

Une pratique à plusieurs

Variations sur le thème du secret professionnel partagé

Par Chiara Stella Aquino Benitez

Dans le cadre du Webinaire : Principes et pratiques du secret professionnel partagé
Organisé le 24 mars 2022 par la LBSM et le Crésam

En réfléchissant à l'intervention d'aujourd'hui, m'est venue l'idée de commencer par des questions autour du dossier en tant que tel.

Qu'est-ce qu'un dossier, au fond ?

En dehors de toute pratique institutionnelle et de toute idée de partage, un dossier est avant tout, pour un psy, constitué de ses notes. Qu'est-ce qu'on note ? Évidemment, les données dites « brutes », les éléments d'anamnèse, et pour tout le reste, en fonction de l'orientation du psy, cela peut varier beaucoup. Le moment de prise de note est également variable : il y en a qui prennent note tout au long d'un entretien, d'autres que pendant une partie de celui-ci certains juste après pour ne rien oublier ou pour ne pas laisser du travail en suspens, d'autres encore en fin de journée, de semaine, et alors il ne reste que ce qui est saillant, qui n'a pas été oublié.

Il y en a aussi qui ne notent rien, ou presque, et pourquoi pas, si cela ne les empêche pas d'être présents, attentifs, disponibles à la rencontre, qu'ils aient une bonne mémoire ou pas ?

Du côté des patients, beaucoup de vécus sont également possibles : certains se sentent peut-être mieux écoutés, plus reconnus, plus importants, cela leur donne une consistance ; pour certains la prise de note est encombrante, elle prive notamment d'un certain regard, pour d'autres enfin elle peut être insupportable, suscitant une curiosité envahissante ou rendant trop présente l'énigme de ce qu'ils sont pour l'autre.

Peut-être qu'à côté du « si », du « quand », du « comment » de la prise de note, il y a la question du pourquoi. Je ne prétends pas me lancer dans une revue exhaustive de ce vaste sujet.

En ce qui me concerne, je prends note au départ pour ne pas oublier, au sens que l'acte d'écrire est une façon de retenir ce qui me semble important. Je ne relis pratiquement jamais ce que j'ai écrit, le fait de l'écrire me suffit. Et, sans doute, au début de ma pratique, prendre des notes était aussi une manière de me donner une contenance, un statut, de mettre une certaine distance pas encore très assurée, de faire tiers, d'avoir un média possible. Il n'est pas exclu qu'il y ait encore de ça, dans ma manière de tenir une feuille et un stylo entre les mains. Quelques fois, je rêve de ne plus avoir besoin du tout de notes, de pouvoir m'en passer. D'autres rêvent peut-être de pouvoir enfin en prendre correctement et d'être plus organisés.

Voilà que cette suite de notes, avec des dates et de mots et peut-être pour certains des interprétations, des remarques, des techniques ou interventions, devient quelque chose qui

dépasse le but initial, simplement par la question de à qui le « dossier » appartient, de qui peut le lire ou pas, et encore une fois, pourquoi ?

Ce qui me paraît intéressant et j'imagine, ou j'espère, partagé par un grand nombre de psys et intervenants, c'est que toutes ces feuilles, ou pages, mots, lettres placées à la suite les unes des autres n'est pas un recueil d'informations. Ce sont des traces. Des traces, d'un mouvement, d'un parcours, et elles surgissent d'une rencontre particulière au cœur d'une relation qui n'est jamais complètement interchangeable avec la relation précédente, suivante ou parallèle.

Voilà pour les petites réflexions du début.

Pour poursuivre, j'ai choisi parler de la manière dont nous travaillons dans le centre où je suis engagée comme psychologue, clinicienne depuis qu'il est important de le préciser, depuis près de 17 ans. Je ne déclinerai pas les enjeux de ce qui concerne la pratique privée, bien que ce volet serait tout aussi important.

La manière dont nous travaillons n'est pas unique, mais certainement particulière et constamment repensée autour de la pratique à plusieurs et du travail en équipe qui caractérisent les prises en charge.

Nos dossiers sont pour l'instant des dossiers papier, bien qu'évidemment nous soyons lancés vers l'informatisation du système comme prévu par la loi et par la politique de l'asbl. Ce changement et la réflexion qui y est liée sont en cours depuis de nombreuses années, bien sûr, et cela ne manque pas de nous mettre en difficulté et de nous appeler à la discussion, remise en question et créativité nécessaire au dépassement des écueils que vous connaissez certainement.

Donc, bien que sur papier pour l'instant, nos dossiers restent à mon sens une bonne illustration des enjeux qui se déploient actuellement, et aujourd'hui en particulier.

Notre centre est un service ambulatoire, service actif en toxicomanie. L'équipe est composée de deux psychiatres dont une médecin directrice, quatre psychologues, trois assistants sociaux, un coordinateur, assistant social et anthropologue, une PG et une stagiaire psy.

Nous nous adressons à des personnes dites à double diagnostic, ayant des problématiques de consommation ou dépendance à un ou plusieurs produits, qui présentent des troubles psychiatriques ou, au sens plus large, psychologiques associés à cette consommation. Nous proposons des consultations psychiatriques, psychologiques ou sociales, ainsi que des plages de permanences.

Afin d'avoir accès aux consultations et aux permanences, les patients doivent être inscrits au centre, ce qui indique d'emblée qu'ils sont suivis par une équipe et non pas par un ou plusieurs professionnels, et ce quel que soit le type et le nombre de consultations dont ils sont demandeurs. Cela commence donc par un entretien d'inscription, mené par n'importe lequel des intervenants. Celui-ci présente ensuite la situation lors d'une réunion d'équipe et nous décidons ensemble si nous pensons être l'endroit en adéquation avec la demande du patient ou bien s'il est préférable de réorienter la personne.

La permanence est aussi un espace-lieu que nous animons à tour de rôle, sans exception.

Deux heures par jour, quatre les jeudis, nous sommes donc tous susceptibles de rencontrer n'importe lequel de nos 180 patients inscrits lors de ces moments où ils peuvent se présenter sans rendez-vous.

J'explique ces détails un peu fastidieux pour introduire notre outil principal : le dossier individuel, qui est donc « partagé » par tous les membres de l'équipe. Il est donc a priori consultable par nous tous et les notes ne sont pas séparées entre notes des psychiatres, des psys, des a.s. ; tous les coups de téléphone et passages dans l'institution y sont également notés. Aucun d'entre nous n'a le loisir, ni le temps, ni l'intérêt d'aller lire l'entièreté des notes des autres collègues pour chaque patient ; il est certain que nous faisons systématiquement attention à ne pas y déverser de l'intime qui n'a pas d'utilité pour la prise en charge commune ; cependant, cette façon de tout inscrire nous est nécessaire pour notre cohérence interne, nos réflexions cliniques, dès lors que nous sommes en face d'un patient ou en ligne avec lui. Tous ceux qui sont inscrits, sont bien sûr au courant de cette manière de fonctionner et de la spécificité du travail d'équipe que nous proposons.

Il peut arriver qu'un patient nous confie quelque chose en nous précisant qu'il ne l'a pas encore dit au psychiatre, ou bien, qu'il ne souhaite pas que l'assistante sociale l'apprenne. En général, nous tentons alors de saisir les raisons subjectives du patient et tout en rappelant notre mode de fonctionnement, nous essayons de dénouer la parole ou de décaler l'enjeu.

Les décisions cliniques et institutionnelles ne se prennent pas grâce à ce dossier partagé, ni à l'occasion de sa lecture par l'un ou l'autre d'entre nous. Le lieu de réflexion et de décision est la réunion d'équipe, où nous sommes tous présents et où nous discutons ensemble des patients, que nous les suivions en individuel ou pas, que nous les ayons déjà croisés dans la salle d'attente ou pas, qu'ils nous identifient précisément ou pas. Le seul volet séparé dans chaque dossier, d'ailleurs, est celui qui relaie ce qui a été traité en équipe.

Quand parfois -voir souvent !- nous sommes confrontés à des urgences, des demandes exceptionnelles ou des situations atypiques, nous nous appuyons certes sur le modèle de travail, le cadre comme on l'appelle fréquemment, le dossier bien sûr, mais nous essayons dans la mesure du possible de nous en référer à au moins un collègue présent.

Je ne sais pas si sans des illustrations précises je parviens à passer l'idée que le partage du dossier est indispensable pour que nous puissions travailler dans une certaine fluidité, jamais parfaite et pas imperméable aux subjectivités de chacun.

Je vais tenter de montrer concrètement de quelle manière nous utilisons le dossier, par exemple, lors d'une permanence. Si je reçois un patient que je ne suis pas individuellement, je trouve déjà quelques repères rapides : depuis quand n'est-il pas venu, a-t-il raté des rendez-vous, par quels collègues est-il suivi, avons-nous récemment discuté de lui en réunion autour d'un événement particulier, par exemple. Nous pouvons aussi prendre connaissance des dernières notes prises par les autres intervenants, pour voir s'il y a des remarques ou des messages à notre intention. Si le patient fait à ce moment-là une demande particulière, par exemple un dépannage de traitement sans avoir vu le psychiatre, nous y trouvons également des éléments de réponse : cela a-t-il été convenu avec le médecin ? Ou au contraire, il a déjà été signalé au patient que les dépannages en dehors d'un rendez-vous n'allaient plus être possibles ? Avons-nous anticipé en réunion ce que nous allions proposer comme solution dans ce cas de figure ?

Si nous ne trouvons pas suffisamment d'éléments pour nous situer, nous appelons rapidement un collègue qui suit le patient, ou un autre collègue pour décider ensemble ; au pire, nous décalons la réponse à un autre moment de la journée, ou à un autre jour, en fonction du contexte et de la demande.

Donc, le dossier est partagé et c'est essentiel, mais le dossier en soi serait vide de sens en quelque sorte, si nous avions l'illusion qu'il suffit en lui-même. Ce n'est qu'un support à une pratique qui nous permet d'incarner une certaine philosophie de travail ou un modèle, si vous préférez, ou encore une orientation. Cette pratique ne s'anime pas grâce à ce qui est noté ou pas dans le dossier, mais dans la manière de le remplir, de le lire, de l'interpréter, pourquoi pas, de s'y appuyer pour nous adresser au patient. Cette manière de l'utiliser est inextricablement liée à la parole, aux échanges, aux discussions que nous avons autour de ce qui est noté, en étant, dans la mesure du possible, présents au moment où cette parole advient. La parole dans les entretiens, et celle que nous articulons dans nos échanges.

Il me semble, dans une certaine mesure, que si n'importe quel autre professionnel pouvait lire le dossier il passerait à côté de 90 % de ce qui a un sens pour notre travail dans le centre, ou à côté, encore une fois, de l'essentiel.

Il s'agit d'écrire pour que les collègues s'y retrouvent, certes, mais cela ne nous épargne pas le temps de parole.

Le temps, justement, il en faut. On pourrait longuement débattre aussi autour du fait qu'un DPI « fasse gagner du temps » : en dehors de certain cas de figure assez évidents (transmettre un traitement lors d'une entrée en urgence à l'hôpital, par exemple) : gagner du temps sur quoi, pour qui ? De quel temps on parle, quand on connaît les temporalités du psychisme humain et des parcours parfois chroniques ou chronifiés de ceux que nous accompagnons ? L'illusion serait de croire que ce qui se trouve dans un dossier pourrait remplacer ce que l'intervenant aurait à en dire en parlant avec un collègue ou un professionnel extérieur à l'institution.

A ce propos, un mot sur la transmission à des tiers, qu'ils fassent partie d'une autre institution, qu'ils relèvent du champ de la santé, disons « physiologique », de la justice, ou autres organismes qui auraient souvent l'utilité de « partager » ce fameux secret professionnel.

Un de nos repères principaux est de nous assurer, sauf cas d'extrême urgence, encore une fois, que le patient est a minima présent au moment du contact, même s'il ne souhaite pas s'exprimer directement.

C'est cela qui, plus qu'une autorisation de principe, permet une certaine transparence et un certain consentement.

S'il s'agit de fournir un document écrit, nous essayons également de préparer a minima son contenu avec la personne concernée, dans le meilleur des cas, nous le lisons ensemble avant l'envoi. Envoi adressé également à une personne particulière, qui incarne une fonction spécifique.

Prenons les échanges, même à l'intérieur d'une même asbl qui regrouperait plusieurs structures ou services différents. Nous suivons des personnes consommatrices ou sous traitement de substitution. Dans certains endroits, cela constitue parfois un critère d'exclusion « a priori », pour fréquenter un centre de jour, par exemple, ou un centre résidentiel. Si lors d'une candidature les informations concernant les produits et les traitements étaient accessibles en dehors de tout contact avec le demandeur, la demande pourrait s'arrêter là. Il ne s'agit pas, bien entendu, de cacher un élément important pour une prise en charge, il s'agit plutôt de préparer avec le patient ce qu'il pourrait en dire aux intervenants de l'autre centre, ainsi que ce que nous pourrions en dire si nous accompagnons physiquement la personne dans sa démarche. C'est de cette manière que nous rendons une

information brute entendable, d'une certaine manière, et qu'un critère d'exclusion peut se modifier au cas par cas et, a minima, être un objet de discussion et de réflexion pour deux équipes en évolution.

Est-il nécessaire de rappeler les difficultés actuelles, critiques, que la fermeture des services sociaux au sens large a provoqué, où nous voyons bien que les mails et les informations brutes transmises ne suffisent pas à remplacer un appel ne fût-ce que de quelques minutes entre deux intervenants et encore moins une rencontre avec les usagers?

L'illusion serait de penser que nous pourrions faire l'économie des échanges grâce au remplissage d'un dossier, aussi minutieux et précis soit-il. Que la lecture du dossier remplacerait une parole surgie d'une rencontre et adressé à pas-n'importe-quel-interlocuteur.

De manière plus large, pour pouvoir lire même une information technique, encore faut-il avoir une lecture de celle-ci modelée par une formation et une expérience. Il ne suffit pas de se retrouver dans le même domaine (celui de la santé ou de la santé mentale si on veut) pour en faire quelque chose d'une prise en charge commune. Il faut peut-être, encore plus, relever d'une même orientation ou d'une même culture institutionnelle, être imprégnés de représentations compatibles, d'un certain langage commun. Aucun langage technique ou objectif, si une telle chose existe, ne pourrait garantir cela entre tant de professionnels relevant de tant de disciplines différentes.

Il me semble que justement il faut tout un discours autour de l'information pour espérer se comprendre un tant soit peu.

Je reprends donc, pour terminer, l'idée que ce que nous notons dans un dossier est une série de traces, traces de l'intime, inscrites dans une relation particulière et dans une temporalité et un mouvement, il serait très risqué de ne pas en tenir compte dans la réflexion et dans la mise en actes de la loi dans lesquels nous sommes embarqués, et de les traiter simplement comme s'il s'agissait d'informations, ou pire, dans la suite des enjeux actuels, comme des données.