

[texte](#)

[article](#)

Recueil du secret et transmission : une éthique du psychologue

Jusqu'où, sans contrarier sa pratique, le psychologue peut-il, ou doit-il, transmettre des informations pour la compréhension pluridisciplinaire du fonctionnement d'un patient ? Au fond, l'attention du psychologue porte sur ce quelque chose si difficile à partager : la subjectivité du patient et, pourquoi pas, celle de son thérapeute d'ailleurs ?

Par: Garance Belamich, Psychologue clinicienne, Clinique Villa des Pages / Charlotte Costantino, Psychologue clinicienne, Clinique Villa des Pages /

Publié le : 27 Septembre 2013

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

Poursuivre la réflexion

Règles de transmission

Pour le praticien psychologue, travailler en institution de soin interroge sa position et son rôle dans la « chaîne » institutionnelle. Et la question qui demeure la plus sensible est sans doute celle de son inscription dans le maillage institutionnel et plus particulièrement celle de son travail de transmission : lorsqu'il « rend compte » par l'écrit ou par la parole à l'équipe ?

Tous les membres du corps institutionnel sont tour à tour dépositaires des paroles du patient, et tous sont convoqués à des moments d'échanges et de réflexion en équipe qui construisent cette vision unifiée du patient porteuse de sens, si précieuse dans la prise en charge globale. A cet égard, la place du psychologue n'a rien de spécifique : il est un des multiples interlocuteurs face auquel le patient se découvre. Cependant, pour le praticien psychologue, l'écoute, la manière de recevoir et de traiter le discours d'un patient constituent autant de postures spécifiques à sa pratique. Jusqu'où, sans la contrarier, peut-il, ou doit-il, transmettre

des informations pour la compréhension pluridisciplinaire du fonctionnement d'un patient ? Au fond, l'attention du psychologue porte sur ce quelque chose si difficile à partager : la subjectivité du patient, et pourquoi pas celle de son thérapeute d'ailleurs.

Confrontés depuis de nombreuses années à ces interrogations, nous avons mené une réflexion approfondie sur le problème des transmissions oro-manuscrites, dites de « traçabilité de la prise en charge » ? Comment trouver une position médiane entre les exigences médico-légales qui s'imposent de plus en plus aux institutions de soin, et préserver ce quelque chose de l'intimité des entretiens où se mêlent subjectivité du patient et subjectivité du thérapeute ? Entre les injonctions qui invitent à dire, en termes d'exigences légales, éthiques et déontologiques, celles qui invitent à se taire comme le « devoir de réserve » ou le secret professionnel, la voie est parfois mince et subtile pour une parole échangée et partagée, laquelle pourtant absolument nécessaire à la cohésion de l'équipe et du soin prodigué.

Prenant en considération ces différents niveaux d'exigence dans les premiers temps de notre réflexion, nous avons ensuite tenté d'aborder la question des transmissions au-delà de cette simple notion, au fond de type surmoïque ?

Sans qu'il soit besoin de faire un exposé exhaustif du cadre légal, nous rappellerons ici sommairement les obligations auxquelles le psychologue est soumis et qui s'inscrivent dans un mouvement législatif et réglementaire plus général, à la faveur d'une meilleure « traçabilité », et d'une sorte de « démocratie sanitaire [1], rompant définitivement avec la représentation des structures asilaires du début du siècle. Comme le rappelle R. Bobet[2], le « paternalisme médical » s'est vu décliné progressivement au profit « d'une égalité des rôles dans la relation soignant/soigné ».

Les psychologues, comme tous professionnels de santé travaillant en institution, sont soumis au devoir de tracer chaque « acte » dans le dossier unique du patient. Ainsi, dans le cas de procédures juridiques, la trace écrite de la prise en charge permet de démontrer que tout a été mis en œuvre en termes de moyens. En effet, chaque patient a la possibilité de lire les écrits le concernant (Loi du 4 mars 2002 et Charte du patient hospitalisé) et « d'obtenir un compte rendu compréhensible de ses évaluations, quels qu'en soient les destinataires[3] ». Les informations doivent donc y être claires, compréhensibles par tous, et privilégier la dignité de l'individu.

Précisons néanmoins que si la loi pose l'exigence d'une transmission de l'information pour permettre la « traçabilité » du soin et la bonne information du patient, elle se désintéresse en revanche de la transmission comme mode d'échange entre les acteurs de la prise en charge. À cet égard, le dispositif légal laisse le champ libre au thérapeute de communiquer à l'équipe soignante au regard de ce qu'il juge utile et opportun à la prise en charge du patient. Mais voilà une liberté toute relative, dans la mesure où elle demeure balisée par des exigences éthiques et déontologiques ?

Ainsi, si l'on se résume, il existe différents niveaux d'exigences qui régissent, limitent et définissent le contenu des transmissions : la loi d'une part exige une trace précise du parcours du patient dans le soin. En revanche, pour ce qui concerne la circulation des informations dans l'équipe ce sont plutôt des « valeurs » éthiques et déontologiques qui en déterminent le contenu.

Être le dépositaire d'une parole confiée

Éthique et déontologie demeurent toutefois davantage empruntées de subjectivité?

Rappelons en préambule que le Code de déontologie des psychologues adopté par la profession en 1996 n'est pas à proprement parlé un texte à valeur légale et dont un Ordre de la profession garantirait le contenu. Il constitue plus un texte de référence servant de base à la réflexion éthique des professionnels dans leur pratique quotidienne et aux choix qu'ils peuvent être amenés à faire.

Il est de surcroît entièrement sous-tendu par cette dernière notion, dans la mesure où il constitue une « réflexion éthique sur les droits fondamentaux de la personne [4] : le droit à l'équité, le droit à l'information, le droit au secret?

La question de la transmission renvoie, de fait, à la notion de secret professionnel et à la position du psychologue en tant que « dépositaire » de paroles et de pensées. Aussi s'impose à lui un certain nombre d'interrogations : Que doit-on garder ? Que doit-on partager ? Quelles peuvent être les implications de cette transmission ? A qui sont destinées ces informations ? Le psychologue, de part sa fonction de « contenant », est responsable du devenir de ce qu'il accueille, bien au-delà du cadre de ses entretiens.

Il s'agit donc d'avoir, avant chaque acte de transmission (oral ou écrit), une réflexion profondément éthique, de penser les conséquences de sa pratique bien plus loin que le *hic et nunc*. Comme dans sa relation au patient, le psychologue se doit de conserver une attitude de neutralité et de bienveillance dans son travail de transmission. Toutefois, en tant que consultant, il y engage quelque chose de lui-même, de sa propre responsabilité tant sur le plan morale que juridique.

Comment alors concilier le souci d'authenticité et le souci de protection de l'équilibre psychique du sujet car « tout en construisant son intervention dans le respect du but assigné, le psychologue doit prendre en considération les utilisations possibles qui peuvent éventuellement en être faites par un tiers[5] ». Pour palier cette éventualité, le soignant peut choisir une transmission écrite synthétisée du fonctionnement global du sujet, et une transmission orale des informations plus délicates mais nécessaires à l'élaboration collective de l'équipe, ceci afin de respecter au mieux la confidentialité et la dignité de chacun. Transmettre essentiellement le niveau symptomatique et son évolution au cours du suivi semble répondre à la fois à la demande des équipes et au devoir de protection de l'intégrité psychique du sujet. Ainsi, les niveaux subjectifs des entretiens, et objectifs des transmissions restent-ils différenciés.

Les transmissions oro-manuscrites doivent donc servir et venir enrichir la réflexion de chacun concernant la problématique d'un patient, en vue de lui offrir la prise en charge la plus adéquate possible (et non la meilleure possible qui sous-entendrait une standardisation des prises en charge et un déni de l'individualité de chaque patient).

Ce que l'on peut transmettre sans transgresser le secret

Le respect de la confidentialité au sein de la relation soignant/soigné est fondamentalement l'essence d'une relation thérapeutique. Le secret agit alors comme ciment d'une cohésion psychique chez le patient. « En contenant le contenu des pensées », le secret devient une sorte de « contenant-contenu » psychique, garant du sentiment identitaire. Confier des pensées, des paroles dans un espace destiné à cela, c'est livrer, donner un peu de soi.

Un secret dévoilé, troué, peut donc, chez certains ayant des fondements narcissiques fragiles, porter atteinte à leur intégrité psychique. Être exposé et confronté à un contenant défaillant peut alors mettre en danger leur Moi, déjà inconsistant pour certains. En effet, la perméabilité des informations, déposées dans un cadre rassurant et confiant, peut parfois renvoyer le sujet à une éventuelle porosité de sa propre enveloppe psychique, de son « Moi-peau » et générer un vécu d'angoisse massif. Ce défaut de contenance peut entraîner chez certains sujets une confusion psychique liée à la réactivation d'une indifférenciation dedans/dehors. La fonction de contenance du « Moi-peau » est alors vécue comme défaillante, laissant place à ce que D. Anzieu appelle un « Moi-peau passoire » ou « un noyau sans écorce ». Le sujet a « l'angoisse d'avoir un intérieur qui se vide, notamment de l'agressivité nécessaire à l'affirmation de soi », « l'angoisse d'une hémorragie narcissique par ces trous ». En outre, respecter la confidentialité de ce que l'on recueille, c'est éviter de favoriser un fonctionnement clivé, mode de fonctionnement défensif inconsciemment privilégié chez beaucoup de patients.

Il s'agit donc de « penser » le sujet comme un tout indivisible et fragile afin d'éviter d'avoir à « panser » les conséquences d'une douloureuse réactivation d'éventuelles blessures narcissiques.

En institution, la notion de secret est, de fait, élargie et implique la notion de transmission. Il est ici question de secret partagé défini dans l'article L 1110-4 du Code de Santé Publique par les termes suivants: Les transmissions interviennent alors comme respect de la cohésion d'équipe.

Cependant, pour remplir sa fonction de contenant, le secret partagé doit comporter des limites claires et explicites. Au regard d'un fonctionnement institutionnel classique, ces limites sont les membres d'une même équipe soignante. Au-delà, il y a transgression des droits de confidentialité du patient.

Par ailleurs, la parole du soignant est parfois souvent sujette à des interprétations erronées, d'où l'absolue nécessité de clarté dans les échanges d'informations.

En outre, il est fondamental de ne pas échanger avec le patient autour de ce que l'on a pu lire dans les transmissions ou entendre lors des réunions, en somme autour de ce qui constitue la réflexion d'équipe et qui ne doit rester que dans l'équipe.

Toutefois, certains soignants peuvent parfois accueillir des paroles et des représentations, jusque là indicibles, dans un cadre plus informel lorsqu'une alliance et un lien fort de confiance ont pu s'établir. Il leur revient alors de juger du bien-fondé à partager ces informations si cela leur paraît utile à la dynamique de réflexion de groupe.

La pertinence à transmettre soumet souvent le soignant à une gymnastique intellectuelle périlleuse, non des moins difficiles dans le travail institutionnel.

Donner à voir

Pour aller plus avant dans notre réflexion, penchons nous maintenant sur le contenu des transmissions au delà de ses différents niveaux d'exigences.

Nous partons ici du postulat qu'écrire dans le dossier de soin seulement parce que nous le devons n'est pas suffisant. Le travail de transmission ne peut être une simple réponse faite à l'obligation posée par la Loi. De même que s'interdire de communiquer au nom du secret confinerait à une position trop radicale. La réflexion mérite d'être portée au-delà des

exigences surmoïques de la Loi et/ou de la morale. Car lorsqu'il s'agit de partager des informations sur un patient avec le reste de l'équipe, le psychologue est sans cesse tiraillé entre des positions *a priori* contradictoires et inconciliables : maintenir la continuité des soins en participant activement à la réflexion pluridisciplinaire, ou se retrancher au sein du « Vatican analytique[6] », sorte de tour d'ivoire renfermant tous les secrets livrés par ses patients. Des portes grandes ouvertes au huis clos ?

Dans cet étau, le psychologue reste pris dans sa difficulté à trouver une parole échangeable et utile ?

Différentes voies ont été ouvertes aux détours de nos échanges entre praticiens psychologues qui ont répondu à la question de la parole « utile ». Pour cela nous avons mené une enquête auprès de nos « lecteurs » afin d'entrevoir leurs attentes au regard de leur relation quotidienne au patient en institution ?

Mais pour ce qui est de « l'échangeable », la question posée devient bien plus engageante pour la personne même du psychologue ? Il ne s'agit plus de savoir ce que l'on peut ou doit transmettre, pas davantage de savoir ce qui nous contraint éthiquement au silence ou pas ? Mais bien de s'interroger sur l'élaboration individuelle de chaque praticien psychologue : comment est investi ce qui est reçu dans les entretiens par le psychologue ?

Car quand on a pris soin de s'interroger sur ce que la loi autorise ou impose ; quand on s'est interrogé ensuite sur ce que l'éthique autorise ou impose ; quand on s'est également interrogé sur les attentes des équipes, on a volontairement différé la question centrale de savoir ce que le psychologue est en capacité de « livrer » ou de « retenir » Cette question bien plus engageante pour le psychologue l'oblige en effet à s'interroger sur ce qu'il fait psychiquement de ce qui se joue sur la scène des entretiens.

Ces secrets déposés chez le psychologue, que représentent-ils au fond ? Un objet de pouvoir ? Le secret est, en effet, un curieux « objet » qui peut parfois conférer, dans le fantasme, à celui qui en a été le dépositaire, une singulière sensation de toute puissance sur l'autre qui s'en est, dans le même temps, dessaisi ?

À un niveau adjacent, nous savons de surcroît depuis Freud que le secret est emprunt « d'analité » : on « garde » un secret, ou bien on le « délivre », on est « au parfum », ou bien on « découvre le pot-aux-roses ». Les exemples, témoignant de la proximité entre les notions de secrets et les « produits de l'analité » ne manquent pas, ne serait-ce que dans notre langue. Roland Ramzi Geadah[7] rappelle en outre l'origine étymologique du mot « secret » comme étant la même que celle « d'excrément » : « cerno, qui signifie séparer, mettre à part, en référence au tamisage du grain ? »

Les paroles du patient et le mouvement de « se confier » sont colorés de sa problématique anale. Mais le thérapeute qui reçoit et garde ce qui lui est confié aussi !

Ainsi, l'injonction surmoïque existe-t-elle toujours. Mais elle peut avoir une véritable valeur défensive et masquer d'autres questionnements plus impliquant qui ont trait sans doute à quelque chose de l'engagement du psychologue, tant à l'égard du patient, qu'à l'égard de l'Institution. Si la Loi, l'éthique, la déontologie sont autant de garanties pour la qualité du travail, le respect d'autrui, et la protection pour chacun des protagonistes du « voyage thérapeutique », elles n'épargnent pas le psychologue de questionnements individuels sur son engagement propre auprès du patient, sur ses propres limites internes, sur ce qui lui appartient dans le contenu des entretiens, et sur ce qui reste exclusivement au patient. Le psychologue ne saurait faire l'économie d'un questionnement sur la dynamique interne et inconsciente propre à chaque individu, la sienne autant que celle du patient. Que fait-il de ce qu'il entend ? Comment l'investit-il ? Comment gère-t-il ses mouvements de « cacher », et de «

donner à voir » ?

La part intime et singulière de chaque personne

Nous avons pu constater qu'il existe un intérêt grandissant pour toutes sortes d'évaluations psychologiques, en particulier du niveau intellectuel. Se pose alors la question de la transmission des résultats et des modalités de cette transmission :

Un retour sous forme d'entretien, d'échanges où l'on interroge le sens des données obtenues semble permettre de ne pas être trop intrusif : par exemple « les résultats du bilan nous permettent de dire que? ». Est-ce que cela correspond à quelque chose que vous percevez ? ». Ainsi, nous respectons le temps psychique du sujet, donnée fondamentale dans une relation thérapeutique.

L'objectif est donc de favoriser le processus dynamique du bilan et faire en sorte que le sujet testé ne se sente jamais dévalorisé mais bien qu'il s'interroge sur ses fragilités et qu'il puisse avoir pleinement conscience de ses acquis et atouts.

A contrario, le risque d'un retour écrit est de fixer les données dans le temps et dans la pensée du patient et du clinicien. La trace écrite fige ce quelque chose qui est en constante évolution.

Il en est de même pour la transmission de données chiffrées (QI) qui, extraites du contexte de la passation et d'un certain savoir scientifique, semble risquée pour différentes raisons :

- il ne s'agit de données valides que dans l'ici et le maintenant ;
- nous avons pu observer chez les patients testés, une tendance à ne retenir que leurs fragilités et défaillances aux dépens de leurs ressources et aptitudes pourtant tout autant recherchées lors d'une évaluation ;
- le contexte d'hospitalisation ou de médication nuance souvent fortement les résultats obtenus.

La notion de zone permet ainsi de transmettre des données plus objectives et dynamiques.

La transmission orale des résultats donne donc au patient la liberté de refouler, garder et interpréter ce qu'il veut ou ce qu'il peut, favorisant ainsi son autonomie psychique, enjeu primordial dans une relation thérapeutique.

L'ensemble des tests, échelles et évaluations psychométriques ne sont donc que des « commodités professionnelles » venant enrichir, appuyer et agréments la réflexion clinique. Restent-elles donc qu'un moyen et non une finalité en soi ?

Ainsi, outre le questionnement personnel du psychologue au regard de ce qu'il reçoit dans les entretiens, avons nous constaté que les différents niveaux d'exigences (légal, éthiques, déontologiques) entrent parfois en résonance de manière conflictuelle, ce qui rend le travail d'échange extrêmement délicat?

Si l'on ne devait écrire dans le dossier du patient que dans le souci de répondre à l'exigence d'information, en somme pour le patient, nous adopterions un langage simplifié, clair et accessible, mais nous perdriions alors le lien clinique avec l'équipe. A l'inverse, une transmission destinée aux seules équipes rendrait les informations moins accessibles voire incompréhensibles pour le patient et dans ce cas nous serions en contradiction avec

l'exigence d'information, et de bienfaisance.

Or nous écrivons à la fois pour le patient et pour les équipes dans le cadre de la continuité des soins.

Peut être que « la sagesse pratique » dont parle Paul Ricœur consisterait à ne jamais trancher cette question, mais de conserver le doute où il s'agit « d'élaborer la meilleure action possible pour le sujet particulier, ou la moins mauvaise solution valable pour le plus grand nombre [8] ». L'issue pourrait être néanmoins de considérer dans ce travail d'échange que force n'est pas seulement à la Loi, mais bien à l'intérêt du patient qui au fond guide toujours notre démarche clinique.

Transmettre relève donc d'un acte de la part du psychologue qui vise à la fois à dire l'utile et le nécessaire au travail en équipe, et de l'équipe, tout en respectant absolument la part intime et singulière de chaque personne accueillie en institution.

[1] Sénon et Al., « La loi du 4 Mars 2002 relative au droit et à l'information des malades et à la qualité du système de santé : une loi protéiforme au carrefour de l'évolution sociale et médicale », *Annales Médico Psychologiques*, 2003.

[2] René Bobet, in *Éthique et pratique psychologique*, ouvrage collectif sous la direction d'Odile Bourguignon, Paris, Mardaga, 2007, p. 35.

[3] Code de déontologie des psychologues, Titre II, article 12.

[4] René Bobet, *Ibid*, p. 36.

[5] Code de déontologie des Psychologues, Titre I, Principes Généraux.

[6] Jean-Pierre Chartier, « De la pluridisciplinarité à la transdisciplinarité *Topique*, 1985

[7] « Le secret pour le psychologue, objet de pouvoir ou instrument de travail », *Les Cahiers de l'ANREP*, 1985, p.118 .

[8] Cécile Flahaut, in *Ethique et pratique psychologique*, ouvrage collectif sous la direction d'Odile Bourguignon, Paris, Mardaga, 2007 p. 130.

- [Page précédente](#)
- [Page 1/4](#)
- [Page suivante](#)

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

Sommaire