

## Introduction

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 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. Au cours du premier entretien, Janet apprend que les symptômes ont éclaté soudainement six mois auparavant, après que le patient fut rentré d'un court voyage d'affaires. Après avoir essayé plusieurs approches, Janet réussit à hypnotiser le malade et à lui faire raconter l'histoire de sa maladie : 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 conduira lentement Achille vers la guérison puisqu'elle permettra à Janet de venir à bout de ce qu'il appelle les « idées fixes sub-conscientes » de son patient.

L'histoire, telle qu'elle est reprise par Henri Ellenberger dans son article sur les secrets pathogènes<sup>1</sup>, présente une caractéristique intéressante : elle raconte en fait la succession de deux histoires, mettant en scène deux mondes de pensée différents. Le premier de ces mondes, dont Ellenberger précise qu'il s'agit d'un *entourage habité par la superstition* dans une province française éloignée, nous met en présence d'êtres invisibles dotés de forces suffisantes pour faire agir les humains, les rendre malades d'une manière qui porte leur signature. Le second monde sera celui dans lequel aboutit le parcours d'Achille quand il est reçu à l'hôpital. Certes, l'histoire pourrait apparaître à ce moment-là comme le dénouement de ce qui s'est mis en place. Les choses sont cependant un peu plus compliquées : cette seconde histoire n'est pas le simple prolongement de la première ; au contraire, elle va rétroactivement renouer celle-ci autrement, la reconstruire en faisant intervenir de tout autres éléments. La métamorphose ne se traduit pas dans l'épilogue de la guérison, elle advient d'entrée de jeu ; elle se constitue dans la reconstruction de l'expérience même du trouble et en modifie les acteurs. Les invisibles qui agissaient Achille de l'extérieur sont devenus, avec la théorie de Janet, ce qui fera agir Achille de l'intérieur ; le rapport qui s'inscrivait comme un rapport vers l'extériorité, vers d'autres intentionnalités, s'est totalement déplacé et converti en un tout autre rapport. Le désordre est à présent installé dans la psyché. Ce qui, dans le premier monde, pouvait se traduire comme punition est devenu dans le second, culpabilité et de ce fait, pleinement accessible à une théorie, voire à une technique de la psyché. Achille était possédé par le démon dans un monde où des exorcistes

---

<sup>1</sup> (1995) *Les Médecines de l'âme*, Paris, Fayard.

offrent des solutions aux troubles ; il va devenir progressivement, à partir de son entrée à l'hôpital, un patient souffrant « d'idées fixes subconscientes », en parfait accord avec les préoccupations théoriques de Janet. En quelque sorte, Achille n'est plus possédé que par lui-même. Et toujours en accord avec les théories qui lui ont imposé cette métamorphose, il guérira en se délivrant de ce que la thérapie va l'aider à construire non seulement comme un secret, mais comme un secret qui a à la fois le pouvoir de rendre malade et à la fois celui de guérir. En d'autres termes, Janet va proposer à Achille de redéfinir son trouble en accord avec la manière dont lui-même peut intervenir : ce qui était possession par une entité étrangère deviendra « secret ». Le secret ne rend si bien malade que parce qu'il offre une voie royale pour la guérison.

Voilà pourquoi ce cas m'intéresse ; il rend particulièrement lisible la manière dont la culture non seulement propose des soins, mais va guider, influencer la manière même dont les gens font l'expérience de leurs troubles. Là où la culture multiplie les êtres intervenant de manière invisible dans les vies des gens, les gens vont se laisser capturer par ces êtres pour donner un sens et un contenu à leur mal être ; là où la psyché, les pensées inconscientes, la culpabilité sont rendus responsables des troubles, les gens vont orienter leur expérience du mal être comme une expérience psychique, des problèmes mentaux, des effets de culpabilité, de désires, etc. Je dis la culture dans son ensemble, culture de démons ou culture de psychés, tout en sachant que les propositions thérapeutiques font partie intégrante de la culture. Et dès lors, les propositions thérapeutiques vont elles-mêmes participer à la manière dont les gens font l'expérience de la souffrance. On l'a vu avec Achille. Et on l'a vu dans de très nombreuses et récentes analyses : Ian Hacking dans *L'âme réécrite* s'étonne par exemple de ce que les personnalités multiples soient si nombreuses aux Etats Unis et presque absentes en Europe francophone et envisage l'effet conjoint des théories, de l'intérêt des pys pour les traumatismes de l'enfance, et du succès de certaines histoires relatant la vie de personnalités multiples ; nous en parlerons à la fin de ce chapitre sur le traumatisme, car l'histoire du traumatisme a des conséquences lisibles dans ces émergences de personnalité multiple. Par ailleurs, Philippe Pignarre s'inquiète de ce que la dépression devienne une épidémie au moment où le marché est inondé d'anti-dépresseurs : les médicaments ont créé le trouble, les malades se sont « reconnus » dans cette nouvelle symptomatologie et ont calqué leurs symptômes sur les médicaments psychotropes réputés agir sur ces mêmes symptômes. Mikkel Borch Jakobsen attribuera cette mobilité des « maladies transitoires » au caractère de prophétie auto-réalisatrice des diagnostics. Ou, pour le dire de manière plus générale, comme le propose l'ethnopsychiatre Tobie Nathan à propos de l'autisme infantile, « la théorie des thérapeutes construit la pathologie qu'ils soignent ».

**Abordons à présent un des éléments qui est au coeur de cette histoire : la question du secret.**

Je vais suivre ici, mais pour la mettre en perspective, l'analyse que donne au cas d'Achille le grand historien de la psychanalyse, Henri Ellenberger, dans son article, sur les secrets pathogènes<sup>2</sup>. Pour rappel, Achille ne peut guérir qu'en se délivrant de ce que la thérapie va l'aider à construire non seulement comme un secret, mais comme un secret qui a à la fois le pouvoir de rendre malade et à la fois celui de guérir. En d'autres termes, Janet va proposer à Achille de redéfinir son trouble en accord avec la manière dont lui-même peut intervenir : ce qui était possession par une entité étrangère deviendra « secret ». Le secret ne rend si bien malade que parce qu'il offre une voie royale pour la guérison.

Là où les techniques s'adressent à la psyché, se déclinent sur le mode des révélations, se déploient dans l'ordre de la vérité, et surtout ambitionnent de chercher des causes à l'intérieur de l'individu, la maladie sera définie comme quelque chose d'interne, attachée au noyau le plus profond de la personne. Le secret y joue alors pleinement son rôle ; il définit à la fois l'accès et le contenu ; il actualise l'intériorité et lui donne consistance. L'invisible qui fait agir n'est plus ailleurs, il est maintenant à l'intérieur des gens, en attente de visibilité.

Certes, on peut renvoyer cette pratique, et nous retrouvons à présent le sens de l'analyse menée par Ellenberger lorsqu'il reprend la longue histoire des guérisons des secrets pathogènes, à la tradition chrétienne. Ainsi, les rituels de confession de la religion catholique, au-delà du caractère essentiellement religieux, étaient considérés comme pouvant parfois apporter la guérison d'une maladie physique ou mentale. Avant celle-ci, remarque Ellenberger, des formes de ce qu'il appelle « Psychothérapies primitives »<sup>3</sup> considéraient la confession de fautes commises comme une procédure magique capables de guérir les maladies. Il en trouve également de nombreux témoignages dans les civilisations anciennes, allant des Aztèques aux peuples de la Mésopotamie.

On pourrait bien sûr questionner la manière dont Ellenberger revisite l'histoire lorsqu'il traduit le lien entre faute et désordre en une autre articulation qui assume le fait que l'aveu d'un secret (dès lors pathogène), la faute, constitue en soi le processus de guérison. Et l'on pourrait dès lors se demander si cette lecture n'est justement pas elle-même héritière de cette forme d'idéologie, diagnostiquée par Foucault, qui d'une part, donne l'aveu comme la forme la plus hautement valorisée pour produire le vrai en Occident, et qui, d'autre part, lie dans un réseau d'équivalence vérité et salut<sup>4</sup>.

---

<sup>2</sup> (1995) *Les Médecines de l'âme*, Paris, Fayard.

<sup>3</sup> P. 184.

<sup>4</sup> 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, le Pouvoir pastoral. On peut, pour illustrer ce prolongement, retrouver dans les pratiques psychothérapeutiques contemporaines, 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, cette forme de pouvoir ne peut s'exercer sans connaître ce qui se passe dans la tête des gens, sans explorer leur âme, sans les forcer à révéler leurs secrets les plus intimes. Elle implique une connaissance de la conscience et une aptitude à la diriger. On se souviendra également de ce diagnostic qui ne fait que se confirmer : « L'homme, en Occident, est devenu une bête d'aveu » *La volonté de savoir*, p. 79-80.

On peut d'ailleurs, à la lumière de cette critique, comprendre pourquoi le cas d'Achille semble si exemplaire dans l'analyse que mène Ellenberger : s'y retrouvent, en effet, une faute, un secret opaque au sujet lui-même, un aveu qui produit une vérité jusque-là cachée, et une guérison qui signe l'abandon, par le sujet, des illusions qui empêchaient cette dernière (la croyance en la possession).

Mais il est un autre lien, dans ceux que propose la lecture de l'auteur, qui me semble devoir retenir notre attention : celui entre le secret du patient et le secret qui lie le professionnel. La guérison du secret, explique Ellenberger, ne peut se faire que dans le secret : il s'agit, autrement dit, et dans les termes mêmes de l'auteur, de « traiter le secret par le secret »<sup>5</sup>.

On considère généralement que le secret professionnel se constitue comme une garantie qui protège le patient, une condition qui, quoiqu'assurée d'emblée dans le contrat, joue dans l'après-coup de la révélation. Inscrite dans le code de déontologie, elle se traduit en termes de « non-divulgateion ». Pour le dire plus simplement, tout se joue dans une relation qu'on pourrait grossièrement qualifier de cause à effet : parce que le patient révèle des choses secrètes, le thérapeute s'engage à travailler dans le secret. C'est une traduction possible de ce « traiter le secret par le secret ». Or une autre lecture s'avère également pertinente, qui au prix d'un très léger décalage, inverse cette relation de cause à effet : c'est parce que le dispositif se construit comme un dispositif (de) secret que le patient est amené à privilégier la production de secrets. Le secret devient dès lors non plus une caractéristique supplétive du dispositif, non plus une garantie qui protège le patient, mais une technique particulière qui vise à construire un processus spécifique.

Si on accepte cette traduction, la question du secret change de registre : il ne s'agit plus de savoir ce qu'est un secret, d'en comprendre l'essence, l'histoire ou la fonction, mais d'explorer, de manière très pragmatique *ce que fait le secret*, et ce qu'il fait faire<sup>6</sup>. Non qui il fait taire, mais qui il fait parler ; non plus ce qu'il autorise (ou ce qu'il interdit), mais ce qu'il crée. Il ne s'agit plus de le considérer comme un « devoir » inscrit dans un code (et si devoir il y a, on le voit, il pèse à présent tout autant sur le patient), mais comme un aspect de la technique qui vise à transformer les personnes selon une théorie. Il s'agit, de manière beaucoup plus constructiviste, de questionner ce que, activement, le secret induit : le secret induit du secret. Nous retrouvons la proposition d'Ellenberger, à peine modifiée : le secret fabrique le secret.

Et c'est dans l'analyse de ce qui est fabriqué que les choses deviennent intéressantes, car elle nous ramène aux caractéristiques particulières de la métamorphose que Janet proposait à Achille. On se souviendra en effet que le premier travail de Janet avait consisté en quelque sorte à court-circuiter le recours à d'autres intentionnalités ; les invisibles qui agissaient Achille de l'extérieur sont devenus ce

---

<sup>5</sup> *Op. cit.*, p. 203.

<sup>6</sup> Ce qui nous engage à présent à ne plus distinguer le secret du patient de celui du professionnel mais à les considérer en ce qu'ils produisent des effets.

qui fera agir Achille de l'intérieur. En d'autres termes, le travail consistait à construire de l'intériorité. Le secret ne fait pas autre chose : il fabrique des êtres intérieurs. Le secret, comme dispositif théorique et technique, construit une forme particulière de l'expérience du désordre. Il engage le patient à vivre et à traduire son trouble en l'enracinant au plus profond de son intimité.

Cette tendance sera d'autant plus forte qu'une bonne part de nos modèles de la maladie mentale articule, de manière serrée, théories des troubles et théories des émotions. En effet, les conceptions des émotions qui sont cultivées dans notre tradition les désignent non seulement comme des processus qui contredisent la raison, ou qui lui échappent partiellement, mais surtout comme des processus essentiellement intimes, dont l'accès privilégié se constitue dans l'introspection, voie royale de la connaissance la plus vraie de soi. Nous y reviendrons au cours de notre 3<sup>e</sup> chapitre, celui sur les émotions, mais anticipons quelque peu. L'introspection des émotions, écrit l'ethnopsychologue Catherine Lutz, *la méthode par excellence pour découvrir le « réellement réel »*<sup>7</sup>. Les émotions, à cet égard, constituent d'autant mieux le noyau vrai de la personne que nous pensons ne pas pouvoir les contrôler, qu'elles échappent à la volonté, d'une part. D'autre part, elles sont d'autant plus vraies et intimes à la fois que nous considérons que l'espace privé (ou domestique) est leur lieu de plein épanouissement ; il est l'espace des vrais sentiments, par opposition à l'espace public, historiquement constitué comme l'espace désaffecté de la rationalité<sup>8</sup>.

L'analogie avec le secret dit pathogène peut être conduite également lorsqu'on considère l'étonnante conception, lisible dans de très nombreuses métaphores, qui nous les donne à la fois comme ce qui peut rendre malade et ce qui peut nous guérir. Ces métaphores peuvent d'ailleurs se traduire sous la forme d'une autre, plus générale : nous serions, par rapport à nos émotions, comme des « marmites à pression ». Nous pouvons bouillir de colère, exploser de rage ; nous ne pouvons nous contenir. Il n'est question que de débordement, de soupape, de lâcher la pression, etc. Les émotions sont des forces internes, qui nous travaillent de l'intérieur et qui sont vécues comme dangereuses dans leur débordement toujours possible ; mais elles sont tout autant potentiellement dangereuses si nous ne prenons garde à les « laisser sortir », à les évacuer, ou à les « exprimer », au sens étymologique du terme. « Tu ne dois pas garder ta colère en toi » ; « tu dois apprendre à exprimer tes émotions ». Il faut vider son sac, crever l'abcès, voire, lorsque la sémantique médicale s'en mêle, renouer avec les expériences de la purge ou de la saignée.

Ce modèle selon lequel l'accès à la vie intime constitue la clé de la guérison circule sous le sceau d'une telle évidence que lorsque des thérapeutes s'adressent à des personnes d'autres cultures, et

---

<sup>7</sup> (2004) *La dépression est-elle universelle ?* Paris : Les Empêcheurs de penser en rond, p. 68.

<sup>8</sup> Voir à ce sujet V. Despret (2006) *Ces émotions qui nous fabriquent*. Paris : les Empêcheurs de penser en rond (1<sup>ère</sup> éd. 1999).

qu'ils sont mis en échec dans leurs propositions de soin, c'est à l'incapacité de leurs malades qu'ils renvoient généralement, avec un ethnocentrisme qui laisse rêveur, les raisons de cet échec. Ainsi, le psychiatre Américain Arthur Kleinman exprime-t-il sa frustration face à ce qu'il appelle un « discernement introspectif limité » des patients Chinois à qui il proposait ses services. « 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 intrapsychiques 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 intrapsychiques »<sup>9</sup>. Or, comme le souligne Catherine Lutz<sup>10</sup>, dans la façon de voir chinoise, les sentiments ne sont pas perçus comme une origine possible du désarroi, et le « discernement introspectif » que nous valorisons ne traduit finalement, selon eux, qu'une préoccupation excessive pour soi-même.

Les critiques que nous pouvons adresser à Kleinman ne doivent cependant pas se limiter aux situations marquées par la différence culturelle. C'est la pertinence de nos propres modèles, et surtout la manière dont ceux-ci légitiment, voire prescrivent certaines formes de hiérarchisation que nous sommes invités à interroger. Ainsi, à la question que lui pose Mikkel Borch Jakobsen concernant les « effets de vérité » produits par les théories<sup>11</sup>, le psychiatre Georges Fischman répond que « le rapport complexe à la vérité n'est pas d'égale profondeur pour tous les individus, la conscience des méandres de la subjectivité n'est que rarement accessible à tous les esprits ». Ne pouvons-nous pas retrouver la même forme de hiérarchisation que celle qui était à l'œuvre chez le psychiatre confronté à ces handicapés de la symbolisation que seraient, si on l'en croit, les Chinois ?<sup>12</sup> Et cette hiérarchisation ne renvoie-t-elle pas elle-même, en dernier ressort, aux relations de pouvoir entre les intervenants — qui s'occupe de qui et quel statut correspond à chacune de ces attributions ?

**Avec cette critique, c'est à une autre dimension de la pratique que nous sommes à présent renvoyés, dimension que touchent tant la question du secret que celle des émotions : la**

---

<sup>9</sup> Kleinman A. (1981) *Patients and Healers in the context of culture : an exploration of the Borderland between Anthropology, Medecine and Psychiatry*. Berkeley : University of California press.

<sup>10</sup> *Op. cit.*, p. 63.

<sup>11</sup> (2006) *Constructivisme et psychanalyse*. Débat entre les deux auteurs, animé par B. Granger. Paris : Le Cavalier Bleu, p. 95.

<sup>12</sup> Et qui, outre la question de la pertinence des modèles proposés, pose celle des enjeux à l'oeuvre dans des catégories diagnostiques comme celles des alexithymiques (parfois appelés les analphabètes du symbolique) dont on ne peut nier qu'elles hiérarchisent les gens tout aussi bien que ce qu'on appelle les Quotients émotionnels.

**dimension politique. Ces deux questions, en effet, sont indissociables de celle des rapports de pouvoir<sup>13</sup>.**

La question des émotions, mais ceci fera l'objet d'une plus longue analyse, est une question qui touche à la manière dont s'organisent les rapports dans une société. Ce qui m'intéresse ici c'est qu'elle touche également à la manière dont se construisent les rapports entre les soignants et les malades. Cependant, envisager le contrôle des émotions dans le seul registre de la répression nous ferait manquer un aspect important de ce rapport : ce qu'il faut entendre par contrôle désigne tout autant, sinon plus, le fait de faire une certaine expérience des émotions, par exemple le fait de pouvoir en parler, de les identifier, de les disséquer, de les interpréter dans le registre symbolique, et surtout, surtout ! de les traduire comme des événements intrapsychiques plutôt que comme des réactions à des événements extérieurs. C'est autour de ces compétences que se dessinent les hiérarchisations : qu'on se souvienne des patients Chinois ou encore de ceux qui, chez nous, coupent au plus court dans les méandres de la subjectivité.

La question du secret, quant à elle, non seulement organise les rapports entre les intervenants et les patients, mais les rapports des soignants entre eux. Nous en revenons de ce fait, mais en la posant à présent comme une question politique, à la proposition pragmatique qui ouvrirait mon analyse : interroger *ce que fait* le secret.

On pourrait commencer, pour répondre à cette proposition, définir le secret comme ce qui organise ce qui se montre et ce qui se cache. Le bon sens nous le dit : quelque chose que je suis seule à savoir mais que je ne tiens pas pour secret n'en est pas un ; le secret n'existe qu'à désigner (montrer) ce qui est caché. Mais insister sur ce qui est caché risque de nous égarer : s'il y a bien quelque chose à retenir des secrets de famille, c'est que tout le monde dans la famille, ou presque, les connaît<sup>14</sup>. Ce « ou presque » nous invite à ralentir et à élargir quelque peu notre définition. L'étymologie nous donne une jolie ressource en proposant de repenser le secret à partir du terme dont il est issu : « *secretus* » qui est la forme au participe passé de *secernere* : « séparer ». 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 ».

D'où la « mise au secret » qui désignait la prison, non pas comme ce qui devait cacher, mais comme ce qui devait être écarté. N'est-ce pas ce que fait un secret : organiser ce qui doit être séparé ? On pourrait, à cette étape, reprendre l'analyse de la métamorphose d'Achille et envisager que c'est en effet un travail de séparation qui s'opère, en considérant, par exemple, que le secret, dans ce que je

---

<sup>13</sup> Signalons que la critique foucauldienne de l'aveu, que je ne reprendrai pas dans ce cadre, aurait pu également conduire à une lecture politique, tant du secret que des émotions.

<sup>14</sup> On pourrait également, dans la perspective que je développe, s'interroger pour cet intérêt quasi fascinateur des thérapeutes pour les secrets de famille.

désignais comme un dispositif de création d'intériorité, effectue cette séparation, par rapport à l'extérieur, mais, dans ce cas précis, aussi au sein de la psyché, à présent dédoublée, séparée de manière étanche en conscience et subconscience.

Or, plus généralement, n'est-ce pas là une caractéristique d'une partie de nos pratiques thérapeutiques ? Le dispositif lui-même, le cadre, le bureau, le contexte de l'entretien, ne sont-ils pas des dispositifs qui miment, non, allons plus loin, qui effectuent cette séparation entre un intérieur et un extérieur ?

D'une part, nous l'avons déjà évoqué notamment à propos de Kleinman, on peut remarquer que nombre de thérapeutes encouragent parfois de manière ouverte, parfois de manière moins explicite, leurs patients à rendre compte de leur détresse dans des termes psychologiques plutôt que somatiques ou contextuels<sup>15</sup>.

« 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 ». <sup>16</sup>

Barrett constate en outre que les psychiatres montrent un intérêt particulier pour l'information jamais divulguée encore — ce que nous retrouvons en effet dans certains manuels de psychothérapie : *l'entretien psychologique*, écrit par exemple François Duyckaert<sup>17</sup>, *s'accompagne d'un certain soulagement : celui de dire des choses qui n'ont jamais été dites, ou que l'on n'avait jamais osé penser.*

Nous voilà donc au cœur du secret et des émotions telles que nous en proposons l'analyse, en somme au cœur du travail de production d'intimité. Le dispositif lui-même effectue cette création, avec bien sûr, la garantie de la confidentialité, mais aussi, dans l'organisation de l'espace, avec l'intimité d'une salle de consultation séparée des lieux de vie commune. Et tant l'étiquette de l'entretien, l'intérêt et l'attitude du thérapeute que l'organisation spatiale et temporelle de la consultation affectent la manière dont les patients vont être amenés à modifier l'expérience de leur

---

<sup>15</sup> Robert Barrett (*op. cit.*) propose la même analyse. C'est d'ailleurs à celle-ci que je dois une bonne part des lignes suivantes.

<sup>16</sup> Barrett, *op. cit.*, p. 61.

<sup>17</sup> *Les fondements de la psychothérapie*, De boeck, p. 107. On ne manquera pas la pertinence de ce que Foucault disait de l'aveu, dans *La volonté de savoir* (*op. cit.*, p. 80) : « on avoue ce qu'il y a de plus difficile à dire ».

mal-être ; l'ensemble de la procédure participe activement à la constitution de la forme même du trouble.

Nous l'avons envisagé, on pourrait rendre compte de la forme singulière de ce type de pratique en renvoyant à ce dont elles sont le produit, à la création de la psyché telle que nous la connaissons aujourd'hui, à l'aveu, aux pratiques de la confession, au pouvoir pastoral, ...

Ceci ne nous permettrait cependant pas de comprendre à quelles nécessités la forme de ces pratiques continue de répondre, comment l'intervention de nouveaux acteurs dans le champ de la psychothérapie a pu contribuer à renforcer certains de ses aspects et comment la réorganisation de ces pratiques et de ces acteurs a pu jouer en faveur de ces choix. C'est aux enjeux récents et contemporains que l'analyse de Barrett nous invite à nous intéresser, en focalisant son attention sur les pratiques de la psychiatrie institutionnelle.

Annonçons d'emblée l'enjeu majeur de la forme de ces dispositifs : les pratiques de création de l'intériorité —qu'on pourrait appeler plus simplement pratiques de l'intimité— visent à protéger l'autonomie professionnelle du thérapeute. Ce qui voudrait dire alors que, contrairement à ce qui est généralement accepté, le secret protège le thérapeute.

Par autonomie professionnelle, il faut entendre, dans ce contexte, le « contrôle légitime sur le travail »<sup>18</sup>, que ce soit vis-à-vis de l'Etat ou dans les rapports quotidiens avec d'autres professionnels engagés dans le même domaine. Ces dernières décades ont vu une multiplication du nombre absolu de travailleurs sociaux, du nombre de groupes professionnels représentés et de la différenciation interne à chaque groupe. Cette augmentation est liée, explique Barrett, à une expansion plus générale des professions consacrées au « soin des personnes ». Chacune de ces professions a consacré ses efforts à créer son autonomie, et donc sa spécificité, vis-à-vis des autres professions.

Comment garantir le « contrôle légitime sur le travail », et donc l'autonomie, dans un domaine d'une part de plus en plus marqué par la concurrence entre les diverses professions de l'aide et du soin — les revendications au droit de soigner n'étant plus l'apanage des seuls psychiatres— et d'autre part dans lequel les champs de compétence se recouvrent ? Le « savoir technique » ne peut seul suffire pour asseoir cette légitimité. Ce dernier est transmissible, public ; il 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. En d'autres termes, la formulation d'un savoir spécialisé sous la forme de règles et de prescriptions a pour conséquence que ce qui définit la compétence d'une profession repose sur un savoir accessible aux personnes extérieures, ouvrant ainsi

---

<sup>18</sup> *Op. cit.*, p. 56. D'autres définitions de l'autonomie professionnelle ont été proposées par la sociologie contemporaine américaine, prenant en compte notamment la différence entre métier et profession. Voir par exemple pour la psychiatrie J. Goldstein (1997) *Consoler et classifier : l'essor de la psychiatrie française*. Paris : Les Empêcheurs de penser en rond.

la profession à un contrôle externe, et donc à la menace toujours possible de devoir « rendre des comptes ».

C'est là où les dispositifs d'exploration des profondeurs et des régions intimes vont se constituer comme 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.

D'une part, cette pratique des profondeurs, de l'intimité et du secret que le psychiatre revendique comme son domaine de compétence va se définir comme 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 » par opposition au « savoir technique ». Il est le résultat de l'expérience, sur de longues périodes de temps : il ne s'acquiert que dans une pratique de longue haleine.

D'autre part, en 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 (celles des infirmiers psychiatriques, des psychologues ou des travailleurs sociaux<sup>19</sup>) . De ce fait, le secret comme producteur d'intimité 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 ».

Le psychiatre a donc 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. Et c'est là un autre enjeu d'un savoir fondé sur la pratique de l'intime et du secret : c'est un savoir privé, en quelque sorte, qui protège, lui aussi, de l'obligation de devoir rendre des comptes aux autres personnes concernées par le cas. Le secret dès lors organise non seulement ce qui est public et privé chez le patient ; il organise ce qui sépare ; mais il produit la même organisation dans la pratique du professionnel ! C'est même plutôt l'inverse qu'il s'agit de soutenir : ce qui construit l'espace « séparé » du professionnel dans l'organisation des professions fabrique l'espace intime du patient en thérapie.

Le secret organise ce qui se montre et ce qui se cache dans les rapports entre les professionnels ; le secret, en d'autres termes, organise ce qui sépare les professionnels. Il suffit, pour s'en convaincre, de poser, comme je le fais parfois, la question suivante aux intervenants de l'aide et du soin travaillant dans le secteur public : y a-t-il, dans les équipes pluridisciplinaires, des différences

---

<sup>19</sup> Chacune de ces professions peut revendiquer un domaine de compétence qui lui est propre, et donc une connaissance privilégiée du cas— le patient dans sa vie quotidienne, pour les infirmiers ; son contexte familial, pour les travailleurs sociaux, . . . Ce qui est en jeu est de déterminer lequel de ces savoirs est le plus « réel ».

entre ce que chacun, en fonction de son rôle ou de son diplôme, a le droit de ne pas répéter à propos de ce qui s'est passé dans un entretien ?

Le secret, comme les places de parking dans les institutions, peut rendre visibles des hiérarchies qui, dans le travail, ne sont jamais déclarées comme telles.

On pourrait maintenant reprendre les fils que nous avons tissés au cours de notre cheminement : d'abord, on pourra rappeler 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. Dans cette perspective, nous voyons se bouleverser le rapport entre secret et intimité : 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.

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. Cette dernière définition crée un lien entre l'exigence du secret qui pèse sur le 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.

Mais il est une dernière chose que fait le secret dans nos dispositifs, une chose qu'il induit sans que cette induction soit remise en question : le secret ne sépare pas seulement ce qui est public et ce qui est privé, il sépare les choses dont on peut être fier et les choses dont on a honte. Pour privilégier ces dernières<sup>20</sup>.

Et cette question, elle aussi, est une question politique.

---

<sup>20</sup> *Les secrets*, remarque Barrett, sont essentiellement d'ordre sexuel : sensations à la puberté, fantasmes de masturbation, expériences homosexuelles, et, surtout, l'inceste. *Op. cit.*, p. 63. On ne peut mieux définir le dispositif comme un dispositif de séparation.