



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Communication

La prise en charge des troubles psychiques de guerre. Perspective historique au sein de la Société Médico-Psychologique

The management of wartime psychiatric disorders. An historical perspective within the société Médico-Psychologique

Gilles Thomas^{a,*}, Yann Andruetan^b^a Service de santé des armées, service de psychiatrie de l'HIA Robert Piqué, 350, route de Toulouse, 33140 Villenave d'Ornon, France^b Service de santé des armées, médico-psychologique des armées, Fort de Montrouge, 16, bis avenue Prieur de la Côte d'Or, 94114 Arcueil cedex, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Disponible sur Internet le 19 octobre 2022

Mots clés :

Guerre
Histoire de la psychiatrie
Prise en charge
Psychiatrie militaire
Syndrome post-traumatique
Traumatisme psychique

Keywords:

Care management
History of psychiatry
Military psychiatry
Post-traumatic syndrome
Psychic trauma
War

R É S U M É

S'il ne fait aucun doute que les conséquences psychologiques des guerres sont connues de longue date, les connaissances scientifiques sur le sujet se sont accumulées depuis la fin du XIX^e siècle. De la névrose traumatique à l'état de stress post-traumatique, de la défaillance morale du combattant à la blessure psychique, nous convions le lecteur à un voyage historique au sein de la Société Médico-Psychologique. En nous plongeant dans les archives de cette société savante dont nous honorons aujourd'hui les 170 ans, nous avons le privilège de vous proposer des morceaux choisis des interventions, rapports de cas, mémoires originaux, soutenus en séance. Ces pépites de l'histoire de la psychiatrie montrent comment s'est construit le concept de trouble psychique post-traumatique de guerre qui nous paraît si évident aujourd'hui. Nous souhaitons également, par le biais de ce travail, rendre hommage à nos maîtres qui, au sein de la Société Médico-Psychologique notamment, ont œuvré pour la prise en charge et la reconnaissance des états de stress post-traumatique.

© 2022 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

The first descriptions of post-traumatic psychic disorders date back to antiquity. Even though descriptions of a military medical organization have existed since the reign of the Roman emperor Trojan, it was not until the Renaissance in France that surgeons were systematically present on the battlefield. The first medical reports of war-induced mental disorders were, therefore, made by doctors and surgeons. This is how the syndrome of "le vent du boulet" or the nostalgia of imminent danger of the soldiers in battle is described in France by the surgeons of Napoleon's army. With the industrial disasters associated with railway accidents, the term traumatic neurosis appeared for the first time at the end of the 19th century. The publications of the société Médico-Psychologique created in 1847 by Jules Baillarger reflect the evolution of this new diagnostic category. In this article, we invite the reader on a historical journey through five periods beginning with the birth of the concept and its first clinical descriptions, up until the explosion of observations during the First World War. We see how the concept gradually acquired its autonomy both clinically: the association of recurrent memories of the event and the modification of the victim's personality rather than the decompensation of a previous pathology and sign of vulnerability or even moral weakness and on the etiological level: the progressive recognition of the preponderant role of emotion instead of concussion or confusion. Following the Second World War, the pathology of the deportees provides a new description of the concept. At that point, the recognition of the diagnosis of post-traumatic stress disorder within the DSM 3 due to the difficulties that Vietnam veterans experienced in re-entering society promoted the dissemination of the concept and its recognition within civil society. In France, the RER attacks of 1995 were the beginning of a real awareness

* Auteur correspondant. Hôpital d'instruction des armées Robert Piqué, service de psychiatrie, 351, route de Toulouse, 33140 Villenave d'Ornon, France.
Adresse e-mail : gilles2.thomas@intradef.gouv.fr (G. Thomas).

on the part of public authorities of the need to deal with psychological injuries. Military psychiatrists then took the initiative and participated in the establishment of medico-psychological emergency cells following the model of the earlier "psychiatrie de l'avant". They also argued for conducting immediate post-trauma debriefings by specialized interlocutors whereas this technique was controversial in Anglo-Saxon countries. They often offered a psychodynamic and comprehensive approach to the cases which was probably linked to the underlying issue of freeing oneself from the moral judgments often too present when describing the disorder during the First World War when each soldier counted for the country. Currently, the approach is evolving towards methods of integrative care provided by military and associative practitioners. The mentally disturbed soldier is accompanied in a process of re-insertion and rehabilitation just like the physically wounded soldier. These nuggets from the history of psychiatry show how the concept of post-traumatic war disorder, which seems so obvious today, evolved over time. If the final chapter remains to be written, we hope that additional studies on this matter will continue within the medico-psychological society, whose 170th anniversary we honor today and we wish to pay tribute to our masters who in particular have worked for the recognition and treatment of post-traumatic stress disorders.

© 2022 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Hérodote disait à propos de la bataille de Marathon : « Les hommes dont l'esprit est occupé des grandes et violentes actions qu'ils ont accomplies, répètent et revivent leur exploit durant leurs rêves. Beaucoup affrontent la mort. » Si les conséquences psychiques des guerres sont connues de longue date, les observations médicales sur le sujet sont assez récentes. La question des soins aux soldats est ancienne. Wey [32] rapporte que, durant le règne de l'empereur romain Trojan, une première organisation sanitaire dans le but de préserver les effectifs aguerris a été créée. Cependant, selon le même auteur, il faut attendre la Renaissance et la diffusion de l'emploi des armes à feu sur le champ de bataille pour que la chirurgie de guerre se mette en place vers le XVI^e siècle.

En France, l'acte fondateur du Service de santé des armées est l'Édit royal datant du mois de janvier 1708 et enregistré au parlement le 22 mars de la même année « portant création de médecins et chirurgiens Inspecteurs généraux, chirurgiens-majors des camps et armées, médecins et chirurgiens-majors des Hôpitaux des villes et places de guerre et des armées de terre ». Dans le domaine de la psychiatrie, Crocq [9] rapporte que les premières observations des troubles psychiques de guerre sont le fait des médecins napoléoniens (Larrey, Percy et Desgenettes). Ils observent tantôt des manifestations aiguës rapportées à la frayeur ou à la commotion liée au « vent du boulet » ; tantôt des manifestations plus chroniques, telle la nostalgie des soldats des armées en campagne. Vers la fin du XIX^e siècle ; la survenue des grandes catastrophes technologiques, notamment les accidents de chemins de fer, vient interroger le corps médical sur l'étiologie des troubles observés au décours. En effet, si certains d'entre eux apparaissent séquellaires d'un choc physique, pour d'autres, l'émotion voire la suggestion semblent avoir un rôle déterminant. Ainsi, si un tableau clinique associant souvenirs obsédant de l'accident, cauchemars, troubles du sommeil, phobie sélective et labilité émotionnelle semblent s'individualiser, Charcot, par exemple, rapproche ces symptômes de l'hystérie et propose de les traiter par la contre-suggestion [10]. Il faut dire que la persistance au long cours d'une labilité émotionnelle souvent qualifiée d'infantilisme ou de puérilisme, la présence d'un trouble conversif ou d'éléments de revendication interrogent les cliniciens sur la décompensation d'une atteinte antérieure et l'autonomie de cette névrose.

L'étude des archives des *Annales de la Société Médico-Psychologique* rend compte de l'évolution des idées autour de la naissance puis de l'individualisation de ce concept. Il était impossible, au regard du format de l'intervention, de proposer une perspective

historique exhaustive. Nous avons donc pris le parti de présenter quelques morceaux choisis, témoins des réflexions et des préoccupations d'une époque. Nous aborderons, tout d'abord, la naissance du concept de névrose traumatique puis l'explosion des publications sur le sujet du fait de la Grande Guerre. Nous dirons quelques mots de sa relative absence durant la Seconde Guerre mondiale avant de rendre compte de sa redécouverte sous l'impulsion du DSM. Ce travail a été possible grâce à l'étude des *Annales de la Société Médico-Psychologique* qui a permis la reconnaissance et la diffusion de l'expérience de nos prédécesseurs.

2. Naissance et premier pas du concept de névrose post-traumatique 1852-1914 : les fondations

La période 1852 à 1914 est réputée comme étant l'une des plus longues phases de paix qu'aurait connues l'Europe.

Or rien n'est plus faux. Certes, Waterloo clôt une période où la guerre a ravagé l'ensemble de l'Europe, du Portugal à la Russie. Certes, ce presque siècle, 1815-1914, apporte à l'Europe une évolution majeure tant sur le plan de l'amélioration de la qualité de vie, des connaissances techniques que l'industrialisation ou l'évolution politique. Mais, c'est oublier que durant cette même période, un Anglais ne connaîtra que seize ans de paix cumulées et un peu plus d'un conflit majeur par génération. Pour citer uniquement les conflits de la France : 1821, participation avec les Anglais à la guerre d'Indépendance grecque, 1830, conquête de l'Algérie qui va s'étendre sur près d'un siècle, 1853, guerre de Crimée, 1861, guerre d'unification italienne, expédition mexicaine, 1870, guerre contre la Prusse et ses alliés, 1880, conflits coloniaux divers de l'Afrique à l'Asie... L'Europe échappe à une déflagration majeure mais connaît de nombreuses petites guerres : guerre carliste en Espagne, conflit entre la Prusse et l'empire austro-hongrois en 1866, climat insurrectionnel en 1848... La guerre hante l'imaginaire européen et dès le début du XX^e siècle, l'idée qu'un grand conflit couve agite les états-majors comme l'opinion.

Dans le même temps, les armées européennes connaissent, elles aussi, des évolutions majeures. Leur service de santé tenant compte des avancées majeures en chirurgie, en hygiène ou en médecine tropicale devient véritablement professionnel et spécifique. L'école impériale de santé est créée à Strasbourg dans les années 1850.

Toutefois la psychiatrie appliquée aux armées modernes n'est pas d'actualité. La conception contemporaine de l'aliénation comme celle du devoir envers la patrie construisent une approche centrée autour de la question de l'expertise. Le psychiatre doit

répondre à la question posée par le conseil militaire d'instruction : s'agit-il d'un simulateur ou pas ?

À partir des années 1870, les thèmes et le ton des articles changent. Les auteurs s'intéressent aux autres armées. La tragédie et le traumatisme de la guerre, qui a vu l'effondrement de l'armée impériale en quelques semaines, ont laissé une trace profonde dans la société en général et dans les armées en particulier. Le retour de la conscription par exemple relance la réflexion sur l'expertise psychiatrique. Emmanuel Regis [9] s'inquiète de l'absence de discrimination à l'incorporation des aliénés et débiles, selon la terminologie de l'époque.

La guerre Russo-Japonaise éclate en 1907 et va voir la défaite retentissante de la Russie impériale en deux batailles : la première, navale, à Tsushima et la seconde, terrestre, à Port-Arthur.

La victoire du Japon sidère en Europe car, pour la première fois, une nation asiatique, certes largement conseillée par des Européens, affronte et bat une nation européenne. De plus, cette nation vient à peine d'entrer dans la modernité. Ce qui intéresse les militaires est le large usage d'armes nouvelles : balles, mines, obus et canons à longue portée. Il s'agit du premier conflit moderne d'importance.

En 1909, au congrès de psychiatrie de Nantes, Jacques Roubinovitch [9] rend un rapport sur l'état mental et les conséquences psychiques de la guerre en Mandchourie. Il met en avant la forte proportion d'aliénés et de débiles dans les armées impériales russes comme cause de son effondrement rapide. Il signale aussi la forte proportion de névroses traumatiques observées par le Dr Oppenheim en Mandchourie. Ce congrès consacré à la psychiatrie appliquée aux armées et auquel assiste le ministre de la Guerre peut être considéré comme l'acte de naissance de la psychiatrie militaire qui se structure dorénavant autour de deux axes majeurs : l'aptitude et les troubles psychiques au combat.

En 1912, le Dr Adam Cygielstreich fait paraître un article sur les conséquences mentales des émotions de la guerre [11]. En 1993, Barrois [3] souligne le caractère innovant et fondateur de cet article. Le psychiatre d'origine polonaise fait un état des lieux sur la névrose traumatique et annonce aussi les différentes théories qui durant les années de guerre s'affronteront sur la question.

D'abord, l'auteur ne minimise pas la clinique observée durant la guerre Russo-Japonaise. Il fait l'hypothèse que ces observations peuvent être généralisées aux autres conflits. Pour l'auteur, les observations des psychiatres russes ne sont pas liées à un quelconque caractère national mais bien à la nature nouvelle de la guerre.

Il oppose sans trancher deux hypothèses cliniques courantes à l'époque : celle d'une prédisposition où l'émotion est un déclencheur et celle où l'émotion suffit sans constitution préalable. Par ailleurs, il évoque rapidement l'idée développée par certains neurologues de chercher l'étiopathogénie dans des lésions invisibles du cerveau dues aux ondes de choc. Trois ans plus tard, cette hypothèse est largement diffusée avec les diagnostics d'obusite, de *shell-shock* ou *Granatschock*...

3. La grande Guerre et les névroses de guerre : 1912-1920

La Première Guerre mondiale se singularise par l'ampleur des pertes humaines et des forces mobilisées. L'emploi massif de l'artillerie, l'utilisation d'arme chimique et d'armes de hautes technologies (blindés et aviation) se conjuguent pour majorer le retentissement psychique des conflits. Chez les alliés, le bilan humain se chiffre par millions (environ 5 millions de morts et 12 millions de blessés). Les pertes psychiques sont difficiles à évaluer. D'après Crocq [8], elles sont estimées entre 28 et 14 pour mille hommes par an dans le corps expéditionnaire américain. Très

rapidement, les observations des troubles psychiques provoqués par la guerre se multiplient. Crocq [8] distingue quatre périodes. La première, qu'il situe à l'été 1914, durant laquelle sont décrits des tableaux confuso-oniriques chez des soldats survivants des premiers combats d'infanterie qui se caractérisent par des pertes humaines massives. C'est l'hypnose des batailles de Milian en référence aux travaux de Charcot et de Janet sur la modification des états de conscience. La deuxième, de septembre 1914 à août 1916, correspond à ce qu'il appelle la *shell-shock*. À cette période, le front est stabilisé et les combattants terrés dans leurs tranchées doivent supporter impuissant les pilonnages intensifs de l'artillerie adverse. Soufflés, projetés, parfois ensevelis ou blessés par les éclats des explosions ; ils présentent alors des tableaux d'allure confusionnelle parfois accompagnés de symptômes fonctionnels (surdité, mutité, aphonie, astasie abasie, tremblements divers et attitude vicieuse des membres) dont l'étiologie questionne. La troisième période, de mai 1916 à avril 1917, confronte les psychiatres à l'évolution des tableaux cliniques initialement observés et à la difficulté de les distinguer des troubles névrotiques classiques. C'est la période durant laquelle sont décrits les tableaux d'hystérie ou de neurasthénie de guerre pour rendre compte tout à la fois de la sensibilité à la suggestion de certains symptômes mais également de la dimension thymique ou régressive de certains patients. Enfin, une quatrième période, de mai 1917 à novembre 1918, consacre selon lui les termes de psychonévrose de guerre ou de névrose traumatique.

En fait, il est probablement un peu artificiel de scinder l'évolution des idées en quatre périodes distinctes. Il est probable aussi que la temporalité des observations cliniques ait évolué. Ainsi, si le choc du combat a été à l'origine de manifestations aiguës, souvent spontanément résolutes observées par les médecins de l'avant, ceux des ambulances et des hôpitaux de l'arrière ont été plutôt confrontés à des tableaux plus sévères, plus chronicisés avec une participation thymique plus importante ou des symptômes constitués souvent du registre conversif. Ceci est d'autant plus probable que beaucoup de patients avaient déjà été confrontés au feu et craignaient d'y retourner. Enfin, les hôpitaux de l'arrière et les asiles ne recevaient que les cas les plus graves. À titre d'exemple, à Bordeaux, Bénézech [5] rapporte que les blessés arrivaient par trains sanitaires. Ils étaient tout d'abord admis à l'hôpital militaire Saint-Nicolas où ils recevaient les premiers soins. Quand la guérison n'était pas rapide, ils étaient transférés au service central de psychiatrie. Seuls les patients considérés comme incurables étaient internés à Cadillac. Entre août 1914 et janvier 1916, sur 1 232 militaires, seuls 69 ont été internés, principalement pour des troubles thymiques (mélancolie vingt-quatre cas, manie onze cas et mélancolie post-confusionnelle quatre cas) ou psychotique (démence précoce neuf cas, psychose hallucinatoire chronique trois cas et délire interprétatif deux cas). Cette proportion faible de malades chroniques associée à l'importance des pertes humaines entraîne d'ailleurs une modification de la doctrine de prise en charge des patients. De nombreux auteurs préconisent une prise en charge au plus près des combats, avec un temps d'observation prolongé avant une éventuelle évacuation vers l'arrière, qui serait un facteur favorisant de la fixation des symptômes. C'est le prélude de la psychiatrie de l'avant qui sera théorisée par Salmon, psychiatre américain venu en observateur avant l'engagement des États-Unis dans le conflit. Les principes de Salmon [26] sont l'immédiateté (prendre en charge les troubles rapidement), la proximité (des combats afin de ne pas rompre le contact avec les camarades), la simplicité (prise en charge sur l'ici et le maintenant), l'espérance (de guérison) et la centralité (dans le sens d'une organisation cohérente des soins).

À l'époque, les psychiatres et autres médecins militaires peinent à se dégager des enjeux opérationnels liés à la démobilisation. Gilles, médecin aide-major au 294^e régiment d'infanterie, écrit à

propos des patients neurasthéniques [14] : « le malade, de lui-même vient ajouter à son trouble moral l'effet néfaste d'une idée obsédante et c'est presque toujours celle d'une évacuation ». Cette question de l'évacuation pose problème. Il rapporte que les médecins psychiatres sont souvent accusés de « susciter le mal à mesure qu'ils le décrivent ». Il choisit de résoudre ce conflit par le biais tout à la fois d'un jugement moral sur la valeur du sujet au combat, de critères utilitaires sur l'employabilité du sujet ou sur la possibilité de le remplacer et enfin de critères cliniques en fonction de la sévérité du cas et de la durée d'évolution.

Le traitement recommandé pour la prise en charge des patients est avant tout le repos éloigné du front. L'alitement, l'isolement, un régime de désintoxication intestinale vont être utilisés en complément pour favoriser le retour au calme. Des calmants peuvent être prescrits, tels que le chloral de bromure ou éventuellement des barbituriques. Si les symptômes apathiques prédominent, des tonifiants peuvent être utilisés comme les sels d'arsenic ou le cacodylate de soude. Pour les symptômes pithiatiques, un traitement énergétique est souvent préconisé. André Gilles justifie en ces termes l'emploi du « Torpillage faradique » proposé par Clovis Vincent dans un numéro spécial de 1917 des *Annales Médico-Psychologiques* consacré à la guerre [15] : « le courant électrique n'est pas ici un instrument de coercition, mais, au cours d'un traitement psychothérapique, un agent décisif de persuasion : il s'agit de faire à un névropathe la preuve matérielle de sa guérison et seul ce procédé énergétique le permet. » En effet, si la nature émotionnelle et la commotion peuvent prendre une part dans la genèse des symptômes, la faiblesse de la volonté est censée les entretenir. Ainsi, pour le même auteur [15], « Plus on restera faible devant leur erreur, plus ces débiles de la volonté et du contrôle moral se fixeront dans leur mal ». Cette question de la faiblesse morale des combattants blessés psychiques se pose différemment selon les auteurs. Si certains préfèrent parler de prédisposition du fait d'une débilité mentale, d'un nervosisme ou d'une dégénérescence, la recherche des exagérateurs et autres simulateurs fait partie des préoccupations médicales. Ainsi selon Dupré, cité par Mairet [23], le processus normal serait :

Commo-
tion → émotion → suggestion → exagération → simulation → revendication → exagération → simulation → revendication.

Mairet et Pieron, au contraire, tentent de démontrer le rôle prépondérant de l'émotion qui, selon eux, « entraîne une véritable décharge d'influx nerveux qui [...] débordent des voies normales adaptées pour les réponses usuelles et les réflexes utilitaires ». Cela expliquerait les dérèglements des systèmes sympathiques observés chez certains patients (tachycardie, polypnée et relâchements sphinctériens) mais aussi certains dérèglements hormonaux (diabète et goitres induits). Ils proposent en conséquence, en conclusion de leurs articles, que l'émotion « peut constituer un "fait de guerre" pour les conséquences duquel il y a, le cas échéant, à prévoir une réparation pécuniaire ».

4. L'entre-deux-guerres : « les années folles »

La période qui suit voit peu à peu s'éteindre la réflexion autour de la névrose traumatique. Après 1919, les articles se rarifient. Or il nous paraît difficile d'ignorer le nombre de blessés psychiques. L'armée française compte en 1918 huit millions d'hommes, un quart de la population masculine. Nous pourrions nous contenter d'une explication simple : la guerre finie, les blessés psychiques sombrent dans l'oubli. C'est un peu court et nécessite d'aller un peu plus loin. Il faut d'abord invoquer un phénomène simple, l'armée française revient à un format certes encore important mais qui est celui du temps de paix. Les personnels du SSA mobilisés durant la guerre se dispersent et ne restent que les officiers de carrière.

Il est possible aussi que l'ivresse de la victoire comme le désir de revivre n'invitent pas à se pencher sur la question des traumatisés psychiques. Comme le montrent Serge Tison et Hervé Guillemain [30], ils sont internés et peu à peu oubliés. Quant aux autres, ils rejoignent leur famille dans une France encore très rurale (80 % de la population), encore éloignée des grands centres urbains. Cette question semble plus présente dans la communauté des psychiatres allemands qui voient, en tout cas pour certains d'entre eux, le traumatisme psychique de guerre comme un des facteurs de l'agitation des années 1919-1920.

Fribourg-Blanc, le grand psychiatre militaire français de l'époque, se questionne sur comment la guerre a pu affecter la société en général et le monde des aliénés en particulier. Il s'agit pour lui de comprendre le rapport entre le contexte mondain et la folie [25].

Targowla, en 1936 [28], s'interroge sur le syndrome subjectif des traumatisés crâniens. C'est dans cette catégorie que beaucoup de traumatisés psychiques vont se retrouver. En effet, ils présentent un tableau clinique associant céphalées, éblouissements, vertiges, irritabilité, hyperémotivité, troubles du sommeil, dysmnésie, fatigabilité et ralentissement des processus psychiques.

Targowla note la confusion qui existe entre les états émotionnels et commotionnels, entretenue dans le guide barème des pensions militaires d'invalidité qui ne tranche pas entre les deux étiologies. Sans remettre en cause la catégorie clinique, il note que l'origine « émotionnelle » est plus fréquente. Les psychiatres militaires qui ont rencontré des vétérans, parfois des décennies après, peuvent témoigner que ce diagnostic était encore relativement fréquent et cela jusqu'en 1991. Ce syndrome devient une catégorie floue pendant près de soixante-dix ans, intuition que Targowla partage dans son article.

5. De la Seconde Guerre mondiale à la période contemporaine : un silence assourdissant

Il est remarquable de constater à quel point le nombre d'articles consacrés aux troubles psychiques de guerre dans les *Annales Médico-Psychologiques* durant cette période est faible. On trouve bien quelques rapports de congrès, belges ou anglais mais tout se passe comme si les conséquences psychiques de la guerre avaient été gommées des préoccupations des psychiatres. Il est possible que cette absence soit liée à l'effet de la censure tant officielle que de l'autocensure d'une France meurtrie sous l'Occupation ou trop occupée à survivre. Ainsi les quelques rares articles d'actualité sont consacrés au bienfait de la clinothérapie en période de disette alimentaire [12] ou de l'énorme augmentation de la mortalité par tuberculose liée au cas de cachexie. À Maison-Blanche, Vie et al. [31] rapportent que la perte de poids moyen pour les malades non travailleurs ne recevant aucune aide de leur famille est de 19 kg alors qu'elle est de 5 à 10 kg pour les travailleurs ou ceux recevant un secours régulier. À compter de 1943, cependant, commencent à être décrits, tout d'abord dans la rubrique rapport de congrès, des troubles psychiques liés à la captivité qui constitueront l'archétype des troubles psychiques post-traumatiques d'après-guerre.

Ainsi, Targowla [27] décrit dix ans après la guerre, un syndrome ecmésique paroxystique accompagné de manifestations émotionnelles et de réactions de sursaut qui peuvent se manifester de jour comme de nuit et traduisent la remémoration d'événements tragiques vécus dans les camps de concentration. Ce tableau surviendrait sur un fond psychique particulier, appelé « syndrome commun des déportés », fait d'asthénie, de fatigabilité physique et psychique, de perte de l'élan vital, de trouble de l'humeur et d'hyperémotivité qui entraînent une modification des rapports à l'entourage.

Dans les armées, les conflits de décolonisation, principalement en Indochine et en Algérie, ne suscitent pas de travaux particuliers sur la question spécifique du trauma. Il est possible que l'éloignement : l'Indochine est à plusieurs semaines de bateaux et le fait d'avoir des structures sanitaires locales aient favorisé cette absence sur la scène médicale sauf en milieu militaire. Juillet et Moutin, en 1969 [18], consacrent un chapitre de leur ouvrage de référence sur la psychiatrie militaire à la question de la névrose traumatique. Il faut remarquer que nous sommes aussi dans une époque de transformation des affaires militaires : la prochaine guerre dans les années soixante est imaginée avant tout nucléaire, ce qui laisse peu de place à une psychiatrie de l'avant...

6. La période contemporaine : stress et trauma

La création de la catégorie diagnostique Post-traumatic stress disorder au sein du DSM-3, sous l'influence des vétérans du Vietnam et des associations féministes, va se traduire par une diffusion sans précédent du concept de trouble psychique post-traumatique. Désormais, la question du traumatisme psychique n'est plus uniquement la préoccupation des médecins militaires et des experts auprès des tribunaux mais concerne l'ensemble de la société [17]. Sur un plan épistémique, une révolution est en marche. En effet, le psycho-traumatisme en tant que trouble constitué peut éventuellement être associé à d'autres troubles anxieux, thymiques et addictifs. Les analyses statistiques vont permettre d'étudier la fréquence de ces associations comorbides sans présupposer de liens de causalité. Ainsi les notions de terrain, de vulnérabilité, de facteurs prédisposants sont relativisées et pondérées. Cette approche épidémiologique des troubles, basée sur l'étude de nombreux patients ayant un diagnostic standardisé, permet de créer de nouveaux savoirs et de se dégager de la clinique du cas et de ses enjeux individuels.

En France, la vague des attentats de 1995 est à l'origine d'une véritable prise de conscience de l'opinion publique de la nécessité d'accueillir dans un premier temps, puis d'orienter et de prendre en charge les troubles psychiques post-traumatiques. Crocq participe à la création des cellules d'urgence médico-psychologiques qu'il organise selon les principes de la psychiatrie de l'avant [7]. Notons que ces derniers ont été revisités depuis la guerre du Golfe [6]. En effet, au principe d'espérance qui supposait une démarche active vers une reprise du service, a succédé le principe d'expectative. C'est une phase d'observation et d'élaboration nécessaire pour permettre au sujet de retrouver sa liberté de choix. Il faut dire que les engagements armés ont pris une ampleur plus limitée, que la conscription approche de la fin et que les préoccupations des psychiatres militaires ont bien changé. Elles ne s'orientent plus vers la limitation des pertes humaines mais plutôt la résolution des conflits, tant sur le plan intrapsychique qu'institutionnel. Quoi qu'il en soit, ces derniers sortent de leur réserve pour rendre compte de leur expérience [19,24]. Ils militent pour la pratique du debriefing dans le post-immédiat [22], ce qui ne se fait pas sans controverse. En effet, pour les Anglo-Saxons qui le font pratiquer de manière systématique par du personnel non qualifié selon un protocole standardisé, il existe un risque de retraumatisation. Lebigot, Crocq et leurs élèves vont défendre une conception francophone du debriefing, réalisé par des interlocuteurs spécialisés, sans nécessité de verbaliser à tout prix l'évènement et conçu comme une intervention psychothérapeutique initiale à même de faciliter les recours aux soins ultérieurs.

Sur le plan étiologique, il ne fait plus aucun doute que c'est l'évènement qui déclenche les symptômes. Cependant, alors que les premières hypothèses neurophysiologiques impliquant l'amygdale et le cortex préfrontal permettent d'ouvrir des pistes thérapeutiques médicamenteuses, le débat continue à faire rage

entre les partisans du stress décrit comme un processus adaptatif dépassé lors de la rencontre traumatique et de l'effroi. Ce dernier signerait l'instant tragique de la rencontre traumatique et de l'effondrement du système de pare-excitation [20]. Cette conception psychopathologique du traumatisme psychique est ancienne. Dès 1916, des auteurs allemand ou austro-hongrois, comme Ernst Simmel ou Sandor Ferenczi cités par Crocq [9], interrogent le sens des symptômes et décrivent une atteinte narcissique liée au traumatisme psychique. Freud dans son essai *Au-delà du principe du plaisir* [13] compare l'appareil psychique à une vésicule vivante susceptible de se déformer en cas de difficultés. Pour lui, le traumatisme psychique crée une effraction de cette barrière pare-excitation pour venir constituer une sorte de corps étranger intrapsychique. Cela rend compte de la modification de la fonction du rêve chez les sujets traumatisés. Habituellement, le rêve traduit une activité psychique inconsciente sous-tendue par un désir. Chez le patient traumatisé, il prend une dimension mortifère, sous-tendue par une compulsion de répétition en lien avec ce que Freud appelle la pulsion de mort. La modification du rêve sous l'effet de la psychothérapie rend compte du travail de lien et d'association du psychisme [4,21]. C'est probablement une raison pour laquelle les thérapies ayant pour objectif la réexposition afin de créer une désensibilisation ou dans l'objectif de reprogrammer l'encodage émotionnel associé aux souvenirs ont dans un premier temps été accueillies avec scepticisme en milieu militaire. Il faut dire que les traumatismes auxquels sont confrontés nos patients sont souvent particulièrement intenses et répétés.

Notons qu'à l'époque la tradition psychanalytique ou psychodynamique reste forte dans les armées. Elle s'est imposée comme une double nécessité. Premièrement, il était nécessaire pour le psychiatre des armées de se dégager des jugements moraux liés à sa pratique. En considérant le patient comme un sujet divisé, tiraillé par des enjeux inconscients contradictoires, marqués par les aléas de sa construction identitaire et pour lequel les symptômes ont une signification cachée, il devient caduc d'interroger sa volonté, sa valeur, son courage ou encore sa faiblesse dans la production des symptômes. Deuxièmement, dans de nombreux cas les psychiatres militaires ont à prendre des décisions qui ne s'argumentent pas uniquement sur le constat de la présence d'un ou plusieurs symptômes. Elles se basent également sur le choix du sujet, sa conscience des troubles, son adaptation au milieu, son adhésion aux soins, ses capacités d'innovation et de créativité et les impératifs liés à la mission. C'est très certainement cet effort constant de dialectisation qui a favorisé le travail réflexif des générations de psychiatres qui nous ont précédés.

7. Conclusion et perspectives

Ainsi se termine notre voyage historique à propos du concept de psycho-traumatisme de guerre et de la manière dont les médecins puis les psychiatres militaires s'en sont saisis. Nous avons vu comment il a émergé progressivement dans le savoir scientifique vers le milieu du XIX^e siècle, tout d'abord sous la forme de rapports de cas. Puis comment il s'est affiné au fur et à mesure que s'affirmait le rôle prépondérant des émotions et que le psychiatre se dégageait des enjeux moraux liés à sa pratique. Nous avons vu également comment, à travers nos morceaux choisis, les séances de la Société Médico-Psychologique ont servi de cadre au débat et à la progression des idées. Bien évidemment, le voyage continu et la suite reste à écrire. Elle se dessine progressivement dans une perspective de réconciliation avec la découverte de mécanismes d'action communs aux psychothérapies [1,2]. Elle s'ouvre également vers une approche intégrative multidisciplinaire [29]. Elle s'intègre enfin dans un réseau d'interlocuteurs institutionnels et associatifs vers une réadaptation psychosociale du sujet, désormais considéré comme un blessé psychique [16].

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Auxéméry Y. Quelle(s) psychothérapie (s) pour les sujets psychotraumatisés? De la théorie à la pratique. *Ann Med Psychol* 2016;174:309–12.
- [2] Auxéméry Y. Trois psychothérapies individuelles proposées en psychotraumatologie: entre oppositions et suppositions de mécanismes d'actions spécifiques et/ou communs? *Ann Méd Psychol* 2016;174:299–303.
- [3] Barrois C. Deux textes prophétiques d'Adam Cygielstreich parus dans les *Annales Médico-Psychologiques* de 1912 sur « troubles psychiques de guerre durant la guerre Russo-japonaise de 1904-1905 ». *Ann Med Psychol* 1993;151:276–80.
- [4] Barrois C. Les rêves et cauchemars de guerre: une voie d'approche clinique et étiopathogénique des névroses traumatiques. *Ann Med Psychol* 1984;142:222–9.
- [5] Bénézech M. La folie et le Grande Guerre: 565 aliénés militaires à l'asile de Cadillac de 1914 à 1925. *Ann Med Psychol* 2015;173:117–23.
- [6] Briole G, Lebigot F, Lafont B, Favre JD, Vallet D. Le traumatisme psychique rencontre et devenir. Paris: Masson; 1994.
- [7] Crocq L. La cellule d'urgence médico-psychologique: sa création, son organisation, ses interventions. *Ann Med Psychol* 1998;156:48–53.
- [8] Crocq L. La psychiatrie de la Première Guerre mondiale. Tableaux cliniques, options pathogéniques, doctrines thérapeutiques. *Ann Med Psychol* 2005;163:269–89.
- [9] Crocq L. Les traumatismes psychiques de guerre. Paris: Odile Jacob; 1999.
- [10] Chidiac N, Crocq L. Le psychotrauma. Stress et Trauma. Considérations historiques. *Ann Med Psychol* 2010;168:311–9.
- [11] Cygielstreich A. Psychologie morbide. Les conséquences mentales des émotions de la guerre. *Ann Med Psychol* 1912;70:257–77.
- [12] Frantz A. Des moyens propres à sauvegarder l'existence de nos malades en période de carence alimentaire. *Ann Med Psychol* 1941;99:122–6.
- [13] Freud S. Au-delà du principe du plaisir. Version numérique consultable en ligne sur le site http://www.uqac.quebec.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/index.html.
- [14] Gilles A. Étude sur certains cas de Neurasthénie. *Ann Med Psychol* 1917;75:333–64.
- [15] Gilles A. L'hystérie et la Guerre. Troubles fonctionnels par commotion; leur traitement par le torpillage. *Ann Med Psychol* 1917;75:207–27.
- [16] Gorin C, Ostermann L, Milan C, Gheorghiev C. État des lieux et horizon du soin psychique des blessés de guerre. *Ann Med Psychol* 2021;179:677–81.
- [17] Helzer JE, Robins LN, Mc Evoy L. Post traumatic stress disorder in the general population: findings of the epidemiologic catchment area survey. *N Engl J Med* 1987;317:1630–4.
- [18] Juillet P, Moutin P. *Psychiatrie Militaire*. Paris: Elsevier Masson; 1969.
- [19] Lassagne M. Troubles psychiques des blessés de guerre. *Ann Med Psychol* 1997;155:141–4.
- [20] Lebigot F. À l'origine de la névrose traumatique, l'effroi ou le stress. Discussion, approches thérapeutiques. *Ann Med Psychol* 2015;173:819–27.
- [21] Lebigot F. La névrose traumatique, la mort réelle et la faute originelle. *Ann Med Psychol* 1997;155:522–6.
- [22] Lebigot F. Le débriefing individuel du traumatisé psychique. *Ann Med Psychol* 1998;156:417–21.
- [23] Mairet A, Pieron H. Le syndrome émotionnel sa différenciation du syndrome commotionnel. *Ann Med Psychol* 1917;8:183–206.
- [24] Montleau Fde, Favre JD, Moraud C, Lassagne M. Facteurs de risque des troubles psychiques survenant dans les forces armées en opérations extérieures. *Ann Med Psychol* 1998;156:460–71.
- [25] Rodiet A, Fribourg-Blanc A. Influence de la guerre sur l'aliénation Mentale à Paris. *Ann Med Psychol* 1930;98:1–24.
- [26] Salmon TW. Care and treatment of mental diseases and war neuroses (shell shock) in the british Army. *Mental Hygiene* 1917;1:509–47.
- [27] Targowla R. La pathologie neuro-psychique post concentrationnaire. La pathologie des déportés. *Comptes rendus de congrès Paris. RMF* 1954;177–89.
- [28] Targowla R. L'état actuel du syndrome subjectif des traumatismes craniocérébraux chez les blessés de la guerre 1941-1918. *Ann Med Psychol* 1936;84:154–62.
- [29] Thomas G. Intérêts et limites des hospitalisations séquentielles dans la prise en charge des états de stress post traumatique. *Ann Med Psychol* 2018;176:511–4.
- [30] Tisson S, Guillemain H. *Du front à l'asile. Essai*. Paris: Alma; 2013.
- [31] Vie J, Bourgeois P, Messin M, Armand M. La tuberculose pulmonaire dans les hôpitaux psychiatriques en période de sous-alimentation. *Ann Med Psychol* 1942;100:235–44.
- [32] Wey R. Le service de Santé des armées au centre du champ de bataille. *Médecine et armées* 2008;36:409–30.