

## Le nouveau management public de la santé et les politiques du secret

Lise DEMAILLY  
Professeur des universités, CLERSE, USTL Lille1,  
FRANCE  
Lise.demailly@univ-lille1.fr

**Résumé :** Sur la base d'une analyse de la littérature de sociologie de la santé et d'enquêtes personnelles en santé mentale, l'auteur examine l'évolution historique des politiques du secret en matière de santé et notamment, dans les démocraties modernes, les apories pratiques entre droit et devoir du secret, droit et devoir de transparence. L'article décrit le déclin du secret médical en lien avec la légitimation des normes de transparence, de coordination et d'évaluation promues par le nouveau management public (NMP). Il évoque ensuite deux formes de résistance à la publicisation technocratique de la santé. La première est l'exception historique, aujourd'hui vilipendée comme désuète, que constitue la psychanalyse, attachée au strict secret du colloque singulier et construisant là un espace d'émancipation, qui prétend échapper au gouvernement des conduites par la santé. La seconde, certaines pratiques volontaires et paradoxales de rupture du secret de santé peuvent constituer des retournements symboliques contre la domination et la honte.

**Mots clés :** secret médical, santé publique, honte, gouvernementalité, nouveau management public

\*\*\*

*New public management and policies of secrecy*

**Abstract:** Crossing a survey of literature in sociology of health and her own inquiries in the field of mental health, the author studies the historical change in policies of secrecy in health domains and specifically, in modern democracies, practical aporias opposing rights and duties to and towards secrecy, rights and duty to and towards transparency. The paper describes weakening of medical secret

*ESSACHESS. Journal for Communication Studies*, vol. 6, no. 2(12) / 2013: 151-165  
eISSN 1775-352X © ESSACHESS

regarding legitimization of standards of transparency, coordination and evaluation supported by the New Public Management (NPM). Two forms of resistance against technocratic enforcement to publicizing are suggested. The first of these forms is the historical exception, nowadays vilified as out of date, of psychoanalysis bound to strict secret of the singular interview and building there a space for emancipation, preventing any governance of behavior by healthiness. The second one: some intentional and paradoxical break of secret can result in symbolic reversal against domination and shame.

**Keywords:** medical secret, public health, shame, government, new public management

\*\*\*

Les métiers relationnels mettent en jeu un certain nombre de dimensions socioaffectives. Affectives, car la façon dont elles se déploient engage les subjectivités et singularise l'interaction entre le professionnel et son destinataire. Mais sociales, car elles sont thématiques et encadrées par des éthiques, des déontologies, voire des textes juridiques, qu'elles sont objet de controverses et sujettes à transformations historiques. Une de ces dimensions est le secret. Le « secret professionnel » cache derrière les évidences dont on l'entoure une complexité certaine et de nombreuses variations concrètes. Le secret sert, dit-on, à protéger le destinataire : client dans le cas de l'avocat, malade dans le cas du médecin. Certes, mais il y a bien d'autres motifs au secret, qui ne concernent pas directement les destinataires, mais les professionnels eux-mêmes.

Sur la base de mes travaux sociologiques, notamment sur le champ et les pratiques en santé mentale<sup>1</sup>, je vais déployer les problèmes éthiques et politiques du secret dans le domaine de la santé physique et psychique, sans me limiter à ses formes juridiquement définies, mais en prenant le secret dans un sens large et anthropologique et en essayant d'en saisir les enjeux sociétaux. Cela m'amènera à découvrir un certain nombre d'apories pratiques contemporaines entre droit/devoir au secret et droit/devoir de transparence. Elles ont une dimension historique. On peut faire l'hypothèse d'un mouvement global de publicisation de la santé, qui change la donne quant aux pratiques de secret. Le nouveau management public (NMP dans la suite du texte) du système de santé légitime la transparence. Et la santé devient de plus en plus une affaire publique et de moins en moins une affaire privée (Fassin, Hauray, 2010). Le secret médical paraît de plus en plus obsolète, que ce soit en santé somatique ou en santé mentale.

---

<sup>1</sup> Demailly, 2011 ; Bonny, Demailly (Dir) 2012; Demailly Autès (Dir), 2012.

Ce texte veut stimuler une réflexion plutôt qu'exposer une démonstration. Il s'appuie pour cela sur des matériaux divers et hétérogènes, ouvrages de référence, travaux de chercheurs, observations personnelles de terrain. Je commencerai par présenter les enjeux et motifs du secret médical, puis les mécanismes de son déclin et je terminerai par deux exemples de résistance à l'idéologie technocratique, néolibérale et sécuritaire de la toute transparence : l'exception historique que constitue la psychanalyse, attachée au strict secret du colloque singulier pour construire un espace d'émancipation, et certaines pratiques volontaires et paradoxales de rupture du secret de santé qui peuvent constituer des retournements symboliques contre la domination et la honte.

### 1. L'intérêt des professions pour le secret

De nombreuses professions relationnelles qui œuvrent dans le domaine de la santé somatique et mentale tiennent au secret, même celles pour lesquelles il n'est pas légalement garanti et exigible. Je vais essayer de voir pourquoi, et, pour cela, lister ce qui peut ou doit rester secret. Car le secret concerne plusieurs objets : la pathologie et la vie des destinataires, la personne privée du professionnel lui-même et enfin plusieurs aspects de ses pratiques professionnelles.

#### 1.1. *Les destinataires et ce qui les concerne*

Il s'agit là du « secret professionnel » proprement dit, qui a une dimension juridique<sup>2</sup> et qui protège le destinataire. « Les lois de 1994 dites « lois de bioéthique », qui ont affirmé très largement le principe de l'anonymat dans un certain nombre de domaines, ont ainsi ménagé un assez vaste champ couvert par le secret » (Mouneyrat, 2001, p. 47). Mais il a d'autres fonctions sociales. C'est un moyen et un signe d'autonomie professionnelle, donc de prestige. Les professions relationnelles en émergence revendiquent d'être assujetties au secret professionnel, pour se rapprocher du prestige de la profession médicale et – paradoxe apparent – souhaitent en revanche partager les secrets des médecins, être « dans le secret »<sup>3</sup>.

#### 1.2. *La personne du professionnel*

Le professionnel est réservé sur sa personne et sur sa vie privée. Il sépare son espace de travail de sa vie personnelle ou familiale. Il protège sa vie privée. Il maintient à l'égard de ses destinataires une *distance* qui est le signe de la position professionnelle et qui la différencie de la position amicale. Cette distance est

---

<sup>2</sup> Moi-même, regardant la feuille de soins que le généraliste vient de me remettre, je plaisante : « Ah vous avez bien une écriture de médecin, je ne lis pas ce que vous avez mis à : « nature de l'affection justifiant l'arrêt de travail ». – « J'ai mis des initiales qui ne veulent rien dire de précis, l'administration n'a pas à connaître le nom de votre maladie. »

<sup>3</sup> C'est le cas des travailleurs sociaux qui se plaignent quand un psychiatre oppose le secret professionnel à leur demande de renseignements sur une personne.

particulièrement importante dans les professions qui concernent les troubles psychiques : un soignant ne donne pas son numéro de portable personnel ni son adresse privée, ne fait pas la bise, ne tutoie pas les maladies.<sup>4</sup>

### 1.3. *Les pratiques*

Différentes dimensions des pratiques sont concernées par le secret, absolu ou poreux. Le sens sociologique de ces secrets est multiple. Il s'agit à la fois pour les professionnels des métiers relationnels:

- de protéger les savoirs de métiers vis-à-vis des profanes (ce qui est, comme nous le verrons plus loin, assez entamé aujourd'hui par la fréquentation des sites médicaux sur internet).
- de se garder de la concurrence, de maintenir un espace d'insubstituabilité vis-à-vis des autres professionnels : on se garde ses tours de main, ses astuces et ficelles de métier, sa connaissance du milieu local, ses réseaux, sa clientèle. Cette attitude semble, aujourd'hui, comme nous le verrons plus loin, contradictoire avec les exigences de travail collectif professionnel ou interprofessionnel.
- d'être réservé sur la partie intime du travail professionnel.

Dans les forums sur internet, alors que les professionnels signent de leur nom quand il s'agit de défendre des positions « publiques » qui concernent la profession, il existe un intime qui entraîne souvent la dissimulation du nom et l'usage de pseudonymes. On observe ainsi ce paradoxe: des discussions dans l'espace public sur des enjeux collectifs, mais où l'on utilise de pseudonymes quand il s'agit de choses un peu sensibles, où la subjectivité du professionnel est engagée : le rapport des "psys" à l'argent par exemple ou leur usage de la suggestion (ou, hors domaine de la santé, la façon dont un chef d'établissement scolaire arrive à calmer des parents d'élèves mécontents).

Il s'agit là d'une forme d'autocensure ou de pudeur<sup>5</sup>.

- de préserver les mystères qui sont source de pouvoir : les rites initiatiques, les méthodes de la production de l'autorité et de la suggestion. (La « passe » en psychanalyse<sup>6</sup>, l'apprentissage du métier de sorcier à Madagascar<sup>7</sup>);

---

<sup>4</sup> Ces conduites spontanées, les médiateurs de santé pairs récemment embauchés dans des secteurs psychiatriques, dans le cadre d'un programme expérimental, ont dû les apprendre comme inadaptées, ils ont dû apprendre la distance professionnelle. Mais eux mêmes trouvent que les professionnels du soin sont trop distants avec les usagers. Les médiateurs sont un bon exemple de la mouvance morale actuelle, dont je vais parler plus loin, pour laquelle la dissymétrie des relations est ressentie comme critiquable.

<sup>5</sup> Que Hughes (1996) nommait les « savoirs coupables ».

<sup>6</sup> Lezé S. (2010).

<sup>7</sup> Demailly L. (2008).

- d'assurer la confidentialité absolue qui est consubstantielle à l'efficacité de certaines pratiques. Dans le champ de la santé mentale, la psychanalyse est l'exemple type ou l'absolue confidentialité de propos échangés est la condition de l'efficacité de l'acte. Il faut que le patient, pleinement confiant puisse adhérer à l'idée de ne pas contrôler ni censurer sa parole, ce qui nécessite de lui garantir le secret<sup>8</sup>. Hors santé, on pourrait prendre l'exemple de la diplomatie : les pratiques de négociation sont par principe secrètes, les « fuites » sont en général contrôlées;

- de ne pas pouvoir ou vouloir parler de certaines choses, censurées. Par exemple la sexualité des personnes âgées et les attitudes des soignants confrontés à elle ont longtemps été un sujet tabou;

- de taire l'inavouable. Le champ de la santé est le lieu de secrets sur des pratiques illégitimes, que « déterrent » périodiquement des associations d'utilisateurs, des familles, des journalistes, des sociologues ou des philosophes. Deux exemples : les pratiques violentes et maltraitantes dans des établissements du médico-social, les conflits d'intérêts qui lient des médecins à l'industrie pharmaceutique.

On voit que le secret sur les pratiques a des effets jugés socialement utiles, mais aussi d'autres qui sont considérées comme des dysfonctionnements (le secret empêche la fluidité de la circulation de l'information qui serait utile au traitement des malades) ou bien le secret est gardé pour des raisons qui apparaissent mauvaises aux yeux de l'opinion publique ou des pouvoirs publics. Par rapport à ces deux points, on assiste aujourd'hui à la montée du "secret professionnel partagé" et à des exigences de transparence.

## 2. Le déclin du secret médical

### 2.1. Le « secret professionnel partagé » et les difficultés de sa mise en œuvre

Dans le cadre des nouvelles normes sur la coordination interprofessionnelle, liée au nouveau management public de santé (Demailly, 2008), de nombreuses organisations de santé, dès lors qu'elles sont interprofessionnelles ou en réseau, ne peuvent fonctionner sans user du "secret professionnel partagé" : il s'agit là d'une rupture consensuelle du secret concernant les malades et en partie les pratiques de soins (essentiellement les décisions de traitement), mais d'abord en principe d'un cercle bien délimité. Pendant un certain temps, cette pratique a pu fonctionner dans un cadre clair et stable.

Il y a 8 ans, à l'association AIDFAM, une avocate a été invitée à faire auprès des travailleurs sociaux et des psychothérapeutes une formation sur le « secret

---

<sup>8</sup> Sociologues et journalistes ont besoin de pouvoir protéger leurs sources, garantir l'anonymat des personnes interviewées, ainsi que la confidentialité des propos, quand elle est demandée.

professionnel partagé ». Il est de fait que les séances mensuelles de supervision collective, en face d'un psychiatre, et sur un ou deux cas à chaque séance, impliquent régulièrement d'entrer dans le détail de la problématique de la personne, dans le récit des entretiens menés avec elle, sinon la discussion serait impossible et inintéressante. Seuls les prénoms sont en général utilisés. D'où la mise en place de cette réflexion juridique sur le secret professionnel partagé.

Dans une réunion hebdomadaire de secteur psychiatrique à la même époque (où on m'a demandé la confidentialité de ce que j'allais entendre sur les personnes), j'ai aussi remarqué le fonctionnement de ce « secret professionnel partagé » au sein du service, le nom des personnes étant régulièrement prononcé « Un tel, il serait mûr pour un appartement thérapeutique » – Mais on n'a pas de place – Donc il faudrait convaincre un tel de sortir – Et pourquoi pas plutôt un tel ?... ».

Mais j'ai pu observer progressivement certains fonctionnements nouveaux liés aux décloisonnements institutionnels, qui semblent déstabiliser ces habitudes consensuelles, et, aux yeux de certains professionnels, mal à l'aise, franchir le pas qui sépare le secret professionnel partagé de la perte de confidentialité.

Le fonctionnement des « intervisions » au sein d'un réseau Ville-Hôpital en santé mentale que nous avons étudié (réunissant psychiatre, psychologue, généralistes, pharmacien, travailleur social, infirmière libérale et consacré à l'étude de cas suivis en ambulatoire) semble poser plus de problèmes. Chaque réunion traite de trois à quatre cas. Les noms propres sont prononcés. Un généraliste qui n'était plus le médecin traitant d'une personne depuis deux ans (elle en avait changé) demande « Alors que devient-elle, que lui arrive t-il ? » et il obtient les renseignements. Pour le médecin-chef de secteur, cela a constitué un problème déontologique. Il a dit qu'il allait réfléchir à une solution, peut-être dans le fait de faire venir l'usager à la séance d'intervention qui le concerne, mais que cela présenterait d'autres inconvénients, notamment pouvoir imaginairement figurer un tribunal reprochant au patient de ne pas avoir une santé psychique normale. Certains psychiatres imaginent aussi que la famille soit présente ou au moins une personne de confiance désignée au sein de la famille. Mais ces procédures mettent à mal la discrétion dont la personne voudrait peut-être faire usage quant à son état de santé.

Du coup certaines associations de patients au Québec ont développé le mot d'ordre « Rien sur nous sans nous ! »<sup>9</sup>. Car le paradoxe est que le principal exclu du secret professionnel partagé risque parfois d'être le patient lui même.

---

<sup>9</sup> En écho au « Rien pour nous sans nous » du Mouvement international des Handicapés.

La question du droit au secret se pose aussi à propos du projet de Dossier personnel du malade, dont la mise en œuvre initialement prévue pour juillet 2007 a été plusieurs fois retardée.

Le dossier médical personnel (DMP) est, techniquement parlant, un objet qui apparaît au croisement de l'informatique et de la télématique, de la carte à puces et des grands sites WEB hébergeurs de bases de données. La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a prévu que chaque bénéficiaire de l'assurance maladie disposera à compter du 1er juillet 2007 d'un dossier médical personnel (DMP). L'idée est partagée dans l'espace européen : il faut construire un outil qui permette de synthétiser les données sur la santé d'un individu et de les rendre accessibles aux différents médecins qu'il consulte, où qu'il se déplace. Ce DMP devait être créé auprès d'un hébergeur agréé. Selon le calendrier prévu, une montée progressive du DMP devait avoir lieu à partir de mi-2006, pour arriver en plein régime en 2007. Le DMP est particulièrement intéressant quant à la question de la confiance dans la confidentialité des données. Et c'est la difficulté, voire jusqu'ici l'impossibilité de construire un dispositif sociotechnique de confiance dans cette confidentialité qui entraîne les ajournements successifs de la mise en place. Très vite en effet apparaissent des protestations :

- de la CNIL, quant à l'usage du numéro INSEE, ainsi que de la Ligue des droits de l'homme
- des associations de patients, pour le droit au masquage de certaines données
- de la médecine d'urgence et des épidémiologues contre la possibilité du masquage
- des syndicats de médecins et du Conseil de l'ordre contre le masquage du masquage.

Sur les forums de discussion, on constate que les patients n'ont pas confiance dans l'inviolabilité et la confidentialité du DMP. La confiance ne règne pas non plus du côté des médecins, ils ont peur que leur responsabilité personnelle soit injustement mise en jeu. Il n'est pas sûr que le DMP parvienne un jour à être édité sur la base du projet initial.

## 2.2. *La promotion de la transparence*

On a vu précédemment que certains secrets qui concernent les pratiques, sont considérés aujourd'hui comme inadmissibles. Un mouvement se développe pour les lever, qui servent de prétexte à un glissement : promouvoir un idéal de transparence généralisée quant aux actes professionnels, qui permettrait de mettre au jour erreurs, gaspillages, mauvaise gestion ou manques de respect pour l'utilisateur. Si ce mouvement est spontanément soutenu par les patients et plus largement l'opinion publique, il est fortement instrumentalisé et encouragé par l'administration publique, autour de l'évaluation, pour contraindre les professionnels du soin à des économies

budgétaires. De plus, le déploiement de la santé publique, dans ses principes de prévention et de précaution, tend à réduire ce que la santé pouvait avoir de privé.

### 2.2.1. *La mise sous observation du travail relationnel*

Dans un cadre de rationalisation généralisée du travail et de recherche tous azimuts de productivité, le travail relationnel apparaît de plus en plus comme devant être rationalisé, dans une logique OST (Organisation scientifique du travail), et donc montrable, observable, traçable, mappable, calculable. Ces tendances à la valorisation de la transparence, selon lequel le travail n'aurait pas à être caché, concernent l'ensemble des métiers relationnels.

### 2.2.2. *L'impact de l'évaluation et de la rationalisation de soins*

Le développement de l'évaluation, le déploiement concomitant du nouveau management public et de la gestion informatisée aboutissent dans les services hospitaliers somatiques (et très prochainement dans la totalité des services psychiatriques) à une saisie minutieuse d'informations à propos du patient. (Observation aux urgences d'un hôpital général. Permanence psy, 2011. LD)

On envoie à l'infirmière Psy qui tient la permanence (et dont j'observe le travail) une personne qui demande à être hospitalisée en psychiatrie, alléguant divers malaises graves. Le monsieur dit n'être pas suivi. L'infirmière introduit son nom dans le logiciel *Crossway*. Et découvre qu'il est en fait suivi dans tel secteur psychiatrique (de la zone de l'hôpital général), qu'il a eu une consultation au CMP tel jour. Elle refuse de demander une hospitalisation avant qu'il n'ait revu son psychiatre et demande une consultation en urgence au CMP habituel du monsieur.

Plus tard elle me dit : « *Crossway*, on l'appelle le mouchard. Avec lui, les patients ne peuvent même plus mentir ! »

Deux remarques sur cet exemple. 1- Les patients ne peuvent plus tricher sur leur état de santé ou les soins qu'ils suivent, et ne peuvent plus cloisonner les informations qu'ils donnent selon leur interlocuteur soignant. 2- L'accès à l'information sur tel patient devient très large et très aisé, de fait, malgré les barrières informatiques personnalisées mises en principe à l'accès au dossier personnel. Les nouveaux outils de gestion de la psychiatrie ne garantissent aucune confidentialité au sein de l'hôpital (Béart, 2012).

Sous l'impact du développement de l'évaluation et de la gestion, le secret professionnel partagé tend à devenir flou et extensif.



### 2.2.3. *Les politiques de prévention, les « contraintes » assurantielles, le point de vue sécuritaire*

Les politiques de prévention et d'éducation publicisent aussi les états de santé des malades, au minimum au sein de petits collectifs (cf. l'exemple des groupes d'éducation thérapeutique pour le diabète, Fournier 2009). De leur côté, les entreprises, qui commencent à intégrer les préoccupations de santé dans leur dispositif managérial, tendent aussi à mettre pratiquement en cause le secret médical (Cianferoni, 2013). Globalement les normes de transparence, d'évaluation, de mise en description détaillée de l'activité professionnelle publicisent les parcours de soins. Ce qui choque peu et suscite peu de résistances, car par ailleurs les normes de publicisation de l'intime dans l'espace public et de mise en scène de soi comme malade ou souffrant à la recherche de solutions (Knobe, 2010 ; Convert, Demailly, 2003) se sont développées. Le maintien de l'ordre public et le paradigme épidémiologique (lutte contre les épidémies) sont aussi des arguments pour mettre à mal le secret médical. Les exceptions légales se sont multipliées depuis les années 50<sup>10</sup> (Villey, 1986 ; David, 2012).

### 2.2.4. *La mise en cause du caractère ésotérique des savoirs médicaux*

Les questions de l'ésotérisme<sup>11</sup> des savoirs savants et de la distance professionnelle excèdent, certes, celles du secret, mais on retrouve dans leur mise en cause la même valorisation de l'exposé public des savoirs. L'ésotérisme des savoirs médicaux est de fait mis à mal par le développement de l'information médicale sur Internet. L'interaction médecin/ malade change, c'est une discussion moins asymétrique.

De façon convergente, l'émergence de la notion et de l'idéal de la « démocratie sanitaire » doit beaucoup à différents scandales de santé publique. L'opinion publique devient soupçonneuse quand à ce qu'on lui « cache », quant à des secrets sanitaires d'Etat (Fillion, 2009). Les effets néfastes des médicaments ou des radiations sont par exemple soupçonnés d'être dissimulés. Les exigences d'information de la part des citoyens font que le savoir expert, ésotérique se retrouve à devoir s'exposer dans l'espace public pour que des citoyens non experts puissent prendre position. On observe parallèlement une mise en cause de la distance

---

<sup>10</sup> La formalisation juridique du secret médical est d'ailleurs historiquement récente, la notion apparaît en 1810 dans le code pénal, elle est explicitée en 1992, avec un grand nombre de dérogations. Notamment du côté de la santé mentale, qui a presque toujours été historiquement une affaire publique, à cause de son rapport à l'ordre social. Auparavant la notion avait été présente au IV<sup>e</sup> siècle avant J.-C. dans le serment d'Hippocrate, s'était perdue, puis avait été reprise au XVI<sup>e</sup>. Elle est institutionnalisée au XVIII<sup>e</sup> siècle avec une formule agréée par le Parlement « que personne ne divulgue les secrets des malades, ni ce qu'il a vu entendu et compris ».

<sup>11</sup> L'ésotérisme est une coupure entre profanes et initiés, protégeant des mystères, et par extension concernant des savoirs.

professionnelle, liée à la conscience du flou entre normal et pathologique, aux excès de la médecine positiviste, aux demandes de collaboration entre savoirs professionnels et savoirs profanes. La création des associations de malades (Act Up avant tout), ou d'entraide, par exemple les Groupes d'entraide mutuelle en santé mentale, les demandes de collaboration de ces associations à la recherche, sont le signe d'un mouvement de désacralisation des savoirs médicaux, psychiatriques et pharmacologiques. Enfin, un autre phénomène, hétérogène, mais convergent est remarquable : les demandes de levées de secrets liées aux questions de filiation (Mouneyrat, 2001) et de don biologique.

Un certain effritement du secret médical a donc des causes multiples, à rapporter à la fois au NMP, aux demandes issues de la société civile (plus de démocratie, plus d'informations) et à l'influence du NMP sur les usagers du système de santé.

### 3. Résistances

Je présenterai deux formes de résistance aux actuelles politiques et pratiques de secret en matière de santé. La première, classique, est une résistance au NMP : c'est la défense du colloque singulier confidentiel en tant qu'il est porteur d'émancipation. La seconde est paradoxale et consiste en un retournement symbolique de l'objectivation diagnostique scientiste, par une publicisation volontaire de celle-ci. Ce ne sont pas les seules formes de résistance, mais elles sont intéressantes.

#### 3.1. *La psychanalyse et le secret du colloque singulier*

Dans le contexte général du NMP, la psychanalyse apparaît comme « archaïque, car les psychanalystes défendent farouchement le secret de leur pratique comme étant condition même de possibilité de celle-ci. Non que le sujet ait des secrets à avouer (Wiener, 2009), mais parce que la parole en séance d'analyse doit en effet pouvoir se déployer selon des modalités très différentes de la parole en interaction sociale ordinaire (absence de censure, association libre<sup>12</sup>, prise dans le transfert) et cela implique comme condition une absolue confidentialité des propos tenus. La psychanalyse se veut radicalement une affaire « privée ».

C'est ce point là, d'une relation spéciale, extraterritoriale » aux normes sociales, qui fait lien entre la cure et la problématique du secret, et qui est beaucoup plus important et spécifique que les médiatiques « secrets de familles » (Tisseron, 2011). Même si leur théorisation comme « crypte » ou « fantôme » dans l'appareil psychique est intéressante (Abraham, Torok, 1978), il ne faut pas oublier que, du

---

<sup>12</sup> « Il ne s'agit pas de tout dire, mais de dire tout ce qui passe par la tête *dans le moment de la séance*. Cette proposition vise justement à ne pas hiérarchiser certains contenus. *La cure est une expérience de discours et non un appel à l'aveu d'un secret* » Wiener (2009).

point de vue analytique, un secret n'existe pas en soi, c'est un fait de langue et de relation, co-construit avec un interlocuteur qui a telles caractéristiques sociales et institutionnelles, données par un cadre symbolique spécifique, et c'est d'abord une dissimulation à soi-même qui se trouve déplacée.

La confidentialité rigoureuse qui permet l'instauration du cadre pose à la psychanalyse des problèmes de transmission (cf. la position de la revue *Essaim* refusant de publier des vignettes cliniques ou le fait que Lacan avait inventé la passe pour savoir ce qui se passe dans une analyse et que ce fut un échec). On ne peut comprendre le processus analytique que par expérience, cette expérience ayant donc valeur sociale qu'on pourrait qualifier d'initiatique. Il n'y pas de manuel de psychanalyse et pas de « référentiel de compétences » puisqu'il s'agit pour l'analyste, dans le travail de la cure, d'une « performance » au sens quasi artistique du terme.

La critique que le NMP de la santé porte sur la psychanalyse concerne effectivement les diverses conséquences du secret de sa pratique : absence de référentiel de compétences, absence d'accessibilité pour une l'évaluation chiffrée, impossibilité de formaliser ou standardiser, absence de référence à *l'evidence based medicine*, impossibilité d'enregistrement de la pratique (alors qu'une séance de coach ou de thérapie cognitive peut être filmée et montrée à la télévision).

### 3.2. Ruptures volontaires du secret et retournements symboliques

Si on peut admettre que la force émancipatrice de la psychanalyse réside dans le secret et l'opération de coupure que celui-ci permet avec les normes et conditionnements langagiers, cependant les choses ne vont pas sans contradiction et il ne faut pas en rester à une vision dichotomique. La rupture volontaire du secret de santé peut avoir un autre sens politique que la soumission à la norme de transparence et au gouvernement des conduites institué par la santé publique, surtout quand elle est le fait du malade et qu'elle est ostensible. L'abandon du secret est une condition de montée en généralité (se constituer en victime passe par le droit et donc la publicisation (cf sur les victimes du Distibène Fillion, Torny 2012).

Le « Untel, schizophrène », comme mode de présentation de soi d'un malade dans un colloque portant sur les questions de santé mentale peut être une résistance à la stigmatisation. Le secret serait honteux (Herman 1982). Le dévoilement ostensible de ce qui socialement est le plus souvent tenu secret est une manière de faire de la maladie mentale une maladie chronique comme les autres, une différence qui reste inscrite dans la commune humanité. C'est vrai également pour certaines maladies somatiques (séropositivité par exemple).

Enfin c'est la condition d'une requalification syndicale ou politique de la souffrance dans le cas d'une souffrance au travail (montrer à propos d'une personne

concrète qu'un suicide est dû à la vie de travail et non à la vie privée). Dans cette ligne, l'autodivulgence volontaire du diagnostic de leur propre pathologie par les médiateurs pairs s'inscrit pareillement dans un souci de déstigmatisation du trouble psychique. Ces divulgations ne s'inscrivent pas dans une contestation du NMP, mais dans un refus des hontes ancestrales liées au régime du secret qui affecte les stigmates somatiques ou psychiques.

### **Conclusion**

Je voudrais développer quelques remarques finales, pour mettre ces évolutions en perspectives historique et éthique.

La pratique du secret médical absolu, considéré comme une norme principale et sacrée, n'aura été finalement qu'une parenthèse historique de quelques siècles, entre des siècles de médecine où c'était jugé peu important (Villey, 1986 ; Demichel, 2001) et un XXI<sup>e</sup> siècle qui l'effrite petit à petit. Les beaux jours du secret médical, le XX<sup>e</sup>, ont d'ailleurs coïncidé, ce n'est pas un hasard, avec le développement de la psychanalyse qui a fait de ce secret, non seulement une norme professionnelle et une éthique, mais aussi une norme de la pratique puisque la confidentialité absolue est condition d'efficacité de l'acte thérapeutique. Cette conception apparaît en rupture avec les normes contemporaines de transparence et cependant elle est liée à une vérité anthropologique : le secret est une forme forte de lien social et tenter de l'éradiquer serait un appauvrissement considérable des relations humaines en général et du travail de relation en particulier. Dans le même sens, les pratiques du NMP (Les pouvoirs publics désireraient sans doute aussi tout savoir, pour réduire les coûts, les entreprises pour n'embaucher que des travailleurs en parfaite santé, les assureurs pour ne courir aucun risque).permettent de percevoir que ce serait une folie que d'abolir le droit ou le devoir de secret, car, si les États qui pratiquent largement le secret sont dictatoriaux, ceux qui pratiquent la toute transparence et l'obligation de l'aveu sont totalitaires. Excès de secret et excès de transparence sont pareillement le signe anthropologique de pouvoirs exorbitants.

La question du secret est donc complexe aussi bien sur le plan éthique que sur celui de l'efficacité pratique des pratiques de soin. Les professionnels ont besoin du secret, pour travailler correctement, mais aussi du partage de ce secret, pour coordonner leurs actions autour du patient, mais aussi de la transparence pour alimenter leur réflexivité et permettre le débat démocratique ou citoyen autour de la santé. C'est une certaine transparence, et donc le développement de controverses, qui leur permet de progresser, de réfléchir, d'améliorer la qualité de leur pratique. Mais la transparence totale est facteur de conformisme. Elle est contradictoire avec l'autonomie professionnelle, la prise raisonnée de risque, l'innovation, l'improvisation de talent, l'investissement singulier dans le métier du soin.

Le destinataire a besoin du secret (impossible de faire une psychothérapie ou de travailler sur une addiction sans garantie de confidentialité) et a droit, par exemple, s'il le souhaite, que le médecin qu'il consulte pour un problème somatique précis ne soit pas au courant qu'il vient d'avoir une dépression. Le médecin, lui, souhaiterait, avec sans doute de « bonnes raisons », « tout savoir » car tout peut être mis en relation avec tout et tout médicament peut avoir une influence sur une autre prise d'un autre médicament. Entre le droit et le devoir de tout savoir et le droit à taire, à cloisonner et à ce que la santé reste en partie une affaire privée, il y a de véritables contradictions éthiques.

Nous butons donc sur un certain nombre d'apories objectives, sur des équilibres délicats à ajuster, qui demanderaient une véritable réflexivité collective pour obtenir un équilibre pertinent entre secret et transparence, au sein d'un débat démocratique. Mais celui-ci n'est pas promu par le NMP, qui profite de la délégation de certaines pratiques dissimulées (violences, « gaspis », corruption, erreurs) voire des incertitudes, pour imposer des normes, la transparence, l'*evidence based medicine*, la négation magique de l'incertitude, la description précise et chiffrable de l'activité professionnelle.

Les tactiques de rupture volontaire du secret concernant la santé, retournements symboliques de la domination et de la honte, sont une forme de résistance paradoxale à la politique de la dilution molle et discrète du secret médical, par laquelle les nouveaux managements public et privé déploient une technique spécifique de gouvernementalité : le gouvernement des conduites par les normes de santé (Sfez, 1995, Fassin, Hauray, 2010). Ces tactiques ostentatoires sont bien sur minoritaires. Intentionnellement subversives par rapport aux dominations morales, elles s'exposent à être utilisées par le NMP, dans le cadre de sa stratégie de lutte contre l'autonomie des groupes professionnels, pour laquelle les usagers, tout en défendant leurs propres intérêts, peuvent se retrouver, à leur insu, instrumentalisés.

Quant au champ psy, l'idéal du colloque totalement singulier, d'une parole totalement privée et secrète, que porte la psychanalyse apparaît comme une exception datée, une parenthèse, le moment où la santé psychique est une « affaire privée » au sein d'un mouvement historique, où le secret, en matière d'« étrangeté d'âme » (Demailly, 2011), n'a jamais été souvent valorisé. La publicité (et l'instrumentalisation) du trouble psychique par les appareils religieux, policiers ou administratifs<sup>13</sup> a été la règle dans les siècles passés, pour des raisons d'ordre public ou moral. Après une parenthèse historique, elle tend à le redevenir aujourd'hui.

---

<sup>13</sup> Même si des pratiques de confidentialité individuelle existaient du côté de la confession et de la direction de conscience en terre catholique (cf. Foucault 1976, qui les met d'ailleurs en relation avec la psychanalyse, ce qui est contesté par Wiener 2009 qui récuse le terme d'aveu).

**Références**

- Abraham, N., Torok, M. (1978). *L'écorce et le noyau*. Paris : Aubier-Flammarion.
- Béart, C. (2012). *Le processus de rationalisation du soin en psychiatrie, les nouveaux outils de gestion*, Thèse de doctorat, Lille1.
- Bonny, Y., Demailly, L. (2012). *L'institution plurielle*. Villeneuve d'Ascq : Les presses du Septentrion.
- Cianferoni, N. (2013). La santé, nouvelle variable d'ajustement dans la course à la compétitivité. In Jean Ferrette (Ed.), *La place des rapports hiérarchiques dans la souffrance au travail. L'exemple du secteur public*. Paris : Editions l'Harmattan, collection «Logiques sociales».
- Convert, B., Demailly L. (2003). Les interactions sur internet. Mailing-listes et forums dans le domaine de la santé et de la santé mentale. *Communications*, Montréal, 63-98.
- David, M. (2012). Psychiatrie en milieu pénitentiaire : la loi de 1994 pourrait-elle être remise en cause par l'essor de la préoccupation sécuritaire et de l'évaluation de la dangerosité ? *L'information psychiatrique* 2012/8.
- Demailly, L. (2008). *Politiques de la relation. Sociologie des métiers et du travail de relation*. Villeneuve d'Ascq : Presses Universitaires du Septentrion.
- Demailly, L., Autès, M. (2012). *La politique de santé mentale en France. Acteurs, instruments, controverses*. Paris : Armand Colin.
- Demailly, L. (2011). *Sociologie des troubles mentaux*. Paris : La Découverte, coll. Repères.
- Demichel, A. (2001). *Le secret médical*. Bordeaux : Ed. Les études hospitalières, 90.
- Fassin, D., Hauray, B. (2010). *Santé publique, l'état des savoirs*. Paris : La découverte.
- Fillion, E., Torny, D. (2010). Se mobiliser sur les effets transgénérationnels : le cas du Distilbène® en France. *Communication au Congrès de l'AFS*.
- Fillion, E. (2009). A l'épreuve du sang contaminé. Pour une sociologie des affaires médicales. Paris : Éditions de l'EHESS.
- Fournier, C., Attali, C., Bocquet-Chabert, A. et al. (2007). Besoins d'information et d'éducation des personnes diabétiques, pratiques éducatives des médecins, étude Entred, France, 2007, *BEH : Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 42-43, p. 460-464.
- Hermann, I. (1982). La honte comme angoisse sociale. *Cahiers Confrontation*, n° 8, Aubier.
- Hughes, E C. (1996). *Le regard sociologique. Essais choisis*. Paris : Edition de l'EHESS.

Knobé, S. (2010). À propos des collectifs d'usagers de la santé en France au 20ème siècle. *Journal of global health promotion*, vol.17, n°3, 85-88.

Lezé, S. (2010). *L'autorité des psychanalystes*. Paris : PUF.

Mouneyrat, M-H. (2001). Éthique du secret et secret médical. *Pouvoirs 2 / (n° 97)*, 47-61.

Sfez, L. (1995). *La santé parfaite*. Paris : Seuil.

Tisseron, S. (2011). *Les secrets de famille*. Paris : PUF.

Villey, R. (1986). *Histoire du secret médical*. Paris : Seghers.

Wiener, S. (2009). De vains secrets. *Essaim 1/2009 (n° 22)*, 95-101.

