



ELSEVIER
MASSON

Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com



Pratiques psychologiques xxx (2011) xxx–xxx

Pratiques
psychologiques

www.em-consulte.com

Psychologie clinique

Cadre et confidentialité de l'entretien clinique en psychologie scolaire : quelles représentations chez les professionnels ? Une recherche qualitative exploratoire

Framework and confidentiality in clinical interviews in school psychology: A qualitative exploration of representations among professionals

M. Gilbert¹

Institut de psychologie, université de Lausanne, 1015 Lausanne, Suisse

Reçu le 27 janvier 2010 ; accepté le 4 novembre 2010

Résumé

Si la question du cadre de la rencontre avec le patient fait souvent l'objet de considérations éthico-cliniques dans la littérature, la confidentialité y est rarement abordée. Comment les professionnels exerçant en milieu scolaire (psychologues, logopédistes, psychomotriciens) se représentent-ils les règles de confidentialité ? Confrontés à un dilemme imaginaire, font-ils uniquement appel à des règles de type clinique ? Cette recherche qualitative vise à explorer, à travers les échanges discursifs recueillis dans deux *focus groups*, les représentations d'une vingtaine de professionnels. À partir d'indicateurs thématiques, l'analyse du discours montre qu'en termes de fréquences d'usage, les règles éthico-cliniques constituent les deux tiers des règles énoncées par les sujets, les autres étant d'ordre juridique, institutionnel ou édictées par une instance tierce indéterminée.

© 2010 Société française de psychologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Confidentialité ; Représentation ; Cadre clinique ; Dossier psychologique ; Psychologie scolaire ; *Focus group*

Abstract

Despite the fact that the issue of the framework reveals many ethico-clinical considerations in the literature, confidentiality is rarely mentioned. How do professionals working in schools (psychologists, speech therapists, psychomotricians) see the rules of confidentiality? When faced with a fictitious dilemma, do they

Adresse e-mail : muriel.gilbert@unil.ch

¹ Maître d'enseignement et de recherche.

apply rules that are related only to the clinical framework? This qualitative study explores the representations of 20 professionals recorded during the discussions of two focus groups. Discourse analysis of thematic markers reveals that, in terms of frequency, two thirds of the rules invoked by the subjects are ethico-clinical rules, while the rest are legal or institutional, or appeal to another indeterminate reference.

© 2010 Société française de psychologie. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Confidentiality; Representations; Clinical framework; Psychological record; School psychology; Focus group

1. Introduction

Le respect de la confidentialité des données concernant le patient constitue l'un des enjeux majeurs de la définition du cadre de la consultation clinique. Un enjeu à la fois éthique, déontologique, juridique et clinique d'autant plus important que l'informatisation des données sur la santé exige qu'en soient rigoureusement définies les modalités d'accès et de transmission (Jonas, 2008 ; Le Coz, 2008a). Un enjeu qui est aussi d'autant plus significatif que les professionnels travaillent souvent en réseau et qu'ils sont par conséquent amenés à échanger des informations concernant les patients (De Maximy, 2008 ; Eglin, 2008 ; Vacher Neill et al., 2008). Enfin, lorsque les données concernent des patients encore mineurs, la question du respect de la confidentialité est d'autant plus délicate que les parents de l'intéressé peuvent intervenir dans la relation thérapeutique en tant que représentants légaux (Jonas, 2008).

Comment, dès lors, articuler le respect des droits du patient mineur en matière de confidentialité avec les possibles demandes d'information que les parents peuvent adresser aux cliniciens à propos du suivi de leur enfant ? Afin d'aborder ce problème complexe, nous avons soumis une question-dilemme à des groupes de professionnels de la santé œuvrant en milieu scolaire : il s'agit de psychologues, de logopédistes et de psychomotriciens réunis dans le cadre de *focus groups*. Il leur a été demandé de prendre position au sujet d'une question qui a trait à la confidentialité du dossier dans lequel les professionnels consignent un certain nombre de données relatives au patient. La confidentialité du dossier pose des questions importantes et complexes aux cliniciens (Bobet, 2007 ; Jonas, 2008 ; Le Coz, 2008a). Cet objet constitue à notre sens un angle d'investigation pertinent pour explorer les questions relatives à la confidentialité en clinique¹.

L'objectif de la recherche est de mettre en évidence les représentations des professionnels exerçant en milieu scolaire au sujet de la confidentialité des données. On cherche pour cela à identifier, dans leur discours, les différentes règles de confidentialité qui circonscrivent, selon eux, le *cadre* de la rencontre avec le patient. Menée par une enseignante-chercheuse en psychologie clinique en collaboration étroite avec Ariane Ayer², docteure en droit et avocate, cette recherche exploratoire au sujet de la confidentialité est conduite en partenariat étroit avec des

¹ On relèvera avec Ayer (2001, 2003) la complexité du cadre juridique entourant la question de la protection des données en milieu scolaire et partant du secret professionnel du psychologue en Suisse, laissant du même coup une marge d'appréciation aux professionnels en fonction de leurs obligations professionnelles et déontologiques, tout en respectant le cadre légal.

² Nous remercions chaleureusement notre collègue pour sa collaboration et sa relecture critique du manuscrit, en particulier en ce qui concerne les éléments juridiques. Nos recherches au sujet de la confidentialité en clinique doivent en outre énormément à la Pr M. Grosse ; nous sommes très reconnaissantes à notre collègue pour sa disponibilité et pour sa précieuse relecture et commentaires critiques de la présente contribution. Enfin, l'aide de B. Maeder, d'une part, et de K. Julsaint et S. Lauvergeon, assistantes diplômées en psychologie, d'autre part, nous a été des plus précieuses, ainsi

équipes interdisciplinaires de professionnels de la santé investies dans différents domaines de soin. La présente contribution porte sur la psychologie scolaire telle qu'elle est organisée en Suisse romande.

2. La confidentialité en clinique : une tache aveugle du cadre ?

Fréquents dans la pratique, les problèmes associés à la confidentialité de la rencontre clinique renvoient, selon nous, à la question, complexe, de la définition du *cadre* de la rencontre avec le patient. On rappellera à ce propos, avec Gilliéron (1996), que l'établissement du cadre permet de délimiter les frontières de la relation de soin. La fonction du cadre consiste en ce sens à ouvrir un espace contenant, au sein duquel se déploieront les processus singuliers à l'œuvre dans le travail clinique. Deux types de facteurs concourent, en outre, et selon lui, à définir le cadre : le *dispositif* renvoie, d'une part, à l'ensemble des éléments stables et concrets caractérisant la rencontre clinique ; quant aux *règles*, elles visent, d'autre part, à définir l'ensemble des modalités selon lesquelles se déroule la relation avec le patient.

On s'étonnera ainsi que la confidentialité, qui constitue à notre sens une règle significative de la pratique quelle qu'en soit l'orientation théorique, soit rarement abordée comme telle dans la littérature théorico-clinique portant sur le cadre clinique³. On peut dès lors se demander si cet aspect ne constitue pas en quelque sorte un *impensé*, ou une tache aveugle, que seuls de rares auteurs auraient jusqu'ici cherché à thématiser comme à mettre en discussion⁴.

Abordée en termes théorico-cliniques, la question de l'articulation entre cadre et confidentialité paraît complexe : à quelles règles renvoie en effet la définition du cadre de confidentialité qui régit la rencontre avec le patient ? Une première réponse consiste à penser que la source de la clinique suffit à elle seule à justifier la clause de confidentialité inhérente à la rencontre avec le patient. En psychanalyse par exemple, le respect de la confidentialité peut en ce sens être considéré comme une condition *sine qua non* de l'établissement du transfert, concept directeur de la cure (Furlong, 2005a). Envisagée sous cet angle, la conformité à cette règle dénote de la volonté de rester fidèle à un type d'écoute conçu comme idéal pour favoriser l'exploration de l'inconscient.

On peut toutefois se demander si cette manière de fonder la confidentialité n'est pas réductrice : on néglige en effet ici le fait que le travail du clinicien se situe au carrefour de plusieurs activités sociales et que son identité relève par conséquent davantage du métissage que d'une forme de monoculture.

C'est au travers de la notion de *cadre* (auquel nous conférons une valeur heuristique) que nous nous proposons d'interroger la complexité de l'activité clinique lorsqu'elle est comprise comme étant située au carrefour de différentes activités sociales. À partir de l'objet d'étude que constitue la confidentialité en clinique, nous nous proposons d'explorer la possible intrication des différentes dimensions du cadre. Considérant que la consultation clinique est au carrefour de plusieurs activités sociales et se situe donc dans un certain contexte qu'il s'agit de prendre en compte, nous présupposons que les règles présidant à l'établissement de la confidentialité ne se

que celle du psychologue-cadre avec lequel nous avons travaillé sur le terrain, des professionnels qui ont participé à la recherche et des étudiants mémorants engagés dans celle-ci.

³ C'est par exemple le cas en ce qui concerne le cadre psychanalytique, qui a par ailleurs donné lieu à une littérature vaste et variée (Bleger, 1967 ; Donnet, 1995 ; Gilliéron, 1996 ; Green, 2000 ; Roussillon, 1995).

⁴ On doit à Furlong, une psychanalyste canadienne une réflexion féconde à ce sujet (Furlong, 2005a ; Furlong, 2005b ; Levin et al., 2003).

réduisent pas à la seule dimension clinique – certes la plus familière – mais impliquent au contraire plusieurs types de cadres, à savoir les cadres juridique, déontologique, institutionnel et personnel.

C'est premièrement sur la base de règles de droit applicables que le *cadre juridique* permet de circonscrire les devoirs du professionnel de la santé en matière de secret professionnel et de protection des données (Ayer, 2001) ; il s'agit là d'une question impliquant par définition celle du consentement libre et éclairé du patient (Guillod, 1996, 1998).

Deuxièmement, le cadre *déontologique* paraît des plus significatifs pour penser la complexité de l'activité du clinicien. Ici la confidentialité renvoie à un contrat liant l'ensemble des professionnels du soin à leurs patients sur la base d'un interdit : celui de rompre la confidentialité de la rencontre clinique (Ricoeur, 1996). Les règles déontologiques figurent dans les codes édictés par certaines associations professionnelles, guidant ainsi l'action du praticien sur le terrain (Bourguignon, 2007 ; Fédération suisse des psychologues, 2002 ; Société française de psychologie, 1996).

Troisièmement, le *cadre institutionnel* vient complexifier la nature des règles qui régissent la consultation : le respect de la confidentialité est en effet parfois mis en tension avec la nécessité d'échanger avec les membres d'une équipe pluridisciplinaire, avec un référent ou encore avec les représentants de la hiérarchie (chefs de service, directeurs d'école, etc.). Toute institution édicte à cet effet des règles qui sont communiquées, par la voie hiérarchique, sous la forme par exemple de directives ad hoc, de règlements internes, etc. (Bourguignon, 2007).

Quant au *cadre clinique*, il appelle en soi l'établissement de règles permettant de délimiter les contours de la relation de soin par opposition à celles qui délimitent habituellement le champ social (Gillieron, 1996). En psychanalyse, la confidentialité vise à favoriser l'intégrité du lien transférentiel, en préservant la liberté mentale des protagonistes (Furlong, 2005a). En ce sens, il s'agit d'une règle sans laquelle la spécificité du travail analytique ne saurait se laisser ni penser, ni concrétiser.

Enfin, par *cadre personnel du professionnel*, on désigne l'ensemble des règles qui sont propres au clinicien lui-même : respecter la confidentialité de l'entretien peut en effet être justifié par une règle personnelle que le professionnel se donne. C'est le cas lorsqu'il affirme agir « en son âme et conscience », ou « selon son intime conviction », formules invoquées quand il est par exemple amené à trancher entre différentes règles créant un dilemme. On serait alors proche du registre de ce que Ricoeur (1990) appelle la *sagesse pratique*.

Telle que nous venons de la présenter, la confidentialité constitue une notion dont l'abord ne saurait se réduire ni à la dimension clinique, ni à l'un ou l'autre des niveaux de cadre que l'on vient d'identifier. Elle mérite au contraire d'être pensée comme relevant d'un *réseau* de règles différenciées qui permettent, chacune à leur manière, de guider l'action du professionnel. Les divers niveaux de cadre auxquels elle fait appel font d'elle un objet significatif pour explorer la complexité du référentiel à l'œuvre dans la pratique du clinicien. Une complexité qui, nous l'avons dit, confère à notre sens à l'identité professionnelle un caractère résolument métisse.

3. Présentation de la recherche

La spécificité de la présente recherche réside principalement dans le choix du dispositif de recueil et d'analyse de données. En effet, si la littérature scientifique est relativement pauvre en matière de recherches empiriques concernant la confidentialité dans le contexte de la santé mentale et de la psychologie scolaire en particulier, elle l'est encore plus en matière de recherches qualitatives. La plupart des travaux que nous avons recensés jusqu'ici font appel à des questionnaires dont les données sont traitées quantitativement. C'est l'une des raisons pour laquelle nous avons choisi de mener notre recherche, d'une part, en recourant au dispositif des *focus group*,

d'autre part, en privilégiant une analyse du discours produit dans ce contexte. L'analyse de deux protocoles de recherche permettra d'examiner la manière dont les professionnels mobilisent les différents cadres dont il vient d'être question pour expliciter leurs pratiques dans le domaine de la confidentialité. On cherchera en ce sens à esquisser et à discuter une *typologie* des règles identifiées dans le discours des participants. Enfin, la présente contribution s'achèvera par une brève mise en perspective des pistes de réflexion que ce parcours nous aura permis d'ouvrir pour de futurs travaux.

3.1. *Questions de recherche*

Les questions auxquelles nous tenterons de répondre à partir de l'analyse de discours effectuée visent à explorer les représentations des professionnels en matière de confidentialité. On cherche à montrer que la clinique se situe au carrefour de plusieurs activités. C'est à travers la notion de cadre, à laquelle on confère une valeur heuristique, que l'on se propose d'explorer la question de la confidentialité.

La question directrice que l'on vise à explorer est la suivante : quel est le type de règles invoqué par les professionnels en matière de confidentialité des données ? Plus précisément, on se demandera à *quels types de règles* les professionnels ont recours pour défendre une position en faveur du maintien de la confidentialité par opposition à une position préconisant sa levée. Ces questions renvoient à l'hypothèse suivante concernant la complexité de l'activité clinique : pour répondre à un dilemme en matière de confidentialité, les professionnels n'ont pas uniquement recours à des règles relevant du cadre clinique, même si on s'attend à ce que celles-ci soient plus fréquentes que les autres (juridiques, déontologiques, institutionnelles, personnelles).

3.2. *Dispositif de recherche*

Le *focus group* est un dispositif qui consiste en des discussions en groupe organisées à des fins de recherche (Marková, 2003). Sa visée consiste à explorer les représentations sociales associées à un thème ou un problème donné. L'intérêt du dispositif réside entre autres dans le fait que ces réunions rassemblent diverses personnes invitées à s'exprimer librement à propos d'un objet. En ce sens, les échanges discursifs auxquels ces rencontres donnent lieu sont aussi proches que possible des modalités de conversation ordinaire, ce qui les distingue des dispositifs de recherche courants (entretiens individuels, questionnaires, etc.) (Marková, 2004). Ils permettent ainsi d'appréhender les représentations des participants dans le cadre même qui leur a donné forme, tout en identifiant les processus présidant à leur élaboration ainsi qu'à leur possible évolution et transformation successives (Marková, 2003 ; Marková et al., 2007).

Le dispositif spécifique utilisé dans la présente recherche s'inspire des travaux de Marková et al. (2000) et développés dans ceux de Grossen et Salazar Orvig (2007). La procédure consiste à soumettre à des groupes de huit à dix participants deux vignettes présentant chacune un dilemme concernant la confidentialité de l'entretien en milieu scolaire. L'intérêt du dilemme est de permettre aux sujets de débattre de l'objet tout en les incitant à se situer et à prendre position les uns par rapport aux autres. Ils tissent ainsi une dynamique conversationnelle où les représentations individuelles se co-construisent collectivement et évoluent au fur et à mesure de l'avancement du débat.

Les vignettes ont été élaborées en collaboration avec A. Ayer ainsi qu'un clinicien responsable d'une des équipes professionnelle où s'est déroulée la recherche. Cette étude concerne la vignette qui a trait à la confidentialité du dossier d'un patient mineur. Il s'agit de la vignette intitulée

Alice-adoption :

« Agée de 10 ans, Alice a confié à une logopédiste⁵ en milieu scolaire d'importantes questions au sujet de sa condition d'enfant adoptée. Elle a instamment prié la logopédiste de garder le secret absolu à ce sujet. Au cours des entretiens de famille, Alice n'a rien dit sur ce point. Quelques semaines plus tard, les parents d'Alice prennent contact avec la logopédiste et demandent à consulter le dossier de leur fille. *La logopédiste a-t-elle le droit, avant l'entretien avec les parents, de retirer du dossier les notes comprenant les confidences qu'Alice lui avait demandé de garder secrètes ?* »

Après avoir distribué la vignette à chaque participant, l'animateur laisse les sujets répondre et débattre ; il intervient le moins possible. La discussion est audio-enregistrée ; elle dure une heure au total pour les deux vignettes. Ce dispositif prend place dans le cadre d'une journée de formation continue animée par nos soins sur le lieu de travail des professionnels concernés.

3.3. *Composition des focus groups*

Le corpus qui fait l'objet de la présente contribution est constitué des données fournies par deux groupes de discussion réunissant chacun dix professionnels de la santé travaillant dans la même organisation, située en milieu scolaire. Ils y ont acquis une expérience de travail en équipe pluridisciplinaire, ce qui leur a permis d'intégrer une culture professionnelle commune. Quant à leur formation initiale, elle comporte des éléments communs, par exemple des cours et séminaires d'introduction à la psychologie clinique et à la conduite d'entretien qui comprennent des éléments relatifs à des questions éthiques et déontologiques.

Le premier groupe (I) est animé par une chercheuse en psychologie ; les professionnels sont neuf femmes et un homme ; quatre sont psychologues, quatre logopédistes et deux psychomotriciennes. Quant au second groupe (II), il est animé par la même chercheuse et rassemble six femmes et trois hommes dont quatre psychologues, quatre logopédistes et un psychomotricien.

3.4. *Méthode d'analyse de données*

Les données recueillies ont fait l'objet d'une analyse du discours qui, dans ce cas, vise à rendre compte de l'objet d'investigation du chercheur à partir de l'étude de la dynamique conversationnelle présidant aux discours des sujets (Salazar Orvig et Grossen, 2004).

Après avoir été retranscrits exhaustivement selon des normes rigoureuses et anonymisés, les entretiens de groupe ont fait l'objet d'un découpage en énoncés. Plusieurs codeurs indépendants ont ensuite analysé ces différents énoncés à partir de trois types d'indicateurs : thématiques (registre *sémantique*), lexicaux et discursifs. Par la combinaison de ces trois types d'indicateurs, on vise à rendre compte de la complexité des processus discursifs en jeu, y compris sous l'angle de la matérialité du discours⁶.

Cette étude exploratoire est basée uniquement sur la combinaison d'indicateurs thématiques. Ceux-ci comportent trois catégories :

⁵ S'il s'agit ici d'une logopédiste, c'est que les focus-group étant constitués à la fois de psychologues, de psychomotriciens et de logopédistes, nous avons considéré qu'il était adéquat de faire varier l'identité du professionnel au sein des vignettes.

⁶ En ce sens la méthode d'analyse du discours se distingue de l'analyse de contenu (Bardin, 2003).

- énoncés-règles : on a tout d'abord repéré l'ensemble des énoncés qui font explicitement ou implicitement référence à des *règles* renvoyant à la pratique professionnelle. Par « règles », on entend soit :
 - des lois concernant la pratique professionnelle et auxquelles le professionnel est tenu de se soumettre,
 - des consignes et de conventions institutionnelles,
 - des pratiques propres aux équipes professionnelles ou à des individus,
 - des lignes de conduite et principes collectifs ou individuels ;
- niveau de cadre : à chaque énoncé-règle a été assigné un *niveau de cadre*. Celui-ci comprend six modalités :
 - mention explicite ou implicite de lois⁷ (L),
 - mention du code déontologique (D),
 - mention de directives institutionnelles ou de pratiques collectives instituées dans un service, une équipe (I),
 - mention d'une règle édictée par une instance tierce indéterminée (JDI),
 - mention de la spécificité du travail d'investigation clinique, du cadre de consultation, de l'organisation du dossier (C),
 - mention d'un serment personnel (P) ;
- maintien ou levée de la confidentialité : seuls les énoncés-règles relatifs à l'*accès* aux données ont retenu l'attention des chercheurs : on a ainsi identifié ceux qui valorisent explicitement ou implicitement le maintien ou, au contraire, la levée de la confidentialité. Lorsque les conditions d'accès aux données sont définies par les participants comme étant soit partiellement soit complètement restrictives, on a considéré qu'elles allaient dans le sens du *maintien*, même partiel, de la confidentialité. Lorsqu'elles supposent une mise en discussion de la demande de confidentialité avec le patient, on a également considéré qu'elles allaient dans le sens du *maintien* de la confidentialité. Lorsqu'elles sont au contraire définies comme ne donnant lieu à aucune restriction particulière, on a considéré qu'elles allaient dans le sens d'une *levée* de la confidentialité.

4. Résultats

L'analyse qualitative du discours a permis la mise en évidence d'une typologie de règles variées en matière de confidentialité. Celles-ci renvoient à des niveaux de cadre différents, d'une part, exprimant des positions en faveur du maintien ou de la levée de la confidentialité, d'autre part.

Tout d'abord, parmi les règles régissant les cinq cadres définis a priori, nos analyses ont permis d'identifier des références à trois types de règles, à savoir les types légal, institutionnel et clinique. En revanche, on constate que le discours des sujets ne fait référence ni aux règles de type déontologique, ni à celles d'ordre personnel.

Par ailleurs, on voit apparaître des énoncés-règles relevant d'un cadre qui n'a pas été identifié a priori sur le plan théorique, à savoir le cadre *éthique*. Nous avons par conséquent affiné la catégorie d'indicateurs thématiques intitulée « niveau de cadre », pour identifier ceux qui relèvent de la bioéthique. Sur le plan éthique, l'obligation qui vise à protéger le droit au secret dont bénéficie le patient renvoie en effet au principe d'*autonomie*, c'est-à-dire à la capacité du patient à s'autodéterminer en matière de soins, autrement dit à se donner à lui-même les normes de son

⁷ Pour chaque modalité, les mentions peuvent être implicites ou explicites.

propre comportement (Beauchamp et Childress, 2008 ; Mauron, 1999). Mais si c'est dans le cadre d'une éthique de type *déontologique* que le principe d'autonomie est valorisé, le principe de bienfaisance constitue pour sa part le centre de gravité d'une éthique dite de type *conséquentialiste* (Billier, 2010). Ce dernier principe permet ainsi de relativiser, dans certaines situations, l'importance de règles posées a priori. Visant le bien-être du patient avant toute chose, le soignant évalue ici au contraire la pertinence des actes professionnels en termes de *conséquences* pour le patient. Compris dans sa double dimension, à la fois déontologique et conséquentialiste, le cadre éthique constitue en ce sens en soi un nouveau niveau de cadre. Nous en donnerons une illustration détaillée en différenciant clairement les règles relevant du cadre *éthico-déontologique* de celles renvoyant au cadre *éthicoconséquentialiste*⁸.

Mais avant de présenter des extraits permettant d'illustrer concrètement les différents types de règles énoncées par les sujets, il s'agit d'indiquer leur fréquence d'usage dans le discours des participants.

4.1. Fréquence des règles énoncées en matière de confidentialité

Considérons tout d'abord les résultats concernant les deux groupes réunis : on constate (cf. [Tableau 1](#)) que si les règles de type clinique sont les plus fréquemment mentionnées (51 %) dans les énoncés-règles produits par les deux groupes de sujets confondus, elles ne sont pas les seules auxquelles ils ont recours. Au second rang des règles les plus fréquemment utilisées se trouvent les règles édictées par une instance tierce indéterminée (19,2 %). En outre, des règles de type éthique (14 %), institutionnel (8,3 %) et juridique (7,4 %) sont également été mentionnées. Enfin, comme relevé auparavant, les sujets n'ont recours ni aux règles de type déontologique (0 %), ni à celles de type personnel (0 %).

Il est donc intéressant de noter que les règles cliniques représentent à elles seules un peu plus de la moitié des énoncés-règles produits par l'ensemble des sujets. Une proportion qui est d'ailleurs renforcée si l'on considère conjointement les règles cliniques et éthiques (65 %), par opposition aux règles édictées par une instance tierce, qu'elles soient déterminées (règles juridiques et institutionnelles) ou non (34,9 %). Envisagées sous cet angle, on peut considérer que les professionnels se réfèrent dans deux tiers des cas à des règles qui sont présentées comme étant de leur ressort, contre un tiers de règles présentées comme étant définies de l'extérieur et donc imposées par une instance tierce, le plus souvent indéterminée.

Ces différentes observations permettent de confirmer notre hypothèse : en effet, bien que les règles cliniques soient les plus fréquentes dans le discours des professionnels, elles ne sont pas les seules auxquelles ils se réfèrent lorsqu'ils sont confrontés à un dilemme en matière de confidentialité. À propos de l'importante fréquence des règles renvoyant à une instance tierce indéterminée, on peut se demander si les sujets n'ont pas à la fois le souci de se référer à des règles édictées par des instances tierces auxquelles ils sont supposés se soumettre tout en se trouvant dans l'impossibilité d'en identifier précisément l'origine.

Examinons maintenant la fréquence des règles dans chaque groupe. On constate alors que les règles de type clinique sont plus nombreuses dans les deux groupes, mais qu'elles sont proportionnellement plus nombreuses dans le groupe I (61,1 %) que dans le groupe II (42,1 %). On observe

⁸ Telle que nous l'avons définie in fine, la catégorie (2) « niveau de cadre » (cf. *supra*) contient une septième modalité à savoir, mention implicite ou explicite du principe d'autonomie ou de bienfaisance (E). Une analyse plus fine permettra de différencier les énoncés-règles de type éthico-déontologique par opposition au type éthicoconséquentialiste.

Tableau 1
Fréquence des types de règles dans chaque *focus group* et pour les deux groupes réunis.

	Cadre juridique (L)	Cadre institutionnel (I)	Cadre clinique (C)	Cadre éthique (E)	Cadre édicté par une instance tierce indéterminée (JDI)	Cadre déontologique (D)	Cadre personnel (P)	N
Enoncés-règles	9	13	66	7	13	0	0	108
Groupe I	8,3 %	12 %	61,1 %	6,5 %	12 %	0 %	0 %	100 %
Enoncés-règles	8	6	51	25	31	0	0	121
Groupe II	6,6 %	5 %	42,1 %	20,7 %	25,6 %	0 %	0 %	100 %
N	17	19	117	32	44	0	0	229
	7,4 %	8,3 %	51 %	14 %	19,2 %	0 %	0 %	100 %

par ailleurs que les groupes ont tout deux recours – même si dans des proportions différentes – à des règles de type légal, institutionnel, éthique, ainsi qu’à des règles édictées par une instance tierce indéterminée.

La comparaison entre la fréquence des règles observée dans chaque groupe montre qu’il n’y a pas de différence entre les deux groupes pour les règles relevant du cadre juridique. En revanche, le groupe I mentionne plus fréquemment (61,1 %) que le groupe II (42,1 %) les règles relevant du cadre clinique, d’une part, et celles associées au cadre institutionnel, d’autre part (groupe I : 12 % ; groupe II : 5 %). Le groupe I fait en outre moins souvent appel aux règles suivantes : celles relevant du cadre éthique et celles qui sont édictées par une instance tierce indéterminée. Enfin, si l’on considère conjointement les règles du cadre clinique et celles du cadre éthique, on constate que leur fréquence est comparable dans les deux groupes (groupe I : 67,6 % ; groupe II : 62,8 %).

On constate donc que malgré les variations observées entre les fréquences de règles énoncées par les deux groupes de sujets, on retrouve globalement la distribution suivante, à savoir deux tiers de règles relevant des cadres éthico-clinique contre un tiers relevant des cadres édictés par une instance tierce.

Conformément à notre hypothèse, chacun des groupes à le plus souvent recours à des règles cliniques, tout en faisant appel à d’autres types de règles. Une tendance qui est par ailleurs renforcée si l’on considère conjointement les règles cliniques et les règles éthiques, étant donné que ces dernières constituent globalement deux tiers des énoncés-règles.

Examinons maintenant comment les différents types de règles sont mobilisées dans le discours des sujets pour appréhender la question de la confidentialité.

4.2. *Types de règles invoqués à la fois pour défendre le maintien et la levée de la confidentialité des données*

4.2.1. *Règles de type légal (L)*

Les règles de type légal font référence au cadre juridique qui circonscrit l’entretien clinique en milieu scolaire. C’est le cas notamment de l’exemple suivant en faveur du maintien de la confidentialité :

Exemple 1 (L₁) : Règle de type légal en faveur du maintien de la confidentialité⁹

mais c’est vrai que : moi je transmettrais jamais un dossier euh comme ça avec des notes euh qui retranscrivent ce que l’enfant m’a dit disons ça c’est sûr+ je crois pas qu’on soit- soit on soit-on soit tenu de le faire euh légalement parlant en tous cas j’ai pas compris comme ça (rire)

N : non

[II, 56–59, Agathe, logopédiste]

Dans cet extrait, Agathe, logopédiste, répond explicitement à la question posée dans la vignette. Elle s’exprime en faveur du possible retrait de notes qui contiendraient la retranscription des confidences de l’enfant. Pour justifier son point de vue, Agathe s’appuie sur le fait que rien ne l’oblige, à son sens, du point de vue légal, à transmettre le dossier de l’enfant tel quel aux parents, c’est-à-dire avec des notes qui « retranscrivent » les paroles de l’enfant. On remarquera toutefois

⁹ Il peut par ailleurs arriver qu’un même extrait comprenne plusieurs règles relevant de différents types de cadre qui peuvent parfois prôner à la fois le maintien et la levée de la confidentialité. Nous avons donc inscrit en caractères gras les éléments pertinents pour la discussion que nous entendons mener dans chaque section du texte.

que si Agathe se réfère ici explicitement à la loi, c'est davantage pour signifier sa liberté du point de vue légal que pour se référer précisément à un article juridique qui l'autoriserait à retirer les notes en question.

Dans l'exemple 2, les participants font état d'une possible obligation de levée de la confidentialité en se référant également au point de vue juridique :

Exemple 2 (L₂) : Règle de type légal en faveur de la levée de la confidentialité

ah moi il me semble quelque chose ah mais il me semble que qchose qu'il y a y a quelque chose d'important c'est aussi par rapport à la demande des parents de-de savoir POURQUOI ils veulent connaître les confidences d'Alice peut-être travailler aussi sur ça (éclaircissements de la voix) comment euh les parents respectent aussi les-les secrets de leur enfant ?+ c'est vrai que ben peut-être juridiquement on est obligé de-de donner toutes les informations mais euh pourquoi ces parents <ont> <qui ont> ? c'est quand même quelque chose de très intrusif de rentrer dans-dans les confidences de l'enfant de pas accepter justement que son enfant ait des secrets (éclaircissement de la voix)++

[II, 67-74, Didier psychologue]

La règle d'ordre juridique que formule Didier, psychologue, concerne le droit d'accès des parents au dossier de l'enfant. L'obligation de produire le dossier aux parents *dans son intégralité* est présentée comme un possible devoir incombant au professionnel sur le plan légal. Il est donc ici question du devoir de produire le dossier aux représentants légaux d'un enfant, alors même que les données qu'il contient sont par ailleurs soumises au secret professionnel dont pourrait se prévaloir l'enfant.

4.2.2. Règles de type institutionnel (I)

Les règles de type institutionnel font référence au cadre de l'entretien tel qu'il peut être défini par l'institution où travaillent les équipes pluridisciplinaires intervenant en milieu scolaire :

Exemple 3 (I₁) : Règle de type institutionnel en faveur du maintien de la confidentialité

Anim. : et dans cette situation pour euh :+ pour revenir un petit peu plus sur la question hein de+ dans la situation de la logopédiste est-ce que vous retiriez ((retireriez)) les notes qui sont dans le dossier+ ? Ou euh qu'est-ce que vous feriez dans cette situation ?+

N : [ben moi]

N : mais je crois

N : je [[retirerais les notes]]

N : [[moi je les]] enlèverais

Ludovic : mais je crois que ça a été dit hein je crois que ça a pas à figurer normalement ces notes ont- sont- n'ont pas- ne devraient pas euh être ne font pas partie du dossier en tout <cas> comme+ nous on nous l'a euh :-euh : défini notre dossier ne comprend pas les notes+

N : [personnelles] (chuchoté)

Ludovic : [euh :] personnelles en tout cas ce qui serait susceptible d'être vu par les parents++ donc la question dans ce sens-là on peut- on peut l'éviter! (rire)++

ALBI : ça c'est la question la plus facile je dirais même

N: *ben [ouais]*

N: *[oui] (mmhmmh)*

Albl: <de> pouvoir faire disparaître ces notes ce qui est plus difficile c'est de savoir quoi faire avec ce secret

[II, 175–195, Ludovic, psychomotricien]

Plusieurs professionnels répondent au dilemme proposé dans la vignette. Tous s'expriment en faveur du retrait des notes comprenant les confidences d'Alice. Toutefois certains (N), qui n'ont d'ailleurs pas pu être identifiés en raison de différents chevauchements des tours de parole, ne justifient pas leur propos. Ludovic, psychomotricien, est plus précis : tel qu'il a été « défini », le dossier ne comprend pas de telles notes qu'il qualifie ensuite de « personnelles ». Son propos se réfère à une consigne signifiée collectivement et impliquant pour les professionnels de distinguer clairement ce qui, du dossier, peut ou non être consulté par les parents du patient dans l'institution où il travaille.

Outre les règles de type institutionnel en faveur du *maintien* de la confidentialité, on trouve également dans le corpus des règles de même type prônant une possible *levée* de la confidentialité :

Exemple 4 (I₂) : Règle de type institutionnel en faveur de la levée de la confidentialité

Barbara: enfin moi où-où je travaillais avant c'est vrai que+ euh: on m'avait ((en))fin plutôt mise en garde par rapport à cette question de la confidentialité en disant mais+ « quand tu commences ton entretien euh dis surtout pas que+ tout va rester confidentiel et entre guillemets “secret” » parce que pour l'enfant+ si y a à un moment donné quelque chose qu'il faut-dont il faudra parler aux (toux)- aux parents on est un peu coincé avec cette euh en posant le cadre de la confidentialité+ dans l'entretien alors que: ouais ça serait plutôt de dire que+ si y a des choses qui nous semblent importantes euh+ à dire X à- aux parents que :-que: voilà on+ [-on devra en parler à]

HMIp: [XXXX on pourra en discuter] [[avec l'enfant]]

Barbara: [[voilà]]

HMIp: d'abord par exemple

Barbara: voilà mais qu'on devra en parler à un moment donné avec les parents

[I, 453–461, Barbara, psychologue]

Barbara, psychologue, évoque les consignes reçues au sujet du cadre de confidentialité régissant l'entretien telles qu'elles lui ont été transmises par ses collègues, là où elle travaillait « avant ». Son propos rapporte une consigne relevant de la pratique institutionnelle de l'équipe en question, consigne préconisant une confidentialité de type conditionnelle, par opposition à une confidentialité de type absolue. Telle que l'énonce Barbara, cette consigne souligne la trop grande contrainte que peut représenter, pour le professionnel, le fait de dire à l'enfant que « tout va rester confidentiel ». Posé de manière aussi contraignante, le cadre de confidentialité ne permet en effet pas d'évoquer certains points abordés par l'enfant avec les parents, ce qui est présenté ici comme restrictif. Barbara fait donc valoir une règle relevant de la pratique institutionnelle d'une équipe avec laquelle elle a collaboré pour rappeler la nécessité d'avertir d'emblée le patient des possibles limites de la confidentialité.

4.3. Types de règles invoqués uniquement pour défendre le maintien de la confidentialité des données

4.3.1. Règles de type clinique (C)

L'analyse du discours permet de rendre compte de règles de type clinique dont témoignent les professionnels interrogés pour justifier le maintien de la confidentialité. C'est le cas notamment de l'exemple suivant :

Exemple 5 (C₁) : Règle de type clinique en faveur du maintien de la confidentialité

Didier : on peut aussi travailler par rapport à : (éclaircissement de la voix) ce que l'enfant a+a dit. Et pis peut-être six mois après c'est l'enfant par lui-même qui va [pouvoir]

N : [ouais]

Didier : dire ces choses à ses parents donc c'est aussi un travail thérapeutique (mmhmmh) <euh> bon peut-être le fait ((d'être)) logopédiste je sais pas si : moi j'ai-j'ai plutôt le versant psychologie psychologique donc euh : ça me paraît+ clair qu'il faut garder aussi une partie de ce que l'enfant a dit ça fait partie de lui et puis c'- faut respecter sa parole [II, 146–155, Didier, psychologue]

Cet exemple montre que les professionnels s'appuient sur une règle de type clinique pour justifier le maintien de la confidentialité des confidences livrées par le patient. Dans son propos, Didier, psychologue, évoque explicitement une possible exploration du sens de la demande de confidentialité formulée par l'enfant. Il s'agit pour lui d'un travail qu'il qualifie ensuite de « thérapeutique ». Il ne précise toutefois pas s'il pense davantage à l'investigation du contenu de la confiance ou de la demande de confidentialité formulée par l'enfant, voire éventuellement aux deux. Pour Didier, ce type de travail « thérapeutique » pourrait même déboucher sur un élargissement de la communication entre l'enfant et ses parents.

4.3.2. Règles relevant d'une éthique de type éthico-déontologique

Un certain nombre de règles recensées dans notre corpus relève d'une éthique de type déontologique par opposition à une éthique de type conséquentialiste¹⁰. On trouve ainsi différents exemples de règles de type déontologique en faveur du respect de la confidentialité :

Exemple 6 (ED₁) : Règle de type éthico-déontologique en faveur du maintien de la confidentialité

mais moi j'ai (éclaircissement de la voix) pour règle de-de+ de ne- de lever le secret sur+ deux choses bien strictes+ est-ce qu'y a danger pour la personne elle-même ? ou est-ce qu'y a danger pour une autre ?+ donc je pense que si l'enfant ça dépend tout de la nature du secret qu'elle demande de garder+ si c'est un secret+ qui la mettrait en danger elle ou qui pourrait mettre en danger quelqu'un de son environnement alors je ne le garde pas+ et d'ailleurs je l'annonce comme ça aux adolescents par exemple avec qui ça risque le plus de-de se présenter mais sinon+ je crois qu'on doit euh respecter les paroles de l'enfant+ donc je-je me permettrais de retirer les notes+++

[II 15–23, Ludmilla, psychologue]

¹⁰ Cf. *supra* note 8.

À la fin de cet extrait, Ludmilla psychologue, s'appuie en définitive sur une règle – « respecter les paroles de l'enfant » – pour défendre l'idée selon laquelle le maintien de la confidentialité devrait primer. Cela signifie qu'elle estimerait justifié, en vertu de la règle en question, de retirer du dossier les notes comprenant les confidences de l'enfant avant que celui-ci ne soit consulté par les parents.

Ludmilla fait valoir le respect de la parole de l'enfant pour justifier le maintien de la confidentialité, en soulignant qu'on ne saurait s'y soustraire. En termes éthico-cliniques, on reconnaît dans cette règle la valorisation du principe d'autonomie, appliquée, dans ce contexte, à la rencontre clinique avec l'enfant dans une consultation scolaire.

4.4. *Types de règles invoqués uniquement pour prôner la possible levée de la confidentialité des données : règles relevant d'une éthique de type conséquentialiste*

Si un certain nombre de règles énoncées par les professionnels interrogés mettent l'accent sur l'importance de maintenir la confidentialité au sujet des confidences livrées pas l'enfant, d'autres soulignent au contraire la nécessité de lever la confidentialité, en s'appuyant sur une règle d'ordre éthicoconséquentialiste. On en trouve une illustration dans l'exemple 6.

Dans cet extrait – dont une partie vient d'être commentée – (cf. exemple 6 [ED₁]) Ludmilla, psychologue, se réfère tout d'abord au possible danger que pourrait entraîner le maintien de la confidentialité pour défendre l'idée selon laquelle la levée du secret s'impose, dans certains cas, au professionnel. Il s'agit des situations présentant un « danger », soit « pour la personne elle-même », soit « pour une autre », ce qui renvoie, pour Ludmilla, à la « nature du secret ».

Si le propos de Ludmilla relève d'une éthique de type conséquentialiste, c'est qu'il fait implicitement une large place au principe de bienfaisance. On est en effet bien loin du respect d'une règle qui serait posée a priori et ne souffrirait aucune exception, comme c'est le cas avec celles relevant d'une éthique de type déontologique et qui font du principe d'autonomie leur centre de gravité (cf. exemple 6 [ED₁]).

Dans l'exemple 7 (EQ₁), le droit au secret est au contraire restreint en fonction de la singularité d'une situation potentiellement nuisible (« si c'est un secret+ qui la mettrait en danger elle ou qui pourrait mettre en danger quelqu'un de son environnement alors je ne le garde pas+ »). Cet exemple montre que les soignants sont non seulement soumis au devoir de confidentialité, mais sont également tenus à viser le bien du patient en priorité, comme le soulignait déjà Hippocrate.

On remarquera par ailleurs qu'après avoir énoncé les possibles *exceptions* au devoir de confidentialité qui, selon elle, s'impose aux professionnels, Ludmilla évoque la règle générale qui est en vigueur à ce sujet et qui relève d'une éthique déontologique (« on doit euh respecter les paroles de l'enfant+ ») (cf. exemple 6 [ED₁]). Ce faisant, elle justifie au contraire le possible retrait des notes en question.

5. Discussion

Comme en témoigne la diversité des types de règles identifiés dans le discours des professionnels interrogés au sein de *focus groups*, les représentations qu'ils ont de la confidentialité semblent complexes. Notre analyse a permis de mettre en évidence que confrontés au dilemme présenté, les professionnels évoquent en effet cinq types de règles, à savoir de type légal, institutionnel, clinique et éthique, ainsi que celles édictées par une instance tierce indéterminée. Le fait que les professionnels fassent appel dans leur discours à un ensemble de règles différenciées indique que

la référence aux règles de type clinique, même si elle est la plus fréquente, ne suffit pas à soutenir leur choix en matière de confidentialité.

L'apparition de règles relevant d'un cadre non identifié a priori, à savoir les règles de type éthique, enrichit par ailleurs le modèle proposé. Cela permet en effet de souligner l'importance que les professionnels accordent aux principes d'autonomie et de bienfaisance dans leur discours. Le raisonnement que suppose la règle de type conséquentialiste – en l'occurrence en quoi le maintien du secret *en toute situation* pourrait éventuellement défavoriser le patient ou son entourage en termes de conséquences – est donc présent dans le discours des professionnels. Ils se permettent ainsi, sans doute sans le savoir, de signifier les possibles limites d'une position qui consisterait à considérer la souveraineté du patient comme absolue. Ils montrent par là l'intérêt du principe de bienfaisance d'une part, et les impasses auxquelles peut conduire un recours non nuancé au principe d'autonomie, d'autre part (Le Coz, 2008b).

Enfin, le fait que l'analyse du discours effectuée n'ait permis d'identifier que certaines des règles relevant des différents cadres définis a priori constitue par ailleurs un autre résultat important. Ainsi, l'absence de règles de type personnel dans le discours pose question. Concernant l'absence de règles de type *déontologique*, on peut se demander dans quelle mesure les codes de déontologie édictés par les associations professionnelles constituent des repères significatifs pour guider l'action des cliniciens en matière de confidentialité. Cette question s'impose d'autant plus que les codes de déontologie des associations professionnelles des psychologues, logopédistes et psychomotriciens interrogés comprennent des articles concernant le secret professionnel (Association romande des logopédistes diplômés, 2001 ; Association suisse des thérapeutes de la psychomotricité, 2005 ; Fédération suisse des psychologues, 2002).

Menées sur un corpus plus large, la suite des recherches devrait ainsi permettre de montrer si l'absence de règles de type déontologique ou personnel se confirme ou non.

Plusieurs résultats quantitatifs suscitent par ailleurs des questions : c'est le cas par exemple de l'imposante référence aux règles cliniques que l'on peut expliquer par le fait qu'elles sont sans doute les plus familières aux sujets et directement en lien avec leur pratique. Plus largement, on peut se demander si une question-vignette ne portant pas sur le même thème aurait entraîné la formulation d'autant de règles cliniques.

L'importante fréquence des références à des règles indéterminées questionne également : le flou dont témoigne ces énoncés-règles conduit à s'interroger sur l'information à disposition des professionnels en ce qui concerne le cadre légal, déontologique et institutionnel associé à la confidentialité en milieu scolaire. Si ce résultat devait se confirmer par la suite, cela permettrait d'engager une réflexion sur les conséquences possibles d'une telle situation en termes de responsabilité professionnelle.

Notre étude montre alors que la pratique en milieu scolaire est envisagée comme une activité renvoyant à différents cadres sur lesquels les professionnels s'appuient pour penser leur pratique. Même si les professionnels interrogés se réfèrent davantage à des règles qu'ils sont à même de fixer de manière *autonome* – les règles de type clinique et éthique – certaines règles en matière de confidentialité semblent, dans leur discours, échapper à leur autodétermination. Le caractère hétérogène du statut de ces différentes règles amène ainsi à souligner l'*hétéronomie* qui caractérise une part de l'activité professionnelle des cliniciens œuvrant en milieu scolaire.

Par cette intrication des cadre de références à la fois variés et complémentaires, mais parfois aussi contradictoire, on voit se dessiner une pratique professionnelle qui, loin de fonctionner en autarcie, fait au contraire référence à des pratiques relevant d'autres activités sociales, l'exercice du droit de la personne par exemple. La rencontre de ces autres activités au sein même de la pratique des professionnels en milieu scolaire et les tensions qu'elle engendre mériteraient d'ailleurs d'être

explorées dans la suite de nos travaux. On pourrait par exemple se demander dans quelle mesure les règles éthiques ou cliniques sont présentées comme entrant en conflit avec les règles légales, déontologiques ou institutionnelles énoncées par les professionnels.

Enfin, cette étude montre que les types de règles invoquées pour défendre le *maintien* de la confidentialité divergent en partie de ceux qui sont invoqués pour défendre la *levée* de la confidentialité. En effet, seules les règles de type légal et institutionnel sont invoquées pour défendre indifféremment les deux points de vue. La référence à des éléments juridiques ou institutionnels permet aux professionnels de souligner à la fois l'obligation de respecter le secret qui leur incombe et les conditions de levée de la confidentialité dans des situations bien précises.

Par ailleurs, lorsque les professionnels interrogés ont recours à des règles de type clinique, c'est uniquement pour justifier l'adoption d'une attitude prônant, à titre individuel, le respect du secret demandé par l'enfant. Ils soulignent ainsi leur volonté de travailler sous le sceau du secret, respectant en ce sens la demande explicite de l'enfant telle qu'elle est présentée dans la vignette, tout en faisant de celle-ci un objet d'investigation clinique. On peut toutefois se demander quelle serait la teneur d'une règle de type clinique allant dans le sens d'une possible levée de la confidentialité.

6. Conclusion

Abordant la question de la confidentialité de l'entretien clinique en milieu scolaire, nous avons été conduits à explorer, par le biais de discussions de groupes, les représentations des professionnels intervenant dans ce contexte, soit des psychologues, psychomotriciens et logopédistes. Nous nous sommes pour cela appuyés sur la notion de cadre, en lui conférant une valeur heuristique.

Rendre compte du référentiel complexe sur lequel s'appuient les professionnels interrogés conduit à confirmer une vision multidimensionnelle du cadre de l'entretien clinique en matière de confidentialité. Il en ressort en effet une vision complexe, qui permet de mettre en évidence un ensemble de règles bien différenciées, contribuant toutes à définir la confidentialité. Globalement plus fréquentes que les autres, les règles éthico-cliniques ne sont pas les seules présentes dans le discours des sujets. Ceux-ci se réfèrent par ailleurs également à des règles imposées de l'extérieur, renvoyant au cadre juridique, institutionnel ainsi qu'à des règles édictées par une instance tierce qui reste néanmoins indéterminée dans leur discours. L'étude permet en ce sens de montrer que le travail du clinicien se situe au carrefour de plusieurs activités sociales, ce qui implique la prise en compte du contexte au sein duquel se déroule la rencontre avec le patient. On souligne ainsi le caractère métisse de l'identité professionnelle du clinicien, par opposition à une vision monoculturelle, en l'occurrence réductrice.

Plusieurs questions se posent néanmoins en l'état actuel de cette recherche. Car si l'étude a le mérite de mettre en évidence la complexité du cadre de la rencontre clinique, elle laisse toutefois en suspens les contextes concrets dans lesquels les différents types de règles en question sont appliqués. Structurés autour d'une question-dilemme imaginaire, les *focus groups* présentent certes l'avantage de produire des discussions complexes ; de plus, il s'agit d'un dispositif privilégié pour effectuer des analyses de discours faisant ressortir le dynamisme des échanges. Reste que l'on est amené à se demander s'ils appliquent, dans la pratique, des règles aussi différenciées en matière de confidentialité que celles qu'ils énoncent en situation fictive. Telle qu'elle a été conçue, l'étude ne permet pas de le dire. Mais il serait bien sûr intéressant d'investiguer le terrain de la confidentialité en clinique de manière à pouvoir éclairer ces différentes questions.

À l'heure de l'informatisation des données personnelles concernant le patient et du secret partagé, tout effort pour penser et approfondir la question de la confidentialité comme de sa place dans la pratique paraît en effet bienvenue. Cela semble d'autant plus vrai que la confidentialité est d'abord une dimension transversale du travail, quelle que soit l'orientation théorique du clinicien.

On peut d'ailleurs se demander à ce propos s'il ne conviendrait pas de considérer la confidentialité en soi comme l'une des règles participant à définir le cadre de l'entretien clinique tel que le conçoit Gilliéron (1996). Conférer à la confidentialité le statut de *métarègle*, pour souligner son caractère transversal, constitue sans doute une piste, voire même une clé, qui permettrait de mettre en évidence l'importance de son rôle dans la rencontre clinique, à côté des règles et du dispositif spécifiques à telle ou telle orientation théorico-clinique. Reste à savoir si une telle proposition permettra de fédérer ou non les cliniciens d'obédiences différentes !

Conflit d'intérêt

Aucun.

Références

- Association romande des logopédistes diplômés, 2001. Code de déontologie. <http://www.arld.ch/doc/Documentation/Code.pdf>.
- Association suisse des thérapeutes de la psychomotricité, 2005. Code de déontologie. http://www.astp.ch/fileadmin/doc/verb.oeff/verb.oeff_f/Code_deontologie_f.050521.pdf.
- Ayer, A., 2001. Le secret professionnel du psychologue : aspects juridiques. *Actualités Psychologiques* 10, 10–20.
- Ayer, A., 2003. Secret et protection des données à l'école. *Plaidoyer* 6, 54–59.
- Bardin, L., 2003. L'analyse de contenu et de la forme des communications. In: Moscovici, S., Buschini, F. (Eds.), *Les méthodes des sciences humaines*. PUF, Paris, pp. 243–270.
- Beauchamp, T.L., Childress, J.F., 2008. *Les principes de l'éthique biomédicale*. Les Belles Lettres, Paris (Édition originale, 1979).
- Billier, J.C., 2010. *Introduction à l'éthique*. PUF, Paris.
- Bleger, J., 1967. Psycho-analysis of the psycho-analytic frame. *International Journal of Psycho-Analysis* 48, 511–519.
- Bobet, R., 2007. Éthique et droits de la personne. In: Bourguignon, O. (Ed.), *Éthique et pratique psychologique*. Mardaga, Paris, pp. 35–62.
- Bourguignon, O., 2007. *Éthique et pratique psychologique*. Mardaga, Paris (Dir).
- Donnet, J.L., 1995. *Le divan bien tempéré*. PUF, Paris.
- Eglin, M., 2008. Secret partagé en protection de l'enfance. Le point sur leur régime juridique depuis les deux lois du 5 mars 2007. *Enfance & Psy* 39, 65–75.
- De Maximy, M., 2008. Le secret partagé : enjeux. In: *L'éthique au risque de la transparence. Éthique et pratiques*. Actes du colloque. EPS Erasme/Fondation des étudiants de France, Issy-les-Moulineaux, pp. 89–95.
- Fédération suisse des psychologues, 2002. Code déontologique de la FSP. <http://www.psychologie.ch/fsp/dok/f-cd.html>.
- Furlong, A., 2005a. Cadre et confidentialité. *Filigrane* 14 (2), 62–76.
- Furlong, A., 2005b. Confidentiality with respect to third parties: a psychoanalytic view. *International Journal of Psychoanalysis* 86, 375–394.
- Gilliéron, E., 1996. *Le premier entretien en psychothérapie*. Dunod, Paris (2^e éd. rev. augm.).
- Green, A., 2000. Le cadre psychanalytique : son intériorisation chez l'analyste et son application dans la pratique. In: Green, A., Kernberg, O. (Eds.), *L'avenir d'une désillusion*. PUF, Paris, pp. 11–46.
- Grossen, M., Salazar Orvig, A., 2007. Élaboration de la notion de confiance et secret médical dans des *focus groups*. *Interaccões* 3 (6), 32–64.
- Guillod, O., 1996. Le secret médical aujourd'hui. In: *Le secret : éthique transparence et confidentialité*, vol. 1. Cahiers ERIE–Université de Lausanne, Lausanne, pp. 49–67.
- Guillod, O., 1998. Le droit médical : quelques (r)évolutions récentes. In: Bertrand, D., Harding, T.W., Mandofia Berney, M., Ummel, M. (Eds.), *Médecin et droit médical : présentation et résolution de situations médico-légales*. Médecine et Hygiène, Genève, pp. 22–36.

Pour citer cet article : Gilbert, M., Cadre et confidentialité de l'entretien clinique en psychologie scolaire : quelles représentations chez les professionnels ? Une recherche qualitative exploratoire. *Pratiques psychologiques* (2011), doi:10.1016/j.prps.2010.11.002

- Jonas, C., 2008. Dossier médical et secret professionnel dans les soins aux mineurs. *Enfance & Psy* 39, 76–87.
- Le Coz, P., 2008a. La volonté de savoir : à propos du projet de dossier médical personnel. In: Mattei, J.F. (Ed.), *Questions d'éthique biomédicale*. Flammarion, Paris, pp. 76–83.
- Le Coz, P., 2008b. Les principes éthiques reconnus à l'échelle internationale. In: *L'éthique au risque de la transparence. Éthique et pratiques. Actes du colloque*. EPS Erasme/Fondation des étudiants de France, Issy-les-Moulineaux, pp. 24–32.
- Levin, C., Furlong, A., O'Neil, M.K., 2003. Confidentiality: ethical perspectives and clinical dilemmas. The Analytic Press, Hillsdale, NJ. London.
- Marková, I., 2003. Les *focus groups*. In: Moscovici, S., Buschini, F. (Eds.), *Les méthodes des sciences humaines*. PUF, Paris, pp. 221–242.
- Marková, I., 2004. Langage et communication en psychologie sociale : dialoguer dans les *focus groups*. *Bulletin de Psychologie* 471 (57), 3, 231–236.
- Marková, I., Moodie, E., Plichtová, J., 2000. Democracy as a social representation. In: Chaib, M., Orfali, B. (Eds.), *Social representations and communicative processes*. Jönköping University Press, Jönköping, pp. 156–176.
- Marková, I., Linell, P., Grossen, M., Salazar Orvig, A., 2007. Dialogue in focus groups: exploring socially shared knowledge, Equinox, London.
- Mauron, A., 1999. Les fondements éthiques du droit médical. In: Bertrand, D., Harding, T.W., Mandofia Berney, M., Ummel, M. (Eds.), *Médecin et droit médical : présentation et résolution de situations médico-légales, Médecine et Hygiène, Chêne-Bourg*, pp. 359–368.
- Ricoeur, P., 1990. *Soi-même comme un autre*. Seuil, Paris.
- Ricoeur, P., 1996. Les trois niveaux du jugement médical. *Esprit* 227, 21–33.
- Roussillon, R., 1995. *Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique*. PUF, Paris.
- Salazar Orvig, A., Grossen, M., 2004. Représentations sociales et analyse de discours produit dans des *focus groups* : un point de vue dialogique. *Bulletin de Psychologie* 57 (3), 471, 263–272.
- Société française de psychologie, 1996. Code de déontologie des psychologues praticiens. <http://www.sfpsy.org/Code-de-deontologie-des.html>.
- Vacher Neill, N., Vincent, L., Siméon, G., 2008. Pour un secret partagé bien tempéré. In: *L'éthique au risque de la transparence. Éthique et pratiques. Actes du colloque* . EPS Erasme/Fondation des étudiants de France, Issy-les-Moulineaux, pp. 70–75.