100 ans de pratique clinique au profit des forces armées. De la sémiologie aux modèles psychopathologiques

A. Éon[a], L. Marion[b], E. Saguin[a], C. Breton[a], B. Lahutte[a,c]

a Service de psychiatrie, HIA Bégin, 69 avenue de Paris – 94164 Saint-Mandé Cedex.
b Service de psychiatrie, HIA Percy, BP 406 – 92141 Clamart Cedex.
c École du Val-de-Grâce, 1 place Alphonse Laveran – 75230 Paris Cedex 05.

Résumé

Un siècle d'histoire et de guerres, nous permet de retracer les impasses de la clinique et le cheminement des constructions psychopathologiques, jusqu'à la délimitation de la pathologie psychotraumatique. Affection tour à tour méconnue, ignorée, incomprise, elle s'impose d'elle-même, à la faveur des désordres générés par les conflits armés. Nous suivrons ses tentatives de capture dans le discours médical, depuis les premières hypothèses commotionnelles, pour saisir en quoi la prise en compte de la subjectivité constitue un apport précieux. Par ailleurs, l'incidence sociétale de la question nous invite à considérer tant les efforts entrepris par les praticiens, que les effets directs ou indirects sur le lien social et les représentations. Cette relecture nous donne des indications précieuses pour la pratique clinique et nous éclaire sur la question du repérage et, plus avant, de la reconnaissance des troubles.

Mots-clés : État de stress post traumatique. Psychopathologie. Reconnaissance.

Abstract

100 YEARS OF CLINICAL PRACTICE WITHIN THE ARMED FORCES: FROM SEMIOLOGY TO PSYCHOPATHOLOGICAL MODELS.

A century of military and war history enables us to trace the shortcomings of clinical practice and the development of psychopathological constructions, leading to the delimitation of psycho-traumatic pathology. The ailment, in turn unknown, ignored or misunderstood, appears essential amidst the mayhem generated by armed conflicts. We will follow the attempts to integrate it in the medical discourse, from early concussive hypotheses, to assess how 'subjectivity' can be an invaluable. Moreover, the social impact of the question urges us to study both the efforts undertaken by practitioners, and its direct or indirect effects on social bonds and representations. This review gives valuable indications on clinical practices and throws light on identification concerns, and furthers the recognition of the disorders.

Keywords: Post traumatic stress disorder. Psychopathology. Recognition.

Introduction

L'engagement dans les armées expose à l'expérience du combat et de la violence quelle qu'en soit la forme. À ce titre, il n'est pas rare que des scènes opérationnelles reviennent « hanter » certains combattants.

A. ÉON, médecin principal, praticien certifié. L. MARION, médecin principal, praticien confirmé. E. SAGUIN, médecin, praticien confirmé. C. BRETON, psychologue de classe normale. B. LAHUTTE, médecin en chef, professeur agrégé du Val-de-Grâce.
Correspondance : Madame le médecin principal A. ÉON, Service de psychiatrie, HIA Bégin, 69 avenue de Paris – 94164 Saint-Mandé Cedex.
E-mail : aurelie1.eon@intradef.gouv.fr

Ce constat, illustré par la clinique du traumatisme psychique, n'est pas actuel. Nous en trouvons des descriptions évocatrices dès l'Antiquité ; mais force est de constater qu'il est souvent perçu comme un tribut nécessaire et contingent des faits de guerre. La guerre rendrait-elle fou ? Peut-être… Mais cette interrogation nous renvoie probablement davantage à l'évitement résigné ou au silence planant sur la question.

La Première Guerre mondiale vient résolument modifier le regard porté sur ses horreurs et leurs conséquences, intégrant par la même occasion une catégorisation sanitaire. À défaut de cesser, la guerre change et les conflits ultérieurs sont autant d'occasions de reconsidérer la question à partir de modèles explicatifs

ou de propositions thérapeutiques. La souffrance a traversé le siècle ; elle a cependant quitté l'intimité du champ de bataille pour s'exposer dans le lien social et nourrir les préoccupations de tout un chacun. Voici la trajectoire que nous vous invitons à reparcourir.

La Grande Guerre et l'entre-deux-guerres : des pertes massives à la recherche des causes

Dès les premiers mois de guerre, les médecins présents sur le front voient apparaître des tableaux cliniques particuliers. Plus ou moins bruyants, ils oscillent entre sidération et agitation, comportent des symptômes corporels sensitifs et moteurs mystérieux (tremblements, astasie, abasie, paralysie), des altérations sensorielles (cécité, surdité, mutisme) mais aussi parfois des atteintes psychosomatiques (psoriasis et goitre). Manifestation la plus éloquente, « l'hypnose des batailles », évoquée dès septembre 1914, décrit des états confuso-oniriques aigus durant quelques jours à quelques semaines et entraînant des asthénies intenses.

Les modèles médicaux explicatifs sont en peine pour rendre compte des troubles. Une hypothèse commotionnelle existe cependant : l'obusite en France ou le *shell shock* en Grande Bretagne. L'obusite, littéralement « inflammation due à l'onde de choc », désigne l'état psychique de stupeur et de confusion faisant suite à l'explosion d'un obus. Le traumatisme vécu serait ainsi provoqué par un choc physique résonnant au plus profond de l'individu. Rappelons que le phénomène inflammatoire est alors encore une jeune découverte pour la médecine, tout comme l'obus, bien plus vulnérant que le boulet, pour les conflits armés.

Néanmoins, l'on constate que des combattants physiquement indemnes peuvent malgré tout souffrir du « choc des tranchées ». Qui plus est, le modèle mécaniciste n'explique pas la forte variabilité interindividuelle dans l'apparition des symptômes : deux individus exposés au même évènement supposé traumatogène n'évoluent pas nécessairement de la même manière. La prise en compte d'une étiologie psychologique apparaît donc nécessaire.

Des malades qui dérangent

Ces « malades nerveux » interrogent certes, mais aussi importunent. Comment gérer ces jeunes soldats non blessés physiquement mais ne pouvant pour autant retourner immédiatement au combat ? Ne s'agirait-il pas d'un moyen d'échapper aux tranchées ? Des préjugés malveillants apparaissent vite, et nous notons dans les ouvrages contemporains (comme ceux de Lépine, ou Roussy et Lhermitte (1,2)) portant sur les troubles psychiques de guerre, la part non négligeable consacrée à l'épineuse question de la « simulation ». S'adjoignant au risque de la confusion la crainte de la contagiosité « hystérique » susceptible de porter atteinte à l'ensemble du groupe, ou encore un ensemble de préjugés moraux, ce positionnement médical conduit rapidement à des approches thérapeutiques extrêmes comme le torpillage faradique visant, par l'usage de la douleur électrique, à la correction de symptômes tout autant incompréhensibles qu'inacceptables… L'objectif du traitement semble alors bien moins du registre soignant que de l'impératif du retour au combat.

Laboratoire du traumatisme

La Première Guerre mondiale vient pourtant apporter au champ médical ces énigmes de la clinique et impasses des thérapeutiques les plus injonctives. Elle constitue en quelque sorte, un véritable laboratoire pour la clinique du trauma. Des psychiatres mobilisés à cette époque, pour certains élèves de Freud, ont acquis une solide expérience au contact des soldats traumatisés. Sandor Ferenczi par exemple, observant des soldats présentant une paralysie corporelle non organique, constate l'impression d'une scène figée à un instant électif : celui de la scène traumatique. Le phénomène d'effroi, vécu de peur extrême et ineffable, est identifié comme le point commun entre les individus dont l'évolution sera péjorative.

Impasses de la théorie

La clinique est fiable ; la théorie beaucoup moins. Sur le plan médical, il existe de fait d'emblée deux grandes approches, mises en évidence dans les travaux d'André Léri (3). Celle qui consiste à considérer les blessés comme commotionnés (c'est l'approche la plus neurologique) et celle qui envisage les blessés comme émotionnés (désordre « nerveux »). À ce titre, certains vont faire l'hypothèse que les troubles seraient imputables à une surcharge d'émotions. C'est la voie qui sera suivie par l'école française dans la droite ligne des idées de Pierre Janet. Les Anglais, quant à eux, vont osciller entre deux hypothèses : tout d'abord convaincus de la causalité commotionnelle, sous l'impulsion de W. H. R. Rivers, certains psychiatres vont tenter de repérer dans ces manifestations un problème d'adaptation. Rivers, médecin à la célèbre clinique de Tavistock compare la symptomatologie des soldats souffrant de *Shell Shock* à la réaction des souris face à une menace : elles sont sidérées et peuvent mimer un état de mort apparente. Les symptômes ne seraient alors qu'une extension de ces réactions archaïques à l'être humain…

De plus, le début du XX^{e} siècle est, qui plus est, particulièrement marqué par la théorie de la dégénérescence. De nombreux médecins évoquent une vulnérabilité chez les patients, qu'elle soit constitutionnelle ou environnementale (en lien notamment avec l'alcoolisme, fréquent dans les milieux socio-économiques les plus défavorisés). Tous les antécédents potentiellement retrouvés chez les individus sont alors considérés comme des indices révélateurs d'une fragilité latente.

Ces impasses contribueront à accroître la stigmatisation déjà évoquée des troubles psychiatriques à cette époque…

Retours de guerre

Au lendemain de la Grande Guerre, des milliers de Poilus rentrent chez eux. Un tiers des mobilisés a été blessé physiquement. Ces blessures somatiques, visibles, sont aisément reconnues, comptabilisées et pour la plupart pensionnées. Ce n'est pas aussi simple en ce qui concerne les troubles psychiques… Souvent tus lorsqu'ils sont présents d'emblée, certains changements ne se manifestent que dans l'après-coup du retour, et parfois à distance. Altération parfois discrète dans la manière de percevoir le monde, de le comprendre, d'interagir avec lui ; symptômes majeurs empiétant sur le quotidien : repli, distance avec autrui, cauchemars réitératifs des scènes vécus, ecmnésies et reviviscences diurnes répétant la scène à l'identique…

Dépasser le modèle médical

Les cas les plus bruyants viennent convoquer la scène médicale face à son impuissance et aux limites des murs de l'asile… Les psychanalystes (Freud et ses élèves, Sandor Ferenczi et Karl Abraham) vont cependant dépasser les limites d'une démarche médicale descriptive et explicative pour construire le modèle de ce que sera la névrose traumatique (4). L'expérience de la guerre vient en effet également profondément bouleverser la jeune discipline qu'est alors la psychanalyse. Cette dernière repose sur le postulat fondamental de la causalité psychique. Elle était jusqu'alors orientée par l'idée que le psychisme est dirigé par le principe de plaisir, dans une perspective dite économique, des processus inconscients. Pourquoi, dès lors, un individu a-t-il tendance, notamment dans ses cauchemars, à répéter une expérience désagréable qui échappe à cette logique de satisfaction inconsciente recherchée par l'appareil psychique ? L'idée principale est que la soudaineté et la contingence de l'évènement viennent faire effraction (le trauma) dans le psychisme de l'individu. Conséquence de la rencontre traumatique, la scène, à la manière d'un corps étranger, va venir se répéter non seulement comme une commémoration de l'impossibilité de pouvoir y mettre du sens mais aussi comme une tentative de décharge de l'excitation suscitée. Ce modèle va être considérablement développé tout au long du XX^{e} siècle et reste une des bases des modèles psychodynamiques actuels (5).

Nommer des troubles et les traiter

La Seconde Guerre mondiale vient, à son terme, susciter une nouvelle attention quant aux troubles psychiques de guerre, ainsi qu'à leur prise en charge.

L'approche restait jusqu'alors relativement performative, quand bien même inspirée par les travaux de psychanalystes comme Abraham Kardiner aux États-Unis ou Wilfred Bion au Royaume-Uni, en proposant des thérapies de groupe, inédites pour l'époque (6). La prise en compte du fait psychique apparaît alors également comme une donnée de commandement, devant être gérée, voire administrée. Ce sera le cas, en préventif, avec l'introduction de méthodes de sélection médico-psychologique. En ce qui concerne les troubles survenant en temps de guerre, l'importance de ne pas stigmatiser les malades a été retenue. C'est ainsi que nous voyons être rattachées la pathologie aux différentes formes d'épuisement psychique et physique *(combat exhaustion* ou encore *old sergeant syndrom*). Par ces dénominations, la souffrance psychique du combattant reste encore lénifiée, au risque d'être banalisée, et reléguée aux conséquences attendues de la guerre et du combat.

Des cliniques spécialisées apparaissent, les traitements sont focalisés sur l'idée périlleuse du bienfait de permettre aux patients d'atteindre une verbalisation de leur traumatisme. Les moyens suivent : narco-analyse à l'aide du penthotal et régression de conscience oniroïde… Méthodes qui ont pu faire florès jusqu'au front, mais ne sont résolument plus. À confondre les résultats escomptés et la délicatesse de la logique subjective, les résultats font défaut…

Retrouvailles médicales

Cet état de fait rencontre les premiers modèles neurobiologiques, offrant le support des expérimentations animales. C'est le cas du modèle du stress, via le Syndrome Général d'Adaptation de Hans Selye. Transposé de la physiologie, il s'agit d'une description des réactions d'un individu exposé à un changement dans son environnement. Ce syndrome comporte trois phases : une phase d'alarme, une phase de résistance, puis une phase d'épuisement conduisant potentiellement par déplétion des ressources à la pathologie ou au décès. Selye distingue le stress adapté et le stress dépassé, c'est-à-dire persistant alors que l'exposition au stresseur est terminée (7). Dans ce modèle, la pathologie traumatique constitue une réaction extrême de l'organisme face à un stresseur trop intense, conduisant par la suite à une dysrégulation des systèmes de contrôle du stress.

Cette application de la physiologie au fait psychique, certes discutable, permet néanmoins de rendre compte de la présence de troubles biologiques en lien avec ces processus de stress chez les soldats traumatisés (comme l'hypervigilance et l'hyperréactivité neurovégétative). Rapidement, ces conceptions vont rencontrer un grand succès. Il s'agit d'une modélisation robuste des troubles, et facilement appréhendable. D'une certaine manière, elle va permettre, par la réification de la pathologie post-traumatique qu'elle suppose, de tenir à distance le regard suspicieux portant sur ceux qui pourront dès lors retrouver la dignité d'un processus médical, et donc être considérés comme d'« authentiques » blessés psychiques. Notons que dans ce modèle, la causalité psychique est éludée. Il suppose que l'individu contient en lui-même les déterminants biologiques conditionnant l'apparition de la pathologie (sa vulnérabilité). En conséquence, s'effectue un changement notable : le soldat traumatisé n'est plus le lâche qui volontairement ne souhaite pas retourner au combat, mais plutôt une victime de déterminants biologiques qui viennent le

fragiliser. L'atténuation des effets de ségrégation ne s'en accompagne pas moins d'une aliénation dans le discours médical tout aussi stigmatisante.

Perspectives

Nous voyons deux orientations se détacher. L'une, psychodynamique, héritière de la psychanalyse, s'intéresse à la subjectivité et tient compte des particularités de la rencontre traumatique en vue de permettre à un sujet de reparcourir sa propre trajectoire et de prendre en compte les conséquences induites par le trauma. L'autre, inspirée de la neurobiologie du stress, mise sur ce qui peut être objectivé des troubles et propose des thérapies en rapport avec un déconditionnement (c'est-à-dire une désensibilisation du sujet par rapport aux expositions stressantes) dans l'espoir de reprendre une forme de contrôle sur les symptômes. Un bon exemple en est donné par les thérapies cognitivo-comportementales et également par l'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*).

Le risque est qu'en mettant l'évènement et le stress au premier plan, une confusion entre la cause et l'effet est possible. À ce point une distinction est clairement établie entre stress et trauma. Là où le stress répond à une logique adaptative continuiste, le trauma s'inscrit comme une rupture, une discontinuité dans l'histoire de vie du sujet (8).

De l'impossible à dire, au tout reconnaissance

Concernement généralisé

L'issue de la Seconde Guerre mondiale amène avec elle la découverte des camps de concentration et des horreurs qui s'y sont produites. Le retour des camps en France après la Libération soulève des interrogations, voire une incrédulité face à l'horreur. Cela n'est pas sans susciter de réaction de défense contre le concernement généralisé. Les tentatives d'y pallier sont diverses. Pour certains déportés, il va s'agir de trouver comment dire ou faire savoir quelque chose du registre de l'incommunicable, du hors-sens. Samuel Milo-Adoner, Robert Antelme, Maurice Blanchot, Primo Levi, Jorge Semprún nous apportent, chacun de façon singulière leur témoignage d'un indicible. Pour la société qui les accueille à nouveau, proposer la « justice », parfois la « réconciliation », s'offre comme un « traitement » possible du traumatisme psychique pour les survivants.

La pathologie psychotraumatique est résolument sortie du seul champ discret des affaires martiales. Que ce soit par les effets collatéraux des batailles, sur la population civile, ou par l'incidence des crimes de masse, la problématique concerne tout le monde, et en grand nombre. René Targowla, à la fin des années 40, distingue, pour mieux les rapprocher, la clinique des déportés et celle des combattants. Anna Freud publiera ses travaux sur les enfants anglais ayant survécu au Blitz.

Reconnaissance ou prise de conscience

Pour les soldats, le témoignage de l'expérience vécue reste souvent encore honteux. Sous-tendu par le vécu d'exclusion consécutif de la rencontre traumatique, il se heurte aux effets de groupe et au regard porté sur une institution au sein de laquelle l'idée de défaillance est très délétère. Nous avons vu à quel point le processus aura nécessité un temps conséquent avant de se trouver légitimé aux yeux de la médecine, et comment l'expérience de la guerre est venue en renfort d'une possible reconnaissance.

Les faits vécus par tous parlent à tout le monde… Il n'en a pas été de même pour des situations lointaines et délicates quelque peu passées sous silence. Ainsi, les guerres de décolonisation se succédant exposent de souvent très jeunes engagés issus du contingent. Confrontés à des enjeux parfois peu compréhensibles, le vécu d'impuissance ou d'illégitimité s'avère possiblement térébrant. Le retour « au pays » de ces opérations à l'occasion qualifiées de maintien de l'ordre, ne permet que difficilement d'exprimer une souffrance, voire des symptômes psychiques restant inaudibles « hors contexte ». L'impopularité de ces conflits éloignés apporte une dimension sociale voire politique et ajoute une note de scandale à la question clinique.

Ainsi en a-t-il été lors du retour des vétérans du Vietnam, aux États-Unis. Ce conflit impopulaire ramène un nombre non négligeable d'hommes jeunes, vétérans, parfois très désocialisés, et ne pouvant bénéficier de soins ou de réinsertion socioprofessionnelle. Trois millions de soldats sont déployés et 1,7 million ne peuvent réintégrer leur vie antérieure du fait de symptômes psychotraumatiques (9). On associe à ces soldats le « *post vietnam syndrom* » pour expliquer ces troubles. Faire reconnaître ce trouble psychotraumatique devient une nécessité. Le diagnostic de PTSD (*Post traumatic Stress Disorder*) est créé et devient une entité clinique indépendante entrant dans le DSM III (10). Cette reconnaissance de l'ESPT comme une pathologie à part entière est avant tout un fait anthropologique qui surpasse la simple inscription dans un manuel pour produire une véritable nomination qu'une analyse linguistique et anthropologique nous explique (11). En effet, elle permet de passer des symptômes et de la souffrance ressentie par le patient (*ill*) à la prise en compte sociale de cette souffrance (*sick*), pour aboutir à l'identification d'une pathologie reconnue par le corps médical (*disease*). Cette évolution de pensée va ouvrir aux blessés des droits sociaux, mais aussi les droits à réparation que confère le statut de malade. La crédibilité du blessé psychique ne sera plus remise en cause (12).

En France un processus parallèle va s'initier une décennie plus tard. Après l'Algérie, l'Indochine, plus tard le Liban, nombre de soldats restent marqués par des faits de guerre venant faire rupture avec leur fonctionnement antérieur. Le Service de santé des armées s'engage dans un long travail qui mènera le 10 janvier 1992 à la parution d'une annexe au guide des

barèmes des Pensions militaires d'invalidité. L'ESPT va être reconnu comme une pathologie donnant droit à réparation et l'expertise psychiatrique prend valeur de preuve.

Élaborations

À la même période, paraît un ouvrage du même collectif intitulé « Le traumatisme psychique : rencontre et devenir » qui va largement contribuer à l'évolution des mentalités et au fait que le traumatisme psychique soit enfin considéré comme une blessure (13). Dans les années qui suivent plusieurs monographies consacrées à la pathologie verront le jour. Dans une perspective psychodynamique, elles insistent sur la nécessité d'une prise en compte du retentissement subjectif de la pathologie (14, 15). La recherche de modèles neurobiologiques se développe progressivement avec les améliorations des techniques d'imagerie et de génétique. Les progrès en IRM fonctionnelle ont permis la mise en évidence d'altérations neuro-anatomiques et fonctionnelles chez les patients présentant un ESPT. Ces données suggèrent une dysrégulation du contrôle émotionnel de l'amygdale du fait d'un défaut d'inhibition du cortex préfrontal médian. L'étude des dysrégulations des voies glutamatergiques et gabaergiques apporte de nouveaux axes de recherche en psychopharmacologie qui restent cependant essentiellement orientés par des objectifs de réduction symptomatique.

Cependant ces modèles semblent pour la plupart incomplets et coexistent difficilement, même si certains auteurs prônent une approche intégrative expliquant les troubles en un modèle mêlant déterminants génétiques et cognitivo-comportementaux (16).

Une clinique aujourd'hui bien identifiée ?

L'aspect cumulatif des missions opérationnelles

Après la première Guerre du Golfe, l'implication dans des missions, qualifiées d'opérations extérieures s'inscrit résolument comme le fer de lance du contrat opérationnel des forces armées. Gratifiées d'un acronyme (Opex), leur répétition se mesure à la multiplicité des nominations les qualifiant : « Épervier, Licorne, Baliste, Pamir, Serval, Sangaris, Barkhane, Chammal », pour n'en citer que quelques-unes. Cette forte projetabilité s'accompagne par ailleurs en métropole d'engagements dans les missions Sentinelle.

Cette répétition n'est pas sans risque, que ce soit par la possible exposition à des situations à haut potentiel traumatique ou par l'effet d'accumulation et d'indifférenciation entre les temps opérationnels et les temps de « reconditionnement ». À ce titre, soulignons la place particulière des phénomènes d'hypervigilance ou d'irritabilité qui sont fréquemment méconnus ou passent pour inaperçus. Logiquement observés en mission, ils sont, dans les premiers temps du retour, mis sur le compte du réajustement post-opérationnel et parfois banalisés. Lorsque les missions s'enchaînent, leur évaluation devient délicate et s'intrique avec leurs conséquences sur la vie familiale. Cette difficulté d'identification des troubles coexiste avec une politique et une démarche proactive de repérage, que ce soit en médecine de premier recours ou aux différents niveaux de commandement (17). Néanmoins, il n'est pas exceptionnel que la multiplication des missions constitue un facteur de réexposition et d'aggravation incrémentiel, au risque d'induire une certaine confusion dans l'analyse psychopathologique…

Vers une nouvelle clinique ?

Les guerres du XX^{e} siècle ont mis en exergue la place du développement industriel, que ce soit dans les moyens employés ou quant à l'issue des conflits. Il est donc logique de nous intéresser aux technologies dites modernes, ainsi qu'à leurs incidences. C'est le cas, notamment dans le domaine du Renseignement (écoutes, actions de cyberdéfense, visualisation de films de propagande), ou ailleurs, par la modification de la figure du combattant (pensons aux opérateurs de drones). Les images visualisées sont multiples parfois sans intérêt et source de lassitude et cependant, à d'autres moments d'une rare violence avec la confrontation à la souffrance d'autrui. Nous le savons, quand bien même distants, dématérialisés ou par écran interposé, ces personnels restent exposés à des contenus potentiellement très vulnérants psychiquement et ne les soustrayant jamais aux conséquences de leurs actes…

Certes extérieurs à la scène, parfois passifs, ils ne peuvent pour autant se défendre de cette confrontation à l'horreur, ni se déprendre du risque de la fascination lié à ce qui est perçu dans une situation contrainte du fait des impératifs de leur mission. Spectateurs impuissants ou acteurs potentiellement complices, ils font l'expérience d'une extension de la guerre hors du champ de bataille.

Conclusion

« Pire est la crainte de la guerre, que la guerre elle-même », attribue-t-on à Sénèque. Cent ans d'histoire et de conflits armés nous invitent à nuancer ce propos. Car la guerre laisse des traces, pour certaines indélébiles. Notre parcours invite le lecteur à considérer à quel point l'insupportable du fait psychique produit des effets d'évitement. Qu'ils soient faits de l'individu concerné, du groupe et de la collectivité dont il est membre, ils rejoignent ceux produits par une société au sein de laquelle retrouver une place constitue parfois une gageure.

Cependant, ce constat sévère doit s'accompagner d'un autre concernant les effets induits par la guerre. Car c'est un fait, de profondes mutations ont été générées dans le savoir médical tout comme dans son passage au collectif, les démarches de reconnaissance et de réparation en étant une illustration patente.

À l'heure d'une actualité où la défense du territoire a perdu de ses contours et où la figure même de l'ennemi

devient imprécise et possiblement extérieure au champ de bataille, sous les aspects du terrorisme par exemple, le constat n'en devient que plus évident : les enseignements de la Grande Guerre ont conquis l'espace et l'opinion publique. Sous la figure paradigmatique du traumatisme psychique, la pathologie a perdu de son tabou et rejoint le sens commun voire l'opinion publique. C'est un gain indéniable, mais dont la portée doit sans cesse être réexaminée. En effet, prévenir, traiter, comporte parfois une visée de normalisation. Quand bien même parfois appelée de ses vœux par le patient traumatisé, cette dernière se confronte souvent au caractère rétif du traumatisme psychique à faire taire sa singularité, soit ce qui en fait sa marque unique, sa particularité. Aujourd'hui nommée, identifiée et reconnaissable, la pathologie ne peut se disjoindre de ce dont on qualifie les circonstances qui l'ont générée : « la guerre ne cesse jamais, elle change… ».

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt concernant les données présentées dans cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Roussy G, Lhermitte J. Les psychonévroses de guerre. Paris : Masson ; 1917.
2. Lépine J. Troubles mentaux de guerre Paris : Masson ; 1917.
3. Léri A. Commotions et émotions de guerre. Paris : Masson ; 1918.
4. Freud S, Ferenczi S, Abraham K. Sur les névroses de guerre (1918). Paris : Payot ; 2010.
5. Freud S. Au-delà du principe de plaisir (1920). Paris : Payot ; 2010.
6. Bion WR. Recherches sur les petits groupes. Paris : PUF ; 1965.
7. Selye H. Stress and the general adaptation syndrome. British Medical Journal. 1950:1383-92.
8. Boisseaux H. Le stress au sein de la population militaire : du stress opérationnel à l'état de stress post-traumatique. Revue francophone du Stress et du Trauma. 2010;10:79-88.
9. Weiss DS, Marmar CR, Schlenger WE, Fairbank JA, Jordan BK, Hough RL, et al. The prevalence of lifetime and partial post-traumatic stress disorder in vietnam theater veterans. Journal of traumatic Stress. 1992;5(3):365-76.
10. American Psychiatric Association AP. DSM–III. 3rd ed. 1980.
11. Zempleni A. La maladie et ses causes. L'ethnographie Causes, origines, agents de la maladie chez les peuples sans écriture. 1985:96-7.
12. Fassin D, Rechtman R. L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime. Champs essais ; 2007.
13. Briole G, Lebgot F, Lafont B, Favre JD, Vallet D. Le Traumatisme psychique : rencontre et devenir (92e congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, Toulouse, 13-17 juin 1994). Paris: Masson; 1994.
14. Crocq L. Les traumatismes psychiques de guerre. Paris : Odile Jacob ; 1999.
15. Barrois C. Les névroses traumatiques. Paris : Dunod ; 1998.
16. Brillon P, Marchand A, Stephenson R. Modèles comportementaux et cognitifs du trouble de stress post-traumatique. Santé mentale au Québec. 1996;21(1):129-44.
17. Colas MD, Lahutte B, Vautier V. Les troubles psychiques post-traumatiques : précocité et continuité des soins. In: Mérat S., Le blessé de guerre. Éd. Arnette ; 2014.