

## La question de la transparence dans la prise en charge « pluri-institutionnelle »

**Serge COMBALUZIER**

Maître de Conférences en Psychopathologie, UFR de Psychologie, Université de Roen.

Pendant longtemps, j'ai exercé dans deux centres d'hébergement et de réinsertion sociale, dans une clinique spécialisée dans les troubles liés à l'alcool et dans une équipe de psychologues assurant des soutiens psychologiques au domicile de patients séropositifs en très grande souffrance, physique, psychologique ou sociale. Cette pratique m'a confronté au quotidien à la question de la transparence et du secret car il n'était pas rare que les prises en charge, dans ces différents secteurs, se succèdent.

Le positionnement que j'ai adopté avec mes patients, comme avec mes collègues de travail, a toujours été de jouer la carte de la transparence, dans le sens d'énoncer des règles claires\* : j'ai toujours dit à mes patients, lorsqu'ils risquaient de me rencontrer dans l'un ou l'autre des dispositifs, que j'y intervenais, leur proposant, s'ils le souhaitaient, d'assurer la continuité du suivi psychologique ; par contre, j'ai toujours dit à mes collègues de travail que je ne dirai rien concernant les autres suivis. Concernant le VIH, le secret est de règle. Il est même sous-tendu par des dispositifs légaux. Mais, concernant la précarité, aucun texte de loi n'interdit de dire de quelqu'un qu'il est pauvre. Le code de déontologie des psychologues permet d'asseoir une pratique. Dans les principes généraux qu'il définit en Titre I, il est précisé que « le psychologue préserve la vie privée des personnes en garantissant le respect du secret professionnel, y compris entre collègues. Il respecte le principe fondamental que nul n'est tenu de révéler quoi que ce soit sur lui-même », y compris la situation sociale.

**Transparence et travail de réseau**  
Plusieurs années d'exercice dans des institutions « partenaires » ont contribué à affirmer mon positionnement, et mes employeurs en convenaient : ces deux activités

devaient rester bien séparées et ne souffrir ni l'une, ni l'autre, de quelconques interférences. J'étais au service des usagers du CHRS et des patients de la clinique et s'ils étaient d'accord, dans la mesure du possible, je pouvais assurer la continuité des soins psychologiques. Il n'était pas question que j'use d'une éventuelle influence pour accélérer l'entrée des personnes dans l'un ou l'autre des services, ni encore moins que je fasse à l'un le bilan du séjour effectué dans l'autre institution.

Ainsi, je ne procédais jamais en CHRS à des entretiens d'admission de personnes que je connaissais du centre d'alcoologie ; une fois leur admission prononcée par l'équipe, je pouvais, bien évidemment, les rencontrer en individuel, à leur demande. Dans le centre d'alcoologie, je n'avais pas dans mes groupes de parole de personnes orientées par le CHRS ; je pouvais, là aussi, les rencontrer, à leur demande, en individuel, pour assurer la continuité d'un travail psychothérapeutique déjà commencé.

J'ai ainsi pu trouver un équilibre entre ces deux pratiques, apportant mes compétences et mon savoir-faire à ceux qui demandaient mes services, n'interférant pas dans les prises en charge de ceux qui ne me le demandaient pas.

Cet équilibre était la position qui me semblait la plus stable ; l'expérience m'a montré qu'il résistait mal à l'intrusion de certaines réalités cliniques.

Plusieurs situations se sont avérées délicates. Elles peuvent se regrouper en deux catégories qui, après analyse, résultent d'attaques contre le cadre.

« Tu aurais pu nous le dire »

J'ai souvent entendu cette phrase, lors de réunions d'équipe où



émergeaient des éléments provenant d'une autre des institutions qui avait accueilli un patient ou un usager.

« Il faudrait qu'on fasse un staff »  
J'ai souvent proposé que soit organisées des réunions entre les différents partenaires afin que l'on puisse mettre en commun un certain nombre d'éléments importants dans la prise en charge des personnes afin qu'il puisse y avoir une orientation commune, une harmonie. Ainsi, lorsque le secteur social se heurte à l'alcoolisme et que l'alcoologie se heurte à la précarité sociale, il faut peut-être qu'un dialogue s'instaure entre ces deux pôles afin que les conséquences de ces injonctions institutionnelles, par trop paradoxales, puissent être limitées.

### Conclusion

Exercer en tant que psychologue clinicien dans des institutions partenaires est assez difficile. Cela demande que la pratique s'appuie sur deux pierres d'angle : d'une part, il me semble important de jouer la carte de la transparence vis-à-vis des patients, d'autre part, il m'apparaît nécessaire de soutenir auprès des collègues de travail que l'on est tenu au secret. Cette situation peut s'avérer parfois inconfortable ; des réunions rassemblant les différents intervenants peuvent alors permettre de sortir d'impasses inhérentes à ce type de pratiques. L'objectif principal étant de permettre au sujet de pouvoir articuler, seulement s'il le désire, les différents types de prises en charges qui lui sont proposées. ■

\* NDRL  
Cette transparence concerne les règles de fonctionnement et renvoie à ce que André Carel met du côté du « public » (cf page 15).