

Quelle légitimation pour le savoir psychiatrique, la mémoire traumatique et les témoignages ?

Martine TIMSIT¹

Résumé :

L'auteur apporte son témoignage sur les premières années de la Psychiatrie postcoloniale à Alger (1962-1965) : autogestion d'une clinique privée, abandonnée par ses propriétaires, puis nationalisation et transformation de celle-ci en département universitaire, refus de la nomination à la faculté de médecine d'Alger d'un professeur de psychiatrie issu de l'école coloniale et nomination d'un professeur égyptien psychanalyste (Professeur Vissa Wassef). La remémoration de cette période a amené une réflexion critique sur l'approche psychiatrique pratiquée alors. Les troubles « post-traumatiques », directement en relation avec la guerre qui venait de se terminer n'étaient pas pris en considération. L'auteur s'interroge sur les raisons de cette méconnaissance. Elle décrit les circonstances historiques et politiques qui ont amené la création d'une nouvelle catégorie nosologique du DSM 3, le « stress post-traumatique » (PTSD). Cette nouvelle catégorie nosologique a permis la reconnaissance officielle de la condition de victime. Derrière cette reconnaissance se cachent de nouvelles discriminations. En particulier, les réfugiés et les demandeurs d'asile en France, qui ont subi des traumatismes de guerre dans leur propre pays sont frappés de suspicion alors que les victimes du terrorisme sur le territoire français sont reconnues de façon systématique comme victimes.

S'interroger sur ces problèmes permet de comprendre le rôle joué par le pouvoir sur le savoir psychiatrique et sur la légitimation des récits individuels.

Mots clés : Psychiatrie post-coloniale, psychiatrie coloniale, histoire du concept traumatisme psychique, Stress post-traumatique, condition de victime, légitimité des témoignages, Réfugiés.

¹ Neuropsychiatre, Docteur en Science/ timsit.berthier@wanadoo.fr

What legitimacy for psychiatric knowledge, traumatic memory and testimonies?

Abstract:

The author brings his testimony over the first years of the postcolonial Psychiatry in Algiers (1962-1965): put in self-government of a private hospital deserted by their owners, then nationalization and transformation into public university department ; refusal of the appointment to the Faculty of Medicine of a psychiatric 'professor stemming from the colonial school and accepting of a psychoanalyst egyptian professor (Professor Vissa Wassef).

The recollection of this experience brought to examine it with a critical mind. The "post-traumatic" disorders, directly in connection with the war which had just ended were not considered. She wonders about the causes of this misunderstanding. She describes the historic and political circumstances which allowed the creation of this new nosological category in DSM3 : the « post-traumatic stress disorder » (PTSD.) This new nosological category allowed the official recognition of victim's condition. But this official recognition hides new discriminations. In particular, in France, the testimonies of the refugees and the asylum seekers who were victims of war traumas in thier own country are always examined with suspicion while those of the victims of the terrorism in France are accepted in a collective way. Wonder about these problems can allow to understand better the role of the power on the organization of the psychiatric knowledge and on the legitimization of the individual narratives.

Key words: Post-colonial psychiatry, colonial psychiatry, history of « psychological trauma » concept, Post traumatic stress disorder (PTSD), victim's condition, Refugees.

أي شرعية للطب العقلي، الذاكرة الصدمية والشهادات؟

ملخص :

تقدم كاتبة المقال شهادتها عن السنوات الأولى من الطب النفسي ما بعد الاستعمار في الجزائر (1962-1965): الإدارة الذاتية لعيادة خاصة التي تخلى عنها أصحابها وتم تأميمها وتحويلها إلى قسم جامعي، رفض تعيين أستاذ طب عقلي في كلية الطب بالجزائر العاصمة لأنه تخرج من المدرسة الاستعمارية وتعيين أستاذ مصري في التحليل النفسي (البروفيسور فيسا واصف). إن تذكر هذه المرحلة أدى إلى التفكير النقدي في منهج الطب العقلي الممارس آنذاك. لم تؤخذ بعين الاعتبار اضطرابات "ما بعد الصدمة" المرتبطة مباشرة بالحرب التي انتهت للتو. تتساءل الكاتبة عن أسباب هذا الإنكار. وتصف الظروف التاريخية والسياسية التي أدت إلى وضع تصنيف نوزوغرافي جديد في DSM 3، "اضطراب ما بعد الصدمة" (PTSD). وقد سمح هذا التصنيف النوزوغرافي الجديد بالاعتراف الرسمي بظروف الضحية. تكمن وراء هذا الاعتراف تفرقة جديدة، على وجه الخصوص لللاجئين وطالبي اللجوء في فرنسا الذين عانوا من صدمات الحرب في بلادهم، حيث يُشتبه بهم بينما يتم الاعتراف بضحايا الإرهاب على الأراضي الفرنسية بشكل منهجي كضحايا.

إن دراسة هذه المشاكل تجعل من الممكن فهم الدور الذي تلعبه السلطة في المعرفة طب عقلية وشرعنة الروايات الفردية.

الكلمات المفتاحية: الطب العقلي ما بعد الاستعماري، الطب العقلي الاستعماري، تاريخ مفهوم

الصدمة النفسية، ضغط ما بعد الصدمة، ظروف الضحية، مشروعية الشهادات، لاجئون.

Peut-on faire un usage critique de la mémoire c'est à dire chercher à se souvenir de certains évènements afin de les sortir de l'oubli mais en même temps les mettre à distance pour les passer au crible de la pensée afin qu'ils éclairent le présent. C'est ce que j'ai tenté de faire en apportant mon témoignage sur la l'histoire de la psychiatrie, à Alger, dans les premiers mois qui ont suivi l'indépendance puis en faisant une analyse critique de notre approche clinique et du concept de « traumatisme psychique ».

De 1962 à 1965, alors que j'étais en formation de spécialiste en psychiatrie, j'ai participé à Alger à deux événements qui, à mon avis, devraient rester dans la mémoire collective : d'une part la nationalisation d'une clinique privée et d'autre part la nomination du premier professeur de psychiatrie de l'université.

Il n'y a guère de traces de cette période. La nationalisation de la Clinique de l'Hermitage n'évoqué qu'en quelques lignes dans le numéro spécial de 1969 consacré à la Psychiatrie algérienne de l'Information Psychiatrique (p 841) *“A l'époque, le bouleversement sociodémographique amené par l'indépendance a créé une situation nouvelle dans tout le pays. A Alger c'était la disparition des services de psychiatrie privée ainsi que le départ de la quasi-totalité des psychiatres de cette ville. L'annexion d'une clinique par les services publics ainsi que la persistance du service très réduit et très défectueux de l'hôpital Mustapha amenait le potentiel d'hospitalisation à 300 lits pour plus d'un million d'habitants.”* Et, en 1962, la nationalisation de cette clinique n' a fait l'objet de deux petits articles, le premier publié par Alger Républicain, fin octobre 1962 relevant que les cliniques de l'Hermitage et de Naïma allaient être rattachés à l'Hôpital Mustapha et qu'un salaire allait enfin être versé au personnel qui y travaillait, le second paru dans El Djemouria du 3/11/1962 dont le titre est : Une initiative à imiter, l'ex-clinique psychiatrique « L'Hermitage » s'appelle dorénavant clinique « Drid Hocine ». Quant à l'épisode de la nomination du premier professeur de psychiatrie, il semble ignoré même par I. Terranti (2016) qui évoque pourtant de façon très critique l'histoire de la psychiatrie algérienne.

Quelques souvenirs de ces évènements me sont encore accessibles plus de 50 ans après les avoir vécus, tout d'abord parce que ils ont eu sur moi une forte empreinte émotionnelle sans pour autant être traumatique, car fort heureusement, les évènements heureux, eux aussi, restent gravés dans la mémoire. De plus, comme “pour se souvenir on a besoin d'autrui” (M. Hallbwachs.), ces évènements ont été longtemps évoqués avec la communauté des anciens médecins qui ont partagé cette expérience, puis le temps passant, alors qu'ils s'estompaient, ils ont été remis au présent à l'occasion d'une interview en Belgique (L. Versvelt, 1995) et lors de la rédaction d'un article (M. Timsit.Berthier, 2012). Quelques détails précis ont été retrouvés dans des lettres écrites par mon mari Meyer Timsit, resté à Alger pendant que j'effectuais un bref voyage en France, fin Juillet 1962.

Quelle légitimation pour le savoir psychiatrique, la mémoire traumatique et les témoignages ? **PSY**chologie N°25

Pourquoi désirer partager ce souvenir et en laisser une trace écrite de ces événements ?

-Tout d'abord parce qu'ils m'ont marquée de façon durable. En effet, cette expérience m'a permis de prendre conscience des immenses capacités d'imagination dont sont capables les êtres humains lorsqu'ils sont confrontés à de réelles difficultés et à une volonté commune de les surmonter et elle a été à la source de ma confiance en l'avenir.

-Mais aussi, parce que ces souvenirs ne sont pas seulement des souvenirs individuels. Ils s'organisent dans un cadre social, celui des premiers mois de l'Indépendance pendant lesquels un grand nombre de citoyens ont dû maintenir les différents services publics qui étaient laissés à l'abandon par le départ de milliers de fonctionnaires et d'employés français. En ce sens, mes souvenirs individuels constituent une contribution à la mémoire commune.

-Enfin parce que je souhaite que ce témoignage soit un hommage à la « société civile » anonyme et multiforme, qui a su, au lendemain de l'Indépendance, prendre des initiatives, innover et travailler ensemble, pendant plusieurs années, sans souci de gloire ni de publicité, pour le seul bien commun.

L'histoire officielle n'a pas retenu la richesse et la complexité de ce qui s'est passé pendant les premières années de l'indépendance. Elle s'est surtout intéressée à la grande histoire militaire et elle a négligé les petites histoires de civils. Elle a insisté sur les souffrances plutôt que sur les joies partagées mais on peut le regretter.

Sur la colline de Kouba, une grande clinique privée, l'Hermitage, a été abandonnée par les médecins en Mai 1962. Y demeuraient après leur départ, dans le service fermé, soixante-cinq hommes, malades chroniques ayant perdu tout contact avec leur famille. Les infirmières et les infirmiers qui n'étaient pas partis ont continué à donner des soins à ces patients et à sauvegarder la fonctionnalité de l'établissement en la mettant en autogestion. Précisons qu'en Juillet 1962, il n'y avait plus d'Etat, plus d'administration, plus de lois, plus de statuts, plus de salaires non plus. Aucune subvention ne parvenait pour la gestion.

Avec mon mari, le docteur Meyer Timsit et le docteur Anne Leduc, nous avons commencé à y travailler dès le début du mois de Juillet 1962, rejoints plus tard par deux médecins portugais (Les docteurs Almeida et Barros) et par un médecin français, le docteur Sigg. Un directeur administratif a tout de suite intégré l'équipe, Monsieur Amar Saouli.

Je me souviens de longues réunions où tous ensemble, infirmiers, médecins, administratifs, nous mettions en place les dispositifs qui nous permettaient de faire face au grand nombre d'urgences. Comment hospitaliser, tous ces patients malgré le manque de places ? Comment nourrir tout ce monde, soignants, soignés et autres ? De façon étonnante, ces problèmes majeurs finissaient par trouver une solution grâce à une « démocratie directe » instaurée spontanément

Quelle légitimation pour le savoir psychiatrique, la mémoire traumatique et les témoignages ? **PSY**chologie N°25

entre nous. Les décisions, prises lors de réunions communes, parfois longues et orageuses, étaient finalement appliquées et respectées. Bientôt cette démocratie directe a permis de mettre sur pied un comité de gestion et un bureau du syndicat UGTA.

Début Aout, des rumeurs ont fait planer la menace d'un retour des anciens propriétaires. Au cours d'une assemblée générale, une pétition demandant le rattachement de la Clinique à l'Hôpital Mustapha a été signée par tout le personnel. Les infirmiers ont suggéré un nouveau nom pour la clinique, celui de " Drid Hocine ", en mémoire d'un ancien infirmier abattu par l'OAS² devant la grille de l'établissement.³

Au cours du mois d'Aout également, les infirmiers excédés de ne pas recevoir de salaire depuis plusieurs mois ont décidé de se mettre en grève. Mais, le directeur Amar Saouli et le docteur Meyer Timsit ont su les convaincre de l'inefficacité de cette forme d'action dans le contexte de l'époque et de l'intérêt, pour protester, de s'associer aux salariés des autres cliniques privées qui se trouvaient dans la même situation. Ainsi, tous ensemble, ils ont formé une délégation auprès du Ministre de la santé et ils obtenu le versement d'une somme qui leur permettait de survivre.

Le problème du devenir de ces cliniques privées abandonnées par leur personnel soignant n'était pas aussi facile qu'on peut l'imaginer actuellement. Par exemple, le 30 Juillet 1962, la clinique psychiatrique de Notre Dame d'Afrique était réquisitionnée par la Préfecture dans le but d'augmenter le nombre de lits d'hospitalisation en psychiatrie. Mais quand le médecin et le directeur de la clinique Drid Hocine y sont arrivés pour faire un état des lieux, ils ont été reçus par des soldats de la Willaya 4 qui leur ont ri au nez et les ont empêchés de rentrer. Et l'on sait que cet établissement a eu une toute autre destinée que celle d'un établissement de soin ! Dans un tel contexte, on comprend que la décision, en Octobre 1962, de nationaliser la clinique Drid Hocine et de la rattacher à l'hôpital Mustapha a été vécue, par tous, comme une grande victoire.

D'un point de vue pratique, pendant toute cette période, il n'y avait qu'un seul objectif : Mettre en place des dispositifs sanitaires qui permettent de faire aux urgences car cette clinique constituait le seul lieu de soin psychiatrique de la région d'Alger. Des gardes ont été organisées, nuit et jour. De nouveaux infirmiers ont été embauchés. Des cours de formation ont été donnés régulièrement. Des séminaires de Psychologie clinique ont vu le jour. À la fin de l'été, des consultations ont été organisées pour suivre les patients qui venaient de sortir et en accueillir de nouveaux, en dehors de conditions d'urgence. Dans un tel contexte, il est évident que tous les soins étaient gratuits.

² Organisation de l'armée secrète, organisation clandestine terroriste française, d'extrême droite.

³ Ironie tragique ! 31 ans plus tard, en 1993, le médecin-chef de cet hôpital, revenu en Algérie en 1967, le docteur Boucebci, était assassiné de la même façon, mais cette fois par le FIS.

Quelle légitimation pour le savoir psychiatrique, la mémoire traumatique et les témoignages ? **PSY**chologie N°25

Mais si nous étions attentifs à mettre en place des dispositifs sanitaires et éducatifs, il faut reconnaître qu'en travaillant ainsi sous la dictature de l'urgence, nous n'avons à aucun moment eu l'idée de mettre au point des dispositifs juridiques : les droits des malades et leur responsabilité n'étaient pas pris en compte. Les hospitalisations se faisaient à la demande des familles ou de la police qui intervenait à la suite de troubles du comportement visibles et bruyants et les sorties de l'hôpital ne dépendaient que de la volonté des médecins. Nous ne nous interrogeons pas sur la légitimité des demandes de l'intervention psychiatrique. Nous acceptions de prendre des risques car notre engagement semblait se justifier par la situation concrète.

Un problème fondamental pour l'histoire de la Psychiatrie algérienne s'est posé également à cette même période et il a mobilisé toute l'énergie du comité de gestion. Il s'est agi de la nomination d'un nouveau professeur à la chaire de psychiatrie de l'université d'Alger et de la question du savoir psychiatrique qui allait y être enseigné. Allait-on enfin et définitivement tourner la page des thèses racistes élaborées par Antoine Porot (1876-1965) et enseignées à la faculté de Médecine d'Alger pendant plus de trente ans ? (Revue in Bertheler 1994).

Rappelons que A. Porot a décrit « un syndrome mental » particulier : le « primitivisme de l'indigène nord- africain ». L'Algérien, affirmait-il, est « un criminel né », un impulsif congénital ; il est paresseux, crédule, suggestible, n'a pas de curiosité et toutes ses insuffisances ont une cause biologique. » Ce primitivisme trouverait son origine dans « une disposition particulière de la hiérarchisation dynamique des centres nerveux » avec une prédominance des structures inférieures, le diencephale, sur les structures corticales supérieures. Il s'agit là d'un exemple caricatural de la création d'une catégorie psychiatrique qui trouve sa légitimité dans la neuro-anatomie et qui est mise au service de la politique et de l'idéologie pour justifier, par des arguments faussement scientifiques, la domination coloniale. Mais, comme le souligne D. Macey dans son livre sur Frantz Fanon, ce qui a de plus étonnant, ce n'est pas tant que ces thèses aient pu exister mais c'est qu'elles aient été si durablement répercutées. La troisième édition du Manuel alphabétique de Psychiatrie, publié en 1975, contenait encore les entrées « indigènes nord-africains » et « primitivisme ». Et J.Sutter, proche collaborateur de A. Porot a enseigné la Psychiatrie à Marseille jusqu'en 1980. Frantz Fanon (1961) évoque longuement ces thèses qui "psychiatrisent" en quelque sorte toute la population algérienne et souligne leur pouvoir pathogène du fait de leur énorme violence symbolique

Dans un tel contexte historique, l'annonce de la future nomination de G. Pascalis, élève de cette « école d'Alger », au poste de professeur de Psychiatrie a fait l'effet d'un coup de tonnerre. Cette désignation avait un caractère très officiel puisqu'elle était décidée dans le cadre de la coopération culturelle franco-algérienne qui se mettait petit à petit en place avant la rentrée universitaire 1962-1963. Je me souviens de l'étonnement puis de la colère véhémement des

Quelle légitimation pour le savoir psychiatrique, la mémoire traumatique et les témoignages ? **PSY**chologie N°25

infirmiers apprenant cette nouvelle et de leur farouche détermination à s'y opposer de quelque façon que ce soit. Ainsi, de nouveau, le comité de gestion de la clinique a pris l'initiative d'aller en délégation auprès du ministère de la santé pour protester contre la venue d'un tel enseignant et là encore, il a obtenu entière satisfaction. Je pense qu'il y a là un des seuls exemples où des infirmiers psychiatriques ont pu faire entendre leur voix sur le contenu du savoir qui allait être enseigné à la faculté de médecine. En fin de compte, c'est un Egyptien, le Professeur Vissa Wassef, de formation psychanalytique qui a été nommé en Octobre 1962 au poste de professeur de psychiatrie et qui a pu enseigner une psychiatrie humaniste.

J'ai essayé de faire revenir à ma mémoire quelques cas de patients et rétrospectivement, je me suis interrogée sur l'approche clinique pratiquée alors. Je suis obligée de constater qu'elle était conditionnée par les locaux de la clinique qui invitaient à l'enfermement des malades et par les conditions temporelles, dominées par la notion d'urgence. Nous n'avions pas beaucoup de disponibilité pour nos patients qui étaient confinés dans la cour du service fermé, sans aucune activité. Parfois, des fêtes étaient organisées où tout le monde, soignants et soignés, participait. Nos références théoriques restaient très classiques. Les conceptions de l'antipsychiatrie qui se développaient en Europe n'étaient pas évoquées. Notre grille de lecture reposait sur une représentation purement médicale de la maladie mentale. Nous nous attachions à préciser le diagnostic et en particulier à différencier les expériences délirantes primaires qui marquaient l'entrée en schizophrénie et les troubles psychotiques transitoires.

Lors des premières années, nous avons été confrontés à de nombreux patients qui présentaient de bouffées psychotiques brèves comme s'il y avait eu une "niche écologique" (Ian Hacking, 1998) pour ce mode d'expression de la détresse psychologique. Des travaux psychanalytiques et anthropologiques récents portant sur les troubles psychotiques consécutifs aux ruptures des liens sociaux engendrés par les guerres apportent un éclairage important sur ces manifestations pathologiques. D'après Davoine F et Gaudillère JM) (2005), les souffrances de la guerre ne s'expriment pas directement par des mots mais par des comportements. « Ce qu'on ne peut pas dire, on le montre ». Et on pourrait faire l'hypothèse que ces décompensations psychotiques, brutales et spectaculaires, exprimaient les bouleversements des liens sociaux provoqués par la guerre d'indépendance, les luttes intestines et le chaos moral inhérent à la situation. A noter que dans le numéro spécial de l'Information psychiatrique, publié en 1969 et consacré à la Psychiatrie algérienne, les auteurs notent une recrudescence de la morbidité mentale durant l'année 1963, avec 5000 entrées et sorties dans l'hôpital psychiatrique de Blida, pour une capacité fonctionnelle de 2200 lits. (P. 865). Ils évoquent une « pathologie de guerre séquellaire », non pas tant en relation avec le combat armé mais avec le combat psychologique auquel avait été soumis la population pendant des années. Dans ce texte, le concept de

Quelle légitimation pour le savoir psychiatrique, la mémoire traumatique et les témoignages ? **PSY**chologie N°25

« traumatisme » se réfère uniquement à la notion de « traumatisme crânien » et de « commotion cérébrale ». Cette influence des événements et des révolutions sur l'éclosion des troubles mentaux a déjà été relevé. Selon L Murat (2011), c'est en 1790 que l'on trouve pour la première fois, sous la plume de Pinel, la notion d'une augmentation des cas de folie en période révolutionnaire.

Entre 1962 et 1965, nous étions loin d'évoquer de telles notions. Tout à l'idéalisation de l'Indépendance, nous étions dans le déni de la guerre et nous pensions que la fin de l'aliénation coloniale avait mis fin à l'aliénation individuelle (Fr. Fanon 1961). Le Docteur Sigg qui travaillait dans la clinique Drid Hocine a écrit dans un livre consacré aux névroses de guerre des anciens soldats français en Algérie. Il y note la différence entre soldats français et algériens : En Algérie, : « l'on a pansé les plaies. L'objectif de la lutte est atteint. La guerre a eu un sens » (p 109). Ainsi, nous étions tous fascinés par l'Indépendance et l'héroïsation du peuple algérien victorieux nous empêchait de donner vie à de vraies rencontres et à ressentir les énormes souffrances endurées par certains. Je dois dire que je n'ai pris conscience de cet aveuglement clinique qu'après avoir vu, en 2012, le film de Jacques Charby, (« Une si jeune paix ») film tourné en 1965 et qui montre de façon tragique comment des enfants continuent de "jouer à la guerre" plutôt que de "jouer à la paix".

Il faut dire aussi que le concept de traumatisme psychique n'existait pas dans le vocabulaire psychiatrique en 1962. Et ce fait permet de réaliser à quel point le savoir psychiatrique est tributaire du champ lexical de l'époque où il est élaboré. En fait, le concept de traumatisme qui nous apparaît si naturel aujourd'hui ne s'est développé que depuis 40 à 50 ans. L'histoire de son développement dans l'espace public est racontée en détails par Fassin D. et Rechman R. (2011). Certes l'apparition de troubles psychiques aigus au cours de combats de guerre est connue depuis l'antiquité mais la première description du traumatisme psychique, au sens où nous l'entendons actuellement, n'a été proposée qu'en 1866 par un médecin anglais qui a publié trois études concernant les désorganisations psychiques secondaires à des accidents de Chemin de fer. En 1888, le psychiatre allemand Herman Oppenheim proposa le terme de "Névrose traumatique", terme qui fut repris à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle par Charcot qui en récuse l'existence (Pignol 2014), puis par Freud et Ferenczi qui décrivent en détails ces troubles mais en donnent des interprétations différentes (Revuein Bokanovski, 2015).

Pendant la guerre 14-18, la névrose traumatique était considérée comme un signe de faiblesse de la personnalité. Elle était objet de soupçon, car les médecins militaires y voyaient une maladie simulée par le soldat qui voulait échapper à l'enfer des tranchées. Aussi, ils proposaient des traitements punitifs avec décharges électriques dans le but de décourager le patient et de le renvoyer au front. Cette attitude médicale semblait légitime dans le contexte

Quelle légitimation pour le savoir psychiatrique, la mémoire traumatique et les témoignages ? **PSY**chologie N°25

socio-culturel de cette époque qui vouait un culte à l'idéal patriotique.

Pendant la guerre 40-45, les patients souffrant de troubles mentaux ont été traités avec moins de sadisme mais ils n'ont guère fait l'objet de beaucoup d'attention. Seuls, quelques psychanalystes anglo-saxons ont tenté des prises en charge psychothérapeutiques, inaugurant ce qui allait devenir la psychanalyse des psychoses (Davoine Fr et Gaudillère JM (2005). En tout cas, en France, les traumatisés de guerre n'ont bénéficié d'aucune reconnaissance administrative ou politique. Cette indifférence était encore plus nette quand il s'agissait des soldats originaires des colonies. On en était toujours à la glorification de l'armée et de la victoire contre le nazisme. Mais surtout, on ne voulait accorder aucune indemnisation.

Pendant la guerre d'Algérie, (1954-1962), l'État français part du principe qu'il n'y a pas de guerre mais simplement des « opérations de maintien de l'ordre » pour refuser aux anciens combattants les droits reconnus aux combattants des autres guerres. Peu d'entre eux en réclame d'ailleurs, car ce qui prédomine dans leur vécu c'est « le silence et la honte » (Sigg B.W 1989).

Petit à petit, psychiatres et psychologues finissent par prendre conscience de toutes les souffrances engendrées par la guerre. Les publications tardives de témoignages des rescapés des camps de concentration ont montré la gravité de problèmes psychologiques qui persistaient derrière leur silence. Et l'on découvrit que les descendants des survivants pouvaient présenter, eux aussi, des troubles psychologiques, comme s'ils avaient hérité des souffrances et des humiliations vécues par les parents.

Ainsi, progressivement, le regard de la société occidentale a changé sur les souffrances individuelles. Dans un contexte de fortes transformations sociales et politiques, les traces du passé sur le présent ont été de plus en plus prises en considération et les personnes ayant souffert dans leur enfance de violences ou de sévices psychologiques ont demandé aussi qu'on leur rende justice. Ces revendications se sont d'abord manifestées aux USA où ont convergé les réclamations formulées à la fois par des groupes de féministes et par des anciens combattants de la guerre du Vietnam. Les uns et les autres ont dénoncé le silence des pouvoirs publics et surtout celui des psychiatres qui ignoraient leurs plaintes et ils ont décidé de s'organiser en groupes de pression afin d'obtenir une reconnaissance politique et sociale et des satisfactions financières.

Or depuis 1970, dans un désir de scientificité et pour répondre aux attentes des compagnies d'assurance qui souhaitaient que les diagnostics psychiatriques soient plus fiables, l'Association de Psychiatrie Américaine (APA) travaillait à une nouvelle classification des maladies mentales, basée sur une démarche purement descriptive et dépourvue de jugements moraux et de préjugés. Ces psychiatres butaient sur le terme de "Névrose traumatique" car ils avaient exclu de leur classification le terme de "Névrose" qui laissait toujours planer un doute sur la réalité des

Quelle légitimation pour le savoir psychiatrique, la mémoire traumatique et les témoignages ? **PSY**chologie N°25

troubles. C'est ainsi que ce diagnostic été remplacé par celui de " Stress Post Traumatique", concept qui place l'événement traumatique comme facteur étiologique suffisant pour expliquer l'apparition des troubles. Leur position a rencontré celle des défenseurs des droits des victimes puisqu'on n'y fait plus référence à l'histoire singulière de l'individu et à son éventuelle fragilité.

Le Stress Post-Traumatique (PTSD) devient alors une réponse psychologique normale à une situation anormale. Il n'est plus perçu comme la trace d'une faiblesse psychique mais comme l'un des principaux symboles de la violence du monde et de l'injustice.

D'un point de vue sémiologique, il reprend les symptômes déjà décrits dans la névrose traumatique avec 1) le syndrome de reviviscence de l'événement, la nuit, dans des cauchemars qui réveillent le sujet en sursaut ou le jour avec des flash-back et de fortes angoisses ; 2) le syndrome d'évitement de toute situation stressante avec désinvestissement des relations interpersonnelles ; 3) le syndrome d'hyperactivité neurovégétative avec irritabilité et colères explosives.

Cette nouvelle catégorie diagnostique introduite dans le manuel de psychiatrie américain (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -DSM) comporte des aspects positifs car les troubles post-traumatiques étaient jusqu'alors sous-estimés par les professionnels de la santé qui n'avaient pas été formés pendant leurs études à la psychotraumatologie. Elle a surtout permis la reconnaissance publique de la souffrance individuelle entraînée par un traumatisme psychique et cette reconnaissance a déjà une valeur thérapeutique. Par ailleurs, elle a stimulé la créativité des cliniciens et elle a permis la découverte de formes originales de traitement. Enfin, elle a ouvert un nouveau champ de recherche en neurosciences, avec un glissement sémantique discret mais abusif du concept de « mémoire traumatique » vers celui de « cerveau traumatique ».

Il faut souligner cependant l'appauvrissement de l'approche clinique engendré par cette description standardisée du PTSD. Il existe, en fait, une grande diversité des tableaux cliniques rencontrés. Ainsi, les personnes soumises à de nombreux traumatismes peuvent présenter d'importants désordres affectifs et des troubles relationnels graves (Hermann J.L-1992), des symptômes psychotiques (Braakman & al 2009) et des troubles dissociatifs déjà bien décrits par P. Janet et S. Freud et qui ont fini par être inscrit dans la version 5 du DSM.

Par ailleurs, la recherche systématique des symptômes du PTSD implique une intervention active de la part du soignant et risque d'entraîner une évaluation intrusive du sujet qui se fait au détriment de l'instauration d'une relation de confiance. Elle peut aussi devenir interactive car l'individu classifié risque d'être modifié par la catégorie à laquelle il est assigné. En effet, les revues de vulgarisation scientifique de même que certaines émissions de la télévision sont

Quelle légitimation pour le savoir psychiatrique, la mémoire traumatique et les témoignages ? **PSY**chologie N°25

susceptibles de modeler la façon dont les personnes traumatisées s'éprouvent elles-mêmes. (Hacking. 2001-2002)

Un dernier problème mérite d'être soulevé : celui de la conscience et de la responsabilité individuelle. En effet, par le biais du traumatisme, il est possible de dé-historiciser la violence et de supprimer toute responsabilité individuelle. Ainsi, grâce aux critères du PTSD, on a pu considérer comme « victime » des acteurs du massacre de My Lai, petite bourgade du Vietnam où 400 personnes (femmes, enfants et vieillards) furent exterminées par l'armée américaine en Mars 1968. Certes, un des principes de base de la médecine stipule que l'on doit prendre soin de toutes les personnes qui souffrent, sans aucune distinction, mais on est en droit de s'étonner, que les bourreaux puissent bénéficier aussi du statut de victime. On élude ainsi toute question morale en la transférant dans le registre médical et psychologique.

En fait, derrière l'utopie d'une reconnaissance universelle de "la victime traumatisée" se profilent de nouvelles hiérarchisations sociales. En effet, l'accès à la condition de victime est très inégal et dépend étroitement de critères sociaux et politiques. (Sarhou-Lajus et Rechtman, 2011) En France la création en 1986 de l'Association « SOS Attentats » vise précisément à obtenir une reconnaissance collective de toutes les victimes d'un acte terroriste. L'existence de plaintes correspondant aux signes cliniques du *PTSD* après la survenue d'un attentat suffit pour légitimer le statut de victime. Cette attitude permet aux pouvoirs publics de fuir sa responsabilité politique dans de tels actes et de s'appropriier les ressorts de l'émotion collective pour en faire un instrument de gouvernance. Mais, dans un autre contexte, la situation est toute différente. Lorsque les victimes sont solitaires, peu instruites et peu visibles. (Les femmes, les victimes d'accidents du travail par exemple), elles sont souvent négligées et c'est pour elles que des experts, psychiatres ou psychologues sont mobilisées. Chaque victime doit justifier sa demande et se défendre personnellement devant un collège d'experts. Mais s'agit-il alors d'un débat d'ordre clinique ou d'un positionnement social et politique ?

Ces questions se posent de façon plus aigüe encore lorsqu'il s'agit du traitement politico-administratif des réfugiés et des demandeurs d'asile, à priori suspects de mensonges. Pour convaincre le juge, le demandeur est sommé de prouver l'existence des violences et des traumatismes de guerre qu'il a subis dans son propre pays, et il peut être amené à produire un certificat médical qui, seul, pourrait donner une légitimité à son récit. En fin de compte, le certificat lui-même peut être mis en doute et la décision finale dépend de ce qu'on nomme « l'intime conviction du juge ». Et l'on est en droit de redouter que certains juges ne soient encore influencés par les théories racistes élaborées pendant la colonisation et qui ont laissé une empreinte durable dans la société française

Quelle légitimation pour le savoir psychiatrique, la mémoire traumatique et les témoignages ? **PSY**chologie N°25

En fin de compte, loin de servir d'écran pour ne pas regarder les problèmes du présent, la mémoire du passé peut nous aider à prendre conscience du rôle majeur que joue le contexte historique et social dans la pratique de la psychiatrie et dans l'élaboration de ses concepts. La psychiatrie est une des rares disciplines médicales qui n'a jamais connu de consensus étiologique et nosologique stable : il n'existe donc pas de représentation unique pour guider la conduite des psychiatres. De là vient la d'avoir recours à plusieurs grilles de lecture, médicale, psychologique, anthropologique et de s'interroger toujours sur ses propres engagements. Comment décider de la légitimité d'un témoignage ? Comment justifier une prise en charge particulière ? Comment ne pas engendrer de violence symbolique par un usage irréfléchi de nouveaux concepts ?

Les réponses à ces questions sont d'ordre moral. Et c'est en fonction de ses propres valeurs que chacun d'entre nous doit tenter de comprendre les enjeux de son engagement thérapeutique.

En conclusion, avec C. Taubira (2006) on peut suggérer que « la mémoire n'est ni une prison où macèrent l'amertume, la rancœur ou même l'affliction, ni un rempart pour tenir les autres en respect, mais elle est un droit et... ce droit est universel, en ce qu'il concerne et implique la société tout entière. La mémoire est donc un sujet éminemment politique ».

Bibliographie :

- Bertheler, R. (1994). *L'homme maghrébin dans la littérature psychiatrique*. Paris, France: L'Harmattan
- Bokanowski, Th. (2015) Le concept de traumatisme en psychanalyse, *Sillages critiques*, 19.
- Braakman, M.-H., Kortmann, F., & Van Den Brink, W. (2009). Validity of "post-traumatic stress disorder with secondary psychotic features": a review of the evidence. *Acta Psychiatr Scand*, 119(1), 15-24.
- Davoine, F., & Gaudillière, J.-M. (2005). *Histoire et trauma. La folie des guerres*. Paris, France : Stock.
- Fanon, F. (1961). *Les Damnés de la terre*. Paris, France: Maspéro.
- Fassin, D., & Rechman, R. (2011). *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*. Paris, France: Flammarion.
- Hacking, I. (1998). *L'âme réécrite. Étude sur la personnalité multiple et les sciences du mémoire. Les Empêcheurs de penser en rond*. Paris, France: Le seuil.

Quelle légitimation pour le savoir psychiatrique, la mémoire traumatique et les témoignages ? **PSY**chologie N°25

Hacking, I. (2001-2002). *Façonner les gens*. Chaire de philosophie et des concepts scientifiques au collège de France.

Halbwachs, M. (1925-1994). *Les cadres sociaux de la mémoire*. Albin Michel.

Hermann, J.-L. (1992). Complex PTSD : A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 3, 45-61.

L'information psychiatrique(1969). Numéro spécial *La Psychiatrie en Algérie*, 45(8), 803-824

Macey, D. (2011). *Frantz Fanon, une vie*. Paris, France: La Découverte.

Murat, L. (2011). *L'homme qui se prenait pour Napoléon. Pour une histoire politique de la folie*. Paris, France: Gallimard.

Pignol, P., & Hirschelmann-Ambrosi, A. (2014). La querelle des névroses : les névroses traumatiques de H. Oppenheim contre l'hystéro-traumatisme de J.-M. Charcot. *L'information psychiatrique*, 90 (6), 427-437.

Orot, A. et Arril, D.-C. (1932). L'impulsivité criminelle chez l'indigène algérien : ses facteurs. *Annales Médico-Psychologiques*, 90(11), 568-611.

Sarthou-Lajus, N., & Rechtman, R. (2011). Enquête sur la condition de victime. *Études*, 414, 2175-18

Sigg, B.-W. (1989). *Le silence et la honte. Névrotes de la guerre d'Algérie*. Paris, France: Messidor, Editions sociales.

Terranti, I. (2016). Un espoir contrarié, un destin à réaliser. Que reste-t-il de Fanon en Algérie ? *Politique africaine*, 143,153-167.

Taubira, C. (2006). Le droit à la mémoire. *Cités*, 25(1),164-166.

Timsit-Berthier, M. (2012). Algérie, 1962-1965- À contre-courant. *Guerre d'Algérie, Guerre d'indépendance, Paroles d'humanité. Association des 4ACG*, 243-252. Paris, L'Harmattan