

Les psychonévroses de guerre pendant le conflit 1914-1918

L'apport du docteur Paul Voivenel : le concept de "peur morbide acquise" *

par Cécile LESTRADE ** et L.F. GAYRAL ***

Introduction

La guerre de 1914-18, par sa durée et son ampleur, donne naissance à des troubles du comportement et à des troubles psychiques mal explorés jusqu'alors. Les "psychonévroses de guerre" bouleversent le milieu des aliénistes. Ces derniers vont s'interroger longuement et s'affronter sur les mécanismes étiopathogéniques : syndrome commotionnel pour les uns, émotion-choc pour d'autres, rôle de la "prédisposition", des "constitutions" (1). Cependant, la notion d'un traumatisme psychique à l'origine des troubles est loin de faire l'unanimité. Si le concept de névrose traumatique (Oppenheim, 1884) nous est désormais classique, il semble directement issu de ces observations et donc quelque peu oublié des descriptions de l'époque.

Dans cet exposé, nous nous proposons de rendre hommage à un de ses "neurologistes" du front, le docteur Voivenel, dont l'analyse psychopathologique nous paraît à la fois originale et d'actualité. En effet, son concept de "Peur morbide acquise" semble préfigurer les notions d'états de stress aigus et post traumatiques introduites depuis peu dans le DSM IV ou la CIM 10.

Un neuropsychiatre du front, le docteur Voivenel

Le docteur Voivenel est neuropsychiatre à Toulouse. Ancien chef de clinique des "maladies mentales", il a acquis une certaine notoriété dans le milieu médical et intellectuel par ses travaux sur la psychopathologie littéraire (11). Lorsque la guerre éclate, il a trente-quatre ans. Médecin réserviste, il rejoint la ligne de feu le 2 août 1914. Pendant toute la durée du conflit, soit cinquante mois, il reste au plus près des combattants et dans la même division, la 67^e, composée de régiments du Sud Ouest.

* Comité de lecture du 18 décembre 1999 de la Société française d'Histoire de la Médecine.

** Villa La Roseraie, 09400 Ornodac Ussat les Bains

*** 25 allées des Demoiselles, 31000 Toulouse.

D'abord médecin de régiment puis médecin chef d'ambulance médicale, il finira la guerre avec le grade de lieutenant colonel et à la tête d'une des ambulances Z, spécialisées dans le traitement des gazés. En sa qualité de "neurologue", il exerce aussi les fonctions d'expert auprès des tribunaux militaires dès 1915. Démobilisé début 1919 et de retour sur Toulouse, il s'occupera du Centre de Neuropsychiatrie des Armées jusqu'à sa liquidation en 1921.

Le docteur Voivenel apparaît donc comme un témoin exceptionnel de la Grande Guerre. Comme homme et comme médecin, il va en connaître les heures les plus sombres : La Marne, Verdun, le Chemin des Dames...

Dès les premiers jours, il se trouve confronté à la violence des combats et surtout à la peur omniprésente. Il commence à consigner impressions personnelles et événements marquants dans une sorte de carnet de route, écrit au jour le jour. "*Un véritable besoin*" car, dit-il, "*observer et noter, c'est se défendre contre la peur*". La guerre devient ainsi un sujet d'étude et la zone de front un observatoire privilégié (9).

De son expérience personnelle (ce qu'il appelle son "auto-analyse") et de ses observations quotidiennes de la vie de secteur, vont naître trois livres, écrits en collaboration avec le médecin divisionnaire Huot : *Le courage* (Editions Alcan, 1917), *Le cafard* (Editions Grasset, 1918), *La psychologie du soldat* (La Renaissance du Livre, 1918). Ces ouvrages sont rédigés sur les lieux même des combats. Anecdotes personnelles et cas cliniques viennent éclairer ces études centrées sur deux pôles : approche psychopathologique des troubles anxieux et approche sociologique. Dans toutes ces publications, aspect médical et témoignage se mêlent dans un souci évident d'analyse des circonstances mais surtout de vérité.

Des troubles du comportement induits par la guerre : le questionnement des médecins.

Le durée imprévue de la guerre, les conditions de vie insupportables dans les tranchées, induisent l'apparition de nombreux troubles du comportement (désertions, fuites devant l'ennemi) qui, passibles du code de justice militaire, prennent une importance stratégique capitale vu le besoin et le manque potentiel en hommes. Dès 1915, les aliénistes et neurologues sont amenés à intervenir auprès des comités de réforme et des conseils de guerre. L'expertise psychiatrique vise à distinguer les "simulateurs" des "mentaux". Si les premiers sont directement traduits devant les tribunaux militaires (peines d'emprisonnement ou peines de mort), les seconds font l'objet d'une évaluation soigneuse pour juger, selon la gravité de leur état, de leur exclusion ou d'un reclassement éventuel. La différenciation entre trouble psychopathologique et simulation est difficile à établir. En sont pour témoins les nombreuses réunions de consensus qui ont lieu entre 1916 et 1917 pour juger de l'attitude et du traitement à adopter face à ces situations limites entre problème psychiatrique et problème de répression militaire (7).

Le problème se complique lorsqu'on prend conscience de la polémique qui existe dans les diverses étiopathogénies proposées pour les "mentaux". Partisans d'une origine psychique (hystérophthiatisme, constitution émotive ou anxieuse) et partisans d'une origine organique (syndrome "commotionnel" ou "shell shock" des Anglo-saxons) s'affrontent dans les discussions houleuses de la *Société de Médecine Légale* ou de la *Société Médico-Psychologique*. Certains aliénistes, un peu en marge, s'occupent de

développer une réflexion différente avec la notion “d’émotion-choc” (1). Cependant, le rôle dévolu aux émotions brutales et à un “traumatisme psychique” dans la genèse de ces pathologies est fort controversé. Dans les *Précis de médecine de guerre* de la collection “Horizon” (1917), on ne trouve aucune référence à la “névrose traumatique” décrite en 1884 par Oppenheim. Et ce que nous appellerions aujourd’hui les troubles anxieux sont relégués dans le court chapitre regroupant la “crise d’anxiété chez le sujet prédisposé” et la “crise d’agitation hystérique” (7).

Louis Ferdinand Céline nous donne une idée assez juste du peu de prise en compte des phénomènes anxieux dans son livre *Voyage au bout de la nuit*. Le héros, lors d’un retour de permission, est “rendu fou par la peur”. “Après quelques jours de surveillance, nous dit-il, on sortait discrètement pour s’en aller, soit vers l’asile d’aliénés, soit au front, soit encore souvent au poteau d’exécution”.

L’apport de Voivenel à la psychopathologie de guerre : le concept de peur morbide acquise par hémorragie de la sensibilité.

Le docteur Voivenel fait partie de ces quelques psychiatres qui vont faire jouer un grand rôle aux émotions dans l’apparition des troubles du comportement. Il va, à partir de notions sociologiques, développer une réflexion sur les “troubles de l’émotivité” qui trouve son aboutissement dans la description de la “Peur morbide acquise”.

Voivenel, en sa qualité de “neurologue” et d’expert, participe activement aux débats des sociétés parisiennes. Médecin de troupe, il est aussi un témoin privilégié quant à l’apparition et à l’éclosion des troubles du comportement. Ses observations sont fort différentes de celles des hôpitaux de l’intérieur, les H.O.E. (hôpitaux d’origine d’étape) vers lesquels on évacue les pathologies graves et avérées. Il suffit pour s’en convaincre de lire les conclusions du rapport d’André Léri (octobre 1915) qui témoigne assez bien du parti pris de l’époque : “*Les névroses de guerre sont presque toutes des manifestations hystériques... D’après notre dernière statistique, nous avons renvoyé au front 91 % de tous les malades nerveux*” (6).

La grande originalité de Voivenel est de se détacher de la tendance nosographique, de la théorie des “constitutions” ou des “tempéraments” pour étudier des phénomènes plus généraux. “Les troubles de l’émotivité”, ce que nous appellerions aujourd’hui les états anxieux, sont au centre de son questionnement. Les “réactions émotionnelles” sont étudiées dans ses deux premiers ouvrages : *Le courage* et *Le cafard* (10). Ces livres correspondent à deux périodes différentes : guerre de mouvement pour le premier où sont étudiées les “pathologies de la bataille” (accès confusionnels ou délirants avec fugues et désertions), guerre de position pour le second où est étudiée l’asthénie et dépression des tranchées.

Voivenel regroupe bientôt ses observations pour authentifier ce qu’il appelle “*La peur morbide acquise*” par “*hémorragie de la sensibilité*”.

Sous cette dénomination, il décrit un véritable syndrome avec des symptômes physiques (troubles cardio-vasculaires, troubles digestifs, troubles urinaires, hyperréflexie tendineuse) et psychiques (tendance à l’irritabilité et à l’agression envers autrui, tendance au repli, cauchemars répétitifs, difficulté de sommeil, état de passivité).

Les conditions de survenue sont de deux types : soit d’une façon brutale dans les suites immédiates d’une bataille, soit d’une façon progressive et différée après une

durée d'adaptation satisfaisante de l'ordre de plusieurs mois. Voivenel rechigne à parler de trouble mental véritable car *“la peur est un caractère biologique, naturel, existant chez tout homme confronté à une situation de danger. Par “instinct de conservation”, la première manifestation est la tendance à la fuite. Cet état semble “transitoire s’il est traité correctement dès le départ”*. Voivenel dénie ainsi toute cause de “prédisposition” entendant par là de troubles mentaux préexistants.

L'étiopathogénie proposée est basée sur la notion de perte d'énergie psychique, “d'hémorragie de la sensibilité”. Voivenel adopte en ce sens les théories développées par Janet ou Maurice de Fleury. Des émotions intenses induisent une baisse d'énergie psychique : “l'hémorragie brutale de la sensibilité” au cours de la bataille, “saignées itératives mais continues” lors des périodes de calme en zone de combat.

“L'hémorragie de la sensibilité” aboutit à un état d'épuisement, “véritable neurasthénie acquise”, sous tendu par des modifications physiologiques : *“dérèglement des glandes à fonction interne : corps thyroïde, glandes surrénales, glandes génitales et pituitaires expliquant l'asthénie si caractéristique...”*.

Le traitement qu'il applique consiste d'abord en une prise en considération des plaintes du patient, en une mise en “repos émotionnel” de quelques jours dans un village non éloigné de la zone de front avec amélioration de la nourriture. Cette thérapeutique simple permet en général un retour satisfaisant à l'unité. Voivenel traite avec la plus grande commisération ces soldats *“assez normaux pour ne pas être évacués, assez anormaux pour être examinés et traités avec indulgence”*.

A défaut d'une prise en considération ou d'un dépistage précoce, les troubles se pérennisent, entraînent une “inadaptation”, des complications psychiatriques (état mélancolique avec dénutrition ou accès délirants) aussi bien que, parfois, des délits (tentative de fugue, de désertion, actes de désobéissance).

Voivenel souligne l'importance de certains facteurs “protecteurs” vis-à-vis du trouble. Il développe la notion d'adaptation qui relève de facteurs individuels (rôle de l'expérience, de l'habitude, de l'accoutumance au milieu, mise en place de stratégies de lutte avec l'importance des “gestes automatiques”, des “rituels” superstitieux ou religieux) et de facteurs collectifs (rôle des sanctions, de la discipline, phénomènes “d'imitation du chef”, rôle de “l'esprit de corps”).

Quant aux facteurs favorisants, ils sont essentiellement individuels : hérédité, personnalité antérieure (constitution émotive de Dupré, constitution anxieuse de Devaux et Logre), intoxications éthyliques. Ainsi, si les symptômes restent constants, leur manifestation sous forme de troubles du comportement pourra différer selon le “tempérament” du sujet : fuites, violences, désobéissance ou actes médico-légaux.

Dès 1917, Voivenel s'applique à faire authentifier la “Peur morbide acquise” et ses conséquences médico-légales par de nombreuses publications dans les journaux médicaux (*Le Progrès médical*, le *Journal de Médecine légale*) ou non médicaux (*Le Mercure de France*).

En janvier 1918, il sollicite le soutien de la *Société Médico-Psychologique* pour faire reconnaître les troubles induits par la peur : *“Le côté médico-légal de la peur nous fait demander l'appui de la Société Médico-Psychologique, à seule fin de pouvoir dire à la justice militaire : la peur peut, dans certaines conditions, être un motif d'indulgence et non un motif de plus grande rigueur ; le poltron est différent du lâche”*. Les conclu-

sions qu'il présente sont soumises, à sa demande, à un vote pour entraîner une prise en compte de cette pathologie par les conseils de guerre (8). Nous tenons à en citer une partie : "...Il y a donc lieu de faire entrer la notion de peur morbide dans la justice militaire. S'il importe pour le pays que la lâcheté soit punie implacablement, il importe non moins que la peur soit reconnue dans ses rapports avec l'émotivité morbide... Si, à la suite d'une blessure, d'une commotion, d'une maladie, on constate une modification indiscutable du caractère et de l'énergie du sujet ; si la même constatation s'impose, soit après une crise émotionnelle violente, soit après une longue période de tenue militaire excellente qui fait que le délit étonne les chefs et les camarades... Dans ces conditions, il y a intérêt à ce que la justice militaire soit éclairée par une minutieuse expertise médico-psychologique faite par un médecin spécialiste".

Les conclusions du rapport sont adoptées à l'unanimité. Nous nous empressons à ce propos de rappeler que la névrose traumatique ne sera reconnue comme "blessure" ouvrant droit à une invalidité qu'avec le décret du Ministère de la Défense en date du 10 janvier 1992... soit quatre-vingts ans plus tard... (3).

Conclusion

La grande qualité du docteur Voivenel est donc d'authentifier ou de préfigurer ce que nous appelons aujourd'hui les états de stress aigu et les états de stress post-traumatique selon la classification du DSM IV. Dans le contexte de l'époque, sa démarche nous apparaît comme profondément novatrice. Cependant, à notre connaissance, il n'est jamais cité dans les ouvrages de psychiatrie militaire sauf d'une manière détournée (par exemple, on retrouve la notion d'hémorragie de la sensibilité dans l'ouvrage de Juillet et Moutin) (4).

De même, l'attitude thérapeutique proposée lors de l'éclosion de ces troubles anxieux (repos non loin de la zone de combat, prise en charge rapide, importance de l'écoute) ainsi que l'évaluation précise de ses troubles nous paraît à la fois très moderne et très humaine.

Voivenel se verra souvent reprocher par ses supérieurs son "manque de discernement" et son "indulgence". Malgré cela, il continuera à "traiter ces malades avec compréhension" et ce au quotidien. Pendant la tragique année 1917, où les mutineries se multiplient et sont sévèrement réprimées, Voivenel note avec orgueil et fierté qu'aucun homme de sa division n'a été fusillé. Il accueille avec une grande satisfaction la "Circulaire Pétain", lui qui préconisait depuis longtemps cette thérapeutique de "repos émotionnel".

BIBLIOGRAPHIE

- (1) BARROIS C. - *Les névroses traumatiques*, Ed. Dunod, Paris, 1988.
- (2) CROCQ L. - *Les paniques collectives : histoire, structure clinique, statut nosographique, étiopathogénie et traitement*, XXXIV Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, Masson, Paris, 1986, p. 180-191.
- (3) Décret du 10 janvier 1992, *Règles et barèmes pour la classification et l'évaluation des troubles psychiatriques de guerre*, in : Journal Officiel de la République, 12 janvier 1992, p. 621-624.
- (4) JUILLET P., MOUTIN P., *Psychiatrie militaire*, Masson, Paris, 1969.

- (5) LESTRADE C. - *Un médecin et son époque : vie et œuvre du Dr Paul Voivenel*, Thèse Médecine Toulouse, 1998.
- (6) MAURAN Liliane - *André Léri et l'évolution du concept de commotion et d'émotion pendant la Grande Guerre*, Histoire des Sciences Médicales, Tome XX, n° 3, 1996, p. 341-349.
- (7) ROUSSY G., LHERMITTE J. - *Les psychonévroses de guerre*, Coll. Horizon, Précis de médecine et de chirurgie de guerre, Masson, Paris, 1917.
- (8) VOIVENEL P. - *Sur la peur morbide acquise*, Société médico-psychologique, janvier 1918, Annales médico-psychologiques Mars 1918, p. 283-287, Progrès Médical, n° 13, mars 1918, p. 107-112. *Sur un cas de peur morbide acquise*. Progrès Médical, n° 16, avril 1918, p. 144-147. *La peur morbide chez les combattants*, Société de médecine légale, mars 1918.
- (9) VOIVENEL P. - *Avec la 67° D.R. Notes d'un médecin-major*, 4 vol., préface de François Jammes, Librairie des Champs-Élysées, Paris, 1938.
- (10) VOIVENEL P., HUOT L.
 - *Le courage*, préface de Eugène Etienne, Ed. Alcan, Paris, 1917.
 - *Le cafard*, préface du Dr Helme, Ed. Grasset, Paris, 1918.
 - *La psychologie du soldat*, préface de Paul Margueritte, Ed. La Renaissance du Livre, Paris, 1918.
- (11) VOIVENEL P.
 - *Littérature et folie*, Ed. Alcan, Paris, 1908.
 - *Le génie littéraire* (en coll. avec le Pr Rémond), Bibliothèque de philosophie contemporaine, Ed. Alcan, Paris, 1912.

SUMMARY

In this communication, we are purposing to present Dr Voivenel, neurologist during the World War I. His psychopathological analysis and his concept of "peur morbide acquise" seem original and very up to date : it appears as a description of what we call now "post traumatic stress disorders".

INTERVENTION : Dr Jacques CHAZAUD.

Le bel exposé de Mme Lestrade comporte, dans son intitulé, le concept d'"acquisition". J'aimerais savoir si Voivenel a dit quelque chose sur son *mécanisme*. Déjà, en 14-18, certains psychiatres, surtout civils (Mlle Pascal), avaient remarqué que "chocs" et "émotions intenses" pouvaient donner des troubles, non seulement immédiats, mais à *retardement* d'une ou plusieurs semaines, voire de plusieurs années "d'incubation"... Certains ont été jusqu'à imaginer des modèles "allergiques" ou "anaphylactiques" (ou même psychocolloïdoclasiques" - *sic* !) à médiation hormono-sanguine. Curieusement, ils ont réapparu après la seconde guerre (Pr Sivadon), pour rendre compte du "stress" violent... Ceci paraît baroque ; pourtant nous savons désormais qu'il peut se développer, "à bas bruit", non seulement des troubles thymo-neuro-immunologiques, mais une *irritation chronique* de l'axe hypothalamo-surrénalien pouvant aboutir à des *lésions organiques* tardives (entre autres, de l'amygdale temporale, du cortex orbito-frontal et temporal). Ces phénomènes ont l'intérêt de *complexifier le débat* hystérie/organicité quant aux troubles chroniques de l'humeur, du caractère (irritation, revendication), des affects (angoisse, repli), et des reviviscences cauche-mardesques ou hallucinées, etc.. Voivenel a-t-il parlé de ces "névroses" ou "psychoses" tardives ?

Pour m'articuler sur une remarque du Dr Boucher, j'ai observé (pendant la guerre d'Algérie) un "Babinski-Froment" avec *régression totale* très progressive d'un énorme œdème du bras après... "faradisation" réductrice de la contracture à laquelle il était lié ! Pour l'anecdote, cela me rappelle que Freud a été commis "expert" (en 1920) pour apprécier les méthodes actives - invigoratives (pendant la guerre) du Pr Wagner von Jauregg (futur prix Nobel !). Il le lava de tout soupçon de "cruauté" qui lui était imputée par un ancien "choqué", "faradisé".