

# SECRET ET RELATION DE SOIN

**La révision de la loi sur la levée du secret professionnel concerne – actuellement – les travailleurs sociaux en CPAS, mais elle a secoué l'ensemble de la profession car elle fragilise les fondements de la relation d'aide : le devoir de discrétion et le maintien du secret de ce qui a été révélé dans le cadre de cette relation.**

**Stefania Marsella, assistante sociale à la maison médicale Calendula, chargée de projet à la Fédération des maisons médicales pour le programme psychosocial.**

Le débat actuel soulève à nouveau et de façon plus intense cette question, y compris dans les institutions où l'échange d'informations au sujet de l'utilisateur – ou du patient – fait partie d'un projet thérapeutique à l'élaboration duquel participe toute l'équipe. Au-delà des aspects légaux liés à la modification de la loi, se (re)pencher sur cette question revient à se recentrer sur ce qui fait sens dans son maintien, sur ses implications thérapeutiques et sur la qualité de relation qui s'instaure entre un intervenant et un usager.

Le choix a été posé d'aborder la question du côté de ce qui se joue dans la relation soignant/soigné, quelle que soit la profession du soignant et la nature du soin, car le secret concerne bon nombre de travailleurs, même si cette question peut se décliner différemment d'une profession et d'une institution à l'autre. Les termes « soignant », « intervenant » ou « travailleur » ont été choisis pour qualifier tout professionnel engagé dans une relation d'aide ou de soin.

## La parole du sujet

Quand il est question du secret professionnel, de quoi parlons-nous au juste ? Il est bien sûr question de la loi, de la norme et de l'éthique, de ce qui est autorisé et de ce qui ne l'est pas. L'arsenal juridique et les règles de déontologie servent de cadre auquel les professionnels doivent se référer. Il s'agit pour ces intervenants du soin de se protéger d'une certaine subjectivité et, au sens strict, de se conformer à des règles... Ce cadre

juridique est important, il protège l'utilisateur de dérapages éventuels et impose au travailleur une rigueur qu'il aurait parfois du mal à s'infliger lui-même. Les principes du secret professionnel sont le cadre qui protège la parole du patient et la bannière du cadre professionnel du soignant.

Se poser la question du sens et de la fonction du secret revient aussi, et surtout, aux fondamentaux de la relation d'aide. Il n'est pas rare d'entendre les jeunes travailleurs dire que ce qui les a motivés à s'engager dans un métier comme celui-là est le désir de se mettre à l'écoute de l'autre, d'entendre ce que l'autre dévoile, de soutenir la parole de l'utilisateur afin que celle-ci se libère. Comme il est fréquent d'entendre à quel point les soignants se sentent concernés par le vécu du patient et comme ils ont pu se sentir touchés par ce qu'ils ont entendu ! Pour ceux qui n'exercent pas dans le secteur psycho-médicosocial, savoir que certains ont choisi un métier comme celui-là parce qu'ils « aiment écouter » les plonge parfois dans la perplexité et l'interrogation : « Comment fais-tu ? Je ne pourrais pas ». Entendre des récits de souffrance et en faire sa profession n'est en effet pas à la portée de tout le monde. Quand la parole se

*« Une société de logements sociaux m'appelle suite à de gros conflits opposant un locataire, patient de la maison médicale, et un de ses voisins, lui aussi patient. Les deux confient leur version des faits à deux soignants différents. Il se trouve que la société de logements ne bénéficie pas de toutes les informations. Le premier souffre d'une pathologie qui influe sur son comportement et provoque des crises à répétition. Le second alimente ces crises par des comportements vécus comme menaçants. Ils risquent tous deux de perdre leur logement. »*

*« Une mère célibataire dépassée par ses trois enfants me confie, honteuse et en larmes, qu'elle en arrive régulièrement à les frapper. Sa situation financière des plus précaires ne lui permet pas de les inscrire à des activités, ils sont donc constamment absorbés par des écrans.*

*Elle me fait promettre de ne révéler ce lourd secret à personne. Le tableau qu'elle me décrit me met en alerte et je finis par en parler en réunion clinique.*

*Les collègues sont unanimes, il faut en référer aux services d'aide à la jeunesse. Il s'agit de ma responsabilité de décider de divulguer cette situation de détresse, en sachant que je n'ai aucune certitude sur l'issue qui y sera apportée.*

*En fonction du délégué en charge du dossier, il se peut que la décision soit plus orientée vers l'aide ou vers la contrainte, avec le risque que le dossier soit judiciairisé. »*

libère, elle peut laisser place à l'horreur, toute l'étendue de la souffrance se révèle à travers le langage. Et pourtant, quelle que soit la forme d'aide ou de soin apportée, elle ne peut être possible qu'à travers un lien soigneusement tissé, par une écoute attentive, par l'accueil et le respect ce qui a été confié et entendu.

Encourager la libération de la parole et permettre à l'autre de se dire fait soin. Pour bon nombre de patients, le cabinet est le seul lieu où peut se dire l'indicible, et le

soignant est le seul qui entend ce que personne d'autre ne peut entendre, le seul qui peut écouter lorsque d'autres restent sourds. Parce que l'entourage n'est pas disponible, pas assez solide, pas réceptif, ou tout simplement inexistant. La parole permet au patient de prendre une place de sujet, d'individu. L'écouter rend sa présence importante et précieuse. Ainsi seulement, les actes, les choix, les difficultés prennent forme et peuvent être compris afin qu'une action réparatrice puisse être proposée ou pensée ensemble. Pouvoir garantir que ce qui a été confié ne franchira pas des murs du cabinet, c'est permettre à l'autre de faire l'expérience de la confiance et de l'engagement. En effet, le soignant s'engage à respecter tout ce qu'il y a de plus précieux dans la vie d'un sujet, son histoire, son vécu, sa douleur et son intimité.

### **Le public**

Les personnes qui consultent un intervenant sont, par définition, en difficulté. Elles viennent en dire quelque chose, elles en attendent quelque chose. Tout n'est pas nécessairement clair dès le départ, ni la demande, et encore moins la réponse qui y sera apportée. Cette démarche est loin d'être anodine et souvent peu habituelle pour un usager. En effet, il revient à l'usager de mettre des mots sur quelque chose de très per-

sonnel, et de partager des bribes de son histoire, de révéler quelque chose qui fait défaut, qui dysfonctionne, qui est brisé. Cette démarche peut être coûteuse et douloureuse, cette mise en mot peut s'accompagner d'un sentiment de honte et plonger l'individu dans un état de grande vulnérabilité. Le patient prend le risque de s'exposer, de rendre vie à ce qui a été enfoui, de révéler l'inavouable, de faire état de ses erreurs et de ses failles, de son manque et de ses besoins. Certains usagers attendent d'être dans l'impasse pour prendre rendez-vous, pour demander de l'aide tellement la démarche est difficile. Ils arrivent alors en crise, submergés. La peur de ne pas être compris, d'être jugé, d'être réprimandé peut constituer un frein à la prise de parole. Ou au contraire, il peut s'agir d'une crainte de s'être trop dévoilé, de s'être mis à nu. La peur que ce qui a été dit puisse mener à des conséquences néfastes, puisse soulever trop de questions ou susciter trop d'inquiétudes auprès du soignant.

Dès lors, la confiance peut s'accompagner de regrets. Lorsque la crainte est trop vive ou la mise en mot trop douloureuse, certains patients se rétractent et disparaissent. Ils relativisent et remodelent leur récit au rendez-vous suivant. Ce retrait peut être le signe d'un déni lorsque l'expérience de la prise de parole a provoqué un trop grand déséquilibre (parce que cela a révélé une importante crise conjugale non assumée, de gros problèmes d'endettement ou encore la nécessité de changer des habitudes de consommation...). Par ailleurs, certaines personnes montrent une certaine pudeur ou n'ont tout simplement jamais eu l'occasion de se dire, car il n'y a jamais eu dans leur vie d'espace pour accueillir leurs confidences. D'autres, au contraire, sont de grands habitués du secteur psycho-médicosocial. Ils sillonnent depuis des années les salles d'attente et sont connus de nombreux intervenants dans d'aussi nombreuses institutions. Leur discours nous apparaît parfois comme « plaqué » et dénué de frontière de l'intime. D'autres encore vont dire ce qu'ils pensent qu'on attend d'eux, pour faire bonne figure ou pour ne pas se décontenancer... Ou pour ne pas déplaire, tout simplement. Faire l'expérience de la mise en mots, c'est se donner la possibilité de se délester de ce qui fait souffrance et se libérer d'un secret lourd à porter seul. Mais c'est aussi parfois risquer d'être exposé à la frustration lorsque la parole seule est in-

suffisante, lorsque les ressources ne suivent pas, lorsque la réponse apportée ne correspond pas aux attentes, lorsque l'intervenant ne sort pas sa baguette magique afin d'effacer toutes les douleurs revenues à la surface.

### Du côté du professionnel qui écoute

Pour le professionnel, chaque mot prononcé est du matériel précieux qui sera nécessaire afin de constituer l'anamnèse. A partir de la celle-ci, le soignant sera à même, en principe, de proposer un soin, une démarche, un traitement, une orientation, qui aidera l'utilisateur dans son parcours de réparation.

Certains patients débordent et déposent partout, à l'accueil, en kiné, dans la salle d'attente, ils ont parfois du mal à faire le tri et à s'adresser à l'intervenant adéquat. Or, le patient pose son choix en fonction du lien qui se crée et celui-ci est le résultat d'une rencontre, du moment, ou en fonction de critères très personnels ou d'un ressenti positif subjectif. D'autres ne révèlent qu'au compte-gouttes, par allées et venues, périodiquement, en laissant derrière eux un goût d'inachevé. Certains soignants ressentent de la frustration de ne pas pouvoir accéder à tout, tout de suite, ou que la vérité ne soit que partiellement dévoilée, comme s'il s'agissait d'une nécessité absolue. Cela peut être vécu comme une tentative de rétention d'information, comme une démarche délibérée visant à camoufler la réalité et à brouiller les pistes. Or il peut s'agir de pudeur, mais aussi d'une incapacité à faire le tri entre ce qui est pertinent et ce qui ne l'est pas. Pour certains, il s'agit juste de leur désir de garder un minimum de contrôle sur une vie déjà fortement livrée en pâture par ailleurs. Il est nécessaire d'être vigilant et d'éviter l'injonction du « tout dire », mais de proposer une écoute juste qui respecte les réticences. Car même si l'intervenant se met au service et propose une grande oreille avec toute la bienveillance dont il est capable, le patient doit pouvoir se sentir libre de sélectionner ce qu'il souhaite dire dans la temporalité qui est la sienne.

### Le partage du secret

Au sein des pratiques de groupe, les professionnels ne sont pas seuls et, dans les situations lourdes, pouvoir se référer à un confrère est une véritable bulle d'oxygène. Pouvoir partager son ressenti ou confronter son opinion

avec celle d'un autre permet de se sentir soi-même entendu et réconforté. Cet échange peut prendre la forme d'un brainstorming ou d'une demande d'avis lorsque il devient difficile voire impossible de trouver un soin approprié tant les fils sont emmêlés. L'échange peut prendre la forme d'une intervention où le soignant fait l'expérience de la réciprocité. Pour bien écouter l'autre, le professionnel doit lui-même pouvoir trouver des espaces d'écoute et de soutien. Porter à bout de bras la détresse et la souffrance d'un patient demande d'être soi-même bien portant. Et pour se sentir bien portant, il faut se sentir bien porté. Le soignant a aussi la possibilité de faire appel à un superviseur extérieur qui, par sa position de tiers, propose une écoute dénuée des enjeux qui peuvent parfois se manifester dans l'institution ou dans la relation avec les collègues. Son regard et son écoute ne sont pas ou peu contaminés par les débordements émotionnels qui se manifestent dans de telles situations.

La pratique multidisciplinaire elle-même sollicite le partage car l'utilisateur est susceptible d'être suivi par plusieurs praticiens. Par ailleurs, l'équipe se mobilise afin d'élaborer un projet de soin qui est pensé et réfléchi à plusieurs et qui tient compte de tous les facteurs en présence (psychologiques, médicaux, sociaux...). Le croisement des regards est nécessaire, voire indispensable. Le

*« J'assure le suivi d'un patient qui n'arrive pas à se mettre dans une perspective de recherche d'emploi. Il n'a jamais travaillé et manque de ressources personnelles, comme la discipline et la rigueur. Il n'a pas terminé ses études et manque de compétences et d'expérience. L'ONEM lui met la pression et menace de le sanctionner. La perspective le met dans des états de stress intense qui le fragilisent davantage. Le médecin à qui je m'adresse me renvoie à une consultation auprès d'un spécialiste. L'absence de maladies somatiques ne me laisse d'autres possibilités que d'orienter le patient vers un psychiatre. Or le patient ne se reconnaît pas comme 'malade mental' et ne souhaite pas répéter à un autre soignant des éléments de son histoire très intime. »*

*« Un jeune patient me révèle qu'il entend des voix très menaçantes qui lui donnent l'injonction de s'en prendre à ses proches. Ses parents n'en savent rien mais ils s'inquiètent du comportement étrange de leur fils. Je l'encourage fortement à prendre rendez-vous auprès d'un psychiatre mais, en consultation, il ne révèle rien de tout ça. Aucune médication n'est dès lors proposée. Je crains un passage à l'acte et souhaite mettre les parents dans la confiance pour qu'ils puissent l'encadrer au mieux. Le patient s'oppose, il a peur d'être hospitalisé de force, de devoir prendre un traitement, d'être considéré comme fou. »*

*« Un patient est en règlement collectif de dettes. Il est désormais très fortement limité dans son budget, qui lui permet à peine de remplir son frigo. Son médecin lui a prescrit un traitement qu'il ne prend pas, faute de moyens suffisants. Il n'en dit rien et ne souhaite pas que j'en fasse part. Son médecin est indisposé et frustré de sa non compliance qu'il ne s'explique pas. »*

avec le patient, de même les champs d'action et la déontologie qui y est liée ne sont pas les mêmes, et les sensibilités diffèrent.

Le partage d'informations cliniques au sujet du patient pose évidemment la question du secret professionnel partagé. Dans certaines structures, le partage est inconditionnel et systématique. Dans d'autres, seuls quelques catégories de travailleurs peuvent accéder aux réunions cliniques et la prudence est de mise. Au-delà des aspects juridiques pourtant fondamentaux, les risques sont multiples dans un cas comme dans l'autre. Lorsque les informations circulent librement et sans aucune limite, le souci du secret passe à la trappe. Ces échanges prennent parfois la forme de bavardages qui se déploient dans des lieux informels comme la cuisine, les couloirs ou à l'accueil, avec une insouciance qui peut sembler déconcertante. Ces échanges répondent au besoin de se défaire d'une charge émotionnelle trop lourde, de dédramatiser ou encore de prendre un

*« Un patient à qui je rends régulièrement visite à domicile me sollicite constamment pour ses problèmes de santé. Il est anxieux et obnubilé par l'idée d'être atteint d'une maladie incurable. Il ne s'adresse pas directement à son médecin car celui-ci l'a recadré suite à des demandes devenues envahissantes. Ses rapports médicaux ne révèlent rien d'inquiétant. Je sens que ce patient a besoin d'être rassuré par la parole d'un médecin, mais étant donné qu'il ne lui adresse plus rien et que le médecin a quant à lui été débordé, l'angoisse monte et la prise en charge devient laborieuse. »*

travail en institution ne peut se penser qu'à plusieurs sous peine de fragmenter l'aide et de ne pas en faire un tout cohérent. Le partage de ces informations est nécessaire mais complexe, car tous les intervenants ne sont pas engagés de la même

façon dans la relation avec le patient, de même les champs d'action et la déontologie qui y est liée ne sont pas les mêmes, et les sensibilités diffèrent. Le partage d'informations cliniques au sujet du patient pose évidemment la question du secret professionnel partagé. Dans certaines structures, le partage est inconditionnel et systématique. Dans d'autres, seuls quelques catégories de travailleurs peuvent accéder aux réunions cliniques et la prudence est de mise. Au-delà des aspects juridiques pourtant fondamentaux, les risques sont multiples dans un cas comme dans l'autre. Lorsque les informations circulent librement et sans aucune limite, le souci du secret passe à la trappe. Ces échanges prennent parfois la forme de bavardages qui se déploient dans des lieux informels comme la cuisine, les couloirs ou à l'accueil, avec une insouciance qui peut sembler déconcertante. Ces échanges répondent au besoin de se défaire d'une charge émotionnelle trop lourde, de dédramatiser ou encore de prendre un peu le large par rapport à une consultation qui a suscité de l'émotion, du débordement, de l'agacement. Le malheur épuise, la succession de rendez-vous chargés de souffrance éprouve, l'oreille bienveillante se crispe ou devient sourde, et même le soignant le plus affable sature.

Dans les équipes où les confidences sont peu partagées, la collaboration peut être plus malaisée. Comment en-

visager un projet thérapeutique commun sans partager avec ses pairs ? Pour certains intervenants, la référence au secret professionnel témoigne d'une difficulté à dire quelque chose de sa pratique et de ses affects. Il est utilisé pour se mettre à l'abri du regard de l'autre, pour éviter d'être questionné. Car partager, c'est remettre tout en perspective, étaler des hypothèses et être capable de les remettre en question. Pourtant, le partage a aussi pour fonction de se référer à un cadre institutionnel, de sortir d'un discours trop empreint de subjectivité et de poser un cadre sur lequel s'appuyer dans des prises en charge chaotiques ou problématiques. L'institution permet également de trancher lorsque les avis divergent et les sensibilités de chacun s'entrechoquent.

### Quelques pistes

Pour composer avec ces exigences de la loi sans sombrer dans le silence, les équipes peuvent mettre ce sujet en débat et s'en saisir afin de repenser à la qualité de relation qu'elles souhaitent offrir aux patients. Les travailleurs doivent se rappeler l'importance de la confiance, de ce qu'elle a de précieux pour celui qui s'est confié et de ce que cela a pu lui coûter. Donner de la valeur à la parole du patient, c'est le remettre ou le garder au cœur de la pratique. Avant chaque discussion le concernant, il est nécessaire de se demander quoi et pourquoi partager, et surtout comment.

Le patient quant à lui doit impérativement être informé dès le départ des méthodes et des habitudes de concertation de l'institution, tout en lui laissant la possibilité de cloisonner ses confidences s'il le souhaite. L'intervenant est tenu de lui expliquer les raisons pour lesquelles sa situation sera évoquée en équipe. En outre, il est nécessaire de faire référence au cadre, à la norme, à la loi et aux règles de l'institution afin de garantir à l'usager la protection que mérite son propos. Enfin, il est indispensable de créer ce cadre sécurisant aussi bien en équipe qu'avec le patient. Pouvoir faire l'expérience du respect de la parole de l'autre en équipe comme avec son patient, de l'écoute bienveillante et dénuée de jugement afin que dans cet espace- là également la parole puisse se libérer. ■