

## Qu'est-ce qu'une information en psychiatrie ?

« J'ai des questions à toutes vos réponses »  
Woody Allen

« La seule bonne pratique, c'est la pratique de la controverse professionnelle, c'est celle de la dispute »  
Yves Clot (titulaire de la chaire de psychologie du travail du CNAM)

L'idée de travailler sur *les écrits des soignants* est partie du constat, rapporté par un médecin responsable du DIM (Département d'Information Médicale), d'une confusion courante dans l'utilisation du dossier patient sous sa nouvelle forme informatisée, entre « les informations non-communicables » et les « notes personnelles ». Plus précisément, des soignants inscrivent comme « informations non-communicables » des notes qu'ils souhaitent ne pas voir transmises au patient qui ferait la demande de consulter son dossier. Le médecin note l'insistance de cette confusion en dépit des précisions apportées aux professionnels : les informations dites non communicables ne le sont pas du fait d'une décision des rédacteurs du dossier mais seulement en vertu de considérations légalement définies, notamment les informations transmises par un tiers ou se rapportant à un tiers. Conséquence : ce que les rédacteurs en questions pensent pouvoir protéger de cette façon serait sans doute transmis.

Par ailleurs, ce médecin fait également part d'un développement conséquent des écrits dans certains dossiers tandis que d'autres restent fort peu renseignés, certains soignants peinant à s'y engager.

Pour réfléchir à ces constats, je me suis penché sur quelques textes qui encadrent le dossier et en particulier sur le référentiel de l'ANAES (précurseur de la HAS) qui concerne le dossier patient, document datant de 2003. Avant d'aborder le problème de l'information en psychiatrie, j'ai réuni quelques-unes des questions qui me sont apparues à la lecture de ce document.

- **Recommandations**

Dans son document l'ANAES définit ainsi le dossier patient :

« Le dossier du patient est le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et actualisées, enregistrées pour tout patient accueilli, à quelque titre que ce soit.

Le dossier du patient assure la traçabilité de toutes les actions effectuées.

Il est un outil de communication, de coordination et d'information entre les acteurs de soins et avec les patients.

Il permet de suivre et de comprendre le parcours hospitalier du patient.

Il est un élément primordial de la qualité des soins en permettant leur continuité dans le cadre d'une prise en charge pluri-professionnelle et pluridisciplinaire.»

Le dossier patient est également censé pour l'Anaes « refléter » la qualité des soins et de la pratique professionnelle ; il devient un outil d'évaluation des professionnels. Enfin, il constitue lors d'un litige « une référence permettant de fonder ou de rejeter l'action en responsabilité ».

Précisons d'abord qu'il ne s'agit pas ici de discuter des mesures qui relèvent de la réglementation mais d'étudier leurs conditions de possibilité et de préciser quelles questions elles soulèvent in situ, dans le contexte de nos pratiques thérapeutiques.

La 1<sup>ère</sup> chose qui frappe, c'est la somme des fonctions qui sont assignées au dossier : information, communication, transmission, coordination des professionnels, traçabilité des activités, qualité et continuité des soins, évaluation des professionnels, fonction juridique.

Ces fonctions s'additionnent les unes aux autres à l'appui de la recommandation mais on n'y trouve aucune réflexion sur la cohérence de cette somme, c'est-à-dire des différentes fonctions entre elles. Permet-elle de s'y retrouver dans la pratique où brouille-t-elle au contraire les cartes ? Au fond ce qui n'apparaît pas dans le texte, c'est que d'écrire dans le dossier implique de résoudre un certain nombre de difficultés et de faire des choix. L'une des questions posée est de savoir si cette multiplicité laisse aux soignants la possibilité de penser un usage éthique du dossier qui tienne compte au cas par cas des questions de confidentialité, de clinique, et des conséquences possibles de leurs écrits tant pour les patients que pour eux-mêmes?

- Il est clair que dossier patient a été conçu pour l'ensemble de l'activité médicale et de la santé. Les aspects spécifiques de la pratique de psychiatrie ne sont pas pris en compte dans la recommandation. S'il est facilement compréhensible qu'un chirurgien ne puisse travailler sans que lui soient transmis les différents examens nécessaires à son intervention, en va-t-il de même en psychiatrie ? Qu'est-ce qu'il est utile de transmettre et qu'est-ce qui ne l'est pas ? Les écrits portant sur la subjectivité des patients sont-ils assimilables à des résultats d'examens médicaux ? Les écrits dans le dossier peuvent-ils se concevoir en dehors des relations thérapeutiques entre patients et soignants? Est-il possible de penser qu'il existe une sensibilité particulière des informations en psychiatrie qui concernent la vie psychique du patient, son identité et pas seulement son état somatique?

- Par ailleurs, Le terme de *dossier patient* a été choisi pour signaler que le dossier concerne tous les partenaires du soin y compris le patient. On peut comprendre la visée démocratique du législateur qui a souhaité faciliter l'accès du patient à des données qui concernent sa santé ; cet accès soulève cependant des questions spécifiques dans notre cadre. La collectivisation du dossier entraîne notamment une indétermination de l'adresse des écrits. C'est une difficulté puisque d'un côté le sens des paroles du patient dépendent du contexte de leur énonciation et que de l'autre nous ne pouvons nous affranchir des conséquences pour le patient de ce que nous écrivons aux différents destinataires possibles du dossier, lui compris.

Le code de déontologie des psychologues considère que nous devons veiller à « présenter de façon adaptée nos conclusions à nos différents interlocuteurs, de manière à préserver le

secret professionnel ». Cette recommandation de prudence vaut très probablement au-delà de notre profession.

Les écrits dans notre champ peuvent-ils s'adresser indifféremment :

- aux patients qui ont accès - à quelques restrictions près - à l'ensemble de leur dossier ?
- aux collègues dans le souci d'une transmission constructive ?
- à son supérieur hiérarchique pour faire la preuve de son engagement professionnel ?
- à l'administration, soucieuse de conformité du dossier par rapport aux attentes de l'ARS ?
- à l'instance judiciaire pour se protéger d'une possible implication et responsabilité en cas de litige?

Quelle priorité retenir en cas de conflit entre ces différentes composantes du dossier? Que devient par exemple le respect du secret professionnel quand les écrits dans le dossier deviennent un critère d'évaluation des compétences individuelles des professionnels et qu'ils sont identifiés à la qualité du travail soignant lui-même?

- Le partage d'informations doit selon les textes « se justifier dans l'intérêt du patient et se limiter à ce qui est indispensable au professionnel pour l'exercice de sa mission auprès du patient ».

- Comment déterminer « l'intérêt du patient » et « ce qui est indispensable au professionnel » et à qui revient-il de faire cette appréciation?
- Comment traiter au cas par cas les possibles conflits entre le périmètre du partage d'informations et celui du secret professionnel?

- La question du consentement des patients mériterait également une véritable réflexion. Pouvons-nous éthiquement nous arrêter à la simple expression de leur consentement pour écrire dans le dossier informatisé? L'ambivalence des patients n'est un fait ni rare, ni négligeable. Ils peuvent très bien accéder à cette demande pour nous plaire, puis le regretter et développer à partir de là des résistances au processus thérapeutique.

Mais ce n'ai pas la seule difficulté. Combien au juste d'entre nous posent la question? C'est qu'en effet interroger le patient sur son consentement introduit dans la relation de parole et dans le transfert l'idée d'une rupture de la confidentialité et donc de la confiance que nous essayons d'instaurer. La prudence eu égard à la fragilité des liens thérapeutiques nous contraint plutôt à ne pas poser la question.

Par ailleurs, comment ce consentement pourrait-il être établi une fois pour toute quand nous ne savons pas à l'avance ce qui peut être vécu comme une trahison ou une violation de l'intimité. Faudrait-il poser la question à chaque fois qu'un élément important apparaît dans le récit du patient ?

On peut s'interroger au vu de ce catalogue d'objectifs et de fonctions du dossier patient dont l'informatisation permet désormais une visibilité et un contrôle accru, si son utilisation ne devient pas trop compliquée dès lors que les soignants veulent maintenir des différences entre leurs interlocuteurs et veiller à conserver une place au doute et à l'indéterminé. Pouvoir communiquer sans avoir à tous moments à rendre des comptes ni à soumettre son propos à une diffusion générale n'est-il pas une condition minimum pour continuer à penser ? La confusion évoquée plus haut entre informations non-communicables et notes personnelles ne serait-elle pas le symptôme d'un cadre devenu, sous son idéal de

transparence démocratique, un corset trop serré pour la nature du travail qu'il est censé servir.

- La notion d'information en question

La notion « d'information » occupe une place déterminante dans ces textes, importance qui n'est sans doute pas due au hasard et qui trouve un régime renforcé par l'informatisation du dossier.

Le titre proposé pour notre contribution à cette journée est : Qu'est-ce qu'une information en psychiatrie ? Il comporte trois éléments : La notion d'information, le terme de psychiatrie qui introduit l'idée d'une spécificité de l'information dans ce cadre précis, et le fait de prendre ces deux termes dans une question.

Cette notion n'est en effet pas définie dans les textes et semble ressortir de l'évidence. Sa structure n'est pourtant pas neutre et soulève d'autant plus d'interrogations que nos pratiques nous confrontent en permanence à des difficultés d'interprétations, quand ce n'est pas à des énigmes insondables. Il existe bien une liste des pièces jugées nécessaires à la constitution du dossier mais qui ne concerne pas les questions relatives à la traduction et la transmission d'éléments cliniques en psychiatrie. Rendre compte de ce que nous retenons de nos rencontres avec les patients, et savoir quoi transmettre qui puisse être utile sans leur nuire ne va pas de soi.

Ces questions rejoignent pour nous une préoccupation *éthique* qui en son principe relève avant tout d'un questionnement personnel : « Comment faire avec l'autre et quelles sont les conséquences possibles de mes actes pour cet autre ? ». Il n'y a de ce point de vue pas d'éthique « prête à porter » mais l'exigence permanente d'un questionnement. Savoir quoi laisser comme trace de notre rencontre dans le dossier d'un patient relève de la même exigence.

- Qu'est-ce qu'une information ?

Depuis la naissance de la cybernétique au siècle dernier, ce qu'on appelle l'information a progressivement colonisé nos existences. Son empire s'étend de plus en plus, du traitement de l'actualité à la diffusion de la connaissance, de l'organisation des entreprises à l'avènement de l'économie mondialisée, etc. Le développement des technologies de l'information et de la communication accélère la traduction des échanges humains sous cette forme. Nous sommes aujourd'hui imprégnés de l'idée que ce qui se passe entre les humains peut se penser en termes d'échange d'informations. Le domaine de la santé ne fait pas exception ; il est désormais attendu que la pensée médicale se traduise en *données médicales transmissibles*. Des chercheurs américains travaillent à la conception de machines dont l'intelligence artificielle est déjà réputée faire de meilleurs diagnostics et coûter moins cher que les médecins.

Si on voit assez bien les possibilités nouvelles qu'apportent les systèmes d'informations en termes de calcul, de stockage, de rapidité de diffusion de ces données, plus difficile est d'en concevoir les risques et les limites. Les questions posées ne sont pas nécessairement

nouvelles mais leurs répercussions sont inédites du fait de la puissance technologique des machines informatiques et des attentes qu'elles engendrent.

Le CCNE dans son avis 104 sur le « dossier médical personnel et l'informatisation des données de santé » souligne « le risque lié à la « triangulation » de la relation de soin par la présence de l'ordinateur qui s'intercale entre le médecin et son patient. La technicisation de la médecine peut entrer en conflit avec la composante relationnelle et humaine nécessaire à une pratique clinique de qualité ».

C'est dire, ajoute-t-il, que les facilités de communication et de traitement des données que permettent les technologies informatiques ne sauraient dispenser de tout esprit critique. Bien plutôt, elles augmentent la nécessité de son exercice. »

Les professionnels qui travaillent sur les systèmes d'information distinguent deux types de questions dans le cadre du traitement de l'information. D'une part les questions relatives à la production de l'information et à sa représentativité, d'autre part celles qui découlent de la transmission et de l'utilisation des informations.

- La production de l'information

Informé c'est étymologiquement « donner une forme ». L'information implique une mise en forme, une traduction. Il est clair que nous n'avons accès au monde, aux autres et à soi-même que d'une façon médiatisée par nos représentations. Les informations sont également des représentations d'une réalité qu'elles sont censées traduire. C'est une évidence mais un des problèmes que posent les systèmes d'informations, c'est qu'en introduisant une mesure et une comptabilité des phénomènes, ils tendent à faire appréhender les informations produites comme des faits objectifs.

Il convient de ne pas sous-estimer l'impact du fonctionnement informatique lui-même sur nos approches cliniques. Rappelons ici que le principe de base de ce fonctionnement repose sur une comptabilité binaire de 1 et de 0, c'est-à-dire sur des relevés de présence ou d'absence de phénomènes pré-identifiés. Cette quantification implique de prioriser l'identité des phénomènes entre eux plutôt que d'affiner le repérage de leurs différences.

D'où la préférence souvent accordée à des grilles préconçues y compris pour rendre compte de phénomènes fondamentalement subjectifs et singuliers. La conséquence concrète de cette structure de l'information est qu'elle ne laisse guère de place à la surprise, à la nouveauté, à ce que le sujet a à nous apprendre qui n'appartienne qu'à lui. Elle favorise plutôt une approche normative de l'autre qui risque de contribuer à son isolement hors du lien social plus qu'à faire apparaître la normativité qui relève de sa subjectivité.

L'expression ambiguë de *recueil d'informations* montre ce gommage de la production de l'information, comme si nous pouvions collecter des données déjà conformes aux systèmes informatiques. Comme si les informations notées dans le dossier, étaient le « reflet » du patient, indépendant de l'appréciation clinique de ses difficultés, de son accompagnement au quotidien, du champ relationnel inhérent au travail thérapeutique.

Comment passer de la réalité de notre travail à une *formalisation* dans des écrits ?

Les difficultés de formalisation viennent de la parole et du langage eux-mêmes sur lesquels reposent nos pratiques. Les mots du patient, avec leurs équivoques, leurs opacités et leurs tromperies, sont ce que nous avons de plus solide pour aborder ce qui ne va pas.

Les approches uniquement descriptives censées pouvoir s'affranchir des représentations subjectives qui structurent nos perceptions et celles qui recherchent une formalisation identique pour tous s'exposent aux mêmes difficultés de simplification de phénomènes qui ne sont jamais réductibles à leurs apparences.

Il nous semble que l'intérêt de l'écriture est à rechercher dans une prise de distance par rapport à ce qui fait le quotidien de notre expérience. Elle peut alors devenir un acte créatif, support d'une réflexion sur le parcours singulier d'un sujet. On peut se demander dans quelle mesure le cadre du dossier et les contraintes de temps auxquelles sont soumis les soignants permettent un travail d'expression de cette nature.

- **Transmission et conséquences**

La 2<sup>ème</sup> question concerne la transmission d'informations et leurs conséquences possibles. J'en évoquerai trois :

Rappelons d'abord l'importance des échanges de parole et des liens de collaboration professionnelle entre les soignants en psychiatrie. Ces échanges sont un vecteur de transmissions mais aussi d'élaboration des pratiques soignantes. Ils permettent de traiter les représentations et projections que suscitent les patients, et sont d'une aide conséquente pour supporter les difficultés inhérentes à notre travail. Ils sont depuis longtemps institués en psychiatrie où ils ont généralement fait leurs preuves. Une première question résultant de la priorité donnée à une transmission, souvent chronophage, d'informations écrites est de se demander si elle risque de s'accomplir au prix d'un appauvrissement de ce travail collectif de parole et de la réflexion clinique qu'il soutient? On entend déjà que certaines réunions se déroulent les mains sur le clavier pour que ce qui s'y dit soit consigné sans délai. Que restera-t-il de ces échanges ?

Une autre conséquence possible de ces transmissions écrites est de fixer le patient à ce que nous écrivons de lui. Le risque est de l'aliéner dans une identité morbide qui s'offre à lui comme une réponse à sa question identitaire. C'est là le pouvoir identifiant du langage, d'autant plus prégnant que le sujet se sent perdu avec ce qu'il est. Là aussi, la prudence est la bienvenue. Entendre les difficultés présentes du sujet en veillant à ne pas fermer l'univers des possibles est le moins qu'il puisse attendre de nous ; ne pas insulter l'avenir, c'est lui laisser la possibilité et la responsabilité d'y travailler.

Enfin revenons brièvement sur la question de la transparence et de la confidentialité. Nous avons sans doute à communiquer et à réfléchir ensemble à la meilleure façon d'accompagner les patients, nous le faisons tous les jours. Ce ne peut être sans oublier la responsabilité qui nous revient de prendre soin d'eux dans ce que nous écrivons comme nous prenons soin d'eux par ailleurs. J'avais tenté de montrer l'année dernière comment le secret a une fonction qui conditionne la possibilité de penser, et la construction de nos subjectivités séparées. Il y a quelque chose en chacun qui résiste à la transparence, quelque

chose qui supporte notre singularité, c'est-à-dire nos différences et notre humanité. Le docteur Bertrand Kiefer, membre du conseil national d'éthique suisse, soulignait récemment dans un article intitulé « Secret médical, la fin ? » qu'il fallait à ses yeux « sanctuariser quelques pratiques comme la relation soignant/soigné » et que « certains aspects liés à l'intimité de l'individu et à sa vulnérabilité révélés lors de la relation thérapeutique ne servent à rien dès lors qu'ils sont transmis, sinon à abîmer leur source ».

Marc Turpyn