Les surprises psychiatriques de la Grande Guerre

P. Clervoy

Avertissement

À la fin du siècle précédent, la psychiatrie n'était pas encore une discipline médicale autonome. Les publications les plus importantes ont été le fait de médecins ayant une orientation neurologique et furent publiées dans les revues de neurologie. Le travail qui suit ne saurait représenter la totalité des travaux effectués. L'auteur a choisi de présenter les travaux qui semblent majeurs par leur influence sur les procédés thérapeutiques mis en œuvre entre 1915 et 1917, lesquels procédés furent ensuite progressivement abandonnés.

Introduction

La Grande Guerre mobilisa des millions d'hommes. Ils partirent pour une bataille qui ne devait durer que quelques semaines. Ils s'enterrèrent quatre longues années dans la boue des tranchées. Les assauts furent aussi meurtriers que vains. Le feu hachait et mutilait atrocement les corps. La peur et l'horreur y furent d'une intensité à laquelle aucun n'était préparé. Peu de soldats en revinrent indemnes. Il y eut des centaines de milliers de blessés psychiques dont les symptômes déroutèrent les neuropsychiatres.

Voici ce qu'écrivirent, après coup, les professeurs G. Dumas et A. Delmas : « La guerre a multiplié les cas d'accidents hystériques. On a revu presque toutes les formes des temps héroïques de l'hystérie, depuis celles des épidémies médiévales jusqu'à l'époque de Charcot. Une énumération encore incomplète de ces formes doit comprendre les crises, les contractures, les paralysies, les attitudes vicieuses, les camptocormies ou troncs courbés, les tremblements, les astasies abasies, les pseudo-chorées, les démarches sautillantes, steppantes, etc. les mutités, les surdités, les cécités, les léthargies, les puérilismes, en un mot tout ce que la fécondité de sujets fabulants peut imaginer d'une cour des miracles où seraient représentés tous les cas de la pathologie humaine. » (1).

P. CLERVOY, médecin chef des services, ancien titulaire de la chaire de psychiatrie et de psychologie clinique appliquées aux armées.
Correspondance : Monsieur le médecin chef des services P. CLERVOY, 260 chemin de l'Oratoire – 83200 Le Revest Les Eaux.
E-mail : patrick.clervoy@wanadoo.fr

L'état de la science avant l'entrée en guerre

À la suite du travail clinique de J.-M. Charcot mais en rupture avec ses idées, son élève J. Babinski poursuivit l'étude des manifestations hystériques. Parce qu'elles étaient à la fois reproductibles par la suggestion et guérissables par la persuasion, Babinski les qualifia du néologisme de pithiatiques. Il définit l'hystérie comme un état psychique rendant le sujet qui s'y trouve susceptible d'être suggestionné et capable de s'autosuggestionner : « L'hystérie est un état pathologique se manifestant par des troubles qu'il est possible de réduire par suggestion, chez certains sujets, avec une exactitude parfaite et qui sont susceptibles de disparaître sous l'influence de la persuasion seule. […] Je crois pouvoir dire que cette définition est adéquate : elle convient à l'objet définit tout entier et ne convient qu'à lui seul » (2).

Il avait déjà inventé le signe éponyme qui permettait de distinguer une paralysie d'origine somatique d'une paralysie d'origine hystérique. Son projet était de donner aux médecins les éléments sémiologiques qui leur permettraient de distinguer chez un sujet malade la part de ce qui revenait à l'hystérie et celle qui revenait à la supercherie consciente. Son intention était, qu'en temps de guerre, le soldat hystérique fut l'objet de soins appropriés – nous verrons lesquels Babinski préconisa – et que le simulateur relevât d'une sanction disciplinaire. Mais cet objectif dévia et aboutit en une démarche contraire qui tendit à assimiler l'un à l'autre. Cette confusion était déjà dans une formule oxymorique de Babinski : « l'hystérique est un simulateur de bonne foi » (3), formule que tous ses élèves répétèrent durant la guerre.

De l'hypnose des batailles à l'obusite

Les soldats au combat étaient plantés dans les tranchées. Dans leurs trous, la boue collait ces hommes à une terre sans vie. Le paysage sans végétation ni animaux montrait partout la présence de la mort. Autour il n'y avait que des corps déchiquetés et des barbelés. Le sol était labouré par des obus. En explosant dans de grands éclats de bruit et de lumière, les obus ensevelissaient les vivants et déterraient les morts. La fusillade déchirait à nouveau les cadavres. Plusieurs

semaines de cet enfer firent vaciller la raison des soldats. Ils furent des centaines de milliers à être évacués vers les hôpitaux de l'Arrière.

Au début, les réactions observées furent des états stuporeux. La première publication qui décrivit ces états parut en 1915, sous la signature de G. Milian qui donna à ces tableaux le nom d'hypnose des batailles (4). « Le malade est apporté à l'hôpital couché ou assis. Il reste dans son lit sur le dos, immobile, les yeux grands ouverts, le regard fixe et sans aucun battement de paupière. Les mouches se promènent sur les paupières, entre les cils, sans amener de clignement, le bras soulevé retombe inerte sur le lit » (5). Le sujet agit par automatisme, indifférent aux sollicitations, sans initiative ni mouvement spontané, parfois animé de comportements somnambuliques comme s'il était encore immergé dans la bataille. Cet état de catalepsie pouvait perdurer plusieurs jours, voire quelques mois. Les fondements explicatifs de ces troubles étaient basés sur les théories de la dégénérescence, théories qui étaient encore en vogue au début du XXe siècle et qui expliquaient la fragilité psychique des soldats par l'hérédité d'une tare familiale. Mais il y eut des cas de confusion mentale par milliers. L'aspect épidémique de ces troubles rendit vite caduque cette hypothèse pathogénique. Il y eut encore quelques publications puis cette désignation disparut dès 1916 (6).

Les médecins avaient constaté qu'une majorité de ces troubles apparaissaient chez des soldats qui avaient été exposés aux bombardements. Dans cette perspective étiologique, la première publication parut en 1917, faite par J. Capgras (7), qui reprit l'ancienne hypothèse du vent du boulet datant des guerres napoléoniennes. À ces états confusionnels A. Mairet et H. Pieron donnèrent le nom de syndrome du vent de l'obus (8), qui devint avec E. Régis « obusite » (9) et que Ch. Myers, pour les Anglais, désigna au même moment sous le vocable de *shell shock* (10).

L. Lortat Jacob décrivit ensuite le syndrome des éboulés (11) : ce sont des soldats qui peuvent encore marcher mais qui ont le tronc courbé en avant, dans une attitude de porteur de hotte. Ces soldats ont le vertige lorsqu'ils relèvent la tête, des douleurs à la mobilisation de la colonne lombaire dans les tentatives de redressement. Leurs muscles sacro-lombaires sont contractés sous la forme de cordes musculaires. Lortat-Jacob indique avoir retrouvé dans plusieurs cas une hématomyélie, avec ou sans syndrome méningé.

G. Dumas décrivit ainsi la cinétique morbide des commotions par explosifs : « L'éclatement d'un obus à proximité peut provoquer, sans blessure apparente et d'une façon subite, des troubles neuropsychiques divers. La commotion cérébrale proprement dite, le plus fréquent des accidents, est un syndrome qui succède immédiatement à un choc physique de la boîte crânienne qui se caractérise cliniquement par une perte de connaissance complète, après laquelle le malade garde d'ordinaire l'amnésie de l'accident et présente, pendant quelques jours, de la courbature, de la céphalée, du ralentissement du pouls, ainsi que la tendance aux nausées et aux vomissements. […] La perte de connaissance dure peu, de quelques instants à quelques heures. Dès qu'elle cesse, le malade revient très vite à la lucidité ; il est conscient et orienté ; on ne constate guère qu'un peu de somnolence et de torpeur passagères. La commotion cérébrale ainsi définie guérit, en général, sans laisser de séquelles. Il peut exister dans certains cas, des lésions minimes, hémorragiques notamment, après lesquelles surviennent des altérations des réflexes et de la sensibilité » (12).

La question des simulateurs et des persévérateurs

La notion d'une lésion organique à l'origine des troubles devait permettre d'envisager un traitement fondé sur la récupération neurofonctionnelle par la mise au repos. Cependant, les rémissions ne se firent pas. Les contractures et les paralysies persistaient. À la même époque, on lisait partout dans la presse qu'il fallait faire la chasse aux « planqués ». Alors émergea le soupçon de simulation des troubles. Babinski donna cet avertissement : « un simulateur habile et éduqué à bonne école pourrait arriver à reproduire avec précision tous les accidents hystériques. Il faut avouer qu'il est impossible dans chaque cas particulier de déterminer avec certitude le degré de sincérité du sujet » (3).

L'idée que ces soldats étaient des simulateurs gagnait l'ensemble des médecins : « On peut discuter et on discute sur la sincérité des sujets atteints d'hystérie. Ce qui est certain, c'est que tout se passe avec eux comme s'ils n'étaient pas sincères et comme s'ils étaient mus par un intérêt personnel, réfléchi, concerté et conscient » (1).

La notion de simulation était en vogue dès avant la guerre. G. Ballet l'avait définie comme un trouble subjectif ou objectif imaginé par le sujet dans le but d'induire, volontairement et consciemment, l'observateur en erreur. Il en rapprochait l'exagération consciente et la persévération consciente et voulue d'un trouble réel (13). Et l'idée de punir ces personnes existait aussi déjà avant la guerre. En 1906, dans un ouvrage intitulé « Diagnostic des maladies simulées », P. Chavigny indiquait que face à la ruse des malades, le médecin pouvait user de la surprise et de la violence (14).

J. Babinski indiqua l'intérêt de traiter avec brutalité les soldats qui présentaient des troubles hystériques. Il donna à ce principe le nom de « méthode brusquée ». Il se fondait sur les notes de J. Clunet qui était médecin sur un bâtiment de la Marine nationale, le *Provence II,* qui coula le 26 février 1916. J. Clunet décrivit lors du naufrage, une panique collective avec une épidémie de suicide lors de l'évacuation du bateau, puis, 48h après avoir été secourus, l'apparition de 40 « pithiatiques » sur 600 des survivants. Voici les soins donnés à ces « pithiatiques » tels que les rapporte Babinski : « mis entièrement nus dans la salle de surchauffe, ils sont frottés énergiquement avec un gant de crin imbibé d'alcool par deux vigoureux marins ; une fois réchauffés extérieurement et intérieurement (tafia), je les prends successivement et je les flagelle de plus en plus fort, jusqu'à ce que les troubles aient disparu, en ne cessant de leur dire des paroles aimables et de m'extasier sur

la rapidité de la guérison. Aucun n'a résisté plus de dix minutes ; beaucoup ont été guéris par contagion, en voyant traiter les autres. La plupart m'ont manifesté immédiatement et pendant les jours suivants une vive reconnaissance » (3).

La mobilisation des neurologues contre les hystériques

Dès les premiers mois de la guerre, les lits des services de neurologie furent saturés par des soldats présentant des paralysies et des contractures étranges. Ces manifestations représentèrent jusqu'à 50 % des hospitalisations. Dans un rapport de 1915, Babinski demanda à ce que les services soient « désencombrés de sujets pareils ». Dumas et Delmas écrivirent que les hystériques de guerre constituaient « la plaie des services de neuropsychiatrie » (1).

La fréquence de ces accidents nerveux survenus à l'occasion de la guerre incita les neurologues à leur consacrer une partie des discussions à la Société de neurologie de Paris, lors des séances du 18 février et du 4 mars 1915 (15). Lors de ces séances s'opposèrent deux positions incarnées l'une par P. Marie et l'autre par J. Déjerine.

P. Marie indiqua que ces soldats étaient, pour une grande part, des simulateurs. « J'ai cru devoir attirer l'attention sur les dangers de la présence de ces sujets dans nos formations sanitaires et sur la nécessité de prendre à leur égard des mesures thérapeutiques spéciales ». Déjà, il stigmatisait ces malheureux immobiles en indiquant qu'ils étaient un danger. Parce qu'ils représentaient la faiblesse de l'armée, les hystériques étaient assimilés à l'ennemi. P. Marie raconte qu'il avait ainsi envoyé un soldat hémiplégique devant une commission disciplinaire avec la mention de « simulation », pour qu'une punition lui fût infligée, et il se vanta que l'intéressé fut condamné à vingt-cinq jours de prison, dont douze d'isolement. Concernant ces soldats suspectés d'être des simulateurs, P. Marie demanda à ce que figurât sur leurs papiers militaires la mention que leur maladie était imaginaire. Au traitement se substituait une punition, et à ce châtiment il ajoutait une flétrissure militaire.

Celui qui incarnait le rival de Babinski sur le plan universitaire – parce qu'il était professeur agrégé et que Babinski ne le fut jamais – J. Déjerine, tint une position opposée : « J'ai déjà observé un assez grand nombre de blessés atteints de troubles nerveux de nature fonctionnelle – hémiplégie, paraplégie, contractures, hémianesthésie, mutisme, bégaiement, amnésie – et chez aucun d'entre eux je n'ai eu l'impression d'avoir affaire à de la simulation ». Tout en répondant à P. Marie, il prit position contre Babinski et sa théorie de simulation inconsciente : « Je ne crois pas qu'on puisse jamais me montrer un sujet qui, volontairement – le simulateur n'étant autre chose que l'individu qui volontairement reproduit un symptôme – qui volontairement, dis-je, puisse maintenir un membre en contracture, non pas pendant des semaines et des mois – je n'en demande pas autant – mais seulement pendant quelques heures. Je ne crois pas davantage que par la volonté un sujet puisse, sans contracter énergiquement ses muscles des membres inférieurs – et alors la supercherie est facile à découvrir – empêcher son réflexe cutané plantaire de se produire » (15). Déjerine conclut que ses confrères, qui voyaient partout des simulateurs, tendaient à en exagérer la fréquence.

G. Ballet prit ensuite la parole et refusa d'entrer dans la discussion avec une formule impérative : il fallait agir vite et énergiquement, au prétexte que tout menteur pouvait devenir malade de son mensonge : « Tel trouble manifestement simulé aujourd'hui peut ne plus mériter ce qualificatif demain. Et de même que le menteur, convaincu d'abord de la fausseté d'une assertion, donnée dans un but intéressé, finit par se persuader lui-même de l'authenticité de ses dires, à force de les répéter, de même un sujet qui, au début, aura simulé une contracture ou une paralysie avec l'intention de tromper autrui, peut devenir à la longue la propre victime de sa supercherie » (15).

C'est le tournant de la discussion. C'est le glissement intellectuel qui fit que tout soldat hystérique fut considéré comme, à l'origine, fautif de son mal, quelle que fût sa sincérité au moment de l'examen. E. Dupré renchérit en indiquant qu'en général, tout simulateur devenait au fil du temps l'objet de sa propre suggestion.

Enfin J. Babinski, Président en exercice de la Société de neurologie de Paris, prit la parole. Il trancha la discussion. Il balaya sans les examiner les arguments de Déjerine : « J'estime qu'il y a lieu d'écarter de notre discussion tout ce qui est d'ordre théorique ». « Nous devons considérer exclusivement, dans les circonstances actuelles, le côté pratique, avoir uniquement en vue ce qui présente un intérêt utilitaire et formuler quelques propositions précises dont on puisse tirer un parti immédiat… » Il pointa ces « vulgaires » simulateurs qu'il avait débusqué, des « délinquants », « indignes de toutes commisérations », qu'il fallait signaler à l'autorité militaire. Il ne voyait à l'origine de ces troubles que des « menteurs » pris à leur propre suggestion. Il réfuta tout intérêt à distinguer le vrai du faux de ces pathologies. « Si l'on s'obstine, dans un cas pareil, à démêler ce qui appartient à l'un ou à l'autre de ces facteurs, on aborde un problème ordinairement insoluble, mais dont la solution n'est pas capitale étant donné le but que nous nous proposons » (15). Il préconisa l'emploi d'une faradisation intense qui permettrait des résultats immédiats. Peu importe, dit-il, que le trouble fût réel ou faux, le seul but à prendre en compte était que les médecins fissent disparaître ces troubles.

À la suite de cette discussion, Babinski proposa à la Société de neurologie de faire parvenir au ministre de la Guerre, une lettre demandant la création de services neurologiques spécialisés « organisés de façon particulière au point de vue de la surveillance et de la discipline », dans lesquels, isolés des autres malades, ces soldats puissent être traités sans attente, par des méthodes qui avaient fait leurs preuves. C'est ainsi que furent créés, pour traiter ces soldats, vingt centres neurologiques spéciaux répartis sur toute la France.

Un long catalogue des curiosités médicales

En 1916 se tint le Congrès de neurologie militaire de Doulens où les patrons retrouvèrent leurs élèves mobilisés. Ils y étaient tous : J. Babinski de la Pitié, P. Marie et J. Déjerine de la Salpêtrière, J. Abadie de Bordeaux, J. Froment de Lyon, G. Dumas professeur à la Sorbonne. Ils tentèrent un répertoire nosologique de ces affections qui déroutaient tant leur savoir. Les diagnostics se multipliaient : ils décrivirent des « trembleurs chroniques », « des vomisseurs », des « convulsifs », des « inertes psychiques », des « persévérateurs », des « exagérateurs », des « crisards », des « estropiés à temps », des « myocloniques rythmiques », des « spondylitiques », des « éructants avec régurgitation alimentaire ».

Les conversions les plus surprenantes étaient les contractures. Au niveau des membres, elles réalisaient des attitudes monoplégiques variées. Au niveau du tronc, elles prenaient la forme d'attitudes scoliotiques ou lordotiques. Les plus caricaturales étaient les plicatures du tronc qu'A. Soucques, qui dirigeait le centre de neurologie de l'Hôpital Paul Brousse à Villejuif, nomma camptocormies, du grec « je courbe le tronc » (16) : les hommes étaient pliés en deux, les jambes semi-fléchies et le dos courbé, la tête en hyper extension pour regarder le sol où ils posaient avec prudence un bâton sur lequel ils s'appuyaient pour ne pas se recroqueviller totalement. Il y eut aussi des formes curieuses de dilatation abdominales : de gros ventres aériques avec tympanisme auxquels G. Roussy donna le nom de catiémophrénose du grec « j'abaisse le diaphragme » (17).

Ces accidents pithiatiques variaient suivant la zone du front où ils étaient observés. Cela laissait les médecins perplexes, renforçait le soupçon de simulation de ces troubles et inspirait l'idée de leur contagion par suggestion. H. Meige, cité par Fribourg-Blanc, évoqua le maintien pathologique d'une attitude antalgique qui se pérennisait bien après le traitement de la blessure, et il formula cet aphorisme : « l'habitude crée l'aptitude à l'attitude » (18). La formule peut paraître habile, elle fut reprise dans les livres, mais elle n'expliquait rien, sinon encore de réduire l'origine du symptôme à une mauvaise habitude.

La douleur infligée

Dans l'esprit des médecins, il fallait donc corriger ces troubles rapidement, pour ne pas que la déformation fût définitive. La manière la plus efficace d'obtenir cette correction résidait dans l'emploi de la douleur. M. Dide, du centre de Bourges écrivait : « La douleur est un élément essentiel, fondamental du traitement des états névropathiques. La supprimer est commettre une erreur psychologique dont les conséquences sont la transformation d'incapacités temporaires en incapacités permanentes ». Il concevait ce traitement sans cruauté et condamnait tout dérapage moral : « La fermeté en impose, la violence déconsidère celui qui s'y livre » (19).

Les médecins y mirent du zèle. C'est ainsi que surgit l'affaire des « suppliciés » de la Grande Guerre. P. Darmon estime à près de 20 000 le nombre des soldats qui passèrent par ces centres et y furent, dans l'aveuglement médical, soumis à ces tortures (20).

Lortat-Jacob inventa en 1915 un appareil réducteur des contractures digne de l'Inquisition : « Au moyen d'un écrou à oreilles, on peut redresser progressivement la jambe contracturée en flexion et ne pas dépasser les limites du supportable ». Un an plus tard il reconnaît : « Chez certains sujets, le redressement n'a pu être obtenu. Les douleurs se prolongeaient pendant dix heures et plus en même temps que la fonction du membre se détériorait » (20).

Des médecins eurent recours à des injections. Le protocole de J.-A. Sicard du Centre de Marseille a consisté en des injections d'alcool à 90° dans les muscles. Le protocole de G. Roussy et de J. Boisseau du Centre de Salins-les-Bains a consisté en des injections d'éther sous la peau comme. G. Roussy écrivait : « Nous affirmons donc au malade que nous guérissons toujours et à coup sûr les nombreux malades semblables à lui, à l'aide de médicaments injectés sous la peau, injection de liquide ne présentant aucun danger, mais extrêmement douloureux […]… en poussant le liquide aussi lentement que possible pour prolonger l'injection… » (21).

Ces produits n'avaient aucune action thérapeutique par eux-mêmes. Leur injection produisait une sensation de cuisson extrêmement douloureuse. C'était le résultat recherché. Cela justifie la qualification de « supplices » donnés à ces traitements.

Le torpillage faradique

Vulgarisée depuis le milieu du XIX^e^ siècle, l'électrothérapie était en déclin au début de la guerre. Elle prouvait que les muscles pouvaient se contracter alors même que le nerf moteur était lésé ; il n'y avait pas d'autre bénéfice à en espérer. Dans cette période de désarroi médical face à l'afflux des poilus aux mouvements clownesques et aux postures tordues, l'électrothérapie fut remise en avant.

P. Marie, dans son rapport de janvier 1915 indiquait : « Les courants faradiques permettent de dépister un certain nombre de maladies simulées. Il est préférable, dans ce cas, de les employer sous forme tétanisante parce qu'ils sont plus douloureux » (20).

Dans son rapport de mars 1916, J.-A. Sicard du Centre de neurologie de Marseille écrit : « Chez ces plicaturés, placés dans le décubitus latéral, on fait passer le long de la colonne vertébrale, pendant dix à quinze minutes, un courant galvanique d'une très forte intensité allant jusqu'à 100 milliampères. L'application est des plus douloureuses et les blessés font entendre, durant le passage du courant, des plaintes et des protestations nombreuses. Ces applications ont été continuées tous les matins, pendant au moins trois semaines consécutives. Malgré cette persistance dans les traitements, nous n'avons pas obtenu de résultats favorables » (20).

De la guérison par la persuasion préconisée avant-guerre pour traiter les hystériques, les médecins étaient

passés à des méthodes d'une grande violence. J. Tinel du Centre de neurologie du Mans écrivait : « la douleur comporte un facteur émotif violent […] du même ordre que la suggestion et la persuasion » (20).

Devant la Société de neurologie, lors de la séance du 20 juin 1916, C. Vincent du Centre de Tour décrit son combat contre les contractures : « Un grand nombre des hystériques invétérés que nous avons traité et guéris manifestent immédiatement une joie très grande de leur guérison. Pourtant l'instant d'avant ils luttaient contre nous et semblaient faire tous leurs efforts pour ne pas guérir. Pour les avoir, il a fallu leur livrer une vraie bataille. Pendant une heure, deux heures parfois, il a fallu s'acharner sur eux (exhortations mille fois répétées sous formes diverses, injures très injustes souvent, jurons, manifestations diverses de colère sans colère, le tout appuyé par des excitations galvaniques intenses) et tout ce temps on avait l'impression qu'ils faisaient des efforts pour ne pas guérir, qu'ils s'opposaient à leur guérison, qu'ils ne voulaient à aucun prix guérir et invinciblement l'idée qu'ils étaient des simulateurs est entrée dans l'esprit du médecin qui s'épuise en vains efforts. Pourtant un moment après, ils se rendaient et ils étaient heureux » (22). J. Babinski lui rend immédiatement l'hommage de ses félicitations : « Les résultats thérapeutiques que C. Vincent a obtenus confirment cette idée que les accidents hystériques, une fois reconnus et traités comme il convient disparaissent généralement avec rapidité. Comme lui, j'estime essentiel d'obtenir, séance tenante si possible, la guérison, ou tout du moins de ne pas abandonner le sujet avant d'être parvenu à modifier son état d'une manière notable. C'est le « traitement brusqué » dont j'ai toujours été partisan » (23).

Le mot de « torpillage faradique » entra dans le langage médical, en référence à l'expression d'un malade qui aurait dit : « ça vous retourne comme une torpille » (24). Le mot du malade fut repris par les médecins, pour que le nom donné à cette méthode inspirât la plus grande peur à ceux qui devaient être soumis au traitement électrique.

En mai 1916, un procès opposa C. Vincent au zouave B. Deschamps. Ce dernier avait refusé la nouvelle séance de torpillage que voulait lui imposer le médecin. Alors que C. Vincent allait contre ce refus, Deschamps lui décocha un coup de poing. Le zouave fut déféré en conseil de guerre. Le procès fut qualifié « d'affaire Dreyfus de la médecine militaire ». La presse prit parti pour le malheureux soldat.

Lorsqu'il fut interpellé, le Sous-secrétaire d'État à la santé, J. Godart, déclara dans une correspondance du 10 mai 1916 : « Vous me signalez l'émotion que susciterait à Tours et dans la région le procédé mis en usage par M. le médecin-chef du centre de neurologie, C. Vincent […]. Ce procédé désigné sous le nom de torpillage fut en effet adopté en ce terme et sa valeur thérapeutique démontrée lors des réunions des médecins neurologistes assemblés sur mon initiative et qui ont défini les méthodes de traitement à l'égard des troubles fonctionnels du système nerveux. […] Vous n'avez pas à tenir compte de l'émotion d'un public prompt à se laisser impressionner parce qu'insuffisamment éclairé » (24).

De son côté C. Vincent se défendit. Au tribunal, il déclara dans sa déposition : « Pensons aux hommes du front, n'agissons pas comme si l'héroïsme était une vertu qui ne doit pas dépasser la ligne de feu. Quels seraient la colère et le découragement de ceux que l'on use jusqu'à l'extrême limite des forces devant Verdun s'ils savaient qu'à l'intérieur il y a des hommes depuis un an au repos et qui ne viennent pas les remplacer parce qu'on n'a pas le courage de leur imposer une douleur toute petite à côté de leurs maux » (25).

Lors de la réunion de la société de neurologie du 20 juillet 1916, C. Vincent défendit sa méthode. Il reconnut que la douleur liée au traitement électrique « est vive, très vive même sans doute, parfois ». Mais il annonçait un résultat thérapeutique dans plus de 95 % des cas qui lui étaient adressés. Il légitimait ce qu'il faisait par ses résultats : « Grâce au torpillage, nous avons renvoyé à leur dépôt, guéris, du 1er janvier au 1er juillet 1916, environ 300 hommes atteints de troubles pithiatiques. Cela représente […] environ 800 hommes dans l'année, reprenant leur place dans le rang, et cela dans la XIe région […], or il y a 21 corps d'armée en France. C'est, par conséquent, de 15 000 à 20 000 hommes par an que l'on pourrait rendre au pays si la méthode était systématisée. N'est-ce donc rien que deux divisions d'infanterie ? » (26).

Deschamps fut condamné à six mois de prison avec sursis. Cette condamnation, par sa légèreté, indiqua que, du point de vue des magistrats militaires, C. Vincent avait dépassé les limites déontologiques. Il y eut ensuite, sous l'impulsion de P. Meunier, député de l'Aube, et qui fut l'avocat de J.-B. Deschamps, un texte législatif qui encadra ces soins, stipulant qu'un malade, même militaire, pouvait refuser de se soumettre à un traitement douloureux (27).

Ailleurs et après

En Allemagne, l'histoire fut presque la même. Outre-Rhin les techniques thérapeutiques cachaient moins leurs motivations puisqu'elle se dénommait, selon la propre expression des auteurs germaniques, « utilisation coercitive de l'électricité dans les accidents hystériques ». L'histoire rapporte là aussi, en 1920, un procès très médiatique qui fût intenté par un jeune lieutenant au Professeur W. Von Jauregg pour dénoncer l'usage brutal du torpillage électrique qui avait été fait dans son service (28).

Après la guerre, le jugement moral qui condamnait ces malades persista. Dumas et Delmas écrivaient : « On peut discuter et on discute sur la sincérité des sujets atteints d'hystérie. Ce qui est certain, c'est que tout se passe avec eux comme s'ils n'étaient pas sincères et comme s'ils étaient mus par un intérêt personnel, réfléchi, concerté et conscient » (1).

Dans le premier traité sur la pratique psychiatrique dans l'Armée paru en 1935, Fribourg-Blanc et Gauthier répétèrent ce jugement péjoratif concernant ces malades : « […] l'hystérie a surgi dans les masses chaque fois que les circonstances d'ordre moral ou social se sont opposées aux réalisations des tendances naturelles

et instinctives. Elle fut le fruit de l'inquiétude, de la crainte et de la cupidité » (17). Vingt ans après, ils ne prononçaient aucune parole critique sur ces traitements.

Plus tard encore, en 1958, dans le traité de thérapeutique neurologique et psychiatrique paru aux éditions Masson, P. Cossa défendait encore les « méthodes brusquées » dans le traitement des conversions hystériques.

Il n'y a pas eu de bilan global du coût psychique de cette guerre. On sait qu'au même moment, aux États-Unis, un aliéné sur deux était un vétéran de la guerre de Sécession. Des études historiques réalisées sur l'ensemble des dossiers d'un département ont montré que les poilus ont longtemps souffert de ces troubles. Beaucoup sont restés internés toute leur existence. Les rares images d'archives montrent des hommes tremblants, agités de tics, d'autres encore, entièrement nus, marchant en rond dans une cour d'asile. Des vétérans pliés en deux, humiliés et enfermés. Comme si on ne pouvait montrer ces hommes que diminués, par opposition aux morts qui ont été héroïsés. Une grande part des études historiques sur ces événements et leurs conséquences sont récentes. La biographie critique de C. Vincent et de ses pratiques a été publiée en 2011 (24). Le travail historique de référence sur cette période sombre de la psychiatrie militaire a été publié en 2012 (29). La principale étude sur le devenir des poilus internés n'a été publiée qu'en 2013 (30). Pendant près d'un siècle ces troubles restèrent comme une tâche aveugle de la mémoire nationale.

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt concernant les données présentées dans cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Dumas G, Delmas A. Les troubles mentaux de guerre. In Science & Dévouement. Paris Ed. Aristide Quillet, 1918.
2. Babinski J, Danian-Bouveret J. Émotion et hystérie. Journal de psychologie normale et pathologique (mars avril 1912).
3. Babinski J. Froment J. Hystérie – pithiatisme et troubles nerveux. Paris Ed. Masson, 1918.
4. Milian G. L'hypnose des batailles. Paris Médical 1915 (2 jan) : 265-70.
5. Galtier Boissière (sous la direction de) Larousse médical de guerre (supplément) Paris Larousse 1917.
6. Crocq L. La psychiatrie de la Première Guerre mondiale. Tableaux cliniques, options pathogéniques, doctrines thérapeutiques. Annales Médico Psychologiques 163 (2005) : 269-89.
7. Capgras J, Juquelier P, Bonhomme X. La confusion mentale dans les rapports avec les événements de guerre. Bulletin de la société clinique de médecine mentale. 1917 n° spécial Médecine mentale de guerre : 42-85.
8. Mairet A, Pieron H, Bouzansli M. Le syndrome commotionnel au point de vue du mécanisme pathogénique et de l'évolution. Bulletin de l'Académie de médecine 1915 ; 73 : 710-6.
9. Régis E. Les troubles psychiques et neuropsychiques de la guerre. Presse Médicale 1915 ; 23 : 177-8.
10. Myers Ch. Contributions to the study of shell shock. The Lancet 13 fev 1915 : 316-20.
11. Lortat-Jacob L. Le syndrome des éboulés. Revue neurologique 1914-1915 : 1173-4.
12. Dumas G. Troubles mentaux et troubles nerveux de guerre Paris : éd. Felix Alcan, 1919.
13. Ballet G. Traité de pathologie mentale. Paris, Ed Octave Doin 1903.
14. Chavigny P. Diagnostic des maladies simulées dans les accidents du travail et devant les conseils de révision et de réforme de l'armée et de la Marine. Ed. Baillères 1906.
15. Discussion sur les troubles nerveux dits fonctionnels observés pendant la guerre. Bulletin de la Société de neurologie de Paris. Discussion sur les troubles dits fonctionnels observés pendant la guerre. Société de neurologie de Paris. Séance du 18 février et du 4 mars 1915. Revue neurologique 1914-1915 : 447-53.
16. Soucques A, Rosanof-Salofi. Camptocormies. Revue neurologique de Paris novembre décembre 1915 : 937.
17. Roussy G, Boisseau J, Cornil L. Pseudo tympanites abdominales hystériques : les catiémophrénoses. Bulletins et mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris 1917 ; XXXIII : 665-6.
19. Dide M. Les émotions et la guerre. Paris Felix Alcan 1918 (cite par JYlN).
20. Darmon P. Des suppliciés oubliés de la Grande Guerre : les pithiatiques. In Histoire, économie et société, 2001, 20e année, n° 1 : 49-64.
21. Roussy G, Boisseau J. Deux cas de pseudo-commotion labyrinthique par éclatement d'obus à distance. Commotion labyrinthique persévérée, simulée ou suggestionnée. Bulletin et mémoires de la société médicale des hôpitaux de Paris, séance du 11 mai 1917.
22. Vincent Cl. Au sujet de l'hystérie et de la simulation. Société neurologique de Paris séance du 29 juin 1916 : 104.
23. Babinski J. Réponse à la présentation de Clovis Vincent. Société neurologique de Paris séance du 29 juin 1916 : 105.
24. Le Naour J.-Y.. Les soldats de la honte. Paris Ed. Perrin, 2011.
25. Giroire H. Clovis Vincent. Paris Ed. Olivier Perrin, Paris 1971.
26. Vincent Cl. La rééducation intensive des hystériques invétérés. Bulletin de la Société médicale des hôpitaux 21 juillet 1916.
27. Charpy Y. Paul Meunier. Paris Ed. L'Harmattan 2011.
28. Eissler KR. Freud sur le front des névroses de guerre. Paris Ed. PUF 1992.
29. Tatu L, Bogousslavsky J. La folie au front. Paris Ed. Imago, Paris 2012.
30. Tison S, Guillemain H. Du front à l'asile. Paris Ed. Alma 2013.