

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 pris 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 Guillémaln** a notamment publié, avec Stéphane Tison, *Du front à l'asile, 1914-1918* (Alma, 2013) et *Schizophrénies 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 créeraient 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 ►►►



Alimentation des blessés « revenus de la guerre ». Ecole de rééducation d'Arnouville-Gonesse (S.-et-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 CLE

« **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} 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.

Melleure 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.



Le « syndrome des éboulés »

Pour guérir certaines pathologies pithiatiques (paralysies ou tremblements musculaires), des médecins prescrivent parfois des remèdes brutaux (contrition des corps dans des carcans, séances de torpillage électrique) : ici, la main d'un soldat est redressée à l'aide de tiges de métal. Ce type de symptômes, parfois résumé sous le nom de « syndrome des éboulés », est le résultat d'intenses tensions psychiques et corporelles souvent causées par des ensevelissements lors de bombardements.

►►► vraiment révolutionné les pratiques thérapeutiques. Les asiles, dépourvus de personnels, fonctionnent à l'arrière sur l'héritage du XIX^e siècle : clinothérapie (cure de repos), balnéothérapie, isolement, diététique, l'hypnose, en gloire dans les années 1880 puis passée de mode depuis les années 1900, n'est pas utilisée. L'électrothérapie, employée depuis le XVIII^e siècle, suppose des moyens hors de portée des institutions asilaires et ne semble avoir été pratiquée que dans les centres du front et au Val-de-Grâce à Paris. Quant à la psychanalyse, elle n'est alors qu'embryonnaire. Les évolutions les plus remarquables sont plutôt institutionnelles, la création des services libres par exemple, qui permet de soigner sans interner.

Mutilés du cerveau

Combien sont-ils, ces hommes dont la psyché fut bouleversée par l'expérience du combat ou la vie dans les tranchées ? Il est certain que les atteintes psychiques des combattants pendant le conflit ont constitué un phénomène massif inédit, mais aucune statistique fiable n'a été établie en France concernant le nombre de soldats passés par les formations psychiatriques du Service de santé des armées ou dans les asiles.

Une enquête entreprise par les docteurs Rodiet et Fribourg-Blanc en 1920 auprès des directeurs d'asile n'a jamais abouti : dans des établissements surpeuplés, mais sous-dotés en personnels et parfois déplacés (départements du front), ces médecins avaient d'autres priorités. Les données disponibles ne concernent que quelques hôpitaux : ainsi, le Val-de-Grâce aurait accueilli 25 000 soldats pendant le conflit. Le chiffre est bien maigre en comparaison avec les statistiques établies dans d'autres États belligérants : plusieurs centaines de milliers en Allemagne, 70 000 à 80 000 en Grande-Bretagne

et aux États-Unis. Mais il est souvent difficile de savoir précisément de quels troubles ces soldats souffrent et si ces données sont comparables. Les anciens combattants vivant à l'asile, tels que recensés par la Fédération des trépanés et blessés crâniens en 1938, sont encore au moins 4 000 vingt ans après l'armistice.

Aussi important soit-il, ce phénomène n'a pas suscité de dispositifs de réinsertion sociale durable au profit des combattants aliénés. La majorité d'entre eux, il est vrai, sont sortis de l'asile au bout de quelques mois et ont passé la fin de la guerre en famille. Les centres neuropsychiatriques ont d'ailleurs été fermés rapidement après l'armistice. Dans les années 1930, avec la crise économique, ceux qui touchent une pension au titre de l'article 55 de la loi du 31 mars 1919 la voient fondre comme neige au soleil. L'effort de réinsertion sociale repose donc essentiellement sur des initiatives individuelles. L'établissement de rééducation d'Arnouville-lès-Gonesse en Seine-et-Oise, fondé par l'Assistance aux blessés nerveux de la guerre à la fin du conflit, est reconverti dès les années 1920 en centre d'accueil pour des « enfants anormaux ».

Alors, les aliénés de guerre sont-ils, en France, les grands oubliés du conflit ? Les gueules cassées sont ostensiblement montrées dans la presse, pour accuser l'ennemi au moment de la signature du traité de paix. Les aveugles de guerre eux aussi sont mis en valeur parmi les anciens combattants mutilés qui défilent en tête du cortège lors du défilé de la Victoire le 14 juillet 1919 (cf. p. 46). Cette visibilité s'amenuise rapidement par la suite. Mais les blessés psychiques, eux, ne sont jamais présents dans les grandes manifestations publiques. Aucun discours commémoratif n'évoque directement leur sort. Dans la hiérarchie symbolique qui nourrit les discours dans l'entre-deux-guerres, vient d'abord l'hommage aux morts, puis la reconnaissance envers les mutilés et enfin le respect des survivants. Par mutilés, on entend rarement ceux dont la psyché est atteinte. Aucun monument commémoratif n'évoque leur dramatique expérience, ni même les médecins qui les auraient soignés.

Ceux qui sont morts dans les asiles (la Grande Guerre a été un moment de surmortalité dramatique dans ces institutions) ont été le plus souvent voués à l'oubli, leurs tombes perdues parmi d'autres sépultures délaissées. Le cimetière de Cadillac, en Gironde, dans lequel une parcelle fut acquise pendant la guerre pour inhumer les soldats aliénés décédés à l'asile et dont la pérennisation est envisagée actuellement par le Souvenir français, reste une exception. Les directeurs d'asile ont parfois effectué les démarches nécessaires pour que les patients décédés obtiennent la mention « mort pour la France ». Malgré cette reconnaissance ponctuelle, les blessés psychiques de la Grande Guerre ne furent jamais intégrés au culte des morts national. ■

À SAVOIR

Pension de guerre

Le 2 août 1790, l'Assemblée constituante souligne dans une loi la dette de la nation vis-à-vis des « militaires victimes d'infirmités consécutives aux guerres ». Il faut attendre les lois des 11 et 18 avril 1831 pour qu'un droit à pension soit accordé aux vétérans, aux veuves et orphelins de guerre. Après 14-18, la loi du 31 mars 1919 élargit le droit à la réparation, désormais fondé sur la présomption et non sur la preuve. Pour la première fois, une pension est aussi accordée aux anciens combattants internés dans des asiles. Mais il faudra attendre 1992 pour que le lien entre l'expérience combattante et la blessure psychique soit clairement établi.