

« Le secret est une dimension politique de la thérapie »

Vinciane DESPRET

Psychologue, Docteur en Philosophie,
Auteur de « Ces émotions qui nous fabriquent »

Je voudrais vous parler aujourd'hui en profitant d'une dimension de ma pratique de philosophe qui me semble très proche de ce que produisent les pratiques de concertation. Ces deux pratiques ont ceci en commun : ce sont des pratiques qui font bégayer. Si le philosophe fait bien son travail, il se trouvera dans un étrange concert avec ceux à qui il s'adresse : un concert de bégaiement. Ce qu'on s'apprête à vite dire, parce que c'est ce qu'on a l'habitude penser, parce que cela appartient au vieux fonds d'évidences, ce qu'on s'apprête à proposer pour clôturer la question, va devenir tout-à-coup beaucoup plus hésitant, embarrassé, bégayant. On apprend à penser à l'envers, à se mettre aux limites où ce qu'on pensait ne vaut plus de la même manière. Ce que j'ai pu suivre des intervenants créant et pensant les pratiques de concertation à leurs débuts m'a semblé proche de ce que mon métier exige de moi, quoiqu'ils le fassent dans l'expérimentation concrète : ils apprennent à penser aux limites ; à penser où c'est risqué, à déstabiliser ce qui était acquis. « On pensait que... » demande tout à coup un ralentissement, un embarras, un conflit, une controverse. Et ils l'apprennent dans la retenue et l'abstention, ce qui est le mécanisme même du bégaiement. C'est important, et cela aussi nous rapproche : créer du bégaiement, cultiver le bégaiement implique certains renoncements. Et le plus important de ces renoncements est celui que connaissent tous ceux qui se trouvent face aux bègues : il faut d'abord apprendre à renoncer à cette tentation de finir les phrases à leur place. Ce sont des pratiques, qui, me semble-t-il, parce qu'elles explorent les lieux où l'on bégaye, cherchent les ferments de crise. Et elles le font dans le risque, dans ce qui remet en question la définition même de leur compétence.

Je vais utiliser cette étrange proximité de la pratique de ceux qui m'invitent avec ce que j'essaye de faire dans mon propre travail, pour accompagner ce qui, dans ces pratiques, a fait bégayer et fait toujours bégayer. J'ai choisi un de ces ferments de crise les plus difficiles : le secret. Le secret a toujours fait taire ; il a toujours fait parler aussi : nous allons explorer comment il peut faire bégayer.

La question du secret sera au centre, comme ferment de crise ; mais elle ne l'est que parce que d'autres choses sont également mises en crise, objets de transformations, sujets ou vecteurs de résistance. Si vous parlez du secret dans les pratiques du soin, si vous interrogez son rôle, vous découvrirez qu'il est intimement articulé à bien d'autres dimensions de nos pratiques, et qu'il a favorisé leur organisation, qu'il en a accompagné les choix théoriques. Parler du secret, c'est parler de ce qu'il tait ; mais c'est aussi parler de ce qu'il organise et de ce qui l'organise. C'est aussi parler de ce qu'il peut mettre en crise quand on se surprend à bégayer à son sujet.

Avant de chercher comment ces pratiques mettent le secret en crise, c'est-à-dire ne peuvent plus le considérer comme une solution qui clôture le problème, mais comme un problème qui fait bégayer, je voudrais aborder deux points. D'abord, je propose

que nous envisagions quel a été le rôle important du secret dans notre tradition de l'aide et du soin. Ce secret a longtemps été constitutif de nos pratiques. Je veux dire constitutif en deux sens : il correspond à une série de règles (le secret professionnel) qui peuvent être questionnées, chacune en particulier (par exemple en précisant des exceptions à la règle du secret, comme dans le devoir de dénonciation), mais dont le principe même reste difficilement questionnable. Il fera partie en quelque sorte de réflexes qui font le professionnel. Mais le secret est également constitutif dans un autre sens : dans le sens où le secret définit aussi, d'une certaine manière, le lieu même d'expertise, ce sur quoi l'on travaille, la manière même dont les troubles peuvent se formuler. Commençons par un exemple tiré de notre histoire, qui me semble montrer comment secret et thérapie ont noué, au cours de cette histoire, des liens serrés.

En 1890, un homme, que l'on appellera Achille, se présente à la consultation de la Salpêtrière. Il est envoyé par le médecin de la petite ville de province dans laquelle il vit et exerce le métier d'homme d'affaire. Charcot le reçoit et le confie rapidement au psychiatre bien connu Pierre Janet. Achille présente tous les symptômes de la possession diabolique : il se trouve dans un état d'agitation furieuse, profère des blasphèmes, parle tantôt avec la voix du diable, tantôt avec la sienne propre. L'anamnèse révèle que les symptômes ont éclaté soudainement six mois auparavant, après que le patient fut rentré d'un court voyage d'affaires. Au cours de l'hypnose qui est pratiquée, Achille révèle que pendant ce voyage d'affaires, il avait été infidèle à sa femme, avait ensuite essayé d'oublier cet incident mais avait été envahi par la culpabilité et la peur d'être damné ; c'est alors, que, d'un coup, il avait été possédé par le démon. La révélation de ce secret, explique Henri Ellenberger¹, dans son article sur les secrets pathogènes, conduira lentement Achille vers la guérison.

En quoi ce cas nous intéresse-t-il aujourd'hui ? Bien sûr, nous abordons de front la thématique que j'avais choisie de partager avec vous : le secret. Le cas d'Achille peut sembler exemplaire de la singulière fonction du secret dans notre tradition. Certes, une analyse un peu rapide nous ferait penser que le secret peut rendre malade : il fait en fait beaucoup plus que cela : le secret guérit. Il n'est pas tellement important en ce qu'il cache quelque chose : il est dans sa fonction de révélation. Et ce cas nous situe exactement au croisement des thématiques qui ont présidé à l'élaboration des actes du soin, dans notre tradition. Ce cas nous raconte une part de notre histoire et nous permet d'en interroger les fondements. D'abord, comme le souligne Ellenberger, le travail de Janet illustre bien le profond enracinement des pratiques thérapeutiques avec les pratiques de la confession.

Le philosophe Michel Foucault a particulièrement montré comment cet héritage a pu se transmettre des prêtres aux médecins. L'Etat moderne, explique-t-il, a intégré, sous une forme politique nouvelle, une vieille technique de pouvoir qui était née dans les institutions chrétiennes. Foucault appelle ce pouvoir le Pouvoir pastoral. On peut, pour illustrer ce prolongement, retrouver deux caractéristiques de ce pouvoir pastoral. D'une part, il se soucie du salut, et du salut d'individus singuliers, durant toute leur vie. Ensuite, explique Foucault, cette forme de pouvoir ne peut s'exercer sans connaître ce qui se passe dans la tête des gens, sans explorer leur âme, sans

¹ (1995) *Les Médecines de l'âme*, Paris, Fayard

les forcer à révéler leurs secrets les plus intimes. Elle implique une connaissance de la conscience et une aptitude à la diriger. Toujours selon Foucault, les formes de ce pouvoir se sont laïcisées, et transformées, tout en gardant les mêmes mécanismes : Le salut devient le salut ici-bas : la santé, la sécurité, la protection contre les accidents. Il y a un changement de mains : ce n'est plus l'église qui assure le pouvoir mais les institutions. Le pouvoir pastoral s'est de ce fait étendu à une foule d'institutions (aujourd'hui les centres de guidance, les services de protection de la jeunesse, de santé, de prévention, les écoles, etc.). La forme de cette laïcisation, dans le cas que je citais en exemple, le cas d'Achille prendra une forme particulière : elle s'inscrit dans les mécanismes de pensée propres à ceux qui en héritent, c'est-à-dire dans les schémas de la causalité. Le mal doit avoir une cause, il s'agit de la révéler. L'acte de guérison se subordonne à l'acte de la révélation de la vérité des causes. A propos de cause, on remarquera d'ailleurs que Achille va métamorphoser son trouble conformément à la théorie de celui qui le soigne : en effet, devant un cas de possession démoniaque, Janet ne va pas chercher le démon coupable, ce qu'on ferait dans d'autres traditions, il ne va pas en appeler à un exorciste (qui est peut-être déjà passé avant lui mais n'a rien pu faire) : il va chercher le démon dans ce qu'il considère la véritable cause : la vérité cachée du sujet. Il va traduire autrement la proposition du patient (je suis possédé par une entité extérieure qui agit de l'extérieur) : il va mettre le problème à l'intérieur du patient. Il traduit de ce fait une des habitudes les plus fortement ancrées, et les plus originales de notre tradition (habitude qui est très liée à la grande valeur que nous accordons à la responsabilité individuelle) : l'habitude de chercher la cause à l'intérieur du sujet. Nos dispositifs se sont donc constitué comme des dispositifs créateurs d'intériorité. On cherche les causes à l'intérieur du sujet : les dispositifs sont donc bien attachés d'une part à la révélation de causes en termes de vérité, causes d'autant plus pertinentes qu'elles étaient cachées, donc à révéler (et nous renouons avec l'idée très occidentale, d'origine religieuse, que la vérité est un mode privilégié de guérison). Cette tendance se renforce, dans la version laïque et médicale qui croise cette conception et la prolonge, d'une part dans modèle de la purge et de la saignée (on parle aussi de crever l'abcès en parlant des problèmes) ; d'autre part, dans les modèles qui cherchent les causes pour trouver les solutions.

Ce modèle de révélation de vérité, de recherche des causes, et surtout de recherche des causes à l'intérieur du sujet a connu des ferments de crise. Ce sont d'ailleurs ces ferments de crise qui rendent compte que de nombreuses pratiques thérapeutiques, en ce compris la psychanalyse, envisagent aujourd'hui leur travail d'une toute autre manière.

On peut aussi considérer, comme le proposent certains historiens des pratiques cliniques, que l'invention de la thérapie familiale était une manière de résister à l'intériorisation des causes, puisqu'elle éclatait la sphère de l'intimité individuelle. La question qui serait alors intéressante à adresser à son histoire serait celle qui explore la façon dont les thérapeutes ont envisagé le secret : a-t-il simplement été aménagé ? A-t-il fait bégayer ? Comment le lien entre secret et intimité s'es-il reconstruit face à la redéfinition de l'espace intime ?

Ce bégayement face à l'intimité ne s'est pas seulement produit au départ de l'ouverture des pratiques. Témoigne de ce que les choses changent, le malaise croissant qui a accompagné, au cours de ces dernières décennies, la présentation

des cas, en psychiatrie, ou en psychologie, lorsque des patients étaient présentés face à des auditoires d'étudiants. Ce qui fut autrefois, il n'y a pas longtemps, une pratique in-questionnable, est devenu aujourd'hui très discutable, et source de malaise. On imagine d'ailleurs mal aujourd'hui se reproduire les spectaculaires démonstrations des malades de Charcot à la Salpêtrière. Ce malaise me paraît tout à fait analogue au bégaiement : ce qu'on a pendant longtemps vu sans frémir et sans se poser de questions devient sujet de doute, de résistance, de questions. Ceci nous indique que ce malaise vis-à-vis de ces pratiques médico-pédagogiques n'était pas uniquement provoqué par l'exhibition : il me semble avoir une autre signification. Il touche à la manière dont s'organise ce qui se montre et ce qui se cache. Et c'est là, je pense, que nous pourrions trouver une autre signification du secret : Le secret organise ce qui se montre et ce qui se cache.

Une des critiques que l'on fit à la psychiatrie, telle qu'elle est organisée, en montre les enjeux, et c'est à celle-ci que je nous propose de nous attacher.

Certains critiques ont en effet commencé à observer que le secret n'était pas seulement un enjeu déontologique protégeant le patient, mais qu'il protégeait aussi le thérapeute. Je ne sais pas si cette critique est tout à fait pertinente, et je vous avoue que les résistances qu'elle suscite me rendent perplexe. Je ne sais pas non plus si c'est à elle qu'il faut se référer pour comprendre la transformation des pratiques, si cette critique a vraiment constitué le ferment de crise. Ce sera à vous d'y répondre. Mais elle me permettra, à moi, de proposer une autre définition du secret.

Le secret, si on doit résumer cette critique, protège surtout le thérapeute : le secret confère à la fois de la légitimité à sa pratique, et surtout, et c'est là le point fort de la critique, de la légitimité à ne pas rendre des comptes. Evidemment, vous me direz qu'on ne sait plus très bien de quel secret on parle : celui qui lie le thérapeute face à son patient, comme le faisait celui de la confession ou du médecin, ou celui que le patient vient révéler, en répondant à cette dimension de la pratique thérapeutique qui convie à parler de choses intimes. (Je vous rappellerai en passant ce qui passera pour anecdotique, mais qui me paraît utile de mentionner : le secret de la confession ne s'est jamais imposé au confesseur seul. En effet, dans les règles de la confession, il est clairement énoncé que le confessé lui-même est tenu au secret : si quelqu'un l'a aidé à commettre un péché ou un crime, il ne peut en aucun cas en dévoiler le nom. Donc en parlant du secret de la confession, on peut aussi se demander du secret de qui on parle)

Mais s'il y a donc bien de part et d'autre une forme d'exigence du secret, au sein même de la confession, on parlera toujours du même secret, les deux formes sont bien liées : elles se définissent dans le registre de ce qu'on doit s'abstenir de dire.

Ce n'est pas de cette manière que l'exigence de secret se distribue dans la thérapie. Il y a deux exigences du secret : une qui pèse sur le professionnel, et une qui pèse sur le patient. La première se définit bien dans le registre de ce qu'il faut s'abstenir de dire ou de répéter, ou de dire à n'importe qui, pour être plus précis, la seconde se définit dans un registre plus compliqué. L'exigence du secret qui se propose au patient ne revient pas, comme dans la confession, à une exigence de taire : au contraire, c'est une exigence de partager, et donc de faire exister, des choses secrètes. L'exigence du secret est l'exigence de créer quelque chose qui puisse

devenir secret, et qui dès lors, l'aura toujours été. L'exigence du secret est dès lors créatrice d'une forme d'intimité. Elle est productrice d'intériorité.

Comment, une fois que ceci est posé, l'exigence du secret a-t-il pu faire l'objet d'une critique ? Il y a en fait deux courants de critiques, qui peuvent se croiser. Le premier touche à cet aspect de production d'intériorité, le second au fait que le secret protégeait d'abord le thérapeute.

Pour comprendre la première critique, il nous faut d'abord saisir les enjeux de l'histoire : l'enjeu repose sur le fait que les pratiques, et les théories, fabriquent les manières de tomber malade. On a donc une inversion des schémas habituels : les modes de guérison ne sont pas la simple conséquence des modalités des troubles : non, dans une culture donnée, les personnes vont présenter des troubles en fonction des réponses qui sont proposées à ces troubles. On peut, avec ce modèle, rendre compte à la fois des variétés culturelles des désordres, ainsi que des transformations, au cours de notre histoire, de nos propres désordres : la disparition de l'hystérie, avec la disparition de thérapeutes que cela intéressait, l'émergence de personnalités multiples dans les années 1980 ; ou encore l'épidémie de dépression sous l'influence de l'arrivée massive des antidépresseurs dans les cabinets des médecins généralistes. Si le secret n'est pas une simple règle déontologique, mais un véritable enjeu théorique et pratique, une exigence qui à la fois s'impose au patient (révéler l'intimité) et au thérapeute (confirmant que ce qui a été révélé est bien de l'ordre de l'intimité, garantissant la production de cette intimité) alors il participe à la manière dont les patients font l'expérience des troubles.

On peut prendre un exemple assez éclairant de la manière dont les pratiques sont constructrices dans l'analyse que Robert Barrett fait de la schizophrénie². Ceci nous éloigne pour un temps du secret, mais nous permettra d'annoncer la seconde critique. En étudiant, comme anthropologue, la manière dont les pratiques s'organisent dans un hôpital psychiatrique australien, Barrett en est arrivé à cette conclusion que vous présentez parfois dans votre pratique : la manière dont les pratiques s'organisent peuvent trouver des répondants isomorphiques dans la manière dont les gens se « désorganisent », je veux dire, dans la manière dont les gens vont « organiser » leur symptôme. Ainsi, explique-t-il, certains processus de fabrication d'un « cas » de schizophrénie, de la manière dont les intervenants organisent leur travail de façon morcelée et très segmentée pourraient rendre compte de l'expérience de clivage, de morcellement ou de désintégration de certains schizophrènes. On pourrait dire, en caricaturant son analyse, que les interventions fabriquent aussi le schizophrène.

Un raisonnement analogue pourrait être tenu à propos de chacune des pratiques, dans la mesure où, d'une certaine manière, elles vont organiser la désorganisation. Ce qui, en soi, ne peut faire l'objet d'aucune critique. Mais la critique advient, notamment, lorsque des thérapeutes sont confrontés à d'autres cultures, et imposent leur mode d'organisation sans se préoccuper de la manière dont cette proposition d'organisation peut faire violence. Le cas du plus célèbre spécialiste de la psychiatrie transculturelle, Arthur Kleinman, est exemplaire à ce sujet.

² (1998) *La Traite des fous. La construction sociale de la schizophrénie*. Paris : Les Empêcheurs de penser en rond.

« J'ai souvent, écrit-il, été exaspéré et impuissant en essayant d'aider des patients chinois à parler de leurs émotions dysphoriques. Les patients qui m'ont dit qu'ils se sentaient déprimés, anxieux ou angoissés, par exemple, ne semblaient pas pouvoir aller au-delà du fait de nommer le sentiment. (...). Ils ne pourront pas élaborer dessus les caractéristiques intra-psychiques et affirment qu'ils ne peuvent penser en ces termes. Ils paraissent manquer d'une terminologie fine pour exprimer ce qu'ils ressentent (...) Un aspect important de la psychothérapie avec de tels patients est de leur enseigner un langage pour communiquer leurs expériences intra-psychiques »³.

Certes, cette recherche de l'intimité, des causes profondes, ce goût prononcé pour les biographies et la révélation du noyau intime comme procédure de guérison s'enracine dans notre tradition de l'âme. Si on peut la contester lorsqu'elle s'exporte, on ne peut pas oublier qu'elle est donc tout à fait cohérente avec notre ethnopsychologie ; elle traduit aussi ce qu'ont montré les travaux de Foucault, et notamment les liens historiques entre les pratiques de la confession et celles des thérapies. Chercher dans les profondeurs les sources du mal s'enracine donc bien à la fois dans notre conception de la personne et de la psyché, dans l'idée que la vérité est salvatrice, et que la vérité ou la réalité de l'être est toujours enfouie au plus profond.

Mais cette critique, pourrait-on dire, ne concerne finalement que quelques cas isolés, ceux de l'exportation de nos modèles, elle ne nous concerne pas vraiment, puisque ce type de thérapie correspond bien à la manière dont nous, Occidentaux, pouvons organiser la désorganisation. Or, la critique est venue au sein de nos pratiques elles-mêmes. D'une part, cette critique remarquait que c'est à une certaine catégorie de gens que ce type de thérapie peut se proposer. Ensuite, je ne m'étendrai pas sur ces aspects, elle a insisté sur le fait que les thérapies fondées sur le secret et la création de l'intimité négligeaient une part importante de la vie des gens, et ne prenaient pas en compte tout ce qui les attache à leurs collectifs d'appartenance. La thérapie, de ce fait, et toujours selon cette critique, détache, désarticule les gens.

Je laisserai de côté ces critiques pour me focaliser sur le second courant que j'annonçais : celui qui invoque le fait que le secret protège surtout le thérapeute. Je précise ici que cette critique devra être nuancée en considérant le fait qu'elle s'est inscrite dans le grand jeu des rivalités entre pratiques. Mais elle m'intéresse parce qu'elle rend particulièrement lisible une fonction du secret, en insistant sur le fait que le secret organise ce qui se montre et ce qui se cache, et qu'il peut de ce fait devenir un enjeu de pouvoir. Je reprends à partir d'ici l'analyse de Robert Barrett.

En observant la manière dont les psychiatres travaillent dans l'institution, Barrett remarque que nombre de thérapeutes encouragent parfois de manière ouverte, parfois de manière moins explicites leurs patients à rendre compte de leur détresse dans des termes psychologiques plutôt que somatiques ou contextuels (on retrouve ce que nous notions chez Kleinman). Dès lors, continue-t-il, ils vont être partie prenante de la manière dont les patients qui viennent exposer des plaintes de mal être vont donner une certaine forme à ce mal être. Cette habitude est tellement ancrée qu'il pourrait paraître aberrant aux thérapeutes de procéder autrement. Mais

³ Kleinman A. (1981) Patients and Healers in the context of culture : an exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry. Berkeley : University of California press.

d'autres enjeux vont concourir à privilégier cette version singulière de notre tradition. Les pratiques de soin, explique-t-il, sont aussi déterminées par la volonté de chaque profession d'affirmer son autonomie, et donc sa spécificité par rapport aux autres. Or, dit-il, la manière dont sont construits les dispositifs thérapeutiques des psychiatres qu'il observe à l'hôpital, cette manière même participe également de cette procédure d'autonomisation professionnelle, et elle influence à la fois la théorie des causes et même l'expérience des symptômes : la procédure, dès lors, participe activement à la constitution de la forme même du trouble.

Je le cite : « *L'étiquette de l'entretien— la mise à l'aise du patient, la sobre attitude d'intérêt pour lui, les questions ouvertes, l'établissement d'un contrat de confiance a pour but de révéler les symptômes mentaux profonds. En termes cliniques, une évaluation complète est connue sous le nom « d'entretien en profondeur ». Elle est censée « toucher » les émotions les plus enfouies ou les plus profondes. On dit alors du clinicien qu'il « découvre », « fait sortir » ou permet au patient de « vider son sac » » (...) *Emergent alors les pensées, les sentiments ou les idées fixes « sous-jacentes » que le patient a recouvertes ou qui ont été « profondément enfouis »* (p. 61). Il continue plus loin en montrant que les psychiatres montrent un intérêt particulier pour l'information jamais divulguée encore, et que l'intimité de la salle de consultation encourage ces révélations. Ceci génère une histoire de cas constituée en grande partie de secrets personnels. Or, dit Barrett, cette exploration des profondeurs et des régions intimes est le site premier du savoir du psychiatre. Et ceci lui assure à la fois une bonne part de son pouvoir hégémonique sur les cas, et son autonomie professionnelle. Pourquoi ? Pour le dire vite, d'abord parce qu'ayant affaire au noyau de la personne, à ce qui est le plus intime et donc, dans notre tradition, le plus réel, le psychiatre assure de ce fait une connaissance du cas que nul ne pourra contester, et qui aura toujours autorité sur les autres définitions (comportementales des infirmiers ou des psychologues ; contextuelles des travailleurs sociaux) . De ce fait, le secret devient ce qui permet au psychiatre de revendiquer sa légitimité et sa spécificité, c'est-à-dire l'autonomie de sa profession dans une organisation faite de multiples intervenants participant tous à la construction des « cas ». Il a affaire à ce qu'il y a de plus réel, de plus profond dans la personne ; mais en même temps, ce à quoi il a affaire devient aussi ce qu'il peut décider ou non de partager avec le reste de l'équipe. En outre, toujours selon Barrett, ce qui sera objet du savoir du psychiatre, donc l'intimité et le secret, sera le site de ce qu'on appelle un savoir « indéterminé ». Ce qu'on appelle un savoir indéterminé est un savoir qui « ne peut s'apprendre dans les livres ». Il est le résultat de l'expérience, sur de longues périodes de temps. Or, le savoir indéterminé s'oppose à ce qu'on appelle le « savoir technique ». Ce dernier est transmissible, public, et peut être posé sous la forme d'un code rationnel, formulé avec précision, et donc susceptible d'être ouvertement communiqué aux étudiants et même aux personnes extérieures à la profession. La formulation d'un savoir spécialisé sous la forme de règles et de prescriptions a pour conséquence que la compétence d'une profession devient un savoir accessible aux personnes extérieures, ouvrant ainsi la profession à un contrôle externe. Et c'est là l'enjeu d'un savoir fondé sur la pratique de l'intime et du secret : c'est un savoir privé, en quelque sorte, qui ne peut se formuler de manière explicite, et qui, dès lors et toujours selon Barrett, donne une garantie d'autonomie au professionnel par rapport à un contrôle externe, par rapport au fait de devoir rendre des comptes.*

Le secret dès lors organise non seulement ce qui est public et privé chez le patient ; mais il produit la même organisation dans la pratique du professionnel ! L'espace privé construit par le patient en thérapie construit l'espace privé du professionnel dans l'organisation des professions.

On pourrait maintenant reprendre les fils que nous avons tissés au cours de notre cheminement : d'abord, on pourra dire du secret qu'il pèse d'une certaine manière sur le patient. Il induit non pas du silence, non pas qu'il se taise, mais qu'il dise ce qui a été tu, voire qu'il dise ce qui devient secret du fait d'être pensé, expérimenté et énoncé comme tel ; donc qu'il fasse exister du secret.

Si tel est le cas, on est en train de bouleverser le rapport entre secret et intimité, ce qui fait bégayer ce rapport : ce n'est pas tant l'intimité qui crée le secret, c'est surtout le secret qui fabrique de l'intimité. Que veut dire dans ce cas l'intimité ? Au moins deux choses : l'expérience de l'intériorité, mais aussi l'expérience de la séparation entre ce qui est intérieur, privé, et de ce qui devient extérieur, public.

Alors quel est le rôle du secret qui produit de l'intimité ? Quel est également son rôle dans l'organisation des professions, si on adhère quelque peu à la critique ? Le secret dans ce cas va prendre le sens qu'il a étymologiquement.

Et cette étymologie du secret mérite que nous nous y arrêtions dans la mesure où ce qu'elle nous apprend nous donne une définition beaucoup plus intéressante, beaucoup plus opérationnelle du secret. En effet, l'étymologie nous apprend que le secret vient en fait de *secretus*, qui veut dire à l'origine non pas « caché », mais « séparé, isolé, distinct » (d'où le terme mettre au secret, mettre à l'écart). Ce terme vient lui-même d'une forme passive du verbe *secenere* qui signifie « écarter, séparer, rejeter ». Les sécrétions viennent de la même racine et désignent non pas, comme je le pensais, ce qui vient de l'intérieur, mais « ce qui se sépare ».

Le secret, dès lors, n'est pas tant ce qui se cache ou se dévoile, mais ce qui se sépare, ce qui doit être séparé et, à mon sens ce qui sépare. Or, cette dernière définition crée un lien entre l'exigence du secret proposée au patient (le secret crée de l'intimité, fabrique de l'intériorité, voire, sait-on jamais leur apprend à se séparer (par exemple à ne plus se déverser, à se contenir, pensez à tout ce que ces termes évoquent) et celle que s'imposent les thérapeutes.

Car que fait le secret professionnel ? Il sépare les professionnels de ceux qui ne le sont pas. Ils séparent ceux qui peuvent partager de ceux qui ne le peuvent pas. Rappelez-vous, si vous le voulez bien, de ce que je disais du malaise éprouvé face aux leçons de psychiatrie mettant face à des étudiants des malades. Cela fut l'objet d'un malaise grandissant qui me semble témoigner d'une prise de conscience : un malaise face à la manière dont s'organise ce qui se montre et ce qui se cache. Le secret, j'avais ajouté, organise ce qui se montre et ce qui se cache.

Il nous faut également s'interroger sur cette association un peu étrange : le secret professionnel. Si on dit qu'il y a secret professionnel, cela voudrait-il dire qu'il y a des choses qui se disent, et d'autres qui doivent être écartées, séparées, et dont le professionnel déciderait de ce qui doit se dire et de ce qui doit être isolé ? Le secret

professionnel devient alors une manière d'organiser le pouvoir. Il a une dimension politique.

On en revient alors à ma proposition de départ, et que je reformulerai comme ceci, en bégayant sans doute trop peu, mais la provocation peut être, elle aussi, source de bégaiement (parfois offusqué, je le crains) : ce n'est pas le cadre qui contraint au secret, mais le secret qui contraint le cadre. C'est le secret qui, d'une certaine manière, légitime le fait que le cadre lui-même soit isolé, séparé. Peut-être ceci n'est-il pas tout à fait étranger au fait que ce qui se dit en thérapie, ce qui se travaille est plutôt lié aux choses que l'on cache — et donc aux choses dont on a honte — de préférence aux choses dont on pourrait être fier.

Ce que le secret pose comme problème, c'est la légitimité de la relation avec l'utilisateur et avec les autres professionnels. Car le secret professionnel, et c'est en cela que c'est aussi un mécanisme de pouvoir, c'est la confiscation de la décision du dire, du taire et du partager. Je vais recommencer à bégayer : je ne peux en aucun cas dire que le secret professionnel est une mauvaise chose ; je ne peux rien dire de sa légitimité, ce n'est pas mon travail. Je veux juste interroger la manière dont il est négocié. Et si je peux interroger cette manière, en sachant que la réponse ne se trouvera que dans le conflit, les hésitations, la controverse, la construction de l'histoire, c'est parce que la question s'est aussi posée à moi, et qu'elle m'a fait sérieusement hésiter ; qu'elle a été un ferment de crise pour ma pratique.

J'ai rencontré ce ferment de crise dans les camps de réfugiés, en ex-Yougoslavie, lorsque je menais une enquête destinée à évaluer les effets et le bien-fondé d'un programme d'aide psychosociale orienté vers les familles⁴.

Alors que je menais soigneusement mon évaluation à l'aide d'entretiens avec des personnes à qui nous garantissions l'anonymat, je me suis un jour trouvée face à un vieux Monsieur qui me racontait la disparition de son frère. Au cours de l'entretien, il saisit le stylo que je tenais. "Vous voyez, me dit-il, voilà ce que nous avons écrit. Vous pouvez prendre ce stylo et écrire avec. Ceux qui font de la politique ont écrit avec nous. Ils n'ont pas pris leurs fils pour jouer avec et les envoyer à la guerre. Ils ont pris nos fils et ont écrit la guerre avec eux. Nous ne sommes qu'un grain de poussière dans cette histoire". Il s'est tu. Et je n'ai pu que me taire. Que faire de ces mots magnifiques ? Qui oserait copier les mots d'un poète en annonçant simplement « un poète a dit » ? Ce qu'a fait ce vieil homme magnifique est un acte de résistance : il résistait à ce que je lui proposais. En choisissant l'anonymat, est-ce que je ne nous engageais pas à privilégier les choses dont on a honte (le malheur, le fait d'être devenu un réfugié (comprenez, je les cite : quelqu'un d'indigne, personne, personne de troisième zone, quelqu'un de l'autre versant du monde) et rendais impossible le fait de parler de ce dont on est fier, en pouvant revendiquer le fait d'en être fier ?

Alors je lui ai expliqué : "vos mots sont tellement beaux qu'ils ne peuvent pas m'appartenir. Nous avons fait toute notre recherche dans l'anonymat de ceux que nous interrogeons, parce que nous pensions que cela pourrait leur donner confiance

⁴ Ce programme, mené sous les auspices de Médecins sans frontières Belgique, était coordonné par Jean Marie Lemaire. Il a fait l'objet d'un livre qui relate tant son discours que son évaluation, en collaboration avec Antoinette Chauvenet. (Chauvenet, A ; Despret, V et Lemaire JM (1996) *Clinique de la reconstruction*. Paris : L'Harmattan.)

et les protéger, et je me pose aujourd'hui la question de savoir si nous avons bien fait. Nous avons voulu protéger ceux qui témoignent, mais je pense que nous aurions dû laisser choisir, et laisser la question ouverte. Nombre de ceux que j'ai rencontrés nous ont dit que le sentiment de perte de la dignité était amplifié par le fait qu'on les appelle, tous, "vous, les réfugiés", comme une masse anonyme marquée d'une identité qu'ils n'ont pas choisie, et dans laquelle ils ne peuvent s'inventer. Et nous n'avons pas su prendre au sérieux ce qu'ils nous disaient, à chaque fois que nous écrivions, dans l'anonymat de nos interviews : « un réfugié m'a dit ». Je pense que nous aurions dû réfléchir avec chacun à la question de l'anonymat, et que nous allons dorénavant devoir le faire. C'est avec vous que je l'ai appris". Il a repris le stylo, a regardé ma page tendue, puis y a écrit son nom : Jahija Smajjié.

La question de l'anonymat protecteur, qui ne s'était jamais posée, s'est avérée à ce moment-là comme une question que nous avons clôturée trop vite. Une question clôturée sur le mode du secret qui séparait : les choses dont on a honte et les choses dont est fier (et qui doivent rester à l'extérieur) ; les réfugiés des professionnels (moi, j'avais bien un nom qui allait s'inscrire). Il me fallait apprendre à la poser, à la négocier, et à négocier les risques avec ceux que j'interrogeais : le risque que j'évitais n'était qu'un des risques possibles — celui de divulguer — mais il m'évitait de prendre en compte l'autre risque, le risque auquel je me confrontais à ce moment-là avec Jahija Smajjié, le risque de « séparer », d'isoler, de faire parler tout en faisant taire, de voler les paroles ou de les retirer à celui qui parle. Le risque de faire renouer le secret avec la sécrétion.

Je me suis rendue compte que mes réflexes professionnels in-interrogés n'avaient pas donné un droit au secret, mais qu'ils l'avaient imposé, au nom de cette position professionnelle. En d'autres termes, j'avais pris le pouvoir sur la définition du secret. Ce n'est donc pas le secret qui pouvait constituer la possibilité de parole de celui auquel je m'adressais, mais sa négociation, une négociation qui permet à l'autre de prendre position par rapport à qui a le droit de définir ce qui doit rester séparé, et ce qui peut être partagé.

Bien sûr, ce qui m'est arrivé ne pourra jamais constituer une leçon, si ce n'est le fait d'apprendre à faire attention aux réflexes professionnels. Et surtout à nous faire réfléchir au fait que le secret sépare. Mais rien, à nouveau, ne nous dit qu'il est bon ou mauvais de séparer.

Si la concertation m'intéresse, à ce niveau, c'est justement parce que ce sont des questions qu'elle a construit comme ferments de crise, des questions sur lesquelles les intervenants se sont mis à bégayer. Ce sont des questions risquées, qui, parce que nous appartenons à une tradition où la thérapie est fortement articulée à la séparation de l'espace public et de l'espace privé. Et ce sont des questions risquées aussi dans le sens où elles sont produites de façon à rendre impossible toute stabilisation de la réponse.

Dans les concertations, il ne s'agit pas de lever des secrets en les rendant publics. Il ne s'agit pas de transparence, et la pratique des transparents qui accompagne le travail, vous le verrez est une pratique de contre-transparence : plus le travail exploratoire avance, plus le transparent s'obscurcit, plus l'enchevêtrement des réseaux et des trajectoires prolifère, moins les choses deviennent claires, et plus

elles sont intéressantes, productrices d'histoire, de prises de positions, de relations. Il ne s'agit pas non plus de laisser le secret de côté, comme une question à résoudre plus tard, quand le reste sera résolu. Le secret est bien objet de négociation. Mais il change de rôle. Il n'a plus vraiment la même fonction de séparation. Il n'a plus la fonction de création d'intimité. L'intimité se construit autrement, un simple exemple vous le montrera. Ce qui suit sont des extraits de discussion d'intervenants émanant de trois concertations et réfléchissant à la pratique concertative, entre 1999 et 2000.

Lorsque se pose la question du cadre de la concertation, se pose le problème de quels sont les intervenants qui pourront être invités ou accueillis, s'ils en font la demande, autour de la famille. Doit-on se limiter aux intervenants directement concernés, étendre aux indirectement concernés, ou encore aux intervenants simplement intéressés ? La question de l'intrus, et sa présence sont devenues centrales. L'intrus met en tension la question de la séparation entre l'espace public et l'espace privé, la question de la séparation et de l'ouverture. On en reparlera, je crois au cours de cette journée. La présence d'un intrus pose de manière plus criante encore la question du secret, de la confidentialité et de l'intimité. Or, cette question d'une part est surtout la préoccupation des intervenants ; — les familles, me semble-t-il, négocient le problème sans l'évoquer de manière explicite, à quelques exceptions près (j'ai entendu une fois une adolescente rappeler sa mère à l'ordre : ceci, on n'en parle pas ici). Mais ce qui est intéressant aussi, c'est que la préoccupation du secret, par les intervenants en concertation, prend une forme tout à fait inhabituelle ! En effet, à un moment des discussions, les intervenants sont tombés d'accord sur cette affirmation étonnante :

Je pense aussi que la présence de non-concernés, c'est aussi une garantie de secret. Quand on est entre nous, on a tendance à tout déballer, trop parler, on est dans le passage à l'acte. Et un autre intervenant de continuer : On apprend qu'on peut travailler en s'abstenant.

Je cite encore, tous les passages qui me semblent participer de la même inversion. « *Quand on a une famille en consultation avec un autre professionnel, l'intimité devient partagée. Le nombre de professionnels va permettre à la famille de retrouver l'intimité* ». On voit dans cette affirmation se dessiner deux sens de l'intimité : une intimité qui se crée dans ce qui se partage, un peu comme le secret qu'on dévoile crée de l'intimité entre deux personnes ; l'autre sens est celui d'une intimité un peu sur le mode de la capacité de se contenir, d'avoir une réserve en quelque sorte, et qui est créée parce que le dispositif ne veut pas encourager le déballement mais plutôt la sélection de ce que la famille juge utile de partager.

Ce qui veut dire que l'intimité se crée en invitant la famille à négocier ce qui se sépare et ce qui se partage, à être disponible et à percevoir la disponibilité des intervenants par rapport au fait de parler de ce dont on est fier ou de ce dont on a honte.

Ou de parler autrement de ce qui faisait honte : certains d'entre nous ne seront-ils pas fiers de bégayer ?