****

**Table ronde n°1**

**Le respect de la confidentialité autorise-t-il le partage d’informations ?**

**« Des silences qui en disent long » Pratiques des professionnels de Pédopsychiatrie**

**C. GARRIDO (Pédopsychiatre, Praticien Hospitalier, CHU Toulouse)**

A l’Unité Boris Vian, hôpital de jour réactif pour adolescents, la question de ce qui se partage et ce qui doit rester confidentiel est posée d’emblée. C’est inévitable, parce que les adolescents que nous rencontrons ne souffrent aucune déloyauté.

Au cours du premier entretien sont présents ensemble le jeune et ses parents, afin que nous puissions évaluer ce que les uns et les autres partagent comme informations sur la situation. Face à eux, nous sommes 3 : le médecin psychiatre, l’interne en psychiatrie et un autre membre de l’équipe, infirmière, éducateur ou psychologue. J’introduis toujours l’échange en précisant que dans ces conditions où nous sommes nombreux, le jeune et ses parents n’ont pas à nous dire ce qu’ils estiment trop personnel ou intime, et qu’ils peuvent se sentir libres de dire s’ils sont gênés de répondre à certaines questions. Le message est « nous n’avons pas besoin de tout savoir mais juste ce que vous partagez entre vous et que vous êtes d’accord de partager avec nous ». Une partie des consultants montre déjà un soulagement à la suite de cette introduction car sans qu’on le leur ai demandé, ils se sont souvent imposés de dire ce qu’ils ne voulaient pas dire comme persuadés que c’est ce qu’on attendait d’eux. Ce soulagement c’est le début d’une rencontre dans l’alliance.

Je demande ensuite au jeune s’il est d’accord pour cette consultation ou s’il s’y sent contraint. Environ une fois sur deux il admet que ce n’est pas sa demande de venir consulter. Nous sommes donc souvent confrontés à des situations où ce sont les parents qui demandent les soins. Tout l’enjeu est de faire que ce lieu de soin, l’adolescent le fasse sien. Là aussi, le simple fait de commencer par pouvoir dire son désaccord désamorce une part de tension chez le patient. Et si bien souvent ce sont les parents qui commencent à exposer la situation, le jeune finit par prendre part au récit des évènements de vie de la famille.

A l’issue de ce recueil d’information, j’expose l’organisation de l’unité en différenciant les espaces de soin :

* Premièrement, l’espace du jeune :

Il bénéficiera d’une prise en charge de groupe sur des ateliers médiatisés animés par infirmières, éducateurs et psychologues.

Un membre de l’équipe, l’infirmière ou l’éducateur qui a la meilleure accroche avec lui, sera secondairement désigné référent de la situation.

Un accompagnement en entretiens individuels hebdomadaires sera proposé par la psychologue. Si l’adolescent a déjà un suivi psychologique en dehors de l’hôpital de jour, il lui est demandé s’il est d’accord pour qu’un lien téléphonique ait lieu entre les 2 psychologues afin de s’articuler au mieux, cela sans que ne soit évoqué le contenu de ce que le patient livre en psychothérapie. Présenté de la sorte, les adolescents ne refusent pas ce lien.

Une évaluation et/ou un suivi par la psychomotricienne est mis en place pour certains.

* Deuxièmement l’espace des parents :

L’assistante sociale fera une évaluation globale de la situation familiale au cours d’un entretien uniquement dédié aux parents.

Un travail de guidance parentale peut être proposé ; les parents sont reçus régulièrement par un binôme psychologue ou interne en psychiatrie + infirmière ou éducateur ; plus ponctuellement, l’assistante sociale peut faire partie de ce binôme. Les membres de ce binôme ne doivent pas être ceux qui sont le plus souvent au contact du jeune dans les espaces qui lui sont réservés, c’est-à-dire pas le soignant référent, ni la psychologue qui le reçoit en entretien.

* Troisièmement l’espace partagé par le jeune et ses parents :

L’interne en psychiatrie et moi-même recevons mensuellement l’adolescent et ses parents en consultation familiale pour rendre compte de l’observation diagnostique, faire un bilan de l’évolution clinique et co-construire le projet de soin.

Cette organisation c’est le fruit d’une remise en question, suite à tous les moments où nous avons perdu la confiance des patients ou celle de leurs proches, parce qu’ils ont estimé que leur parole n’était pas assurée de rester confidentielle, n’était pas entendue ou qu’on leur cachait ce qui les concernait. Par exemple certains jeunes n’adressaient plus la parole aux soignants qui participaient au travail de guidance parentale et certains parents ne se sentaient pas pris en compte si aucun professionnel ne pouvait dignement recueillir leur parole. C’est une organisation qui demande des moyens humains pour que chaque professionnel assure son rôle.

A la fin de cette première consultation, un contrat de soin est signé par l’adolescent, ses parents et moi-même au nom de l’équipe de soin. Il comprend les dates et horaires de la prise en charge, le motif d’hospitalisation de jour, l’engagement du jeune et ses parents à se présenter aux rendez-vous avec les différents professionnels et à respecter les règles de l’unité. Chacun en garde un exemplaire et j’énonce qu’un double sera adressé au psychiatre traitant s’il y a en a un et au médecin traitant. Etonnamment, peu de jeunes ratent cette occasion de faire apparaître leur signature sur le contrat en question, même parmi ceux qui s’étaient déclarés hostiles à la prise en charge. Quand on les prend en compte, ils répondent présents.

Dans le courant de la prise en charge lorsqu’un jeune confie une information qui nous paraît essentielle à partager avec les parents (comme des mises en danger par exemple), le professionnel à qui il l’a livré travaille avec lui le fait de pouvoir me communiquer l’information pour que cela soit abordé lors de la consultation familiale suivante. Quand le jeune a confiance dans le professionnel ce travail est possible, parfois il prend du temps. Si le danger est imminent, les professionnels jouent franc jeu, l’information ne peut rester confidentielle. Ce n’est pas dans ces circonstances-là qu’on perd la confiance des patients. De la même manière s’il apparaît que les parents tiennent secrets des éléments fondamentaux dans la construction de l’identité et le récit de l’histoire du jeune, un travail est fait avec eux pour prendre le temps de voir ce qui n’appartient qu’à eux et ce qui pourrait se partager avec leur enfant.

Pour la plupart des jeunes des réunions sont organisées en établissement scolaire pour aménager les conditions de scolarisation. Nous insistons toujours pour que l’adolescent y soit présent et il prépare ce moment avec son soignant référent et/ou la psychologue pour définir les informations qu’il souhaite voir transmises à l’établissement scolaire et ce qu’il ne veut pas dire. Anticipés de la sorte, les retours de ces réunions sont positifs.

En revanche, nous avons récemment réalisé que nous ne pourrions plus faire l’économie de préparer avec eux d’autres réunions, où ils ne sont pas présents cette fois, les réunions entre partenaires professionnels qui peuvent rassembler sanitaire, médico-social, Aide Sociale à l’Enfance ou d’autres organismes impliqués dans la protection de l’enfance… Récemment, suite à ce genre de rencontre, des patients nous ont fait le reproche d’avoir livré des informations qui leurs sont revenues par des professionnels d’autres institutions. C’était l’occasion pour nous de prendre une nouvelle fois conscience du caractère fragile de la relation qui nous lie au jeune et à ses proches, et du caractère précieux et confidentiel de ce qu’ils nous confient. Probablement auraient-ils été favorables à ce que ces informations soient livrées si on leur avait demandé leur accord avant, mais le fait que l’information ait circulé en dehors de leur volonté a remis en question notre loyauté vis à vis d’eux. Chaque fois que nous négligeons de les prendre en compte, cela nous est rappelé par l’expérience.

D’autre part il faut rappeler que dans les troubles psychotiques comme la schizophrénie et davantage encore chez les sujets jeunes comme les adolescents, un des symptômes est souvent de ne pas pouvoir constituer une frontière nette entre soi et l’autre, de se confondre dans l’autre si bien que rien n’est à soi. Dans ce cas les informations circulent souvent sans que la notion d’intimité n’existe. Alors quand au fur et à mesure du travail de soin réalisé le patient peut demander que le silence soit fait sur ce qu’il estime lui appartenir, un début de soi se constitue. Ces silences qui en disent long ce sont des silences qui disent j’existe et à partir de là peut se poser la question de la confidentialité pour lui.