

Grande Guerre et Psychiatrie

Genèse de la conception complète de l'état de stress aigu *

par Ivan FRAS **

Quand la guerre éclata en 1914 elle fut accueillie avec enthousiasme par les combattants, mais au front cet enthousiasme céda rapidement à une réalité à laquelle personne n'était préparé, pas même les Services de Santé.

Les chirurgiens furent surpris par le nombre et l'horreur des blessures et accablés par la découverte de leurs limites matérielles et personnelles.

En plus de toutes sortes de problèmes, les neuropsychiatres se trouvèrent face à une crise d'ordre professionnel. Ils ne possédaient pas les connaissances théoriques cliniques et diagnostiques susceptibles de traiter les milliers de cas de névroses de guerre qui menaçaient d'incapacité par leur nombre un pourcentage croissant d'effectifs.

Il fallait donc agir vite en créant les fondements scientifiques par des mesures effectives susceptibles de guérir ces blessés émotionnels.

Ces exigences furent les mêmes pour les Allemands et les Alliés.

L'approche intellectuelle et philosophique concernant la résolution de ce problème a été différente et a séparé les deux parties combattantes.

Je voudrais montrer la différence entre la méthode employée par les Alliés de constitution démocratique plus ou moins parfaite et celle de Pouvoirs Centraux de tradition impériale et je voudrais attirer votre attention sur le fait que la méthode appliquée par les Alliés et surtout par la France fut en somme plus efficace et nous a légué des découvertes dont nous nous servons encore.

La psychiatrie allemande

Dès la formation du nouvel Empire allemand en 1871, les médecins allemands adhèrent à la politique nationaliste et expansionniste du gouvernement impérial.

Les raisons en sont évidentes : les médecins accédaient à un rang social et politique plus élevé en étant assujettis à l'Etat au sein des Universités impériales et naturellement

* Comité de lecture du 19-20 mai 2001 de la Société française d'Histoire de la Médecine.

** 33 Avon Road, Binghamton, New-York 13905, USA.

au sein de l'armée. Dans cette dernière, ils accédaient au niveau respecté d'officiers supérieurs. Il s'en suit donc que les neuro-psychiatres se considèrent alors comme les exécuteurs des exigences de l'armée au détriment de celles de leurs malades ce qui aurait dû être leur démarche traditionnelle.

Les symptômes constatés chez les soldats allemands évacués pour des raisons psychiatriques sont identiques à ceux des alliés et la plupart des méthodes thérapeutiques adoptaient les mêmes principes.

La différence siégeait dans l'esprit médical fait de sensibilité et de considération pour le soldat en tant qu'être humain.

A mesure que l'armée allemande devait faire face à un nombre croissant de pertes de toutes sortes et d'évacués émotionnels en particulier, les psychiatres allemands s'empressèrent d'en renvoyer un fort pourcentage au front.

Deux méthodes furent dès lors utilisées :

- atténuer le diagnostic,
- majorer le traitement.

La théorie des altérations organiques, cause des "névroses traumatiques", théorie d'Oppenheim, fut repoussée en faveur d'un dogme attribuant au soldat une mauvaise volonté le menant à ne pas souhaiter la guérison et à espérer l'invalidité bien qu'on ne puisse pas toujours l'accuser de simulation.

Le traitement doit donc lui barrer cette voie.

La suggestion, la physiothérapie, les exercices de marche, l'hydrothérapie, l'isolation sensorielle et surtout l'électro-thérapie sont accrus dans leur application et atteignent parfois une brutalité pouvant conduire certains soldats au suicide. Il y eut même des cas de décès suite à la faradisation et certains allèrent jusqu'à émettre l'idée d'envoyer ces soldats sous les tirs de barrage.

Les résultats furent peu encourageants.

Ceux qui furent déclarés guéris par ces méthodes oublièrent vite les horreurs des traitements dès qu'ils furent exposés à celles des tranchées et récidivèrent aussitôt. Les centres psychiatriques refusèrent tout retour vers l'intérieur et renvoyèrent un certain nombre de malades au front par mesure disciplinaire.

A ce sujet Freud a dit "les psychiatres deviennent des mitrailleurs postés derrière le front".

Le soldat allemand trouvait parfois un soutien auprès du médecin de première ligne, beaucoup plus compréhensif et humain et qui l'évacuait avec un diagnostic de complaisance.

Je vais vous donner des exemples de réactions de stress aigu avec manifestations somatiques tirés de témoignages de la littérature allemande sur Verdun.

- Cas n° 1 - *On se prépare à l'attaque... et voici le fusilier F... qui entre dans le poste de secours portant une boîte de conserve.*

- *Que fait-il se demandent ses copains en souriant un peu...*

Ils comprennent enfin... Il a la diarrhée sanglante avant chaque attaque.

- Cas n° 2 - *On n'aurait pas dû nous dire qu'on va monter à l'attaque huit jours à l'avance - ce n'est pas malin -*

*Le petit soldat, volontaire de 17 ans, rêve que sa mère l'invite à le suivre vers le fort.
- Il a peur, il revoit les scènes au cours desquelles ses camarades sont tués mais il veut être auprès de sa mère qui se transforme en cadavre.*

Huit jour plus tard, pendant la bataille, il deviendra confus, sortira de l'abri sous le feu des obus et des mitrailleuses.

- Cas n° 3 - Le fantassin C... est devenu un homme différent dès qu'il a entendu le nom de Souville. Recroquevillé dans un coin de l'abri, il grelotte, il gémit. Il répète sans cesse "faites ce que vous voulez, je n'irai pas !". Ses camarades tentent de l'encourager par de bienveillantes petites plaisanteries. Ils lui offrent du café. Il refuse tout et frissonne toujours, pâle, le regard fixe.

Le lendemain, il disparaît. On le retrouve à 50 mètres de l'abri. Il avait déclenché son fusil avec une ficelle et s'était fait sauter le cerveau.

- Cas n° 4 - Nous sommes en ligne au Mort-Homme. Nous occupons une tranchée dont la moitié est remplie d'une cinquantaine de cadavres défigurés.

Depuis quelques jours, l'aspirant Segmuller est déprimé, sa verve si touchante a disparu. Il s'efforce de noyer son anxiété dans des flots d'eau-de-vie dont le haut commandement nous a à présent octroyé un quart de litre par jour.

Segmuller boit ce schnaps avidement. Quand l'effet de l'alcool passe, le pauvre diable se retire dans le coin le plus obscur du stollen, et il a peur. Il veut alors augmenter l'effet de l'alcool en lui ajoutant du poivre et en le renforçant avec la poudre d'une grenade.

Depuis deux jours, il n'y a plus d'eau-de-vie et Segmuller est effondré.

A minuit, Segmuller prend le commandement du secteur. Il court d'une tranchée à l'autre. Un orage se prépare et l'on s'attend d'autre part à une attaque des français qui sont à dix mètres de nous.

A cet instant, l'aspirant Segmuller est pris de folie. Il tremble de tout son corps et surtout de ses mains qui sont perpétuellement en mouvement. Ses yeux sont grand'ouverts il a l'écume aux lèvres et sur sa barbe. Il nous secoue.

- "Alors vous les avez vus ?".

- "Nous n'avons rien vu !".

- 'C'est connu que les âmes des soldats tués continuent à se battre dans les cieux. J'ai justement vu les soldats qui viennent de mourir ici. Ils se battaient avec des grenades, des fusils, des pelles, au-dessus du Mort-Homme. Moi aussi j'y étais. Je sais maintenant que ma fin s'approche. Je vais mourir, camarades. J'ai vu beaucoup de vous parmi les combattants, toi aussi, Liesenfeld, et Kienz, voici le signe de la mort sur vos front...".

- "Alerte, les voilà, les français sont sur nous".

Nous regardons vers les lignes françaises : "rien".

Segmuller tire son revolver à fusées et avant que nous puissions le retenir, il fait monter la fusée rouge-verte. "On est sous attaque - nous demandons le tir de barrage".

Un enfer d'artillerie se déclenche.

Deux jours plus tard, l'aspirant Segmuller meurt de spasmes au cerveau.

Ces exemples de réactions aiguës de stress traduisent le conflit psychodynamique entre angoisse et devoir, aboutissant à la fuite par troubles psycho-somatiques pouvant aller jusqu'au suicide. Nous abordons également le diagnostic différentiel par une forme de delirium tremens faisant suite à un traitement personnel intempestif et violent de l'angoisse.

Nous assistons au conflit entre l'envie de se sauver et l'exigence du devoir (Freud) ou le conflit de la peur préservatrice contre la force primordiale de la lutte : (Ernst Jünger).

Tout est là.

La psychiatrie française

La psychiatrie française se trouvait face aux mêmes problèmes que ses adversaires : on n'était pas préparé à recevoir un tel nombre de soldats rendus incapables par des déficiences mentales.

Comme la neurologie dominait la plus grande partie des concepts mentaux, les psychiatres militaires suivaient cette orientation neurologique et s'orientaient vers des traitements organiques, même pour des syndromes à l'évidence d'origine psychique.

C'est ainsi que l'on se servait de l'électrothérapie, de l'hydrothérapie, de la mécano-thérapie et des exercices physiques en plus de la suggestion.

Ce qui caractérise la psychiatrie française de la Grande Guerre, c'est qu'elle évolue, elle avance.

Bien qu'animés d'un grand patriotisme, les psychiatres ne seront pas l'objet de pressions de la part de l'Etat à l'instar de leurs adversaires et accompliront leur devoir de médecins en abordant le soldat en être humain et en individu.

Plusieurs raisons expliquent cette situation :

Le niveau élevé de la médecine française, surtout de la neurologie, y compris la neuro-psychiatrie. Plusieurs noms nous viennent à l'esprit : Babinski, Déjerine, Pierre-Marie, pour en citer quelques-uns qui furent conseillers au sein de l'armée.

D'autre part, par rapport aux médecins allemands, les médecins français n'étaient pas fonctionnaires d'état, leur niveau social et économique leur assurait une indépendance et leur forme de pensée était indépendante et progressiste.

Enfin, la République est un système de démocratie qui soutient, en principe, la dignité de l'individu et son droit à une considération humaine et une pression sur les médecins se serait traduite par une défiance envers des diagnostics et des traitements imposés.

Les psychiatres observent, réfléchissent, modifient leurs points de vue au contact des réalités cliniques.

A la fin de la Grande Guerre, la psychiatrie française aura réglé la question de la névrose traumatique.

Le premier stade aura été atteint en abordant le concept de "l'état confusionnel" par Capgras et Voivenel en 1917.

A cet égard, le témoignage du lieutenant Ménager cité dans l'ouvrage du Dr Sarazin au sujet du drame du fort de Moulainville est très significatif.

Le drame s'est passé le 3 avril 1916 au fort de Moulainville.

Ce jour-là débute sur le fort un bombardement par obus de 420. Au cours de ce bombardement les crises de nerf se succèdent parmi les soldats. *“Le commandant revient vers le médecin qui est agenouillé devant un blessé étendu à terre ; il le tâte. Le commandant l’interroge, il lève la tête et le commandant remarque qu’il n’a plus le même regard, il est comme ivre. Le commandant lui dit : “qu’avez-vous ?”. Il ne répond rien, son regard est fixe, il se lève et, comme un automate, se dirige vers la porte de sortie : il sort sous les obus, d’un pas tranquille mais saccadé, traverse le plateau qui est devant le fort et disparaît dans le bois voisin...”*

Dans la soirée, le bombardement par 420 cessa et le commandant alla vers le bois pour retrouver, si possible, le médecin. Il le trouva assis sur un tronc d’arbre abattu, l’air indifférent à tout ce qui l’entourait.

Le commandant s’approcha et lui dit : “Eh bien ! docteur, comment allez-vous à présent ?

- Je suis le docteur “un tel”, répond-il en se levant et saluant.

- Je sais bien que vous êtes le docteur “un tel”, répond le commandant, mais je vous demande comment vous allez maintenant ?

- Mais, mon commandant, je... je vais bien.

- Alors, si vous allez bien, dit le commandant, rentrez avec moi au fort.

- Au fort, à quel fort ?

- Au fort de Moulainville, là à côté, où vous êtes depuis un mois.

- Au fort de Moulainville, je ne comprends pas, mon commandant.

- Enfin, vous connaissez bien le fort de Moulainville ?

- Non, non, mon commandant, répond le docteur, je ne sais pas ce que vous voulez dire...

- Enfin, dit le commandant, vous me reconnaissez bien, voilà un mois que nous vivons ensemble.

Non, mon commandant, vous devez vous tromper, je ne vous ai jamais vu”.

Le commandant jugea inutile d’insister, laissa le docteur sur son tronc d’arbre et rentra ; mais à distance le docteur suivait le commandant et lorsqu’il arriva à l’entrée du fort et qu’il vit tous les morts alignés, sa figure exprima des sentiments d’effroi. Mais deux hommes l’entraînèrent aussitôt vers la chambre des officiers. Peu après il fut évacué avec des blessés.

Ce récit exceptionnel nous permet de discerner la naissance de l’état de stress aigu : dissociation mentale, déréalisation, dépersonnalisation, désorientation, amnésie, suppression de l’émotivité et complétant cet ensemble de symptômes : l’effroi.

Nous ne connaissons pas la suite de ce cas survenu en avril 1916 mais, ce qui est important c’est que dès 1917, les psychiatres français reconnaissaient ces cas en tant que dissociation mentale.

Compte tenu de ces données, tout au long des années 1917 et 1918, Lépine et Léri élaborèrent patiemment un diagnostic différentiel précis entre commotion et contusion cérébrale d’une part et perturbation émotionnelle.

A la suite de ces constatations, Léri et Voivenel préconisèrent le traitement sur place par le médecin de première ligne.

Enfin c'est Paul Voivenel qui énoncera la première description complète de ce que la D.S.M. IV appelle : état de stress aigu.

Pour prouver cette affirmation je fais la comparaison entre la nosologie de la D.S.M. IV et celle de Paul Voivenel :

D.S.M. IV	VOIVENEL
Trauma sérieux (évident : horreur)	Trauma sérieux (évident : le rôle de la peur).
Réponse de peur, impuissance, horreur, insensibilité, détachement.	Le rôle absolu de la peur
Phénomènes de dissociation	hémorragie de la sensibilité.
Ré-expérience persistante du trauma	Fugues, asthénie, confusion.
Évitement des souvenirs du trauma	Cauchemars répétitifs
Anxiété ou hypersensibilité.	Tendance au repli, état de passivité.
Incapacité de fonctionnement	Irritabilité, agressivité envers autrui.
	Identique

Si l'on aborde l'étiopathogénie, Voivenel a précédé les résultats des recherches modernes.

Voivenel : l'hémorragie de la sensibilité aboutit à un état d'épuisement, véritable neurasthénie acquise... Dérèglement des glandes endocrines, surrénales, hypophyse expliquant l'asthénie si caractéristique...

Données actuelles : Dérèglement de l'axe H.P.S. (Hypothalamus - hypophyse-surrénale) avec diminution de cortisol. Niveaux anormaux des catécholamines.

L'attribution du nom de Voivenel à l'état de stress aigu en le dénommant "Syndrome de Voivenel" permettrait de différencier plus aisément ce syndrome du syndrome post-traumatique et apporterait une simplification nosologique évitant la confusion entre les deux syndromes.

La psychiatrie américaine

Les Etats-Unis n'avaient pas d'armée nationale en 1917. A leur entrée en guerre il leur a fallu tout créer y compris les services psychiatriques.

Ces derniers eurent la chance d'être d'emblée dirigés par un inspecteur des services neuro-psychiatriques : Percival Bailey, d'une intelligence vive et novatrice.

L'adjoint de Bailey, le docteur Thomas Salmon en visite en Angleterre se rendit compte rapidement que le système britannique consistant à procéder à l'évacuation à l'intérieur même du Royaume-Uni ne servait qu'à fixer les névroses et que la méthode française de traiter les "blessés nerveux" immédiatement, près du front, dans le but précis de retourner rapidement au front donnait des résultats tels que cette thérapeutique sera introduite dans l'armée américaine.

Les Américains développèrent les principes français en amplifiant l'approche thérapeutique par de la thérapie de groupe, par le soutien psychologique personnel du neuro-psychiatre du secteur en conservant la structure militaire et en y adjoignant un milieu thérapeutique.

Ils utilisaient la persuasion directe et indirecte, y compris l'évocation de sentiments de culpabilité personnelle en cas de manquement au retour au front.

Les thérapeutiques physiques étaient peu utilisées.

Bien qu'on accordât au soldat le respect de sa dignité individuelle, le système exerçait une forte pression pour le retour au front.

Les statistiques montrèrent un pourcentage significatif (65 %) de retours au front après un traitement de sept jours en moyenne dans les centres spécialisés. Le taux de rechutes fut de 4 %.

Conclusion

Le diagnostic précis et la compréhension des mécanismes des états anxieux par suite de traumatismes, ainsi que la notion de traitement immédiat sans quitter le réseau social (l'unité militaire, le régiment ou la division) : tel est le legs de la psychiatrie française de la Grande Guerre.

La psychiatrie américaine y a ajouté des créations conceptuelles et administratives consistant en psychothérapie brève, psychothérapie de groupe et milieu thérapeutique.

Le tout constitue les fondements de la psychiatrie sociale ou psychiatrie de communauté établie aux Etats-Unis depuis les années 1960 jusqu'à présent.

REMERCIEMENTS

L'auteur remercie le docteur Jacques Sarazin de ses informations importantes et également les docteurs Jacques Sarazin et Nicole Sarazin de leur rédaction du texte français.

BIBLIOGRAPHIE

- RIEDESSER P., VERDERBER A. - "Aufrüstung der Seelen" (Armement des âmes). Dreisam-Verlag Freiburg i. Br. 1985.
- RIEDESSER P., VERDERBER A. - "Maschinengewehre hinter der Front" (Mitrailleuses derrière le front). Zur Geschichte der deutschen Militärpsychiatrie. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main, 1996.
- FRAS I. - "La psychiatrie militaire française pendant la première guerre mondiale - Le modèle de la psychiatrie militaire moderne et de la psychiatrie de communauté aux Etats-Unis. *Association Nationale du Souvenir de la Bataille de Verdun. Bulletin de Liaison*, n° 15, 1988.
- BEUMELBURG W. - "Gruppe Bosemuller". *Der Roman des Fronstsoldaten*. Gerhard Stalling Verlagsbuchhandlung Oldenburg i. O., Berlin, 1930.
- ETTIGHOFFER P.C. - "Gespenster am Toten Mann" (fantomes au Mort-Homme). C. Bertelsmann, Gutersloh, 1937.
- MAURAN L. - "Troubles nerveux et pithiatisme chez les soldats français pendant la Grande Guerre". *Histoire des Sciences Médicales*, tome XXIX n° 1, 1995.
- MAURAN L. - "André Leri et l'évolution du concept de commotion et d'émotion pendant la Grande Guerre". *Ibid.*, tome XXX, n° 3, 1996.
- MAURAN L. - "De quelques conséquences de vésanies métapolémiques de la Grande Guerre". *Ibid.*, tome XXXIII, n° 4, 1999.
- LESTRADE C., GAYRAL L.-F. - "Les psychonévroses de guerre pendant le conflit 1914-1918. L'apport du Docteur Paul Voivenel : le concept de "peur morbide acquise". *Histoire des Sciences médicales*, tome XXXIV, 2000, pp. 343-348.
- SARAZIN J. - "Les médecins à la bataille de Verdun". *Société française d'Histoire de la Médecine*. Colloque du 19 mai 2001.
- FREUD S. - "Gutachten über elektrische Behandlung der Kriegsneurotiker" (opinion d'expertise sur l'électrothérapie).

- JUNGER E. - *"Der Kampf als inneres Erlebnis"*. E. SMittler & Sohn. Berlin 1840 (La lutte comme expérience de soi-même).
- HAUSMAN W., RIOCH D. McK. - "Military Psychiatry-a prototype of Social and Preventive Psychiatry in the United States". (la psychiatrie militaire, prototype de la psychiatrie sociale et préventive aux Etats-Unis). *Arch. Gén. psychiat.* 16, 727, June 1967.
- SALMON T.W., FENTON N. - "Neuropsychiatry in the American Expeditionary Forces". *The Medical Department of the United States Army in the World War. Vol X.* Washington : U.S. Government Printing Office, 1929.

RESUME

Conséquences psychiatriques de la Grande Guerre

Le taux élevé de troubles psychiatriques durant la Première Guerre mondiale, des deux côtés du conflit a été apprécié de différentes façons : les Pouvoirs Centraux (Allemagne, Autriche) prirent une attitude autoritaire dans laquelle prédominèrent les méthodes thérapeutiques physiques d'invigoration contraignante (marche forcée, hydrothérapie, surtout électrothérapie).

De leur côté, les Alliés adoptèrent une attitude thérapeutique derrière laquelle transparaisait une tradition plus démocratique. La psychiatrie française fit preuve, en particulier, d'une remarquable volonté et aptitude à répondre aux réalités cliniques. Le problème conceptuel de ce que la DSM IV classifie de nos jours comme un état de stress mental aigu fut résolu avec un tel succès que ce désordre psychologique répond parfaitement au cadre nosographique du "syndrome de Voivenel". La psychiatrie militaire américaine adopta les méthodes de la psychiatrie française : diagnostic précis, compréhension du mécanisme psychopathologique des états anxieux secondaires au traumatisme psychique, traitement administré, tout près du front des combats (dans l'unité militaire, le régiment ou la division). Elle les amplifia même en instituant d'efficaces thérapeutiques à visée psychologique : psychothérapies brèves, psychothérapies de groupe, "thérapies du milieu". La psychiatrie franco-américaine créait ainsi les fondements d'une "psychiatrie sociale" ou "psychiatrie communautaire", apparue aux Etats-Unis dans les années 1960 et résolument tournée vers la modernité.

SUMMARY

Psychiatry and the Great War

During World War I, the high rate of psychiatric casualties was differently tackled according to the nations : the Central Powers carried an authoritarian approach with prevailing physical treatment methods whereas the Allies' attitude reflected their democratic background. Particularly French psychiatry demonstrated a real willingness and ability to respond to the clinical realities. The conceptual problem of what DSM IV now classified as acute stress disorder was resolved so successfully that this disorder deserves the eponym "Voivenel's Syndrome". American Military Psychiatry followed the French methods of precise diagnosis and expeditious treatment close to the front and amplified them by creating effective treatment methods : brief psychotherapy methods and group psychotherapy within a therapeutic environment. Franco-American psychiatry thereby created the foundation for modern community psychiatry.