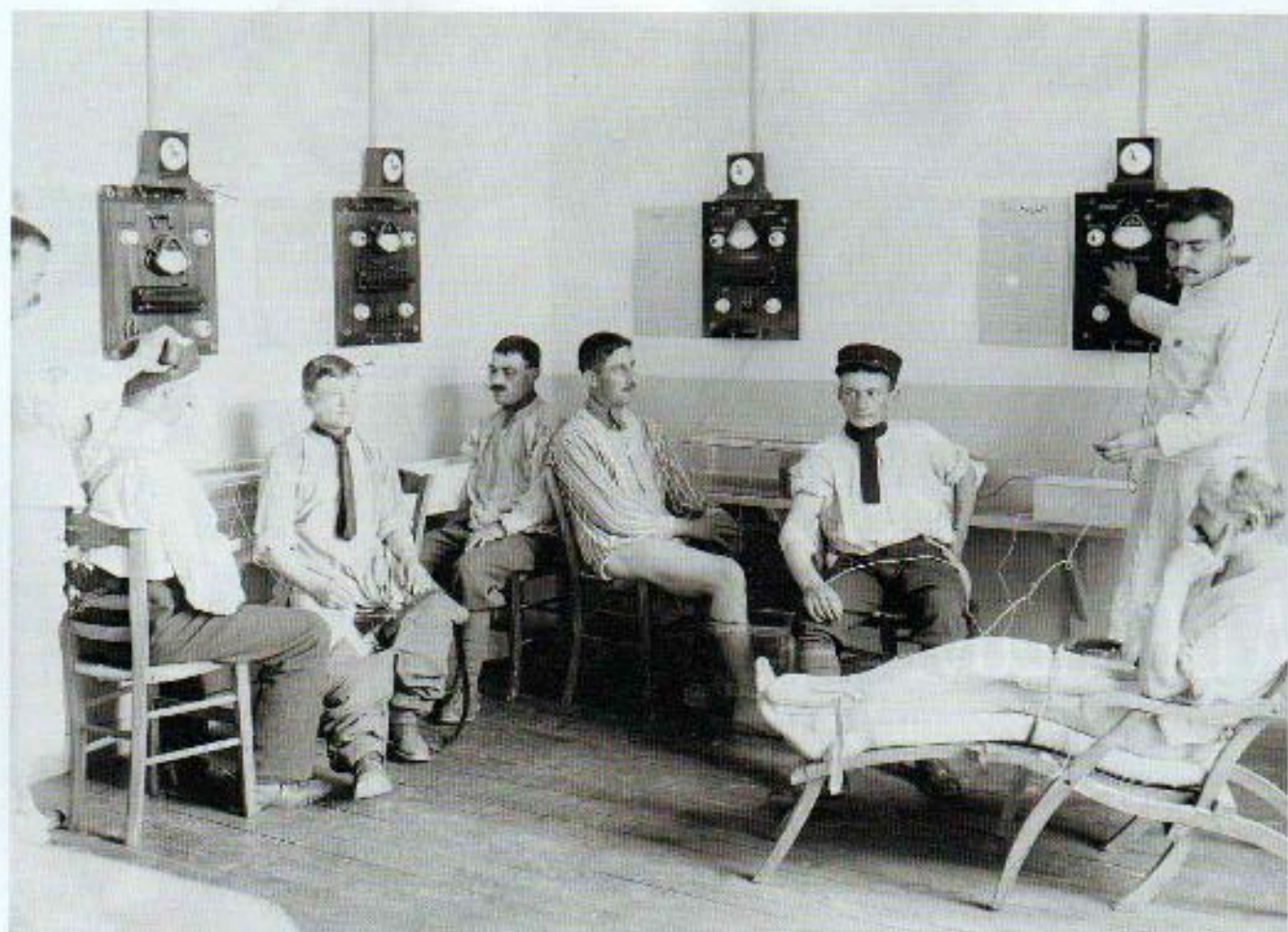


La guerre rend-elle fou ?

La Grande Guerre a laissé derrière elle son cortège de mutilés et de gueules cassées, qui hantent encore notre mémoire. Mais comment prendre soin de ceux dont la blessure est invisible, dont la psyché fut à jamais abîmée et sur qui pèsent parfois de lourds soupçons ?

Par Hervé Guillemain et Stéphane Tison



Thérapie intensive Cette photographie extraite d'un cahier de documents de la Section photographique de l'armée intitulé « Les étapes du blessé » montre des soldats subissant une séance d'électrothérapie au Val-de-Grâce en août 1915.

L
tifié
certi
que
atte
avec
form
inte
Son
« so
mal
C
pris
l'exp
la se
entr
évic
bien
la n
chie
tout
gis
tue.
que
firm
opé
pho
Fra
ticl
les
com
est
qu'

Tre
Dan
sait
mê
den
à l'
neu
dan
arn
Ser
spé
lon
ver
E
a é
des
sev
la r
con
reç
des
qu'

Le 2 décembre 1918, Marie B. de Rémalard, dans l'Orne, écrit au médecin directeur de l'asile d'Alençon après le décès de son époux des suites d'attaques : « Je viens donc vous demander un certificat de la maladie qui a fait mourir mon mari un certificat qui puisse m'attribuer à une pension vue que mon mari a prît sa maladie à la guerre il a été atteint 2 fois par les gaz ennemis mon mari étant aveugle par suite de ses gaz (sic). » Le soldat B., réformé pour cette blessure en mars 1918, avait été interné à l'asile le 9 novembre de la même année. Son certificat d'admission indiquait alors que, « sous l'influence de cette infirmité [sa cécité], le malade a complètement perdu la raison ».

Cette histoire illustre bien les enjeux, y compris financiers, qu'un trouble psychique causé par l'expérience des combats entraîne à l'époque de la sortie de guerre. Si la reconnaissance du lien entre la maladie mentale et la guerre paraît ici évidente, elle est, dans de nombreux autres cas, bien plus âprement discutée. Même en 1918, la relation entre le combat et les troubles psychiques de certains soldats ne va pas de soi pour tous les médecins, surtout au moment où la législation sur les pensions est à nouveau débattue. Une loi est votée le 31 mars 1919, décrétant que les anciens combattants invalides, dont l'infirmité est « attribuable à un service accompli en opérations de guerre », ainsi que les veuves ou orphelins dont le conjoint ou père est « mort pour la France » doivent toucher une allocation. Son article 55 prévoit spécifiquement une pension pour les « aliénés » (le terme date du XIX^e siècle). Mais comment reconnaître une infirmité mentale, qui est par nature invisible ? Et comment prouver qu'elle n'est pas antérieure à la guerre ?

Trembleurs, mutiques et paralysés

Dans les premières semaines de la guerre, on ne sait trop quoi faire des soldats aliénés qui sont mêlés à tous les autres blessés avant d'être rapidement renvoyés vers l'arrière pour souvent finir à l'asile. Mais, dès l'automne 1914, des centres neurologiques et psychiatriques les accueillent dans chaque région militaire, puis dans chaque armée à partir du printemps 1915. Dès lors, le Service de santé des armées dispose d'un service spécifique, permettant un triage des patients selon leur état : au plus près de la ligne de front ou vers les asiles de l'arrière.

En quatre ans, cependant, le tableau clinique a évolué. À l'été 1914, les soldats présentaient des états de crises aiguës, causées soit par le sevrage alcoolique, soit par les exaltations de la mobilisation, puis par le choc des premiers combats. Ce qui frappe les psychiatres qui les reçoivent alors, c'est la soudaineté et la gravité des symptômes qui accablent ces hommes, dont quelques-uns meurent rapidement.



Charité En 1916, le Leicester Frith Hospital vend des écussons afin de récolter des fonds pour les soldats victimes de shell shock.

LES AUTEURS



Professeur à l'université du Mans, **Hervé Guillemain** a notamment publié, avec Stéphane Tison, *Du front à l'asile, 1914-1918* (Alma, 2013) et *Schizophrènes au XX^e siècle. Des effets secondaires de l'histoire* (Alma, 2018).



Maître de conférences à l'université du Mans, **Stéphane Tison** a publié *Comment sortir de la guerre ? Deuil, mémoire et traumatisme, 1870-1940* (Presses universitaires de Rennes, 2011) et vient de faire paraître, avec Nadine Akhund, la correspondance de Paul d'Estournelles de Constant avec Nicholas Murray Butler, *En guerre pour la paix* (Alma, 2018).

Tout aussi spectaculaires avaient été les symptômes surgis dans le temps de la guerre. Les « crisards » et les fugueurs vont alors venir peupler les nouveaux services neuropsychiatriques. Les premiers, trembleurs, mutiques, paralysés et « pliés à angle droit », présentent des troubles que d'aucuns considèrent comme hystériques ou comme le résultat d'une simulation visant à ne pas retourner au front. Les seconds sont parfois retrouvés errants et hagards entre les lignes, et soupçonnés de désertion.

Quatre ans plus tard, ce sont encore d'autres maux que révèlent les dossiers asilaires conservés dans les archives hospitalières comme ceux de la 4^e région militaire, dont Le Mans, Alençon ou Mayenne. Les souffrances des soldats qui entrent alors à l'asile témoignent davantage de la durée inédite du conflit. Les symptômes les plus fréquents sont désormais ceux de la mélancolie et de la paralysie générale. Traduit en termes moins médicaux, ce qui émerge massivement, c'est la tristesse de l'âme sous ses formes les plus banales – celle du cafard et de la dépression – et la fatigue des corps qui conduit à la paralysie et au délire chez les soldats atteints par la syphilis. Des années de conflit ont donc remodelé les symptômes de la folie chez les soldats et incité les psychiatres à réfléchir à l'effet des multiples anxiétés de guerre et aux atteintes physiologiques produites par la longue durée du conflit.

Beaucoup d'anciens soldats démobilisés arrivent à l'asile bien après la fin du conflit. Dans les années 1920, ils sont encore nombreux à s'effondrer, souvent silencieux et incapables de se réadapter à une vie de famille bouleversée, voire recomposée par une absence interminable (cf. p. 82). L'internement se produit souvent après une explosion de violence au domicile, qui suscite l'intervention des gendarmes. Mais celle-ci intervient après de longues années de cauchemars, d'hallucinations, de fugues inquiétantes. Il faut alors à la famille déployer tout un arsenal d'arguments pour convaincre forces de l'ordre et psychiatres que le sujet est devenu fou à la suite de blessures de guerre qui ne sont pas toujours apparentes. La question est cruciale, puisque de la réponse dépend l'octroi d'une pension d'invalidité à 100 %. Si pour les soldats et leur famille il ne fait aucun doute que la guerre a été fondatrice d'une expérience de souffrance nouvelle, beaucoup de médecins experts parlent plutôt de prédisposition et d'hérédité. De fastidieux débats s'ensuivent, que l'on retrouve dans les lettres envoyées par les proches aux directions des asiles et aux psychiatres.

Les psychiatres débattent

La question sous-jacente est évidemment de savoir si la guerre rend fou. Ce débat peut surprendre aujourd'hui, à l'heure où les revendications des anciens combattants de la guerre du Vietnam et des militantes féministes ont ►►►

►►► contribué, depuis les années 1970, à faire reconnaître les troubles psychiques engendrés par les traumatismes individuels. La représentation de ce qu'on nomme officiellement, depuis 1980, « syndrome de stress post-traumatique » est aujourd'hui largement partagée. Ce serait oublier que la Grande Guerre fut sur ce point un temps de controverse scientifique forte et durable.

Lorsque des centaines de soldats furent conduits dans les services neuropsychiatriques, dont la vocation, rappelons-le, était de ramener au plus vite vers le front le maximum d'entre eux, une question majeure devait être tranchée : par quoi leurs troubles divers – tremblements, mutisme, paralysies, cauchemars, fugues – étaient-ils provoqués ? Était-ce à cause des effets physiologiques et neurologiques des bombardements subis quotidiennement ? En ce cas, des lésions devraient être visibles dans l'organisme et les corps pourraient être « redressés » grâce à des cures mécaniques, électriques, ou à la chirurgie. Était-ce le résultat conjugué du froid, de la mauvaise alimentation, des insomnies et des marches forcées qui créaient un terrain propice à l'écllosion d'un surmenage des organismes ? Était-ce le simple fruit d'une dégénérescence héréditaire, sur le fond de laquelle la guerre n'agirait que

Ceux qui sont morts dans les asiles ont été le plus souvent voués à l'oubli, leurs tombes perdues parmi d'autres sépultures délaissées

comme un élément déclencheur ? Ne serait-ce pas, tout simplement, le fruit d'une simulation bien menée afin d'échapper, même un temps dans les formations de l'arrière, aux conditions terribles des tranchées ? A moins que ce ne soit, comme le soutiennent quelques psychiatres moins campés sur les grandes théories héritées du XIX^e siècle, un effondrement consécutif aux émotions insupportables qu'il était pourtant nécessaire de supporter : la mort des camarades de combat par exemple.

Les médecins ne sont pas unanimes. Pourquoi le seraient-ils ? Ils ne travaillent pas dans les mêmes institutions et à la même distance du front ; certains ont combattu, d'autres sont restés civils. Quoi de commun en effet entre un spécialiste des affections neurologiques œuvrant dans un service hospitalier militaire sous la pression de l'armée et un psychiatre œuvrant dans un asile de l'arrière, produisant des certificats empathiques conduisant à une réforme massive des soldats ?

Ces débats pourront sembler sibyllins quand on sait que la guerre n'a pas ►►►



Association aux blessés nerveux de la guerre. - Ecole de rééducation d'Arnouville-Gonesse (S. O.). Le réfectoire.

Rétablis ? Le réfectoire du château d'Arnouville-lès-Gonesse, en Seine-et-Oise. Cet établissement a été acheté en 1921 par Mme Hérol, épouse du vice-président de la Ligue des droits de l'homme, pour en faire un hospice spécialisé dans la rééducation des blessés nerveux de la guerre.

Le long calvaire d'Adrien C.

Dans les archives du département de la Sarthe, on trouve la trace d'Adrien C., un coiffeur de 20 ans lorsque la guerre éclate, qui a rejoint le front en novembre 1914. Quelques jours avant le premier Noël de guerre, alors qu'il est en poste à Ypres, il est blessé par balle à la tête, ce qui lui vaut une pension de l'État et un versement dans les services auxiliaires. Depuis sa démobilisation en juin 1919, il souffre de graves troubles psychiques, au point de devenir violent. Ses nuits sont hantées de cauchemars – il se rappelle notamment avoir vu une chapelle avec des cierges allumés et un cercueil devant eux – et ses jours rythmés de fugues inquiétantes. Ses crises de plus en plus fréquentes, ses hallucinations auditives qui le menacent d'empoisonnement et lui enjoignent de fuir, inquiètent son entourage, particulièrement sa femme qu'il a menacée à plusieurs reprises. Admis brièvement à l'établissement spécialisé d'Arnouville-lès-Gonesse d'où il s'évade, il est conduit à l'asile du Mans en 1923. Les voisins, interrogés par les gendarmes, confirment tous qu'Adrien est devenu fou à la suite de la guerre. Ses lettres, consignées dans son dossier, font état d'un délire qui mêle souvenirs de trépanation, déshonneur, suggestion, sentiment de persécution, fantasmes sexuels. Si pour lui-même et sa famille il ne fait aucun doute que la guerre est la cause de son mal, les experts eux préfèrent parler de « dégénérescence mentale » de nature probablement héréditaire, fermant l'accès à la pension d'invalidité à 100 %. Adrien C. est sorti de l'asile en 1930.

MOT CLÉ

« Shell shock »

Terme utilisé par les Anglo-Saxons pour désigner les effets des ondes de choc que causent les obus sur le cerveau des soldats. On commence à parler de *shell shock* en 1915, quand le front est stabilisé. En France, on appelle ce phénomène l'« obusite ».

« On a rendu leur dignité aux blessés psychiques »

Aujourd'hui, les soldats traumatisés ne sont plus soupçonnés d'être des lâches ou des simulateurs.

Entretien avec Patrick Clervoy*, ancien psychiatre des armées

Ce n'est que très récemment que la psychiatrie militaire a abandonné pour de bon, en France, les cadres de pensée qui prévalaient au temps de la Première Guerre mondiale. Jusqu'à cette date, on conservait officiellement dans le lexique psychiatrique des catégories aussi archaïques que la neurasthénie, le pithiatisme ou encore l'hystérie.

Tout change avec un décret adopté le 10 janvier 1992 : le législateur bannit enfin ces termes dégradants, simplifie l'indemnisation des traumatisés et interdit de chercher l'explication des troubles psychiques dans une vulnérabilité antérieure à la blessure. Le texte marque ainsi surtout la fin du préjugé qui voyait dans ces troubles la preuve d'une faiblesse morale. Cette idée a la vie dure, et la décision d'octroyer la *Purple Heart* (médaille militaire) aux blessés psychiques a provoqué aux États-Unis l'indignation de nombreux vétérans ; mais tout est fait aujourd'hui pour que ces soldats cessent d'être stigmatisés comme de mauvais éléments, des lâches. Des gestes symboliques forts ont aidé à déraciner ce préjugé. En particulier celui du général canadien Roméo Dallaire, qui a eu le courage de reconnaître publiquement la dépression qui l'avait frappé après son expérience de commandant des forces du maintien de la paix de l'ONU au Rwanda en 1994. Bref : depuis les années 1990, on a rendu leur dignité aux blessés psychiques.

Mais quelles sont au juste ces blessures psychiques ? Il faut déjà préciser qu'elles sont moins variées et moins fréquentes qu'à d'autres périodes du *xx*^e siècle marquées par des conflits plus intenses et plus longs comme 14-18 ou la guerre d'Algérie.

On distingue aujourd'hui deux types de troubles. D'un côté, les blessures neurologiques, les *mTBI* des Américains (*mild*

trauma brain injuries, « traumatismes cérébraux légers ») : ce sont des lésions neurologiques. Le souffle d'une explosion peut par exemple créer une onde de choc sur la cage thoracique et la paroi abdominale qui remonte jusqu'au cerveau et y cause des dommages importants. Et, de l'autre côté, il y a ce que l'on qualifie depuis la guerre du Vietnam d'état de stress post-traumatique, un ensemble de symp-



Des soldats américains assistent à un groupe de parole sur le traumatisme et le suicide (Kansas, 2009).

tômes qui perturbent le sujet sans que le cerveau soit physiquement atteint : tremblements, cauchemars, dépressions, problèmes conjugaux, alcoolisme, cécité temporaire sans aucune atteinte du nerf optique, etc.

Ces blessures sont certes moins fréquentes aujourd'hui que par le passé, mais on les prend plus que jamais au sérieux, et je pense que moins de 10 % des cas échappent désormais au diagnostic. On a multiplié les dispositifs pour repérer ces troubles. Sur le terrain d'abord, par un travail de veille auprès des soldats et l'activation de cellules

médico-psychologiques en cas d'événement grave. Surtout, on sensibilise les militaires aux symptômes de ces troubles pour qu'ils soient capables de les repérer sur eux-mêmes et sur les autres. C'est le système, extrêmement salubre, du *buddy care* américain (« prendre soin de son camarade »). Les soldats fonctionnent par binôme pour leurs missions puis, une fois rentrés, doivent s'appeler au moins une fois par semaine pendant six mois et traquer les signes éventuels d'un stress post-traumatique. Enfin, les militaires sont soumis chaque année à une visite médicale.

Meilleure prise en charge

Les progrès ne sont pas que dans le diagnostic de ces blessures : on les guérit aussi de mieux en mieux. La prise en charge du stress post-traumatique a connu un véritable essor depuis les années 1990, et 80 % des blessés retrouvent désormais une autonomie sociale complète, même si c'est souvent au terme de traitements très longs – souvent entre cinq et dix ans. On doit ces avancées à des stratégies thérapeutiques très souples – plus d'électrochocs ni de torpillage ! – et qui font intervenir des spécialistes très variés. Autour d'un même patient travaillent ainsi de concert médecins généralistes, psychiatres, psychologues, kinésithérapeutes, éducateurs, orthophonistes, psychomotriciens, assistants sociaux, et parfois des acteurs plus surprenants. Le service de psychiatrie de l'hôpital Laveran, à Marseille, joue ainsi un rôle pionnier dans l'institutionnalisation de l'équithérapie : aujourd'hui, autour des blessés psychiques, on trouve même des moniteurs d'équitation ! ■

(Propos recueillis par Clément Fabre.)

* Auteur de *Traumatismes et blessures psychiques*, Lavoisier, 2016.