

## Bulletin national santé mentale et précarité

### Transparence, Secret, Discretion

édito

Jean FURTOS



L'exigence démocratique de transparence, celle des règles du jeu, des prises de décisions, l'égalité de tous devant la loi, est contiguë à une autre transparence, l'intimité des personnes. Commence alors la difficulté de savoir comment fixer « la frontière entre le nécessaire et le condamnable ». L'effraction de l'intimité nous concerne tous, peu ou prou, et en particulier ceux qui ont à se raconter pour bénéficier de l'appui social. L'antidote à l'effraction de l'intime est le secret. Comment concilier l'exigence de transparence (du fonctionnement public et institutionnel) et le droit au secret (de l'intime) ? En ce qui concerne le travail en partenariat et en réseau, certains s'y retrouvent et d'autres pas.

Du côté des pratiques, respecter le secret professionnel, notamment médical, nécessite souvent d'être des « acrobates du secteur ». Il faut « restaurer un espace privé », il faut parfois qu'un praticien accepte « de ne pas tout savoir et de ne pas tout comprendre, échappant au besoin compulsif de partager le secret professionnel avec l'ensemble des collègues... » ; mais que penser de la prétention de « faire de l'intime une enclave totalement fermée au reste de l'institution », identique, dans son excès, à la prétention contraire « que tout doit circuler, être potentiellement échangeable » ?

Pour éviter un dogmatisme coupé du réel des pratiques, nous avons besoin de questionnements. Connait-on bien les situations de « violences humiliantes », dévastatrices du côté de la honte ? A quelles conditions la honte est-elle au contraire « un marqueur d'humanisation » ? Et que penser du « récit civil » demandé aux personnes Rmistes, de sa « force morale », de sa « valeur d'échange », de sa « maîtrise des drames individuels » ? Cette idée forte, non conventionnelle, pourrait-elle aider à discriminer les récits traumatiques et les autres ? A propos, « qu'y a-t-il dans le jardin secret ? C'est un secret ». C'est vrai, mais la beauté de la réponse ne doit pas nous rendre mutiques.

Ce numéro a l'ambition d'ouvrir à la question du secret partagé, donc d'une éthique partagée ; pour ce faire, nous avons besoin de principes et d'outils conceptuels :

- 1) Les praticiens de Chambéry soutiennent *simultanément* l'exigence du secret et du partage ; ils insistent sur la différence qualitative entre le dossier écrit et l'oralité, ce qui est évident mais généralement peu théorisé.
- 2) Gilles Devers, juriste, campe les points clefs du droit positif concernant le secret professionnel partagé ; il rappelle aux phobiques du vide juridique que « c'est plutôt une chance d'avoir à disposition l'intention du législateur, sans trop de modalités pratiques, de telle sorte qu'il y a une véritable part pour le travail d'adaptation indispensable dans une société complexe qui témoigne véritablement d'une préoccupation pour la personne ».
- 3) Enfin, André Carel, psychanalyste, donne un concept précieux pour ce travail d'adaptation. Il intercale, entre le droit au secret de l'intime, et l'exigence de transparence du public, un espace intermédiaire : celui du privé, à distinguer de l'intime, qui fonctionne selon les règles du tact et de la discrétion. C'est là que se traite « la conflictualité propre au vivre ensemble » dans les institutions, les réseaux, la famille ; la règle n'est pas ici le secret mais la discrétion. La discrétion est en effet un travail : le secret partagé serait-il autre chose que ce travail ?

## Au sommaire

RHIZOME est téléchargeable sur le Web : [www.ch-le-vinatier.fr/orspere](http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere)

### DOSSIER

La transparence : une exigence démocratique risquée

Stéphane PAUL

p. 2

Le jardin

Paul-Claude RACAMIER

p. 3

Les violences humiliantes

Vincent DE GAULEJAC

p. 4

La double transparence et la honte

Alain FERRANT

p. 5 et 9

Du récit privé au récit civil

Isabelle ASTIER

p. 6

Existe-t-il une parole libre pour un réfugié victime ?

Pierre DUTERTE, Sokhna FALL

p. 7

Restaurer un espace privé

Sidney COHEN

p. 8 et 9

Questions éthiques autour du travail en réseau et des praticiens : secret professionnel et secret partagé

Gilles DEVERS

p. 10 et 11

Secret et partage, une « bienheureuse insécurité »

Christian MULLER

p. 12

La question de la transparence dans la prise en charge « pluri-institutionnelle »

Serge COMBALUZIER

p. 13

Le double impératif de la protection du secret et du partage de l'information

Équipe de la PASS de Chambéry

p. 14

L'intime, le privé et le public : une logique interpsychique

André CAREL

p. 15

ACTUALITES

p. 16

# La transparence : une exigence démocratique risquée

**Aux origines des formes modernes de notre démocratie, la déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789 établit que « la société a le droit de demander compte à tout agent public de son administration ».**

On attend en effet de la transparence de l'action publique qu'elle manifeste le renoncement des gouvernants à toute manipulation de l'opinion : le détenteur du pouvoir doit mettre au jour ses intentions, démontrer qu'elles visent exclusivement le bien commun et rendre périodiquement compte de sa politique ; les progrès de la démocratie se matérialisent d'ailleurs par les facilités dont bénéficie l'opposition pour contraindre le gouvernant à s'expliquer. Autre effet bénéfique de cette transparence : la possibilité de vérifier que tous les citoyens sont égaux devant la loi, sans arbitraire ni favoritisme, les inégalités de traitement ne résultant pas des caprices du prince mais de la volonté d'instaurer les discriminations positives nécessaires à la promotion de l'égalité des chances. Enfin, la transparence de l'action publique va de pair avec l'exigence d'une évaluation qui permette de mesurer l'efficacité des politiques mises en œuvre.

Dans nos démocraties, nul ne conteste cette triple justification de la transparence de l'action publique ; pour autant, dans le concret, elle ne va guère de soi.

D'abord, la notion de secret d'Etat peut parfois être légitimement mise en avant. Surtout, l'action publique est devenue si complexe qu'il n'est plus possible pour le gouvernant d'en rendre compte simplement. Du coup, la transparence prend la forme d'une communication plutôt que d'une explication ; or, la frontière entre la communication qui informe et la propagande qui intoxique peut parfois se révéler fragile... Par ailleurs, les choix des gouvernants

sont bridés par les contraintes économiques planétaires et enserrés dans des directives supranationales : les citoyens ne disposent plus des moyens d'opérer le partage entre ce qui relève de l'action volontariste du gouvernement qu'ils ont porté au pouvoir et ce qui est imposé de l'extérieur, en bien comme en mal...

Et c'est ainsi que la transparence de l'action publique s'embue progressivement, sans d'ailleurs qu'on puisse identifier où que ce soit une volonté délibérée de mettre de l'opacité.

L'avènement de la démocratie moderne s'accompagne d'une autre transparence : celle que l'on attend de la personne même de nos dirigeants.

Puisque l'action publique n'est pas désincarnée mais passe par les décisions du personnel politique, il est légitime de s'assurer de ses qualités. Et, de proche en proche, l'opinion va se sentir autorisée à interroger candidats et élus sur leurs vies privées. Ce mouvement est d'autant plus naturel qu'en démocratie, les dirigeants sont des citoyens comme les autres qui, pour bénéficier des suffrages des électeurs, doivent démontrer leur aptitude à partager les préoccupations de tout un chacun [...]. Avec l'aide puissante des médias, il devient électoralement plus efficace de raconter sa jeunesse au cours d'une émission télévisée que d'exposer son programme, le soir, sous les préaux des écoles... Transparence des dirigeants et sincère attention portée aux problèmes de la vie quotidienne à l'avers de la médaille, populisme et collusion avec les médias au revers...

Avec, parfois, des événements qui interrogent sur l'alternative entre secret de la vie privée des dirigeants et nécessaire information des citoyens : le pouvoir de la première puissance mondiale qui a vacillé au seul motif de l'infidélité conjugale du président ; ou encore, en France, l'interdiction d'exercice qui

a frappé le médecin du président pour avoir révélé, après la mort de celui-ci, la manière dont la maladie avait concrètement pesé sur la conduite des affaires du pays...

Au demeurant, la question de la préservation de l'intimité se pose pour tous. La démocratie implique en effet la recherche de l'égalité des chances qui impose de porter attention à la situation de chaque membre de la société : mesurer ses besoins puis calibrer l'ampleur des soutiens nécessaires. Ainsi, l'administré n'est pas un numéro, chaque citoyen est une personne responsable qui mérite attention et l'anonymat des procédures est une tare à combattre. Mais, dans ces conditions, comment éviter la multiplication des processus destinés à cerner les caractéristiques de la personne, des justificatifs à produire pour éviter les fraudes, des interrogatoires visant à mesurer les progrès et les échecs ? En outre, la complexité des situations individuelles et la spécialisation des métiers font que la résolution des difficultés d'une personne impose la mise en réseau d'un nombre croissant de professionnels dont la performance est liée à la fluidité du partage de toutes leurs informations.

La frontière entre le nécessaire et le condamnable n'est pas aisée à poser : elle interpelle une société où la revendication identitaire conduit certains à faire la transparence sur leurs convictions religieuses par le port ostentatoire d'insignes sans que cette démarche soit objectivement nécessaire à la reconnaissance de droits ou à la disparition de discriminations ; une société où la crainte des possibilités qu'offrent les nouvelles technologies à qui voudra violer notre intimité côtoie le voyeurisme qui multiplie les spectateurs de la télé-réalité ; une société où l'attachement proclamé aux principes fondateurs -liberté, égalité, fraternité- ne résiste pas sans peine... ■



# Le jardin

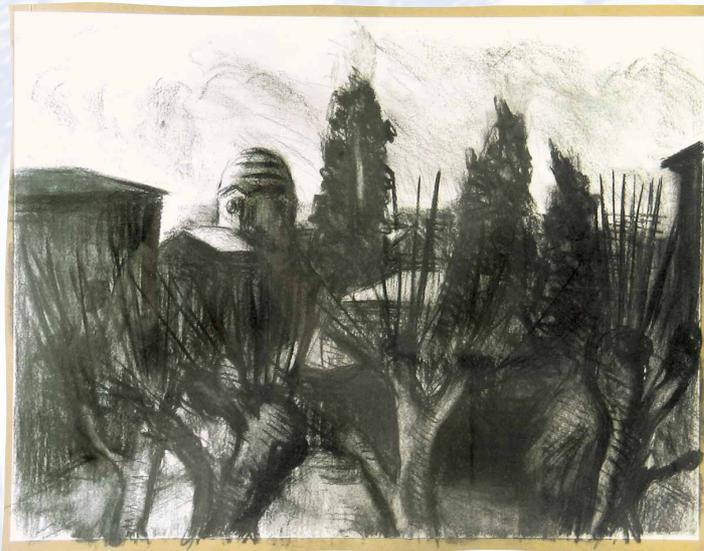
Un jardin privé est au cœur de la plupart d'entre nous : métaphore de notre intimité, de notre domaine personnel, de notre privauté. Ce jardin a aussi une toute autre connotation, et qui n'est pas la moindre : celle de la chambre parentale. On pourrait les dire inverses, comme deux intimités qui se contrarient. Il n'en va pas ainsi : le jardin parental n'est-il pas un modèle pour le jardin personnel ? Ce secret-ci s'oppose à ce secret-là.

Nous le savons d'ailleurs bien : s'il n'y a pas d'oedipe, et pas de scène primitive, il n'y aura pas non plus d'individualité, ni d'identité : le jardin secret personnel fait contradictoirement écho au jardin parental. Or, le jardin privé est une métaphore du cadre ; c'est à l'intérieur et à partir du cadre que nos patients se construisent un jardin privé.

*Je donnerai une illustration : c'est l'histoire de Tino.*

*On sait qu'il a baigné dans l'incestualité maternelle. C'est à peine si avec nous il commence à s'en déprendre. Mais il s'en déprend. Quoique, chaque fois qu'il va la voir, il en revient la tête un peu chavirée. Justement il va lui faire visite ce prochain week-end. On en parle dans la réunion du groupe. Un de ses camarades signale qu'il entend beaucoup Tino téléphoner à sa mère. Tino se dit fatigué : il dormirait trop peu. M'appuyant sur la remarque précédemment faite, sentant au demeurant que le moment est venu de prendre mon élan, je déclare tout net à Tino que ce qui le fatigue, c'est sa mère. Elle tournicote autour de lui sans arrêt, lui dis-je en faisant une ronde de petits gestes vifs autour de ma tête (c'est bien la tête de Tino que je désigne en désignant la mienne : identification parlante !). Et d'ajouter : « Elle est comme ça, vous ne la changerez pas, vous n'allez quand même pas la ligoter, ni l'envoyer au diable ». Oui, mais que faire ? demande-t-on dans le groupe en parlant pour lui. « Votre seul moyen, lui dis-je, sur le ton autre-*

++++  
++++



**Qu'y a-t-il dans le jardin secret ?**  
*C'est un secret*

*ment ambigu de la confiance en public, c'est de vous préserver un espace intérieur. Il faut vous construire un enclos personnel à l'intérieur de vous, un enclos inviolable. Cet enclos, vous allez le construire, vous-même, petit à petit ».*

*Que faisais-je avec Tino ? Dans le cadre du soin et plus précisément dans le cadre du groupe je lui proposais l'image d'un espace interne, qui répondrait en son for intérieur au cadre qu'il trouvait avec nous.*

Vous voyez, lecteur, comme on commence par parler du cadre, et finit par un enclos.

Une question, pour finir, que l'on me pose : « Qu'y a-t-il dans le jardin secret ? ».

C'est un secret.

Il y a une suite à cette histoire. En même temps qu'un modèle, l'enclos est une image parlante. C'est l'image d'un cadre à l'intérieur de soi, bâti lui-même à l'image du cadre de soin.

*Tino n'avait pas bien saisi cette image de l'enclos. Il restait perplexe.[...] Il reprit donc sur l'enclos (entre nous, ce n'est rien d'autre que le for intérieur). Je lui expliquai à*

*nouveau qu'il s'agit d'un domaine privé, qui revient à chacun de nous ; ce domaine est en nous ; il est intérieur ; nous en avons besoin ; nous y avons droit ; lui-même, Tino, y a droit ; il en a besoin, par exemple, pour se mettre à l'abri des pluies de paroles maternelles ; au sein de cet enclos, il met ce qu'il veut ; et même rien, s'il le veut.*

*Tino m'écoutait avec ses oreilles et avec ses yeux ; il se mettait à comprendre.*

Il n'était d'ailleurs pas le seul à entendre mon histoire : comme je le fais souvent, j'avais parlé pour d'autres en même temps que pour lui. C'est ainsi qu'Emilien, qui doit faire façon de difficiles problèmes d'identité personnelle, m'ayant attentivement écouté, déclara par la suite, au sein du groupe, qu'il en avait fait son miel. Au demeurant, on aura certainement remarqué qu'en parlant aux patients de leur terrain d'identité, je parlais de l'identité de chacun. Ainsi se vérifie une règle à laquelle je tiens, voulant que *ce qu'il y a de plus spécifique en chacun rejoint ce qu'il y a d'universel chez tous.* ■

Extrait du livre de  
Paul-Claude RACAMIER  
« L'esprit des soins »

Ouvrage posthume inachevé  
publié par les thérapeutes de  
la "Velotte" à Besançon.

#### Bibliographie :

Racamié P.-C., *L'esprit des soins : Le cadre*, Ed. Du Collège, 2002.

# Les violences humiliantes

**Quelles sont les causes de la honte ? L'opposition entre causalité psychique et causalité sociale ne permet pas de rendre compte de la complexité des facteurs qui interviennent. Pourtant, une cause est particulièrement déterminante : les violences humiliantes qui produisent une rupture identitaire en confrontant le sujet à deux exigences existentielles contradictoires.**

**Vincent DE GAULEJAC**

Directeur du Laboratoire de Changement Social, Université Paris 7.

Auteur de "La Lutte des places" (en collaboration avec I. Taboada Léonnetti), et "Les sources de la honte", Desclée de Brouwer, 1993 et 1996.

La honte apparaît lorsque les processus identitaires sont perturbés, mettant le sujet dans une confusion extrême entre ce qu'il est dans le regard des autres et ce qu'il est pour lui-même. C'est le cas lorsqu'il est soumis à une injonction paradoxale qui l'oblige à s'affirmer comme différent de ses semblables. Cette rupture identitaire est la conséquence de situations de pouvoir qui engendrent le rejet et la stigmatisation. Quel lien entre des « hontes » diverses telles que : d'être d'une autre origine, d'une autre couleur, d'être orphelin, d'avoir un accent, la honte d'être pauvre, chômeur, laid, impuissant, malade, fils d'un père déchu, fille d'une mère mal fagotée, etc... Bref, d'être « autre » vu d'en haut par les autres. Quel lien, sinon le risque d'être nommé différent (pas du côté de l'altérité, mais de l'exclusion) par l'instance qui en a le pouvoir ?

Le pouvoir hiérarchise et stigmatise. Il confère de la valeur aux choses et aux gens, et à l'inverse dévalorise, invalide, exclut. Chacun a vécu des situations dans la famille, à l'école où l'autorité s'appuie sur le groupe pour « faire honte » à quelqu'un. L'humiliation est un moyen de renforcer l'autorité. Mais il ne s'agit pas là de culpabilité, de transgression, d'obéissance. Il s'agit d'infériorité, de dévalorisation, de déchéance.

Les violences humiliantes sont à l'image des différentes figures du pouvoir. Violences économiques (pauvreté, misère, exploitation, chômage...), violences sociales

(déchéance, inégalités, injustices...), violence symbolique (stigmatisation, invalidation, disqualification...), violence physique (maltraitance, torture, sévices sexuels...), violence psychologique (dévalorisation, rejet affectif, infériorisation...). Nous ne pouvons ici en explorer toutes les formes. L'imagination des hommes semble, sur ce terrain, sans limites.

Deux processus sociaux sont particulièrement facteur d'humiliation. Le processus d'instrumentalisation qui consiste à dénier à autrui le fait d'être un homme parmi les hommes, à refuser de le considérer comme un humain, à le traiter comme un objet, un outil dont on se sert, que l'on prend quand on en a besoin et que l'on pose lorsqu'on ne s'en sert plus.

L'absence de réciprocité est la seconde caractéristique de l'humiliation. Il y a humiliation lorsque la possibilité d'une réciprocité dans l'échange est déniée, lorsque la possibilité de s'identifier est barrée, lorsqu'il est inconcevable que la place de l'un puisse être occupée par l'autre et inversement, et ceci à tout jamais. La relation de pouvoir est alors « naturalisée » et devient intangible : l'un se considère comme le sujet et tient l'autre pour un objet, un sauvage, une machine ou un barbare. Le premier a pour lui le droit, la culture, la légitimité et attend du second le devoir, le silence, la résignation. La domination consiste à considérer que l'autre n'est pas son semblable, qu'il n'a ni les mêmes capacités, ni les mêmes droits, ni les mêmes aptitudes et que ces différences justifient son statut inférieur.

La non réciprocité c'est la négation qu'autrui puisse accéder au statut de sujet, le contraire de l'altérité, c'est-à-dire la reconnaissance qu'autrui puisse être « mon » semblable, quelles que soient les différences objectives et subjectives qui nous séparent. La réciprocité n'implique pas obligatoirement l'égalité et a fortiori l'absence de différence. Elle implique la reconnaissance

d'une virtualité, la possibilité qu'autrui puisse exercer le pouvoir, accéder à la citoyenneté, être sujet de droit... au même titre que chacun. La réciprocité est donc de l'ordre de l'équité et du respect de l'autre. Lorsque autrui est instrumentalisé, traité en objet et qu'on nie la possibilité qu'il ait une existence sociale au même titre que chaque citoyen, on crée une situation de violence et d'exclusion.

Henri Miller raconte, dans *Tropique du cancer*, comment, alors qu'il est sans ressource, il cherche asile et réconfort chez plusieurs nantis qui le mettent à la porte. En évoquant cette période, il ajoute : « je pensais à toutes les choses que j'aurais pu dire ou faire, que je n'avais pas dites ni faites, dans ces moments amers et humiliants où demander une croûte de pain, c'est se faire moins qu'un ver. L'estomac creux et la tête bien à moi, je pouvais encore sentir la douleur cuisante de ces insultes et de ces injures d'autrefois ».

Si la misère et la faim laissent d'abord des traces corporelles, l'humiliation et la haine sont pour longtemps gravées dans le psychisme.

Ces blessures sont prêtes à se réveiller (se révéler) à tout moment. Elles restent inscrites en soi, parce que ce sont des souffrances éprouvées dans des situations d'oppression dont on ne peut, sur le moment, se dégager. La pauvreté, nous l'avons dit, n'est pas en elle-même humiliante. Mais elle contraint l'individu à accepter, pour survivre, de multiples violences humiliantes. Elle condamne à demander de l'assistance, elle induit un rapport de dépendance vis-à-vis des institutions, elle oblige à supporter des travaux pénibles et peu qualifiants, autant de situations propices à la stigmatisation, à l'invalidation et à l'humiliation. ■

#### Bibliographie :

<sup>1</sup> Zygoris, *La honte de soi*, Espaces n° 16, 1988

# La double transparence et la honte

**On différencie classiquement la honte et la culpabilité selon les rapports qu'elles entretiennent avec les instances psychiques. La culpabilité exprime une tension entre le moi et le surmoi à partir de la transgression effective ou fantasmée d'un interdit. La honte signale une tension entre le moi et l'idéal du moi. Elle témoigne de l'échec du moi au regard de son projet narcissique. Dans la honte, le moi n'est pas fautif mais indigne.**

**Alain FERRANT**

Maître de conférences en psychologie clinique, CRPPC, Université Lumière-Lyon 2  
Psychanalyste, SPP.

La honte est un « marqueur » du processus d'humanisation. Il n'y a pas d'humanité sans honte. Le processus civilisateur et la verticalisation de l'homme<sup>1</sup> découvrent et créent, dans le même mouvement, la catégorie de l'intime. Quelque chose se dévoile qui devra désormais rester caché. L'humanisation produit la distinction entre l'intime et le social : on ne dit pas tout, on ne se montre pas tout entier à autrui. Contrairement à l'animal, l'être humain se reconnaît lui-même dans sa capacité à n'être pas transparent en conservant un domaine secret. Devenir un homme, et continuer d'appartenir à la communauté humaine, c'est se sentir et sentir l'autre semblable suffisamment opaque. Nous reconnaissons autrui et autrui nous reconnaît sur la base d'un négatif cloacal partagé, inviolable et tenu secret par chacun. La honte apparaît lorsque cette intimité nécessaire est effractée et publiquement dévoilée.

Le domaine de l'intimité propre à ce négatif cloacal rassemble à la fois ce qui appartient au corps (son anatomie, sa physiologie, ses fonctions vitales d'excrétion), au sexuel et au récit de sa propre histoire. Le corps peut être dévoilé, sans honte trop désorganisatrice, en certaines circonstances devant le médecin, à l'hôpital, dans le lien précoce avec l'enfant et dans le rapport sexuel, mais il reste habi-

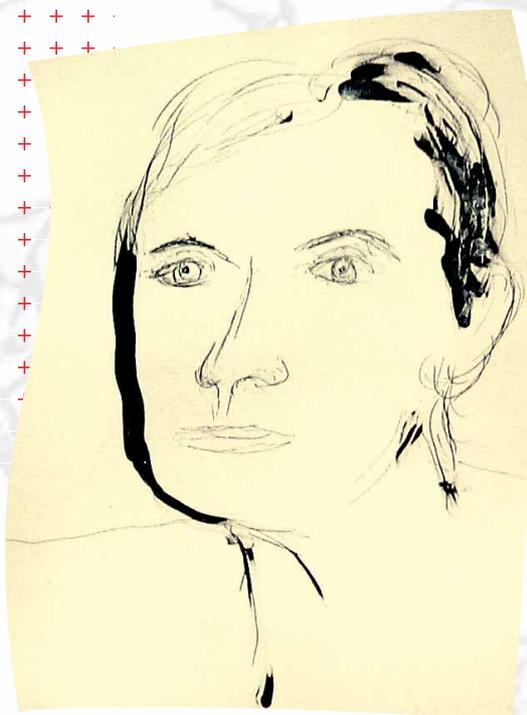
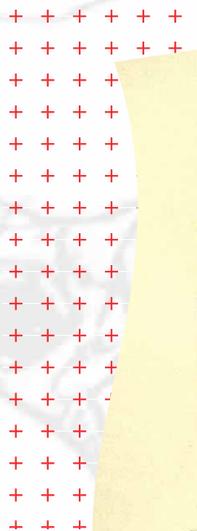
tuellement un domaine secret. En dehors de ces situations relativement cadrées, le dévoilement du corps déclenche un violent affect de honte. Le négatif cloacal révélé est considéré comme du domaine de l'abject. La transparence et la nudité ainsi exposées dévoilent l'abjection c'est-à-dire l'animalité et l'informe en nous. Elles nous renvoient à l'en-deçà du processus civilisateur. Je désigne comme originnaire la honte qui accompagne le dévoilement du négatif cloacal en l'homme.

La situation de grande exclusion fait voler en éclat les distinctions humanisantes nécessaires entre l'intime et le social. Il n'y a pas d'intimité possible lorsqu'on sait tout de soi, lorsqu'on est constamment sous le regard - même bienveillant - d'autrui. Toute démarche est assistée et accompagnée, plaçant le sujet en position de passivité. Il n'y a pas d'espace en lui où il pourrait se réfugier. La profondeur

et les différenciations psychiques subissent une sorte d'écrasement : tout est égal et immédiatement visible. Une des seules échappatoires à l'emprise du regard social consiste à nouer des liens étroits avec un objet ou un animal d'agrippement en charge de contenir les décombres de l'intimité. L'objet et l'animal d'agrippement abritent les restes d'humanité à la périphérie du sujet en situation d'exclusion. Le corps perd en même temps ses fonctions de « socle » et de noyau intime. Il est à la fois exhibé et délaissé sans que le sujet se sente affectivement engagé dans un lien d'appartenance à ce corps.

Par ailleurs, les sujets en situation d'exclusion sont confrontés, en dehors des temps spécifiques avec les professionnels, à l'absence de regard chez l'autre semblable. Ils sont ignorés et rencontrent le plus souvent mépris et indifférence.

(suite page 9)



*On ne peut sentir son appartenance au groupe humain que dans la mutualité des regards*

**Bibliographie :**

<sup>1</sup> Freud S. (1929) *Le malaise dans la culture*, in Œuvres complètes, Psychanalyse, Tome XVIII, Paris, PUF 1994

# Du récit privé au récit civil

**Lorsque l'on observe le fonctionnement du RMI, et plus particulièrement ses commissions locales, on peut relever un paradoxe constant autour de deux préoccupations : peut-on insérer une personne ou une famille sans préalablement bien la connaître ? Et jusqu'où peut-on exposer la vie des gens sans atteindre leur liberté ou leur intimité ?**

**Isabelle ASTIER**

Maître de conférences en sociologie, Paris 12. Chercheur associé au Centre d'étude des mouvements sociaux, EHESS/CNRS.

Entre l'exigence de connaissance pratique et l'atteinte à l'intimité, on pourrait faire une histoire de ce *seuil* par lequel une culture absorbe ce qui serait pour elle l'intérieur - soit un récit biographique donnant une prise solide aux propositions d'actions - et qui rejette quelque chose qui serait pour elle l'extérieur - justement des éléments intolérables qu'on ne peut pas mettre en récit.

## **On peut dégager trois types de récits à l'œuvre dans le dispositif RMI.**

Tout d'abord, le récit qui se forme dans les commissions locales d'insertion : ce sont les institutions qui parlent de leurs clientèles et des cas légendaires, parce qu'on les connaît directement ou par ouï-dire. Ensuite, le récit que l'on peut déduire des contrats sur les allocataires : ce sont des écrits relatant des moments biographiques ou des portraits justifiant une prescription. Enfin, les récits de vie des allocataires eux-mêmes, recueillis dans le cadre des actions d'insertion qui leur sont proposées, et qui ont le plus souvent pour fonction essentielle de leur faire raconter leur vie.

Pourquoi cette nécessité de recueillir ce que l'un ou l'autre connaît de la vie d'un allocataire, et pourquoi cette volonté, dans le cadre du dispositif d'insertion sociale, de faire raconter leur vie aux gens ? Certainement parce que l'on pense qu'en faisant le récit de sa vie, l'allocataire du revenu minimum va peu à peu réactiver les qualités qui feront de lui un individu à part entière. Peut-être parce que raconter son histoire donne une réalité à ce qui n'était jusqu'alors que de l'ordre de l'intimité, du privé, et qui n'avait donc pas d'apparence pour les autres.

L'idée que l'exclusion est la perte ou l'impossibilité d'accéder aux facteurs usuels de l'identité est encore largement partagée et travaille l'ensemble du dispositif d'insertion sociale du revenu minimum. Les allocataires du RMI sont des personnes en quête d'identité, il faut à tout prix les aider à se définir, à se situer, entend-t-on. Quels sont les arguments avancés par les acteurs de l'insertion pour démontrer que les exclus connaissent une crise des sources de l'identité ? D'abord, nous expliquent-ils, parce qu'ils ne peuvent accéder à un rôle social ou professionnel. Exclue du monde économique et social, ils sont du même coup privés des moyens de la conscience de soi. Les occasions de faire l'expérience de soi deviennent rarissimes et l'excès de temps libre font de ces hommes des *personnes sans intériorité ni extériorité*. En effet, comment un individu isolé, qui ne peut ni s'associer, ni se confronter à d'autres, un individu sans activité, sans événement dans sa vie, peut-il faire l'expérience de soi ? Par ailleurs, l'exclu se trouve comme englué dans l'excès de liberté, le trop plein de temps libre le paralyse. N'importe quel formateur vous expliquera qu'un grand pas est fait dans la réinsertion lorsqu'un stagiaire parvient à arriver à l'heure à un rendez-vous. La liste des déficits s'allonge : une intériorité défaillante, une conscience de soi chancelante, une quasi-absence de discipline de vie. Sans repère pour se raccrocher à la réalité, la tentation est forte de sortir du réel et de se créer un univers fantasmé où il soit enfin possible de vivre. C'est alors le cercle vicieux : plus l'univers est fantasmé, plus il éloigne du réel, plus l'éloignement du réel est grand, plus forte et profonde est l'exclusion, plus le recours au fantasme s'amplifie. C'est dire si l'exclusion conduit naturellement à l'exclusion de soi par soi.

## **Sous l'insertion se tiennent donc la description et le récit.**

On voit facilement qu'une certaine réflexion sur la charge historique du récit de vie, de la biographie, de la carrière, du journal intime s'impose. Plus encore, une certaine

conception de l'*expression du sujet* : parler, raconter, dire, comme aliment premier des professionnels du social, d'hommes politiques locaux et du sociologue. Se dire, n'est-ce pas accéder précisément à la parole échangée et par-là, accéder à une possible *reconnaissance* de l'individu dans ce qu'il a de plus singulier ? N'est-ce pas se constituer en *interlocuteur* qui appelle un traitement et une dignité, une collaboration infiniment précieuse pour une politique publique ? N'est-ce pas une constante de l'action publique que de construire des biographies administratives dans tous les champs, que ce soit dans le monde scolaire ou celui du chômage, de la justice, de la vieillesse ou de la pauvreté ?

Nous nous risquons à avancer que le récit de vie, une fois exposé, possède immédiatement une *force morale* qu'il acquiert au moment même où le politique s'en saisit pour lui conserver sa valeur de dette ou sa valeur d'échange. En tirant le récit privé vers le *récit civil*, n'y ajoute-t-on pas de l'horizontal, de l'égalité, de la communauté, de l'exigence, et à la longue, une certaine maîtrise des drames individuels ? N'est-ce pas là un gain majeur du Revenu qu'il faut relever ? Cette procédure d'élargissement du récit singulier vers une opinion collective, le jugement des professionnels, permet de gagner de l'approbation, de remplacer l'exil privé par un récit de conjuration : écoutons et dépassons les drames. Soit tout un travail d'écluse où les singularités montent insensiblement dans des bassins institutionnels et collectifs, alors qu'antérieurement, ils étaient confinés dans le cabinet privé de l'assistante sociale et poussés vers l'arbitraire. L'historien qui examinera l'histoire de la pauvreté au XX<sup>ème</sup> siècle retiendra sans doute comme élément non négligeable ce passage du récit privé et soumis à l'arbitraire individuel vers le récit civil, ouvertement public, remanié à maintes reprises et dont il trouvera la trace écrite dans le contrat d'insertion. ■



# Existe-t-il une parole libre pour le réfugié victime ?

« Ne me demandez pas de rééditer par des mots ce que j'ai subi des jours, des semaines, des années durant » Daouda M. demandeur d'asile débouté.

« Tait ce que tu sais sur ce que je t'ai fait pour savoir ce que tu as fait » dit le tortionnaire.

« Si je ne sais pas tout ce qu'on vous a fait, je ne pourrai rien faire pour vous » dit le travailleur social.

« Dites-nous ce qu'on vous a fait pour qu'on sache quoi faire de vous » dit l'Officier de Protection.

« Parlez de ce que l'on vous a fait pour ne plus souffrir de ce que vous faites » dit le « psy ».

Existe-t-il une parole libre pour le réfugié victime ?

Le réfugié sait que le mot « prison » enferme, que « cigarette » brûle, que « coup » blesse et que « viol » déchire. Bien souvent, nos patients nous paraissent pris dans une nasse : à cette peur d'éprouver à nouveau la terreur, la souffrance, le dégoût... s'ajoute le doute sur leur crédibilité. Ils se taisent de peur de ne pas être crus ; piégés qu'ils sont par la stratégie du bourreau dont l'« inimaginable » violence, plus encore que les menaces, cadennasse les lèvres de la

victime sur ce qui est devenu « l'indicible ».

Qui suis-je pour l'avoir vécu, suis-je fou de l'avoir vécu ou suis-je fou de croire l'avoir vécu ? Et comment en parler sans paraître fou ? Victimes de répression en exil, ils se taisent aussi par loyauté envers leur pays, leur culture d'origine, indûment confondus dans le discours médiatique avec la violence qui les ensanglante ; loyauté envers leurs proches qui n'ont pu fuir : perdus, tués, emprisonnés ou embrigadés. Si, comme dit le travailleur social, parler permet d'être aidé, ils préféreront se taire que trahir.

Et puis... « quoi raconter ? » La fragmentation psychique<sup>1</sup> a éclaté la mémoire de l'événement. Comment raconter quand des minutes, des heures, des jours manquent ou se confondent. Quand la figure de l'agresseur s'évanouit en même temps que le patient, quand la même image insoutenable brise toute tentative d'ordonnement des idées.

Face à l'horreur totalitaire, le silence est aussi l'ultime résistance quand tous les droits sont piétinés. Lorsque le travailleur social, l'Officier de Protection ou le « psy bienveillant » interrogent dans un contexte où les droits paraissent encore improbables, le silence peut être la seule fierté, la dignité. Existe-t-il une seule bonne raison de « faire parler » une victime de torture, de violence d'état ? Un travailleur social peut-il aider un demandeur d'asile à étayer son dossier sans le charger d'éléments « vécus » ? L'Officier de Protection de l'OFPPRA<sup>2</sup> est-il en mesure d'instruire la grande majorité de ses dossiers sans précisions sur les sévices endurés ?

Peut-on soigner le traumatisme sans le récit du traumatisme ? Peut-on se forger une conviction sans avoir tous les détails d'un acte barbare ?

Lors de formations que nous orga-

nisons pour les travailleurs sociaux et psychologues des foyers d'accueil, ou pour les personnels de l'OFPPRA, nous sommes souvent surpris par la puissance de ces croyances qui brident l'efficacité et la créativité des intervenants. Notre objectif est alors de les aider à identifier les niveaux d'informations indispensables à leur travail spécifique, sans se laisser piéger par la fascination qui amplifie la propension exhibitionniste de certains demandeurs d'asiles, ou par la surdité, qui entre en résonance<sup>2</sup> avec le mutisme protecteur que s'imposent les patients.

En particulier, il nous semble que le thérapeute doit pouvoir se passer du récit. Commencer une première séance par la question « que vous est-il arrivé ? », c'est s'accorder avec le patient sur la croyance qu'il n'est plus rien qu'une victime. La thérapie est d'abord l'espace où se retrouve le sentiment d'appartenir à l'humanité, d'être « sujet » de son histoire, plus que le lieu d'une hypothétique réparation du traumatisme. L'expérience vécue que la liberté de se taire - indispensable à la liberté de parole -, et que la confiance réciproque sont encore possibles, nous paraît l'enjeu principal de la thérapie. C'est aussi le bénéfice trop peu reconnu, nous semble-t-il, d'un entretien à l'OFPPRA mené avec tact, respect et dans le strict cadre de la Convention de Genève.

Nous pensons qu'un travailleur social qui accepte de ne pas tout savoir et de ne pas tout comprendre, qui échappe au besoin compulsif de partager le secret professionnel avec l'ensemble de ses collègues, crée un cadre de travail « thérapeutique ».

C'est dans le paradoxe qui consiste à ouvrir le dialogue sans chercher à savoir, qu'il existe une place accueillante pour le réfugié. Le récit de son histoire, fragment de l'Histoire, ne sera plus dès lors « exposition » mais révélation. ■

**Pierre DUTERTE**  
Médecin Directeur de l'association Parcours

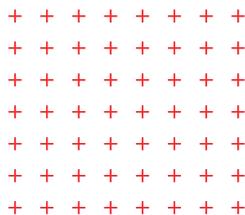
**Sokhna FALL**  
Thérapeute familiale

\* Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides.

**Bibliographie :**

<sup>1</sup> Ferenczi Sandor, *Réflexions sur le traumatisme in Psychanalyse IV* - Payot, Paris, 1982

<sup>2</sup> El Kaïm Mony, *Si tu m'aimes, ne m'aime pas : approche systémique et psychothérapie* Paris, Seuil, 1989



# Restaurer un espace privé

Les situations de précarité favorisent le développement d'une dépendance vis à vis des systèmes d'assistance médicale et sociale. Or ces systèmes, aussi généreux soient-ils, sont à ramifications multiples et gagnent de nombreux domaines de la vie de l'individu. Les démarches en vue d'obtenir des allocations ou une aide au logement, à l'alimentation, au transport nécessitent des justifications qui obligent le sujet à étaler partout sa situation.

**Sidney COHEN**

Praticien hospitalier,  
coordonnateur  
du P.A.R.I.  
(Psychothérapie,  
Application, Recherche,  
Intersectorielle), structure dépendant du  
Centre Hospitalier de  
Saint Egrève (Isère).

Les enquêtes sociales, les bilans médicaux sont alors autant de regards portés sur la vie privée sous divers angles et qui tendent à déposer le sujet de sa vie intime.

La question est complexe car on ne voit pas comment les organismes d'aide pourraient se dispenser de ce regard, comment on peut éviter que le sujet ne soit pris dans les filets d'un « réseau » qui vise pourtant à le soutenir. Cette sorte d'invasion entre, de plus, en résonance avec ce que le sujet développe devant le poids de sa réalité, une certaine évacuation de sa subjectivité au profit du souci d'assurer la survie, d'assumer le quotidien précaire.

S'en suit un véritable mode d'être où domine une identification au « cas social » qu'il est au regard des autres, à son statut d'« ayant droit ». Cela a été perçu par certains intervenants de l'action sociale et a été un des motifs de sollicitation envers le « psy ». Car telle est bien là une des figures de l'exclusion, **l'exclusion hors de soi**. Un mode opératoire devient prééminent au détriment d'une dimension plus subjective. Combien de fois voyons-nous des sujets se présenter à nous par le biais d'un certificat, nous exposer dans les moindres détails la réalité très actuelle de leur situation et faire état des démarches qui meublent leur quotidien, ils viennent en quelque sorte rendre des comptes comme ils le font dans divers lieux de leurs démarches.

Comment recréer donc les condi-

tions d'une **réouverture sur cette subjectivité**, comment faire en sorte que le sujet réinvestisse son monde interne ? On pense bien sûr au recours à un abord psychothérapique psychanalytique, en tant qu'il vise, outre sa fonction d'aide ou de soutien, à reconstruire, de par le travail exploratoire qu'il constitue, un espace interne, celui de la vie intime, de l'image de soi, la perception de ses désirs secrets, ses angoisses, ses conflits, ses manques, bref ce qui fait partie de la subjectivité. Il privilégie le travail sur ce que l'on appelle la réalité psychique plutôt que celui devenu trop exclusif de la réalité extérieure.

Réintroduire cette dimension est évident. Les sujets qui viennent à

Je pense à une personne qu'une assistante sociale de secteur m'avait adressée en raison de sa grande inertie face à sa situation de sans emploi et son incapacité, depuis plusieurs mois, à entreprendre la moindre démarche pour régler ses problèmes sociaux. Les premiers entretiens ne consistaient au départ que dans un exposé, sur un mode anecdotique, de sa situation chaotique du point de vue de son travail, de ses passages en foyers, les séparations etc... Or un jour, dans le fil neutre et informatif de son discours, elle évoqua une ménopause précoce qui avait été diagnostiquée quelques mois auparavant. Ce propos avait été tenu de façon si anodine qu'il avait quasiment échappé à mon écoute.



 *Réinvestir son monde interne*

nous soit n'en ont parfois aucune perception, soit ne se sentent pas le droit d'en faire état. Ils viennent parfois faire une démarche de plus, s'attendent à recevoir conseils et recommandations. Ils découvrent alors avec surprise que l'écoute offerte ouvre un espace tout à fait inattendu. Ceci nous a amenés à beaucoup réfléchir sur **la rencontre** et ses modalités particulières dans un contexte où les sujets, tout en étant en détresse, ne sont pas vraiment demandeurs, faute d'en percevoir la nécessité, d'une exploration personnelle.

Je le repris toutefois en insistant sur le fait que cela pouvait avoir de l'importance et sur ce qu'elle en éprouvait, elle exprima alors une vive émotion et me révéla le sentiment de catastrophe que cela provoquait en elle, femme de 34 ans qui n'avait pas d'enfant. Jusque-là il n'avait pas été de mise, ou bien l'opportunité n'avait pas été donnée, d'en parler. Evoquant sa vie de femme, elle fut amenée à parler de toutes les mutilations qu'elle avait subies dans son enfance (viol, inceste) et put dérouler le long fil de sa vie durant un travail d'assez longue durée.

## Restaurer un espace privé (suite)

Cet exemple montre en quoi, devant ces situations, il paraît important de travailler sur une attitude bien plus active que la position classique d'écoute en allant chercher cette dimension perdue de la subjectivité, en questionnant sur l'éprouvé, les pensées intimes que le sujet ne s'autorise pas à formuler tant le registre de la réalité a pris le pas.

Une autre dimension du problème est que la psychothérapie paraît de prime abord appartenir au domaine privé de la pratique libérale et que s'y engager implique déjà pour le sujet une certaine appropriation de ce domaine. Beaucoup de gens ne feront jamais directement une démarche dans un cadre privé, même en cas de remboursement par la sécurité sociale, tout un monde auquel ils ne se sentent pas le droit

d'accès, ce qui est encore un autre avatar de l'exclusion.

Il y a certes une place incontestable pour ce travail dans l'espace public. La psychothérapie s'y pratique bien sûr depuis fort longtemps. Le problème est qu'elle se pratique bien souvent dans un cadre insuffisamment différencié du reste de l'action médico-sociale, un cadre que le sujet ne pourra vraiment identifier comme d'un tout autre domaine que ceux auxquels il s'est adressé jusque-là. Ici se trouve une véritable difficulté : les psychothérapies, dans le domaine public, sont bien souvent engagées dans des lieux marqués par leur polyvalence, où les salles d'attente sont souvent des

lieux de circulation, de rencontre, où le sujet s'expose de nouveau au regard des intervenants multiples et ceci risque d'engendrer un sentiment d'intrusion de plus.

Ce problème nous a amené à créer une structure exclusivement psychothérapique publique qui, se mettant résolument à l'écart de toute action médico-sociale, offre un espace relativement clos, à la manière dont se définit la vie privée. Cela n'a pas été sans mal, l'idée de continuité du soin, de réseau, de secteur semblait mal s'accommoder de l'existence d'un tel lieu de repli, de relatif éloignement, qui garde son secret. C'est pourtant une idée qui s'est imposée avec le temps dans la mesure où nombre d'intervenants ont perçu à l'usage la nécessité pour le service public de se doter de cet espace spécifique. L'importance de la demande dont nous faisons l'objet et la place qu'a pris ce centre dans la cité (auprès de multiples institutions sociales) démontrent bien à quel point il existe une attente. ■

## La double transparence et la honte (suite)

Cette absence de mutualité dans le regard de l'autre, cette disparition de la fonction « miroir » dans la rencontre avec l'autre humain finit par contaminer le lien de soi à soi. Lorsqu'un sujet se heurte répétitivement à l'indifférence il finit par être indifférent à lui-même. On ne peut sentir son appartenance au groupe humain que dans la mutualité des regards.

La grande exclusion implique par conséquent une double transparence du sujet : d'une part l'autre sait tout de lui, il n'y a pas de domaine caché ; d'autre part il n'existe pas face aux autres, il n'est pas vu et l'indifférence règne. La honte est alors omniprésente : l'essentiel de soi est d'un côté trop visible et de l'autre dénié. Cette honte est le plus souvent non éprouvée en personne propre. Elle est diffractée, ressentie par les professionnels et donne le sentiment que le sujet désocialisé est éhonté. De ce point de vue, le livre de

Patrick Declerck<sup>2</sup> situe clairement les enjeux de la double transparence et ses effets sur le narrateur et le lecteur.

Si la honte originaire accompagne le dévoilement d'un en deçà du processus civilisateur, si elle signale un rejet hors de la communauté, elle est aussi en contrepoint ce qui permet de renouer le lien intersubjectif. La capacité d'éprouver la honte *avec* un autre semblable et non de façon solitaire, la possibilité d'en parler avec lui forme alors un des enjeux du travail d'accompagnement. Mais on mesure aussi combien cet éprouvé de honte peut être potentiellement dévastateur. Qu'il s'agisse de la construire ou de la réintérieuriser, la honte ne peut tenir sa fonction de gardien du négatif cloacal que par le nouage des liens communautaires. La disparition de la double transparence suppose la construction puis la continuité d'une

mutualité des échanges avec l'autre semblable.

Tout ce qui nous rapproche du négatif cloacal est facteur de honte. L'être humain a besoin de remparts partagés collectivement pour s'assurer au quotidien de façon psychiquement organisée de sa qualité d'homme.

Mais les barrières conquises par le processus de civilisation sont fragiles et des événements comme les guerres, les états traumatiques ou les situations de grande exclusion sont susceptibles de les balayer, faisant apparaître au grand jour ce qu'elles ont habituellement pour fonction de dénier. L'humain est alors nu mais cette nudité n'est pas couverte par le regard de l'autre semblable. Si la honte est une souffrance de et dans l'intersubjectivité, elle est aussi garante du travail d'humanisation quotidien et de notre appartenance à la communauté humaine. ■

### Bibliographie :

<sup>2</sup> Declerck P. *Les naufragés*, Paris, Plon, 2001

# Questions éthiques autour du travail en réseau et des praticiens : secret professionnel et secret partagé

**Les applications du droit dans la santé sont fortes mais naissantes, et il reste beaucoup de domaines pour lesquels nous en sommes à des interrogations. Le droit est présent, mais c'est un processus en cours d'affirmation. J'entends parfois « pour ce qui est de la santé mentale, le droit ne dit pas tout ; nous sommes les oubliés du droit et de la loi (du 4 mars 2002) ».**

**Gilles DEVERS**

Avocat, Lyon  
Rédacteur en chef de la  
Revue « Droit,  
Déontologie et Soins »

Et bien, c'est plutôt une chance d'avoir à disposition tout ce qu'il y a de bon dans la loi, c'est à dire l'intention du législateur, sans trop de modalités pratiques, de telle sorte qu'il y a une véritable part pour la réflexion et pour la création, un travail d'adaptation indispensable dans une société complexe qui témoigne véritablement d'une préoccupation pour la personne.

## Le secret Une définition pénale

En droit, le secret renvoie à une notion très forte. C'est la seule règle de nature déontologique qui soit définie en tant que telle dans le code pénal.

Alors pourquoi cette protection ? La règle est inhérente à l'acte de soin. Le droit a toujours pensé que l'acte de soin justifiait les confidences. Et qu'il ne peut pas y avoir de confidences s'il n'y a pas de confiance. Pour qu'il y ait confiance, il faut le secret. On fait échapper à la connaissance sociale des éléments parce que c'est la clef de la relation de soin : sans confidences, il ne peut y avoir de relation de soin.

## Droit et pratique

Le secret fait partie de la vie professionnelle. On doit en connaître les modalités ; mais avant cela, le respect du secret repose sur une véritable conviction qui se situe au niveau de ce qu'un citoyen doit savoir. Nous vivons dans un régime de droit, qui est la démocratie. Le propre de la démocratie, c'est le droit dont tout le monde

peut se saisir. Dans cet esprit, les soignants sont les premiers défenseurs du secret professionnel parce que ce sont eux qui en gèrent les données. Notion fondamentale parce que définie par le code pénal, sanctionné en tant que tel, le secret professionnel est largement soumis à leur appréciation. Les recours pour violation du secret professionnel sont rares. Quand le secret professionnel est violé, la victime est souvent absente ; de plus, ceux qui sont témoins de cette violation de la loi ont d'autres soucis que d'aller saisir le Procureur de la République ; et quand une personne est victime de la violation du secret professionnel, elle est en général happée par d'autres préoccupations, parfois plus vitales et plus immédiates ; elle reste atteinte, mais elle passe outre.

## Les limites

Une fois posé le principe du secret - le secret correspond au choix social de faire primer le soin et la relation intime -, il faut évoquer les limites à ce secret, dont trois principales :

- Le secret n'est pas un devoir pour le patient. Le secret ne lui est pas opposable ; le patient en fait ce qu'il en veut.
- La loi définit le secret. Elle peut en fixer des limites. Il faut connaître les exceptions légales et les respecter.
- L'informatisation a pris place dans la santé. Elle renvoie à une grande loi de 1978, dite « informatique et liberté » instituant la CNIL et les contrôles des fichiers. S'agissant de l'utilisation des fichiers, en psychiatrie, vis-à-vis des mineurs en particulier, il reste des points à discuter qui font parfois l'objet de prises de position très discordantes.

## Le secret partagé

### Les problématiques

● L'objet du secret, c'est la défense de la qualité du soin. Le soin, la prise en charge, supposent un tra-

vail en équipe, donc un partage du secret. Mais il ne peut être partagé que dans la stricte limite de ce qui est indispensable, et au sein du cercle le plus étroit des professionnels concernés. Il n'est pas nécessaire, en pratique courante, d'obtenir un engagement écrit, garantie contre d'éventuels recours. Le fait de s'adresser à un praticien qui exerce en équipe légitime le partage du secret.

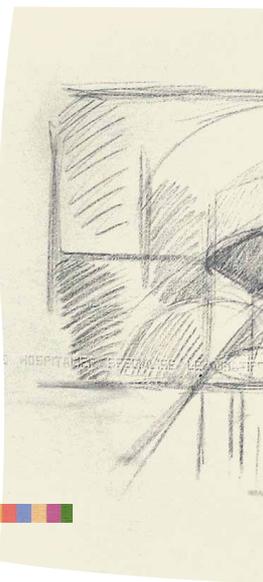
● Ce secret n'est partagé que dans le cadre de cette prise en charge et strictement. Il n'existe pas de secret partagé au sein de la communauté médicale, au sein de la communauté des travailleurs sociaux, au sein de la communauté des psychologues...

● La loi définit le secret uniquement par rapport aux confidences et non pas par rapport aux professions. On évoque parfois le secret médical. C'est une petite branche du secret professionnel. Médecin, infirmier, travailleur social, avocat, prêtre, banquier... : tous sont soumis au même texte. Est tenu au secret celui qui par profession reçoit des informations sous le sceau de la confiance. Et là commence un véritable travail d'analyse : chaque professionnel doit penser le secret professionnel par rapport à l'objet fondamental de sa mission. Un aide-soignant n'a pas le même secret professionnel qu'un médecin, et l'un n'englobe pas l'autre. Entrer dans le secret partagé, c'est passer des frontières, ce qui suppose discernement et prudence. La règle du droit, certaine en son principe, renvoie à une analyse critique : jusqu'où est-il admissible de l'élargir au regard des nécessités du travail en équipe ?

## Le cadre légal

Que dit la nouvelle loi : « Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins, a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

(suite page 11)



\* Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

## Questions éthiques autour du travail en réseau et des praticiens : secret professionnel et secret partagé (suite)

*Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne, venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes.* » Tout le réseau professionnel est concerné. Le secret s'impose à tout professionnel de santé ainsi qu'à tous les professionnels de santé intervenant dans le système de santé. Ensuite, vient le secret partagé :

« Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. »

La clé est le sens d'un juste travail en équipe. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe. Lorsque l'équipe est clairement identifiée, la loi crée une présomption de partage du secret. Quand l'équipe est moins identifiable, il faut que la personne soit avisée. Elle peut libérer de ce secret à partir du moment où elle accepte qu'il y ait ce partage. La logique veut qu'elle soit dûment informée. L'objectif de la loi est le meilleur accès à la santé. On est clairement dans une logique de service public qui doit concilier avec les libertés individuelles. Une personne a la possibilité de refuser que son nom soit communiqué. Le souci d'anonymat est prévu par la loi.

### Protection et dénonciation

#### Protection

S'agissant des maltraitements, deux notions sont trop souvent confondues. Ce qui est demandé à toute personne, quelle que soit sa pro-

fession, quel que soit son secteur d'activité, qu'elle soit en situation professionnelle ou non, c'est l'obligation de protection, sanctionnée par la non-assistance à personne à danger. On doit tout faire pour que le risque de l'agression prenne fin. Des équipes médicales ont été condamnées, et ensuite sont allées « pleurnicher » devant le Conseil de l'ordre en expliquant qu'elles avaient essayé de gérer des situations de suspicion de maltraitance. C'est là un choix impossible. La maltraitance, c'est aussi l'isolement, la crainte, la privation de soin. Dès qu'il y a suspicion de maltraitance, la règle est claire : on fait tout pour extraire la personne de ce milieu dangereux. Il n'y a là aucune référence ni au secret professionnel, ni à l'obligation de réserve, et la non-assistance à personne en danger est considérée comme une infraction volontaire, c'est à dire avec intention coupable.

#### Dénonciation

Ensuite, vient l'autre choix : la dénonciation des faits - et non des personnes, ce serait de la délation - mais il n'y a pas d'obligation de dénonciation pour les personnes soumises au secret. Pour les personnes tenues au secret, on doit distinguer l'obligation de protection et la faculté de dénonciation. La dénonciation engendre un processus pénal qui est celui de la recherche du coupable pour parvenir à sa condamnation. La logique de la protection est différente. On protège, c'est-à-dire que l'on ne prend pas le risque que la violence dure un jour de plus.

Il y a rarement urgence à dénoncer, sauf dans des hypothèses limitées où, du fait d'un environnement hostile, de moyens d'intervention très légers, il n'existe pas d'autres solutions pour mettre fin au risque. Si on agit de la sorte, il faut clairement assumer que l'on a passé un seuil. Le jeu de la dénonciation, ce n'est pas seule-

ment de dénoncer les faits parce qu'il faut poursuivre le coupable, c'est aussi rétablir la victime dans son histoire, dans ses droits. Donc, ce sera beaucoup plus intéressant quand elle prendra elle-même l'initiative de dénoncer. Elle le fera quand elle aura été mise à l'abri, quand elle aura commencé à se restaurer, quand un avocat lui aura expliqué ce que c'est que la plainte et qu'est-ce qui est susceptible d'arriver, quand elle aura compris qu'elle n'est pas fautive d'être victime, que porter plainte contre le père va conduire la mise en détention du père, qu'il n'y aura plus de paie à la maison, que la maison va être vendue, que les frères et sœurs vont aller ici ou là... La victime peut ressentir comme une épreuve l'engagement prématuré de la procédure. Pour des faits de viols, le délai d'action est de dix ans. On peut attendre 15 jours, trois semaines ou un mois. Sur ce plan, la première option est vraiment de bien distinguer les deux.

Ensuite, s'agissant des liens avec le secret, la loi distingue deux situations :

- quand il y a mauvais traitements, de toute nature, sur des personnes en état de fragilité, toute personne peut dénoncer auprès de toute autorité.
- quand il s'agit d'agressions sexuelles, seul le médecin dénonce au Procureur de la République et avec l'accord de la victime. Pas pour un mineur, parce qu'il est à ce moment là dans le premier cas qui est celui des personnes qui ne sont pas en état de se protéger elles-mêmes. Ces règles figurent explicitement dans le code pénal. ■



# Secret et partage, une « bienheureuse insécurité »

**Christian MULLER**

Psychiatre de secteur Vallée  
de la Lys, EPSM Lille  
métropole.

**La pratique de psychiatre de secteur, celle que nous avons voulue, promue et développée sur le terrain avec nos partenaires, nous expose au risque de conflits d'intérêts contradictoires. Le reproche majeur, peut-être le plus fréquent, concerne le « sacro-saint secret médical », lorsqu'il s'agit d'aborder les conditions de son « partage » et ses restrictions. Nous sommes ainsi confrontés d'emblée à une radicale mais salutaire ambiguïté dont nous avons à revendiquer d'être les porteurs.**

**« Vous vous réfugiez dans le secret médical et rien n'avance... ».**

Voilà l'une des dernières remarques, un vendredi de septembre 2003, faite par une responsable de CCAS et le secrétaire général de la même mairie, alors qu'ils se trouvent en face de difficultés du ressort de la police.

Le reproche nous est fait avec d'autant plus de vigueur, que nos deux correspondants sont très souvent sollicités pour la tenue de notre « commission santé » dont nous avons ardemment souhaité la mise en place.

Notre refus de divulguer ce qui doit demeurer sous le sceau du secret est vécu ici sur le registre de la « trahison », comme d'un abandon de poste sur le front du partenariat, entachant par ailleurs notre crédibilité. L'alternative qui nous est proposée semble être un choix entre l'intérêt général (mairie, CCAS, etc...) et l'intérêt individuel du sujet supposé patient. En d'autres termes, quitte à trahir, trahissez celui qui est seul, qui pose problème, qui est violent, etc..

Le secret médical, s'il est connu de nos interlocuteurs de secteur - ils sont eux aussi patients potentiels de leurs médecins traitants et en bénéficient - ne s'imposerait plus lorsqu'il s'agit de la folie. De « général et absolu » il ne deviendrait ni l'un ni l'autre, d'autant que la liste des dérogations et révélations obligatoires en fragilise le caractère massif.

Ce qui est fermement revendiqué par la population devient très relatif quand il s'agit de « maladie

mentale »... Nos partenaires se trouvent en face d'une notion diffuse, un peu obscure et vécue comme de défense catégorielle, aux contours flous et à géométrie variable. Nous sommes perçus « aux abonnés absents », comme complaisamment baignés dans une ambiance « hippocratique », certes universelle, mais un peu désuète à leurs yeux, et franchement démissionnaire...

Oui, le secret est un manque flagrant de « transparence », témoin de « dysfonctionnement » du secteur, il ne colle pas au nouveau langage infiltrant le discours social. Il résiste, comme un roc inexpugnable, aux certitudes et aux simplifications déshumanisantes. Pire, il ne se partage pas, ou si peu : la notion de secret partagé n'a pas de valeur légale<sup>1</sup> et la circulaire du 20 avril 1973 en fixe des limites étroites : le personnel médical et para-médical, si le partage est « nécessaire aux soins, pertinent, et non excessif » dans le respect de l'intérêt du patient et effectué avec son accord.

Il ne peut être question de partage du secret avec nos partenaires quotidiens que sont les équipes municipales, les CCAS, les associations de curateurs, les tiers divers que nous rencontrons chaque jour. Ceux-ci sont très souvent surpris d'apprendre que nos collègues médecins eux-mêmes, quant ils ne sont pas en charge du patient, ne doivent pas être destinataires d'informations le concernant.

C'est là que commence notre travail « d'acrobate » de secteur d'autant qu'il y a une réelle demande de travail en commun, d'y comprendre un peu quelque chose, dans une sorte de pédagogie du secteur où l'on sent que les représentations de la « psychiatrie » seraient prêtes à vaciller. Mais il y a le secret et notre obstination à ne pas partager. Doivent-ils s'en plaindre et nous en plaignons-nous ?

Il importe au contraire que nous quittions la scène à ce moment précis où surgirait le risque de la collusion, de la complicité facile, de la

naissance d'un monstre issu du croisement contre nature du secteur et de son territoire.

Les gens y tiennent, comme vous et moi, au secret médical, même s'il n'existe plus aujourd'hui que comme une catégorie du secret professionnel. Mais il ne se conçoit que dans l'ambiguïté, par le simple fait qu'au contraire du mystère, il porte en lui la possibilité de sa révélation et qu'il peut donc être trahi, faire de ses détenteurs éventuellement des traîtres. Autant se dire qu'aucun texte ne permettra jamais de l'envisager avec un sentiment de sécurité<sup>2</sup>. Pour convaincre de la légitimité de notre position, nos justifications pourraient être à jamais impuissantes. Le secret est un silence, un vide de paroles puissant et créateur.

Il est l'un des avatars d'autres secrets constitutifs de l'être humain, du Moi profond, dans un enchaînement kaléidoscopique infini. En fait, présentons le droit au secret pour ce qu'il est, c'est à dire comme une liberté face à un devoir, celui de le garder comme une reconnaissance de dignité. On ne comprend rien à notre civilisation si on ne pose pas d'abord qu'elle est « une conspiration contre toute espèce de vie intérieure ».

Gardons-nous de l'oublier, alors que nous défendons une psychiatrie au milieu des gens, donc de nous-mêmes.

Autrement dit, en matière de secret, restons... partagés. Tant que nous sera reproché légitimement le « refuge » du secret, peut-être pouvons-nous faire l'hypothèse que nous tenons le bon cap, que nous traçons la bonne route dans un monde incertain.

Préservez donc ce cadre pas trop strict qui fait que ça reste vivant, constamment en tension avec nos interlocuteurs, toujours problématique, jamais harmonieux, mais souvent dans le conflit, parfois évité de justesse, espérons-le. Nous oeuvrerons ainsi à la lente évolution de la représentation sociale de la psychiatrie ni persécutrice ni indifférente à son temps. ■

\* Bernanos (cité par L. Guirlinger à la Journée nationale du Gemq Nantes 1997).

Un sondage CSA faisait état en 2001 que " 80% des Français estiment qu'il est absolument nécessaire de respecter le secret médical " avant même le secret de la confession (72%) et celui de l'instruction (70%) - Le Télégramme de Brest du 23 02 01.

#### Bibliographie :

<sup>1</sup> Liliane Duserre DIM CHRU Dijon et François André Allaert (La revue du praticien, médecine générale, tome 16 n°559 du 14 janvier 2002).

<sup>2</sup> Watts A., *Éloge de l'insécurité*, Petite Bibliothèque Payot N°449

## La question de la transparence dans la prise en charge « pluri-institutionnelle »

**Serge COMBALUZIER**

Maître de Conférences en Psychopathologie, UFR de Psychologie, Université de Roen.

Pendant longtemps, j'ai exercé dans deux centres d'hébergement et de réinsertion sociale, dans une clinique spécialisée dans les troubles liés à l'alcool et dans une équipe de psychologues assurant des soutiens psychologiques au domicile de patients séropositifs en très grande souffrance, physique, psychologique ou sociale. Cette pratique m'a confronté au quotidien à la question de la transparence et du secret car il n'était pas rare que les prises en charge, dans ces différents secteurs, se succèdent.

Le positionnement que j'ai adopté avec mes patients, comme avec mes collègues de travail, a toujours été de jouer la carte de la transparence, dans le sens d'énoncer des règles claires\* : j'ai toujours dit à mes patients, lorsqu'ils risquaient de me rencontrer dans l'un ou l'autre des dispositifs, que j'y intervenais, leur proposant, s'ils le souhaitaient, d'assurer la continuité du suivi psychologique ; par contre, j'ai toujours dit à mes collègues de travail que je ne dirai rien concernant les autres suivis. Concernant le VIH, le secret est de règle. Il est même sous-tendu par des dispositifs légaux. Mais, concernant la précarité, aucun texte de loi n'interdit de dire de quelqu'un qu'il est pauvre. Le code de déontologie des psychologues permet d'asseoir une pratique. Dans les principes généraux qu'il définit en Titre I, il est précisé que « le psychologue préserve la vie privée des personnes en garantissant le respect du secret professionnel, y compris entre collègues. Il respecte le principe fondamental que nul n'est tenu de révéler quoi que ce soit sur lui-même », y compris la situation sociale.

**Transparence et travail de réseau**  
Plusieurs années d'exercice dans des institutions « partenaires » ont contribué à affirmer mon positionnement, et mes employeurs en convenaient : ces deux activités

devaient rester bien séparées et ne souffrir ni l'une, ni l'autre, de quelconques interférences. J'étais au service des usagers du CHRS et des patients de la clinique et s'ils étaient d'accord, dans la mesure du possible, je pouvais assurer la continuité des soins psychologiques. Il n'était pas question que j'use d'une éventuelle influence pour accélérer l'entrée des personnes dans l'un ou l'autre des services, ni encore moins que je fasse à l'un le bilan du séjour effectué dans l'autre institution.

Ainsi, je ne procédais jamais en CHRS à des entretiens d'admission de personnes que je connaissais du centre d'alcoologie ; une fois leur admission prononcée par l'équipe, je pouvais, bien évidemment, les rencontrer en individuel, à leur demande. Dans le centre d'alcoologie, je n'avais pas dans mes groupes de parole de personnes orientées par le CHRS ; je pouvais, là aussi, les rencontrer, à leur demande, en individuel, pour assurer la continuité d'un travail psychothérapeutique déjà commencé.

J'ai ainsi pu trouver un équilibre entre ces deux pratiques, apportant mes compétences et mon savoir-faire à ceux qui demandaient mes services, n'interférant pas dans les prises en charge de ceux qui ne me le demandaient pas.

Cet équilibre était la position qui me semblait la plus stable ; l'expérience m'a montré qu'il résistait mal à l'intrusion de certaines réalités cliniques.

Plusieurs situations se sont avérées délicates. Elles peuvent se regrouper en deux catégories qui, après analyse, résultent d'attaques contre le cadre.

**« Tu aurais pu nous le dire »**

J'ai souvent entendu cette phrase, lors de réunions d'équipe où



émergeaient des éléments provenant d'une autre des institutions qui avait accueilli un patient ou un usager.

**« Il faudrait qu'on fasse un staff »**

J'ai souvent proposé que soit organisées des réunions entre les différents partenaires afin que l'on puisse mettre en commun un certain nombre d'éléments importants dans la prise en charge des personnes afin qu'il puisse y avoir une orientation commune, une harmonie. Ainsi, lorsque le secteur social se heurte à l'alcoolisme et que l'alcoologie se heurte à la précarité sociale, il faut peut-être qu'un dialogue s'instaure entre ces deux pôles afin que les conséquences de ces injonctions institutionnelles, par trop paradoxales, puissent être limitées.

### Conclusion

Exercer en tant que psychologue clinicien dans des institutions partenaires est assez difficile. Cela demande que la pratique s'appuie sur deux pierres d'angle : d'une part, il me semble important de jouer la carte de la transparence vis-à-vis des patients, d'autre part, il m'apparaît nécessaire de soutenir auprès des collègues de travail que l'on est tenu au secret. Cette situation peut s'avérer parfois inconfortable ; des réunions rassemblant les différents intervenants peuvent alors permettre de sortir d'impasses inhérentes à ce type de pratiques. L'objectif principal étant de permettre au sujet de pouvoir articuler, seulement s'il le désire, les différents types de prises en charges qui lui sont proposées. ■

\* NDRL  
Cette transparence concerne les règles de fonctionnement et renvoie à ce que André Carel met du côté du « public » (cf page 15).



## Le double impératif de la protection du secret et du partage de l'information

Interview réalisée avec l'équipe de la PASS\* et des partenaires du réseau Santé Précarité de Chambéry (Savoie)

**Bruno DE GOËR**  
Médecin hospitalier  
coordinateur de la PASS

**Jocelyne ABONDANCE**  
Infirmière réduction des  
risques, le Pelican

**Marie-Dominique PRÉVOT**  
Assistante sociale CCAS.  
Ville de Chambéry.

**Anne-Frédérique GRANGE BERNARD**  
Assistante sociale de la  
PASS

**Hervé COURTEMANCHE**  
Cadre infirmier, centre  
hospitalier

\* Les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ont été mises en place dans le cadre des Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins de santé (PRAPS). Ce sont des cellules de prise en charge médico-sociales destinées à faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier en lien avec les réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Elles ont également pour fonction d'accompagner ces personnes dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits sociaux et doivent organiser la continuité des soins à l'issue d'une prise en charge hospitalière. Au centre hospitalier de Chambéry, la PASS est en place depuis 3 ans mais cette dynamique est en œuvre depuis 1996.

Nous avons rencontré cinq professionnels du soin et du travail social participant au réseau Santé Précarité de Chambéry. Ce réseau de pratiques s'articule autour d'une PASS. Il associe service hospitalier et dispositifs sociaux divers (réduction des risques, équipe de rue, UDAF, Centre d'hébergement d'urgence, divers foyers...).

D'emblée, la thématique du secret et de la transparence a été en phase avec les préoccupations concrètes des participants qui se sont félicités de cette occasion offerte pour revenir sur les règles d'éthique dans leurs pratiques.

La question de la protection de l'intime de la personne, préoccupation partagée et réaffirmée par tous, renvoie à la déontologie propre à chacune des professions. La discussion s'est engagée selon deux perspectives :

➤ **Lorsque les professionnels se placent du côté de l'institution hospitalière**, ce sont les relations au sein de « l'équipe de soins » qui sont d'abord examinées.

« On est très demandeurs d'infos venant de l'extérieur (services sociaux, familles, etc.) concernant les personnes précarisées car la pratique hospitalière est très orientée vers le soin et la question de la vision globale de l'itinéraire de la personne est pour nous importante » précise H. Courtemanche.

Cette vision globale, cette possibilité de comprendre le parcours du patient semblent permettre aux équipes « d'humaniser » la relation et la personne tout en pouvant s'identifier à ses malheurs ou aux épreuves subies. A titre d'exemple, la connaissance d'un accident professionnel à l'origine de la galère d'un patient a permis à l'équipe de « donner une intelligibilité » à ce qui n'était jusqu'alors que très peu compréhensible, voire insensé.

Par ailleurs, la pratique en équipe met les différentes professions hospitalières à l'épreuve du dossier donc de l'écrit. Parce que l'information écrite demeure longtemps, les intervenants insistent à la fois sur son intérêt professionnel mais aussi sur le fait qu'une appréciation disqualifiante peut durablement stigmatiser un patient. Ainsi, A.F Grange se souvient de l'appréciation d'un médecin qui, il y a 20 ans, avait écrit d'un patient qu'il était « une loque » : ce qualificatif stigmatisant est longtemps resté « collée à sa peau » lors des hospitalisations successives...

➤ **Lorsque les professionnels se placent selon une pratique de réseaux**, ce n'est pas l'écrit qui prime, mais l'échange d'informations données oralement.

Bien sûr, là encore, la question du secret est mise au travail.

« Cette question se pose en permanence sur le terrain » précise le Docteur B. De Goër, « mais elle se pose dans un contexte qui n'est plus seulement celui d'une équipe constituée, mais d'inter-partenariat. S'il n'y a pas d'échange entre professionnels du soin et du social, chacun va faire son propre projet, il y aura alors un écartèlement entre des projets multiples », insiste t-il.

Cet impératif de partager de l'information sur les « projets », fait apparaître d'autres questions : comment faire pour savoir ensemble quelle est la priorité et la volonté de l'usager ? De plus, lorsqu'un choix est fait, en accord avec la personne, la promesse de sa réalisation doit être tenue par l'ensemble des acteurs du réseau. Une éthique particulière au réseau engage les professionnels à la réaliser. Pour exemple, rapporte J. Abondance, « un tuteur amène à l'hôpital un patient qu'il avait délogé d'un garage, équivalent d'un squat. Le projet de cette personne

était de retourner dans cet endroit. Pour qu'elle accepte de se soigner et d'aller en maison de repos, il a fallu lui promettre qu'elle y retournerait. Cet engagement a permis de réenclencher les choses, et il a été tenu. Quelque temps après le retour au squat, le patient a pris conscience de cette condition impossible à maintenir dans le temps et il a été possible de repartir sur d'autres bases : une solution moins inadaptée a pu être trouvée ».

La question du réseau se conjugue alors avec un autre impératif qui est celui du nécessaire partage de l'information car, comme le dit A.F Grange, « sinon chacun se cramponne à ses missions, chacun croit que l'autre agit et finalement rien ne se fait. On ne sait pas qui fait quoi, on ne sait rien sur les limites de l'intervention de l'autre, que ce soit au niveau du logement, du soin, etc. ».

Comment rester vigilant sur ce double impératif : la protection du secret et le partage de l'information ? L'idée déjà envisagée ailleurs, d'une charte éthique de réseaux mise à la connaissance et à l'appréciation de l'usager et des divers partenaires partie prenante, ouvre une nouvelle discussion sur le niveau adéquat de formalisation d'un réseau tel que celui de Chambéry. Entre non reconnaissance et rigidification, quelle est la bonne distance, comment faire ? Le docteur B. De Goër conclut par cette remarque qui tente d'articuler pratiques de réseaux et échange institutionnel : « L'exclusion est révélatrice des dysfonctionnements de tous ordres. On doit, à travers notre réflexion éthique, faire bouger l'institution ». ■

**Propos recueillis par Claudine Bassini et Christian Laval.**



## L'intime, le privé et le public : une logique interpsychique

**André CAREL**  
 Psychanalyste,  
 Praticien hospitalier  
 ITTAC Villeurbanne.

**Nous avons besoin, pour réguler notre travail clinique dans les groupes, la famille, l'institution, d'outils conceptuels concernant notamment ce qu'on peut appeler la topique<sup>1</sup> interpsychique, complémentaire des topiques intrapsychiques (inconscient, préconscient, conscient - ça, moi, sur moi, idéal du moi, dedans, dehors, espace intermédiaire). C'est ainsi que nous proposons de distinguer trois espaces qualifiés chacun par une valeur dominante :**

- L'espace de l'intime qualifié par la valeur du secret, du droit au secret que dit bien l'expression « jardin secret »<sup>\*\*</sup>. Ce lien psychique est protégé par des limites que l'autre doit respecter : limites du corps et du moi pour le sujet singulier, limites aussi pour le couple, voire pour le petit groupe.
- L'espace du public qualifié par la valeur de la transparence, espace dont les contenus et les règles sont de droit, connaissables, offerts à la connaissance. C'est le lieu des liens et du rapport du sujet, du groupe et de la famille au socius<sup>\*\*\*</sup> : concernant par exemple la filiation, le code civil, le règlement intérieur d'une institution.
- Le troisième espace, celui du privé, est globalement confondu avec celui de l'intime. Pourtant, il est nécessaire de penser l'existence d'un espace intermédiaire entre le public et l'intime, un espace du privé qualifié par la valeur de la discussion. C'est l'espace où se produisent les échanges entre le public et l'intime, où se régulent les antagonismes inévitables du

fonctionnement entre la transparence et le secret. L'espace du privé discret concerne donc tout autant le sujet, la famille que l'institution.

Prenons l'exemple de l'institution soignante : comment la théorie de la topique interpsychique peut-elle être efficace ? Une telle institution possède des règles et règlements intérieurs connaissables par tous : à ce titre, c'est un espace public transparent. En son sein des soignants rencontrent des patients en individuel ou en groupe : ce qui est dit, et non-dit, appartient, de droit, à l'espace intime protégé par la valeur du secret. Comment « communiquer » les deux espaces, public et intime ? Certains prétendent faire de l'intime une enclave totalement fermée au reste de l'institution. D'autres prétendent, au contraire, que tout doit circuler, être potentiellement échangeable.

La troisième solution, la nôtre, consiste à créer un espace intermédiaire, l'espace privé-discret, où l'on pourra restituer de manière élaborative, avec tact et discrétion, ce qui a été compris ou reste énigmatique, du lien entre les patients et les soignants, dans les espaces intimes, et selon les règles de l'espace public.

Cet espace privé-discret, chaque sujet, groupe, famille, institution se le constitue « à la demande » pour traiter la conflictualité propre au vivre ensemble dans le respect du double droit : à la transparence pour le public, au secret pour l'intime.

Les ensembles humains qui dysfonctionnent, état, institution,

famille et sujet voient cette topique interpsychique se transformer. L'espace public n'est plus transparent, mais il est parcouru par de multiples secrets qui aliènent et font violence. A l'inverse, l'espace intime n'a plus droit au secret, il devient transparent de telle sorte que l'intimité est intrusée, violée. Milan Kundera<sup>1</sup> a bien relevé cette dérive : « Le beau mot de transparence a été perverti. Il est devenu synonyme de dévoilement de la vie des individus qui ne trouvent plus d'intimité ni en amour ni dans la maladie, ni dans la mort, alors que dans le même temps, la chose publique devient secrète, inintelligible ». Et il ajoute : « Le désir de violer l'intimité est une forme immémoriale de l'agressivité ».

Les groupements humains soumis à une telle dérive voient en outre l'espace privé-discret se rétrécir. Il n'y a donc plus d'espace pour traiter les contradictions, pour les reconnaître, les penser et les transformer. De telle sorte que la dynamique d'un tel système est d'accroître son dysfonctionnement et ses effets induits : violence, incestualité, disqualification.

Un tel dysfonctionnement peut donc devenir structurel, se pérenniser. Mais il a aussi une histoire, souvent sur plusieurs générations. Il appartient donc alors aux sujets de groupe d'explorer la structure du système de son histoire pour « remettre en service », autant que faire se peut, la topique interpsychique ordinaire. C'est une des dimensions du travail de civilisation.

NDLR  
<sup>\*</sup> Science qui décrit les lieux différenciés au sein d'un même ensemble.

<sup>\*\*</sup> Cf le texte de P. C. Racamier « Le jardin » page 3

<sup>\*\*\*</sup> Cela rejoint le principe général que « Nul n'est censé ignorer la Loi ». Le droit, « c'est ce dont tout le monde peut se saisir. » (cf le texte de Gilles Devers page 10 et 11)

**Bibliographie :**

<sup>1</sup> Kundera M., *L'art du roman*, Ed Galimard, Folio N° 2702, 1995

Carel A, *L'intime, le privé et le public*, Gruppo 8, Ed. Apsygée, 1992

Collège de Psychanalyse  
 Groupale et Familiale  
 (C.P.G.F.), 23 rue Ste Croix de  
 la Bretonnerie, 75004 Paris

Valeurs	Espaces	Public	Privé	Intime
1. Topique « ordinaire »		Transparence	Discretion	Secret
2. Topique « en souffrance »		Secret		Transparence

Deux formes de la topique interpsychique. ■

## Nous avons lu

### ■ Ni putes ni soumises

Fadela Amara, avec la collaboration de Sylvia Zappi, Ed. La Découverte, août 2003

A travers l'évocation de son parcours, F. Amara rappelle l'origine du manifeste lancé au printemps 2002 dénonçant les violences masculines subies par les jeunes filles dans les cités. Un témoignage émouvant qui essaie de comprendre les raisons de la dérive des banlieues.

### ■ L'échec de la protection de l'enfance

Maurice Berger, Ed. Dumod, 2003

A partir de nombreuses situations cliniques, l'auteur insiste sur la profondeur de l'échec des dispositifs de prise en charge et d'écoute dans les situations de défaillance parentale. Un ouvrage qui tente de remettre en cause les habitudes de pensée et de pratiques et ouvre un débat plus que vif.

### ■ Santé mentale, Ville et Violences

Sous la direction de Michel Joubert, Ed. Eres, 2003

Cet ouvrage, qui rassemble de nombreuses contributions, à partir de séminaires conduits sous l'égide de la DIV, vise à mieux comprendre les phénomènes de précarisation, de souffrances et de violences urbaines.

## Agenda

### ■ La santé mentale des migrants et des réfugiés : quelles réponses des systèmes de soins en Europe ?

Les 27 et 28 novembre 2003, Espace Saint Martin - 199, bis rue Saint Martin - 75003 Paris. Tel : 01 53 06 84 84 Fax : 01 53 06 84 85

E-mail : [pacreau@minkowska.com](mailto:pacreau@minkowska.com)

### ■ Autour de la notion de violence en psychiatrie

8èmes journées de Psychiatrie de Dax les jeudi 4 et vendredi 5 décembre 2003.

Renseignements et inscriptions : Tel : 05 58 91 48 38 Fax : 05 58 91 46 84

E-mail : [esm@ch-dax.fr](mailto:esm@ch-dax.fr)

### ■ Santé mentale, hébergement, précarité : questions et perspectives

Colloque de la SISM, les 18 et 19 mars 2004 au Ch La Timone Marseille

Renseignements et inscriptions Tel : 04 91 50 36 13 Fax : 04 91 50 31 32

E-mail : [s12.marseille@ch-edouard-toulouse.fr](mailto:s12.marseille@ch-edouard-toulouse.fr)

### ■ La santé mentale face aux mutations sociales

Congrès international organisé par l'ORSPERE-ONSMP les 12, 13 et 14 octobre 2004 à l'École Normale Supérieure de Lyon. Un pré-programme sera diffusé avec le prochain numéro de Rhizome.

Renseignements : Tel : 04 37 91 53 90 / 04 37 91 54 60

E-mail : [orspere@ch-le-vinatier.fr](mailto:orspere@ch-le-vinatier.fr)

## Informations

### Psychiatrie et Santé mentale : des « Territoires de santé » pour la psychiatrie

Le rapport Cléry-Melin, rendu public le 2 octobre, préconise, parmi de nombreuses mesures, d'organiser l'offre de soins psychiatriques sur des « territoires de santé » qui regrouperaient plusieurs secteurs et proposeraient un projet articulant prévention, soin et réinsertion.

Les propositions du ministère sont attendues pour le premier trimestre 2004.

### Souffrance psychique et exclusion sociale

Un groupe de travail piloté par le Pr. Ph Parquet a remis, le 21 octobre 2003, les conclusions d'un rapport demandé par Madame Dominique Versini. Ce document, qui préconise, entre autres, la création d'une vingtaine d'équipes mobiles de santé mentale, avec leur modalité de financement, pose bien les problèmes de la nécessaire collaboration entre les partenaires impliqués.

### Loi N° 2003-710 du 1<sup>er</sup> août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine.

Parmi les dispositions de cette nouvelle loi :

- > la mise en place de « programmes d'action » dans les zones urbaines sensibles.
- > la fixation d'un « programme national » destiné à ranimer le marché de l'offre de logements.
- > le soutien au développement économique et à la création d'emplois dans les quartiers prioritaires.
- > l'instauration d'une procédure permettant aux ménages surendettés de prétendre, sous certaines conditions, à un effacement de leurs dettes.

### Politique de santé publique : Amendement Accoyer

Voté le 8 octobre à l'Assemblée Nationale. Il limitera l'exercice de la psychothérapie aux seuls psychiatres et psychologues cliniciens. Hors de ces catégories, pour ceux exerçant depuis plus de 5 ans, une validation est prévue par un jury.

### « La mondialisation néo-libérale altère aussi la santé mentale »

Séminaire organisé les 13 et 14 novembre 2003 par le CEDEP, 59 bis rue de la Roquette, 75011 Paris.

E-mail : [cedep.paris@wanadoo.fr](mailto:cedep.paris@wanadoo.fr)

### Diplôme Universitaire « Santé Solidarité Précarité » - Années 2003-2004 -

Faculté de Médecine de l'Université Joseph Fourier à Grenoble (diplôme interprofessionnel).

Renseignements : Direction Santé Publique et Environnementale Tel : 04 76 03 43 35

Inscriptions : Faculté de Médecine Scolarité 3ème cycle Tel 04 76 63 71 20

RHIZOME est un bulletin national trimestriel édité par l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité (ORSPERE-ONSMP) avec le soutien de la Direction Générale de l'Action Sociale  
 Directeur de publication : Jean FURTOS  
 Assistante de rédaction : Claudine BASSINI

#### Comité de rédaction :

- Guy ARDIET, psychiatre (St Cyr au Mont d'Or)
- Jean-Paul CARASCO, infirmier (St Maurice)
- François CHOBEAUX, sociologue (CEMEA Paris)
- Valérie COLIN, docteur en psychologie, Orspere
- Jean DALERY, prof. de psychiatrie (Univ. Lyon 1)
- Philippe DAVEZIES, enseignant, chercheur en médecine du travail (Univ. Lyon 1)
- Gilles DEVERS, avocat (Lyon)
- Bernard ELGHOZI, médecin (Réseau Créteil)
- Marie-Claire FILLOT, cadre socio-éducatif (Paris)
- Marie GILLOOTS, pédopsychiatre (Vénissieux)
- Alain GOUFFÈS, psychiatre (UMAPPP Rouen)
- Pierre LARCHER, DGAS
- Christian LAVAL, sociologue, Orspere
- Antoine LAZARUS, prof. santé publique (Bobigny)
- Monique LIPS, cadre socio-éducatif (Lille)
- Jean-Pierre MARTIN, psychiatre (Paris)
- Alain MERCUEL, psychiatre (St Anne Paris)
- Michel MINARD, psychiatre (Dax)
- Gladys MONDIERE, psychologue (Lille)
- Pierre MORCELLET, psychiatre (Marseille)
- Christian MULLER, psychiatre (Lille)
- Jean PERRET, président d'association (Lyon)
- Eric PIEL, psychiatre (Paris)
- Gilles RAYMOND, chargé de mission PJJ
- Christiane RICON, directrice établissement social
- Olivier QUEROUIL, conseiller technique fonds CMU (Paris).

#### Contact rédaction :

Claudine BASSINI - Tél. 04 37 91 54 60  
 Valérie BATTACHE - Tél. 04 37 91 53 90



CH Le Vinatier, 95, Bd Pinel  
 69677 Bron Cedex  
 Tél. 04 37 91 53 90 Fax 04 37 91 53 92  
 E-mail : [orspere@ch-le-vinatier.fr](mailto:orspere@ch-le-vinatier.fr)  
 Web : [www.ch-le-vinatier.fr/orspere](http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere)

Impression et conception :  
 Marchandeu Imprimeur - Villeurbanne  
 Tél. 04 78 68 98 17 - Fax : 04 78 03 23 92

Tirage : 8 500 ex.

ISSN 1622 2032