

De l'invention du traumatisme à la reconnaissance des victimes

Genèse et transformations d'une condition morale

Didier Fassin

Le 20^e siècle est marqué par une profonde conversion morale se traduisant par le passage de la suspicion à la reconnaissance à l'égard des victimes. C'est ce que montre notamment l'histoire de la notion de traumatisme qui, venue de la psychiatrie, a quitté le seul univers de la clinique pour s'imposer dans l'espace social métaphoriquement et politiquement. En anthropologue, Didier Fassin montre ici les implications de ce déplacement historique. En rapprochant trois terrains distincts en apparence, l'accident de l'usine AZF, la seconde Intifada et les demandes d'asile, il montre comment la notion de traumatisme n'a pas seulement rendu possible la reconnaissance positive des souffrances endurées. Inscrite dans une politique de la réparation, du témoignage et de la preuve, elle a aussi donné corps à une nouvelle condition morale, celle de victime, au nom de laquelle se défendent désormais les justes causes et se revendiquent les droits légitimes.

Le 5 novembre 2009, un psychiatre de la base militaire de Fort Hood, au Texas, sortit dans la cour de la caserne et ouvrit le feu sur les soldats présents, tuant treize personnes et en blessant plusieurs autres. Par le nombre des victimes, ce drame est le plus grave jamais survenu dans une

base militaire aux États-Unis. Il a été décrit par les commentateurs comme un « traumatisme » dont la nation mettrait longtemps à se remettre. Né en Virginie de parents palestiniens, Nidal Malik Hasan fit ses études à Virginia Tech, qui fut du reste le théâtre d'un autre massacre lorsqu'un étudiant abattit trente-deux personnes sur le campus. Désireux de servir son pays, le jeune homme entra dans l'armée, y acquit un diplôme de médecin et se spécialisa en santé mentale. Lorsqu'il fut affecté à Fort Hood, où étaient cantonnés des dizaines de milliers de soldats sur le point de partir au front ou récemment rentrés, il eut à soigner nombre d'entre eux, de retour d'Irak ou d'Afghanistan, pour un « état de stress posttraumatique » en rapport avec les horreurs dont ils disaient avoir été les témoins, mais dont on sut plus tard qu'ils en avaient parfois aussi été les auteurs. Toutefois, dans le climat d'hostilité à l'islam consécutif aux attentats du 11 septembre 2001, il eut aussi à affronter de manière récurrente les commentaires désobligeants et les pratiques discriminatoires de ses collègues, ce qui ne fut révélé qu'après coup. Fait important, peu avant son geste meurtrier, le major Hasan avait appris qu'il allait prochainement être envoyé à son tour sur l'un des deux fronts du Moyen-Orient. Cette perspective, qu'il redoutait par-dessus tout, car elle signifiait qu'il allait devoir

participer à des opérations militaires contre des musulmans, fut considérée comme l'élément déclencheur de son acte.

Dans les jours qui suivirent la tuerie de Fort Hood, deux principales interprétations s'affrontèrent parmi les experts et les commentateurs : le major Hasan était-il un terroriste islamiste ou bien un homme traumatisé ? Dans le premier cas, il relevait d'un tribunal militaire, dans le second, d'un service psychiatrique. Les conservateurs voyaient en lui un musulman fanatique, perméable aux thèses extrémistes, engagé dans un jihad. À l'appui de cette allégation, ils rejetaient notamment des échanges de courrier électronique avec un imam radical yéménite. Les libéraux le considéraient comme un officier surmené, blessé par des expériences de stigmatisation, souffrant de stress posttraumatique. Ce diagnostic pouvait toutefois sembler étonnant, dans la mesure où, comme son nom l'indique, il suppose l'exposition à un événement violent responsable d'un traumatisme, ce qui ne semblait pas être le cas puisque Hasan n'était pas allé au combat. En réalité, les tenants de cette hypothèse estimaient que trois facteurs avaient potentiellement contribué à constituer un tel tableau clinique. Premièrement, certaines conduites malveillantes ou propos islamophobes pouvaient avoir été traumatisantes, la violence étant alors de nature psychologique. Deuxièmement, les symptômes et les récits de ses patients avaient certainement affecté le psychiatre qui les entendait, et cette fois le traumatisme était vicariant, autrement dit par effet indirect de contagion auprès des soldats concernés. Troisièmement, l'idée d'être envoyé au combat pour y être confronté à ce qu'il avait entendu raconter de ce qui s'y passait, notamment en termes de crimes contre les populations locales, pouvait s'être avérée intolérable, mais il fallait alors imaginer une forme inédite de stress prétraumatique. Les débats entre les tenants des différentes interprétations furent

vifs dans les médias et se poursuivirent du reste lors de l'instruction et du procès en cour martiale. Tout autant qu'une discussion clinique (malade ou non ?) ou politique (ennemi ou pas ?), il s'agissait d'une alternative fondamentalement morale : le major Hassan était-il un monstre agissant au nom d'une odieuse idéologie ou bien la victime d'une situation à laquelle il s'était trouvé tragiquement exposé ? Entre les deux, la notion de traumatisme introduisait un élément de possible distinction.

Quelque singulières que soient l'histoire du major Hasan et son interprétation contradictoire aux États-Unis, elles s'inscrivent dans un récit qui traverse le 20^e siècle : le récit de l'inversion de l'image du traumatisme et de l'émergence concomitante de la figure de la victime, les deux phénomènes prenant en quelque sorte appui l'un sur l'autre¹. Qu'un auteur de violence puisse être considéré comme étant lui-même victime de violence et que l'authentification de ce déplacement passe par la reconnaissance de l'existence d'un traumatisme peut sembler évident à l'observateur contemporain. C'est pourtant l'aboutissement d'un long processus par lequel le traumatisme a d'abord été identifié comme un fait de nature psychologique, a ensuite acquis un statut positif en étant associé à l'idée de victime, a enfin pu ouvrir des droits pour celles et ceux qui en étaient affectés. Au terme de cette évolution, le cas du major Hasan se confond de façon troublante avec ceux de certains militaires qu'il suivait, précisément pour des symptômes en rapport avec les exactions qu'ils avaient non pas subies, mais commises, le parallèle avec Robert Bales, le soldat qui, en mars 2012, a fait irruption dans un village afghan et abattu dix-sept civils dont neuf enfants, ayant été explicitement suggéré.

(1) Didier Fassin et Richard Rechtman, *L'Empire du traumatisme : enquête sur la condition de victime*, Paris, Flammarion, 2007.

Ce processus engage donc bien plus qu'une reformulation de la nosographie psychiatrique, à quoi les historiens l'ont généralement réduit. Le traumatisme n'est pas seulement une catégorie clinique, il est également un terme métaphorique permettant de nommer la réponse au malheur : comme on le voit dans la manière dont sont rapportés les événements de Fort Hood, il sert à décrire la condition médicale des patients tout autant que l'expérience douloureuse de la nation. Autrement dit, l'étude de ses métamorphoses relève aussi bien de l'histoire des sciences que de l'histoire des sensibilités, et notamment de la place croissante faite à la souffrance dans l'interprétation du monde contemporain¹. Il n'est toutefois pas question seulement de sensibilités mais aussi de valeurs. C'est pourquoi il serait préférable de penser en termes d'économies morales, au sens de la production, de la circulation et de l'appropriation de valeurs et d'affects autour de questions de société². On peut parler ici d'une économie morale de la violence.

Partant de l'exemple du massacre perpétré dans la base militaire texane, j'aimerais ici opérer un double déplacement par rapport à la façon dont ces phénomènes sont habituellement abordés. D'une part, la généalogie du traumatisme est généralement intégrée dans une histoire de la psychiatrie, de la psychologie et de la psychanalyse : il s'agit de reconsidérer cette histoire à la lumière d'un questionnement moral en examinant les valeurs et les sentiments attachés au traumatisme. D'autre part, la légitimation du statut de victime fait souvent l'objet de jugements normatifs que l'on peut, au risque d'une certaine

simplification, caractériser en termes de disqualification, du côté français, et d'exaltation, du côté états-unien : il s'agit ici d'échapper à ce double écueil à travers une lecture politique mettant en évidence ce qu'on pourrait appeler l'intelligence sociale des victimes. Pour ce faire, je propose d'abord de retracer les grandes lignes de la conversion morale du traumatisme et ensuite de montrer comment il est devenu une ressource politique dans la légitimation du statut de victime.

Une conversion morale

C'est avec Pierre Janet et surtout Sigmund Freud que le traumatisme entre dans le domaine de la psychologie³. Apparu initialement dans des descriptions cliniques de victimes d'accidents de chemin de fer à la fin du 19^e siècle, il était en effet conçu jusqu'alors comme une lésion anatomique de la moelle épinière et par conséquent pensé à l'intérieur d'un paradigme neurologique. En l'associant à l'hystérie, dans le prolongement des travaux de Jean-Martin Charcot, les deux grands théoriciens du psychisme rejettent l'origine physique du traumatisme, puisque Janet en fait un événement survenu dans l'enfance et que Freud le spécifie en le limitant à la sphère sexuelle. Cette assimilation à une névrose, si elle permet en quelque sorte la dématérialisation du traumatisme, conduit simultanément à y voir un mécanisme inconscient permettant au sujet d'en tirer des bénéfices primaires, du point de vue de son économie psychique, donc en termes de satisfaction, et secondaires, dans sa vie sociale, sous la forme de gratifications diverses. Si les premiers intéressent presque exclusivement les psychologues, les seconds concernent la société au sens large, introduisant par conséquent un soupçon devant l'existence de symptômes traumatiques,

(1) Didier Fassin, *La Raison humanitaire : une histoire morale du temps présent*, Paris, Gallimard/Éd. du Seuil, 2010.

(2) Didier Fassin, « Les économies morales revisitées », *Annales HSS*, 6, 2009, p. 1237-1266 ; Didier Fassin et Jean-Sébastien Eideliman (dir.), *Économies morales contemporaines*, Paris, La Découverte, 2012.

(3) Ruth Leys, *Trauma : A Genealogy*, Chicago, The University of Chicago Press, 2000.

puisque leur présence laisse supposer que l'individu souffrant cherche à tirer avantage de sa souffrance. Deux scènes vont historiquement sceller cette emprise du soupçon : le travail et la guerre.

La question des bénéfices du traumatisme se trouve d'abord posée dans le monde du travail, *via* l'expertise de la psychiatrie légale. L'événement en cause dans le déclenchement des symptômes est l'accident du travail et les avantages sociaux que l'on suppose attendus par le travailleur sont doubles : la mise au repos prolongée et le versement de réparations financières. Dans un contexte où les conditions de travail des ouvriers sont particulièrement pénibles et dangereuses, mais où commencent à être envisagée, avec la loi de 1898, la responsabilité des employeurs et donc l'indemnisation des victimes d'accidents, la dimension juridico-administrative de la prise en charge des séquelles devient importante. Les médecins, et singulièrement les psychiatres, sont amenés à servir d'experts dans les tribunaux. C'est d'ailleurs dans l'une de ces enceintes qu'en 1907, le docteur Édouard Brissaud propose pour la première fois le terme de « sinistrose » qui fait florès pendant plus d'un demi-siècle pour discréditer les ouvriers souffrant de symptômes souvent invalidants dans les suites d'accidents du travail. Il s'agit, selon lui, d'un tableau clinique authentique ne relevant pas de la simulation, mais bien d'une névrose qui trouve sa résolution dans la satisfaction des bénéfices secondaires et notamment l'obtention des réparations. Reprise par d'autres auteurs, l'efficacité de la compensation financière vient conforter, dans la société et tout particulièrement parmi les employeurs, l'idée que ces ouvriers sont, consciemment ou non, intéressés et profiteurs, et même, dans ces temps difficiles du début du 20^e siècle, qu'ils ne sont pas sensibles aux valeurs de la nation. La catégorie de sinistrose perdure jusque dans les années

1970, concernant alors presque spécifiquement les travailleurs immigrés, le plus souvent nord-africains, en contribuant à disqualifier leur incapacité à reprendre leur activité et leur demande d'indemnisation financière à la suite d'accidents, souvent dans le secteur du bâtiment et des travaux publics. Avec la fermeture des frontières, qui intervient au terme de cette période, le diagnostic perd de sa pertinence, puisque l'immigré est de moins en moins valorisé comme travailleur, ce qui fait passer au second plan son éventuelle incapacité.

Le soupçon à l'égard du traumatisé culmine toutefois sur le terrain de la guerre¹. Au cours du premier conflit mondial, la terrible expérience des tranchées avec la violence des bombardements et l'omniprésence de la mort induit chez de nombreux soldats des symptômes graves qui obligent, dans les deux camps, à les ramener vers l'arrière où des psychologues et des psychiatres statuent sur leur tableau clinique. La névrose traumatique, parfois désignée sous le nom de *shell shock*, laisse cependant soupçonner au mieux une hystérie, au pire une simulation, et dans tous les cas le désir, inconscient ou non, de fuir les combats. Plus que l'intéressement lié à une future réparation, l'opprobre jeté sur ce diagnostic vient de son assimilation à une forme de lâcheté qui marginalise socialement des soldats discrédités autant par leur manque de patriotisme que par leur défaut de solidarité avec leurs compagnons restés au front. Dans ces conditions, ce n'est pas la brutalisation de la guerre qui est mise en cause, mais la fragilité de ceux qui ne parviennent pas à y faire face. Plutôt que l'événement traumatique, c'est le terrain du traumatisé qui focalise l'attention, contribuant un peu plus à la culpabilisation des soldats présentant ce tableau

(1) José Brunner, « Will, Desire and Experience : Etiology and Ideology in the German and Austrian Medical Discourse on War Neuroses, 1914-1922 », *Transcultural Psychiatry*, 37 (3), 2000, p. 295-320.

clinique. Loin de générer de la compassion, leur vulnérabilité suscite de la méfiance. Dès lors, la hiérarchie militaire se sent autorisée à durement sanctionner les suspects que, parallèlement, l'institution psychiatrique soigne avec une détermination qui frise la cruauté. L'électrothérapie, dont l'expression la plus redoutée est la « torpille » du célèbre docteur Clovis Vincent, devient ainsi le traitement de choix dont l'efficacité tient autant à la méthode elle-même qu'à la terreur qu'elle inspire, certains préférant retourner à la guerre plutôt que de subir cette douloureuse épreuve. Même si des débats et parfois des procès ont lieu, mettant en cause cette forme de sadisme médical, certains témoignant d'ailleurs d'une vision beaucoup plus humaniste, tel le psychiatre et anthropologue britannique W. H. R. Rivers, la névrose de guerre, comme on la nomme alors, fait peser sur celui qui en souffre une lourde suspicion.

Ce double rappel de la perception du traumatisme au début du 20^e siècle, à travers la sinistrose et la névrose de guerre, permet de réaliser le chemin parcouru lorsqu'en 1980, l'American Psychiatric Association publie la nouvelle version de sa classification des maladies mentales, le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)* qui inclut le « *post-traumatic stress disorder* » (PTSD), que l'on traduit habituellement par état de stress posttraumatique¹. L'introduction de cette entité clinique bouleverse non seulement l'histoire du traumatisme, mais aussi l'histoire de la psychiatrie. En effet, pour la première fois, un diagnostic ne concerne plus un état pathologique, mais un état normal : le stress posttraumatique est une réaction normale à un événement anormal. Le traumatisé n'est donc pas un malade, mais un

sujet sain éprouvé par la violence d'un drame qui le dépasse. La psychiatrie s'ouvre à la santé mentale. Cette radicale évolution n'est toutefois pas seulement le résultat d'une réflexion interne à la discipline. Elle est avant tout le fruit, aux États-Unis, d'une double mobilisation d'anciens combattants et de féministes, qui conjuguent leurs efforts avec ceux des psychiatres réformateurs de la puissante organisation professionnelle.

D'une part, les anciens combattants de la guerre du Vietnam ont joué un rôle essentiel dans ce processus, en cherchant à faire valoir leurs droits à réparation pour les dommages psychiques subis². Fait remarquable, ils ont pu obtenir que leur traumatisme soit reconnu non seulement lorsqu'ils avaient été victimes de violences, notamment en ce qui concerne les prisonniers de guerre, mais aussi quand ils en avaient été les témoins, voire les auteurs. Que les trois positions possibles occupées par les soldats sur la scène de la violence (celui qui la subit, celui qui y assiste et celui qui la commet) soient ainsi associées dans le même diagnostic ouvrant droit au minimum à des soins et à une certaine compréhension, au maximum à une indemnisation et des réductions de peine, souligne le retournement de valeurs qui s'est produit : non seulement le traumatisé est reconnu pour l'épreuve qu'il a traversée, mais la clinique permet également d'intégrer les militaires responsables de crimes dans une même communauté de malheur que leurs victimes. Tout autant qu'une conversion morale par laquelle le traumatisme légitime désormais une souffrance qu'on discréditait jadis, c'est donc une suspension morale qui autorise la prise en compte de toutes les souffrances indépendamment de l'évaluation de l'acte qui les

(1) Allan Young, *The Harmony of Illusions : Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*, Princeton, Princeton University Press, 1995.

(2) Robert Jay Lifton, *Home from the War : Vietnam Veterans Neither Victims nor Executioners*, New York, Simon & Schuster, 1973.

provoque. Compte tenu du traumatisme collectif (au sens métaphorique) qu'ont représenté à la fois la découverte des atrocités commises par les soldats états-uniens et la défaite subie sur le terrain, il est difficile de ne pas voir dans la reconnaissance du traumatisme individuel (au plan psychique) une forme de rédemption nationale.

D'autre part, les féministes se sont avérées déterminantes sur une dimension essentielle, à savoir l'objectivation de la source du traumatisme¹. Pour ce faire, il leur fallait contester l'interprétation psychanalytique dominante. La théorie dite de la séduction, que Freud avait d'abord proposée pour rendre compte de l'hystérie, affirmait que cette dernière trouvait sa source dans un abus sexuel initialement refoulé mais ultérieurement révélé par un événement parfois anodin. Elle fut toutefois rapidement abandonnée au profit de la théorie dite du fantasme, par laquelle Freud considérait que c'était la sexualité en tant que telle qui était traumatique, ce qui laissait totalement ouverte la question de la réalité de l'événement censé avoir provoqué le traumatisme. Dans ces conditions, les femmes victimes d'abus sexuels pouvaient se trouver confrontées à un déni non seulement de la part de celui qui en était l'auteur mais aussi de la part des juges conduits à statuer sur de telles accusations. C'est ce que contestèrent les féministes états-uniennes, associées en l'occurrence aux défenseurs des droits des enfants, dans une période où la maltraitance infantile était redéfinie davantage comme sexuelle que comme physique. Faire reconnaître par les psychiatres l'état de stress posttraumatique revenait à rattacher les symptômes à un événement qui avait bien eu lieu et affirmer que ces troubles traduisaient

la violence subie plutôt qu'une fragilité psychique. La conversion morale se manifestait donc ici par un rétablissement de véridiction, puisque les femmes se disant victimes d'abus sexuels n'étaient plus suspectes de mensonge ou d'affabulation mais passaient désormais avec succès l'épreuve de vérité. À la différence toutefois des anciens combattants, cette stratégie s'accompagnait non d'une suspension mais d'une assignation morale, dans la mesure où le traumatisme établissait de façon claire et définitive la répartition des rôles entre les auteurs et les victimes de violence.

Contrairement à ce qu'on en retient généralement, la naissance du *PTSD* dans la nomenclature états-unienne est donc au moins autant le résultat de croisades morales que de découvertes savantes². La symptomatologie unifiée et reconnue de l'état de stress posttraumatique fédère les causes des anciens combattants et des féministes et plus largement de toutes les victimes d'événements violents, qu'ils soient collectifs ou individuels. Le traumatisme, libéré de la suspicion qui discréditait les individus (soldats, ouvriers, femmes violées ou enfants abusés) qui en présentaient les symptômes, prend une valence morale positive. Désormais, il atteste la parole des victimes, la réalité de la violence à laquelle elles ont été exposées et la vérité de la souffrance dont elles se plaignent. Il signe la nouvelle condition de victime. Dans les tribunaux, face aux compagnies d'assurance, devant les commissions de réparation, et plus largement dans l'espace public, parler de traumatisme c'est reconnaître la victime.

Est-ce à dire cependant qu'en retour la victime se reconnaisse elle-même à travers le traumatisme ? La chose est difficile à affirmer et les commentateurs ont un peu trop vite (et

(1) Barbara Nelson, *Making an Issue of Child Abuse : Political Agenda Setting for Social Problems*, Chicago, Chicago University Press, 1984.

(2) Wilbur Scott, « Posttraumatic Stress Disorder in DSM-III : A Case in the Politics of Diagnosis and Disease », *Social Problems*, 37 (3), 1990, p. 294-310.

peut-être trop cyniquement) développé l'idée d'une victimisation de la société, comme si les individus reconnus victimes d'une violence adhéraient nécessairement et entièrement à cette figure imposée¹. Or, une telle affirmation, dans des essais dont les auteurs ont rarement mené un travail empirique, rend mal compte des compétences sociales des agents.

Une ressource politique

Que le traumatisme soit un fait clinique en même temps qu'une désignation métaphorique, dans les deux cas en rapport avec un événement violent, que le trauma soit un concept psychanalytique et l'état de stress posttraumatique une entité psychiatrique, que même certains spécialistes d'imagerie cérébrale utilisent aujourd'hui la résonance magnétique nucléaire pour tenter de localiser le site neuro-anatomique des blessures traumatiques, ne doit en effet pas conduire à réifier le traumatisme. Il est certes une réalité pour les spécialistes qui l'étudient ou le soignent, tout comme l'est l'expérience des personnes qu'on dit en être affectées. Pour autant, les victimes ainsi reconnues par leur souffrance sont loin de se laisser enfermer dans une assignation à cette condition. C'est ce que montre une série d'enquêtes conduites sur trois terrains éloignés : à Toulouse, dans les suites de l'accident industriel AZF ; en Palestine, pendant la seconde Intifada ; au sein des associations d'aide aux demandeurs d'asile. Dans chaque cas, les « victimes », dont le statut est authentifié par le traumatisme grâce à la médiation d'experts, utilisent ce dernier comme ressource politique pour faire valoir leurs droits.

Lorsque le 21 septembre 2001, dix jours seulement après les attentats de New York et Washington, une usine chimique explose aux abords d'un quartier populaire de Toulouse, la première initiative du maire de la ville est de faire appel à la bonne volonté des spécialistes de la santé mentale pour aider l'ensemble de la population à faire face au traumatisme collectif : en quelques heures, ce ne sont pas moins de trois cent quatre-vingts psychologues et quarante psychiatres qui se mobilisent dans toute l'agglomération². Car si les premières victimes sont les ouvriers tués ou blessés dans l'accident, ainsi que les habitants alentour qui se retrouvent sinistrés, il est rapidement considéré par les autorités que tous les Toulousains peuvent être considérés comme traumatisés par l'ampleur de la tragédie et, à ce titre, indemnisés. Cette inclusion généreuse concerne même des habitants de la ville qui ne se trouvaient pas sur place, dans la mesure où eux aussi sont censés souffrir des conséquences psychologiques de l'événement. Du reste, pour éviter d'interminables discussions et controverses, les compagnies d'assurance décident finalement, dans le cadre de négociations globales, d'accorder des réparations financières à toutes celles et tous ceux qui en font la demande, sans expertise psychiatrique et donc sans préjuger de l'état psychologique des plaignants : la distinction entre les dimensions métaphorique et clinique du traumatisme s'estompe ici, puisqu'elle n'est plus nécessaire pour percevoir les sommes prévues à ce titre. Dans les quartiers populaires qui ont été les plus touchés, les habitants se regroupent pour défendre la cause des « sans-fenêtres », dénomination qu'ils adoptent en référence aux vitres brisées dans tous les appartements.

(1) Pascal Bruckner, *La Tentation de l'innocence*, Paris, Le Livre de poche, 1996 ; Guillaume Erner, *La Société des victimes*, Paris, La Découverte, 2005 ; Caroline Eliacheff et Daniel Soulez-Larivière, *Le Temps des victimes*, Paris, Albin Michel, 2006.

(2) Stéphane Latté et Richard Rechtman, « Enquête sur les usages sociaux du traumatisme à la suite de l'accident de l'usine AZF à Toulouse », *Politix*, 73, 2006, p. 159-184.

S'ils recourent à l'invocation du traumatisme subi pour faire valoir leurs droits, ce n'est pas qu'ils se considèrent comme des victimes dans l'absolu, mais qu'ils se rendent compte que ce terme et ce qu'il recouvre sont un sésame qui leur donne accès à l'espace public. Plutôt que d'exhiber une souffrance psychologique, ils préfèrent pourtant mettre en avant la ségrégation spatiale, la précarité économique et les discriminations raciales dont ils considèrent qu'ils sont les victimes bien plus que de l'explosion. Certains disent explicitement que l'indemnisation des préjudices psychologiques est une compensation pour les préjudices sociaux qu'ils subissent. Alors que beaucoup d'analystes pensaient que la présence des psychologues et des psychiatres aboutissaient à une forme de dépolitisation de l'accident industriel, la politique revient ainsi à travers l'utilisation du traumatisme comme véhicule des revendications.

C'est aussi le traumatisme qui est mobilisé, cette fois par les organisations humanitaires, dans les territoires palestiniens occupés, lors de la seconde Intifada, déclenchée par la visite d'Ariel Sharon sur l'esplanade des Mosquées le 28 septembre 2000¹. Alors que l'armée israélienne prend position en Cisjordanie, détruisant les maisons proches des colonies juives et tirant sur les populations palestiniennes, les associations Médecins sans frontières et Médecins du monde, présentes sur place depuis plusieurs années, décident d'orienter leur action vers la santé mentale où elles ont une expertise acquise dans les suites de catastrophes naturelles, comme en Arménie, et sur les lieux de conflits, notamment dans l'ex-Yougoslavie. Confrontées aux difficultés de réunir les conditions habituelles de la prise en

charge des patients souffrant de troubles mentaux, psychiatres et psychologues utilisent leurs observations cliniques pour traduire les réalités vécues par les Palestiniens à destination d'un public international. Médecins sans frontières produit des chroniques qui se composent de vignettes mêlant récit et diagnostic, constats objectifs et impressions subjectives, le traumatisme venant prouver l'impact de l'occupation sur les populations. Médecins du monde rédige des rapports sur les atteintes aux droits humains et au droit humanitaire par l'armée israélienne, mais aussi par les auteurs d'attentats palestiniens, le traumatisme servant cette fois à établir un parallèle plus ou moins explicite entre les souffrances des deux populations.

Une telle utilisation du traumatisme dans le témoignage humanitaire est récente, puisqu'elle n'apparaît qu'à la fin de la décennie 1980. Jusqu'alors, c'était le corps qui parlait des souffrances endurées par les populations, qu'il s'agisse de guerre, de catastrophe ou de famine. Désormais, c'est la psyché qui vient authentifier la gravité des épreuves subies. Une telle authentification n'est cependant pas sans poser de problème. D'une part, le traumatisme, même dans les conditions d'oppression que connaît le peuple palestinien, a de nombreuses causes, y compris de nature privée, comme les abus sexuels dans l'entourage proche, qui sont bien éloignées du conflit entre les deux pays. D'autre part, le traumatisme, dès lors qu'on s'en sert pour rendre équivalentes les expériences dans les deux camps, en vient à effacer les différences historiques qui sont au cœur du conflit. Dans les deux cas, c'est la dimension politique de la situation que l'invocation du traumatisme tend à faire passer au second plan, ce que les acteurs locaux n'ignorent pas. S'ils se plient souvent à cette description psychologique non exempte de pathos dont ils comprennent qu'elle peut permettre à leur cause d'être entendue, ils n'hésitent pas à la requalifier politiquement en

(1) Didier Fassin, « The Humanitarian Politics of Testimony : Subjectivation through Trauma in the Israeli-Palestinian Conflict », *Cultural Anthropology*, 23 (3), 2008, p. 531-558.

réintroduisant l'histoire, pour parler notamment du traumatisme de la Nakba.

L'identification des séquelles psychiques de la violence est cependant parfois un élément essentiel dans la reconnaissance d'un statut, notamment lorsqu'il s'agit de demander l'asile au titre de la convention de Genève de 1951¹. Au cours des trois dernières décennies, dans un contexte d'accroissement des sollicitations du statut de réfugié, le taux d'accord s'est effondré, passant de plus de neuf à moins d'un sur dix au niveau de l'évaluation initiale des dossiers par l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra). Ce taux a d'ailleurs continué de baisser alors même que le nombre des requêtes s'était stabilisé, voire avait diminué, suggérant que, plutôt qu'un afflux de faux réfugiés, comme le discours officiel le laisse entendre, cette évolution traduit une sévérité croissante de l'administration, nourrie par une banalisation de la suspicion à l'encontre des requérants. Pour l'essentiel, les données de la Commission des recours des réfugiés, devenue Cour nationale du droit d'asile, ont suivi une évolution parallèle, avec une baisse régulière des taux d'annulation des décisions de l'Office. Ce n'est que depuis le milieu de la décennie 2000 que la courbe s'est quelque peu infléchi à la Cour, corrigeant partiellement les pratiques restrictives de l'Ofpra. Dans ce contexte, la parole du demandeur d'asile et donc son récit ont considérablement perdu de leur valeur, les taux très bas d'accord, en première instance, et d'annulation, en seconde, conduisant de plus en plus à s'appuyer sur des expertises médicales ou psychologiques attestant les persécutions subies, que les traces soient physiques ou psychiques. Dans la mesure où les tortionnaires tendent à

éviter de laisser des marques potentiellement compromettantes sur les corps, c'est toutefois de plus en plus le psychisme qui sert de preuve, pour autant qu'il y ait traumatisme avéré par un clinicien. Les requérants, les avocats qui les défendent et les associations qui les assistent en viennent ainsi à solliciter des certifications de séquelles traumatiques prouvant les violences endurées. Or, d'une part, tous les persécutés ne présentent pas nécessairement un tel tableau clinique et, d'autre part, l'existence de ce dernier est loin de garantir une décision favorable. Au sein des organisations amenées à produire ces expertises, la réflexion politique porte donc sur le risque de légitimer la politique gouvernementale par la production de certificats entérinant la distinction entre les requérants qui présentent des signes de traumatisme et les autres qui peuvent pourtant avoir subi les mêmes épreuves.

Quelque différentes qu'elles soient, ces trois scènes montrent que le traumatisme est une ressource politique et que les victimes, directement ou à travers ceux qui les aident, peuvent s'en servir non pour susciter de la compassion, mais pour faire reconnaître des droits : droit à la citoyenneté, droit à une terre, droit à l'asile. On peut parler dans le premier cas d'une politique de la réparation, dans le deuxième d'une politique du témoignage, dans le troisième d'une politique de la preuve. Les commentateurs qui s'en tiennent à l'analyse de la surface du discours victimaire négligent donc cette forme de subjectivation politique par laquelle le sujet adopte le langage de l'autre pour fonder sa propre exigence. Certes, elle s'inscrit dans un rapport de domination symbolique, puisqu'il s'agit d'entrer dans un jeu dont on ne maîtrise pas les règles. Cependant, même dans ces conditions, il est encore possible d'en détourner le sens, de manière à le jouer autrement. Quand on n'a pas la ressource de la stratégie, on peut encore disposer de celle de la

(1) Didier Fassin et Estelle d'Halluin, « Critical Evidence : The Politics of Trauma in French Asylum Policies », *Ethos*, 35 (3), 2007, p. 300-329.

tactique¹. Ainsi, dans une économie morale contemporaine où la souffrance peut fonder la reconnaissance sociale, les victimes savent souvent mobiliser le traumatisme moins pour légitimer leur condition que pour exprimer leurs revendications.

Variations et finale

Au plus fort de la controverse sur l'affaire de Fort Hood, un homme emprisonné pour avoir lui aussi tiré sur des militaires quelques mois plus tôt à Little Rock, dans l'Arkansas, tuant l'un d'eux, écrivit au juge pour plaider coupable. Le 1^{er} juin 2009, Carlos Leon Bledsoe, un Africain-Américain de vingt-quatre ans qui s'était converti à l'islam en prenant le nom de Abdulhakim Mujahid Muhammad, avait ouvert le feu sur des soldats qui se tenaient à l'entrée d'un centre de recrutement de l'armée. Arrêté un peu plus tard, il avait dit avoir commis son acte en réponse à la guerre menée contre les musulmans, mais refusé de se reconnaître coupable. Alors qu'il attendait une évaluation psychiatrique destinée à caractériser sa santé mentale, il rédigea donc une lettre pour le magistrat qui instruisait son affaire : « Je ne suis pas fou ni posttraumatique », y déclarait-il, affirmant que son geste devait être compris comme une « attaque djihadiste ». De manière remarquable, donc, il rejetait par avance le diagnostic qui aurait éventuellement pu lui servir de circonstance atténuante, pour revendiquer la nature politique de son crime. Aussi extrême et paradoxal soit-il, ce cas manifeste à la fois la généralisation du traumatisme comme mode d'interprétation de la violence et la capacité des agents à la mobiliser ou la rejeter pour se présenter ou non comme victime. Si le public états-unien fut choqué par la violence de cette agression aveugle, personne ne fut surpris

d'entendre son auteur invoquer l'état de stress posttraumatique, fût-ce en l'occurrence pour s'en défendre en plaidant coupable.

Au cours du 20^e siècle, le traumatisme est ainsi passé d'un signe d'infamie à une source de reconnaissance. Cette remarquable conversion morale procède moins d'une découverte médicale que d'une mobilisation politique. C'est même en récusant certaines des théories de la psychanalyse que l'état de stress posttraumatique a pu devenir officiellement une catégorie diagnostique. Il fallait en somme que la société soit prête à accepter le statut de victime pour qu'une entité clinique vienne en confirmer l'authenticité, et non l'inverse, comme le veut le récit habituel. Pour autant, une fois cette double légitimation du traumatisme et de la victime étant opérée, morale et politique se reconfigurent. D'un côté, le partage moral du monde s'aménage au gré des causes, l'auteur des violences se retrouvant aux côtés de sa victime dans le cas des brutalités guerrières alors qu'il lui est opposé dans le cas des abus sexuels. De l'autre, la subjectivité politique des agents s'affirme à travers leur capacité à s'approprier la catégorie de traumatisme pour revendiquer leur statut de victime ou, au contraire, leur capacité à la rejeter afin d'adopter une posture alternative. Quand la psychiatrie entre en scène, la morale ne disparaît donc pas plus que la politique ne s'efface lorsque se déploie la morale.

Il faut toutefois résister à la tentation d'une lecture linéaire, voire téléologique de cette histoire, comme tendent à le faire aussi bien les promoteurs du traumatisme que les contemporains des victimes, et comme notre récit même pourrait le faire accroire. L'identification du premier et la légitimation des secondes sont un processus inachevé. Si l'on revient à l'exemple de l'armée états-unienne, qui a joué un rôle majeur dans ce récit, pour les soldats états-uniens de retour des guerres d'Irak et

(1) Michel de Certeau, *L'Invention du quotidien*, t. I : *Arts de faire*, Paris, UGE, 1980.

d'Afghanistan, le diagnostic de stress posttraumatique est encore souvent entouré de honte et l'image de la victime est bien peu compatible avec la représentation héroïque dominante. Quant aux soldats, et aux civils, irakiens et afghans, ils n'accèdent jamais ni à l'expertise psychiatrique qui affirmerait leur traumatisme, ni à la reconnaissance sociale qui les ferait tenir pour des victimes.

*Didier Fassin, Institute for Advanced Study,
Princeton, 08540 New Jersey, États-Unis.*

Didier Fassin est professeur de sciences sociales à l'Institute for Advanced Study de l'Université de Princeton et directeur d'études à l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS). Anthropologue, sociologue et médecin, il a été le directeur fondateur de l'Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux (Iris). Il est l'auteur ou le directeur d'une trentaine d'ouvrages, dont *La Question morale : une anthologie critique* (avec Samuel Lézé, PUF, 2013) et *Juger, réprimer, accompagner : essai sur la morale de l'État* (avec Yasmine Bouagga *et al.*, Éd. du Seuil, 2013). (dfassin@ias.edu)