionnel

L'article 458 du CP ne prévoit rien en matière de partage du secret professionnel. Or, dans nombre de cas, le travailleur social **ne pourra pas apporter une aide efficace sans le partage avec d'autres intervenants de certains éléments couverts par le secret professionnel.**

Ce partage se fera soit en interne au sein de l'équipe, soit en externe avec des intervenants œuvrant dans d'autres institutions. Pensons aux situations qui nécessitent la consultation d'un service spécifique (services spécialisés dans le droit des étrangers, médiateurs scolaires, centres PMS, etc...) ou encore celles où l'équipe partage des informations sur son public (évolution des personnes suivies en équipe pluridisciplinaire, continuité du service, etc...).

Toutefois, même lorsque ce partage s'avère indispensable, il faut **garder à l'esprit qu'il constitue une exception à la règle générale qui reste le respect du SP.** Afin de ne pas vider l'article 458 de son contenu, il importera alors de respecter des critères de partage clairement définis au préalable. Dans sa contribution précédemment citée, Thierry Moreau rappelle que le partage du SP ne peut se faire qu'en respectant cinq critères cumulatifs :

1. L'accord préalable de la personne est requis
2. Les destinataires de l'information sont également soumis au secret professionnel
3. Le partage se fait entre professionnels poursuivant les mêmes objectifs
4. Le partage est limité aux seuls éléments nécessaires
5. Le partage se fait dans l'intérêt de la personne

Ces critères semblent constituer la meilleure garantie des intérêts du bénéficiaire, de son autonomie et de la protection de sa vie privée. Ils correspondent d'ailleurs très largement à ceux édictés dans les codes de déontologies des principales professions du secteur psychosocial, par exemple celui des assistants sociaux, des psychologues ou de l'aide à la jeunesse. Comme nous le constatons, avec cette question, nous sortons d'une approche purement juridique du secret professionnel pour entrer dans des considérations d'ordre déontologiques.

Autre remarque, le partage du secret, implique une attention minutieuse à chaque paramètre en jeu. Par exemple, le fait qu'un enseignant soit seulement astreint à un devoir de réserve et non pas au secret professionnel; ou qu'un policier ne poursuive pas les mêmes objectifs qu'un travailleur social. D'autre part, étant donné qu'il s'agira de ne divulguer, en accord avec la personne concernée, que des éléments nécessaires à la bonne marche de l'intervention, le partage du SP n'implique pas la constitution d'une « bulle » de partage où tout pourrait se dire.

Ne partager qu'avec d'autres personnes tenues au secret professionnel

Une distinction est à opérer entre les personnes qui sont tenues au secret professionnel:

- | | |
|---|--|
| - directeur, sous-directeur | - kinésithérapeutes |
| - chef-éducateur et chef de groupe | - logopèdes |
| - éducateur | - centre de planning familial |
| - assistant social, | - centre de guidance |
| - administrateur provisoire et personne de
Confiance d'une personne protégée | - tuteur et subrogé-tuteur d'un mineur
Prolongé ou d'un « interdit »* |
| - psychologue | - médecin |
| - infirmier | - ergothérapeute |

* déments qui ont fait l'objet d'un jugement leur interdisant l'exercice de certains droits)

et les autres personnes:

- | | |
|--|---|
| - technicienne de surface | - personnel ouvrière |
| - visiteurs occasionnels tels plombiers,
électriciens, maçons.... | - bénévoles (avec nuances, selon mission) |
| - délégué syndical (en tant que tel) | - parents |
| - administrateurs de l'asbl, - PO | - parents et administrateurs de l'asbl |

Ainsi,

- Le directeur d'une institution d'accueil et d'hébergement, n'a pas le droit de communiquer aux membres du pouvoir organisateur de cette institution, les informations confidentielles qu'il a reçues de la personne, à son sujet, à l'occasion de sa mission de direction;
- pour éviter tout risque "d'estompement de la norme", nombre de documents écrits ou informatisés doivent être placés sous une "clef" détenue par des personnes tenues au secret professionnel en rapport avec ces documents;
- aussi difficile et délicat que cela puisse être, les parents, qui sont en outre membres du conseil d'administration d'une institution, doivent prendre conscience des limites existant entre leurs différents rôles: ce qu'ils apprennent en tant qu'administrateurs doit rester ignoré par eux lorsqu'ils agissent en tant que parents;
- l'administrateur provisoire (professionnel ou non) ne peut communiquer à d'autres personnes les informations qu'il recueille dans le cadre de son mandat sauf dans la mesure où ce mandat l'exige (par exemple pour donner les possibilités financières d'une personne protégée de participer à une activité);
- un éducateur ne peut parler, même "confidentiellement" au parent d'une personne accompagnée ou d'un résident, des difficultés (ou des satisfactions) rencontrées avec un autre résident au motif que ces deux résidents sont de bons copains;

Ne partager qu'avec d'autres professionnels poursuivant la même mission

Il faut à nouveau éviter le mélange des genres !

En effet, il est de nombreux professionnels qui sont tenus au secret mais, même s'ils sont en charge du bien-être des mêmes personnes, ils ne peuvent pour autant communiquer au sujet d'informations ou de confidences recueillies dans le cadre de leur travail, et ainsi, à titre d'exemples:

- L'infirmier n'a pas la même mission que l'éducateur.*
- Le directeur ou la secrétaire n'ont pas à dévoiler certaines choses qu'ils connaissent par le biais du dossier administratif.*
- L'administrateur provisoire de biens ou le tuteur n'a pas à dévoiler ce qu'il sait de la situation patrimoniale de la personne protégée*
- L'éducateur référent ne peut faire état, sans nécessité réelle, de ce qu'il sait des sentiments amoureux d'une personne vis-à-vis d'une autre; il en est de même pour le psychologue, qui ne peut révéler ce qui lui a été confié sur l'histoire familiale*
- Les parents, quand bien même ils seraient administrateurs de l'asbl qui gère l'institution, doivent comprendre et accepter qu'il n'est pas permis ni à la direction, ni au personnel de l'institution, de leur dévoiler les informations qu'ils possèdent sur les résidents: elles sont couvertes par le secret professionnel*

Partager uniquement les informations strictement nécessaires ou utiles

Si chaque travailleur est conscient de la rigueur des principes et des limites du partage du secret professionnel, il n'aura pas de difficulté à comprendre que l'autre ne souhaite pas (et ne peut pas !) communiquer davantage d'informations que ce qui lui paraît strictement utile pour le bien-être de la personne dont ils s'occupent.

Et ce n'est pas parce que les professionnels se font mutuellement confiance entre eux, qu'ils peuvent tout partager.

Ainsi, reprenant les exemples qui précèdent:

- L'infirmier peut inviter l'éducateur à adapter le régime alimentaire d'une personne*
- Le directeur devra donner certaines informations connues d'un dossier administratif à l'assistant social afin de permettre à celui-ci de travailler avec efficacité*
- L'administrateur provisoire de biens ou le tuteur ne peut pratiquer de la rétention d'information lorsqu'il est sollicité sur la question de savoir si la personne protégée est matériellement en mesure de participer à l'une ou l'autre activité*
- L'éducateur référent peut intervenir pour éviter une blessure affective qui serait occasionnée à une personne par une décision inadéquate de l'équipe éducative*
- Le psychologue peut tempérer les projets de certains rapprochements d'une personne avec un membre de sa famille mais doit s'abstenir d'en révéler mes motifs précis*

En conclusion,

Nous insistons sur la nature subsidiaire du partage du SP qui ne doit être ni automatique, ni inconditionnel et nous proposons une liste de questions, non exhaustive, qui pourront aider à clarifier la question :

- *Suis-je soumis au secret professionnel ?*
- *Quel est l'objectif de mon intervention, qui me mandate ?*
- *Quel est l'objectif de la collaboration ?*
- *Quels éléments est-il nécessaire de partager et dans quel but ?*
- *S'agit-il d'un partage au sein de l'équipe ou avec des intervenants externes ?*
- *Les autres intervenants sont-ils soumis au même secret professionnel ?*
- *Quelles sont leurs missions, qui les mandatent, quels objectifs poursuivent-ils avec notre «client»*
- *La personne a-t-elle donné son accord préalable ?*

A retenir : Le secret professionnel : droits et devoirs

- *L'intervenant s'impose une grande discrétion en toutes circonstances. Il respecte scrupuleusement et fait respecter le secret professionnel.*
- *L'intervenant appelé à témoigner en justice peut se retrancher derrière le secret professionnel et se taire, dans la mesure où il estime que la révélation du secret n'est pas utile.*
- *L'intervenant « confident nécessaire » est tenu au secret professionnel pour tout ce qui est venu à sa connaissance dans le cadre de son travail (article 458 du Code pénal).*
- *Le secret professionnel est un droit dans le chef du demandeur d'aide, auquel correspond le devoir du donneur d'aide, c'est à dire l'obligation de silence vis-à-vis des tiers. L'obligation du silence concerne donc le public en général, les employeurs, les collaborateurs, assistants sociaux ou non.*
- *L'obligation au secret n'est pas éteinte par le simple consentement de la personne.*
- *L'intervenant veille au secret de la correspondance, des fichiers et des dossiers se rapportant aux personnes ainsi qu'aux conditions garantissant le caractère confidentiel des entretiens.*
- *Chargé d'une étude spécifique, l'intervenant ne rapportera que les faits dont il aura eu connaissance en rapport avec sa mission et non les confidences reçues, sollicitées ou non. Il s'abstiendra de transmettre ou conserver des documents et dossiers incompatibles avec sa fonction et sa formation.*
- *L'intervenant coopère avec d'autres collègues, chaque fois que l'intérêt de la personne l'exige et dans la mesure où le secret professionnel le permet. Le travail en équipe ne délie l'intervenant d'aucune de ses obligations envers la personne pour laquelle il intervient.*
- *L'attitude de l'intervenant envers ses collègues est basée sur la collaboration, la loyauté et l'entraide professionnelle dans le respect du secret professionnel.*
- *Lorsque l'intervenant est amené pour l'enseignement, réunion, exposé ou la recherche à utiliser les dossiers personnels ou à enregistrer ses données, il doit obtenir l'autorisation du service et veiller à ce que les personnes en cause soient non identifiables.*

Réflexion :

Les lois, la déontologie, voire la morale commune, donnent des repères relativement clairs (même si les exceptions se multiplient) en ce qui concerne les questions du secret professionnel et du secret partagé.

Les grands principes – qui sont rappelés dans les pages qui précèdent – reposent sur deux motivations qu'il faut garder à l'esprit :

1) d'une part, ils visent à rendre possible et à préserver la relation de confiance avec la personne (le résident, et ceux qui l'accompagnent...) que l'on a en face de soi

2) et d'autre part, en étant respectés, ils donnent à tous les autres « usagers » potentiels la garantie qu'en cas de besoin, eux aussi pourront se confier à un intervenant (éducateur, A.S., infirmière ou médecin, etc.) afin de bénéficier de la meilleure prise en charge possible.

Le secret professionnel ne protège donc pas seulement les intérêts de l'individu dont on a la charge, mais aussi l'intérêt de la collectivité.

C'est ainsi que s'imposent certaines règles élémentaires qui entretiennent la confiance :

- *ne pas laisser traîner des dossiers,*
- *ne pas parler d'une situation délicate avec la personne concernée et/ou avec d'autres dans un couloir au vu et au su de tous,*
- *ne jamais envoyer des informations importantes par fax ou par mail ni même par courrier/courriel : on ne sait pas qui va les réceptionner,*
- *ne pas laisser les ordinateurs accessibles contenant les données personnelles des résidents,*
- *en rentrant du travail, ne fournir aucun nom à son propre conjoint, fût-il digne de confiance,*
- *taire tout ce qui n'est que rumeur, tant qu'on n'a pas soi-même de preuves, etc.*

Bref, l'intervenant doit éviter tout comportement qui, s'il était appris, pourrait blesser les personnes qui se sont confiées ou susciter de la méfiance de la part des usagers potentiels.

*On doit bien constater cependant que si les règles sont relativement claires, **deux problèmes** se posent.*

- 1. Premièrement, **elles sont mal connues.***
- 2. Même en pleine connaissance de la loi et de la déontologie, les intervenants se heurteront à la seconde difficulté qui, elle, est incontournable : **la réalité du terrain est bien plus complexe que ne laisse supposer la simplicité des principes.***

Prenons trois exemples :

1^{er} exemple

« Le conseil d'administration de l'asbl X est composé en partie de parents de personnes handicapées résidant dans l'institution. Un des sujets à l'ordre du jour est le positionnement de l'asbl par rapport à la sexualité des usagers. Les administrateurs demandent avec insistance des exemples concrets et des noms. »

L'intervenant engagé dans la discussion est évidemment dans une impasse. Soit il ne dit rien et peut craindre (même si c'est à tort) de subir des représailles, voire, éventuellement, de perdre son emploi, soit il donne les noms et viole le secret professionnel auquel il est tenu.

Par la suite, doit-il dénoncer les agissements des administrateurs ? Si oui, auprès de qui ? Le faire, c'est avoir l'impression de devenir un délateur et rentrer dans un conflit qui risque de rendre impossible son travail ; ne pas le faire, c'est indirectement collaborer au règne de l'abus de pouvoir et prendre le risque qu'un autre collègue soit contraint de donner les noms. Quoi qu'il fasse, il est dans une impasse.

2^{ème} exemple

« Au sein d'une institution pour personnes déficientes mentales adultes, lorsque l'assistant social se voit adresser une demande d'admission, il reçoit un dossier médico-psycho-social complet. Il a donc directement accès aux données médicales du candidat, mais la procédure interne exige en outre que 4 autres personnes (toutes n'étant pas médecins) étudient le dossier »

Faut-il dévoiler les informations médicales ? D'un point de vue strictement légal, la réponse est sans équivoque : il faut être un médecin, et être concerné par le titulaire du dossier médical pour pouvoir accéder aux informations qui y sont contenues.

Toutefois, sur le terrain, l'application stricte de la loi semble parfois difficile à respecter. Soit on jugera opportun de s'y tenir malgré tout, quelles que soient les conséquences : organisation institutionnelle remise en question, délais d'attente prolongé pour le candidat, inquiétude pour les éducateurs qui ont l'impression de ne pas en savoir assez, etc. ; soit, pour des raisons d'efficacité, et afin que les décideurs puissent se prononcer en connaissance de cause, on accepte de transgresser le secret professionnel, d'une façon qui reste néanmoins « organisée » pour empêcher toute dérive.

Mais il faut bien en convenir, qu'on respecte la loi scrupuleusement, ou qu'on s'en éloigne, dans les deux cas, on est mal pris.

3^{ème} exemple qui concerne aussi l'admission : faut-il donner toutes les informations aux équipes ?

« Un assistant social reçoit un dossier de candidature et constate que la personne concernée dépend de la Commission de défense sociale. »

Le dire aux membres du personnel, c'est prendre le risque d'étiqueter le candidat et de provoquer un rejet ou tout au moins de la méfiance. Ne pas le dire, c'est donner la chance au candidat de tourner une page.

Mais comment, dans ce cas, ne pas avoir l'impression, fut-elle erronée, de prendre le risque de mettre en danger à la fois les intervenants (qui ne pourront anticiper) et les autres résidents, voire la société à l'occasion de sorties ? Une fois encore, il n'y a pas ici de solution parfaite.

C'est là qu'intervient l'éthique.

Faire de l'éthique, en effet, ce n'est pas appliquer scrupuleusement la loi ou respecter la morale.

Il faut évidemment respecter les règles chaque fois que c'est possible – et ça l'est le plus souvent –, mais l'éthique commence quand, précisément, cela n'est plus possible.

Faire de l'éthique, c'est essayer d'**agir en toutes circonstances de la façon la plus juste**, en particulier quand il est impossible de faire le bien.

En d'autres termes, c'est agir de la façon la plus juste qui soit, quitte à transgresser parfois la loi ou la déontologie.

Précisons d'emblée deux contraintes qui s'imposent à celui qui doit assumer une décision difficile dans de telles circonstances :

- d'une part il a l'obligation de **rendre des comptes** (à sa hiérarchie, à ses collègues, au résident, à la famille de ce dernier, voire à la justice) en étant capable d'argumenter pourquoi, dans telle situation précise, il a jugé bon de transgresser le secret professionnel (quelle valeur a-t-il voulu respecter qui fut supérieure à cette règle ?).

En d'autres termes, par cet effort d'explication, il s'agit de **professionnaliser** les décisions en **passant de l'émotion à la raison**, du passage à l'acte ou de l'habitude à la décision réfléchie.

- D'autre part, il doit être capable d'**assumer les conséquences** éventuelles d'une telle transgression. Or, au cours de la réflexion éthique où il se demande quoi faire, l'intervenant doit évidemment tenir compte d'une donnée importante : **ses propres limites**. Dans certaines situations graves, est-on prêt à prendre le risque de subir la réprobation des collègues ou de la famille du résident, d'être peut être sanctionné, de perdre éventuellement son emploi, ou d'être convoqué en justice ?

En d'autres termes, faire de l'éthique, ce n'est pas jouer au héros, ce n'est pas non plus être au-dessus des lois, c'est avoir le courage d'assumer parfois une décision qui n'est pas la meilleure parmi les mauvaises solutions, mais qui est celle que **l'on sera capable de porter et d'assumer jusqu'au bout**.

Le fait que le résident souffre de **déficiences mentales** ne justifie pas que l'on puisse disposer de lui comme d'**un objet**, réduisant les informations qui le concernent à un simple mode d'emploi à destination de ceux qui auront à le prendre en charge.

Dans les situations difficiles, lorsqu'on ne sait plus quoi faire, on se demandera donc comment préserver ou promouvoir le plus possible l'autre **comme sujet** : est-ce en diffusant une information ou au contraire en la gardant secrète ?

Et si l'on ne peut empêcher que la décision prise fasse **violence à la personne** handicapée, on se demandera encore comment on pourra l'aider à **se réapproprier** ce qu'on lui aura fait subir.

La formule éthique ici proposée doit toutefois être précisée. Car à la suivre à la lettre, on tomberait vite dans une **logique du sacrifice** : l'usager aurait tous les droits, et le professionnel tous les devoirs.

Etre juste, c'est plus exactement viser l'action qui permet à l'usager comme à l'intervenant d'exister comme sujets, dans le respect de leurs propres limites.

Mais il faut bien en convenir, les situations les plus difficiles sont précisément celles où, en voulant respecter une personne, on a l'impression d'en sacrifier une autre.

Ainsi, par exemple,

« Une personne handicapée résidant en institution subit un examen médical au cours duquel on diagnostique un MRSA (staphylocoque doré résistant, qui se transmet par simple contact, et contre lequel on lutte principalement par des mesures d'hygiène comme se laver les mains). Le résident fait comprendre qu'il ne souhaite pas que cette information le concernant soit diffusée. »

Garder cette information, c'est mettre en danger à la fois le personnel et les autres résidents (ainsi que leur famille) même si les mesures d'hygiène doivent toujours être prises, y compris en l'absence de MRSA ; c'est également perdre peut-être la confiance que les autres intervenants plaçaient dans le médecin, du moins lorsque l'information sera finalement dévoilée ; diffuser cette information, c'est aller à l'encontre de la volonté du résident et risquer de remettre en cause sa confiance (de telle sorte que la prochaine fois, il évite ou perturbe la consultation, demande à changer de médecin ou dissimule certains renseignements).

Bref, il semble bien impossible de respecter tout le monde.

Les situations difficiles où se pose la question du secret professionnel ont encore une autre caractéristique. Bien souvent, elles prennent de court les intervenants (qui, du coup, ne savent qu'improviser une réponse), ou elles les mettent devant le fait accompli (le « mal » est déjà fait).

Illustrons chaque cas par un exemple.

« Un jeune souffrant d'un handicap mental confie à ses éducateurs qu'il incendiera son logement lorsqu'il en sera expulsé. Le lendemain de son expulsion, les éducateurs lisent dans le journal qu'un logement a été incendié à proximité. Peu après, un policier les appelle par téléphone pour savoir si ce jeune est bien suivi par le service. Il pose la question non pas suite à l'incendie, mais dans le cadre d'une affaire de drogue. »

Dans une telle situation, on comprend que les éducateurs aient été pris de court : la police est au téléphone, et une simple hésitation serait déjà un début d'aveu.

« Dans le couloir d'accueil d'une institution, deux membres du personnel échangent leurs informations et leurs hypothèses de travail à propos d'une personne handicapée qu'ils accompagnent. Avant même d'avoir pu intervenir, le témoin de cette histoire a déjà entendu, comme d'autres présents dans ce même couloir, que la famille est « déficitaire », que la « maman est possessive et a tendance incestueuse », que « le papa est uniquement intéressé par la réussite et par l'argent. »

On peut certes demander aux deux personnes de se taire ou d'aller discuter dans un endroit discret, mais en attendant, le mal est fait.

N'est-t-il pas dès lors dérisoire de vouloir réfléchir éthiquement à l'attitude la plus juste à adopter ?

On n'a tout simplement pas le temps ou c'est trop tard.

*Ce serait toutefois ignorer qu'il y a **deux manières** de faire de l'éthique : soit à priori, soit à posteriori.*

*Dans le premier cas, on a le temps de réfléchir *avant* de prendre une décision.*

*Dans le second cas qui nous intéresse ici, pris de court, on se réunit *après* l'action ou *après* le fait accompli, pour explorer d'éventuelles alternatives et ainsi prévenir d'autres situations semblables à venir.*

Qu'on fasse de l'éthique à priori ou à posteriori, dans les deux cas, on pourra éventuellement procéder de la façon suivante. On tâchera de proposer deux ou trois stratégies possibles en se demandant chaque fois quelles valeurs elles respectent mais aussi quelles valeurs elles sacrifient.

*Dans la mesure où **chaque solution envisagée sacrifie des valeurs**, on est bien dans une situation éthique où il n'y a **pas de bonne solution**. Ce travail accompli, il restera à opter pour une solution et à argumenter ce choix : pourquoi la mauvaise solution retenue est meilleure que les autres également envisagées ?*

En s'imposant ce travail en équipe, d'une part les intervenants se réapproprient leur métier (et en restent les sujets en redéfinissant les règles qui leur paraissent les plus justes) et d'autre part, ils peuvent rendre des comptes, si l'obligation se présente.

Dans les deux derniers exemples rapportés, une réflexion à posteriori pourrait déboucher sur les conclusions suivantes.

- *Dans le premier cas, nous n'avons pas à faire à une situation éthique : la loi interdit qu'on donne des informations à la police. Le respect de la loi sera la valeur à respecter d'autant que, sur base de ce court récit, on ne voit pas d'autres enjeux qui pourraient entraîner un doute. Le débat pourrait toutefois s'orienter sur la façon concrète d'agir face au policier. Qui doit lui parler pour décliner son invitation à transmettre des données ? L'intervenant contacté ? Ou faut-il que ce dernier renvoie le policier vers le directeur du service ? Peut-on accepter que la conversation se passe au téléphone ? Autre question, faut-il informer le jeune que la police le recherche ? Si l'on répond positivement, ne risque-t-on pas de devenir complice ?*

Bref, à l'avenir, si l'on se retrouve confronté à une situation semblable, qui doit répondre aux policiers et quelle attitude avoir vis-à-vis du jeune, voire de sa famille ?

- *Dans la seconde histoire, on serait éventuellement dans une impasse éthique si les informations échangées dans le couloir d'accueil étaient urgentes à communiquer : d'un côté elles sont importantes et doivent d'autant plus rester secrètes mais d'un autre côté, on n'a pas le temps de s'encombrer de précautions. Que fait-on dans ce cas-là ? D'autres difficultés pourraient venir se greffer sur la situation de départ. Par exemple, l'institution ne donne aucun moyen, ni en terme d'infrastructure, ni en terme de temps, pour garantir un échange discret d'informations entre intervenants. Le respect du secret professionnel, ou plus exactement ici, du secret partagé, imposerait que, les conditions n'étant pas réunies, on ne dise rien, quitte à ce que l'on mette en difficulté les collègues ou le résident, et par voie de conséquence l'institution ; ou à l'inverse, on transmet les informations vitales, quitte à ce qu'elles tombent dans des oreilles indiscretes. On se demandera alors, en équipe, ce qu'est une information vitale, à partir de quel degré d'urgence on peut transgresser le secret professionnel. On se demandera aussi s'il est opportun d'avertir la direction de la décision retenue, et d'en parler avec les résidents ou leur famille. Les intervenants dégageront ainsi des repères clairs pour leur travail, tout en gardant à l'esprit qu'il n'y a pas de solution idéale, et que ces repères peuvent à tout moment être rediscutés.*

Dans tous les cas, une réflexion éthique en équipe permettra en définitive de dégager des repères qui aideront les intervenants à garantir au mieux les intérêts des résidents, tout en se sentant eux-mêmes soutenus par les collègues et si possible par l'institution/service.

Exercice : Lisez et soulignez les passages qui vous interpellent. Discussion

LIEN SOCIAL (Dossier en ligne)

Texte 1 :

Prendre du temps pour faire un signalement est indispensable

Pour Nicole Taieb-Flicstein, psychanalyste pour enfants, membre de la société psychanalytique de Paris, de quelque façon qu'on s'y prenne, tout signalement entraîne un bouleversement psychique pour l'ensemble des personnes concernées. De plus, un enfant éprouve souvent de l'amour pour ses bourreaux. " Il faut aussi avoir toujours à l'esprit la culpabilité de cet enfant maltraité mais qui se sent coupable " rappelle Nicole Taieb-Flicstein. C'est pour cela, préconise-t-elle, que prendre du temps pour signaler est indispensable. Mais ni trop de temps ni pas assez et parfois il faut le faire... immédiatement. Un impératif en tous cas : " Ne pas agir seul "

Comment les travailleurs sociaux peuvent-ils évaluer la parole de l'enfant maltraité et sa souffrance ?

S'il y a atteinte physique, il est plus facile d'objectiver les conséquences. Ce qui est plus difficile à mettre en évidence, quand il s'agit de maltraitance sexuelle et plus encore en cas de maltraitance psychique. Le sadisme psychologique ne laisse pas de traces. La situation est d'autant plus difficile à évaluer que la frontière entre la cruauté mentale et les principes éducatifs est souvent difficile à évaluer. À l'heure où le soupçon s'installe, la tentation est grande de s'identifier à la victime et de se transformer en procureur accusateur. C'est toute une éthique de travail qui est questionnée. Le premier risque serait de se contenter de craintes et de prendre des mesures qui auraient pour seul but de nous décharger. La place du travailleur social est essentielle, le plus souvent, il est le premier sollicité, informé, confronté à la tension intolérable qu'entraînent de telles situations, au risque et à la tentation du passage à l'acte qui le déchargerait de cette tension, aux exigences de la loi. Dans toute situation qui met en cause notre éthique, notre responsabilité sociale, notre subjectivité, la nécessité est de partager avec un autre ou plusieurs autres, de créer un espace de parole, de pensée qui permettra d'évaluer le risque en cours mais aussi d'élaborer dans l'après coup les situations déjà vécues et permettra la réévaluation de l'intervention passée. Ces situations ne peuvent pas s'affronter seul.

Justement, faut-il dès la révélation faire un signalement ou prendre le temps d'évaluer les risques que celui-ci peut générer chez l'enfant ?

De toute façon, tout signalement entraînera un bouleversement psychique et social pour l'ensemble des personnes concernées. Il modifiera l'équilibre de la famille. Il amènera du tiers, de la loi, là où il y avait du secret, du nié, du honteux. C'est en ce sens que prendre du temps est indispensable. Mais ni trop de temps, ni pas assez. La qualité du lien établi avec l'enfant a une place considérable. Un enfant fait confiance à un adulte, alors même qu'il est maltraité par d'autres adultes. Il s'agit de bien comprendre ce qu'il attend après s'être confié et d'éviter au maximum de le décevoir à nouveau. Il faut aussi avoir toujours à l'esprit la culpabilité de cet enfant maltraité, qui a du mal désormais à se faire confiance, à se fier à son ressenti, à son jugement. Un enfant qui aime ses bourreaux, qui recherche leur amour et leur reconnaissance. Un enfant qui a perçu la détresse de l'adulte maltraitant, le plus souvent ancien enfant maltraité. C'est une énorme difficulté pour nous travailleurs médicaux sociaux, que de pouvoir nous identifier aux adultes maltraitants. Mais à entendre leurs enfants, on découvre combien eux, les comprennent, perçoivent leur souffrance et s'y sentent liés.

Pourriez-vous donner un exemple qui illustre cette ambivalence de l'enfant à l'égard de l'adulte qui le maltraite ?

Bien sûr. Par exemple, donc, dans le cadre d'un centre médico-psychologique de la banlieue parisienne, l'école avait signalé à l'assistante sociale, une enfant en grandes difficultés scolaire et de comportement, élevée par ses grands-parents, sa mère, toxicomane, ne s'en occupait pas. Le pédopsychiatre, dès la première consultation, a pu ressentir un grand malaise envers la petite fille et les grands-parents, malaise qui a persisté et lui a fait suspecter une attitude perverse du grand-père. Il m'avait demandé un avis. Dès le début, il a été très difficile de rester seule avec l'enfant. La grand-mère et l'enfant ne l'admettaient pas. Au cours de plusieurs rencontres, la petite fille a montré dans ses jeux et son discours une énorme angoisse et a mis en scène des mauvais traitements de la part d'une mère inadéquate et des attitudes ambiguës de la part d'un grand-père très intervenant et collant. Mais dès que je mettais en mots ce qu'elle racontait, elle entrait dans une grande confusion et m'expliquait qu'elle était une mauvaise fille, qu'elle aimait son grand-père. Dans le voisinage, les langues s'étaient déliées et nous étions convaincus de la séduction du grand-père. La décision de placement a été prise mais en mesurant combien cette petite fille avait eu besoin de protéger les grandes personnes qui l'avaient recueillie après le premier abandon de sa mère. Il nous a fallu du temps pour évaluer une situation dont nous savions tous qu'en protégeant cette enfant, nous la privions aussi du seul lien qui avait été maintenu.

Un enfant — ce qui peut sembler paradoxal — peut donc souffrir si l'on s'attaque à celui qui le maltraite ?

Oui. Les situations de maltraitance chez l'enfant posent des problèmes complexes. Il s'agit, bien sûr, de pouvoir en priorité protéger l'enfant. Mais cette protection ne doit pas ignorer les liens de l'enfant à sa famille si maltraitante soit elle. C'est ce qui fait la difficulté de toute intervention médico-sociale. Il semble important dans le cas d'une suspicion ou d'une maltraitance révélée chez un enfant de prendre le temps d'évaluer la situation et ce par une équipe multidisciplinaire, médecin, psychologue, travailleur social travaillant de concert et partageant leurs doutes ou leurs conclusions. Prendre le temps ne signifie pas que ce temps soit long mais de pouvoir évaluer les mauvaises conditions de vie de l'enfant et aussi le fonctionnement familial, la possibilité de collaboration avec un des membres de la famille, prendre en compte les liens d'attachement de l'enfant au parent maltraitant. La plupart de ces enfants maltraités se sentent coupables des mauvais traitements dont ils sont l'objet, comme si c'était de leur faute. Ils sont aussi très attachés à leurs parents et il s'agit de ne pas disqualifier un parent si mauvais puisse-t-il être à nos yeux. Ce serait disqualifier ce que l'enfant a pu intérioriser de bon et prendre le risque de devenir à notre tour maltraitants. Pouvoir faire passer le droit au respect des besoins de l'enfant sans pour autant disqualifier ses parents est très difficile, complexe, nous demande de nous distancier de l'identification révoltée que nous éprouvons pour respecter aussi chez cet enfant ce qui de lui aime ses parents et a besoin de cet amour. C'est toute l'importance, dans ce premier temps, de bien évaluer où nous mettons les pieds. Nous savons que les adultes maltraitants ont eu eux-même affaire à la maltraitance. Ces histoires sont la plupart du temps, des histoires transgénérationnelles. Essayer de coopérer avec les adultes ne peut que bénéficier à l'enfant.

Ce temps de réflexion peut aussi présenter certains dangers tant pour l'enfant que pour le travailleur social qui reçoit la révélation. Alors ? Comment pouvoir prendre la bonne décision ?

Le signalement, dans l'idéal, devrait être inclus dans la démarche structurante pour l'enfant et la famille. Ce moment lui-même est essentiel. Il y a, bien sûr, des situations où la question ne se pose même pas, il faut signaler immédiatement. Signaler trop tôt ou trop tard peut avoir des conséquences qui annulent toute la portée de la prise en charge. Un problème social où la société a à exprimer clairement sa position de refus face à un phénomène intolérable, ce qui est fait par l'ensemble des mesures et des structures prévues. C'est une prise de

position essentielle du point de vue de la morale et du droit du sujet. Une maltraitance repérée si elle n'est pas dénoncée est un acte entériné, où le social est complice. Chacun de nous, à la place qu'il occupe, mais aussi avec son propre parcours personnel, a tendance à percevoir la situation de son point de vue. Ce qui est inévitable. Et c'est la mise en commun, le partage de ces différences qui est indispensable et même enrichit l'abord de ces situations en nous permettant de dépasser nos réactions indignées. La réponse à la maltraitance nécessite la coopération de tous les professionnels concernés, l'élaboration d'un vrai partenariat où l'apport de chacun est reconnu, créant ainsi un étayage pour nous, professionnels, mais aussi pour la famille et l'enfant. Cette action élaborée et concertée doit avant tout, éviter l'excès alors même que la maltraitance nous confronte à tous les excès, excès dans l'inertie et excès de zèle.

On a le sentiment, quand même, à vous écouter de ne plus savoir trop quoi faire. Ce qui fait, à tout prendre, qu'on serait tenté d'adopter la moins mauvaise des solutions et de signaler le plus vite possible...

Encore une fois oui, il faut parfois signaler immédiatement. Mais faire un signalement, nous le savons, a surtout, dans l'urgence, l'avantage de nous soulager nous-mêmes de l'insupportable mais est un risque de chaos. Il ne s'agit en aucun cas, de se substituer à la justice, et nous sentir tout-puissant. Il est donc important de pouvoir signaler les doutes tout en avançant dans la compréhension de la situation et de ses enjeux, mais aussi de pouvoir imaginer les meilleures ou les moins mauvaises solutions pour l'enfant. Un enfant enlevé souvent dans des circonstances dramatiques à ses parents et placé en urgence dans un foyer ne sera pas un enfant protégé mais un enfant pour qui un traumatisme difficile à évaluer dans l'immédiat se substituera à une situation traumatique connue. Il nous est nécessaire de prendre le temps de parler, de nommer les faits, les responsabilités, de nous préserver nous-mêmes du besoin de dénoncer une situation particulièrement révoltante. Le but est que toutes les mesures de protection physiques mais aussi psychiques soient prises et que soient réunies les conditions qui permettraient une élaboration ultérieure du traumatisme. Dans le cadre d'un travail d'équipe, nous avons souvent divisé les tâches. Un collègue, travailleur social ou pédopsychiatre, informait l'enfant qu'un signalement devait être effectué, que la loi prévoyait sa protection, mais un autre interlocuteur qui n'intervenait pas au niveau des mesures, rencontrait régulièrement l'enfant, qui avait ainsi un lieu pour exprimer sa peur, et aussi sa colère contre l'adulte qui avait pris la charge du signalement.

Propos recueillis par Guy Benloulou

Questions texte 1 :

« Prendre du temps pour faire un signalement est indispensable ».

1. Quelles précautions préconise l'auteure en ce qui concerne un signalement de maltraitance par un enfant ?

-
-
-
-

2. Quels sont les facteurs qui peuvent influencer les confidences d'un enfant dans ce cas ?

-
-
-

3. Quelle est la tâche la plus compliquée à réaliser lors de la prise en charge d'un enfant maltraité, abusé ?

4. Pour l'enfant, si une maltraitance repérée n'est pas dénoncée, que se passe-t-il ?

Texte 2 : Pour un recueil respectueux de la parole de l'enfant

Les révélations de maltraitance ou d'abus sexuels ne sont pas toujours faciles à gérer pour celle ou celui qui les reçoit. Sa vigilance peut être mise à défaut et la qualité de l'écoute ainsi malmenée. On connaît aujourd'hui les précautions à prendre et les attitudes à adopter.

Un petit garçon est retrouvé couvert de brûlures de cigarettes. L'enfant déclare qu'il a été baillonné avec du sparadrap et que sa mère lui tenait les mains pendant que son père le punissait en lui brûlant le corps avec le bout de cigarettes allumées. Le juge des enfants refusera de voir là le résultat de mauvais traitements. Son argumentation ? « Ce n'est pas de la maltraitance, puisque c'est un acte isolé ». Quant à l'éducateur qui exerçait une mesure d'AEMO, il affirmera : « On connaît bien la famille, elle n'est pas capable d'avoir fait cela ». Il faudra la preuve de photos apportées au magistrat, pour démontrer qu'il ne s'agit pas d'une crise d'eczéma comme le prétendent les parents. Ce récit terrible ne date pas « d'avant », de l'époque où l'on se contentait d'affirmer que les enfants mentaient beaucoup quand ils se plaignaient de recevoir des coups. Non, il a été rapporté par Geneviève Favre-Lanfray, docteur en droit et administrateur ad'hoc, lors des récentes journées d'Anthéa en mai 2003.

Le 19 mai 1998, Vincent Cottalorda, instituteur de son état, est interpellé par les gendarmes et mis en examen pour des faits de violence physique et d'agression sexuelle sur plusieurs enfants. Il est interdit de séjour dans son département. Le juge d'instruction saisi prend finalement une ordonnance de non-lieu, le 27 mars 2000, en s'appuyant notamment sur l'expertise qui décrit le témoignage d'un des jeunes témoins comme « rocambolesque » : « sur un plan strictement médico-légal l'abondance des violences physiques dénoncées par certains enfants contrastait avec l'absence de toute constatation légale » et « sur le plan psychologique, il existait une réunion de plusieurs enfants dont le champ de perception sexuelle était perturbé par des comportements familiaux et que le milieu délétère semblait être situé plus au niveau familial ou environnemental qu'au niveau scolaire. »

Ces deux exemples semblent diamétralement opposés. Le premier montre qu'il existe encore des circonstances où l'enfant n'est pas cru quand il révèle être victime de maltraitance. Le second montre que sa parole peut être parfois prise au pied de la lettre, quand il se plaint, sans précaution aucune, provoquant la mise en accusation d'un adulte qui sera relaxé. En réalité, ces deux situations partagent en commun le manque de discernement des professionnels tant médico-sociaux que judiciaires : entre la persistance d'une certaine forme de déni et la trop grande précipitation, la souffrance de l'enfant n'a pas été prise en compte, à sa juste mesure. Le résultat obtenu, c'est une victimisation secondaire : dans le premier cas, un enfant déjà martyrisé a subi les affres du doute et l'incrédulité de ceux qui étaient censés le protéger. Dans le second cas, un adulte a subi injustement l'infamie et le soupçon.

Certaines études font état de 50 à 80 % de victimes qui ne révèlent jamais ce qu'elles ont subi. Le poids du passé pèse encore sans doute beaucoup. Pendant très longtemps, les agressions que subissaient les enfants au sein des familles ont été banalisées, voire niées, le récit qui en était fait étant considéré comme pur mensonge. La prise de conscience qui a émergé dans les années 1980 a provoqué une mobilisation des médias et des milieux professionnels. La loi de 1989 a pénalisé la non-dénonciation de mauvais traitements, les dispositifs de prévention et de protection se sont affinés, les condamnations en justice se sont multipliées. On ose croire (sinon espérer) que les cas d'aveuglement quant à la maltraitance des mineurs se fassent toujours de plus en plus rares. Pour ce qui est des accusations non fondées en direction d'adultes qui, après enquête, s'avèrent juridiquement non coupables, on ne dispose pas de statistiques globales. Seuls existent les chiffres proposés en 2002, par la Fédération des autonomes de solidarité. Cette association qui regroupe 718.000 adhérents parmi les personnels de l'enseignement public et laïc, aide les professionnels qui sont confrontés aux aléas de la vie

professionnelle ou privée. Entre 1996-1997 et 2002, 486 dossiers lui ont été transmis concernant des affaires de mœurs. 201 d'entre eux n'étaient pas encore clos au moment où ces éléments ont été rendus publics. Parmi les 285 qui l'avaient été, 26 avaient donné lieu à une condamnation, 3 à un suicide, 165 avaient été classés sans suite et 43 s'étaient traduits par une relaxe. On peut faire dire aux chiffres tout ce que l'on veut. Ce n'est pas parce que sur les 208 dossiers clos, 73 % n'ont donné lieu à aucune condamnation judiciaire, que cela signifie forcément que les personnes mises en cause étaient innocentes. On connaît trop ces situations d'agression sexuelle où, faute de preuve ou parce que la parole de l'enfant s'oppose à la parole de l'adulte ou encore parce que la petite victime a fini par se rétracter, la justice ne peut pas trancher. Néanmoins, on conviendra qu'il y a, au moins, de quoi s'interroger. Que les adultes responsables d'atteintes inacceptables portées aux enfants soient poursuivis, stigmatisés et condamnés ne fera pleurer dans aucune chaumière. Mais quid des mises en cause qui se sont avérées erronées ? Peut-on se contenter de les comptabiliser dans les pertes et profits ?

La question qui se pose est bien de savoir si l'on dispose ou non des moyens pour essayer d'objectiver un tant soit peu les données livrées par un enfant qui fait une révélation. La première chose sur laquelle plusieurs études nous éclairent, ce sont ces biais qui peuvent contribuer à fausser le recueil des déclarations de l'enfant. Le premier d'entre eux tient dans la particularité même de l'enfance. L'être humain n'atteint sa pleine maturité que très tardivement. La longue période de l'enfance est marquée par des traits particuliers qu'on ne peut ignorer quand on a affaire à un jeune public. L'enfant n'a pas toujours confiance et peut se montrer réticent vis-à-vis d'un adulte qu'il ne connaît pas, surtout quand celui-ci va l'interroger sur les atrocités qu'il a subies. Cela peut gêner sa communication. Ses capacités linguistiques sont en outre, selon son âge, limitées. Il n'a pas vraiment l'habitude de demander à l'adulte de reformuler quand il n'a pas compris ce qu'il lui a dit. Il pourra répondre oui ou non à une question posée en des termes non adaptés à son âge, sans que cela corresponde vraiment à ce qu'il pense. Autre élément : sa mémoire est moins apte à gérer et à hiérarchiser à la fois les informations récentes et celles qui sont plus anciennes. Cette mémoire fonctionne plus encore que chez l'adulte, sur une logique de scénario : remémorer un événement revient à reconstituer un tout à partir d'éléments épars, selon une idée que l'on se fait dans le présent de ce qui a dû se dérouler dans le passé. Autre caractéristique importante : l'enfant est en position de dépendance à l'égard de l'adulte. Il peut être spontanément amené à se conformer à ce qu'il imagine être le désir de celui-ci et lui confirmer ce qu'il sent qu'il veut qu'il dise. Enfin, sa suggestibilité est forte : tout propos inducteur peut contaminer définitivement son récit. Ces limites cognitives et linguistiques que nous venons de souligner ne sont pas évoquées ici pour décrédibiliser la parole de l'enfant, mais pour souligner l'importance pour l'adulte d'adopter des attitudes très vigilantes : si sa bienveillance ainsi que sa profonde humanité sont indispensables, sa capacité d'observation et d'écoute attentives ainsi que sa proximité de l'univers et du mode de fonctionnement de l'enfant le sont tout autant. Ces comportements requis chez l'intervenant constituent le second biais auquel il faut porter une attention toute particulière. Plusieurs facteurs peuvent venir déstabiliser ses capacités d'évaluation. La dimension affective joue, en la matière, un rôle essentiel. Il n'est pas évident de gérer les difficultés d'ordre émotionnel qui peuvent assaillir l'intervenant confronté à l'horreur d'un enfant maltraité. La nécessité d'une stricte neutralité s'impose (qui n'interdit pas pour autant l'empathie, bien au contraire), l'enfant captant très facilement chez son interlocuteur les moindres attitudes de gêne, d'angoisse, de rejet, de doute, de dégoût ou de désintérêt. Il n'est pas forcément plus facile de se décontaminer par rapport aux préjugés ou aux idées reçues qui sont particulièrement prégnants sur ces sujets douloureux. La plupart des adultes que nous sommes avons tendance à croire à ce que nous voulons ou à ce que nous avons besoin de croire. Plus nous adhérons à une théorie explicative, plus nous nous y attachons de façon indélébile. Chaque enfant réagit à sa façon, en fonction de ses propres mécanismes de défense, de ses ressources personnelles, de ses émotions et de ses sentiments : entre celui qui se renferme sur lui-même et celui qui raconte ce qui s'est passé exactement, en livrant tous les détails, il y a toute une palette de situations possibles, y compris des récits qui ont pu subir des déformations liées à des confusions, des symbolisations, des contaminations, voire dans des cas très

exceptionnels, des mensonges. La difficulté tient pour beaucoup dans le fait que dans ce genre de situation, malheureusement, tout est possible. L'aspect en apparence peu crédible de ce qui est relaté n'est pas suffisant pour conclure qu'il est peu probable que cela ait eu lieu. Il faut donc faire preuve à la fois d'une grande ouverture d'esprit et de beaucoup de disponibilité. On doit envisager toutes les hypothèses possibles en ne privilégiant d'emblée aucune : ni celle d'un abus, ni celle d'un malentendu, d'une fabulation ou d'un mensonge même si, rappelons-le, cette dernière éventualité représente un très faible pourcentage de probabilité. La seule attitude professionnelle véritablement respectueuse de la parole de l'enfant consiste à essayer de comprendre le point de vue de la victime, plutôt que de vouloir à tout prix imposer, face à son vécu, le schéma explicatif dont on est convaincu. Tout cela demande une solide formation, une supervision et un équilibre personnel indispensable.

La parole ne sera pas forcément le seul support (ni le premier) utilisé par l'enfant. L'intensité du stress émotionnel qu'il a subi au cours de l'abus peut réduire fortement la possibilité qu'il puisse aborder ce qu'il a vécu par le biais d'une pensée structurée et surtout disponible. Mais, ce n'est pas parce que l'enfant ne dit rien qu'il n'a rien à dire. Il peut le dire d'une tout autre façon. C'est le rôle joué par les symptômes. L'enfant peut mettre en place des manifestations qu'il investit comme autant de systèmes de vigilance et de stratégies de survie. On a été tenté d'en établir une liste et de l'utiliser comme signal d'alerte. Toutefois, nombre de ces signes de mal-être ne sont pas spécifiques à une situation d'abus. Ils peuvent se produire en présence de bien d'autres circonstances. Ainsi, des fugues, des conduites régressives, du repli sur soi, des troubles du sommeil, des troubles de la concentration de la mémoire ou du fonctionnement intellectuel qui ne constituent pas un signal particulier. Il en va de même pour les jeux sexuels spontanés. Une étude a démontré que sur une population de 200 enfants non abusés, 50 % de l'échantillon ont adopté des comportements sur des poupées sexuées qui pourraient faire croire à un abus antérieur. La prudence est donc de rigueur. La recherche s'est aussi tournée vers l'élaboration de critères fiables et rationnels pour analyser la parole de l'enfant. L'une des méthodes mises au point s'appelle « l'analyse de validité de la déclaration » [« Statement Validity Analysis » (S.V.A.)]. D'origine nord-américaine, elle est utilisée en Belgique par « Parole d'enfants »¹ au cours des expertises de crédibilité que lui confie la justice. Cette association, bien connue du public français pour les colloques qu'elle propose a animé en décembre 2002, une session de formation à cette technique². Première précaution avant toute présentation c'est d'affirmer que cette méthode, pas plus qu'une autre, ne constitue une panacée. Ce n'est pas non plus un détecteur de mensonge. Elle permet juste d'envisager la probabilité de la véracité du récit recueilli. Elle est construite à partir de la conviction qui veut que ce qui a été vécu véritablement sera décrit différemment que ce qui aura été inventé. Une grille a donc été élaborée comportant 19 critères.

Cette grille s'attache tout particulièrement à rechercher des éléments que l'on trouve plus rarement dans un récit construit artificiellement : la référence à des complications inattendues survenue au cours de l'abus (g) : un téléphone qui sonne, quelqu'un qui frappe à la porte... Il en va de même pour des détails inusités (h) : éléments étranges ou inhabituels décrits avec réalisme comme le port de chaussettes de couleurs différentes ou une particularité physique de l'agresseur ; mais aussi des détails périphériques (i) : éléments extérieurs à l'abus comme un bruit dans l'appartement voisin, un orage etc. Dans la même catégorie, on retiendra des détails non compris, mais rapportés de façon exacte (j) : l'enfant qui prend les gémissements de l'abuseur pour une souffrance ; mais aussi des incidents extérieurs (k) : propos tenus sur un sujet étranger à l'abus lui-même. Autre ressort : des facteurs qui pourraient apparaître au premier abord comme preuves de non fiabilité et constituant au contraire une preuve de haute crédibilité : les corrections spontanées (n) : l'enfant modifie son récit ; les aveux de blanc de mémoire (o) : l'enfant ne se souvient pas de certains détails ; les doutes à propos de sa propre déclaration (p) n'apparaissent quasiment jamais dans un récit fabriqué puisque son auteur cherche à lui donner la forme la plus parfaite et la moins hésitante possible. Ici, ils montrent une véritable authenticité, ce qui a été vécu ayant pu être mémorisé dans une certaine confusion. Certaines circonstances particulières décrites renforcent la crédibilité : la description précise des interactions, faits et gestes (e) ; le rappel des conversations tenues par

l'abuseur (f) ; la référence à son propre état psychologique (l) : ce que l'enfant a ressenti au moment des faits ; ainsi qu'à l'état psychologique de l'abuseur (m). Les caractéristiques générales du récit sont aussi étudiées : sa cohérence globale (a), son déroulement spontané (b), les détails en quantité suffisante qu'on y trouve (c), ainsi que son enchâssement contextuel : le fait de le placer dans un contexte spatio-temporel (d). Selon la méthode SVA, plus un récit répond à ces critères (avec un minimum de 8) plus il a de chance d'être crédible. Encore faut-il que l'entretien se fasse le plus proche possible du témoignage initial et respecte des modalités du récit libre (l'enfant est invité à parler sans être dirigé par des questions trop précises), le moins inducteur possible (questions ouvertes et non suggestives) et respectueux de son rythme (en excluant toute pression et contrainte)...

Cette méthode n'est en aucun cas fiable à 100 %. Elle ne constitue aucune garantie. Elle permet de prendre de la distance avec sa propre subjectivité et sa propre émotion et d'apporter un certain nombre d'éléments d'objectivité. On mesure assez facilement l'exigence de qualification qu'implique l'utilisation d'une telle approche. Les services de police et de gendarmerie ont spécialisé des intervenants en leur apportant une formation adaptée. Il n'en va pas de même pour les travailleurs sociaux qui ont à gérer ce genre de situation bien moins fréquemment. Ne serait-il pas judicieux de concevoir des cellules médico-sociales spécialisées qui auraient pour fonction d'accueillir très rapidement les révélations des enfants en amont du signalement, permettant d'aider les professionnels aux prises avec les toutes premières paroles des victimes. Cela pourrait assurer un accompagnement efficace et bien moins traumatisant qu'il ne l'est parfois aujourd'hui. Mais, cela impliquerait, comme c'est le cas en Belgique, que la judiciarisation ne soit pas la première étape après la révélation, mais que les professionnels du social reprennent leur place, celle de l'évaluation des difficultés et de l'orientation la plus adéquate. Ce n'est pas ce que prévoit le dispositif actuel.

Jacques Trémintin

¹ « Parole d'Enfants » - 107 rue de Reuilly - 75012 Paris.

² « L'investigation psychosociale dans les situations de suspicion d'abus sexuels »

Questions texte2 :

« Pour un recueil respectueux de la parole de l'enfant ».

1. Dans l'article l'auteur fait référence aux biais, inhérents à l'enfant lui-même, susceptibles de contribuer à fausser le recueil des déclarations de l'enfant. Citez -les.

-
-
-
-
-

2. Quel autre biais relève également l'auteur ?

-

3. Selon l'auteur de quelles compétences l'intervenant doit-il faire preuve ?

-

-

4. La parole n'est pas le seul support utilisé par l'enfant en cas de maltraitance ou d'abus, quels sont les différents symptômes qui peuvent attirer notre attention ?

-

-

-

-

-

-

-

5. Ces « signaux d'alerte » sont-ils d'office toujours significatifs d'une situation d'abus ?

6. Quelle est une des méthodes, utilisée en Belgique, mises au point afin de crédibiliser la parole de l'enfant dont parle l'auteur et sur quel postulat repose-t-elle ?

-

-

7. Donner quelques exemples.

Annexe

Vie affective et sexuelle des personnes handicapées



UNE CHARTE POUR AGIR : ASPECTS JURIDIQUES

ou

“La vie affective et sexuelle des personnes handicapées :
droits, responsabilités et respect de la vie privée.”



Agence Wallonne
Pour l'Intégration
des Personnes Handicapées

PRÉAMBULE

Des professionnels confrontés à la réalité de la vie affective et sexuelle des personnes handicapées et inquiets de la lente prise de conscience de la problématique de la prévention du SIDA, des maladies transmissibles sexuellement et par le sang se sont réunis en vue de sensibiliser le tout public concerné par ces questions.

Pendant plus de deux ans, de nombreux professionnels de terrain (médecins, services de prévention, associations de personnes handicapées, directeurs et personnel éducatif et médical de services d'accueil et d'hébergement, services de promotion de la santé) se sont réunis sous la coordination de l'AWIPH et du Service Bruxellois Francophone des Personnes Handicapées afin de réfléchir à une démarche commune à mener dans le cadre de cette problématique. De ces rencontres est née une **charte pour agir** disponible à l'adresse : http://www.awiph.be/pdf/competences/chartre/charte_SIDA.pdf.

Ce document vise à améliorer la prise en compte des problèmes de santé et en particulier ceux liés à la vie sexuelle et affective des personnes handicapées.

Cette charte se veut fédératrice. Elle a été signée par les trois ministres compétents en matière de santé et d'aide aux personnes handicapées sur le territoire de la Communauté française. Elle permet de poser des constats, d'éclaircir le cadre légal dans lequel nous évoluons, de définir des objectifs et des recommandations et insiste aussi sur le suivi qu'il faut bien entendu lui réserver. Il est impératif en effet de donner à ce document un suivi pragmatique et une réponse claire aux questions que se posent les personnes handicapées, leurs proches mais aussi le personnel et la direction des services d'accueil et d'hébergement face à la question de la vie affective et sexuelle.

De nombreuses questions sont venues lors des débats que nous avons eus avec un public composé de près de 500 personnes rencontrées lors de trois journées d'information organisées fin de l'année 2002 et début de l'année 2003. Des personnes handicapées et des professionnels de terrain ont exprimé leurs craintes, ont posé des questions mais ont aussi communiqué des pistes de solutions, des bonnes pratiques à diffuser. Ces trois journées et tous les contacts que nous avons depuis, prouvent que nos préoccupations sont partagées par de nombreuses personnes et que la question de la vie affective et sexuelle devient enfin un sujet d'actualité.

Que dois-je accepter mais aussi que puis-je refuser quand je suis sous administration provisoire des biens ? Comment permettre aux personnes handicapées hébergées dans mon service de vivre pleinement leur vie affective et sexuelle ?

Quelle est ma responsabilité, moi, éducateur, si une personne handicapée hébergée dans mon service et porteuse du virus du sida contamine d'autres personnes ?

Quelles sont les précautions médicales universelles à utiliser face aux hépatites B et C ?

Quels sont les services qui sont à ma disposition face aux questions que je me pose dans le domaine de la vie affective et sexuelle ?

Pour répondre à ces questions ou en tout cas proposer des pistes de solutions, des groupes de travail composés de professionnels (juristes, médecins, éducateurs et directeurs de services) et

de personnes handicapées se sont réunis et ont planché activement sur la production de documents à destination des personnes handicapées, des professionnels et des parents. L'un traitera des précautions médicales universelles et l'autre abordera les aspects juridiques liés au domaine de la vie affective et sexuelle et des droits et devoirs tant des personnes handicapées, que des parents et de la famille et des services. Par ailleurs, un groupe de travail a réfléchi aux moyens d'optimiser les réseaux d'informations et de conseils dans le domaine de la vie affective et sexuelle.

Le réseau de la **charte pour agir** grandit de jour en jour. La question de la vie affective et sexuelle des personnes handicapées et des maladies transmissibles sexuellement et par le sang est aujourd'hui de plus en plus abordée et suscite des réflexions tant dans les services que dans certaines familles. Mais un long chemin reste encore à parcourir.

INTRODUCTION

Ce présent document a pour ambition de s'attarder sur les aspects juridiques liés à la vie affective et sexuelle des personnes handicapées. Des personnes handicapées, des représentants d'associations, des professionnels du handicap (responsables de services, éducateurs, psychologues, etc.), des juristes se sont réunis pendant plusieurs mois et ont conçu ce document qui est aujourd'hui entre vos mains.

Pourquoi cette brochure ?

La question de la vie affective et sexuelle des personnes handicapées a été longtemps et demeure encore pour beaucoup un tabou. Elle fait l'objet de nombreuses réflexions tant au sein des familles que des services spécialisés. Elle donne lieu à des initiatives éparses mais souvent efficaces. Il est clair toutefois que le droit à la vie privée et à une vie affective et sexuelle fait partie des droits fondamentaux de toute personne valide ou ... handicapée.

Il est évident que les problèmes et questions liés à la vie affective et sexuelle ne se régleront pas uniquement par de la bonne volonté et de bons sentiments. Il existe un fossé énorme entre la réalité de terrain et l'idéal à atteindre (et quel idéal ?). Il est souvent très difficile, par exemple, de trouver au sein d'un service d'hébergement un juste équilibre entre le respect du droit collectif et celui du droit individuel. Toutefois, ces services ont vu leurs missions évoluer allant de la protection des personnes vers leur épanouissement et le respect des droits qui s'appliquent à tous.

Ces principes impliquent aussi et surtout un accompagnement, un suivi, des moyens pour assumer les devoirs et les conséquences possibles de l'application de ces droits. Vers qui par exemple le service ou la famille peut se tourner pour un conseil ou un accompagnement ?

Ces questions, ces réflexions sont présentes d'une manière transversale au fil des pages de cette brochure qui ne se veut en aucun cas une série de réponses toutes faites et de principes à appliquer à la lettre. Cette brochure, nous avons voulu qu'elle soit pour tous une source d'informations et d'idées à creuser en tenant compte d'une situation donnée car chaque cas a ses spécificités. Ce document se veut être un premier pas vers une réflexion plus avancée ou des pratiques plus concrètes, une passerelle avec des balises vers le long chemin souvent semé d'embûches vers l'application de ces droits fondamentaux.

Cette brochure se présente en quatre parties :

La première reprend une description des principaux statuts de protection existant en droit belge à l'attention des personnes handicapées.

La deuxième partie consiste en un chapitre relatif à la description des notions de secret professionnel et secret partagé qui sont souvent, pour les professionnels du handicap, difficiles à intégrer dans leur pratique quotidienne.

La troisième partie consiste en une liste de questions que se posent le plus fréquemment les personnes handicapées, leurs proches et parents et les professionnels du handicap. Des juristes se sont attelés à y répondre précisément quand cela était possible ou à émettre des pistes de solutions ou des références légales ou jurisprudentielles dans des cas plus abstraits ou incertains.

La dernière enfin reprend le texte intégral de la loi du 3 mai 2003 relatif à la protection des biens des personnes totalement ou partiellement incapables d'en assumer la gestion en raison de leur état physique ou mental (publication au Moniteur belge le 31.12.2003).

Cette brochure fait partie d'une collection de documents édités par l'Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées et le Service bruxellois francophone des personnes handicapées. Elle est également disponible en version allemande grâce au concours de la Dienststelle für Personen mit Behinderung (dont un agent a fait partie du groupe de travail «aspects juridiques»).

Ont participé à la réalisation de cette brochure : l'AFRAHM (D. Dupont, V. Dardenne), l'AWIPH (V. Cowez, N. Vanderniepen), Begleitzentrum Griesdeck (M. Nyssen), la COCOF (Ph. Mertens), F. Cornet (asbl PHASEPI), l'H.A.I.M. (C. Orban), les Hautes Ardennes (Ph. Périlleux), le Mouvement Personne d'abord (C. Bonhomme, D. Tychon, F. Dardenne), Saint-Lambert (V. Daix), et Fr.-J. Warlet, juge de Paix. Merci à Ph. Warmont pour les illustrations et la mise en page.

1. LES STATUTS JURIDIQUES DE LA PERSONNE HANDICAPÉE

Dès 18 ans, tout belge est présumé capable d'exercer tous les actes de la vie civile. Cependant, toute personne est susceptible d'être un jour et parfois dès sa naissance, incapable, définitivement ou provisoirement, d'exprimer sa volonté suite à une affection médicale. Par conséquent, la loi propose des mesures d'assistance, de représentation, ou même privatives de liberté selon les besoins.

Voici un rappel des différents régimes d'incapacité qui permettent d'assurer le gouvernement et/ou la gestion patrimoniale des personnes reconnues comme devant être protégées.

L'institution d'un conseil judiciaire :

(art. 513-515 du Code civil et 1247 du Code judiciaire)

Pour toute personne qui présente un handicap psychique ou mental léger ou qui est incapable de gérer ses biens ou est un peu trop généreux avec ceux-ci, un conseil judiciaire peut être désigné par le tribunal de première instance, à la demande du conjoint ou de tout parent, ou du procureur du Roi pour toute personne qui n'a ni conjoint ni parent connu.

La personne protégée peut gérer elle-même son patrimoine mais certains actes importants énumérés par la loi comme les procédures judiciaires, les transactions, les emprunts, ne sont accomplis que moyennant l'**assistance** d'une personne appelée «conseil judiciaire». A défaut, l'acte accompli sans cette assistance peut être déclaré nul par le juge à la demande de l'intéressé ou de son conseil.

La mesure génère donc une incapacité spéciale et limitée.

Concrètement, cette assistance signifie que pour les actes définis, la personne protégée pourra prendre des initiatives et agir mais que ces actes et ces décisions n'auront de valeur que pour autant que son «conseil judiciaire» les ait approuvés, contresignés.

Une demande en mainlevée peut être introduite devant le tribunal de première instance par le conseil judiciaire, ou la personne elle-même. Si cette procédure aboutit, la personne recouvre alors sa capacité.

L'interdiction :

(art. 489-512 du Code civil et 1238-1253 du Code judiciaire)

La personne majeure, qui est dans un état habituel et grave de démence ou d'imbécillité, même si il y a des intervalles lucides, peut être dans le cadre de l'interdiction assimilée à un mineur, pour sa personne et pour ses biens.

Le conjoint ou tout parent, ou le procureur du Roi pour toute personne qui n'a ni conjoint ni parent connu, peut provoquer l'interdiction, en introduisant une requête devant le tribunal de première instance.

Si l'interdiction est prononcée, le tribunal de première instance procède à la nomination d'un tuteur et d'un subrogé tuteur en fonction des dispositions légales en matière de tutelle des mineurs, art. 388 et suivants du Code civil. Le tuteur **représente** l'interdit et administre ses biens.

La mesure génère une incapacité générale. Par conséquent, l'interdit ne peut accomplir aucun acte quel qu'il soit, comme par exemple acheter ou vendre une maison.

Une demande en mainlevée peut être introduite devant le tribunal de première instance par le tuteur, le subrogé tuteur, ou l'interdit lui-même. Celui-ci recouvre alors sa capacité et il est mis fin à la tutelle dès le prononcé du jugement.

La minorité prolongée :

(art. 487bis et suivants du Code civil)

Toute personne handicapée, mineure ou majeure, atteinte d'une arriération mentale grave peut être mise sous minorité prolongée si son handicap est congénital ou est apparu depuis la première enfance, et que cet état est permanent et irréversible.

Le tribunal de première instance attribue à la demande de la personne intéressée (parents, tuteur, procureur du Roi) le statut de minorité prolongée.

Cette personne est assimilée à un mineur de moins de 15 ans quant à sa personne et à ses biens et reste soumise à l'autorité parentale, qui peut être remplacée par la tutelle, lorsque plus aucun des deux parents n'est vivant ou lorsque l'intérêt du mineur l'exige (art. 487 quater du Code civil).

Cet état peut prendre fin lorsque la personne elle-même, les parents, le tuteur, tout autre parent ou le procureur du Roi introduit une demande de mainlevée de la mesure devant le tribunal de première instance.

L'administration provisoire :

(art.488 bis du Code civil)

Le juge de paix peut désigner, à la demande de la personne elle-même, de toute personne intéressée ou du procureur du Roi, un administrateur de biens pour les personnes majeures reconnues totalement ou partiellement, définitivement ou temporairement, hors d'état de gérer leur patrimoine en raison de leur état physique ou mental.

L'administrateur provisoire, qui peut être le conjoint, un proche parent ou un tiers à la famille, a une mission de gestion patrimoniale. Selon ce que le juge de paix aura décidé, il **assiste ou représente** la personne protégée dans les actes juridiques qu'elle a à accomplir.

Cependant, pour certains actes déterminés par la loi (aller en justice, hypothéquer ou vendre un bien,...), l'administrateur provisoire doit solliciter l'autorisation du juge de paix.

L'incapacité de la personne protégée est limitée à la sphère de gestion de ses biens. Elle conserve la capacité pour tous les actes dont l'administrateur provisoire n'a pas été chargé et pour les actes relatifs à l'état des personnes: mariage, divorce, adoption...

Si un problème se pose entre la personne protégée et l'administrateur provisoire, le juge de paix peut trancher à l'occasion de l'arbitrage des intérêts en présence.

A tout moment, soit d'office, soit à la demande de la personne protégée ou de toute personne intéressée, le juge de paix peut mettre fin à la mission de l'administrateur provisoire ou modifier ses pouvoirs .

Voir 4. ANNEXE (page 15) : Texte de loi du 3 mai 2003 parue au Moniteur belge du 31 décembre 2003 et

modifiant la législation relative à la protection des biens des personnes totalement ou partiellement incapables d'en assumer la gestion en raison de leur état physique ou mental.

L'internement de défense sociale :

(Loi du 1^{er} juillet 1964)

Toute personne qui commet un crime ou un délit et qui se trouve dans un état de démence ou dans un état grave de déséquilibre mental ou de débilité mentale la rendant incapable du contrôle de ses actes, peut faire l'objet d'une mesure d'internement, décidée par la chambre du conseil ou le tribunal correctionnel.

L'internement est de durée indéterminée.

Dans certains cas, un **régime de représentation facultatif** limité à certains actes énumérés par la loi est prévu, un administrateur provisoire est désigné par la commission de défense sociale ou par le juge de paix.

La mise en observation dans un service psychiatrique :

(Loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux)

Cette mesure permet l'hospitalisation forcée, dans un service psychiatrique, à l'intervention du juge de paix, d'une personne malade mentale qui met gravement en péril sa santé et sa sécurité ou qui constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui.

Le maintien de l'hospitalisation peut être ordonné au terme de la période d'observation si l'état de la personne le justifie. La personne peut aussi, si son état le permet, être soignée en milieu familial.

Cette mesure n'a en tant que telle aucune incidence sur la capacité juridique de la personne concernée à gérer ses biens. Elle limite uniquement son autonomie physique, dans un but protectionnel, et la place à cet égard sous la responsabilité des médecins chargés de la soigner.

Toutefois, lorsque le juge de paix est amené à traiter ce type de situation, il peut, s'il l'estime utile, prendre l'initiative de désigner un administrateur provisoire pour la personne concernée en mettant lui-même en mouvement la procédure adéquate.

2. LE SECRET, LA CONFIDENTIALITÉ : DES EXPLICATIONS SUR QUELQUES NOTIONS IMPORTANTES

Tout au long du travail qui a été nécessaire à la réalisation de cette brochure, deux notions importantes étaient souvent abordées sans que leur définition précise et leur implication sur le terrain ne soient bien claires.

C'est la raison pour laquelle il nous a semblé important de les décrire.

Le secret professionnel

La règle de base: l'art. 458 du Code Pénal

"Les médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes **et toutes autres personnes, dépositaires, par état ou par profession, des secrets qu'on leur confie** qui, hors le cas où ils sont appelés à rendre témoignage en justice et celui où la loi les oblige à faire connaître ces secrets, les auront révélés, seront punis d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de cent euros à cinq cents euros".

Le secret professionnel sert notamment à garantir le fonctionnement des institutions. L'intérêt de la société commande que l'on renforce le sentiment de sécurité chez ceux qui ont besoin de révéler à des professionnels des choses qui touchent leur intimité.

Qui est concerné, ...et quels sont ces secrets ?

a. "secret", "confiance", "révélation",... peu importe la qualification formelle qui est donnée au fait dont on se retrouve dépositaire, ce qui compte c'est qu'il s'agisse d'un **fait qu'on a intérêt à tenir caché**.

Soit il s'agit de révélations qui ont été faites avec la recommandation clairement exprimée qu'elles soient tenues secrètes.

Soit il s'agit de faits dont la nature même les rend secrets.

b. Tous ceux que la profession ou l'état placent en situation de recevoir secrets et confidences, sont concernés par la loi pénale.

Le caractère rémunéré ou non de l'activité exercée par celui qui détient un secret est par ailleurs sans incidence sur l'applicabilité de la loi.

Distinction entre secret professionnel et...

...devoir de réserve, devoir de discrétion,... qui recouvrent plutôt des comportements, des attitudes, des abstentions qui s'imposent dans le cadre ou en raison de l'exercice d'une profession ou d'une activité. Ces comportements ressortissent notamment à la déontologie d'une profession.

Si la violation du secret professionnel peut justifier une sanction pénale, une méconnaissance de ces devoirs sera de nature à entraîner une réprobation sociale voire d'éventuelles sanctions par l'employeur ou par la profession et, en cas de préjudice, le paiement de dommages et intérêts.

Le secret partagé

Très souvent, et particulièrement en milieu institutionnel, une bonne et cohérente conception de l'activité ne peut se concevoir qu'au travers un travail en équipe; et cette équipe peut prendre des configurations très diverses.

Ainsi, certaines informations confidentielles détenues jusque là par chaque membre de l'équipe pourront, dans l'intérêt de la personne concernée, y être communiquées aux autres ou partagées avec eux.

Cette communication doit toutefois avoir des limites qui seront définies par ce qui est strictement indispensable, voire utile, de révéler.

Quelques lignes directrices seront ainsi de nature à assurer une bonne qualité de ces échanges :

- ① si possible, informer l'intéressé ou le cas échéant sa famille sur le projet de partage d'informations en équipe, ses objectifs, ses avantages et ses limites, et obtenir son accord
- ① ne partager les informations confidentielles qu'avec d'autres intervenants que l'état ou la profession oblige également au secret professionnel et qui ont en charge la même mission auprès de la personne concernée
- ① redéfinir régulièrement ensemble ce que l'on s'accorde à considérer comme la bonne pratique, en fonction des spécificités du cadre de travail et ainsi éviter à tout prix les risques de la routine.

Rappelons ainsi que des précautions doivent être prises par les équipes afin que la communication dans le domaine du handicap ne soit pas caractérisée par un "bavardage" au mieux bienveillant, voire par l'indiscrétion généralisée au nom de l'intérêt de la personne concernée.

3.LES QUESTIONS QUE SE POSENT LES PERSONNES HANDICAPÉES, LES PROFESSIONNELS, LES PARENTS OU PROCHES ...

Les personnes handicapées s'interrogent ...

Si j'ai un problème au sein du service qui m'héberge ou qui m'emploie par exemple, le service doit-il avertir mes parents ou régler le problème avec moi sans avertir ma famille ?

Si la personne handicapée est sous minorité prolongée, le service doit avertir les parents de celle-ci ou son tuteur. En effet, cette personne est sous l'autorité parentale de ses parents car considérée comme un mineur de moins de 15 ans quant à sa personne et quant à ses biens.

Si la personne handicapée est sous administration provisoire, le service a pour interlocuteur la personne handicapée si le problème concerne sa personne ou l'administrateur provisoire si il s'agit d'un problème de gestion de ses biens.

Si la personne handicapée n'a pas de statut, le service doit d'abord tenter de régler le problème avec la personne handicapée sans avertir la famille.

Les différents membres de l'équipe du service d'hébergement peuvent-ils parler de moi sans que j'y sois associé ? Ces mêmes personnes peuvent-elles parler de moi entre elles et devant moi ?

Les différents membres de l'équipe du service d'hébergement peuvent parler de vous sans vous y associer. Cependant le partage du secret entre les divers professionnels ne peut avoir lieu que moyennant le strict respect des cinq conditions cumulatives suivantes :

Obtenir l'accord de la personne handicapée, dans la mesure, bien sûr, où elle est apte à l'exprimer,

Limiter le partage à ce qui est strictement nécessaire à la réalisation de la mission commune,

N'envisager le partage d'informations qu'avec des personnes soumises au secret professionnel,

N'envisager le partage d'informations qu'avec des personnes qui poursuivent la même mission,

Informar la personne handicapée (et ses parents, s'il s'agit d'un mineur prolongé) du projet du partage du secret en précisant ce qui sera partagé et avec qui.

Tous les membres de l'équipe du service doivent-ils être au courant de mon état de santé et du contenu de mon dossier ?

Non. Tout partage des informations doit, bien entendu, respecter les conditions énoncées ci-avant.

Les parents s'interrogent ...

Doit-on partager toutes les informations liées à la santé de notre enfant avec le service qui l'accueille ?

Si la personne handicapée est sous minorité prolongée, cette personne étant sous l'autorité parentale de ses parents, ces derniers peuvent, et non doivent, partager les informations liées à la santé de leur enfant suivant un objectif thérapeutique. Ils doivent agir en personnes responsables à l'égard des tiers car leur enfant ne peut assumer lui-même cette responsabilité. Par contre, si la personne handicapée est sous administration provisoire ou n'a pas de statut, c'est elle-même qui décide des informations à partager.

Il faut relever les dispositions de la loi sur les droits du patient qui permettent à celui-ci de faire choix d'une personne **de confiance** à qui il souhaite que toutes ou certaines informations sur son état de santé soient transmises. Cette personne peut également assister le patient lors de la consultation du dossier médical...(loi du 22 août 2002 MB, 26 septembre 2002)

Peut-on contester que des rapports concernant des données personnelles de notre enfant circulent de service en service sans notre accord ?

Oui, seulement si la personne handicapée est sous minorité prolongée.

Si la personne handicapée est sous administration provisoire ou n'a pas de statut, seule la personne handicapée peut contester une telle situation.

Les services doivent-ils nous tenir informés des consultations médicales effectuées par notre enfant ou peuvent-ils invoquer le secret professionnel ?

La loi du 22 août 2002 relative aux droits des patients (M.B. 26 septembre 2002) énonce que les droits issus de cette loi (qualité de soins, choix du prestataire, information, consentement, ...) sont exercés par les parents ou le tuteur, pour la personne majeure relevant du statut de la minorité prolongée.
(art 13§1er)

Le patient y est associé autant que possible compte tenu de sa capacité de compréhension (art.13§2).

En toute hypothèse, les services ne doivent aucunement tenir les parents informés du contenu des consultations médicales qu'en principe eux-mêmes n'ont d'ailleurs pas à connaître : la relation patient-médecin étant couverte par le secret professionnel.

Les services sont-ils tenus de nous informer si notre enfant entretient une relation amoureuse ?

Non, les services sont tenus à cet égard au devoir de discrétion, voire au secret professionnel. Peut-être est-il important de rappeler ici que si la loi ne donne, comme telle, aucune définition de ce qui est l'objet du secret, il s'agit de manière générale de **ce que la personne (maître du secret) a intérêt ou simplement envie de garder secret.**

Les services s'interrogent ...

Où se trouve la limite entre le secret professionnel et la responsabilité de l'éducateur de dire certaines choses ?

Nous renvoyons ici au contenu de l'article 458 du Code pénal (voir page 7).

La loi prévoit donc deux exceptions à la règle consacrée :

- Lorsque le dépositaire du secret est appelé à témoigner en justice, il peut (mais ne doit pas) révéler au

juge les confidences normalement couvertes par le secret professionnel.

- Lorsque le dépositaire du secret est obligé par la loi à révéler des secrets.

Les Tribunaux acceptent aussi d'exclure de l'obligation du respect du secret professionnel, tous les cas où la révélation du secret pourra éviter la survenance imminente d'un mal grave et irréparable, si il n'existe aucun autre moyen pour éviter le mal.

Si un résident est atteint d'une maladie transmissible sexuellement ou par le sang, peut-on cacher la maladie aux membres de l'équipe ? Si on limite le secret aux membres de l'équipe médicale, qu'en est-il des éducateurs qui pratiquent certains actes médicaux ?

La loi du 22 août 2002 relative aux droits des patients énonce que les droits issus de cette loi (qualité de soins, choix du prestataire, information, consentement, ...) sont exercés par les parents ou le tuteur, pour la personne majeure relevant du statut de la minorité prolongée.(art 13§1er)

Le patient y est associé autant que possible compte tenu de sa capacité de compréhension (art.13§2).

La personne handicapée, sous administration provisoire, n'est pas incapable quant à sa personne et conserve ses droits de patient. Elle exerce donc ses droits de manière autonome.

Par conséquent, seule la personne détentrice de l'information, le parent, en cas de minorité prolongée ou la personne handicapée, sous administration provisoire ou non, décide si il y a lieu de partager «le secret» et donc de révéler la maladie à l'ensemble des membres de l'équipe. Cette révélation n'est cependant pas toujours opportune... A cet égard il convient de rappeler que chaque professionnel est tenu, et responsable à ce titre vis-à-vis de lui-même, des précautions d'hygiène élémentaire qu'exige l'exercice de sa profession, notamment en étant en ordre de vaccination (hépatite B, ...).

Si un éducateur ou un autre résident est contaminé par une maladie transmise par le sang au sein du service, en quoi celui-ci est-il coupable pénalement de ce fait ?

Le service n'est pas responsable si toutes les précautions d'hygiène ont été prises, si le dispositif de prévention des maladies transmissibles par le sang a été appliqué et si l'information sur ces précautions à prendre est régulièrement diffusée au sein du service.

Où s'arrête le secret professionnel dans nos transferts d'informations vers les parents ? (visite chez le gynécologue, idylle entre deux résidents, etc.)

Le secret professionnel est d'application. En ce qui concerne la visite chez le gynécologue, la visite peut être divulguée aux parents, mais le contenu de cette visite restera entre le médecin et le patient, le service ne pouvant même pas en avoir connaissance.

DANS LE DOMAINE DES DROITS ET OBLIGATIONS (MINORITÉ PROLONGÉE, ADMINISTRATEUR PROVISOIRE DES BIENS)

Les personnes handicapées s'interrogent ...

Si je suis en minorité prolongée, peut-on m'interdire de fréquenter un compagnon ou une compagne et m'interdire d'avoir des relations affectives et/ou sexuelles avec lui ou elle ? Si on me permet d'avoir une relation, peut-on toutefois m'imposer des restrictions (ex: tu peux la regarder mais pas la toucher,...) ?

On ne peut interdire d'avoir une compagne, d'avoir des relations affectives, mais on peut interdire d'avoir des relations sexuelles dans un but de protection. C'est pourquoi, les services, institutions et les parents ont un devoir d'informations concernant la contraception et tout ce qui permet la prévention des maladies sexuellement transmissibles.

Dois-je justifier à mon administrateur provisoire des biens tous les frais liés à ma vie affective et sexuelle (achat de moyens de contraception, etc.) ?

Non, ce sont des frais compris dans l'argent de poche ou dans les frais médicaux.

Quelles sont alors les dépenses qui peuvent entrer dans «l'argent de poche» et celles qui n'en font pas partie ?

L'argent de poche peut être utilisé pour des loisirs, des sorties, l'achat de carte gsm, de jeux, de revues,...

Dans le cas d'un projet de vie en couple, quel est le poids de l'administrateur par rapport à la décision du couple (frais inhérents à cette décision : aménagement lieu de vie, frais communs aux deux personnes, etc.) ? L'administrateur provisoire des biens peut-il invoquer la charge financière pour refuser l'installation du couple ?

L'administrateur provisoire a une mission limitée à la gestion des biens de la personne. La personne handicapée conserve donc la capacité pour tous les actes relatifs à l'état de sa personne, et donc notamment décide librement de s'installer, ... Bien entendu, l'administrateur veillera aux **intérêts financiers** de la personne protégée et dans le choix du lieu de vie et de son aménagement, définira les limites budgétaires. En cas de conflit entre la personne handicapée et son administrateur provisoire, le juge de paix peut être interpellé pour trouver une solution.

Si je suis sous administration provisoire des biens, puis-je contracter un contrat de mariage (ou un autre contrat de vie en couple) ?

L'article 8,§3 de la loi du 3 mai 2003 modifiant la législation relative à la mise sous administration provisoire des personnes incapables de gérer leurs biens, énonce : «La personne protégée est capable de conclure un contrat de mariage et de modifier son régime matrimonial avec l'assistance de son administrateur provisoire, après autorisation du juge de paix sur la base du projet établi par le notaire.»

Ai-je le droit de choisir mon administrateur provisoire des biens ? Ai-je le droit d'en changer si je ne suis pas satisfait de ses services ?

On n'a pas le droit de choisir mais de suggérer au juge la personne souhaitée. Une fois la procédure introduite, on a le droit de solliciter auprès du juge de paix le remplacement de l'administrateur des biens qui ne remplit pas correctement sa mission.

Quel est le rôle de l'administrateur dans le cas où j'ai un enfant ? Quels droits a-t-il par rapport à mon enfant et aux dépenses qui le concernent ? Mon enfant a-t-il le même administrateur que moi ?

L'autorité parentale est acquise à la personne handicapée. L'administrateur provisoire gère seulement les biens. L'enfant n'a pas d'administrateur de biens (Sauf si la maman a été reconnue inapte à s'occuper de lui, auquel cas un tuteur aura pu être désigné) mais en cas de conflit d'intérêt entre le mineur et ses père et mère, le juge du litige peut désigner un tuteur ad hoc, c'est-à-dire une personne qui représentera le mineur dans le cadre du litige.

Les parents s'interrogent ...

Mon fils, ma fille peut-il faire de la prison s'il commet un délit sexuel ?

Qu'il y ait un statut ou pas, que le délit soit sexuel ou pas, toute personne qui commet un crime ou un délit et qui se trouve dans un état de démence ou de déséquilibre mental grave le rendant incapable du contrôle de ses actes peut faire l'objet d'une mesure d'internement, décidée par la chambre du conseil ou le tribunal correctionnel. (Loi de défense sociale du 1^{er} juillet 1964). En ce cas, il "échappe" à toute sanction pénale au sens propre du terme. La durée de l'internement n'est toutefois pas déterminée.

Le fait que ce délit soit commis par une personne handicapée n'entraîne pas automatiquement l'application de ces dispositions.

En tant que parent, puis-je déposer plainte si une personne abuse sexuellement de mon enfant déficient ? (avec ou sans statut)

Si la personne est sous minorité prolongée, les parents peuvent déposer plainte.
Si la personne est sous administration provisoire ou n'a pas de statut, elle peut déposer plainte; les parents peuvent aussi en informer le procureur du Roi.

Mon fils, ma fille fréquente un service résidentiel. Peut-on exiger un moyen de contraception ? (avec ou sans protection)

Non, on ne peut l'exiger. Ce sont des choses qui doivent être abordées, y compris avec la personne handicapée.

Est-ce que le fait d'être tuteur d'une personne entraîne la gestion de sa contraception ?

Si pour des raisons médicales, une contraception s'impose: il s'agit alors d'une mesure thérapeutique de type préventif qui doit être suivie et "gérée" par ceux qui ont la charge de l'accompagnement de la **personne handicapée** (c'est le cas pour les mineurs prolongés).

Les services s'interrogent...

Un service peut-il permettre à des personnes sous minorité prolongée l'accès à une vie affective et sexuelle ? Quelle est sa responsabilité par rapport à cela ?

On ne peut interdire d'avoir une compagne, d'avoir des relations affectives, mais on peut interdire d'avoir des relations sexuelles pour protéger la personne. Il peut aussi s'agir simplement de l'application d'un règlement d'ordre intérieur bien utile pour permettre une vie harmonieuse de tous au sein d'une communauté déterminée, ce qui n'est pas en soi propre à une institution d'accueil ou d'hébergement de personnes handicapées...

Les services, institutions et les parents ont un devoir d'information concernant la contraception.

Si la personne handicapée (qui se trouve sous administration provisoire de biens) subit des restrictions ou des entraves à sa vie privée de la part de son administrateur provisoire ou de ses parents, quel rôle peut jouer le service ?

L'administrateur des biens gère les biens de la personne handicapée et ne peut gérer la vie privée de celle-ci. La personne handicapée est majeure, et ne peut subir d'entrave à sa vie privée, sous réserve des intérêts patrimoniaux en jeu. Il appartient au service de rappeler ces principes à chacun.

Dans le cas de rapports sexuels entre un mineur prolongé et une personne majeure, peut-on considérer qu'il y a viol, attentat à la pudeur, etc. ?

Aucune réponse définitive ne peut être donnée : tout dépend des circonstances de fait. Plusieurs dispositions pénales énoncent une aggravation des peines, lorsque la victime est une personne vulnérable ou lorsque l'auteur est une personne qui avait autorité sur la victime. En rapport avec le sujet, quelques références :

Attentat à la pudeur et viol : Articles 372 et s. du code pénal

Et notamment : l'article 376 §2 du code pénal qui énonce : «Si le viol ou l'attentat à la pudeur a été commis soit sur une personne particulièrement vulnérable en raison de son état de grossesse, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou mentale ...»

Corruption de la jeunesse : Articles 379 et s. du code pénal

Outrages publics aux bonnes mœurs : Articles 383 et s. du code pénal

Lésions corporelles volontaires : Articles 409 du code pénal

Les relations sexuelles au sein du service sont permises. Dans le cas d'une grossesse voulue ou non d'une personne sous minorité prolongée , les parents ou responsables légaux peuvent-ils nous poursuivre juridiquement ?

Il convient de tenir compte du contenu du règlement d'ordre intérieur qui doit avoir été accepté. En toute hypothèse, il est recommandé qu'existe au sein de l'institution une information continue concernant les modes de contraception.

Si il y a eu viol au sein même d'un service, en quoi celui-ci peut-il être tenu responsable ?



UNE CHARTE POUR AGIR :

ASPECTS JURIDIQUES

ou

"La vie affective et sexuelle des personnes handicapées :
droits, responsabilités et respect de la vie privée."

AWIPH
Agence Wallonne
Pour l'Intégration
des Personnes Handicapées

Commission communautaire française
Service bruxellois francophone
des personnes handicapées



L'accompagnement de la vie affective et sexuelle des personnes handicapées mentales dans un contexte de risques liés aux maladies sexuellement transmissibles :

Un défi pour les professionnels

Nicole DIEDERICH

Tim GREACEN

Centre d'Étude des Mouvements Sociaux

I. Introduction

Comment les professionnels travaillant dans des structures pour personnes handicapées mentales se situent-ils face à l'émergence de désirs amoureux chez les personnes dont ils ont la charge ? Comment font-ils face à des demandes de réalisation d'une vie de couple ou d'un désir d'enfant ? A ces problèmes, généralement épineux et potentiellement créateurs de conflits entre les différents acteurs sociaux, viennent se surimposer les questions ayant trait aux maladies sexuellement transmissibles dont le sida et l'hépatite. Les professionnels, en France, bien que n'ayant généralement reçu aucune formation sur ce sujet, doivent pallier souvent dans l'urgence à l'absence d'une véritable politique d'éducation sexuelle et de prévention des maladies sexuellement transmissibles. Ils doivent alors déployer des capacités d'innovation, parer au plus pressé, choisir la solution qu'il leur paraît être celle du " *moindre mal* ". Conscients des questions éthiques qui se posent dans ce domaine, de nombreux éducateurs et responsables s'interrogent sur leur rôle et sur les limites qu'ils doivent s'imposer afin que leur action ne soit pas trop intrusive et s'inscrive dans le strict respect des personnes.⁽¹⁾ La sexualité des personnes handicapées mentales est un sujet, encore tabou en France. L'effet d'opacité peut avoir des conséquences particulièrement redoutables lorsque des questions éthiques graves, telles que la stérilisation ou la découverte de cas de sida, sont en jeu.

Dans un tel contexte, les professionnels ont parfois bien du mal à déterminer une ligne de conduite cohérente et encore plus à exprimer ouvertement leurs craintes ou la confusion qui en résulte, surtout si la logique institutionnelle pèse sur les pratiques et que des impératifs économiques ou des résistances personnelles prennent le pas sur la réalité des faits. Dès lors, comment éviter que les adultes handicapés ne payent au prix fort les conséquences d'un tel malaise ?

II. De la difficile question de l'éducation sexuelle

Malgré la vulnérabilité des personnes handicapées mentales à l'abus sexuel⁽²⁾ et malgré l'incitation officielle à la mise en oeuvre d'actions de prévention du VIH ⁽³⁾, l'évolution des mentalités et des pratiques demeure modeste pour cette population en dépit de la gravité d'une éventuelle contamination par le VIH ou de l'hépatite. Bien que l'adulte handicapé mental ait généralement un développement sexuel équivalent aux hommes et femmes de son âge, il reste trop souvent dans l'esprit de son entourage immédiat, un " *enfant* ". Mais pas un enfant d'aujourd'hui, pouvant bénéficier d'informations sur la sexualité. Non. Un enfant d'autrefois, à l'époque où il était encore ce " *cher petit ange qui ne pense pas à ça* ".⁽⁴⁾ INSCHAUSPÉ Christine " *Le Sida... Oh, arrête... avec ça, hé !* " ou : la prévention du sida auprès des adultes déficients intellectuels vivant en foyer d'hébergement. Institut de Formation de Personnels Sociaux et Sanitaires de Pau et des Pays de L'Adour. Doc. ronéot. 78 p. Juin 1996. p. 54

Il est toujours curieux de constater à quel point l'évolution des idées s'infiltrer par strates dans la population générale. Cette analyse avait été faite par L. Boltanski à propos de l'hygiène et de l'éducation des jeunes enfants⁽⁵⁾ qui remarqua que le courant hygiéniste avait mis plusieurs décennies avant de toucher toutes les couches sociales. Bien qu'il soit possible que ce même phénomène soit également à l'oeuvre en ce qui concerne le contexte familial des personnes handicapées mentales, d'autres facteurs semblent nettement plus déterminants dans ce milieu. En

effet, en ce qui concerne la sexualité, le dénominateur commun constitué par la désignation de " *handicapé mental* " enclôt la population concernée dans une sorte de cocon protecteur qui fait souvent office de membrane imperméable aux questionnements et aux transformations survenus dans d'autres secteurs.(6)

En tant que première institution garante de l'ordre social, la famille impose par définition un encadrement de la sexualité basé sur l'interdit de l'inceste mais aussi sur l'éducation, explicite ou tacite, à la vie affective, sexuelle et procréative extra familiale. Aujourd'hui, la nécessité d'élargir l'éducation sur la prévention des maladies sexuellement transmissibles et de l'abus sexuel à tous les publics concernés se fait par délégation vers le système scolaire. Deux facteurs rendent cette délégation problématique pour la personne handicapée mentale : d'une part, la croyance erronée, discutée ci-dessus, que la personne handicapée mentale reste non seulement mentalement mais aussi sexuellement un enfant et, d'autre part, l'intensité de l'accompagnement quotidien au sein de la famille ou dans le cadre d'institutions spécialisées. Cela crée souvent un décalage fort tendu entre les exigences et les craintes parentales au sujet de la sexualité de leur " *enfant* ", les désirs de ce dernier et la façon dont l'institution entend gérer cette question.

Ce décalage existe pour tout adolescent ou jeune adulte, quelles que soient ses compétences intellectuelles. Toutefois, les espaces de liberté que peuvent représenter le monde extérieur et les échanges avec ses pairs à l'école ou dans des clubs de loisirs se trouvent souvent bien réduites pour la personne handicapée mentale en raison de l'intensité de cet accompagnement spécifique et en fonction du niveau de handicap. Les divergences de point de vue sur le sujet de l'éducation sexuelle, entre l'institution et la famille " *constatées déjà à l'école publique* " se trouvent accentuées ici et, à la différence de la population scolaire ordinaire, peuvent se poursuivre tout au long de l'âge adulte.

Ces divergences conduisent parents et professionnels à une incompréhension réciproque voire à une rivalité qui se greffent souvent sur le sentiment mutuel, fonctionnant de façon interactive bien que rarement explicité, de n'être pas reconnus comme de véritables partenaires, d'être niés, en quelque sorte, dans leurs compétences ou leurs craintes. En effet, tandis que les professionnels peuvent souffrir d'un manque de reconnaissance sociale et avoir l'impression que leurs difficultés ne sont pas assez prises en compte, les parents quant à eux ont quelquefois un lourd passé " *du moins le ressent-il comme tel* " de heurts et d'humiliations diverses avec le corps médical et certains professionnels de ce secteur. Ce sont sur de tels sentiments de déconsidération et de malaise identitaire que germent de nombreux conflits, lesquels deviennent d'autant plus aigus que les points de désaccords touchent à des zones particulièrement sensibles et où la responsabilité de chacun est à son niveau maximal. L'impasse dans laquelle se trouvent parfois placés les professionnels qui ayant connaissance de certains aspects de la vie affective et sexuelle des résidents ou travailleurs, ne peuvent s'autoriser à les transmettre, pour des raisons déontologiques ou par crainte d'une réaction négative des parents est une, et non des moindres, difficulté que rencontre bon nombre de professionnels et qui s'accroît lorsqu'il s'agit de comportements sexuels encore tabous tels que l'homosexualité.

Un des problèmes majeurs dans l'accompagnement au quotidien de ces personnes, pour les équipes, réside dans la négation de la sexualité de leur enfant de la part des familles.(7) Certains éducateurs racontent qu'il ont dû renoncer à continuer leur modeste action de prévention sous la menace de parents de porter plainte pour " *incitation à la débauche* ". Il n'était pas question, pour eux, de dire à la famille ce qu'ils savaient car cela aurait été trahir la confiance du résident et les explications généralistes n'étaient d'aucun effet sur les parents. Dans ces conditions, renoncer à l'éducation sexuelle de certaines personnes signifiait clairement pour ces professionnels " **non-assistance à personne en danger** ". Certains, dont la conscience du risque encouru par les usagers était trop aiguë ont continué, néanmoins à faire de la prévention avec ou sans l'accord de leur hiérarchie. D'autres, travaillant dans ces lieux peu ouverts à ce genre de discussion ont renoncé ou préféré attendre que les choses évoluent. Il est à redouter que l'annonce, faite par les médias, que le sida allait devenir une maladie chronique grâce à la tri thérapie devienne le prétexte à faire passer la prévention de cette maladie et des maladies sexuellement transmissibles au rang de questions annexes.(8) Ce genre d'effet d'annonce pourrait avoir les conséquences les plus dangereuses dans des lieux se manifestant déjà comme peu interventionnistes sur ce sujet.

Il arrive parfois que des professionnels estiment qu'il est de leur devoir de protéger les adultes dont ils s'occupent contre l'irruption d'un discours sur la sexualité. Pour eux, ce serait faire violence à ces personnes que de leur " *infliger* " des vérités toutes nues. L'éducation sexuelle, la prévention des maladies sexuellement transmissibles pourraient, selon eux, les traumatiser puisqu'elles n'ont pas la moindre idée sur les choses du sexe :⁽⁹⁾

Il peut y avoir des couples sans qu'il y ait de rapports génitaux ou sexuels. Par conséquent, l'information relative au SIDA et à la sexualité, en général, serait susceptible de choquer certaines personnes qui n'en seraient pas arrivées jusque-là.

La grande majorité des éducateurs affirme cependant que l'on n'a pas le droit de faire de la rétention d'informations et que l'on dispose de bien peu d'éléments pour juger qui est " *apte* " ou non à entendre tel ou tel discours et à s'approprier les pratiques préventives :

Il est nécessaire de favoriser la prévention du SIDA et l'information sur la sexualité en général, car l'inconscience des faits pousse à des abus (réseaux de pédophilie, de prostitution, maltraitance sexuelle, relations collectives avec n'importe qui...) et expose, de ce fait, cette population à de très gros risques de contamination. Ce sont des personnes qui ont énormément besoin de tendresse et dont l'innocence attise les pires excès.

*Face à la réaction de cette dame qui prétend que " **trop informer, c'est inciter** " et qu'au contraire, il fallait les ménager, je dirais que l'information est toujours utile. D'autant plus qu'ils l'auront de toute façon par le biais de films pornos. Ce sont donc des adultes relativement autonomes et non pas des enfants. En outre, comment peut-on estimer que quelqu'un est prêt ou pas ?*

Ce type de débat ne peut avoir lieu, on le comprendra, que dans un climat propice à la réflexion sur ce sujet ou lorsque les professionnels se sentent soutenus par la direction dans une démarche visant à la prophylaxie des maladies sexuellement transmissibles à travers une éducation sexuelle.

III. Quelle éducation sexuelle ?

D'autres pays européens se sont engagés dans des politiques d'éducation sexuelle depuis de nombreuses années. En Angleterre, par exemple, il existe des outils pédagogiques nombreux et l'interdit d'aborder une telle question n'est plus la règle. Il est vrai que les décideurs anglais se sont préoccupés, dès le début de l'épidémie du VIH, de faire des actions de prévention pour tous les publics, n'hésitant pas à soutenir des messages assez explicites. Décontextualisés, certains des outils visionnés en Angleterre pourraient être qualifiés de " *choquants* " par des acteurs sociaux français et considérés comme inutilisables. L'éducation sexuelle, en France, pour ce qui nous a été donné de constater dans les institutions, se résume souvent, pour les femmes, à la prévention des grossesses, et encore quand la contraception (définitive ou temporaire) n'est pas faite de façon quasi systématique, laissant peu de place à l'information.

Pour les hommes, plusieurs éducateurs interrogés considèrent comme lamentable que la seule éducation sexuelle que reçoivent les adultes vivant en institution soit dispensée par les films pornographiques qu'ils se procurent :

***Les films pornos** " ça leur donne une image assez tordue de la sexualité et l'autre est représenté comme un objet. Il y a tout ce problème du respect d'autrui qui se pose clairement à travers cette seule éducation qu'ils ont sur la sexualité.*

Pour ces éducateurs, le danger que constitue l'utilisation de films pornographiques est évident :

Certains hommes regardent des films pornos où il y a très peu de considération pour l'autre et une sexualité assez brutale dont pâtissent les filles. (...) Ils font subir après aux femmes ce qu'ils ont vu dans ces films.

Il arrive que des femmes viennent se plaindre de violences sexuelles. Les hommes les forcent à regarder des films pornographiques et leur infligent par la suite ce qu'ils y ont vu.

Les éducateurs déplorent généralement l'absence de possibilité de discussion au sein même de l'équipe par rapport à l'utilisation de ces films. Pour des éducateurs interrogés, c'est un véritable travail de réflexion qu'il importe de mener ici, ne serait-ce que du point de vue de la vie collective dans les foyers :

Il m'est arrivé d'intervenir auprès de plusieurs résidants qui regardaient un film X dans la salle collective, je leur ai dit d'aller le regarder dans leur chambre. Il y a une espèce d'apprentissage de ce qui est du domaine du privé et du public, de l'intime et du groupe. Ils ne font pas forcément la différence, car ils se livrent souvent à des choses intimes en public. C'est dû à une lacune dans leur éducation.

Pour certains éducateurs, l'éducation sexuelle des résidents peut se faire à tout moment, un comportement particulier attirant nécessairement une réponse adaptée. Mais celle-ci ne peut se faire si l'on est dans la négation de la sexualité chez les usagers :

Une femme dont je m'occupais, nécessitait des soins de la poitrine. Il se trouve que moi j'étais gêné, mais elle prenait énormément de plaisir à ce que je sois contraint à la regarder, et à la toucher. Sa situation a posé problème en réunion et nous avons parlé de la distance à avoir par rapport à eux. C'est une forme de reconnaissance de la sexualité que de poser des limites.

IV. Le rôle de l'accompagnant dans la vie affective et sexuelle de la personne handicapée mentale

Respecter l'intimité

Comment concilier respect de l'intimité et protection des personnes ? C'est une des questions clefs que se pose le personnel d'encadrement quand il doit intervenir sur les aspects ayant trait à la sexualité, à la contraception et à la prévention des maladies sexuellement transmissibles ? Et, de fait, il n'est pas simple de toujours bien cerner les limites de la fonction éducative sur ces thèmes ? Dans le cas où il s'avère qu'un résidant est séropositif, de telles questions deviennent particulièrement redoutables, en particulier lorsqu'il s'agit de déterminer les actions à mener pour protéger les autres résidants des risques de contamination ?

Nous pouvons constater que dans leur ensemble, les éducateurs interrogés s'inquiètent de leur rôle et n'ont pas toujours été préparés à gérer certaines situations. Ils se demandent s'ils ont ou non le droit de s'occuper de la vie intime des adultes (se soucier des aspects gynécologiques, par exemple). On retrouve, de façon assez générale, la crainte d'outrepasser un seuil, celui du respect de la personne, de son intimité :

Nous sommes obligés de nous occuper de leur vie gynécologique en calculant la date du cycle menstruel ou de remplacement du stérilet pour quelques femmes. Est-ce vraiment à nous de le faire ? Et si nous ne le faisons pas, qui va le faire ?

Par exemple, un jour j'ai " dû " accompagner une femme désireuse de subir une intervention de la poitrine (trop opulente) alors qu'elle s'était confiée jusque-là à une de mes collègues, hélas absente ce jour même. Résultat : nous étions aussi gênés l'un que l'autre : moi je rentrais dans son intimité alors qu'elle ne m'y avait pas invité, elle, subissait la crainte préopératoire sans que je puisse la reconforter.

Depuis que je suis ici, c'est à dire depuis un an et demi, je n'ai jamais discuté de sexualité. Jusqu'où doit aller notre intimité avec eux afin d'éviter tout dérapage ?

La responsabilité par rapport au sida

Avec le sida et les risques de grossesses dans les lieux mixtes, leurs propres limites sont de moins en moins définies et la question de la responsabilité morale est très présente :

Nous nous interrogeons sur notre rôle : serait-ce outrepasser notre rôle que de leur montrer comment mettre un préservatif, ou s'agirait-il de non-assistance dans le cas contraire ?

Pourtant, face à des situations inédites et difficiles, le professionnalisme peut amener à s'engager assez loin dans la relation avec un adulte et rend donc possible une éducation sexuelle :

Par rapport à eux, j'ai un rôle professionnel avant tout. Je ne suis pas leur soeur, leur mère ou leur copine, même si certaines situations nous conduisent à en jouer le rôle. Nous sommes amenés, en tant qu'éducateur, à parler de tout.

Avec l'épidémie de sida, leur responsabilité s'accroît entraînant une nouvelle façon d'être face à ces questions :

Je pense que le danger de la situation actuelle par rapport au SIDA ne permet aucune gêne, aucune pudeur de notre part.

Mais ces situations peu décrites, avec un rôle rarement défini dans toute sa complexité, placent les professionnels dans une double contrainte qui peut générer de la culpabilité, quelle que soit l'attitude adoptée :

Je m'interdis d'entamer des sujets tels que le SIDA, l'hépatite et tout ce qui a trait à la sexualité s'ils ne viennent pas m'en parler. Quoique, le SIDA ou l'hépatite soient bien trop dangereux pour ne pas en parler.

Accompagner la sexualité des usagers

Les rapports sexuels sont souvent interdits dans les foyers et certains lieux de vie et, plus encore, sur les lieux de travail. Cet interdit n'empêche pas toujours les relations sexuelles et la constitution de couples :

Les rapports génitaux entre personnes sont interdits dans les foyers, alors que la sexualité reste tolérée. En effet, la masturbation, les rapports entre couples ne doivent pas se faire dans les lieux collectifs mais privés. Il en résulte une réelle difficulté de gestion se situant au niveau des rapports de couples.

De plus, les éducateurs et éducatrices rencontrés ont souligné fréquemment à quel point il n'était pas simple de faire la prévention des maladies sexuellement transmissibles dans un lieu où la sexualité est interdite :

J'avais posé la question suivante lors de la réunion d'information : comment introduire un intervenant autour des maladies sexuellement transmissibles, dans les murs d'un lieu où l'on interdit les rapports sexuels ? Comment avoir une cohérence par rapport à ça ?

Justement, peut-être, pour maintenir une cohérence, certains établissements ont levé l'interdit concernant les relations sexuelles. Ceci a été réalisé après avoir longuement pensé en équipe et avec les familles les différents problèmes :

Nous n'envisageons pas que la sexualité soit interdite, mais au contraire favorisons une analyse individualisée. Nous travaillons beaucoup avec les institutions et les familles, donc cela nous permet de mieux cibler le problème inhérent à chacun.

Cependant, lorsque les relations sexuelles sont autorisées, d'autres problèmes surgissent, qu'il importe tout autant d'étudier lors des réunions d'équipe. En effet, il reste à poser les limites, faire en sorte que les célibataires ne ressentent pas les relations de couple comme une violence ou, au contraire, y trouvent une compensation problématique :

Nous avons soulevé le problème du voyeurisme éventuel de la part des résidents comme des éducateurs à l'égard d'une relation sexuelle se déroulant juste à côté. Là se pose alors le problème de la promiscuité.

Et puis, que faire ? Comment venir en aide à des personnes qui, de toute évidence, se font exploiter à travers leur relation sexuelle mais qui ne demandent aucune aide ? Ici encore, il importe que la parole soit libre afin que des éducateurs n'aient pas à porter seuls une lourde responsabilité :

Il est déjà arrivé qu'une personne décide de donner son corps pour garder quelqu'un. C'est d'ailleurs le cas, actuellement, pour une jeune femme qui s'est prêtée à son ex-ami justement mort du VIH. Il l'a maltraitée physiquement et prêtée à ses copains sans qu'elle ait cherché à se défendre ou à dire quoi que ce soit. Elle acceptait tout ça pour le garder. J'ai également le cas d'une femme qui a complètement assailli un homme et qui le laissait faire d'elle ce qu'il voulait, pourvu qu'il reste avec elle. Malheureusement pour elle, dès qu'il a commencé à se rendre compte de l'ampleur démesurée de son acharnement, il a pris ses distances.

Enfin, certains foyers soucieux d'apporter une réponse aux demandes exprimées par les résidents à cet égard ont cherché à contourner le problème en maintenant l'interdit sur le lieu de vie mais en autorisant des couples à aller à l'hôtel pour le week-end. Ce choix suppose que les éducateurs organisent la rencontre des couples à l'hôtel. Bien que certains professionnels en profitent pour aborder l'accompagnement de la vie sexuelle et pour rappeler la nécessité de se protéger contre le VIH, cette pratique ne paraît évidente pour aucune des deux parties :

C'est vrai que sur les foyers le problème du rapport sexuel se pose assez peu. Le règlement interdit les relations au sein du foyer. S'ils veulent avoir des rapports, ils sont obligés de planifier ça à l'avance. Ce n'est pas simple, car l'hôtel est un lieu de rapports sexuels et ça bloque un peu. Je ne sais pas comment ils le vivent. Ils doivent prévoir 15 jours avant qu'ils en auront envie.

En ce qui concerne l'hôtel, la connotation est toujours un peu péjorative. Et puis, ils le paient eux-mêmes sur leur argent de poche, un week-end ça leur revient cher.

Le fait d'aller à l'hôtel reste une image très sale, illégitime et cachée. La démarche a quelque chose d'humiliant. On pourrait envisager un appartement destiné à remplacer l'hôtel. Ce serait moins anonyme et plus convivial. Il faudrait en discuter. Ce serait en même temps un apprentissage à l'autonomie et à la vie à deux.

On peut aisément comprendre, à ce stade, à quel point chaque exemple de ce type, donnerait matière à une réflexion collective et à des formations. Il reste encore de nombreux autres aspects qui appellent, eux aussi, une réflexion. Il sera impossible de les traiter tous ici et de façon exhaustive. Les relations avec les familles⁽¹⁰⁾, par exemple, ne sont pas toujours au beau fixe. De nombreux éducateurs expriment leur désarroi face à certaines familles peut coopérantes ou trop intrusives :

Je n'ai jamais parlé de sexualité avec les parents des résidents car, d'une part, je ne suis pas d'accord avec le fait qu'ils essaient de s'en mêler et puis, d'autre part, ils n'ont jamais abordé le sujet. En outre, les contacts qu'ils ont avec nous sont très compliqués : nous sommes dans la rivalité. La sexualité, ce n'est pas un sujet que l'on aborde facilement avec la famille. En général, on parle des conditions de vie, de l'organisation et des problèmes personnels liés à leur enfant.

Questions autour de la procréation

Il arrive que des opérations visant à supprimer définitivement tout problème de procréation soient effectuées sur des jeunes femmes. Ce thème, à forte teneur polémique, soulève des interrogations éthiques fondamentales. Faute de mesures d'accompagnement, non seulement pour les adultes mais également pour les familles, bon nombre d'entre elles estiment n'avoir pas d'autre choix à part celui de se retrouver parents à vie. Dans le contexte économique actuel, les institutions sauront-elles trouver les moyens d'opérer une réforme en profondeur dans la façon de gérer ces problèmes au mieux des intérêts de tous et dans le strict respect des personnes dont elles ont la charge ?

Car, même si quelques professionnels estiment qu'une telle décision est préférable à une grossesse, les opérations de stérilisations sont le plus souvent mal acceptées par les éducateurs qui considèrent que cet acte va à l'encontre de leurs objectifs pédagogiques et du travail accompli avec ces jeunes femmes :

La stérilisation ne fait pas partie de la conception que nous avons de l'aspect éducatif et pédagogique du travailleur social. Nous connaissons une femme qui a été stérilisée par ses parents alors qu'elle était très jeune. Elle a subi une ligature des trompes à son insu. Comme elle avait subi de multiples interventions des hanches, on lui a fait croire que c'en était une de plus.

Nous apprenons à une jeune femme à s'occuper de son corps, nous essayons de la revaloriser, à s'accepter, elle commence à devenir coquette et vlan, on décide de la stériliser. C'est la déposséder de son corps une fois de plus. Comment voulez-vous, après ça, qu'on lui apprenne à se respecter, à prendre soin de sa santé, à se protéger du sida ?⁽¹¹⁾

La grande majorité des éducateurs interviewés déclarent être contre la stérilisation. Les arguments d'ordre éthique arrivent au premier plan de leurs préoccupations :

Il y a certains cas de stérilisation qui ont été effectués en dehors du foyer par la famille. Personnellement, je suis scandalisé par le recours à cet acte que je condamne sur le plan éthique : nul ne peut prétendre avoir de droit sur une personne (...) Au sein de notre organisme, nous avons la chance de pouvoir en discuter.

Nous n'avons pas recours à la stérilisation, par contre nous apprenons ultérieurement qu'il y a eu stérilisation par le passé. Les familles ne nous demandent pas de stériliser leur fille. La personne ne sait pas toujours qu'elle a été stérilisée. C'est très flou, elle ne comprend pas pourquoi ça été fait. Elles ont, par exemple, une ablation des ovaires mais, paradoxalement, espèrent toujours avoir des enfants.

Il y a des cas de stérilisation chez des femmes dont les familles ont pris la décision sans leur en parler préalablement. Maintenant, elles le savent, et s'y sont résignées " je suis comme ça, j'aurai pas d'enfants ". Une femme a même fréquenté un copain qui rêvait d'avoir des enfants. Elle lui a répondu que ce n'était plus la peine de rester avec elle puisqu'elle n'en aurait jamais. Elle le regrette, mais l'a accepté sans aucune révolte. Il y a d'autres cas de stérilisation.

Il y a un cas de stérilisation d'une fille résidant dans les appartements. La plupart du temps, cet acte barbare est commandité par les parents sur leur propre fille. Une femme qui vit actuellement en couple, a été violée par un de ses copains étant plus jeune et à la suite de ça, ses parents ont décidé de la stériliser sans même lui en parler. Elle le sait. Elle ne parle jamais de ça. Elle a 40 ans et a été stérilisée à 20 ans. Je trouve anormal que l'on dépossède ainsi quelqu'un sans lui en parler préalablement, même si la personne n'est pas capable d'élever un enfant. Par rapport à ça, elle n'a pas de problèmes de santé. Elle est juste mal entendante.

Le fait d'être stérilisée coupe tout suivi médical au niveau gynécologique ainsi que toute prévention. Cela va à l'encontre de la prévention du SIDA.

Enfin, l'on ne peut parler de sexualité entre adultes handicapés sans évoquer la demande de certains adultes de vivre en couple et d'avoir des enfants. Ce sujet reste, avec la stérilisation, la pierre d'achoppement dans de nombreux établissements et le débat ne fait tout juste que commencer.⁽¹²⁾ Certains éducateurs estiment que, dans la mesure du possible, il est légitime d'accompagner un désir d'enfant lorsqu'il s'exprime et qu'il émane de sujet autonomes et vivant en couple :⁽¹³⁾

Je serais même favorable à ce qu'une personne capable d'autonomie soit parent avec tout ce que cela comprend : une information préalable et un accompagnement, un suivi.

Enfin, les I.V.G. utilisées comme ultime recours, génèrent toujours beaucoup d'angoisse et de culpabilité, d'autant plus que ce sont souvent les éducateurs et éducatrices qui sont chargées d'accompagner la personne. Cet acte peut parfois aller à l'encontre de leurs convictions, c'est alors une épreuve supplémentaire :

*J'étais enceinte quand on m'a demandé d'accompagner M. pour un avortement thérapeutique. Sa grossesse était déjà bien avancée, elle pleurait, elle disait : " **pourquoi, toi, tu as le droit d'avoir un enfant et pas moi ?** " Cela me bouleversait, en plus je dois dire que je suis contre l'avortement.*

Il y a eu quelques IVG, quelquefois très douloureuses. Nous avons notamment le cas d'une jeune femme qui a totalement sombré après une IVG, car elle avait un réel désir d'enfant. L'avortement a été déclenché alors qu'elle était enceinte de 4 mois. Elle ne voulait vraiment pas se faire avorter. D'un point de vue moral, tout le monde était d'accord car, mentalement, elle ne pouvait pas assumer le rôle de mère. Une naissance dans ces conditions aurait été critique. Que représentait l'enfant pour elle puisqu'au niveau psychiatrique, c'était lourd. On a réagi d'un point de vue moral, pour l'enfant à naître. Maintenant, on se demande si cette IVG n'a pas été plus néfaste que ne l'aurait été une naissance, car les deux êtres sont détruits. (La jeune femme a dû être orientée en hôpital psychiatrique peu de temps après). D'après ce que j'ai entendu, elle n'en aurait pas été là si on lui avait permis de garder son enfant, mais la question qui se pose c'est : est-ce qu'un enfant doit permettre à quelqu'un d'aller mieux ?

La gestion du risque du VIH dans les établissements

Durant le premier trimestre 1995,⁽¹⁴⁾ nous avons mené une enquête auprès des responsables d'institutions sous forme d'envois de questionnaires aux 378 établissements s'occupant des adultes handicapés mentaux et répertoriés par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Île de France :

- **133 établissements** ont répondu à l'enquête. Ils représentent une population de 5.451 sujets, dont 56% d'hommes et 44% de femmes, d'un âge moyen de 33 ans.
- **114 établissements**, soit près de neuf établissements sur dix (86%), estiment que la question du SIDA pourrait concerner des personnes dont ils s'occupent.
- **13 établissements** ont déjà été confrontés chez leurs usagers à des cas de séropositivité à VIH ou de SIDA⁽¹⁵⁾.

Cette étude montre à l'évidence la nécessité d'une prévention adaptée à cette population. Depuis, nous avons abordé avec les professionnels un certain nombre de problèmes éthiques dont deux, présentés ici, qui contribuent à occasionner un certain malaise dans les institutions.

Le partage du secret médical

La réflexion collective sur la conduite à tenir dans l'hypothèse d'un cas de séropositivité ou de sida dans l'établissement n'est pas fréquente. Lorsqu'elle se produit, néanmoins, elle débouche sur une grande anxiété et sur des questionnements quant à leur propre protection et la protection des autres usagers. Le secret médical détenu par le seul médecin pose un réel problème de partenariat avec les équipes éducatives. Ce sujet fait l'objet d'une vive polémique. Certains éducateurs sont scandalisés à l'idée qu'on puisse leur cacher la séropositivité d'un usager. Travailler au quotidien auprès des personnes handicapées implique d'être parfois en contact direct avec des fluides corporels. La méconnaissance des moyens de transmission de la maladie génère de l'anxiété. Dans un cas, lors d'une réunion avec une équipe composée d'une quinzaine d'éducateurs, de l'assistante sociale et d'un médecin, les éducateurs ont vigoureusement interpellé ce dernier qui leur affirmait qu'il était tenu au secret professionnel et qu'il veillerait à ce que rien ne transparaisse s'il venait à apprendre la séropositivité d'un usager :

"Comment, disaient-ils, c'est nous qui nous occupons des adultes, qui prenons les risques de contamination, et nous ne serions même pas au courant ! Alors que le directeur, le médecin, eux, derrière leur bureau, seraient au courant !"

Cette iniquité leur paraît inadmissible, injustifiable. L'absence de réponse à leurs questions concernant la possibilité de contamination dans certaines circonstances (en cas de plaie au doigt par exemple) contribue à renforcer leur anxiété.

Pourtant, malgré leurs craintes, les discours des éducateurs ne se situent généralement pas sur un registre de rejet face à l'éventualité d'un cas de contamination. Au contraire, à partir du moment où ils seraient considérés comme des partenaires indispensables pour l'accompagnement de l'adulte dans sa maladie ils envisagent assez sereinement leur tâche nouvelle. Lorsque les éducateurs ne craignent pas d'être exclus de l'information, dans aucun cas, parmi notre échantillon, l'idée d'une éventuelle exclusion d'un adulte contaminé ne les effleure. Pour eux, être au courant de l'état des personnes dont ils ont la charge ne doit pas entraîner de mesures ségréguatives et stigmatisantes, mais il faut songer également à protéger les autres résidents :

Si j'apprenais que l'un d'entre eux était séropositif, je l'accompagnerais régulièrement pour des examens. Au niveau de la prise en charge, je ne sais pas si mon comportement changerait. Je n'écarterais pas la personne, mais je lui ferais prendre conscience qu'elle a le SIDA et qu'il ne faut pas qu'elle mette la vie des autres en danger (idée de protection systématique).

Il n'y aurait pas d'exclusion, mais ça modifierait probablement la prise en charge avec cette personne tout en gardant les mêmes relations. J'insisterais sur le port du préservatif.

Je pense que si un usager devient séropositif, un accompagnement se mettra en place. Tout dépend aussi de son passé (si c'est un accident ou si c'est une personne qui a un comportement à risque).

Si un résident s'avérait positif lors d'un test, déjà, nous serions stupéfaits parce que pas préparés. Nous ne nous sommes jamais posé la question. Nous n'en avons pas discuté entre nous. Je pense que la personne resterait au foyer, il n'y aurait pas d'exclusion ici (dans l'institution). En phase déclarée, il y aurait un suivi jusqu'au bout. Par rapport à la contamination, ça demanderait une communication intense et un esprit d'équipe.⁽¹⁶⁾

A propos des tests de dépistage

Les éducateurs interrogés se positionnent majoritairement contre l'idée d'un dépistage systématique ou à l'insu de la personne. Ils considèrent qu'il est tout à fait possible de responsabiliser les adultes sur ce plan. Dans l'ensemble, ils sont d'accord pour conseiller vivement à une personne ayant un comportement " à risque " de faire le test. Toutefois, ils sont sensibles aux possibilités d'abus dans ce domaine et protestent contre l'usage qui est fait des tests par certaines institutions.

Nous avons eu connaissance d'un cas de dépistage systématique dans une institution par le mémoire d'une éducatrice spécialisée.⁽¹⁷⁾ Dans le cadre de l'étude actuelle, nous n'avons pas trouvé de cas de ce genre. Les professionnels que nous avons rencontrés semblent convaincus que le dépistage systématique va à l'encontre du but recherché, c'est-à-dire, la prévention. En effet, ainsi que le notait, également dans son mémoire, une autre éducatrice :

" Le fait que le dépistage soit volontaire et individuel est utile car il permet une prise en charge médicale ou un accompagnement psychologique et social adapté en cas de séropositivité. Cette démarche, sans consentement du résidant, est susceptible, un jour, de nous confronter à l'annonce d'un résultat positif et à la gestion difficile de l'acceptation de ses conséquences. "⁽¹⁸⁾

Le dépistage systématique paraît d'autant plus inadmissible que, dans leur ensemble, les adultes qui paraissent avoir des comportements sexuels les rendant vulnérables à la contamination par le VIH acceptent facilement la proposition de faire un test de dépistage.

V. Conclusion

Ce survol rapide " et non exhaustif " des complexités de l'accompagnement au quotidien de la vie affective et sexuelle des personnes dites handicapées mentales permet de constater à quel point la tâche est ardue et dépourvue de repères pour les professionnels de ce secteur. Dans l'ensemble, ceux que nous avons rencontrés au cours de notre enquête sont bien conscients des questions éthiques qui se rattachent à leur activité dans ce domaine et ce, malgré un sentiment fréquent de désarroi, voire d'impuissance face aux tabous et aux interdits institutionnels tacites ou explicites. Cependant, même avec peu de moyens, la plupart des professionnels ne restent pas inactifs. Leur action est d'autant plus efficace et confortable psychologiquement qu'ils peuvent en parler ouvertement entre eux et qu'ils se sentent soutenus par une direction attentive à leurs préoccupations.

A mi-chemin de l'étude actuelle sur la prévention du VIH en milieu institutionnel, il devient de plus en plus clair que cette question ne pourra être pleinement abordée qu'en s'appuyant sur l'ensemble des partenaires sociaux, en faisant participer de concert les équipes éducatives, l'encadrement médico-social, les usagers et, lorsqu'ils existent et le souhaitent, les parents. Cela implique de ne plus être dans un fonctionnement régi par le non-dit, les réactions passionnelles. Il va de soi que la complexité des tâches nouvelles qui sont demandées aujourd'hui aux professionnels nécessite qu'ils puissent s'exprimer ouvertement sur ces sujets et se doter des moyens nécessaires pour engager des actions de formations non seulement pour les usagers mais aussi auprès des familles. Car si les inquiétudes de ces dernières ne sont pas prises en compte, il est à craindre qu'elles ne réagissent en allant à l'encontre des objectifs poursuivis.

De telles interrogations n'existent aujourd'hui que dans l'exacte mesure de la réussite de ce secteur à remplir ses objectifs. En effet, la question de l'accompagnement et de l'épanouissement de la vie affective et sexuelle des personnes " *handicapées mentales* " est la conséquence directe des efforts de tous les professionnels qui ont ou ont eu en charge ces personnes et qui leur ont permis d'accéder au maximum de leurs possibilités.

Bien que les problèmes évoqués mettent la capacité de remise en question de ce secteur à rude épreuve, les entretiens avec les professionnels dans le cadre de la recherche actuelle indiquent qu'un tel défi correspond, chez la grande majorité d'entre eux, à la conception qu'ils se font de leur métier. Si l'objectif est l'épanouissement de la personne dans sa globalité et dans la mesure de ses possibilités, on ne peut faire abstraction de sa vie affective et sexuelle. L'époque du tabou sur ces questions est révolue et le défi actuel pour les professionnels s'inscrit dans la même veine que tous ceux qui ont œuvré avant eux pour permettre à ces adultes de devenir.

BIBLIOGRAPHIE et références utiles

- Cours de « **Déontologie et connaissance de la profession** » de Francis Dewez (2008-2009)
- « *La vie affective et sexuelle des personnes handicapées : droits, responsabilités et respect de la vie privée.* » Agence Wallonne Pour l'Intégration des Personnes Handicapées.
- Code de déontologie : « *Le décret du 4 mars 1991 relatif à l'aide à la jeunesse.* »
- Cours de déontologie de Daphnée Desmet et Pascale Durieux (**exercices**)
- *Les carnets de l'éducateur*, 2004
- ARRETE du Gouvernement wallon du 9 octobre 1997 relatif aux conditions d'agrément et de subventionnement des services résidentiels, d'accueil de jour et de placement familial pour personnes handicapées
- ASPH, Divers articles de la revue publiée par l'ASPH (Association Socialiste de la Personne Handicapée)
- ASSAF, *Le statut de l'aide familiale en RW. (Association des Services d'Aides aux Familles et aux personnes âgées)*
- AWIPH, *Déontologie et Secret professionnel, Vade mecum 08.11.2005*
- AWIPH : "Charte à l'égard des usagers de l'AWIPH"
- BOUCAND M-H. "Intimité, secret professionnel et handicap" in *Chronique sociale 1998*
- BOUQUET Brigitte, "Ethique et travail social", *Une recherche du sens. Ed. Dunod 2003*
- CAAJ Bruxelles, "Repère pour le secret professionnel non partagé dans le travail social", 2002
- CASPAR Philippe, "Maladies sexuellement transmissibles, sexualité et institutions" Ed. L'Harmattan 2003
- Code international d'éthique des praticiens de l'art infirmier. Adopté par le Grand Conseil du Conseil international des infirmiers. Sao Paulo - Brésil, 1953
- Conseil d'Arrondissement de l'Aide à la Jeunesse, "Repères pour le secret professionnel non-partagé dans le travail social" Bxl, 2002
- "Culture et démocratie, Pratique artistiques en milieu d'accueil, d'aide et de soins", Ed. "Culture et démocratie" asbl, 15 mai 2008 (www.cultureetdemocratie.be)
- DALLA PIAZZA S., "Violence et vulnérabilité. Débusquer, comprendre et agir", Ed. De Boeck 2007.
- CAHIER DE L'ACTIF, "Dans les méandres du secret professionnel. Quelques repères incontournables et recommandations de bonnes pratiques", n° 346-347. 2005
- Déclaration universelle des Droits de l'Homme. 10 décembre 1948
- Décret wallon relatif à l'intégration des personnes handicapées du 6 avril 1995
- Education santé, revue N°233, avril 2008, pages 9, 10, 11
- "En Marche" : Divers articles du Journal. Journal des mutualités chrétiennes
- "Ethique et travail social" Revue l'Observatoire . N°27, année 2000
- LAMBERT P., "Le secret professionnel", Ed. Bruylant-Nemesis, 1985
- LAMBERT P., "Violence conjugale, secret professionnel et non-assistance à personne en danger", in *Droit & Justice*, n°56, pp. 185 à 189, Ed. Bruylant-Nemesis
- LEFIN Jacqueline, UFAS (union professionnelle francophone des assistants sociaux ASBL) Présidente : L.Cocozze, Drève des 10

- LHOEST Bruno. *Le secret professionnel des travailleurs sociaux. Les rencontres transversales du social.* Motorium HERSTAL, 21 mars 2006
- LUCAS P., "Le secret professionnel du médecin vis-à-vis de l'assurance privée" in *Rev. Dr. ULB – 21 – 2000/1*, pp. 62 à 110
- MCF (Ministère de la Communauté française), "Code de déontologie des services du secteur de l'Aide à la Jeunesse", 1997

- MENGAL Yves, "Le secret professionnel", *Nursing today* 1995
- Motorium-HERSTAL, "Le secret professionnel des travailleurs sociaux : les rencontres transversales du social", 21 mars 2006
- Nouwinck L. "Les balises du secret professionnel et l'échange d'informations entre intervenants." *J.d.J.* 2008, 276, 8-15.
- ONU (Organisation des Nations Unies), *Convention internationale sur les droits des personnes handicapées* - août 2006
- ONU (Organisation des Nations Unies), *Convention relative aux droits des personnes handicapées* signée par la Belgique le 30 mars 2007
- ROSENCZVEIG J-P et VERDIER Pierre, "Le secret professionnel en travail social", Dunod 2006
- SPF Santé publique, *Divers articles et brochures sur la protection du patient.*
- WARLET F.J., *Académie du Droit : "Le secret professionnel"*, mai 2007.
- WARLET F.J., "Ce qu'il faut savoir sur l'administrateur provisoire de biens", Ed AWIPH 2005
- WARLET F.J., "La minorité prolongée à l'épreuve de la pratique quotidienne", Ed. AWIPH 2008
- WARLET F.J., "L'administration provisoire des biens, manuel pratique", Ed. Kluwer 2008