

L'inégal accès à la condition de victime : entretien avec Richard Rechtman

Avec la redécouverte des troubles post-traumatiques par la psychiatrie américaine à la fin des années 1970, les mobilisations associatives de défense des victimes ont obtenu une caution « médicale » essentielle. Officialisé en 1980 dans la troisième édition du *Manuel statistique et diagnostique des maladies mentales* (plus connu sous le terme de DSM-III), le *Post traumatic stress disorder* (PTSD) connaît depuis une large diffusion et de multiples usages par-delà les frontières du champ médical. C'est le succès de cette catégorie diagnostique et ses usages en dehors du strict champ de la médecine psychiatrique que Didier Fassin et Richard Rechtman ont investigué dans *L'Empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, publié en 2007 aux Editions Flammarion.

Croisant l'histoire sociale et l'histoire des idées médicales depuis le XIX^e siècle, les auteurs font la généalogie de la « condition de victime ». Qu'il s'agisse des ouvriers accidentés réclamant une indemnisation auprès du régime assurantiel naissant ou plus tard des soldats présentant des séquelles traumatiques au retour de la Première Guerre, la victime était exposée à tous les soupçons. Les névroses traumatiques discutées par la psychiatrie d'alors s'inscrivaient dans une économie morale structurée par le devoir patriotique et laborieux. Il faut attendre la rencontre entre des mobilisations publiques (des vétérans de la guerre du Vietnam et des féministes) et des réflexions menées par des psychiatres pour voir émerger une nouvelle économie morale qui confère à la victime de traumatismes une innocence sociale et morale. Depuis, tout événement qui laisse des séquelles psychiques à ceux qui l'ont vécu risque d'être appréhendé sous l'angle du traumatisme, avec tout ce que cela comporte comme inégales reconnaissances de droits.

À l'appui de cette thèse, ils explorent et exposent trois lieux d'enquête. À la cartographie empirique correspondent trois politiques de reconnaissance de droits instituées par les usages de la notion de « traumatisme ». En 2001, les suites de l'explosion de l'usine AZF à Toulouse ont très vite été qualifiées par les médias et par les pouvoirs publics d'expérience collective traumatisante. Les habitants, pris en charge par des unités d'urgence médico-psychologique, se constituent en association de victimes. La catégorisation prend ici la forme d'une *politique de la réparation* matérielle et symbolique. Néanmoins, deux catégories d'acteurs ne sont pas qualifiées de victimes et ne tirent donc pas de bénéfices de cette politique réparatrice : les malades mentaux de l'hôpital psychiatrique fortement touché par l'explosion et les ouvriers de l'usine. Les premiers relevaient déjà de la santé mentale, les seconds s'inscrivaient d'emblée dans le registre assurantiel des accidents de travail. Le deuxième lieu d'enquête porte sur les territoires palestiniens durant la seconde Intifada où les unités de la psychiatrie humanitaire prennent en charge les victimes civiles du conflit. Les récits récoltés sont, là aussi, qualifiés à l'aide de l'expérience traumatisante. Une *politique du témoignage* est ainsi instituée dans les modalités de reconnaissance de la souffrance, contribuant par là à nier la dimension politique des critiques formulées par les « traumatisés ». Enfin, la *politique de la preuve* est décrite par les auteurs à partir de la rencontre entre la psychotraumatologie de l'exil et les demandeurs d'asile politique. Le traitement politico-administratif des requêtes exige l'apport de la preuve corporelle de la violence. Or, le récit de la victime ne suffit plus et peut faire l'objet de toutes suspensions quant à la véracité des faits relatés. C'est l'expertise psychiatrique qui est appelée à certifier le traumatisme, sans pour autant que cette ratification soit une garantie d'obtention de l'asile. En somme, derrière l'utopie d'une reconnaissance universelle que représente la figure de la victime traumatisée se profilent de nouvelles hiérarchisations sociales.

Suite à une conférence donnée en 2008 à Genève sur cette problématique¹, Richard Rechtman, psychiatre et anthropologue, a accepté de prolonger les discussions sous la forme d'un entretien écrit accordé à Cristina Ferreira et Danièle Lanza.

★★★★

Ian Hacking qualifie de «maladies mentales transitoires» ces maladies qui apparaissent à un endroit et une époque donnés, avant de disparaître et qui, dans certains cas, vont réapparaître à une époque ultérieure. Tel est le cas de ces voyageurs obsessionnels de la fin du XIX^e et du début du XX^e siècle (diagnostiqués de «folie avec fugue») que l'on retrouve dans la nosographie américaine contemporaine sous le label de «fugues dissociatives»². Ce qui importe selon lui est moins de savoir si ces maladies sont authentiques ou non que de comprendre les conditions qui rendent possible leur existence. Hacking a alors recours à la métaphore de la «niche écologique» dans laquelle ces maladies mentales transitoires peuvent prospérer à l'aide de quatre vecteurs : i) l'usage fréquent de la catégorie diagnostique officialisée par la taxinomie psychiatrique ; ii) la polarité morale qui situe la maladie quelque part entre le pôle romantique de la vertu et le pôle moins honorable du vice, voire du crime ; iii) la rencontre entre un expert et un malade dont la description des symptômes rend visible aux yeux du premier l'existence du trouble ; iv) la fonction de soulagement que la maladie offre au sujet et qui n'est disponible nulle part ailleurs au sein de la culture où elle s'épanouit. Dans quelle mesure le Post traumatic stress disorder (PTSD) constitue l'une de ces maladies mentales provisoires et, si tel est le cas, quelle est «la niche» qui a rendu possible sa large diffusion ?

Je ne suis pas sûr que le PTSD soit une maladie «provisoire» ou «transitoire» au sens où l'entend Ian Hacking. D'une manière générale, je crois que cette notion s'applique remarquablement bien aux voyageurs pathologiques du début du XX^e siècle, mais reste très difficilement transposable à d'autres catégories cliniques, notamment pour le PTSD qui a, selon moi, bien peu de raisons de disparaître. Cela étant dit, la notion de niche écologique qu'Hacking développe parallèlement à l'idée de «maladies transitoires» mérite d'être étendue à d'autres cas de figure et notamment au PTSD. Encore faut-il s'entendre sur le sens de cette notion. En effet, les troubles post-traumatiques existent depuis la fin du XIX^e siècle et le PTSD n'apparaît qu'en 1980. Tout dans la sémiologie rapproche ces deux notions, mais tout les sépare dans la valeur morale et sociale qu'ils véhiculent respectivement. C'est ici, me semble-t-il, que la notion de niche écologique prend tout son sens, si l'on accepte l'idée que c'est moins la sémiologie qui compte ici que la valeur et la fonction morale qui lui sont attachées. On peut ainsi mettre en évidence la niche écologique qui a favorisé l'émergence du PTSD, en reprenant la typologie forgée par Hacking. Premièrement, un contexte théorique particulier avec la reconquête du savoir psychiatrique par l'Association Américaine de Psychiatrie avec l'invention

du DSM-III et la volonté de mettre ce savoir au service des usagers et non plus simplement au service de l'ordre dominant. Deuxièmement, l'existence d'un vaste dispositif sanitaire susceptible d'accueillir, de diagnostiquer (labelliser) et de traiter ceux qui souffrent de ce «nouveau trouble». Troisièmement, un changement majeur dans la polarité morale du traumatisme qui n'est plus le signe d'une fragilité ou d'une lâcheté singulière, mais bien plus la trace de l'humanité restante. Et enfin, un nombre non négligeable d'individus qui par ce diagnostic vont obtenir une reconnaissance sociale qu'ils n'auraient jamais eue autrement : le groupe des victimes.

Selon vous, le succès international du DSM [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders] reposerait moins sur l'originalité de ses classifications que sur les attentes qu'elles suscitent tant chez les patients que chez les professionnels. Suivant cette idée, quelle est la place spécifique de la catégorie PTSD au regard d'autres catégories qui ont connu ces dernières années une large diffusion comme les troubles bi-polaires, le trouble du déficit d'attention ou les troubles de personnalités multiples ? Au fond, à quelles attentes sociales et culturelles particulières correspond l'attention collective prêtée au PTSD ?

Le PTSD bénéficie de cette même tendance qui a visé à se rapprocher des attentes des usagers de la santé mentale, mais à une différence près : pour la première fois dans une nosologie psychiatrique le PTSD désigne une réaction normale, et à ce titre qualifie un trouble que l'on pourrait dire une «réaction des gens normaux» par opposition aux «malades mentaux». C'est probablement l'innovation la plus importante du DSM-III à travers le PTSD car elle ouvre la possibilité de faire entrer la «normalité» et ses avatars dans l'escarcelle de la psychiatrie. D'ailleurs les patients ne s'y trompent pas, le PTSD est sans doute le seul diagnostic que les patients réclament, souvent comme un certificat de «normalité» préalable.

Votre enquête généalogique sur le traumatisme vous a conduit, entre autres, à revenir sur la sinistrose. Comme vous le rappelez, à la fin du XIX^e et au cours d'une bonne partie du XX^e siècle, les usages de cette catégorie psychiatrique étaient emblématiques de la suspicion morale qui pesait sur les plaintes des travailleurs accidentés. Vous montrez que le PTSD signifie d'un point de vue historique la fin du soupçon par une sensibilité publique nouvelle accordée au traumatisme. Or, dans le contexte politique actuel on voit

1. «Professionnels socio-sanitaires et usagers en situation de précarité. La clinique au quotidien de la question sociale», Journée scientifique du RéSar, 17 octobre 2008, Université ouvrière de Genève.

2. Hacking I. (2002), *Les fous voyageurs*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond.

réapparaître la hantise de la fraude sociale. Peut-on dès lors parler de la fin du soupçon lorsque les sujets s'adressent à la puissance publique pour obtenir des droits de protection ?

Bien sûr que non, le soupçon n'a pas disparu et il n'est pas près de le faire. Ce que nous avons voulu montrer c'est le renversement des années 1970-1980 où le soupçon qui pesait d'abord sur le traumatisme et par voie de conséquence sur les personnes en souffrance, va se déplacer. Avec la sinistrose, comme avec la névrose traumatique, le simple fait qu'il y ait une hypothèse traumatique impose de soupçonner l'individu soit d'être un usurpateur, soit d'être un lâche et cela uniquement parce que le traumatisme n'est pas pensé comme étant susceptible de toucher tout le monde. La question est donc bien de savoir qui sont ces hommes ou ces femmes qui, contrairement aux autres, vont présenter des signes traumatiques. Avec le renversement du PTSD, le traumatisme, c'est-à-dire la notion, ne porte aucun soupçon, c'est même une valeur morale noble. Reste que ceux qui s'en plaignent peuvent néanmoins être des usurpateurs, c'est-à-dire des gens qui voudraient faire croire qu'ils sont traumatisés. Le soupçon s'est simplement déplacé : ce n'est plus la catégorie qui supporte l'opprobre sociale, mais des individus isolés même s'ils sont nombreux. C'est une différence majeure, même si au niveau des résultats pour les individus, cela ne change pas grand-chose, au contraire même, puisque de nouvelles hiérarchies de traumatisés et d'humanité sont néanmoins construites à partir de ce nouveau langage de l'événement ou de l'émotion collective.

Dans le champ des professionnels de la santé, le PTSD a connu ces dernières années une large diffusion et un succès certain. Peut-on parler pour autant d'un consensus au sein de la communauté médicale autour de cette catégorie diagnostique ? Dans quelle mesure cette catégorie a transformé d'une part les pratiques de la clinique psychiatrique et, d'autre part, les demandes adressées par d'autres acteurs (politiques, administratifs, judiciaires) aux médecins psychiatres ?

Pour répondre à la première question, il n'y a pas de consensus et c'est précisément cela qui témoigne qu'il s'agit avant tout d'un fait social plus que d'un fait clinique. Le consensus est en dehors de la profession, dans ce nouveau langage de l'émotion collective qui nous fait dire par exemple pour souligner le degré le plus élevé de l'indignation, qu'il s'agit d'un traumatisme. La chose semble aujourd'hui tellement évidente que l'on en vient à douter de la suprématie du discours clinique pour évoquer le traumatisme. Nous sommes tous désormais des spécialistes du traumatisme. Pour paraphraser un commentaire célèbre, je dirais que «le traumatisme est désormais une chose bien trop sérieuse pour être laissé aux mains des seuls cliniciens». En ce sens, je ne suis pas sûr que l'avènement du traumatisme ait profondément changé les pratiques cliniques, je ne suis pas sûr non plus qu'il ait changé les demandes, je pense par contre qu'il a rendu visibles de nouveaux domaines de la sphère sociale, comme il a permis d'en obscurcir

d'autres. Il a également permis aux pouvoirs publics de se réapproprier les ressorts contemporains de l'émotion collective et d'en faire un instrument de la gouvernance contemporaine des populations. Le traumatisme n'est déjà plus un objet clinique, c'est pourquoi je pense très sincèrement que nous ne sommes vraiment pas dans une «psychiatisation de la société» contrairement ce que pensent de nombreux commentateurs désabusés de notre modernité.

Finalement, avec le double regard qui est le vôtre – psychiatrique et anthropologique – comment intégrez-vous dans votre pratique de clinicien le PTSD ? De manière plus générale, en quoi votre expérience de clinicien nourrit les réflexions que vous menez sur les usages culturels contemporains des catégories officialisées par le DSM ?

Mon travail sur le traumatisme a débuté avec mon expérience auprès des réfugiés cambodgiens et s'est prolongé tout au long des vingt dernières années toujours avec ceux qui se sont réinstallés en région parisienne. La question du traumatisme s'y est immédiatement posée devant l'ampleur des drames vécus et pourtant je n'arrivais jamais à obtenir un catalogue exhaustif de ces événements majeurs. Pour chaque patient, il me semblait qu'il fallait reprendre le détail de son expérience singulière avant d'évoquer un éventuel destin collectif, lequel risquait à l'inverse d'affaiblir considérablement la portée de l'exercice clinique. Encore aujourd'hui, je reste convaincu que le traumatisme psychique est une affaire privée (du point de vue clinique) et traduit la rencontre entre un ou des événements et un individu particulier. C'est cette rencontre indécidable à l'avance qui pour un sujet va faire effraction dans sa réalité psychique. Alors s'agit-il d'un PTSD ou d'une névrose traumatique «à l'ancienne»? Peu importe, car comme notre travail avec Didier Fassin cherche à le montrer, dès lors que l'on évoque la portée générale de la notion de traumatisme, on ne se situe résolument plus dans le débat clinique, mais bien dans un niveau moral et politique caractéristique de notre modernité. Rester clinicien, c'est pour moi tenir cette perspective morale et politique à distance raisonnable de ma pratique clinique.

Richard Rechtman
rechtman@ehess.fr