



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2013

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Impact des événements historiques sur le concept de psychotraumatisme.
Réflexions à propos de cinq contextes.

Présentée et soutenue publiquement le 21 octobre 2013 à 16h

Par Thomas VALIN

Jury

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs : Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Olivier PRUDHOMME

Le contexte est plus fort que le concept.

Mc Solaar, La Belle et le Bad Boy, Cinquième As, 2001.

TABLES DES MATIERES

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| INTRODUCTION | 8 |
| 1. LE PSYCHOTRAUMATISME : DES PREMIERES CONCEPTUALISATIONS AU THEORIES ACTUELLES | 13 |
| A. Avant la naissance de la psychiatrie : Récits légendaires. | 14 |
| I. Gilgamesh et la confrontation traumatique à la mort. | 14 |
| II. Patrocle et le stress aigu. | 15 |
| III. Epizelos et la conversion hystérique. | 15 |
| IV. L'immission du traumatisme dans les rêves. | 16 |
| V. Pline et Charles IX, victimes d'éléments dissociatifs | 16 |
| VI. Des descriptions de plus en plus complètes... | 17 |
| B. Premières observations médicales : le tournant du 19^{ème} siècle | 19 |
| I. Philippe Pinel en 1798. | 19 |
| II. Des contextes traumatiques propices | 19 |
| C. Contexte des accidents de chemins de fer | 22 |
| I. La révolution industrielle, génératrice de psychotraumatismes | 22 |
| II. Un contexte propice aux élaborations | 24 |
| D. La guerre Russo-Japonaise : ébauche de la psychiatrie de l'avant | 30 |
| E. Le 20^{ème} siècle : de multiples contextes se répercutant sur le psychotraumatisme | 34 |
| F. Le psychotraumatisme aujourd'hui | 38 |

| | |
|------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2. CINQ CONTEXTES QUI ONT EU UN IMPACT SUR LE PSYCHOTRAUMATISME | 41 |
| A. La Grande Guerre | 42 |
| I. Contexte géopolitique, enjeux et historique | 43 |
| II. Place des psychiatres. | 45 |
| Dans l'Empire allemand | 45 |
| 1. Poursuite des conceptualisations psychanalytiques. | 45 |
| 2. Attitude globale de l'armée allemande. | 47 |
| Dans l'armée française | 48 |
| 1. Existence de doutes | 48 |
| 2. Généralités sur la simulation | 49 |
| 3. Vision française des troubles | 51 |
| Coté anglais : l'apport d'Ernest Jones | 54 |
| Coté américain | 55 |
| II. Prolongement de la psychiatrie de l'avant | 56 |
| - Aspects pratiques | 56 |
| - Les cinq principes de Salmon | 57 |
| III. Enrichissement des tableaux cliniques | 59 |
| | |
| B. La Seconde guerre mondiale | 66 |
| I. Historique des événements | 67 |
| - L'entre-deux guerres : genèse en filigrane d'un conflit | 67 |
| - La seconde guerre mondiale | 67 |
| II. Prise en charge des blessés psychiques et réflexions diagnostiques | 68 |
| - Attitudes et prises en charge initiale face aux blessés psychiques | 68 |
| - Réflexions autour des diagnostics | 70 |
| III. L'impact du contexte sur le psychotraumatisme | 71 |
| - La circulaire Bradley | 71 |
| - La naissance du <i>Debriefing</i> | 72 |
| | |
| C. Le retour de <i>Veterans</i> de la Guerre du Vietnam | 75 |
| I. Historique : une guerre de 35 ans | 76 |
| II. Prise en charge psychiatrique au Viêt-Nam | 80 |
| III. Contexte socioculturel aux USA | 81 |
| IV. Les Vétérans du Vietnam | 84 |
| - Retour sur le sol américain. | 84 |
| - Des difficultés diverses. | 85 |
| 1. Perception du retour. | 85 |
| 2. Difficultés sociales | 87 |
| 3. Problématiques médicales | 88 |
| V. Conséquences « théoriques ». | 96 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| D. Le syndrome de Stockholm | 106 |
| I. Syndromes et maladies psychiatriques à noms propres | 107 |
| II. Premières conceptualisations et développements ultérieurs | 108 |
| III. Les cas princeps | 110 |
| IV. Discussion autour du cas de Patricia Hearst | 111 |
| V. Autre événement étayant | 112 |
| VI. Reformulation des questions | 113 |
| VII. Historique des prises d'otages | 114 |
| VIII. Médias et idéologie : un couple préexistant à 1974 | 118 |
| IX. Discussion autour de l'attribution du nom | 121 |
| X. Autre exemple | 122 |
| | |
| E. Les attentats du RER B parisiens | 124 |
| I. L'état des lieux avant les événements | 125 |
| II. Les événements | 128 |
| III. Impacts | 129 |
| IV. Préambule : qu'est le terrorisme ? | 132 |
| V. Histoire du terrorisme en France | 134 |
| VI. Précédents : pourquoi pas de mise en place de dispositif ? | |
| Une antériorité remarquable : la vague d'attentats de 1985-1986 | 138 |
| VII. Discussion : Pourquoi CES attentats terroristes furent le point de départ de la création de CE réseau de soins ? | 142 |
| - La création de la CUMP comme intégrée dans une stratégie politique globale. | 143 |
| - La création de la CUMP comme relevant d'un processus maturatif. | 144 |
| - La création de la CUMP comme relevant d'une nécessité immédiate. | 145 |
| - L'omniprésence médiatique | 145 |
| | |
| 3. CONCLUSION et OUVERTURE | 147 |
| | |
| BIBLIOGRAPHIE | 152 |

INTRODUCTION

La médecine est une discipline ancrée dans la société dans laquelle elle se pratique. Inévitablement, elle subit l'influence des courants de pensée, de la culture environnante, des contextes politiques et des progrès technologiques.

La psychiatrie, en tant que spécialisation médicale, n'échappe pas à la règle. Elle peut paraître, sous certains aspects, bien plus sensible à ce phénomène que la médecine dite somatique. La diversité et l'« effet de mode » des courants théoriques, les représentations socio culturelles des troubles mentaux, son rôle de « régulateur » et « protecteur » social peuvent être à l'origine de changements ou de remaniements nosographiques, thérapeutiques, légaux... La prise de conscience de cette influence s'avère donc capitale dans le champ de la santé mentale.

Ce phénomène peut intervenir de manière brutale. Une découverte technologique, scientifique, ou un événement historique peuvent en être à l'origine. Le psychotraumatisme a subi à plusieurs reprises ce type d'influence. C'est ce que nous tenterons de développer et de comprendre à travers cinq situations.

Une médecine sous influence.

On estime l'individualisation de la médecine au cours du millénaire avant notre ère. Hippocrate ébaucha les premiers principes de la discipline médicale.

Elle fut longtemps empreinte de religiosité. L'intrusion du divin dans la santé déclina avec l'avènement de la science, même si « religion n'est pas antinomique de science » [1].

Dans la psychiatrie, ce glissement du religieux au laïc sera frappant. Les « désordres de l'âme, d'essence spirituelle », deviendront des maladies du cerveau. Le péché, cause du mal, sera remplacé par une origine toxique ou psychologique. Le caractère punitif du trouble disparaîtra, et on parlera d'affection.

La science influe donc sur la pratique médicale. *L'Evidence-Base-Medecine* se développant, le lien entre les deux sphères n'a fait que se resserrer.

La science découvre la maladie, qui jusqu'alors avait « une existence objective » dans un monde qui l'ignorait [2].

La science éclate la médecine entre chiffre et images. Ce qui fit dire à Ernst Schwenger, le praticien de Bismarck, que « la science du médecin tue son humanité ».

Elle modifie aussi les rôles premiers de la médecine. Pour exemple, la pilule contraceptive répond à une demande, non pas de soigner, mais d'empêcher la procréation.

L'évolution des pensées, des mentalités, a aussi son rôle à jouer. La médecine basée sur les preuves se devrait d'être parfaite, et la judiciarisation des écueils médicaux est le reflet de l'intolérance à la maladie de la société.

L'apparente perfection de la médecine pousse les sciences humaines à promouvoir une relation médecin malade plus égale, moins patriarcale. Le patient a le droit au savoir. « Savoir, c'est s'émanciper de celui qui détient la connaissance » [1]. Savoir, pour le patient, c'est être libre.

En ça, la technologie éclate l'information et démultiplie son accessibilité, promouvant la liberté du soigné.

Le **rapport au corps de la société** impacte la médecine. Celle-ci doit s'adapter dans ses soins. On lui réclame d'être grand, bronzé, bien équilibré, performant sportivement et sexuellement, débarrassé des outrages du temps. A chaque demande, la médecine pourrait répondre : hormones de croissance, rayons UV, alimentation complémentée, dopage et chirurgie esthétique. Des femmes voudraient être éternellement jeunes (traitement hormonal substitutif) et les couples ne souhaitent plus prendre le risque des transmettre leurs défauts génétiques (tests et conseils génétiques).

Toutes ces demandes sursollicitent la médecine là où la vie n'est plus menacée. Et implique une prise de risque. Jan Waldenström, l'hématologue suédois, rapporte avoir lu cette épitaphe : « J'étais bien, j'ai voulu être mieux, voilà pourquoi je suis ici ».

La société intervient sur la médecine en étendant son champ d'exercice à de nouveaux domaines jusque là considérés comme non pathologique. Pour exemple, l'accouchement, nécessitant de nos jours un panel de prises en charge important.

Les maladies ne sont pas seulement un produit pathologique, elles sont également façonnées par les représentations culturelles qu'en donne la société.

Une psychiatrie sous influence.

Ce qui atteint la médecine touche la psychiatrie.

La société, l'Histoire et la culture ont toujours eu une influence sur la psychiatrie et ses classifications.

La « dilatation du médical » a, par l'intermédiaire des pouvoirs publics, délégué à la psychiatrie les troubles du comportement, d'origine diverses. Jusqu'à la loi du 30 juin 1838, ils relevaient d'enfermement et de mesure de police. Il en est de même, de nos jours, pour les toxicomanies, les paraphilies... Un nombre croissant de troubles requiert une médicalisation.

Des entités diagnostiques subirent également l'influence de la société. C'est le cas de l'homosexualité.

Dans le DSM (*Diagnostic and Statistic Manuel*), dont la première édition fut publiée en 1952 par l'APA (*American Psychiatric Association*), l'homosexualité figure comme une pathologie psychiatrique, au même titre que « les perversités » (dénommées actuellement sous le terme de paraphilies).

Sous la pression des associations, en 1973, le diagnostic sera retiré du DSM II.

En 1980, lors de l'édition suivante, le terme réapparaît, et on distingue alors une « homosexualité vécue », considérée comme normale, d'une « homosexualité égodystonique », non assumée donc pathologique. L'homosexualité n'est plus une maladie, mais une anomalie à corriger.

Il s'agit d'une « démedicalisation d'une situation sociale ».

La révision de cette édition, sept ans plus tard, voit le terme d'homosexualité de nouveau disparaître, mais il persiste alors un « trouble sexuel non spécifié », qui

correspond alors à « une détresse marquée et persistante au sujet de son orientation sexuelle ».

Concernant le psychotraumatisme, les événements ont eu un impact brutal et direct sur le concept, et ceci à plusieurs reprises. Des événements « aigus » (de quelques années) ont provoqué des changements.

L'histoire du PTSD est un exemple parlant des rôles de la société et de la sphère politique dans les procédés de découverte, et même d'invention. [2]. Pouvant être qualifiées d'anecdotiques jusqu'au XVIIIème siècle, les références au psychotraumatisme vont par la suite s'étoffer et sensibiliser les médecins. L'augmentation du pouvoir destructeur des guerres, ainsi que l'industrialisation effervescente à l'origine de catastrophes technologiques, vont aller dans ce sens [3].

« L'intérêt pour le trauma peut se comprendre au vue des multiples événements du 20^{ème} siècle, de ses guerres, génocides, catastrophes d'origines humaines ou naturelles » [4].

L'accumulation d'éléments symptomatiques a attiré le regard du monde scientifique sur le traumatisme et son impact à long terme.

En ce sens, l'impact des événements historiques (terme employé au sens large, qu'ils aient une connotation politique, sociétale, culturelle...) sur le concept de psychotraumatisme a suscité notre intérêt. C'est une entité rayonnante dans le champ de la psychiatrie, sans cesse sous l'influence de situations multiples.

Nous avons décidé de nous arrêter sur cinq items. Nous pensions trouver, autour de ces cinq contextes, des preuves que le concept de psychotraumatisme présente une sensibilité à l'environnement dans lequel il évolue.

Ainsi, nous nous pencherons sur les deux premières guerres mondiales, de manière indépendante. Sur celle du Vietnam, et sur le retour des *Veterans* en Amérique. Puis nous évoquerons un syndrome touchant au psychotraumatisme, celui dit de Stockholm. Enfin, la série d'attentats parisiens de 1995 nous interrogera sur les liens existant avec la création de la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique.

Ce choix est personnel. Il est le reflet d'un intérêt pour ces sujets, mais débouche néanmoins d'une réflexion sur les capacités de ces contextes à corroborer notre hypothèse. Celle de la sensibilité du concept de psychotraumatisme aux événements historiques.

Avant d'aborder et de détailler ces cinq situations marquantes, nous suivront la course du psychotraumatisme, des récits légendaires aux concepts actuels.

1. LE PSYCHOTRAUMATISME : DES PREMIERES CONCEPTUALISATIONS AUX THEORIES ACTUELLES.

De manière arbitraire, nous nous pencherons sur cinq événements et contextes qui, à notre idée, ont eu un impact particulier par rapport au psychotraumatisme, qu'il s'agisse de sa conception ou de sa prise en charge.

Pour autant, le psychotraumatisme a existé bien avant ces événements, et s'est développé en parallèle de leur déroulement.

Dans la partie qui suit, nous reviendrons sur les prémices de la notion de psychotraumatisme. Puis nous évoquerons d'autres situations qui ont apporté leur lot de questions, de réflexions et d'éléments de prise en charge. Ne pas les avoir placés parmi les cinq événements traités ne doit pas minimiser leur impact, puisqu'il s'agit d'un choix arbitraire.

Le traumatisme psychique existe depuis la nuit des temps. Des récits légendaires à ceux contemporains, en passant par le moyen-âge et les conflits récurrents du XXème siècle, le psychotraumatisme laisse trace dans l'histoire de l'Homme.

De Gilgamesh, roi en errance, à nos jours, il fallut trois millénaires pour atteindre une nosographie structurée.

Cependant, les interprétations du psychotraumatisme ont été diverses, ses symptômes plus ou moins reconnus, ses appellations multiples et ses traitements fluctuants.

De l'intervention divine aux théories psychanalytiques, sans oublier les conceptions mécanicistes et neurobiologiques, la notion de psychotraumatisme a suscité débats et discussions. Elle a rencontré obstacles et catalyseurs. Malgré un parcours semé d'embûches, le psychotraumatisme prend de nos jours une place prépondérante dans la pratique psychiatrique actuelle.

Nous aborderons cette notion par le versant historique. Nous verrons que, dans un premier temps, on rencontre des vignettes cliniques plus que des conceptualisations.

Ce n'est que plus tard que certains penseurs, chercheurs et cliniciens tenteront de donner un sens aux symptômes.

De nombreux travaux se sont penchés sur les mécanismes de l'évolution de la notion de traumatisme psychique. Nous tenterons de reprendre les notions et points d'ancrage essentiels de l'histoire du concept, en nous basant sur ces travaux étayés de références solides et reprises.

A. Avant la naissance de la psychiatrie : des récits légendaires au XVIII^{ème} siècle

Dans les nombreuses aventures et épopées antiques, où se mêlent violences et drames interpersonnels, il est relativement aisé de retrouver des traces de traumatismes, ainsi que de la clinique qui en découle [5].

I. Gilgamesh et la confrontation traumatique à la mort.

Nous pouvons retrouver des traces de psychotraumatisme dans le récit mésopotamien *L'épopée de Gilgamesh*. Écrit en 2200 av. JC, il relate la quête de l'immortalité de Gilgamesh, roi de la ville d'Uruk. Affublé de son jumeau antagoniste Enkidu, il part réaliser plusieurs exploits. En cours de route, ce dernier meurt, suite à une longue agonie.

Confronté de manière traumatique à la mort, Gilgamesh sera en proie à des reviviscences extrêmement envahissantes, avec un retentissement thymique de circonstances [3].

Le héros mésopotamien, à la première personne dans la Dixième tablette d'une version de 1982 :

*« Saisi par la peur de la mort et plein d'effroi, j'erre dans le désert,
Le sort de mon ami m'obsède ;
En de longues errances, je vais çà et là dans le désert, le sort de mon ami
m'obsède. »*

II. Patrocle et le stress aigu.

Des éléments de stress aigu sont retrouvés dans l'Illiade, de Homère (900 av. JC). Pour exemple, Patrocle, guerrier grec de la guerre de Troie, est frappé d'hébétude pendant un combat : *« Un vertige prend sa raison [...], il s'arrête, saisi de stupeur »*.

III. Epizelos et la conversion hystérique.

On peut également noter une potentielle conversion hystérique chez Hérodote, dans sa description de la bataille de Marathon. Celle-ci opposait Perses et Grecs.

En effet, l'écrivain grec rapporte, dans le sixième livre de ses « Histoires », le cas d'un soldat athénien, Epizelos, devenu aveugle suite à une frayeur intense ressenti face à un géant perse qui venait de couper en deux un soldat de son camp.

« [...] un Athénien, Epizelos [...] pendant qu'il combattait dans la mêlée et se comportait vaillamment, perdit la vue, sans avoir été blessé de près ni frappé [...] pendant tout le restant de sa vie il demeura aveugle. [...] il racontait ceci : il lui avait semblé voir en face de lui un homme de grande taille et pesamment armé [...] ce spectre l'avait dépassé et avait tué son voisin dans le rang ».

On note ainsi l'absence de traumatisme physique. Cette cécité subite présente le bénéfice de protéger Epizelos de la vision du danger, en plus de l'extraire du combat vers les soins [6].

IV. L'immission du traumatisme dans les rêves.

Par la suite, des rêves traumatiques sont décrits par Hippocrate dans son *Traité des songes* (420 avant J-C), ainsi que par Lucrèce dans le *De Natura Rerum* (55 avant J-C).

Dans ce dernier écrit philosophique, un passage, évoque les cauchemars [3]:

«*Et quels que soient nos goûts et nos occupations habituelles, ceux qui nous ont retenus le plus longtemps, ou ceux qui ont exigé de notre esprit le plus d'effort, voilà qu'ils nous présentent leurs objets dans les songes [...] généraux nous livrons des batailles et affrontons des combats.*»

Lucrèce rapporte également des reviviscences émotionnelles et comportementales en plein sommeil, avec l'impression de douleurs, subies par les soldats.

De même, dans le récit islandais *La saga de Gisli Sursson*, le héros tragique rêve fréquemment de scènes de batailles, craint l'obscurité et ne peut rester seul la nuit [6].

On retrouve des éléments similaires dans la *Chanson de Roland* (aux alentours de 1100).

Plus tard, il sera également question de réactions oniriques dans les *Chroniques* de Jean Froissard (1388), ayant pour sujet la guerre de Cent Ans. Le Français décrit la situation de Pierre de Béarn, frère du Comte de Foix chez qui il résida en 1388 : il lui était interdit de dormir à proximité de son épouse et de ses enfants, en raison de son habitude à se réveiller en sursaut, saisir une épée et taillader des ennemis oniriques [6].

V. Pline et Charles IX, victimes d'éléments dissociatifs.

Pline le jeune, sénateur et avocat romain du premier siècle de notre ère, fut le témoin en août 79 de l'éruption du Vésuve, dans la région de Naples. Dans *Les Lettres à Tacite*, il décrit d'une part la réaction d'effroi collective consécutive au chaos, et d'autre part sa propre conduite automatique, symptôme dissociatif qu'il décrit comme tel :

« Je me fais donner un livre de Tite-Live et, comme si je n'eusse rien de mieux à faire, je me mets à lire ».

De plus, au lendemain de la catastrophe naturelle, Plinie Le Jeune décrit des troubles évoquant des réactions de stress aigu, avec des reviviscences et de nouveau des déstructurations psychiques :

« Beaucoup ayant perdu la raison, tournaient en dérision dans des prédictions effrayantes leurs propres maux et ceux d'autrui ».

Ambroise Paré rapporte, en 1572, les propos du jeune roi Charles IX, témoin malgré lui du massacre de la Saint-Barthélemy. Ses propos semblent évoquer une possible dissociation péri-traumatique. Le souverain se plaignit de reviviscences de scènes horribles, ainsi que de cauchemars récurrents [5,7] :

« Ambroise, je ne sçay ce qui m'est survenu depuis deux ou trois jours ; mais je me trouve l'esprit et le corps grandement esmeus, voire tout aussi bien veillant que dormant, que ces corps massacrés se présentent à moy les faces hydeuses et couvertes de sang ».

On peut remarquer la concordance de l'analyse séméiologique du discours du Roi, avec la définition de l'état de stress aigu tel que le définit le DSM en 1994.

VI. Des descriptions de plus en plus complètes...

Les guerres de religions (deuxième moitié du 16^{ème} siècle) constituent également un contexte riche en symptômes psychiques.

Agrippa d'Aubigné, poète et huguenot, acteur du conflit, décrit, dans son poème *Les Tragiques*, « (ses) cheveux étonnés (qui) hérissent en (sa) tête », en lien avec les atrocités vécues au cours de ce conflit sanglant.

Puis William Shakespeare met en avant des rêves de batailles dans Roméo et Juliette :

*« [...] Il rêve alors qu'il coupe des gorges étrangères,
Voit des brèches, des embuscades, des larmes espagnoles, [...]
Le tambour bat à son oreille, il tressaille, il se réveille
Et ainsi effrayé jure une prière ou deux
Et se rendort [...] »*

Et il mentionne des symptômes psychotraumatiques tels la reviviscence traumatique dans *Macbeth*. Complice d'un meurtre, Lady Macbeth, perdant pied avec la réalité, tente en vain et de manière répétée de s'enlever des tâches de sang imaginaires des mains.

L'auteur anglais évoque des éléments dissociatifs et hallucinatoires intenses. Il définit, par la situation de son héroïne, une expérience traumatisante, responsables de reviviscences envahissantes et destructurantes dont les cauchemars sont pathognomoniques[3].

Toujours dans le symptôme onirique, on retrouve dans le *Diary* de Samuel Peppys des éléments intéressants. Peppys fut témoin du *Great London Fire* de 1666 qui détruisit 80% de la capitale britannique.

Deux semaines après les événements, l'auteur met sur papier ses cauchemars.

« Mon sommeil est hanté par des rêves d'incendie et de maisons qui s'écroulent. [...] à J15

J'eus toute la nuit un sommeil très agité par des visions d'incendie [...] à J25.

Mon sommeil a été agité de terribles cauchemars où le reste de la ville était la proie des flammes. » à J27.

B. Premières observations médicales : le tournant du 19^{ème} siècle

I. Philippe Pinel en 1798.

Philippe Pinel (1745-1826) reprendra le cas du philosophe Blaise Pascal, victime d'une mésaventure en carrosse en 1654, durant laquelle il manqua de perdre la vie. Le véhicule, conduit par des chevaux incontrôlables, tomba dans la Seine. Pascal aurait subi des reviviscences nocturnes pendant huit ans, si intenses qu'il aurait, mis ce temps durant, une chaise à la gauche de son lit avant de s'endormir, de peur de chuter. De plus, il remarqua une modification de sa personnalité, plus en retrait, ainsi qu'une certaine dépressivité [6].

Pinel, toujours lui, tira profit des événements de la Révolution (1792-1800) et de l'Empire pour achalander sa clinique du traumatisme. Il la divise en idiotisme, manie, mélancolie consécutive aux « émotions morales » ou en « névroses de la circulation et de la respiration » [6,8]. Cette dernière catégorie est une « préfiguration de la névrose traumatique à sémiologie cardiorespiratoire » [6].

De plus, dans son *Traité médicophilosophique sur l'aliénation mentale ou la manie* (1800), il décrit cliniquement les signes de ce qui, moins d'un siècle plus tard, sera appelé névrose traumatique.

Il met en avant « *des songes effrayants* », « *des émotions vives pour les causes les plus légères* », et le fait que « *tout devient pour lui un sujet de crainte et d'alarme* » chez un militaire de la cavalerie. On retrouve respectivement cauchemars, irritabilité, et hypervigilance anxieuse.

Or, son *Traité* aura un impact international, en témoignent des traductions en allemand (1801), en espagnol (1804) et en anglais (1809) [9].

II. Des contextes traumatiques propices

Après les guerres de la Révolution (1792-1800), ce sont les guerres Napoléoniennes qui seront sources de descriptions cliniques touchant au traumatisme.

Goethe décrit un état d'étrangeté dans un contexte de bataille, lorsqu'il se présenta au front à Valmy (1792) avec l'armée de Brunswick. Il décrit, en dénonçant l'obus adverse, « *comme le bruissement de la toupie, le bouillonnement de l'eau, la voix flutée de l'oiseau.* » [5].

La grande armée napoléonienne (1805-1814) était pourvue, entre autres, des médecins Desgenettes, Percy et Larrey.

Ceux-ci décrivirent le syndrome du « Vent du boulet » comme un état confuso-stuporeux touchant les combattants ayant frôlé un boulet – donc une très probable mort. De plus, ils affirmèrent avoir eu à traiter de nombreux cas de « nostalgie », ou de « choc émotionnel » [10].

On peut, pour étayer cette notion, citer Hastings et Gabriel, évoquant un officier, également frôlé par un boulet sur le champ de bataille, et par conséquent dans un état de stress aigu avec annihilation de ses fonctions motrices [3].

« *Il me parut que le monde s'arrêtait [...] je pouvais encore voir et entendre [...] La paralysie de mes membres était telle que je ne pouvais remuer un seul de mes doigts* ».

Dans son ouvrage, le *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, publié en 1859, Paul Briquet décrit de nombreux cas d'hystérie réactionnels à des frayeurs et à des « chocs moraux », notamment pendant l'insurrection parisienne de juin 1848.

Henri Dunant, secouriste bénévole de la campagne d'Italie devenu écrivain, décrivait de sa place la bataille de Solferino, le 24 juin 1859, dans son récit *Un souvenir de Solferino*. Il y relate « l'hébétude et le désespoir des soldats blessés abandonnés sur le champs de bataille, ainsi que le désarroi émotionnel des secouristes ».

Se déroule également la guerre de Sécession américaine (1861-65).

Jacob Mendez Da Costa et Silas Weir Mitchell, médecins dans l'armée nordiste, y décriront le « *soldier's heart* », semblant d'anxiété cardiovasculaire conséquence de l'épuisement et de la frayeur.

Médecin reconnu dans son pays, Da Costa prit une place importante dans la médecine militaire lorsqu'il fut assigné à un hôpital de la ville de Philadelphie. C'est dans ce contexte qu'il sera exposé à une « maladie cardiaque commune aux soldats ».

La fréquence importante de cette symptomatologie sera à l'origine d'une classification nosographique. Da Costa rédigea en 1871 « *On irritable heart: a clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences* » dans *l'American Journal of Medical Sciences*.

Etayée par plusieurs cas cliniques, il y définit ce qu'il nomme initialement « *irritable heart* » comme une kyrielle de symptômes cardiaques (douleur apicale, palpitations, dyspnée...).

Des écrits antérieurs à celui de Da Costa évoquaient déjà des troubles similaires, mais donnaient à ces symptômes une orientation vers la cardiologie. La psychiatrie, à l'époque, commençait seulement à se démarquer de la neurologie [11].

Dans l'histoire de la cardiologie américaine, le « *soldier's heart* » de Da Costa aura une espérance de vie prolongée, bien au delà de la première guerre mondiale. Durant les premiers mois de celle-ci, des spécialistes en cardiologie furent mobilisés afin d'étudier et prendre en charge de nombreux cas rappelant ce syndrome.

Silas Weir Mitchell employa également le terme d'hystérie post-émotionnel [10]. Il décrira des « cas de léthargie, de retrait et de crises de nerfs hystériques [3].

Pour LS O'Brien [12], ces symptômes sont la clinique même du PTSD, conceptualisé un siècle plus tard. La description de Weir Mitchell met en avant addictions à l'alcool et aux dérivés opiacés, comorbidités fréquemment associées au syndrome de stress post-traumatique. Épuisements physique et psychique sont associés.

Cette corrélation symptomatique sera un temps nommée *nostalgia*, selon l'hypothèse que ces signes seraient en lien avec l'éloignement des soldats de leur foyer.

C. Contexte des accidents de chemin de fer.

I. La révolution industrielle, génératrice de psychotraumatisme.

Dans un contexte de révolution industrielle, les technologies se développèrent et avec les catastrophes dues à leur mauvaise maîtrise. Elles furent le théâtre des premiers symptômes psychotraumatiques de masse, en dehors des champs de bataille [6]. Ces signes intrigant furent déjà le sujet de débat, entre les thèses somatiques, qui arguaient des microlésions du cerveau et de la moelle épinière, et les thèses émotionnelles.

Parmi ces catastrophes, celles touchant les chemins de fer. Atteignant usagers et personnels, leur nombre était si important qu'il incita les compagnies de chemins de fer à fonder une société d'assurance commune [13].

Les accidents de chemins de fer consistait au choc frontal entre deux machines, voire avec un objet sur la voie ou encore un déraillement [14]. Les années 1840-1860 auront été prépondérantes dans la généralisation du chemin de fer en Allemagne, poussées par le second décollage industriel. Alors que les années 1830 auront vu la création des lignes ferroviaires industrielles, le réseau prussien atteindra 6000 kilomètres de voies en 1850 (soit trois fois la taille du réseau français) [15].

Plusieurs facteurs de l'époque contribuaient à la survenue de tels drames.

D'une part, la rigueur requise de nos jours était minorée. On pouvait distinguer trains express –qui ne souffraient d'aucun retard- et trains omnibus. C'est avec ces derniers que le bât blessait. Trop de tolérance à l'égard de voyageurs peu respectueux des horaires provoquait des retards, et surtout le risque que deux trains puissent se rencontrer en raison de cette désorganisation. Le ponctuel percutant par l'arrière le retardataire.

D'autre part, l'existence de lignes à une seule voie. A l'origine d'un risque potentiel de chocs frontaux.

L'existence de trains de manœuvre ou de croisement, opérant aux abords des gares, sources de danger.

De plus, le déraillement, imprévisible en raison d'une surveillance des rails permanente impossible, était une menace stable.

Les statistiques sont parlantes, et retranscrites ci-dessous [14].

| Année | Accidents provenant de... | |
|-----------|------------------------------------|----------------------------------|
| | Déraillements / 1 000 km exploités | Chocs / 1 000 000 locomotives-km |
| 1880/81 | 35 | 3.47 |
| 1881 | 29 | 2.72 |
| 1882 | 25 | 2.06 |
| 1883 | 23 | 2.93 |
| 1884 | 21 | 1.69 |
| 1885 | 19 | 1.55 |
| 1886/1887 | 18 | 1.55 |

On peut aisément noter une diminution du nombre d'accidents avec le temps. Cependant, leur nombre est, avec notre regard d'aujourd'hui, excessivement élevé.

Le corolaire est le nombre de victimes sur le réseau de chemins de fer prussiens, témoin de la violence des accidents.

| Année | Nombre total de victimes |
|-------|--------------------------|
| 1880 | 914 |
| 1881 | 874 |
| 1882 | 1050 |
| 1883 | 1302 |
| 1884 | 1312 |
| 1885 | 1262 |
| 1886 | 1209 |

Plus d'un demi-siècle après Philippe Pinel, dans un contexte d'accidents de chemins de fer à répétition, des neuropsychiatres observent des « syndromes de frayeur » consécutifs aux drames ferroviaires [3].

Pour exemple, Charles Dickens rapporta, suite à un accident de train dont il fut victime, un émoussement de sa réactivité, des reviviscences, des conduites d'évitement ainsi qu'un sentiment d'anxiété diffuse.

L'auteur d'*Oliver Twist* admit « *(être) curieusement faible [...] ressentir davantage dans (ma) tête [...] (se trouver) mal [...] ne pas encore pouvoir supporter les voyages en train* ».

II. Un contexte propice aux élaborations.

Duchesne en France, Ericksen en Angleterre, Putnam et Walton aux USA, vont tenter d'attribuer une étiologie à cette clinique.

Plusieurs hypothèses verront le jour. Les théories émotionnelle et post-commotionnelle seront sujettes à débat. On parle de *railway spine* et de *railway brain*, terme créé par Putnam et Walton en 1884 [5]. Putnam tentera par la suite un rapprochement avec la névrose hystérique [16]. Pour Page, il n'existe selon lui aucune lésion de la moelle épinière, mais un lien avec le sentiment de peur [16].

Jean-Martin Charcot, dans ses *Leçons cliniques* à la Salpêtrière, commentera les séquelles psychiques observées après ces accidents [8].

Mais il faudra attendre Hermann Oppenheim et le développement de la psychanalyse, à Vienne, pour que s'ancrent plus solidement ces concepts.

Certaines sources estiment qu'à défaut de patientèle propre, Oppenheim se serait appuyé sur la clinique décrite par d'autres, notamment des médecins londoniens, intrigués devant des « *manifestations sans lésion anatomique susceptibles d'ouvrir cependant droit à réparation* » [17].

Parmi ces médecins susceptibles d'avoir inspiré Oppenheim, il y a John Ericksen. En 1871, il décrit, en Grande-Bretagne, le *Railway Spine Syndrome*, suite à l'invention des trains à vapeur, là aussi. En effet, pour Ericksen, la symptomatologie résiduelle trouve sa justification en des lésions de la moelle épinière. Elle consiste en de l'anxiété, des troubles de la concentration, une irritabilité, un état d'alerte permanent et des symptômes somatiques variés [16].

La psychanalyse s'est très tôt intéressée à la compréhension des traumatismes de la vie psychique. Dans ce domaine, deux trajectoires, celles de Karl Abraham et Hermann Oppenheim, se sont rejointes pour élaborer et conceptualiser une notion que Sigmund Freud avait commencé à développer. Ce dernier rattache alors l'hystérie à un traumatisme sexuel infantile. Au sujet de la névrose traumatique de guerre, il évoquera une cassure du bouclier protégeant le Moi, minimisant les événements extérieurs au profit des problématiques prémorbides, tels les conflits intrapsychiques [18, 19]

Karl ABRAHAM

D'origine juive, Abraham naît à Brême, en 1877, dans l'Empire allemand de Guillaume 1^{er} et Otto Von Bismarck. Après trois ans de labeur dans un hôpital psychiatrique de Wittenau, il rejoint Zurich en 1904. Sous l'autorité de Paul Eugen Bleuler, il y côtoie Carl Gustav Jung, qui s'intéresse de près aux travaux de Freud et l'initie.

Abraham se penche sur le thème sexuel, et ses premiers travaux s'élaborent autour de la signification du traumatisme sexuel dans l'enfance. En 1907, il quitte la Suisse pour rejoindre Berlin, où il sera accueilli par un certain Hermann Oppenheim, dont l'épouse est sa cousine.

Hermann OPPENHEIM

Oppenheim grandit lui aussi dans la tradition judaïque. Il naquit en 1857, en Westphalie, une région ouest-allemande.

Après avoir travaillé autour de la nutrition et de l'urologie, il commença à être attiré par les névroses. Il entama une correspondance avec Jean-Martin Charcot, neurologue clinicien français.

Avec comme source d'observations ses propres patients, Hermann Oppenheim développa sa théorie de la névrose traumatique à partir de 1884, avec son frère Thomsen [20]. Oppenheim affirmait que les symptômes post-traumatiques constituaient une entité diagnostique distincte et résultaient directement de vues anatomiques ou psychiques.

Il présenta 41 cas d'hommes et de femmes atteints d'un éventail de signes psychiques et nerveux suite à des accidents en usine et de chemins de fer [16]. Il

émet l'hypothèse de lésions cérébrales, de trop petite taille pour être détectables, qui seraient induites par le traumatisme physique, et qui provoqueraient dépression, sentiment d'abandon et paralysie temporaire.

Charcot contesta cette autonomie nosographique, et estimait qu'il s'agissait d'hystéro-neurasthénie, terme qu'il créa [8]. Il s'opposa à la spécificité syndromique des névroses traumatiques [21]. Il se voulait partisan de l'étiopathogénie émotionnelle, notamment en raison des disproportions entre tableaux cliniques spectaculaires et chocs physiques parfois minimes. Le Français publiera une vingtaine de cas de ce qu'il appellera de l'hystérie traumatique [5].

Oppenheim et Thomsen considéraient que les troubles nerveux consécutifs à ces traumatismes constituaient une « névrose spéciale ». Ils se fondaient sur la fixité et la ténacité de l'anesthésie, qui ne présentaient pas les changements caractéristiques de l'hystérie, chez des malades décrits comme déprimés mélancoliques ou encore hypochondriaques.

Hermann Oppenheim insista donc initialement sur une étiopathogénie mécaniciste et organiciste, conséquence de dysfonctionnements moléculaires du système nerveux central [3]. Oppenheim va cependant évoluer intellectuellement, et admettre que plusieurs cas de névrose traumatique se rattachent à de l'hystérie pure.

En 1892, pour Oppenheim, soit la névrose traumatique est une névrose spéciale, soit elle est de l'hystérie pure. C'est un point de vue qui perdurera chez l'allemand jusqu'à sa rencontre avec Abraham, en 1907. Ce changement de vision conceptuelle va entraîner un éloignement entre Oppenheim et Thomsen, pour qui il n'est pas question d'hystérie.

Il y a donc du côté d'Oppenheim une évolution de son concept de névrose traumatique, qui tendra vers l'origine psychogénique [5].

Pierre Janet évoqua la dissociation de la conscience comme mécanisme pathogénique. C'est la thèse qu'il défendit en 1889, dans laquelle il décrit vingt cas d'hystérie et de neurasthénie traumatique. Pour lui, le souvenir traumatique évoluait de façon dissidente dans la conscience et inspirait les reviviscences [8].

Ce dernier terme fut requalifié par Freud de réminiscences. L'Autrichien prônait la thérapie cathartique, où l'on faisait revivre la scène au patient tout en incitant aux associations [5].

Jean Crocq, médecin belge, rapporta 28 autres cas similaires à ceux de Oppenheim en 1896 [16].

La rencontre entre Oppenheim et Abraham : une évolution de la théorie sur un versant psychanalytique.

Lorsqu'il revient à Berlin, Abraham retrouve donc Oppenheim, dont la théorie sur les névroses traumatiques a évolué depuis 1884.

Il perçoit que ce thème, et notamment l'aspect sexuel de la névrose traumatique, tient en échec les formulations de la psychanalyse qui ne peuvent l'expliquer. Ainsi, via une correspondance, Abraham souhaite donc évoquer avec Sigmund Freud ce point épineux, d'autant plus qu'avec Oppenheim, chez qui il travaille, la névrose traumatique remet en cause la théorie freudienne. D'ailleurs, Oppenheim refuse dans sa clinique que soit menée une étude approfondie de la vie sexuelle de ses patients, demandée par Abraham.

Selon Abraham, avant que la guerre 1914/1918 n'éclate, la signification de la sexualité dans les névroses traumatiques est la même que dans les autres névroses. En ce sens, il est un adepte de la théorie freudienne. Mais, bridé par la position de son parent Oppenheim, Abraham n'aura pas le matériel clinique suffisant pour élaborer d'avantage et théoriser autant qu'il le souhaite.

D'autres élaborations autour de la névrose traumatique.

L'hystérie, vase nosographique qui reçoit par excès des symptômes, s'affine ensuite peu à peu en tant qu'entité. Pour Bonhoeffer, elle serait une constitution ou une disposition mentale. Il précisa que la réponse morbide aux expériences traumatiques pouvait apparaître chez des gens « normaux », mais que « dans une hystérie constitutionnelle, la combinaison d'un stimulus traumatique et le souhait (inconscient) d'être malade pouvait mener à une condition névrotique à long terme ».

De son côté, Emil Kraepelin évoqua la *Schreckneurose*, la névrose d'effroi [3]. Elle était pour lui une entité autonome, et comprenait ruminations à répétition, difficultés relationnelles, perte des centres d'intérêt, cauchemars induisant des troubles du sommeil et possibles hallucinations.

Impact du contexte sur la théorie

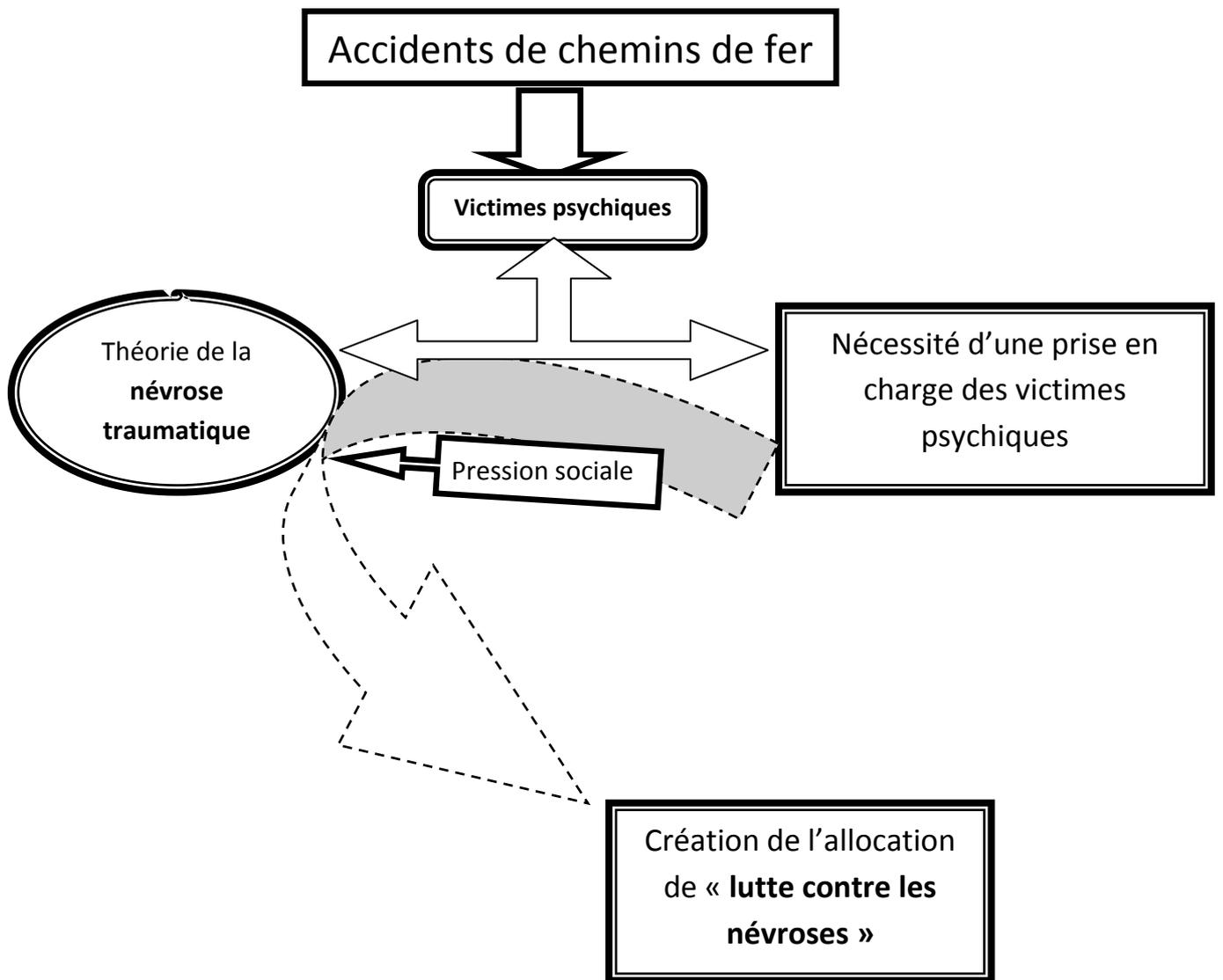
En 1884, quand épaulé de Thomsen, Oppenheim élabore son concept de névrose traumatique, sous le nom originel de *Traumatischen Neurose*, il existe un refus par les assurances des victimes d'accidents de chemin de fer d'un quelconque remboursement.

Mais en 1889, pour désamorcer le potentiel révolutionnaire des classes organisées de travailleurs, le Bureau de l'Assurance Impérial reconnut le dédommagement de la névrose traumatique, dans les cas où l'accident entraînerait un état d'incapacité nerveuse et mentale à travailler. Une allocation de « lutte contre les névroses » est créée. Les compagnies d'assurances rechignèrent, d'autant que cette cagnotte sera de plus en plus attribuée dès le début des symptômes, quelque soient les conséquences à plus long terme.

Ainsi, la doctrine de névrose traumatique était vouée, dès sa naissance, au succès. Elle fut la « case » validant un dommage et donnant accès à une indemnité. Le concept put alors s'ancrer dans l'époque, et être à l'origine de réflexions et élaborations théoriques.

L'indemnisation du trouble est une sorte de reconnaissance, de prise de conscience de la névrose traumatique. Le revers de la médaille étant le développement de cette « névrose de compensation », qui en quelque sorte augmente les résistances pour légitimer le diagnostic [16].

Cette entité « névrose traumatique » est donc l'exemple type du concept particulièrement impacté par le contexte socioculturel.



A l'aube du premier conflit mondial, les théories étiopathogéniques du psychotraumatisme restent hétérogènes. La Grande Guerre sera en quelques sortes un catalyseur des réflexions autour de ce sujet.

Mais avant la guerre 14-18 qui verra une explosion de la clinique du traumatisme, la guerre des Boers (1899-1902), en territoire sud-africain, vit l'apparition de conversions hystériques successives à une émotion violente au combat [5, 8].

D. La guerre Russo-Japonaise : ébauche de la psychiatrie de l'Avant.

La guerre Russo-Japonaise (1904-1905) marqua la prise en charge des blessés psychiques. Elle fut le théâtre des balbutiements de la psychiatrie de l'avant.

« Au temps où la guerre était simple et les armes rustiques, la boucherie se faisait à grande échelle. Les adversaires se plaçaient à faibles distances et les batailles étaient décisives. Presque jusqu'à la fin du XIXème siècle, les batailles décisives étaient toujours possibles. (...) Mais il n'en ira pas de même dans les années à venir, au moins dans les batailles entre peuples civilisés ».

Ce paragraphe est de Jack London, auteur américain en vagabondages durant cette guerre. Il dépeint le changement de l'atmosphère guerrière, empreinte de plus en plus d'industrialisation et de technologie, au début du XXème siècle [22]. En Europe, le dernier conflit majeur entre puissances occidentales date de plus de trente ans, avec la guerre opposant Prussiens et Français (1870-1871), et la Seconde révolution Industrielle (1870-1910) se termine. London transmet par sa plume l'impression subjective que la façon de combattre l'ennemi a par conséquent grandement évolué.

Cette évolution, nombre de puissances occidentales tentèrent de l'anticiper. À la veille du conflit Russo-Japonais, elles envoyèrent des yeux attentifs aux nouvelles modalités de combat.

Est-ce ce changement qui modifia la symptomatologie observée sur le champ de bataille ?

La guerre se veut, quoi qu'il en soit, plus meurtrière, plus délabrante, plus traumatogène.

S'arrêter sur ce conflit inaugural du XXème siècle, c'est se pencher sur les prémices d'une prise en charge du psychotraumatisme. En effet, le psychiatre russe Autocratov y étrenna « sa » psychiatrie de l'Avant.

Les premières théorisations n'eurent, jusque là, que le laboratoire civil en guise de confrontation avec la réalité. Cette guerre, entre nations « civilisées » et relativement égales sur le plan militaire, sera l'occasion d'avoir accès à des symptômes plus fréquents, pris en charge dans un but concrètement logistique.

Quel est le contexte de cette guerre ?

En ce début de 20^{ème} siècle, la tension monte entre l'empire russe et le Japon. L'objet du conflit concerne la Mandchourie, région d'un empire chinois sur le déclin, et la Corée, alors état unifié mais également décadent, sous la suzeraineté des Chinois.

Le Japon, en forte expansion économique, convoite une Corée riche en fer et minerais. Alors qu'ils se sont octroyé le droit de commercer avec leur voisin depuis 1876, les Japonais décident d'occuper Séoul, au prétexte de la rébellion paysanne du Donghak, qui secoue alors la péninsule. Ce passage à l'acte s'effectue contre l'avis des gouvernements chinois et coréens.

Un pas en avant dans le continent qui déplaît aux Chinois, inquiets devant ce voisin gourmand qui s'autorise des responsabilités. Après des affrontements terrestres et maritimes, la guerre entre Japonais et Chinois débute officiellement le 1^{er} août 1894.

Au terme d'un peu plus de neuf mois de batailles, principalement remportées par les troupes du Pays du Soleil Levant, la Chine capitule et cède deux îles (Taiwan, Pescadores) ainsi que la péninsule de Liaodong.

Le Japon accroît alors son territoire et son influence. Ce qui mécontente cette fois-ci les Russes, mais aussi l'état français et l'empire allemand. Sous cette triple pression, le Japon rétrocède ses territoires-tributs de guerre.

Cependant, au cours de la décennie suivante, les Japonais ne pourront que constater les immiscions de l'Empire Russe dans les territoires qu'il a pris. D'une part, la construction progressive vers l'Est du Transsibérien russe, et notamment de sa partie « transsibérienne ». D'autre part, la concession d'exploitation de matières premières de la péninsule de Liaodong accordée par la Chine aux Russes en 1898. Enfin, l'obtention du protectorat de la Mandchourie pour avoir participé à la répression de la révolte des Boxers chinois en 1900.

Dans un jeu politico-économique complexe, les Russes demandent toujours davantage à des Chinois qui, eux, ont obtenu, lors d'un accord Sino-Russe en 1902, un retrait progressif des forces militarisées du Tsar installées en Mandchourie.

C'est cette dernière condition, suspendue par les Russes, qui va exaspérer les Japonais, et les sortir de leur rôle passif de spectateurs. Une fois un ultimatum révoqué, les Japonais déclarent la guerre aux Russes, le 10 février 1904.

Bien que se déroulant en dehors du continent européen, ce conflit armé se caractérise par l'opposition entre « deux peuples attentifs à se présenter en garants des valeurs occidentales », avec un souci certain d'apparaître en nation civilisée, quasi obsessionnel du côté japonais [23].

Ainsi, on observe dès les premiers mois de 1904 l'arrivée en Asie de bon nombre de correspondants de presse. Cet afflux journalistique débouchera sur une documentation importante autour de l'événement [24].

Les armées des nations occidentales se préparent également à une supervision rapprochée de la guerre. Leur mission, double, consiste en une observation de l'allié russe, se heurtant à des Japonais modernes et déterminés, ainsi qu'en un emmagasinement d'expérience d'un conflit contemporain.

Cette guerre va donc suscité en Europe un grand intérêt. Les moyens déployés par les belligérants sont colossaux, et on s'attend à une « guerre moderne ».

De plus, c'est l'antagonisme franco-allemand qui voit le jour dans ce conflit, entre les Russes alliés français depuis 1891 et les Japonais formés à l'école allemande.

Autant d'arguments qui mettront en lumière la psychiatrie de l'avant prônée par Autocratov.

Les premières références à la psychiatrie de l'avant sont donc retrouvées lors de ce conflit. Personnage prépondérant dans cette histoire, le psychiatre russe Autocratov. Faute de pouvoir extraire rapidement à l'arrière du front les blessés psychiques, en raison d'un Transsibérien non achevé, Autocratov et ses collègues psychiatres sillonnent le front à bord de charrettes hippomobiles et tentent de prendre en charge les chocs émotionnels sur place. Les cas les plus graves seront expédiés vers l'arrière, à Kharbin, où se trouve l'hôpital le plus proche.

Kharbin se situant à 200 kilomètres du front et en l'absence d'un Transsibérien fonctionnel, le transfert est chronophage. Il est parfois même nécessaire d'effectuer des évacuations sanitaires jusqu'à Saint-Petersbourg et Moscou. Autocratov privilégie donc des soins immédiats et espèrent un rétablissement plus rapide des blessés psychiques, dans l'optique d'un retour au front plus précoce.

Autocratov comptabilisera 3500 hospitalisations pour troubles psychiques de combats [6]. Certains furent d'allure confusionnelle. Pour exemple, *l'amentia stuporosa* décrit par Staikewicz.

Cependant, on ignore le nombre de prises en charge dans le cadre de cette psychiatrie de l'avant, de même qu'il est impossible de prouver son efficacité. De manière empirique, il a été rapporté que cet abord thérapeutique rapide pouvait permettre une réduction des symptômes et donc un retour sur le front plus précoce.

Adam Cygielstreich fut l'auteur d'observations particulièrement pertinentes, relevées lors de la guerre russo-japonaise [25]. Face à des troubles aigus, le psychiatre polonais associe les symptômes à des troubles de l'émotion, sur un terrain prédisposé, et pointe le côté confusionnel du tableau clinique.

Honigman, psychiatre allemand, a servi comme volontaire de la Croix-Rouge. Sans avoir les capacités statistiques de Autocratov, il a pu observer la même symptomatologie clinique que son collègue russe, dont il reprit les observations sur des troubles d'allure neurasthénique et hystérique. Il développa ainsi son concept de névrose de guerre, proche de la névrose traumatique de Oppenheim [16].

Au final, la guerre russo-japonaise verra des symptômes psychiques unanimement reconnus par les médecins et les militaires. Ce sera la première fois [6].

E. Le 20ème siècle : de multiples contextes se répercutant sur le psychotraumatisme.

Dix ans après cette guerre asiatique, éclatera le premier conflit mondial. Il sera le théâtre d'une explosion de l'intensité de la blessure psychique. Les tableaux cliniques se multiplieront, et la présence de psychiatres sur place amorcera la poursuite des théorisations entreprises jusqu'alors.

La sortie de la Grande Guerre correspond pour la psychiatrie à la sortie de l'aliénation. Psychiatrie, Neurologie et psychologie vont se développer. Psychiatres et neurologues, par un souci d'efficacité quotidien et dictés par des impératifs logistiques, auront fourni un grand travail nosographique. Celui-ci se développera sur l'importante documentation recueillie en ce début de siècle [10].

De plus, on peut noter un changement d'approche de la psychiatrie. Kraepelin (1856-1926) lui même le définira. Il estime un passage de la psychiatrie "clinique" à une psychiatrie "psychopathologique ». Ce changement se fera sous l'impulsion de deux courants: la psychanalyse et la psychopathologie phénoménologique, initiée par Minkowski. Alors, les groupements syndromiques vont prédominer sur les entités [26].

Rebondissant sur les théories ayant secouées la Grande Guerre, Mott, en 1919, incrimine choc physique et conditions d'horreur, qui engendrerait la crainte. De cet impact sur le cerveau, en découleraient deux situations : des manifestations hystériques (paralysie, contraction, trouble de la marche, tremblement et secousse) ou neurasthéniques (lassitude, fatigue, cauchemars...) [16].

Entre les deux guerres, la question du traumatisme et de ses conséquences à long terme s'étend dans le domaine de la médecine du travail. Pour Osnato (1925), la névrose de guerre et les troubles consécutifs à un accident du travail sont les mêmes [16].

Poursuivant ses réflexions dans *Au-delà du principe de plaisir* (1928), Freud vit le traumatisme comme effraction de la couche superficielle pare-excitatrice du

psychisme. Corps étranger, le traumatisme subissait de vaines tentatives d'expulsion et d'assimilation.

Dans la suite de la Grande Guerre, deux événements majeurs vont surgir dans l'histoire du XXème siècle.

D'une part, la seconde guerre mondiale. Son contexte brulant incitera l'édition d'une circulaire pour ressusciter la psychiatrie de l'avant, un temps oubliée, et remettre le plus rapidement sur pieds les blessés psychiques. De plus, elle sera le berceau du *debriefing*, pratique encore en vogue de nos jours [27].

D'autre part, la guerre du Vietnam créera un contexte problématique au niveau économique. L'absence de prise en charge des *Veterans* psychotraumatisés, faute de troubles reconnu dans les classifications, retentira sur une société américaine malade de ses anciens combattants. L'intégration du PTSD dans la 3^{ème} édition du DSM répondra à cette nécessité économique.

Nous développerons ces deux contextes par la suite.

Ce seront essentiellement les méthodes de prise en charge qui s'ajusteront ensuite aux réalités du terrain et aux réflexions théoriques. La circulaire Bradley de 1943 restant applicable, on peaufina surtout la prise en charge lors d'événements marquants.

En 1977, l'US Navy créa un *Special Psychiatric Rapid Intervention Team* (SPRINT), pour intervenir après les missions auprès des soldats. Deux ans plus tard, la prise d'otages à l'ambassade américaine à Téhéran vit la constitution des *debriefing teams*.

Le détournement de l'*Achille Lauro* (navire de croisière transatlantique détourné par le Front de Libération de la Palestine en 1985), celui du Boeing de la TWA à Beyrouth (la même année, par le Hezbollah), le crash à Terre-Neuve d'un avion militaire américain (le 12 décembre 1985, 256 victimes) ... furent autant de situations d'interventions de la *Stress Management Team*. La SMT fut créée par Robert Sokol, psychiatre de l'US Army. Ses principes reprenaient ceux de la psychiatrie de l'avant, sous l'acronyme BICEPS (pour *Brievity, Immediacy, Centrality, Expectancy,*

Proximity, Simplicity). Les interventions de la SMT s'organisaient en quatre phases : préparation, extraction-triage, *debriefing*, réinsertion avec encouragement à la récupération de l'autonomie [27].

Alors que Jeffrey Mitchell proposa aux sauveteurs le *Critical Incident Stress Debriefing* en 1983, K.Armstrong du s'adapter lors du tremblement de terre de San Francisco (17/10/1989). Le séisme de Loma Prieta fit 63 décès et 3757 blessés et plus de 69 000 sans abris. En raison de l'ampleur du drame, la prise en charge psychologique dut s'adapter. Il n'était plus question d'autant d'immédiateté, mais surtout de prendre le temps sur place. Les *debriefing* se déroulèrent par groupes de 20 personnes. Armstrong nomma cette configuration *Multiple Stressor Debriefing Model*. Il identifia des facteurs de stress inhérents aux missions de sauvetage, auxquels sont soumis les sauveteurs.

La Guerre du Golfe fut le théâtre de débriefing, effectués dans des conditions rustiques. Ils eurent pour but d'aider les sujets culpabilisés à reconquérir l'estime du groupe, ainsi que d'éviter les attitudes paranoïaques envers la hiérarchie. Une enquête rétrospective de R.KOSHES et B.ROWES (1992) ne reporterait que 150 soldats débriefés, soit 1/10 000. La pratique du *debriefing* pendant la guerre du Golfe déboucha sur la publication d'un ouvrage de vulgarisation en 1993 [27].

De plus, la guerre du Golfe vit la naissance d'un syndrome spécifique, alliant symptômes physiques et psychologiques [28].

De manière assez schématique et simpliste, le nœud du problème au Moyen-Orient se situait en Irak. Depuis un coup d'état en 1968, ce pays aux sols pétrolifères est dominé par le parti Baas, dont le leader est Saddam Hussein (1937-2006).

Son régime est dictatorial, et son tempérament belliqueux. Cocktail entraînant des guerres répétées : contre l'Iran en 1979 (jusqu'en 1988), au prétexte de maintenir la laïcité iranienne menacée par l'Iman Khomeiny ; puis contre le Koweït, en 1990, afin de s'emparer des réserves pétrolières koweïtiennes. La réplique américaine ne tarda pas, l'offensive du 17 janvier au 28 février 1991 chassa l'armée Irakienne. Elle fut nommée « Tempête du désert » (*Operation Desert Storm* [28].

Bien que relativement courte dans le temps (42 jours), l'Opération Tempête du Désert a mobilisé pas moins de 800 000 soldats, dont une majorité d'Américains. Les combattants avaient bénéficié d'une préparation particulière, au motif de la crainte d'utilisation d'armes chimiques et biologiques.

Cette menace insidieuse et mal connue maintenait les troupes en hypervigilance constante. Plusieurs alertes par jour conduisaient les soldats à se vêtir d'une combinaison « anxigène et inconfortable, laquelle modifie les perceptions sensorielles internes et externes » [28].

Ainsi fut décrit le « *Gulf War Syndrome* ». Il consiste en l'apparition de symptômes fonctionnels multi-systématisés et non spécifiques, apparus après un temps de latence de quelques semaines à quelques mois. 15% des sujets déployés au Proche-Orient s'en dirent atteints.

On note asthénie, céphalées, rash cutané, douleurs musculaires, troubles de la mémorisation et même dyspnée. L'étiologie est inconnue, même si les multiples toxiques auxquels ont pu être exposés les soldats sont incriminés. Des tests et dosages poussés seront réalisés, et aucun marqueur de souffrance physique objectif ne sera décelé.

Mais surtout, apparaissent des troubles psychologiques : asthénie, altération de l'humeur, fatigabilité, difficulté de sommeil, somatisation et troubles cognitifs, ainsi que des éléments du syndrome de stress post traumatique. Les Vétérans ont une vision négative de leur état de santé, ce qui est à l'origine d'une souffrance psychologique.

Au final, bien que les agents toxiques furent suspectés, scientifiques et politiques attribuèrent au stress une implication majeure dans l'apparition du *Gulf War Syndrome*.

Le « *Gulf War Syndrome* » est donc une nouvelle entité diagnostique associant symptômes physiques et psychologiques. Cette appellation fut introduite par David Brown, et fit la Une du Washington Post le 24 juillet 1994, via l'article « *Diagnosis Unknow : Gulf War Syndrome* ».

La nouvelle dénomination peut-être en lien avec les modalités d'expressions de ces souffrances, spécifiques au contexte culturel, politique et scientifique en

vogue[28].

D'une part, dans cette courte mais angoissante intervention militaire, la menace insidieuse de l'utilisation d'armes chimiques, relayée massivement par la presse, a pu être aussi toxique que l'utilisation réelle de ces armes. D'autre part, tenter une attribution externe des troubles permet en effet l'économie d'une réflexion psychique collective.

C'est dans l'accident de la Gare de Lyon (à Paris, en 1988), dans le drame du stade Furiani (à Bastia le 9/5/1992) ou encore dans la prise d'otages sur le vol Alger-Paris par le GIA (le 24/12/1994) que se bâtit l'expérience française en termes de prise en charge du psychotraumatisme. Ces événements débouchèrent sur les dix principes de L. Crocq [27].

Le psychotraumatisme français aura comme point culminant les attentats de 1995, qui seront le terrain propice à la création de la future Cellule d'Urgence Médico-Psychologique.

F. Le psychotraumatisme aujourd'hui.

Nous avons, en reprenant l'historique, évoquer les points de vue psychanalytiques. D'autres visions se sont ajoutées. Les abords cognitifs et neurobiologiques ont diversifié les discussions.

Dans l'approche cognitiviste, le PTSD est considéré comme un traitement non adéquat de l'information [29]. L'événement traumatique est vu comme une source d'informations multiples qui va modifier les schémas et croyances de base du sujet. De plus, des processus défailant d'interprétation des causes, des conséquences et des états émotionnels pourront déboucher sur une chaîne causale inadéquate [30]

Les processus neurocognitives sont mal connus. Le PTSD pourrait être le signe d'une altération des systèmes de mémoire implicite émotionnel et déclaratif.

Au niveau biologique, le trauma est vu comme le dépassement des mécanismes d'adaptation au stress au sein du locus coeruleus [31].

Coté conceptualisation, nous étudierons plus loin le cheminement mouvementé du PTSD dans la classification de référence qu'est le DSM.

En résumé, lors de l'édition de la première édition du DSM (1952), le PTSD peut se retrouver dans la *Gross Stress Reaction*. Cette entité est incluse dans les « troubles transitoires de la personnalité ». C'est un reflet de la pensée freudienne, malgré la détermination des membres de l'APA à se détourner des hypothèses psychanalytiques attachées au mot névrose.

A l'édition du DSM II (1968), le concept de psychotraumatisme disparaît, malgré de nombreux événements traumatogènes sur l'intervalle 1952-1968. L'entité pourrait éventuellement se voir reclassée parmi les « réactions d'ajustement aux situations de la vie adulte ».

Puis, dans le DSM III (1980) apparaît le concept de PTSD, nous verrons ultérieurement dans quel contexte, et quelles implications cette résurgence du psychotraumatisme a pu avoir.

Le psychotraumatisme vit le DSM IV (1994) reconnaître l'Acute Stress Disorder (Etat de stress aigu). Ce concept efface le vide laissé par le délai d'apparition des troubles de 28 jours, requis pour poser le diagnostic de PTSD. Avoir été témoin d'un événement adverse devient traumatogène. Et cette édition précise la nécessité d'un vécu subjectif négatif.

Récemment, le DSM V marque une migration des symptômes psychotraumatiques (ASD et PTSD) de la catégorie « Troubles Anxieux » à celle de « *Trauma and Stress-Related Disorder* ».

L'APA offre une nouvelle reconnaissance des syndromes psychotraumatiques. La diversité des formes cliniques est marquée par l'inclusion dans cette catégorie d'autres diagnostics : trouble réactif de l'attachement, trouble d'adaptation, trouble d'engagement social désinhibé, troubles liés aux traumatismes et au stress spécifié et non spécifié.

Comme auparavant, l'exposition à un événement adverse constitue le critère A, la liste s'allongeant de l'agression sexuelle ou de la menace d'une telle agression.

De plus, le manuel considère maintenant qu'un sujet puisse être traumatisé du fait de sa proximité émotionnelle avec une victime directe, ou parce qu'il a été confronté de manière répétée à des récits négatifs par le biais de sa profession.

Le critère lié à la réaction émotionnelle face à l'événement a disparu.

Concernant le PTSD, la distinction évolutive entre PTSD aigu et chronique, située à 3 mois, n'existe plus. Et au sujet de l'ASD, la liste symptomatique reste inchangée.

En termes d'évaluation, le psychotraumatisme, en tant que trouble psychique, dispose d'outils. La *Clinical administered PTSD scale* (CAPS) fait figure de référence. D'autres échelles semi-structurées, explorant l'ensemble de la vie mentale du sujet, peuvent être usitées (*Minimal international neuropsychiatric interview*, *Composite international diagnostic interview*)

Enfin, en termes de prises en charge, le traitement associe pharmacologie et psychothérapie [31].

Au niveau pharmacologique, les médicaments de référence sont les antidépresseurs sérotoninergiques. En inhibant la recapture de la sérotonine, celle-ci modulerait l'hyperstimulation du circuit de la peur par son effet régulateur noradrénergique au niveau du locus coeruleus.

Tricycliques et IMAO ont vu leur efficacité validée, bien que leurs effets secondaires limitent leur prescription.

L'abord psychothérapeutique est considéré comme « la pierre angulaire » du traitement du PTSD [31]. Il peut être d'orientations psychodynamique ou cognitive et comportementale (EMDR, Hypnose).

Quoiqu'il en soit, après des décennies de flou, le traitement du PTSD est de nos jours parfaitement codifié.

2. CINQ CONTEXTES QUI ONT EU UN IMPACT SUR LE PSYCHOTRAUMATISME.

Après cette revue rapide d'événements qui, dans la conceptualisation ou la prise en charge, ont eu une influence sur le psychotraumatisme, nous allons nous pencher sur la partie centrale de notre travail.

Nous avons fait un choix. Celui de cinq événements s'inscrivant dans des contextes sociétaux, culturels ou politiques particuliers. Ces contextes, pour des raisons différentes, eurent un impact sur le psychotraumatisme.

Comme tout choix, la sélection de ces situations peut se discuter car elle est arbitraire. Elle est la conséquence d'un choix personnel, donc critiquable. Ce choix se base sur une réflexion sur la légitimité de traiter tel ou tel sujet, mais aussi sur des intérêts intellectuels personnels.

Ces cinq contextes s'ancrent dans le XXème siècle, période éminemment fertile en élaborations autour du psychotraumatisme.

Nous aborderons les deux premières guerres mondiales, indépendamment l'une de l'autre. Puis nous nous arrêterons sur la Guerre du Vietnam, menée par les Américains, et sur les retombées qu'elle eut. Avant de conclure en France, sur la série d'attentats terroristes de 1995, nous nous attarderons sur un syndrome particulier, celui dit de Stockholm.

Pour chaque situation, nous nous interrogerons sur l'impact qu'a eu le contexte sur le psychotraumatisme. Qu'a-t-il apporté, en théories, en réflexions, en prises en charge ? Nous nous appuierons sur des travaux existants, évoquant cette question. Enfin, nous nous permettrons de poser des hypothèses, et essayerons d'en discuter.

A. La Grande Guerre (1914-1918)

C'est en partie par le biais des grandes passes d'armes du XXème siècle que s'est développé le concept de psychotraumatisme, bien que des descriptions ponctuelles antérieures sont à noter. Nous l'avons évoqué.

La Grande Guerre va bouleverser le milieu des aliénistes. D'une intensité jusqu'alors inégalée, elle va faire le lit de l'apparition de troubles du comportement et de troubles psychiques peu explorés jusqu' alors. Les « psychonévroses de guerre » vont éclabousser le quotidien des neuropsychiatres mobilisés. Bien que l'urgence soit dans les soins, le contexte sera propice aux réflexions. Ces élaborations seront soit à la recherche d'une étiologie, soit à but thérapeutique, dans l'objectif de remettre sur pieds, dans les délais les plus brefs, une population de blessés psychiques dépassant les prévisions.

Lieu des premières observations et études à grande échelle [3], la première guerre mondiale verra s'opposer théories post-émotionnelle et post commotionnelle.

Elle est le premier conflit qui utilise, dans le but de détruire et d'anéantir l'ennemi, des moyens industriels. La psychiatrie qui tente de s'y faire une place aurait, pour la première fois, une connotation « scientifique » [6].

Le conflit aura en Europe un rôle de catalyseur théorique. Celui qui, en Amérique, sera joué par le second conflit mondial et par la guerre du Vietnam [6]. La première guerre mondiale permettra une « prise de conscience » des symptômes psychotraumatiques [31]. En effet, l'ampleur des troubles psychiatriques dépassera toutes les attentes, nécessitant de grandes capacités d'adaptation en termes d'organisation des soins.

Après avoir évoqué le contexte géopolitique de ce premier conflit d'envergure mondiale, nous affronterons les différents points de vue et élaborations qui auront fleuri au cours des cinq années de guerre. Pour cela, nous reprendrons le cheminement de Karl Abraham avant de l'intégrer dans le contexte allemand, camp auquel il appartient.

Un camp qui cultive la suspicion et la défiance à l'encontre des blessés psychiques, qui ne sont d'ailleurs pas étiquetés comme tels, mais plutôt comme simulateurs. Une position qui existe aussi coté français, bien que la liberté de penser plus importante des médecins leur permettent d'avoir une vision plus humaine des soldats. Certains, comme Paul Voivenel, élaboreront des concepts qu'ils tenteront de diffuser afin d'éviter aux blessés psychiques des sanctions martiales inadaptées à leur problématique psychique.

Enfin, nous examinerons la position américaine, où comment un certain Thomas Salmon codifiera la psychiatrie de l'Avant, que nous avons déjà effleuré avec Autocratov, à peu près dix ans auparavant.

I. Contexte géopolitique, enjeux, et historique [32]

La première guerre Mondiale, désastre pour l'humanité au début d'un XXème siècle qui s'annonçait plein de promesses, fut un massacre à grande échelle. Terreau de haines futures et avant-garde d'une deuxième guerre mondiale qui ne mettra que 21 ans à éclater, elle vit 8 570 000 Hommes perdre la vie [33].

Le 28 juin 1914, l'archiduc François Ferdinand, probable héritier du trône autrichien, est assassiné à Sarajevo en compagnie de son épouse par un nationaliste bosniaque, Gavrilo Princip. Ce meurtre sera l'élément déclencheur du conflit.

Préalablement à ce fait historique, des alliances se sont formées au fil des ans. D'un coté, la Triple Entente regroupe Français, Anglais et Russes, ces derniers étant alliés aux Serbes. De l'autre, Allemands et Austro-Hongrois forment avec l'Italie, plus en retrait, la Triple Alliance.

L'assassinat de François-Ferdinand vient ébranler localement la situation politique. Après un mois de tensions diplomatiques, l'Autriche-Hongrie déclare donc la guerre à la Serbie. Mais par le jeu des alliances, la Russie et par conséquent Anglais et Français soutiennent les Serbes, alors que l'Empire Allemand se range du coté des Autrichiens.

Alors que la dernière campagne militaire –la guerre franco-prussienne de 1870/71- devient lointaine dans les mémoires, l'apparition de ce conflit est prise avec une relative légèreté. La conviction générale est que la guerre sera brève. Les Allemands souhaitent régler avec rapidité le front de l'Ouest (Français et Belges) pour mieux se concentrer sur le front russe. Ainsi, ils entament une « guerre de mouvements », misant sur leur artillerie et leur aviation de manière massive.

Cependant, au décours de la Bataille de la Marne, popularisée par l'utilisation des taxis, les armées se fixeront. Ainsi débute la guerre des tranchées, à la fin de l'année 1914.

Celle-ci durera trois ans, sur un front s'étendant de Verdun à Ypres. Elle sera le théâtre de plusieurs batailles, dont une des plus meurtrières du conflit, celle de Verdun. Prototype de l'enfer vécu par les soldats, la bataille de Verdun voit les Allemands pilonner la région à coups de canons lourds. La mobilité des troupes françaises est réduite à néant. Celles-ci essuieront 25 000 pertes les six premiers jours. Au total, 695 000 soldats, tout camps confondus, perdront la vie lors de cette bataille. De leur côté, les Allemands expérimentent l'utilisation d'un gaz toxique létal.

Alors qu'avec l'entrée officielle en guerre des Turcs, du côté Allemand, s'ouvre un nouveau front à l'est, avec comme enjeu majeur la prise du détroit des Dardanelles, les Italiens, jusqu'alors neutres, se rangent également du côté de la Triple Entente. En Aout 1916, la Méditerranée est donc dominée par l'Allemagne. Un des tournants de ce conflit sera, le 2 avril 1917, l'entrée en guerre des Etats-Unis d'Amérique.

Parallèlement, l'armée française vivra, en plus des horreurs liées à un combat sans merci, une crise morale d'importance : la confiance à l'égard des autorités militaires s'épuise, l'obéissance diminue, des mutineries éclatent, suivies par des répressions de la part de la hiérarchie. La réprime des protestataires est sans équivoque : 3500 arrêts sont rendus, dont 554 condamnations à mort et 1131 peines de travaux forcés.

Des échecs répétés sur le front occidental ainsi que la capitulation austro-hongroise en septembre 1918 vont conduire les Allemands à « accepter » les conditions de l'Armistice, ainsi que le Traité de Versailles.

En Russie, la guerre a provoqué souffrance et famine. Un processus révolutionnaire éclot, sous l'impulsion bolchévique, avec à sa tête un certain Vladimir Illich Oulianov, dit Lénine.

II. Place des psychiatres

Les psychiatres sont avant tout des médecins. C'est d'abord pour cette raison basique qu'ils seront envoyés en guerre, afin de faire profiter de leur savoir médical, parfois même dans des domaines bien différents de celui d'origine. Nous le verrons avec Karl Abraham.

Face à la guerre qui éclata brutalement, d'une réalité si sombre et contrastant avec l'enthousiasme avec lequel elle fut accueillie, les neuropsychiatres des armées se retrouvèrent, eux, face à une crise d'ordre professionnelle. En effet, ils ne possédaient pas les connaissances théoriques, qu'elles furent cliniques ou diagnostiques, pour traiter les milliers de cas de névroses de guerre. L'ampleur des dégâts psychiques avaient surtout des conséquences logistiques pour les armées [34]. Ainsi, dans les deux camps, les psychiatres se verraient soumis, avec plus ou moins d'intensité, à une pression militaire inhabituelle pour eux.

Les exigences de la situation furent les mêmes du côté allemand comme du côté allié. En termes d'efficacité, les méthodes alliées, et surtout françaises, se montrèrent supérieures [34].

Dans l'Empire Allemand

- Poursuite des conceptualisations psychanalytiques.

Lorsqu'arrive la première guerre mondiale, des disciples de Freud, tels Sandor Ferenczi et Max Eitingon, sont mobilisés pour accomplir des tâches militaires [35].

Parmi eux, Karl Abraham. Aux antipodes de son intérêt pour la psychiatrie, il occupa une place de chirurgien militaire. Il en relate les aléas et expose son ressenti dans la correspondance qu'il poursuit avec Sigmund Freud, son mentor resté au pays. Il est bon de noter que -ironie du sort ?-, le terme de traumatisme fut initialement réservé aux blessures physiques, avant de s'étendre aux souffrances psychiques. C'est d'ailleurs dans *Les mécanismes psychiques des phénomènes*

hystériques : communications préliminaires, dans *Etudes sur l'hystérie*, coécrit en 1893 avec Josef Breuer, que Freud notait que « le traumatisme psychique [...] agit à la manière d'un corps étranger qui, longtemps encore après son irruption, continue à jouer un rôle actif ».

Bien loin de son confort habituel, Karl Abraham affirma avoir cherché à compléter sa représentation des névroses traumatiques de paix. Il put accéder, dans la confrontation avec le vécu douloureux des soldats blessés, à une compréhension complète du quotidien des personnes souffrant de traumatismes.

Dans *Contribution à la psychanalyse des névroses de guerre*, publié en 1918, il exprimera son étonnement à retrouver des symptômes identiques en temps de paix et en temps de guerre. Bien que, de son point de vue, les névroses traumatiques, si l'on excluait celles qui survenaient à la suite d'accidents possibles en temps de paix, étaient rares.

Comme explication, il s'appuya sur une remarque de Freud, qui avançait l'idée que les Hommes se soient « habitués » à la guerre. Ainsi, Abraham expliqua son relatif petit nombre de névrose traumatique par une « certaine capacité d'adaptation de l'homme ». Mais de 1916 à 1918, Abraham découvrit un nombre bien plus important de névroses de guerre qu'en 1915.

Peter Gay, proclamé historien de la psychanalyse, précisa que « la Grande Guerre fut un vaste laboratoire où (certains) purent vérifier les hypothèses théoriques de la psychanalyse ».

De son côté, Sigmund Freud, rédige ses *Leçons d'introduction à la psychanalyse* d'août à novembre 1916, dans lesquelles il évoque ces névroses traumatiques de guerre. Ses réflexions seront reprises par Ernest Jones. Freud distinguera dans ses écrits la névrose traumatique de guerre de la névrose traumatique pure par « la présence de la peur d'un ennemi interne ».

- Attitude globale de l'armée allemande.

En marge de ces élaborations conceptuelles et d'une façon plus générale, du fait de sa position d'officier supérieur, le médecin allemand se considère comme un exécuteur des exigences de l'armée, au détriment de celles des malades [34].

Ainsi, on peut imaginer un déficit de sensibilité et de considération en tant qu'être humain, du médecin envers le patient. Point essentiel quand il incombait aux médecins un retour rapide sur le front des soldats nerveusement perturbés.

L'hypothèse privilégiée devant des troubles d'allure psychiatrique était donc le désir de ne pas retourner au combat. La potentialité d'une maladie mentale était difficilement admissible [3].

Alors que, nous l'avons vu, la théorie d'Oppenheim prônait l'existence de cause organique aux névroses traumatiques, un dogme attribua au soldat une mauvaise volonté dans l'accomplissement de son devoir pour expliquer l'absence de souhait de guérison.

Dans cet objectif, deux méthodes furent majoritairement utilisées: atténuer le diagnostic et majorer le traitement.

Ainsi, dans ce contexte, des traitements parfois brutaux mais souvent inefficaces furent mis en place : suggestion, physiothérapie, hydrothérapie, exercice de marche, isolation sensorielle et électrothérapie.

En effet, comme Freud l'écrit dans *Rapport d'expert sur le traitement électrique des névrosés de guerre* (1920), le soldat étant dans le rejet, conscient ou non, de sa vie de soldat, il faut l'écœurer encore plus de sa condition de malade. Le traitement électrique, particulièrement douloureux, est instauré en ce sens, et a en effet l'avantage d'un retour rapide au front [36].

Ironie du sort, ce sont donc des soubassements psychanalytiques qui serviraient de prétexte à l'utilisation de cette méthode proche de la torture, dans un but de rétablissement rapide de la fonction guerrière. Ces procédés seront rapidement décriés après le conflit [6].

Ceux décrits comme « guéris » devenaient rapidement rechuteurs, devant une réexposition précoce, ce à quoi les centres psychiatriques opposaient un refus ferme de réintégration.

L'un des rares défenseurs des soldats étiquetés simulateurs fut Victor Tausk [37]. Avocat de formation, puis psychiatre en 1914, il sera également appelé à des obligations militaires sur le front autrichien. L'originalité de ses travaux, en plus de l'écriture de ceux sur la schizophrénie -il sera le premier membre de la société psychanalytique de Vienne à étudier cliniquement les psychoses-, consiste en sa tentative de compréhension du phénomène de désertion. Il publiera *Sur la psychologie du déserteur de guerre* en 1917.

Son intérêt pour ce phénomène pourrait être mis en lien avec ses antécédents professionnels: la défense des criminels. Son nom sera donc associé à la défense des soldats. Un sujet qui le tiendra à cœur.

Dans l'armée française.

- Existence de doutes

Il serait abusif d'avoir une vision manichéenne de l'attitude médicale à l'égard des blessés présentant des symptômes d'ordre psychiatrique.

Il faut souligner la défiance qu'ont suscité coté français les troubles nerveux des blessés psychiques [10].

Dès 1915, Francis Boucherot, dans sa thèse, précisait que « *l'élément militaire, par son genre particulier de vie, par suite de circonstances exceptionnelles où il se trouve, subit l'influence de causes spéciales provocatrices de psychoses* ». Lucien Laffon rappela la nécessité de la création d'ambulances spécialisées et de centres de neuropsychiatrie. Malgré ces discours, le doute a longtemps subsisté quant à la véracité des troubles, même coté français.

André Gilles, médecin aide-major, décrit, dans les *Annales Médico-psychologiques* d'avril 1917, une multitude de tableaux cliniques, allant des tremblements d'allure choréique aux diverses paralysies. Le traitement serait à base de courant électrique, pour provoquer ou arrêter les mouvements.

Selon certains médecins, il s'agirait de simulation, et le terme pithiatisme (signifiant un trouble non organique dû à la suggestion et guérissable par elle) créé par Babinski revient en force pour caractériser les troubles.

Ces blessés psychiques qui furent réformés ne pouvaient prétendre à une quelconque pension. Ainsi était le souhait de la Société de Neurologie.

Babinski lui-même, déclara « qu'en matière d'hystérie, il ne saurait être question de réformes, d'incapacité et de gratifications ».

Les rapports de compte-rendu rédigés à la Société de Neurologie sont empreints de doute.

André Léri, cité par Mauran à partir des archives du Val de Grâce, affirmait que « les névroses de guerre sont presque toutes des manifestations hystériques ». Un compte rendu du professeur Pierre Marie, publié dans la revue de Neurologie de novembre 1915, emploie les termes d' « exagérateurs » et de « persévérateurs », qui « encombrent le service ».

Les neurologistes seront désarmés face à des symptômes dont ils doutent de la véracité.

- Généralités sur la simulation [36]

La simulation est un mode théâtralisé du mensonge. En médecine, il s'agit d'une manœuvre consciente, réalisée dans une recherche de bénéfices secondaires. Elle aura été à l'origine d'un soupçon permanent, qui aura longtemps préoccupé psychiatres et médecins militaires. Un soupçon qui place alors le médecin dans une position délicate. Non plus celle de soignant, mais celle d'enquêteur suspicieux.

La simulation offre aux psychiatres militaires une double casquette :

- Celle de soignant : c'est là la fonction première du médecin, et la simulation, malgré sa connotation péjorative, est le signe au minimum d'une inadaptation

du soldat, allant même jusqu'à la souffrance. Le fait, pour le soldat, d'en arriver à une telle extrémité est le reflet d'une impasse que le psychiatre doit prendre en charge.

- Celle d'expert. Le médecin, surtout le psychiatre, avait la mission de trier, entre les simulateurs et les « vrais » malades.

Ce double statut imposé aux psychiatres militaires a attiré leur attention sur ce phénomène.

La simulation permettait également, au niveau de l'autorité, de faire l'économie d'une réflexion psychopathologique à l'échelle à la fois individuelle et institutionnelle.

Le siècle précédent, les psychiatres estimaient que la simulation était l'apanage des personnalités psychopathiques et des alcooliques, et était alors un symptôme d'inadaptation et/ou de dégénérescence.

Puis pendant le premier conflit mondial, la suspicion autour de possibles simulations enfla. Pour Fribourg-Blanc qui fut près de 20 ans chef de service de l'hôpital Val-De-Grâce, « la simulation des troubles mentaux est bien trop difficile pour un sujet sain qui ne peut tromper longtemps un observateur expérimenté ». Or, lors de la première guerre mondiale, les psychiatres, tout aussi expérimentés qu'ils furent, ne savaient que trop peu à quoi s'attendre [36].

Nous l'avons vu, d'autres approches, comme celles de Freud et d'Abraham, tentent d'introduire la notion de névroses de guerre et de la distinguer de la simulation.

Mais force est de constater que, même la notion de névrose traumatique installée, les doutes et la suspicion quant à sa véracité sont omniprésents.

Moreau évoque dans son article « La question des névroses traumatiques et des névroses de guerre dans son état actuel », paru dans le *Journal belge de neurologie et de psychiatrie* en 1941, les comptes rendus des sociétés médicolégales qui portent un regard réprobateur à l'égard des victimes psychiques.

Ces dernières se verront affublées de termes et qualificatifs peu envieux : « pseudoinvalides », « soi-disants accidentés », « mécontents oisifs », « rapatriés paresseux qui campent un personnage de "héros ou martyr" », « milliers de parasites » a qui on incrimine des « saignées dans les caisses de l'État » [17].

En conséquence, le concept de névrose traumatique est victime de critiques, surnommée de « névrose lucrative », de « pathologie de la revendication » ou d'une « maladie de l'indemnisation »... Entres autres doux dénominatifs. Ce n'est plus l'accident qui est pathogène mais sa réparation.

De nos jours, le terme de simulation n'apparaît plus dans les ouvrages de psychiatrie militaire.

- Vision française des troubles [34]

Ainsi, chez les Français, la problématique était similaire à celle de leurs voisins et néanmoins ennemis allemands : il fallait faire face à des symptômes désarçonnants, et les traiter au mieux pour espérer une présence militaire conséquente au front.

La neurologie dominant la plupart des concepts mentaux, les psychiatres suivirent cette orientation neurologique, et proposèrent donc des traitements organiques. Et ce, malgré l'évidence de l'origine psychique.

Contrairement à leurs confrères germaniques, les psychiatres français ne subiront pas de pression de la part de leurs dirigeants. Il leur sera alors plus facile d'aborder le soldat comme être humain que comme chair à canon.

On peut distinguer trois raisons à l'efficacité des méthodes hexagonales [34] :

- Le niveau élevé de la médecine française, notamment de la neurologie.
- L'indépendance de la pensée des médecins français, soustrait à toute pression étatique.
- Le système démocratique français, se voulant porteur des valeurs de dignité et de droit de l'individu.

Selon Frasc, « à la fin de la guerre, la psychiatrie française aura réglé la question de la névrose traumatique », et que le premier stade aura été d'aborder le concept de « l'état confusionnel » de Capgras et Voivenel en 1917.

Voivenel, peu connu de nos jours, était neuropsychiatre à Toulouse, et il y acquit une certaine notoriété dans les milieux médicaux et intellectuels suite à des travaux sur la psychopathologie littéraire [38].

Lorsque la guerre éclate, il a 34 ans. Il restera, aussi longtemps que durera le conflit, dans la même division, au plus près des combats. De par cette position, il se présente comme témoin exceptionnel de la Grande Guerre.

Comme d'autres, de multiples questionnements l'atteindront. Notamment celui autour de ces troubles du comportement, induits par la durée imprévue de la guerre, les conditions de vie insupportables dans les tranchées... Ces désertions, fuites devant l'ennemi, passibles du peloton d'exécution, posent un problème majeur à l'armée. C'est un enjeu stratégique capital vu le manque potentiel en hommes.

A l'opposé du doute et de la suspicion de simulation, d'autres s'ajouteront à la polémique concernant les diverses étiopathogénies au sujet des blessés psychiques [10].

Face aux partisans d'une origine psychique (hystéropithiatisme, constitution émotive ou anxieuse) s'oppose les partisans d'une origine organique (syndrome commotionnel ou « shell shock »), et leur débat se fera par publications interposées.

L'origine organique a le vent en poupe. Le rôle attribué aux émotions est controversé. Les références à la Névrose traumatique de Oppenheim sont minimales. Les troubles anxieux, dans les manuels médicaux de guerre, sont réduits à de courts chapitres.

Dans cette « guerre » théorique, Paul Voivenel est de ceux qui vont faire jouer un rôle prépondérant aux émotions dans l'apparition des troubles du comportement. Il va se détacher de la tendance nosographique de la théorie de la « constitution » ou des « tempéraments ».

Il emploiera le terme de « trouble de l'émotivité », équivalent de nos « états anxieux » actuels. Le Toulousain regroupera ses observations pour constituer ce qu'il appelle « *la peur morbide acquise* » par « *hémorragie de la sensibilité* ».

Cliniquement, il s'agit d'un syndrome englobant :

- Des signes physiques :
 - o Troubles cardiovasculaires, digestifs, urinaires.
 - o Hyper-réflexie tendineuse.
- Des signes psychiques :
 - o Irritabilité et agressivité
 - o Tendance au repli

- Cauchemars répétitifs et troubles du sommeil
- Passivité

Voivenel distingue deux conditions de survenue (brutale, dans les suites immédiates d'une bataille, ou progressive et différée). Il refusera de parler de trouble mental véritable, arguant le caractère biologique de la peur, un état qu'il définit comme transitoire s'il est traité rapidement. Il nie également toute cause de prédisposition.

Il développe ensuite l'étiopathogénie : on retrouve la notion de « perte d'énergie psychique » (« hémorragie de la sensibilité »). Des émotions intenses sont à l'origine de cette baisse d'énergie. Cela aboutit à un état d'épuisement, sorte de « neurasthénie acquise », sous tendu par les dérèglements endocriniens évoqués plus haut.

Face à cette symptomatologie, Voivenel propose une prise en considération des plaintes des patients et un « repos émotionnel » de quelques jours. En l'absence de prise en charge précoce, il y a risque que les troubles se pérennisent, pouvant se compliquer de décompensations plus psychiatriques.

A partir de 1917, Voivenel tentera de faire reconnaître la « Peur morbide acquise » par des publications, et sollicitera même en janvier 1918 la *Société Médico-Psychologique*. Son souhait principal fut la prise en considération de ces troubles par les conseils de guerre, amenés à juger des délits militaires potentiellement rattachables à la pathologie décrite par Voivenel.

Ce sera chose faite, bien que la névrose traumatique ne sera reconnue comme ouvrant droit à une invalidité qu'en 1992.

Dans un récit du lieutenant Ménager, cité dans l'ouvrage du Dr Sarazin, et relatant un bombardement du 3 avril 1916, on peut discerner un état de stress aigu par la description clinique du médecin victime: dissociation mentale, déréalisation, dépersonnalisation, désorientation, amnésie, anémotivité, ainsi que l'effroi.

A la suite de ces constatations, Léry et Voivenel préconisèrent un traitement sur place, par le médecin de première ligne. Puis c'est Voivenel qui énoncera le premier la description de ce qui correspond dans le DSM IV à l'état de stress aigu.

- Plus en arrière, dans les asiles...

De leur côté, les aliénistes vont être mobilisés sur le front ou dans les formations militaires. De plus, des asiles sont vidés de leurs patients, de leurs surveillants, de leurs infirmiers psychiatriques. Les locaux seront réquisitionnés par le Service de Santé du gouvernement militaire de Paris [10].

Coté anglais : l'apport d'Ernest Jones [39]

Le courant psychanalytique, transnational, ne pourra ignorer les scissions qui se créeront du fait du premier conflit mondial. Ernest Jones, anglais de naissance, se retrouve éloigné de ses confrères qui sont en territoire ennemi. Jones côtoie la psychanalyse dès sa rencontre avec Freud, en 1908.

Comme ses alliés français, lui n'est pas soumis aux obligations hiérarchiques que provoquerait un statut de médecin militaire, qu'il n'a pas. Il va pouvoir avoir les coudées franches pour tenter de psychanalyser des névrosés de guerre.

Ainsi, il en reçoit à une époque où l'existence de cette entité pathologique était ouvertement niée, et l'apparition des symptômes reliée soit à de la simulation, soit à une origine contusionnelle.

En 1918, il affirme sa certitude en l'application des théories de Freud aux névroses en temps de paix, mais reste plus réservé concernant les névroses de guerre [40].

Lui estime que 2% des soldats anglais ont développé durant la guerre des symptômes névrotiques [41] et il est estimé que 200 000 combattants d'Outre Manche furent incompetents au combat pour cause de *shell shock* [42].

Ernest Jones rattachera la nébuleuse des chocs de guerre à la théorie freudienne. Bien que critiqué, il appuiera son point de vue par deux arguments:

1. la seule tension psychique ne peut pas être à l'origine des névroses de guerre. Si tel était le cas, il y aura beaucoup plus de névroses.
2. dans la théorie freudienne, les psychonévroses résultent de conflits inconscients, mis en évidence par la pratique de la psychanalyse, et Jones a pu en observer un nombre non négligeable avant la première guerre

mondiale, dans des contextes que nous avons déjà évoqués. Si névroses traumatiques en temps de paix et de guerre ont les mêmes symptômes, Jones estime que les étiologies sont identiques.

Il estime que des facteurs tels que les tendances héréditaires et les premiers rapports entre enfant et parents ont un rôle prépondérant. Qu'une adaptation à la guerre, puis une adaptation à la peur, toutes deux défailantes, ont lieu dans les névroses de guerre, qui permettent donc d'échapper aux horreurs de la guerre. De plus, il y a pour Jones un conflit intrapsychique entre devoir et incapacité, qui débouche sur les symptômes névrotiques. Enfin, en s'appuyant sur des travaux de Mac Curdy et William Rivers (in *The repression of war experience* en 1917), il avance la honte des soldats devant leur peur, à l'origine de leur désir de fuir. Ce désir est étranger à l'idéal du moi, d'où la création inconsciente de la névrose. Ernest Jones pense à l'inefficacité des psychanalyses dans le cadre des névroses de guerre.

Freud reverra et commentera les écrits et pensées de Jones. Il conclura en 1919 que "la névrose de guerre est un cas de conflit narcissique interne au moi, un peu analogue au mécanisme de la mélancolie".

Coté américain [34]

Les USA n'avaient pas d'armée avant 1917. Leur entrée en guerre les obligea à tout créer, y compris les services psychiatriques.

Percival Bailey, inspecteur des services neuropsychiatriques, avait pour adjoint un certain Thomas Salmon.

Ce dernier, en visite en Angleterre, prit note que le retour en Grande-Bretagne des blessés psychiques ne servait qu'à fixer les névroses, au contraire de la méthode française, qui optait pour un traitement près du front, toujours dans un but de fonctionnalité retrouvée précocement.

Appliquées à l'armée américaine, les statistiques montrèrent un pourcentage significatif de retours au front après une prise en charge de sept jours en centre spécialisé, et un taux de rechute de 4%. Ils estimèrent à 28/1000 le taux de pertes psychiques [33].

Observateur avisé, Salmon édifia, par le biais d'un ouvrage, ses 5 principes éponymes et affirma sa vision de la psychiatrie de l'avant.

III. Prolongement de la psychiatrie de l'avant

- Aspects pratiques

La psychiatrie de l'avant est, selon Louis Crocq, l'enseignement thérapeutique primordial de la Grande Guerre. S'appliquant aussi bien sur des décompensations éphémères de soldats épuisés et émotionnés que sur des cas plus complexes risquant le développement de névroses de guerre, la psychiatrie de l'avant prône la rapidité d'intervention, de prise en charge. Le but étant une remise sur pieds plus précoce, un retour au front plus prompt et ainsi un contingent de soldats moins lourdement amputé.

Pour exemple, Chavigny, en 1915, proposa la création d'unités psychiatriques de soins et de triage, réceptionnant les blessés psychiques du front et récupérant ceux envoyés en arrière dans la masse des blessés physiques.

Autre élément s'ajoutant à la précocité de la prise en charge : l'atmosphère. Une majorité des psychiatres des armées fit le constat d'un meilleur rétablissement dans une ambiance similaire à celle des unités. Granjux et Ballet souhaitèrent même la présence « du bruit de la bataille et la proximité des tranchées, ce qui rendra la réadaptation plus familière ».

Encore plus « en avant », Damaye émit en 1917 l'intérêt de l'existence d'une équipe psychiatrique mobile, sillonnant la ligne de front à la recherche de cas psychiques et dans le but d'effectuer un premier tri.

Chez les Russes, Khoroshko proposa la mise en place de « camps de réception » des soldats à problématiques psychiques aux croisements des routes d'évacuation des blessés.

Chez nos voisins transalpins, des unités psychiatriques, initialement au nombre de trois, s'installèrent à l'arrière du front. Elles furent le théâtre de prise en charge thérapeutiques multiples : en plus du traditionnel repos, la persuasion armée de courant faradique (Goria, 1916), l'hypnose et l'anesthésie générale (Brunetti, 1917), la narcose éthérée et la narcose chloroformique furent des pratiques employées.

Morselli, en 1916, affirma l'efficacité d'un tel système.

Outre-Manche, Collie créa les *casualty clearing stations*, centre de triage et de soins pour les blessés psychiques avant leur réintégration au front.

- **Les 5 principes de Salmon**

Thomas Salmon fut envoyé en Europe en 1915. Observateur critique de ces dispositifs, il visita les hôpitaux de guerre et s'attela donc à une réflexion plus approfondie sur la psychiatrie de l'avant, dans le but de conceptualiser l'ensemble.

Il constata l'efficacité des méthodes anglaises. Les britanniques, devant l'afflux inattendus de blessés psychiques, durent se réadapter, et au lieu de renvoyer en arrière leurs soldats émotionnés, ils les soignèrent à proximité du front. Les évacuations ne concernaient plus que les troubles chroniques, si bien qu'en fin d'année 1916, les rapatriements se voulaient rares [6].

Ainsi, il rédigea *Les soins et le traitement des maladies mentales et névrose de guerre –shell shock- dans l'armée britannique* (1917).

Pointant les effets négatifs du rapatriement des blessés psychiques aux USA (coût, altération du moral, désordre et risques d'indisciplines), il appuya l'idée de soins précoces, excluant ainsi les longs transferts vers l'arrière, propres à cristalliser le blessé dans des « convictions morbides ». Il insista lui aussi sur l'ambiance *shoulder-to-shoulder* des hôpitaux de proximité, qui constituerait en soi un support thérapeutique non négligeable, en plus de renforcer la solidarité inter-soldat.

Comme les Britanniques en avancèrent l'idée avec les *casualty clearing stations*, il approuva le concept d'unités neuropsychiatriques au niveau des nœuds de communication, aux doubles fonctions de soins et de triage.

Salmon conceptualisa donc ses idées, et édifia cinq principes aujourd'hui rattachés à son nom et à la psychiatrie de l'avant : Proximité, Immédiateté, Espérance, Simplicité, Centralité.

- Proximité (*proximity*).

Avec une extraction seulement partielle du front, le blessé psychique ne se sent pas en dehors de la bataille. Il n'en est soustrait que pour une parenthèse temporelle nécessaire à son rétablissement. Et peut ainsi se projeter dans un retour au front.

- Immédiateté (*immediacy*)

Concept encore présent de nos jours, la précocité de la prise en charge est mise en avant. Selon Salmon, elle évite l'amorçage d'un processus névrotique pathologique, ainsi que la méditation solitaire et oisive qui suggère le renforcement des symptômes prometteurs d'une échappatoire au devoir [6].

Le Docteur Déjérine, affecté au traitement des blessés atteints de lésions du système nerveux à l'hôpital de la Salpêtrière, ira dans ce sens. Dans son rapport du 1^{er} au 25 février 1915 qu'il envoya au Service de Santé du Gouvernement militaire de la ville de Paris, il affirma que « c'est en effet en grande partie de la rapidité et de la précocité avec lesquels le traitement est instauré que dépend la guérison (des blessés psychiques) » [10].

- Espérance (*expectancy*)

L'expectative dans l'espérance. Elle nécessite conviction dans la guérison, à la fois de la part du blessé, mais aussi de l'équipe de soins. Le patient devait être persuadé qu'il présentait une réaction normale à une situation anormale [43]. Le personnel devait donc être lui-même convaincu du bienfait des méthodes employées. Salmon suggérait même d'en exclure les médecins sceptiques.

- Simplicité (*simplicity*)

Simplicité des locaux, qui malgré cela restent un refuge paisible et bienvenu dans l'enfer des tranchées, et des méthodes de traitement, fondées sur la « suggestion persuasive », et à laquelle on adjoint parfois l'hypnose ou l'incitation faradique.

- Centralité (*centrality*)

Principe sous-entendant la cohérence du dispositif, la centralité implique l'existence d'une organisation hiérarchisée et échelonnée des antennes de l'avant vers les hôpitaux des États-Unis, en passant par les centres de traitement et de canalisation de l'arrière, ainsi que par les hôpitaux de l'intérieur et les camps de rééducation.

Cette centralité permet également une meilleure régulation et une évaluation quantitative, ainsi que le sentiment d'appartenance de chaque unité soignante à un système pourvu de sens et unidirectionnel.

Confiants en ces principes, tirés essentiellement de la pratique française, les Américains les développèrent en amplifiant l'aspect thérapie groupale ainsi que le soutien psychologique personnel.

La persuasion, directe ou indirecte, était également employée, notamment l'évocation de sentiments de culpabilité personnelle en cas de non-retour au front. Tout ceci toujours dans un même but : un retour au front du blessé psychique, et si possible le plus précocement possible [34].

IV. Enrichissements des tableaux cliniques [44]

Vaste laboratoire, la première guerre mondiale aura été un terrain propice à la violence. Les modalités et l'intensité avec lesquelles elle s'est exprimée a donné lieu à plusieurs tableaux cliniques, baptisés selon des vocabulaires guerriers. Certains déjà décrits seront pour l'occasion renommés, comme redécouverts. [C'est le cas du « Cœur Irritable » du médecin unioniste Da Costa, qui devient le *soldier's heart*, rattaché à 80 000 soldats pendant le conflit.

Le conflit verra le nombre de publications concernant le psychotraumatisme décoller [16].

Plus ou moins d'apparition chronologique, ces différentes présentations du stress post-traumatique sont rattachées à des périodes bien distinctes de la bataille, qui correspondent à des modes de combats différents.

En août 1914, le conflit en est à son commencement. Nous l'avons vu, c'est une guerre de mouvements, où artillerie et aviation sont privilégiées. Ce qui donne lieu à de nombreuses attaques d'infanterie. Corolaire regrettable, les pertes humaines sont considérables. Les soldats attaquent par avancées successives de 40 mètres avant de se coucher.

Milian, dans le Paris Médical du 2 janvier 1915, décrit chez les soldats un état confuso-onirique, proche de la dissociation (reconnue chez les Français), qui nécessite, en terme de soins, essentiellement du repos. Cette présentation sera appelée « l'hypnose des batailles ». Un terme faisant référence à l'hypnose de Charcot, mais qui tombera rapidement dans l'oubli [45].

Les Britanniques observeront également ce tableau clinique.

Côté Empire russe, l'*amentia depressivo-stuporosa* décrite par Schaïkewicz se rapproche aussi de l'hypnose des batailles : elle est décrite comme un état d'épuisement et d'hébétéude.

Plus symptomatiques dans leur description, moins intéressés par les manifestations psychiatriques, les Allemands décrivent des hallucinations et des illusions, qu'ils rattachèrent à un épuisement.

A cette guerre de mouvements fit suite celle de position. Le front se stabilise. Les armées s'enterrent dans les tranchées. La bataille de Verdun en sera l'exemple le plus marquant.

Cette situation durera de septembre 1914 à août 1916. Fut observée, chez les soldats pilonnés par une pluie d'obus, une pathologie à prédominance confusionnelle.

Par un rapport spécial à la Société Clinique de Médecine Mentale, le diagnostic de « confusion mentale » sera donc développé, en deux formes cliniques selon la chronologie d'apparition (brusque ou progressive).

De plus, de nombreux cliniciens élaboreront des syndromes divers. Tous auront comme point central des symptômes confusionnels, associés à des manifestations cliniques disparates.

On distinguera le « syndrome du vent de l'obus », le « syndrome du vent de l'explosif », l' « obusite », le « syndrome des traumatisés crâniens » et le « syndrome commotionnel ».

Mais le concept prédominant sera celui de *Shell-shock*, un tableau d'allure confusionnelle avec des troubles anxieux et émotifs d'importance. Identifié coté anglais, ce syndrome se différenciera en *nervous shock* et en *mental shock*.

Le terme de Shell-Shock sera utilisé pour la première fois le 6 février 1915, dans un article du Times, qui décrit le transfert vers l'arrière de soldats psychiques émotionnés [6].

Le même mois, Charles Myers le développe dans un article du Lancet. Il y décrit trois soldats admis à l'hôpital du Touquet, présentant perte de la mémoire, de la vision, du goût et de l'odorat » [46]. La clinique des trois combattants était quasi similaire, et ils avaient comme point commun l'explosion d'un obus dans leur très proche environnement. L'auteur évoqua une relation à l'hystérie [6].

Briole et *al.* estiment que les dénominations introduites pour décrire les symptômes psychiques (exhaustion = épuisement de combat, chocs de combat...) ont pour but d'éviter un rattachement à la psychiatrie [42].

En effet, l'approche organiciste est privilégiée en Angleterre. La théorie du *shell-shock* est privilégiée par rapport à celle de la simulation, même si le diagnostic est posé avec parcimonie, de peur d'une épidémie. Au moment de la découverte conceptuelle du *Shell-Shock*, les principes de la Psychiatrie de L'avant ne s'appliquent pas encore, et les blessés psychiques sont évacués vers l'arrière, d'où ils reviennent rarement [6].

Ernest Jones, psychanalyste dont nous avons déjà évoqué l'apport, estimait que le *shell-shock* trouvait son origine dans la « prédisposition, ainsi que dans l'amointrissement des capacités de réaction du fait des *stress and strains*, et de la cooccurrence d'un ébranlement de la substance nerveuse (*commotion*) et du psychisme du à un choc » [39].

La théorie du Shell-shock, qui se voulait organiciste, en lien avec un traumatisme physique [16], s'opposa naturellement à celle de War Neurosis (névrose de guerre), qui avançait une origine psychique [6].

D'un côté, le Shell-Shock évoquait le Syndrome du vent du boulet, de l'époque napoléonienne. On suspectait alors des contusions cérébrales, méningées, vasculaires ou encéphaliques.

A l'opposé, il y avait la thèse émotionnelle, qui employait les termes de neurasthénie, de psychonévrose de guerre.

Le psychiatre allemand Emil Kraepelin discuta de cette controverse dans son autobiographie, parue à titre posthume. Il y critiqua la trop grande facilité à rattacher les symptômes psychotraumatiques à de la simulation, afin d'échapper au front. Il relate des soldats britanniques condamnés à la fusillade pour cause de désertion, retrouvés en errant alors qu'ils étaient probablement en état de stress aigu.

Et il discute de l'opposition entre les thèses physiques, reprenant les hypothèses mises en avant avec le *railway spine*, et les thèses psychiques, où intervient la question de l'effroi et de la personnalité du patient. Il remet en cause l'idée que tous les symptômes soient liés à des traumatismes de l'enfance [6].

Babinsky et Froment tenteront de séparer, parmi les hystéries dues à la guerre, les formes organiques des formes émotionnelles [16].

Puis, il fut impossible de ne pas voir qu'une majorité de tableaux était dépourvue de symptômes confusionnels. Le versant altéré était surtout celui des émotions.

De multiples descriptions furent ainsi détaillées [44].

En effet, bon nombre des blessés psychiques présentaient des symptômes purement émotionnels, accompagnés de signes pseudo-neurologiques fluctuants et qui ne correspondaient pas à des localisations anatomiques logiques. Ainsi, il fut plus question de neurasthénie et d'hystérie, d'autant plus que l'atteinte physique semblait minime.

C'est le temps de l'anxiété, de la neurasthénie et de l'hystérie de guerre, qui correspond sur le terrain à un enlisement du conflit et à une baisse de moral des troupes.

On y retrouvera les terminologies d'Ictus émotif, de Dupré, de Raptus émotif de Dupré et Delmas et d'«état de distraction des grands émotifs », de Léri.

Sur la composante anxieuse, Lépine décrit en 1917 des états d'anxiété diffuse, d'impulsions anxieuses et parle de « délires anxieux » chez des patients sensibles aux rudesses des conditions de la guerre.

L'angoisse est également omniprésente dans les descriptions : crise d'anxiété dyspnéique de Roussy et Lhermitte, névroses cardiaques développées par Martinet (1916)...

La composante somatique se retrouve dans des goitres basedowiens (Berard, 1916) ou exophtalmiques (Pighini 1917), de syndromes thyroïdiens post-émotionnels (Pighini 1917) et de psoriasis post-émotionnels (Vignolo-Nutati ,1916). Dans le dernier cas, l'auteur, qui recensa 52 cas sur six mois de guerre, parla d' « explosion de peau par traumatisme psychique ».

Chaque camp développera ses tableaux, selon les prédominances de tel ou tel symptôme.

Très souvent, la notion de peur revient comme déclencheur de la symptomatologie. Les explosions, d'obus ou de grenades, sont souvent responsables.

Dans les antennes du front, qui auraient été créées dans un but d'éviter la « contagion mentale », l'étude des blessés psychiques attira l'attention des psychiatres sur l'hystérie de guerre. En premier lieu, ce furent les symptômes somatiques qui intriguèrent. Les rétrécissements du champ visuel, les mutismes, surdités, aphonies, paralysies, contractures, camptocormies, hyperalgies... que ce soit chez les Français ou chez les Anglais, qui cherchèrent, en plus de prendre en charge, à donner un sens à ces symptômes.

Ainsi que les troubles comportementaux, les fugues ou les actes médicolégaux, les états d'agitations ou états seconds.

Le caractère épidémique, par suggestion et contagion mentale, est évoqué.

Coté italien, on décrit « l'implantation de symptômes hystériques sur un état neurasthéniforme ».

Enfin, vers la fin de la guerre, ces tableaux d'hystérie et de neurasthénie vont se regrouper sous le vocable de « névroses de guerre ». En France, c'est le terme

de psychonévrose qui est employé, afin d'insister sur la participation psychique, car névrose n'a ici pas encore le sens freudien. (Freud étant peu connu en France, à cette époque).

Sous ce terme, de multiples présentations. Elles sont regroupées dans l'ouvrage de Roussy et Lhermitte (1917) intitulé Psychonévroses de guerre, sorte de catalogue peu sélectif. Cependant, les auteurs prennent parti pour les blessés psychiques accusés de désertion, d'abandon de poste... et proposent de les soustraire au tribunal militaire.

En Angleterre, le terme de *war neurosis* est employé à de multiples reprises, et Mott utilise celui de *war psychoneurosis*, s'installant sur un cerveau émotif prédisposé, perturbé par le conflit intrapsychique entre sens du devoir et instinct de conservation.

La fin de la guerre est l'occasion pour Oppenheim de relancer son terme de Névrose Traumatique.

Au sortir de la guerre, Freud et Ferenczi vont critiquer l'inanité des théories organicistes en vogue avant le conflit, et tenter d'apporter du crédit psychodynamique et économique du traumatisme [3].

CONCLUSION

Revenons à notre question de départ. En quoi la première guerre mondiale aura-t-elle eu un impact sur le concept de psychotraumatisme ?

Par l'ampleur destructrice qu'il eut, ce conflit offrit de multiples cas cliniques, avec une diversité importante dans les présentations. On peut le définir de particulièrement traumatogène, un aspect de plus en plus fréquent dans les guerres, en raison des moyens utilisés. La révolution industrielle apporte aussi son lot de progrès négatifs, et l'augmentation des capacités balistiques implique logiquement un risque plus grand de traumatisme et physique, et psychique.

Surtout, la première guerre mondiale n'aurait pas eu tant d'impact sur le concept de psychotraumatisme si sur place, il n'y avait pas eu tant de psychiatres. En tant que médecins, ils trouvèrent leur rôle sur les lieux du conflit, parfois même dans des spécialisations autres que la psychiatrie. Leur présence au front permit et l'observation des blessés psychiques, et des réflexions théoriques. Celles-ci furent nombreuses, aux noms multiples, intriquées cliniquement les unes aux autres, et sujettes à débats. Les psychiatres eurent donc à défendre leur point de vue sur l'état des blessés psychiques, et pour certains, tenter de les sauver du peloton d'exécution.

Enfin, la première guerre mondiale vit se développer et se conceptualiser le principe de Psychiatrie de l'Avant, dans les faits et sous la plume de Thomas Salmon. Effort d'écriture qui ne sera malheureusement pas apprécié vingt ans après, durant la guerre 39-45, où ces principes seront éludés.

Au final, par la multitude de tableaux cliniques, la première guerre mondiale donne une impression de désordre. Deux thèses, organiciste et psychique, s'intriqueront un peu et s'opposeront beaucoup.

La présence des psychiatres sur place aura permis une agitation intellectuelle sans précédent autour du traumatisme et de sa prise en charge.

A la sortie du conflit, les réflexions reprendront un rythme plus modéré, sans la pression du combat, et essentiellement sous l'influence du courant psychanalytique.

B. La Seconde Guerre Mondiale.

A peine le monde s'est-il remis d'une première guerre mondiale sanglante que renaissent, au cours des années 1930, des velléités belliqueuses.

Les progrès technologiques et la mentalité de guerre totale modifièrent la logistique et la balistique dans chaque camp. Cependant, le décalage entre le premier et le second conflit mondial fut, en termes de violences de terrain, moins important qu'entre les guerres napoléoniennes et la Grande Guerre. Bien que l'appui de l'aviation et des chars terrestres se voulut plus décisifs, la seconde guerre mondiale resta une guerre de terrain.

Ainsi, les facteurs externes propices aux psychotraumatismes restèrent les mêmes. Cependant, concernant la prise en charge, il y eut un bref retour en arrière. Comme si l'intervalle avait été trop court entre les deux conflits, les leçons sur la prise en charge des blessés psychiques furent mises de côté, à l'aube de la seconde guerre mondiale. Non assimilées, elles remettront plusieurs années à émerger de nouveau à l'esprit des dirigeants des deux camps.

Il ne sera pas question d'apitoiement, de condescendance ou de compassion à l'égard des blessés psychiques. Simplement, la nécessité de prise en charge s'inscrira dans une logique logistique pour parer au manque de soldats dans un conflit meurtrier, présentant de multiples fronts réclamant d'être alimentés en combattants.

Pour développer notre propos, nous planterons le décor par un rappel rapide des événements. Puis nous évoquerons les modifications théoriques autour du traumatisme qui eurent lieu en toile de fond des réflexions de prise en charge.

Réflexions de prise en charge sur lesquelles nous nous attarderons, au travers de deux faits marquants.

Tout d'abord l'édition de la circulaire Bradley, en 1943, qui se veut directive à l'égard des psychiatres. Ou comment le contexte influe une fois de plus sur la prise en charge.

Puis la création des groupes de débriefing par S.Marshall, à partir de son expérience de terrain. Idée qu'il conceptualisera en 1947, sous le vocable de *Historical Group Debriefing*, est traversera le temps et les guerres pour arriver jusqu'à notre époque.

I. Historique des événements.

- L'entre-deux guerres, genèse en filigrane d'un conflit.

En 1918, la première guerre mondiale déboucha sur le Traité de Versailles. L'Allemagne, vaincue, est désignée comme le principal responsable du conflit, et les conséquences sont lourdes pour le peuple germanique. En effet, cet accord unilatéral stipule :

- L'amputation de 10% de son territoire à l'Allemagne.
- L'indépendance de la Pologne.
- Des droits de réparations à payer aux pays vainqueurs.
- Le désarmement de l'Allemagne, avec l'interdiction de posséder une armée opérationnelle.

Ces multiples mesures, jugées par certains alliés comme excessives, seront à l'origine de sentiments de revanche chez les Allemands. Un climat de tension croissante apparaîtra, au fur et à mesure que l'état allemand enfreindra ces règles. Sur la rancœur née du traité de Versailles, certaines idéologies émergeront. L'Allemagne, devenue république en 1919, sera progressivement sous le joug du parti nazi, dirigé par Adolf Hitler.

Le contexte mondial est à la crise économique. Le communisme se répand en Russie et s'immisce en Chine, engendrant en réaction des systèmes politiques conservateurs en Italie, et en Allemagne, donc. Les idéologies totalitaires s'engouffrent dans ce climat économiquement fragile.

- La seconde guerre mondiale.

Au prétexte d'une violation territoriale, l'Allemagne envahit la Pologne le 1^{er} septembre 1939. Deux jours plus tard, face à des autorités allemandes sourdes aux protestations internationales, Français et Britanniques leur déclarent la guerre.

Alors que les usines s'activent de part et d'autre, on assiste initialement sur le front occidental à la « drôle de guerre ». Les positions sont statiques de part et d'autre, l'attente prime, et pendant que l'armée polonaise tombe dans les griffes allemandes, l'hiver passe. Une saison d'observation mise à profit par les nazis, qui, début mai 1940, passent à l'offensive : c'est la Blitzkrieg, la « guerre éclair ».

Le 22 juin 1940, le Maréchal Pétain, appelé au secours, signe une convention d'armistice avec l'Allemagne. Le régime de Vichy se met en place, alors que la moitié nord de la France tombe sous la coupe allemande.

Cette guerre, qui se poursuivra en France sous forme de résistance contre l'occupant et les collaborateurs, aura un retentissement mondial. Le conflit s'étendra en Afrique (division de l'Afrikakorps de Rommel contre les troupes du Général Montgomery), dans le Pacifique (conflit américano-japonais) et en Russie.

Point d'orgue désastreux de cinq années, les deux bombes atomiques catapultées au Japon, aboutissant à la capitulation du pays nippon. D'un point de vue sociétal, la seconde guerre mondiale sera l'apogée de la guerre totale [6]. Dans les deux camps, on pratique l'effort de guerre. La nation toute entière est tournée vers le conflit, chaque citoyen est un maillon d'une chaîne qui conduit jusqu'au front. De plus, fait nouveau, les populations civiles seront ciblées.

II. Prise en charge des blessés psychiques et réflexions diagnostiques.

- Attitude et prise en charge initiale face aux blessés psychiques.

L'attitude globale affichée par rapport aux blessés psychiques lors de la Grande Guerre aura évolué. D'un rapatriement initial vers l'arrière des soldats, on privilégiera une prise en charge près du front.

Outre les réflexions théoriques multiples, parfois opposées, la première guerre mondiale accoucha d'une conceptualisation de la prise en charge de ces patients psychotraumatisés. Ce sera la Psychiatrie de l'avant. L'américain Thomas Salmon s'efforcera à une rédaction de cinq principes : immédiateté, proximité, espérance, simplicité et centralité.

Cependant, lorsqu'éclata une guerre que (presque) tous souhaitaient éviter, ces leçons tombèrent aux oubliettes. Les armées furent insuffisamment prêtes à l'ampleur, une nouvelle fois importante, de la blessure psychique [6]. Au lieu de soins à proximité du front, c'est vers l'arrière que seront évacués les blessés émotionnés [8].

Source d'embarras, les patients psychiatriques étaient vus comme des fardeaux inutiles [6].

Même coté anglais. Les Britanniques eurent lors du premier conflit une attitude plutôt bienveillante à l'égard de leurs patients psychiatriques. Dans l'effervescence de la guerre, ce ne fut plus le cas. Dans un discours au président du conseil Britannique Sir John Anderson, en 1942, Winston Churchill montre son peu d'intérêt pour la frange psychiatrique de ses soldats évacués [6].

Coté Américain, la situation est similaire. Les leçons de la première guerre mondiale sont oubliées, et, lors des premières batailles en Afrique, des blessés psychiques sont envoyés à plusieurs centaines de kilomètres du front, et d'où ne reviennent que 5% [6].

Aucun psychiatre n'est affecté au front, et aucune provision pour une éventuelle équipe de prise en charge psychiatrique n'est prévue. . Le nombre de patients psychiatriques est alors estimé à 43/1000/an [16].

Coté Allemand, la situation n'est guère reluisante. Les troubles psychiatriques de longue durée n'étaient pas tolérés, et assimilés à des tares. On préfère se délester des faibles [6].

S'appuyant sur des témoignages de Vétérans alsaciens contraints à servir dans la Wehrmacht, Crocq relate la prise en charge des blessés psychiques outre-Rhin : lait, chocolat, repos [6]...

Enfin, coté Français, la défaite prématurée entraîna une désorganisation complète des soins psychiatriques à apporter aux combattants [33].

- **Réflexions autour des diagnostics.** [16]

Alors que la première guerre mondiale vit discussions et élaborations multiples autour du traumatisme, la priorité était d'abord donnée à la prise en charge lors de la guerre 39-45. Néanmoins, quelques réflexions furent apportées.

Ce fut surtout le cas au sujet des concepts psychodynamiques. Fairbairn (1943) parla de régression et d'anxiété de séparation dans la névrose de guerre. Rado (1943) vit chez le névrosé de guerre un soldat ayant peur des responsabilités et Horney un échec de l'image idéale du Moi. Flournoy (1943) assimila la guerre à un vecteur de résurgences des conflits psychonévrotiques de l'enfance. Lidz (1946) expliqua les cauchemars comme un souhait de suicide dû à la perte d'une relation. Enfin, Grauer pensa que le stress altère et épuise le Moi, et change les limites d'avec le Surmoi.

Gillepsie (1945) est un des rares à avoir une approche pavlovienne, et voit dans les éléments post-traumatiques une réponse physiologique. Kardiner, à la fin de la guerre, après avoir déjà étudié les Vétérans de la WW1, insiste sur le critère immédiateté et développe son propre concept, l' « ego contraction ».

En termes de description syndromique, on peut noter celle de Gurevich et Sereyskiy. Ils détaillèrent une « *affective shock reaction* », associant des signes cardiovasculaires et vasomoteurs, et rappelant le syndrome de Da Costa [6].

En 1945, Grinker and Spiegel publièrent *Men Under Stress*, dans lequel ils décrivent 65 cas cliniques, et distinguent des réactions au combat aigues et des réactions retardées (avec névroses de guerre, culpabilité, fatigue opérationnelle, dépression, psycho somatisation, hostilité...), avec des références psychanalytiques.

III. L'impact du contexte sur le psychotraumatisme.

- La circulaire Bradley.

La situation du psychotraumatisme dans cette guerre aurait pu en rester à cette quasi-indifférence, à ce mépris et cette absence de prise en charge réfléchie. A ces retours à l'arrière peu contributifs, qui éloignaient les blessés psychiques d'une zone de combat où ils n'avaient provisoirement plus leur place.

En plus des deux fronts européens, à l'ouest et à l'est, une troisième interface de combat s'ouvrit à l'entrée en guerre des Italiens de Mussolini, en septembre 1940. Ce front s'étendait sur le Maghreb, jusqu'à l'Egypte et la Lybie.

C'est en 1943, lors de cette campagne d'Afrique du Nord, que le principe de psychiatrie de l'avant est redécouvert. La **circulaire Bradley**, du 26 avril 1943, rédigée par Omar N. Bradley, sur les conseils de Frederick Hanson, est éditée.

Les psychiatres reçurent des ordres :

- Chaque blessé psychique devait observer une période d'arrêt de sept jours, à proximité du front, sans évacuation lointaine qui signait la plupart du temps le non-retour.
- Le terme de « *exhaustion* » devait initialement être accolé au diagnostic. Un terme qui se voulait (volontairement) neutre, afin d'éviter toute connotation psychiatrique. Il n'était plus question d'utiliser le terme de « névrose de guerre » [33].

Ce terme évoquait une réaction « normale à une situation anormale », et on utilisait la métaphore d'« atteinte d'un pont de rupture », d'un « *breakdown point* » [33].

L'idée était d'appliquer les principes de la psychiatrie de l'avant, rédigés plus de 20 ans en arrière par Salmon.

Au total, le but était de « récupérer » des soldats efficaces pour le combat. Il est estimé à 50-70% le taux de retour sur le champ de bataille des patients, via l'application de ces principes [16].

- **La naissance du debriefing.**

En termes de prise en charge, la seconde guerre mondiale vit la naissance du débriefing [27].

Alors que jusque là, ce terme appartenait au jargon des aviateurs, un officier, S. Marshall s'en empara. Il saisit l'idée d'effectuer des bilans psychologiques suite aux interventions militaires. A la manière des pilotes d'avions, qui de retour à la base, échangeaient techniques, bilans de mission mais aussi émotions, sur les camarades tombés ou les frayeurs ressenties.

De manière empirique, Marshall constata le bénéfice de ces réunions : gains de motivation, de cohésion de groupes, d'efficacité au combat...

Il décida de codifier cette pratique. Il demanda aux soldats d'infanterie de verbaliser l'expérience vécue lors d'une mission, selon un déroulement chronologique. Il baptisa cette méthode *Historical Group Debriefing*, en 1947.

Ce moment de narration des incidents était donc un temps d'écoute et de réflexions, de mise en avant des émotions, des sentiments. La consigne de Marshall fut de donner le maximum de détails, et il prônait l'abolition de la hiérarchie lors de ces temps si particuliers, loin du bruit et de l'agitation du terrain.

Ce temps permettait à chacun de trouver une place dans des événements racontés du point de vue de l'autre, en plus du sien. Il amenait également à la compréhension, à une confortation du *self-estime* et à une augmentation du sentiment d'appartenance au groupe.

Marshall mit en avant quatre facteurs bénéfiques [27]:

- La valorisation du rôle individuel du combattant.
- La mise en valeur de la mission de son unité.
- L'évacuation des émotions, frustrations et rancœurs.
- La mise à distance des passages à l'acte impulsifs, via la verbalisation.

Ainsi, c'est dans un contexte de combat, devant une nécessité implicite d'évacuation des émotions et de réappropriation des événements que naquit une

pratique qui se développera dans les décennies ultérieures, pour prendre l'importance que nous lui connaissons aujourd'hui.

A distance et dans un autre contexte, l'efficacité des « *Historical Group Debriefing* » fut démontrée sur l'anxiété, l'estime de soi et la cohésion de groupe [47].

DISCUSSION.

Le contexte créé par la seconde guerre mondiale fut propice à influencer la prise en charge du psychotraumatisme.

Le temps ne fut pas aux élaborations conceptuelles. C'est plus dans la conduite à tenir que les événements de l'Histoire influèrent.

Par l'ouverture de plusieurs fronts, la seconde guerre mondiale créa le besoin de soldats afin d'affronter l'ennemi. Coté allié, les pertes psychiques importantes, dont l'ampleur était inattendue, incita un militaire à ordonner au corps médical une prise en charge psychiatrique préexistante, mais non appliquée. Les contraintes logistiques influèrent donc sur les soins, et sur la façon de les prodiguer. Il y eut tentative de récupération des hommes, de les refaire passer du statut de patient à celui de soldat. Coté Allemand, ils étaient considérés comme perdus.

De plus, ce fut un historien, sans vocation à la psychologie, qui expérimenta le *debriefing*. Le tout sans soubassements théoriques mais simplement en se basant sur de l'empirisme. D'une méthode de fonctionnement des aviateurs, il en fit une pratique qui s'étendra dans les décennies à venir.

Ainsi, ces deux phénomènes montrent l'influence que peut avoir le contexte sur le psychotraumatisme. La notion d'urgence des besoins a fortement impactée la prise en charge des blessés psychiques.

CONCLUSION.

Ainsi, dans ce dernier conflit d'envergure mondiale, on ne fit pas qu'observer. On tenta de récupérer des soldats par la mise en place de soins. De nouveau, comme 25 ans en arrière, la psychiatrie de l'avant revint à la surface, dans la gestion immédiate du psychotraumatisme. Il faut traiter immédiatement et à proximité. Bien que ce fonctionnement soit de mise lors des guerres de Corée et du Viêtnam, il est à l'opposé de celui prôné par la CUMP, cinquante ans plus tard, préférant l'extraction.

Les événements qui s'intercaleront nous donneront des hypothèses quant à ce revirement de pratique.

C. Le retour des *Veterans* de la Guerre du Vietnam (1964-1973)

« Je me sens la plupart du temps déprimé, et ça dure depuis des années. J'ai connu des moments où j'étais tellement déprimé que je ne quittais pas mon sous-sol. Ce sont des moments où je me mets à boire sec. J'ai même pensé à me suicider. J'ai un vieux 38 que j'ai ramené de Nam. A plusieurs reprises je l'ai chargé et je suis resté là. Une fois, j'avais mis le canon dans ma bouche, le cran d'arrêt retiré. Je revoyais Smitty à Nam, la cervelle étalée dans le bunker. Merde ! J'ai fait le max pour rester sur terre et rentrer au pays, je peux pas foutre tout ça en l'air. Pourquoi, moi, je m'en suis sorti et pas lui. Il doit y avoir une raison. » [48]

Ce témoignage d'un Vétéran du Viêt-Nam est caractéristique de bon nombre de ces soldats américains, de retour d'Asie du Sud-est. Taraudé par la culpabilité d'être en vie, au contraire de ses anciens camarades, il est aux prises avec une angoisse envahissante et victime de reviviscences traumatiques. Il en résulte un usage de toxiques à but anxiolytique, ainsi que des idées suicidaires.

De notre regard avisé de connaisseurs, du haut de nos années 2010, il est facile de déceler des symptômes francs de syndrome de stress post-traumatique. Des séquelles psychologiques d'un combat sans merci où chaque jour la vie est remise en jeu. Pourtant, peu de choses furent mises en place pour aider et prendre en charge ces *Veterans*. Et pour cause. Comment soigner une « maladie » qui alors n'existe pas ?

Or, de nos jours, nous savons que la Guerre du Viêt-Nam a joué un rôle prépondérant, par le biais de ses conséquences psychologiques sur les GI's, dans la conceptualisation et la reconnaissance du syndrome de stress post-traumatique [2]. Nous tenterons donc d'explorer par quelle(s) voie(s)/voix la mise en lumière de cette constellation symptomatique a pu se faire.

En effet, une maladie a une existence objective dans le monde, découverte ou non [2].

Dans un premier temps, nous reviendrons sur les événements qui se sont déroulés en Asie du Sud-est dès la fin de la seconde guerre mondiale. Puis nous nous pencherons sur la situation et le statut des Vétérans américains, de retour au pays, dans un climat inattendu. Enfin, nous tenterons de comprendre quels furent les soubassements qui conduisirent à la création et l'intégration dans le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) de l'entité Posttraumatic Stress Disorder (PTSD).

I. Historique : Une guerre de 35 ans [49]

Il est usuel de distinguer, en France, la guerre d'Indochine de celle du Viêt-Nam. C'est à travers notre vision occidentale que nous séparons arbitrairement ces deux événements. Pourtant, les lieux de combats furent les mêmes.

L'« adversaire », bien que nommé différemment, ne changera pas. Si l'on considère les événements du point de vue vietnamien, il ne fut question que d'une seule guerre, qui fit environ 1,5 million de morts.

L'ennemi fut d'abord français, occupant prônant la légitimité de son empire colonial pour tirer bénéfice de la péninsule indochinoise.

Puis ce furent les armées américaines qui intervinrent pour tenter d'écraser l'agitation subversive du Viêt-Cong. Le tout sur fond d'anticommunisme, mais sous-tendu par des objectifs stratégiques militaires et économiques.

Soit un seul conflit, s'étalant sur plus de 35 ans, un seul cadre, mais des enjeux et adversaires différents.

Pour comprendre plus en profondeur les fondements de la guerre du Viêt-Nam (1964-1973), revenons quelques années avant, en 1946, alors que les braises de la seconde guerre mondiale sont encore chaudes. Cette année-là débute la guerre d'Indochine.

En 1939, l'Indochine est un ensemble disparate de protectorats et possessions françaises, et ce depuis 1905, qui correspond aux états actuels du Cambodge, du Viêt-Nam et du Laos. Territoire conquis par diverses opérations militaires au cours du XIX^{ème} siècle, l'Indochine est peuplée d'autochtones relativement réticents à l'occupant français. Issus d'une tradition de résistances,

notamment contre le voisin chinois, ils acceptent mal le souhait français de faire de la péninsule indochinoise une plateforme d'exploitation sur le plan économique, par le biais de taxes et d'impôts. De plus, les dirigeants de l'Hexagone se réservent le contrôle des commerces d'opium, d'alcool, de sel et de riz. Les plantations d'hévéas sont intensivement travaillées par des Vietnamiens dans des conditions rudes. Toutes ces conditions créent un sentiment d'aliénation, lui-même propice à une colère sourde et encore peu exprimée.

La seconde guerre mondiale aura son importance dans le bouleversement de cet équilibre. Les Japonais, alliés des Allemands, vont grandement fragiliser les forces françaises en Indochine et involontairement encourager la création de forces locales anti-françaises.

En effet, le parti communiste indochinois décide, en 1941, la création d'un Front National, armé d'une organisation militaire, le Viêt-Nam Lap Dong Minh. Plus connu sous le nom de Viet-Minh, son dirigeant emblématique est Nguyen Aï Quoc, qui se fera appeler par la suite Ho Chi Minh.

Alors que, défaits en métropole par l'Allemagne nazie, les dirigeants français concèdent aux Japonais l'occupation de l'Indochine, ce n'est qu'en 1943 qu'ils constateront le degré d'infiltration du territoire par le Viet-Minh. Ils tenteront une reprise en main, aux résultats positifs.

En Mars 1945, les Japonais envahissent la péninsule et écrasent les forces françaises. Afin d'annihiler la puissance coloniale, ils promeuvent le développement des groupes autochtones.

La seconde guerre mondiale se termine, avec la capitulation de l'occupant japonais.

Au Nord, éclot la République Démocratique du Viêt-Nam, d'obédience communiste, sous la direction de Ho Chi Minh.

Au sud se rétablit la souveraineté française. Fragilisé sur le terrain, le général de Gaulle négocie donc avec le Viet-Minh. Ce dernier se chargera du désarmement des Japonais, et verra gonfler sa capacité balistique pour créer des milices locales dans les villages.

Alors que, dans les hautes sphères de l'armée française comme sur le terrain, la tension est palpable, un événement meurtrier, le 23 novembre 1946, va enflammer la poudrière : des heurts entre militaires français et vietnamiens éclatent au Port

d'Haïpong. La ville se barricade, l'armée hexagonale réplique violemment. Six mille civils seront tués. La guerre d'Indochine a débuté.

Bien que logistiquement mieux pourvus, les Français peineront face au Viet Minh, plus nombreux et adoptant des techniques de guérilla, et perdront le contrôle de nombreuses villes et axes routiers.

En 1949, le conflit prend une tournure internationale. Ho Chi Minh peut compter sur le bloc communiste, alors que les Français reçoivent l'appui logistique des USA, sur tous les fronts antibolchéviques. Les Américains, de leur côté, débutent la guerre de Corée (juin 1950).

Essuyant plusieurs défaites, dont celle de Dien-Bien-Phu (1954), les dirigeants français vont s'asseoir à la table des négociations. Elles aboutiront aux Accords de Genève, les 20 et 21 juillet 1954, qui proclameront l'indépendance du Cambodge et du Laos, ainsi que le partage du Viêt Nam en deux entités : au nord du 17^{ème} parallèle, la République Démocratique d'Ho-Chi-Minh, et au sud la république du Viêt Nam.

Alors que, dès 1959, les dirigeants de la République démocratique du Viêt Nam souhaitent engager la lutte armée contre le Sud, le Front National de Libération (FNL ou Viêt-Cong) est fondé en décembre 1960, et opère terrorisme et sabotage, infiltrations d'hommes et de matériels.

Devant ces attaques insidieuses, 15 000 « conseillers » américains viennent encadrer l'armée Sud-Vietnamienne qui n'arrive pas à enrayer les actions et le développement du FNL. Leur arrivée est considérée comme le début de la Guerre du Viêt Nam.

Trois semaines plus tard, John Fitzgerald Kennedy, président des États-Unis d'Amérique, est assassiné à Dallas.

Son successeur, Lyndon Baines Johnson, prône un durcissement des actions. On assiste à une escalade militaire (opérations *Flaming Dent* et *Rolling Thunder*).

Pour les USA, il s'agit du premier conflit dans un pays sans gouvernement stable. C'est une guerre *a minima*, dans le but de disloquer le Viêt-Cong sans provoquer outre-mesure Chinois et Soviétiques. Bien loin des campagnes des deux

guerres mondiales, on use du « *search & destroy* ». C'est le règne du « *Free Fire Zone* ».

Parallèlement, un mouvement contestataire va émerger aux USA. S'attaquant globalement à l'*American way of life* [50], il va s'emparer de la guerre du Vietnam comme moyen d'expression.

Johnson, épuisé et dont la santé est atteinte, renonce à un nouveau mandat et décide d'arrêter sans conditions les bombardements au Nord en mai 1968.

Statistiquement, on va observer un retrait militaire des forces américaines. Désormais, il s'agit de « se battre pour sortir du Viêt-Nam », alors que les Français, quinze ans plus tôt, s'y battaient pour y rester.

La contestation émerge également dans l'armée. Cent quarante quatre journaux clandestins et quatorze organisations de contestation militaires verront le jour dans les bases américaines. On dénombrera 96 meurtres ou tentatives de meurtres d'officiers en 1969. Il y en aura 209 l'année suivante [49]. Ainsi le *Search and destroy* devient *Search and Evade*. Et on s'amuse de l'acronyme CYA (*Cover your ass and get home*).

Selon les chiffres, on estime les désertions entre 6 et 26% des effectifs, soit le double de celles de la Guerre de Corée.

Des négociations préliminaires aboutissent à l'ouverture officielle de la conférence de Paris en janvier 1969, pour déboucher sur des Accords homonymes de cessez-le-feu du 27 janvier 1973. Entre-temps, Richard Nixon sera élu Président des USA.

Suite aux accords de Paris, les Etats-Unis se retireront, laissant les deux Viêt-Nam s'affronter. Outrepassant le compromis parisien, l'armée nordiste envahira son voisin en 1975 et unifiera les deux Viêt-Nam.

Hormis pour les militaires américains, qui ont laissé beaucoup en Asie, « l'abandon du Sud Viêt Nam est ressenti comme la fin souhaitée d'une intervention qui n'aurait pas dû être » [51].

Il s'agit en fait de la première guerre « perdue » par les USA. 58 000 GI's y resteront.

II. Prise en charge psychiatrique au Vietnam

La guerre du Vietnam fut source pour les soldats de tension extrême. L'indécision de la guerre rendait la survie comme unique objectif. Patience et endurance étaient requises pour traquer un ennemi mal défini. Des chasses à l'homme se concluaient par des corps-à-corps empreints de « folie sanguinaire ». Le soldat y subit la « tension propre à la guérilla, où le danger est de tous les instants et l'ennemi partout, où personne ne peut distinguer un civil d'un combattant » [52].

La prise en charge des blessés psychiques en Asie, à 15 000 kilomètres des USA, avait un but bien précis : un retour rapide des troupes au combat.

L'objectif se conjugait donc au présent, dans une temporalité de quasi-immédiateté. La méthode ? « Déstresser » le soldat en le faisant verbaliser son expérience, tenter de la normaliser en fonction du contexte et en y associant un sous-bassement scientifique. Une ébauche de *defusing* [28].

Ce travail s'effectuait en groupe. Les prises en charges individuelles faisaient exception. En quelque sorte, la subjectivité du soldat était négligée en aigu pour favoriser la cohésion du groupe [28].

Les principes de la psychiatrie de l'avant, oubliés lors de la seconde guerre mondiale, étaient appliqués. Ils furent jugés comme efficaces, devant le faible taux de « pertes psychiatriques ». (11.5/1000 soldats/an) [6].

Probablement à visée anxiolytique, la consommation de drogue enfumera la campagne vietnamienne. 30 % des soldats consomment de la marijuana, et de 10 à 15% s'adonnent à l'héroïne concentrée [49].

L'incidence de la consommation d'alcool était également élevée [6].

Rétrospectivement, des Profils similaires furent observés coté français après les guerres d'Algérie et d'Indochine [6].

III. Contexte socioculturel aux USA.

Les symptômes de traumatismes psychiques sont intemporels, nous l'avons vu.

Notre intérêt se porte sur l'élaboration d'un concept, celui de PTSD. Plus que dans une guerre, cette entité a vu jour dans une société.

Ce n'est pas la guerre du Vietnam qui créa le PTSD. Ce sont les *Veterans* et l'inadéquation flagrante de leur retour au pays.

L'expression de leurs symptômes, et leurs conséquences, mis les autorités devant une nécessaire réaction, qui se fera selon plusieurs axes.

En effet, un nouveau syndrome ne survient jamais par hasard, mais a besoin, pour se développer, d'un contexte, à la fois culturel et social, capable de l'accueillir. Ce contexte, si important, a en quelque sorte un « droit de vie et de mort » sur les possibilités d'expression du syndrome [28].

L'appréhension du contexte socioculturel américain en place au début des années 70 semble utile, pour visualiser les conditions de retour des *Veterans*. Les années 1960 marquent une rupture avec la tranquillité sociale qui domine les années d'après-guerre aux États-Unis. Le fer de lance de cette critique sociale émergent est la « nouvelle gauche ».

Défense des droits civiques et dénonciation de la politique étrangère américaine sont ses principaux mots d'ordre [53]. En guise de chevaux de batailles, on retrouve l'anti-ségrégationnisme, l'anti-nucléarisme, la liberté d'expression à l'université [50]...

La lutte se tourne contre « la contradiction entre, d'une part, les nouveaux modes d'éducation et de socialisation de la jeunesse (« permissivité » relative, « culture jeune » propagée par les médias qui offrent des modèles de comportements ludiques) et, d'autre part, les structures hiérarchisées et bureaucratiques dans lesquelles ces jeunes devront finalement s'insérer ». D'un côté, on prône l'autonomie, l'hédonisme et la jouissance immédiate via la société de consommation, et de l'autre un système hiérarchisé s'appuyant sur le travail et la discipline. Contradiction qui serait devenue insupportable, d'autant plus qu'à l'université, on ne respecterait pas les valeurs humanistes enseignées [50].

Le Mouvement, s'étalant chronologiquement de 1960 à 1972, est de composition et de revendications hétérogènes.

La révolte des campus, dont le paroxysme fut atteint sur la période 1968-1970, en est un des principaux moteurs. Il s'intègre dans un mouvement global contre *l'American Way of Life*.

Le parti le plus caractéristique de la nouvelle gauche est le *Students for a democratic society*. Il devient le symbole de la guerre du Vietnam quand, à son initiative, 25 000 personnes manifestent contre le conflit asiatique [50].

Mais le mouvement étudiant ne doit rien, en ce qui concerne son émergence, à la Guerre du Vietnam. Celle-ci n'en est que l'amplificateur. [50, 54]. Le mouvement trouve racine surtout à Berkeley, université-départ de la contestation [55].

La révolte des campus peut se voir comme le résultat d'une crise de société et d'une conjoncture politique particulière dans laquelle la guerre du Vietnam a été un facteur essentiel de radicalisation.

Bien que sans effet sur la politique du président Nixon, l'agitation étudiante contribua à sensibiliser l'opinion publique puis, vers 1968, à la retourner et à la rendre hostile à l'intervention américaine.

Un autre moteur idéologique du mouvement fut le pacifisme. En quelque sorte, la guerre du Vietnam était une remise en cause des principes américains du droit des peuples à disposer d'eux-mêmes [53]. De plus, elle est la guerre la plus longue jamais menée par les Etats-Unis [51].

Les pacifistes organisèrent concerts et manifestations de grande envergure.

Cette guerre était vue comme mobilisatrice d'énergie et de dollars, empêchant la réalisation des objectifs de la Grande Société [49].

En effet, Johnson, dans sa campagne présidentielle, avait annoncé son souhait de faire la guerre à la pauvreté qui touchait son pays. C'était sans compter sur celle qu'il dut poursuivre contre le Viêtnam du Nord. Le conflit engloutit 1% du PNB en 1966, chiffre grimant jusqu'à 1,9% en 1973. De 1964 à 1968, soit en à peine 5 ans, l'inflation est de 4,2%.

La Guerre du Vietnam aurait été un des facteurs ayant brisé l'élan de la Grande Société annoncée [56].

Cependant, la véhiculation par les images de l'importance démesurée de ces rassemblements pourrait être trompeuse. Seule une fraction de la société américaine y aurait participé. Pour Portes, cette majorité de jeunes femmes et hommes blancs, ayant fait des études ou encore dans des processus universitaires, issue des couches supérieures de la société était mue par une tradition de contestation, pour les raisons pacifistes évoquées, mais aussi par peur d'être appelée [51]. On retrouve en effet, dans cette vague contestataire, peu de travailleurs manuels, de rares syndicats, et quelques personnalités Noires marquantes.

Cette adhésion massive trompeuse trouve d'autres échos. Seymour Martin Lipset (1922-2006), un sociologue américain montre qu'au sujet des enjeux portés par les contestations étudiantes, « les positions radicales des activistes sont généralement minoritaires ». C'est le cas dans la guerre du Vietnam, puisqu'une « majorité des étudiants soutient la guerre menée par les États-Unis au Vietnam jusqu'en 1968 » [53].

Concernant la classe ouvrière, c'est par la voix de leurs représentants qu'elle se montre en faveur de la guerre. Mais de très nombreuses dissidences apparaîtront, notamment car ce sont en partie les enfants des ouvriers qui œuvrent au combat [57].

La presse, elle, joua un rôle central pour la formation de l'opinion [58]. Notamment sur l'image du GI, nous en discuterons plus bas.

Cependant, « rien ne permet d'affirmer que ses éditoriaux et images aient provoqué un changement véritable de l'opinion ». Tout comme les reportages télévisés.

Initialement, le courant médiatique ne sera pas hostile à la guerre. Mais il s'adaptera à la vindicte populaire, qui s'accroîtra lorsqu'une défaite –ou une absence de victoire- s'annoncera inéluctable. Le point de vue de la presse évoluera donc.

Son impact serait à relativiser, d'autant plus que les rédactions jouèrent un rôle de modulation des reportages envoyés d'Asie.

Seuls les flux de réfugiés provoqués par l'invasion du Sud Viêt-Nam, puis l'hostilité d'Hanoi, la capitale du Nord, envers sa minorité chinoise, permirent à la droite américaine de réhabiliter la guerre en termes de « noble cause » [59].

IV. Vétérans du Viêt-Nam

- Retour sur le sol américain.

« *No welcome home, nothing in the paper* » [60].

Acteurs d'un conflit se déroulant à 15 000 kilomètres de leur patrie, les Vétérans reviennent sur le sol américain, le plus fréquemment après un an de service en Asie.

Le système de rotation individuelle des soldats a comme conséquence des retours au bercail échelonnés sur plusieurs années, en solitaire. En conséquent, en l'absence de blessure, le revenant du Vietnam passe presque inaperçu [61].

Rares sont les manifestations d'accueil enthousiastes. Si elles existent, c'est plus dans les petites villes, soulagées de voir revenir en héros l'enfant local parti servir son pays [49].

Caputo souligne le sentiment d'être étranger une fois redevenu civil, « bien plus proche du monde où nous avons combattu, où nos amis avaient trouvé la mort » [52].

Suite au changement de cap américain dans ce conflit qui s'éternise, les rapatriements s'intensifient.

En 1969, plus d'un million d'hommes reviendront. Puis on dénombre 13 500 retours par mois en 1971, et 11 000 par mois en 1972 [49, 61].

- **Des difficultés diverses.**

1. Perception du retour.

Dès 1967, les *Veterans* du Vietnam retrouvent une Amérique modifiée, en ébullition, symptomatiquement allergique à la guerre dont eux sont les acteurs. Cette Amérique-là craint d'accueillir des tueurs sans pitié et drogués. Ce fantasme du *Veteran* sadique et homicide fut exacerbé notamment par la révélation, en novembre 1969, du massacre de My Lai.

Ce village Vietnamien vit sa population (175 à 200 vies humaines, selon le rapport d'enquête de l'époque), essentiellement constituée de femmes et d'enfants, être décimé le 16 mars 1968 par une section armée américaine [62]. A l'incrédulité initiale de l'opinion publique fit suite le rejet massif d'une frange de la population américaine, dans un contexte déjà hostile à la guerre. Le gouvernement tenta de faire de ce drame un cas isolé, mais l'institution armée toute entière se vit éclaboussée par le scandale. Sur les *Veterans* s'inscrivit une image encore plus négative [63].

Au préalable, les médias purent influencer sur l'opinion au sujet des soldats. Les journalistes dépêchés en Asie du Sud Est avaient des préjugés hostiles à l'encontre du conflit [64].

Ils auraient insisté sur les rares abus des militaires, qui sous leurs plumes, passeront de GI à *Grunts* [58]. Plus que sur le conflit en lui-même, c'est vers les militaires que l'attention journalistique se cristallisera [58, 61].

Les journaux vont donc se faire l'écho du malaise entourant les *Veterans*, avec cette peur du retour d'hommes jeunes, violents, drogués...

On retrouve le stéréotype du marginal, qui n'aurait pas su s'adapter à la société, et dont le combat aurait amplifié le côté antisocial, ses inhibitions étant levées par la guerre.

Ce stéréotype permettrait à la société de se dissocier de la guerre [61].

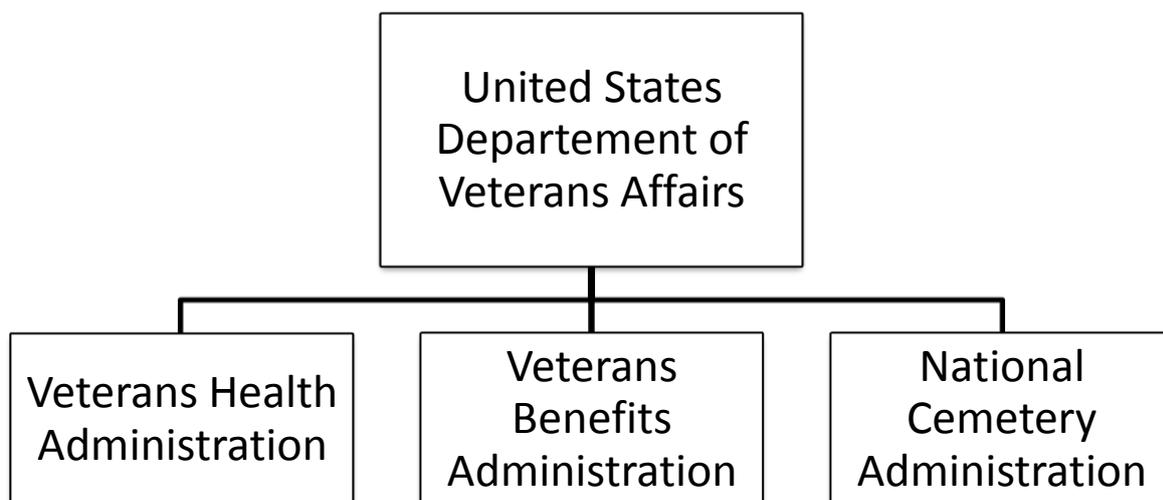
Les *Vet* comprirent rapidement le peu d'attention des autorités à leurs égards, et constatèrent que, contrairement à eux, les 1 300 prisonniers de guerre seront ultérieurement accueillis en héros.

Ils durent se passer des honneurs traditionnels attendus, qui auraient pu « atténuer les affres de la réintégration » [61].

Il leur faudra attendre 1982 pour qu'un monument, le « *Vietnam Veterans Memorial* » à Washington, leur fasse honneur. Il sera érigé par une fondation privée. Pas par l'état [61]. Et mai 1985 pour pouvoir parader [65].

De retour en terre hostile, ceux sont eux qui ont perdu la guerre. S'ils sont blessés, ils se heurtent à des structures hospitalières inadaptées [49].

Aux USA existe depuis 1636 une politique d'aide aux anciens combattants, qui s'est développée et étendue, partant de la santé jusqu'au logement, organismes d'assurances, de prêts...Etc.... En 1930, la *Veterans Administration* (VA) est créée, et deviendra l'*United State Departement of Veterans Affairs* (USDVA) en 1989 [66]. Elle s'organise schématiquement ainsi :



De plus, les associations d'anciens combattants supportent la guerre, et se préoccupent peu des *Veterans* du Vietnam, qui cristallisent une image négative de la guerre [61].

2. Difficultés sociales.

Souvent partis jeunes au combat, les soldats reviennent sans formation ni expérience professionnelle. Les *Veterans* rencontrent alors de grandes difficultés de réintégration professionnelle. En Mars 1975, 25% des Vets entre 20 et 24 ans sont au chômage [61].

Financièrement leur est octroyée la *GI Bill*, indemnité initialement négociée par les combattants de la seconde guerre mondiale. Mais elle est transposée presque 30 ans plus tard, aux centimes de dollars près. Elle était de 220 \$ mensuels. [61]. Dans un contexte d'inflation galopante, l'indemnité devient alors inadaptée pour les *Veterans* du Vietnam [51].

Le mal-être atteint également la sphère relationnelle, dont la sphère familiale.

Divers travaux se sont penchés sur la question, notamment celui de Jordan, en 1992 [67]. Statistiquement, il fut démontré que chez les familles comprenant un vétéran atteint de PTSD, les problématiques familiales et conjugales, les comportements violents et les difficultés dans les compétences parentales étaient significativement plus marqués que dans les familles où le Vétéran est indemne de tels troubles.

De plus, il a été montré une association significative entre l'hypervigilance, symptôme du PTSD, et la survenue de violences intraconjugales, physiques et psychologiques, dépendant des fréquences et quantité d'alcool [68].

Pour compléter le tableau relativement sombre du *Veteran*, des difficultés judiciaires sont à noter. Corroborant un cliché ressassé par les médias et ancré dans l'imaginaire collectif, le rapport à la loi des *Veterans* se voulait augmenté par rapport à la population générale, dans le contexte de difficultés multiples subies.

Exemple frappant. En 1973, 32% des détenus des prisons fédérales sont des *Veterans* [61].

On note une corrélation entre les arrestations et les condamnations, avec l'exposition au combat [69].

Il fut montré l'absence de lien entre la survenue d'un PTSD chez le *Veterans* et le facteur emprisonnement. La fréquence des incarcérations est mise sur le fait de

personnalités sous jacentes, de type antisocial, préexistante à la Guerre du Vietnam [70].

En conclusion, à leur retour de guerre, les *Veterans* affrontèrent de toutes autres difficultés. Plus question de se battre pour rester en vie, certes, mais pour se réadapter à une société hostile. Ce à quoi s'ajoute un soutien défaillant par son inadaptation, sur un plan financier notamment.

Finalement, plus que les mouvements anti guerre, ce sont les institutions qui ont marginalisé les *Veterans* [61].

- Les associations d'anciens combattants ne s'intéressent aux jeunes *Veterans* que par les effets de l'Agent Orange, à la fin des années 1970.
- L'armée, en livrant de mauvais livrets militaires, empêchant l'accès à certaines allocations, gênant l'accès à l'emploi.

Au final, le *Veteran* revient au bercail en renvoyant une image sans profondeur, sans dimension affective. Un cliché à l'origine de difficultés de réinsertions familiale et sociale.

Naitront, secondairement des sentiments d'apitoiement mais aussi de pitié à l'égard de cette génération envoyée dans un conflit lointain dont personne n'assumera la responsabilité.

3. Problématiques médicales

A distance du retour au pays apparurent diverses problématiques de santé chez les *Veterans*. L'ampleur de leur nombre (environ 3 700 000 soldats) et la fréquence des complications firent des *Veterans* un sujet de recherche récurrent, que ce soit sur un versant somatique, puis par la suite sur un versant psychiatrique. Pour exemple, la *Vietnam Experience Study* (VES) se pencha sur leur santé par le biais d'examen médicaux et d'entretiens téléphoniques.

Leur rattachement à un *Department of Veterans Affairs* facilita initialement la réalisation d'études, permettant des arrêts sur images sur une population meurtrie dans bien des domaines. Cependant, il fut constaté que trois quarts d'entre eux accédaient aux soins dans d'autres structures que celles de leur *Veterans Administration*.

Plusieurs travaux ont montré une diminution de l'espérance de vie chez les *Veterans* par rapport à la population générale. [71, 72].

Pour exemple, Thompson et al retrouvèrent un âge de décès de 66,1ans chez les Vétérans contre 72,4 ans chez les non-*Veterans* ($p < 0.001$). Les causes infectieuses et le groupe des décès « non-naturels » (suicide, surdosage médicamenteux...) étaient les plus représentés [71]. Il convint donc de s'interroger sur les divers mécanismes à l'origine de telles conséquences.

Dans l'approche globale du *Veteran*, il faut souligner l'apparition potentielle de problématiques somatiques diverses.

Problématiques somatiques

L'utilisation de l'agent Orange, puissant défoliant déversé par millions de litres sur le Sud-Vietnam, a eu, en plus des conséquences désastreuses pour les autochtones, des répercussions sur la santé des soldats américains. Stérilité, cancers cutanés, allergie, déficiences chez les nouveau-nés, auront chez eux des incidences nettement supérieures à la population générale.

Cette pratique, nommée *Operation Ranch Hand*, s'étendit de 1961 à 1976. Elle eut pour but premier la destruction du couvert végétal, qui brouillait les repérages, en particulier au dessus de la piste Ho Chi Minh. Puis dans un second temps, elle s'attaqua aux cultures, provoquant l'exode vers le sud des partisans Viêt-Cong, affamés, qui devinrent ainsi sous contrôle des américains [73].

Cette problématique fut à l'origine de la création de *l'Agent Orange Registry*, témoin de l'inquiétude du peuple américain concernant l'herbicide, qui permit une surveillance et une prévention chez les *Veterans* potentiellement exposés [74].

Bien que l'association entre Agent Orange et cancer testiculaire ne fût pas mise en évidence [75], celle avec le cancer prostatique le fut [76]. En effet, dans certaines

études, l'incidence est plus importante chez les combattants exposés au défoliant, avec des processus malins plus agressifs et à des âges plus précoces. D'autres, bien que suspectant fortement un lien, n'ont pas trouvé de corrélation significative allant dans ce sens [77].

Les travaux de la *Vietnam Experience Study* mirent en avant [78], par le biais des entretiens téléphoniques, un plus grand nombre de problèmes de santé, chez eux et leurs enfants. Par le biais des examens cliniques et paracliniques, il fut montré chez le *Veteran* plus d'hypoacousie. Les anciens combattants s'inquiétèrent également de problèmes de fertilité et de malformations congénitales. Il fut en effet mis en évidence plus d'oligospermie et de tératospermie. Cependant, le nombre d'enfants par *Veteran* n'était pas significativement inférieur à celui des non *Veterans* [79].

Concernant la descendance des *Veterans*, il existe un risque significatif de développer une spina bifida chez les enfants des combattants exposés à l'herbicide (RR=1,92 IC 95%(1,29-3,86) [80].

Outre ces problématiques, Bogen et al notèrent, dans un échantillon de 78 *Veterans* exposés à l'Agent Orange, 85% de rashes cutanés photosensibles et chimiorésistants, associés à des douleurs dans 71% des cas, à une impression de rigidité faciale dans 59% et à un œdème (45%). Des cas de fatigue récurrente (80%) allant jusqu'à l'hypersomnolence (44%), des paresthésies (55%), des engourdissements (60%), des céphalées (35%) et des symptômes dysautonomiques (18%) complètent ce tableau disparate [81].

Des liens furent également établis entre expositions à l'Agent Orange et l'apparition de cancers cutanés non mélaniques [82].

Alors que les combattants ont attendu 1993 pour accéder à une compensation financière pour les troubles causés par l'Agent Orange, ils obtiennent en mai 1996 une indemnisation en cas de malformations neurologiques de leurs enfants. Il s'agit d'une première concernant la descendance d'un personnel militaire [83].

On le voit : de retour au pays, pour certains *Veterans*, la bataille continue sur le plan de la santé. Tout comme dans la jungle asiatique, il existe un risque vital. Appréhender la dimension somatique et s'apercevoir des difficultés que le *Veteran* y

a rencontrées a son importance, quand on connaît le lien entre santé physique et bien-être mental.

Problématiques psychiatriques

Car en plus de cet abord purement somatique, il sera identifié des symptômes psychiatriques.

Au regard de l'impact et de l'importance de ces problématiques psychiatriques sur l'espérance de vie, la santé mentale des *Veterans* fut considérée comme un problème de santé publique [71].

En 1983, soit dix ans après la fin de la guerre, le Congrès américain mandata, via le *Veteran's health Care amendments*, une étude à propos des *Veterans* : la *National Vietnam Veterans Readjustment Study* (NVVRS) [84]. Mise en place par la *Veterans Administration*, elle eut pour but d'établir des taux de prévalence exacts pour répondre aux besoins des anciens combattants.

Globalement, la NVVRS estima bonne la réadaptation des *Veterans* après la guerre, tout en pointant l'existence de difficultés professionnelles et conjugales. La politique en cours tendait alors vers une fermeture des *Vet Centers*, le temps passant et le souvenir du Vietnam s'effaçant progressivement des mémoires collectives. Cependant, certains résultats de la NVVRS, par leur ampleur, modifièrent ce projet pour poursuivre la prise en charge des anciens combattants.

Les symptômes que nous identifions aujourd'hui au PTSD étaient fréquents chez les *Veterans*. Cauchemars, insomnies, reviviscences, seront initialement ignorés comme s'ils devaient s'atténuer seuls, avec le temps, pour finalement disparaître.

Cependant, plusieurs mois après leur démobilisation, le mal-être des Vétérans perdura. Sera mis en cause une réaction au vécu de scènes de guerre, notamment celles impliquant la mort et le décès de compagnons d'armes.

Les jeunes Vétérans ne se réapproprient pas leur existence antérieure en mettant de côté leur année au combat [28]. On note chez eux un isolement, une distanciation

par rapport à leurs proches. Les sentiments antérieurement éprouvés se sont émoussés. Plus bruyant, sur fond de mal-être pointent des accès d'agressivité, des passages à l'acte délictueux.

Après quatre années de travail, la NVVRS rendit ses conclusions : 30,9% des *Veterans* présentent le diagnostic de PTSD tout au long de leur vie, et au moins 25% présentent un PTSD partiel [85].

Par PTSD partiel, on définit l'apparition de symptômes significatifs de psychotraumatisme, sans pour autant remplir les critères d'un diagnostic de PTSD [85].

| Prévalence du PTSD chez les combattants (en %) [84] | | | | |
|------------------------------------------------------------|-------------|-------------|---------------------|-------------|
| | PTSD | | Partial PTSD | |
| | Curent | Lifetime | Curent | Lifetime |
| Homme | 15.2 | 30.9 | 11.1 | 22.5 |
| Femme | 8.5 | 26.9 | 7.8 | 21.2 |

De plus, il fut noté une relation entre le degré d'exposition au combat et la fréquence de survenue vie entière d'un PTSD complet [87] (35,8% chez l'homme, 17,5% chez la femme), ainsi qu'avec les risques de survenue de troubles thymiques, de troubles anxieux ou d'abus d'alcool [84].

Cette étude grande échelle, la NVVRS, sera soumise à critiques, en raison, entre autres de l'importance des chiffres [88].

L'étude diligentée par le congrès estime au final que 53,4% des *Veterans* auront développé un PTSD, du moins partiel, au cours de leur vie. La moitié persistant à la fin des années 1980.

On reprocha cependant à la NVVRS de s'être basée uniquement sur l'interrogatoire concernant la participation au combat, et non sur les archives militaires. Ce qui serait à l'origine d'une exagération des données d'exposition au combat [89], critiques niées par Schlenger en raison de vérification de correspondances faites ultérieurement [89]. Seules des exagérations d'exposition au stress des combats seront concédées par l'équipe ayant travaillé sur la NVVRS.

Dans les faits, seuls 4,3% des *Veterans* éligibles à une indemnisation (selon les chiffres de la NVVRS) en bénéficieront réellement. L'équivalent de 21 000 soldats.

D'autres estimations furent faites. La *Vietnam Experience Study* avança 2,2% de symptomatologie complète de PTSD au moment de l'étude, en 1988. Et environ 15% vie entière [78].

L'équipe de Dohrenwerd, principal fer de lance de la critique contre la NVVRS, avança des chiffres de 18,7% de PTSD vie entière, et de 9,1% environ 12 ans après l'exposition [88], avec une altération modérée du fonctionnement.

Ces différences introduiront le doute quant à la véracité de certains symptômes, pouvant être simulés dans le but d'obtention de compensation, et seront sources de discussions et commentaires [90, 91]

La recherche de la motivation financière sous jacente dans la demande d'un *Veteran* sera le sujet de recherche. Des marqueurs seront testés (par exemple sur le MMPI-2) [92].

Ces controverses concernant l'authenticité rappelèrent chez certains auteurs les doutes survenus pendant la première guerre mondiale, avec la crainte d'augmenter les évacuations de soldats si l'étiquette diagnostique était posée [93].

D'autres études tentèrent d'établir des liens. Par exemple, alors qu'être blessé au combat ou simplement y participer augmentait significativement le risque de PTSD (les OR respectifs étant de 2,33 (IC95% 1,49-3,65) et de 1,54 (IC95% 1.15-2.06)), le risque le plus important par rapport à la population générale était en lien avec le fait d'être blessé sans être voué à aller au combat (OR= 3,56 (IC95% 1,26-10,06) [74].

Concernant les troubles du sommeil, symptômes marquants du PTSD, un lien significatif et fort a été mis en évidence entre l'exposition au combat et les fréquences des cauchemars, alors que les difficultés d'endormissement et le maintien du sommeil sont respectivement corrélés de manière modérée et légère avec l'exposition au combat. Alors qu'en dehors du cadre du PTSD, ni l'abus

d'alcool, ni les troubles thymiques et ni le trouble panique ne sont corrélés aux cauchemars [94].

L'importance du soutien familial comme facteur protecteur dans le devenir du PTSD sera jugé primordial [95, 96]

Le lien entre troubles anxieux, notamment PTSD, et tentative de suicide, dans la population de *Veterans*, est plus marqué que dans la population générale [97].

Enfin, les causes externes de décès (homicide, suicide, overdose et accidents) sont sur-représentées chez les patients exposés au traumatisme [98, 99], et un lien existe entre surmortalité et PTSD [99].

En plus des symptômes psychotraumatiques, la problématique du suicide chez les *Veterans* fut telle qu'on la jugea épidémique [2].

Les *Veterans* étaient considérés comme une population à risque de suicide [99]. Leur genre, leur âge, leur isolement social, la disponibilité et la connaissance des armes à feu, les comorbidités somatiques et psychiatriques sont autant de facteurs de risque notables [71].

Kaplan retrouve un risque relatif de mort par suicide de 2,13 [IC 95%= 1,14-3,99] chez les *Veterans* par rapport à la population mâle non-vétérans. Le taux de suicide par arme à feu est significativement supérieur chez les *Veterans* ($p < 0,01$). Le point fort de son étude réside dans la base de données. Alors que la plupart des recherches use des registres de la *Veterans Administration*, celle de Kaplan pioche ses données dans la *National Health Interview Survey*, sur la période 1986-1994 [101].

La fréquence élevée des tentatives de suicide ne serait pas en lien direct avec l'exposition traumatique. La relation serait indirecte, par le biais des troubles psychiatriques développés, PTSD compris [102]. Même si le lien, indirect, donc, entre PTSD avéré et tentative de suicide a été statistiquement établi (OR=5,52 IC95%=1,21-25,29) [103].

Par rapport à la population masculine américaine, il existerait un risque de suicide plus élevé chez les soldats ayant subi un traumatisme physique au combat. Bullman retrouve en effet un risque relatif à 1,82 [IC 95% 1,12-2,96] chez les combattants ayant été hospitalisés pour une plaie [104].

Des travaux plus récents montrèrent une association significative entre tuer au combat et les idéations suicidaires (OR= 1,99. IC95%= 1,07-3,67) [103].

Autre problématique psychiatrique touchant les *Veterans*, celle des addictions. Les consommations d'alcool chez les *Veterans* atteints de PTSD sont plus massives que dans la population générale, et sous forme de binge drinking [105]. Les consommations d'alcool, d'héroïne et de Marijuana ont été montrées comme corrélées avec l'exposition au combat [69] et avec la survenue d'un PTSD (3.98 1.01 15.60) [103].

Concernant la consommation de drogue, comorbidité fréquemment contractée lors de la Guerre du Vietnam, l'influence négative d'une histoire familiale d'usage de drogues a été prouvée, et un soutien social et familial adéquat fait office de facteur protecteur [95].

L'hypervigilance fréquemment annonciatrice des autres signes du PTSD entrainerait les *Veterans* à la recherche d'apaisement, notamment dans la consommation d'alcool, de marijuana, d'héroïne et de benzodiazépines. La cocaïne a elle tendance à aggraver le symptôme « hypervigilance » [106].

Bon nombre de ces résultats datent des années 1980. Ils dénotent de l'ampleur des difficultés du *Veteran*. Le touchant dans son être, dans son psychisme et dans son corps, il se répercute dans son interaction au monde. Ce mal-être global ne recevra pas le soutien attendu d'une société allergique à l'image qu'il renvoie.

Parmi ces difficultés, la composante psychotraumatique souffrira le plus de retard de prise en charge, ou d'ignorance de la part des services de santé. Pour cause, elle n'existait pas, théoriquement, ou au mieux, on en reconnaissait les symptômes, mais ils étaient jugés normaux et spontanément régressifs.

Il faudra attendre 1980 pour qu'elle soit légitimée, enclenchant un processus complexe de prise en charge, de compensation financière et simplement de reconnaissance de la souffrance.

Quel a été ce cheminement ? Quels ont été les moteurs de l'avènement du concept de PTSD ?

Après l'évocation des premières prises en considération de cette souffrance psychique, par les Rap Group, puis les élaborations conceptuelles initiales, nous tenterons, au regard de la littérature, de trouver des réponses à ces questions.

V. Conséquences « théoriques »

Nous l'avons évoqué plus haut : l'apparition, mais aussi la disparition de nouvelles pathologies ou de nouveaux syndromes prennent racine dans un contexte sociétal propice, à un moment donné.

Développer l'image, le ressenti et les difficultés rencontrées par les Vétérans de la guerre du Viêt-Nam peut nous permettre d'appréhender au mieux les soubassements du développement du concept de PTSD.

Préalablement au PTSD, la guerre du Vietnam accoucha de son propre syndrome, qui en partie creusera le lit du PTSD.

Le Professeur Chaim F. Shatan créera le néologisme *Post-Vietnam Syndrome* dans un article publié le 6 mai 1972, dans le *New York Times* [107]. Il y décrit une vignette clinique, celle de Steve. Il met l'accent sur la peur, la tension psychique, la confusion, voire l'expérience psychotique:

« *These people all look alike. How do I know who's friend and who's enemy?* ».

La désorientation de Steve, précise Shatan, a lieu près de 18 mois après son retour du Vietnam, après quatre années de service.

Puis au travers de la situation de Mike, médecin au Vietnam revenu sur les terres de l'Oncle Sam, Shatan pointe l'hypervigilance anxieuse.

Shatan a pu recueillir ces expériences par le biais de groupes de paroles, mis en place initialement à l'initiative des Vétérans eux-mêmes, notamment ceux du mouvement pacifiste *Veterans Against the War* [28].

Ces regroupements s'expliquent par l'impression d'abandon ressentie par les anciens soldats. Les *Rap Group*, « thérapie par la parole », tentèrent de palier à la carence des *Vet Centers*. En pratique, le délai d'apparition des troubles induisait

l'impossibilité d'une prise en charge par la *Veterans Administration* [107]. De plus, ne se sentant pas atteints d'un véritable trouble psychiatrique, les *Veterans* se montrèrent méfiants à l'égard des services de santé mentale.

De nos jours, nous insistons auprès de nos patients, victimes d'une effraction psychique, sur la vigilance à avoir sur la potentielle apparition des troubles. Non pas dans l'immédiateté, mais plutôt après un mois, après une phase de latence où, une fois la symptomatologie de l'état de stress aigu dépassée, on peut noter une accalmie clinique.

L'absence de connaissance de cette notion dans les années 1970, ajoutée aux taux d'attrition pour pertes psychiques relativement faible en temps de guerre, va provoquer un décrochage des structures de soins des *Veterans*, et également des délais de prise en charge inadaptés, beaucoup trop brefs dans cette problématique psychiatrique [28].

Ainsi, le Pr. Shatan se retrouva devant des troubles « anosographiques ». La similarité des tableaux cliniques, dans leurs grandes lignes et dans leur retentissement, ainsi que l'absence de correspondance à un diagnostic établi, l'incita à élaborer son *Post-Syndrome Vietnam*.

Le psychiatre américain décrit son syndrome en **six** points : [107]

- Des **sentiments de culpabilité** pour ceux tués et mutilés, qu'ils s'agissent de camarades ou d'ennemis. Ainsi qu'une préoccupation du sort des amis encore à l'étranger et dont la vie est quotidiennement mise à mal.
Il existe parallèlement un sentiment d'incurabilité de cette culpabilité, sorte de revers d'une médaille qui serait la survie, un semblant de « prix à payer » pour être rentré vivant.
- **L'impression d'avoir été lésé, trahi**. Sentiment potentiellement ancré dans la réalité, notamment financièrement. De plus, les Vétérans s'élèveront verbalement contre les officiers impunis des atrocités commanditées pendant la guerre.
- Un **sentiment de rage**, conséquence du deuxième point. Ce qui se traduit par une certaine impulsivité, potentialisée par l'accueil ambivalent qui leur est réservé.

- La **lutte** contre l'obéissance à tout prix, quelques soient les méthodes, et le conditionnement conduisant à une haine aveugle de l'Oriental, dans ce contexte de guérilla, où le civil ennemi peut être soldat. Sentiment que certains Vétérans ont mis du temps à critiquer.
- Un **manque d'empathie pour autrui**, et un certain émoussement de leurs propres affects.
- Un **doute angoissant sur leur possibilité d'éprouver de l'amour pour autrui** et d'être capable d'accepter de l'affection. Shatan cite un Vétéran :
« *J'espère pouvoir apprendre à aimer aussi fort que j'ai appris à haïr – et haïr, je sais le faire. Mais l'amour est un joli mais lourd mot* ».

On constate que Shatan n'insiste aucunement, dans les six points fondamentaux de son *Post-Syndrome Vietnam*, sur les symptômes qui nous font aujourd'hui évoquer le PTSD. Et ce malgré le fait qu'il y eut accès lors des *Rap Group*. Sa description s'axe essentiellement sur des sentiments, ou à l'inverse des affects émoussés. Et seul cet émoussement affectif peut nous faire penser au syndrome que nous connaissons de nos jours.

La résurgence de cette symptomatologie post traumatique via le « *Post-Viêt-Nam syndrom* » montra les limites de la Psychiatrie de l'Avant prônée dès 1915 et codifiée par Thomas Salmon. Cette prise en charge énergique et immédiate, d'apparente efficacité à court terme, n'empêchait pas l'apparition de troubles à plus long terme [108], car elle permettait une gestion du stress sans aborder le traumatisme [33].

Un nouveau syndrome survient donc dans un contexte propice à son développement. Il résulte d'une conjoncture satisfaisante pour son éclosion. La Guerre du Vietnam semble être ce nid ayant permis la croissance, la maturation, puis l'envol du PTSD.

Non pas que les événements ayant eu lieu en Asie du Sud-est eurent en eux-mêmes tant d'importance. Ils eurent sur les combattants les mêmes effets subis par des milliers de soldats d'un autre temps. Mais c'est le contexte culturel et social de

l'Amérique des années 70 qui amena à la conceptualisation du syndrome, qui l'accueillit alors qu'il n'avait pas encore de nom.

Utiliser le terme accueillir semble d'ailleurs bien ironique quand on connaît le rejet opposé à une partie des *Veterans*, ce qui fut à l'origine de difficultés multiples. Ce fut plutôt l'incapacité de la société américaine à métaboliser une partie de sa population qui obligea la création, ou plutôt la reconnaissance du syndrome.

Quelque part, c'est la société américaine en elle-même qui ressuscita le concept de « névrose traumatique ». Et par corolaire, son indemnisation.

Nous tenterons d'explorer des pistes pouvant donner un sens à l'émergence du concept de PTSD.

Le PTSD trouve d'abord sa légitimité dans l'établissement d'une bonne conscience.

Par la naissance de cette « nouvelle » entité –sorte de « résurrection » de la névrose traumatique- on peut s'interroger sur la subjectivité de la société. Le néo-syndrome permet à la société américaine de « faire l'économie de son rôle dans la guerre ». Il est comme une tentative de déculpabilisation de cette société, par rapport à la cruauté dont elle fit preuve par la guerre menée en Asie [28].

Renommer un trouble préexistant et user de néologismes pourraient être vus comme une simplicité linguistique et même intellectuelle, mais ce processus prime sur la compréhension des mécanismes psychopathologiques, qui aurait été de s'essayer à une interrogation sur le vécu intime des *Veterans*, et risquer ainsi une mise à mal de la légitimité de la guerre.

Mais surtout, l'avènement du PTSD fut une nécessité économique

De manière schématique, dès 1980 et la publication de la troisième édition du DSM, la psychiatrie entre dans un âge Economique [109].

Tout trouble nécessite des soins, et entraîne un handicap fonctionnel. Ces soins se doivent d'être pris en charge financièrement, et le retentissement fonctionnel compensé, s'il le faut, également au niveau financier.

Nous l'avons vu, les *Veterans*, par le biais des symptômes psychotraumatiques, eurent un retentissement important sur leur cadre social, relationnel, professionnel. Cette symptomatologie est à l'origine d'abus et d'un risque de dépendance, qui pourraient impliquer des soins, tout comme les troubles thymiques secondaires au trouble anxieux.

La non-reconnaissance des symptômes, du syndrome, empêchent la prise en charge financière par les assurances de tous les soins requis. Les *Veterans* n'auront droit à aucune compensation ou indemnité dans le cadre de leur trouble. Car ce trouble, dans le DSM II, référence des diagnostics psychiatriques dans les années 1970, n'existe pas.

L'« épidémie » de suicides, de conduites alcooliques et d'actes « anti-sociaux » parmi les démobilisés, ainsi que l'absence de possibilité de réponse des institutions provoquent ainsi des remous chez les Vétérans.

En vain.

Leur salut, c'est-à-dire l'accès aux soins et à une indemnisation, ne peut alors que passer par la reconnaissance de leur trouble, nosographiquement mal délimité.

La situation des *Veterans* est ainsi décrite comme un véritable problème de santé mentale, auquel fut adjoint un terme psychiatrique par le DSM [2] en plus d'être un réel problème de santé publique, qui désorganise le corps social et l'interpelle [110].

Cependant, pourquoi ne pas reconnaître simplement la névrose traumatique, telle qu'elle fut élaborée ?

En passant par le néologisme, par la création d'une catégorie, l'*American Psychiatric Association* impose aux assurances la considération des symptômes psychotraumatiques et enclenche le processus d'indemnisation.

Nous l'avons dit, le Post-Vietnam syndrome, puis le PTSD, sont d'autres façons de nommer la névrose traumatique, en vogue au début du 20^{ème} siècle. Bien entendu, le nouveau baptême de ce concept peut s'entendre par la diversité des contextes spatio-temporels et traumatiques, ainsi que par l'absence d'adéquation totale des signes cliniques.

Rebaptiser un trouble « permet de modifier sa prise en charge médico-sociale ». Il était dans l'intérêt des compagnies d'assurances que s'établisse un

moyen diagnostique simple pour caractériser une pathologie ouvrant droit à une pension.

La création d'un nouveau concept « permet l'utilisation d'un cadre légal, dans des considérations juridiques, comme les prestations d'invalidités, les pensions... » [2, 111].

Admettre l'existence du PTSD a eu des conséquences financières colossales. L'émergence et la validation du concept peuvent être vues comme une victoire face aux administrations chargées des victimes de guerres, peu enclines à voir apparaître une entité qui les contraignait à indemniser des blessés psychiques [111].

Enfin, l'entrée du PTSD dans le DSM peut être considérée comme une réorientation théorique, ou la nécessité d'aborder le traumatisme en étant, pour le DSM, athéorique.

Avant le PTSD, qu'en est-il du traumatisme dans le DSM, manuel de classification des maladies psychiatriques ?

De 1895 à la Guerre du Vietnam, ce sont les conceptualisations freudiennes qui dominent la pensée [4]. Freud place avant tout la vulnérabilité individuelle, la prémorbidité, comme terreau aux symptômes du traumatisme.

Ainsi, en 1952, lors de l'édition de la première édition du DSM, la *Gross Stress Reaction*, incluse dans les « troubles transitoires de la personnalité », reflète la pensée freudienne. Cependant, l'introduction du mot stress, emprunté à Selye (1950), « reflète à la fois la détermination à se détourner des hypothèses psychanalytiques attachées au mot névrose et l'intention de promouvoir une psychiatrie résolument biologique [5].

La *Gross Stress Reaction* se veut être une réaction aigue à un stress inhabituel, de résolution rapide. En cas de persistance des symptômes psychotraumatiques, un autre diagnostic est à envisager.

Elle est définie comme « *les situations dans lesquelles l'individu a été confronté à de sévères épreuves physiques ou à un stress émotionnel extrême, telles que les situations de combat et les catastrophes civiles...* » [4].

Puis en 1968 est édité le DSM II. Malgré la persistance du terme *névrose*, le manuel s'est délesté de plusieurs noms d'orientation psychanalytique.

Alors qu'entre les deux premières versions du DSM, on déplore de multiples événements traumatogènes, le concept est paradoxalement stoppé dans son expansion [4].

Le contexte politique de guerre du Vietnam et le risque de voir un trop grand nombre de soldats réformés et indemnisés pourrait se débattre, mais n'est pas évoqué dans la littérature.

De plus, l'entité pourrait se retrouver reclassée parmi les « réactions d'ajustement aux situations de la vie adulte », classée de nouveau dans la catégorie « perturbations situationnelles transitoires ».

Enfin, dans le DSM III apparaît le concept de PTSD.

Le DSM 3 est édité dans un contexte de crise pour la psychiatrie américaine, en raison de la faiblesse des consensus diagnostic. Le manuel permet alors une « remédicalisation » [112]. Il est considéré comme un « tournant historique », marquant « l'entrée de la psychiatrie dans la science, en enlevant la subjectivité du patient et du clinicien » [113].

Outre les nécessités de sa création que nous avons déjà évoquées, le concept de PTSD marque un tournant dans l'approche du traumatisme .Un changement de paradigme s'opère autour du traumatisme : c'est l'événement qui devient l'agent étiologique exclusif, faisant fi de la responsabilité de la personnalité du patient. L'attention est déportée sur la nature traumatogène de la guerre [2].

L'événement prend une place centrale, puisque le PTSD devient « une réponse normale à une situation anormale ». L'événement devient « nécessaire et suffisant » [114].

De nouveau, le néologisme devient un impératif, pour éliminer la connotation psychanalytique et l'orientation étiologique du concept freudien.

Éliminer l'étiologie, c'est-à-dire la vulnérabilité individuelle, c'est se détacher de la théorie. Ainsi, se voulant athéorique, le DSM peut se targuer de présenter une nosographie simplement descriptive [111].

Quant à ce remaniement théorique, deux facteurs sont évoqués.

D'une part, « notre » guerre vietnamienne pèse encore par la voix de ses *Veterans*.

Regroupés sous le terme de *Crazy Vietnam Vet* [114]. Sobriquet relayé par les médias, les *Veterans* pâtissent d'une attribution causale qui rejette implicitement la faute sur leur prédisposition, de la suspicion quasi héréditaire de la névrose traumatique.

Cette situation va logiquement interpeler les associations de combattants américains.

Ils trouveront alliés parmi les psychiatres de l'APA, eux-mêmes anciens combattants du Vietnam, ou militants du *Vietnam Veterans Against the War*, chargés de rédiger le DSM III.

Ils effaceront le *Post-Vietnam Syndrom*, qui sera remplacé par le *Post-Traumatic Stress Disorder*, remplaçante attirée de la névrose traumatique [114]. La suspicion quasi héréditaire de la névrose traumatique s'efface donc à travers ce nouveau baptême.

La reconnaissance des Vétérans traumatisés en victimes ainsi que la possible compensation financière est témoin du soubassement social de l'action des psychiatres rédacteurs [114].

De plus, la validation du syndrome par l'APA équivaut à celle de la souffrance des victimes.

En mettant l'accent sur l'événement traumatique et non plus sur la vulnérabilité individuelle, la conception du syndrome de stress post-traumatique est une possibilité d'éliminer tout sentiment de culpabilité pour le *Veteran* [48]. Cette définition de l'état de stress post-traumatique associe au trouble psychique une cause extérieure. Le traumatisme. La notion de PTSD modifia le statut des soldats d'agresseurs à victimes de conduites impérialistes des militaires [115].

En évoquant la possibilité pour les auteurs d'exactions d'être victimes de PTSD, le caractère déculpabilisateur tend à se renforcer [2].

D'autre part, selon certains auteurs, les mouvements féministes vont avoir un poids, certes plus minimes, mais quelque peu influant sur la création du néo-concept

.Ils vont s'employer à dénoncer les sous-entendus moraux liés à l'ancienne clinique des névroses traumatiques. En effet, dans le cadre de symptômes post-traumatiques dus à un viol, les procédures diagnostiques et thérapeutiques sont axées sur la personnalité de la victime. Et non pas de l'événement traumatique des femmes. De ce constat en ressortiraient « les ressorts d'une société patriarcale qui incline à la dénégarion du passé [114].

Ainsi, ce n'est ni la maturation du savoir clinique, ni un progrès scientifique à l'origine de ce renversement théorique, mais une reconfiguration idéologique du statut de l'événement traumatique [17].Cependant, il semble entendu qu'il ne s'agisse que d'une raison secondaire. Les contraintes sociétales et économiques prédominent largement.

Les souhaits d'athéoricité du DSM et les pressions subies peuvent être vus comme des facteurs favorisant à cette réflexion.

CONCLUSION.

La création du concept de Post-Traumatic Stress Disorder trouve ainsi des origines multiples. Elle s'ancre dans un contexte socio-culturel qui lui est propice. Elle répond à des besoins essentiellement économiques, mais aussi sociétaux et théoriques. Elle équivaut à la renaissance, sous un autre terme, de la névrose traumatique, mais contrairement au principe freudien, elle se décharge de toute explication étiologique. Le néologisme est ainsi de mise.

Car le PTSD du DSM III englobe les symptômes déjà évoqués pendant le siècle écoulé. Cauchemars, insomnies, irritabilité, souvenirs terrifiants... sont décrits par Ericksen. La dysautonomie et la tachycardie sont évoquées par Da Costa lors de la guerre de Sécession. Les reviviscences par Mott (1919) et Kardiner (1941). L'évitement et le retrait social par Sutherland (1941) et la culpabilité par Lindeman (1944).

Mais le DSM III, par cette présentation de symptômes, souhaite avant tout éviter le dilemme des tentatives des théorisations étiologiques [16].

La conception du PTSD est au croisement d'entreprises militantes et de nécessités économiques. Plus que la guerre du Vietnam, c'est la décennie suivante qui sera cruciale dans l'établissement du concept.

Car les nouvelles catégories apparaissant dans les différentes versions du DSM « sembleraient d'avantage varier en fonction des négociations avec les corps sociaux, que sur de réelles bases scientifiques » [112]. Le DSM peut être vu comme « un miroir psychologique de la société dans laquelle il se développe » [112].

Aujourd'hui, alors que les guerres d'Irak et d'Afghanistan sont encore récentes, le PTSD, par les compensations financières qu'il implique, par les soins coûteux mais partiellement inefficaces (antidépresseurs, anxiolytiques...) et les comorbidités associées (alcool, tabagisme, abus médicamenteux...), se voit pointé du doigt pour le déficit économique qu'il engendre. Le coût total est estimé à 42,3 milliards annuels.

Ainsi, outre-Atlantique, certains réclament plus de recherche dans la prise en charge psychothérapeutique des *Veterans* [116], afin que le PTSD ne soit plus considéré comme un « fardeau économique » [117]. D'autres voient dans ce diagnostic un indicateur de l'impact des conflits armés, tout en mettant de côté la culture, le contexte et l'expérience subjective des survivants [2].

Enfin, le PTSD, entité construite aussi bien sur des idées sociopolitiques que psychiatriques, est-il de ce fait un concept applicable en dehors de la culture occidentale [2] ?

D. Le syndrome de Stockholm.

Le syndrome de Stockholm, phénomène d'empathie paradoxale se produisant lors d'une prise d'otages, mérite une attention particulière. Il correspond à une constellation symptomatique spécifique rattachée à deux événements singuliers et datables : une première prise d'otages au Crédit suédois de Stockholm, en août 1973 et une seconde l'année suivante à l'Ambassade de RFA de la capitale suédoise.

Plusieurs questions se posent alors :

- D'une part, pourquoi ces événements, dans leur singularité, ont-ils été à l'origine de la création de cette entité syndromique ?
Quelle(s) spécificité(s) fu(ren)t présente(s), ou simplement remarquable(s), pour que des professionnels se penchent sur ces signes ?
- D'autre part, quelle était la place de ces symptômes avant la conceptualisation de ce syndrome ?
Quels changements dans les prises d'otages, ou dans leur traitement par la société, ont provoqué leur mise en lumière ?

Notons que ce syndrome a pour particularité d'être rattaché à un nom de ville. Qu'en est-il des syndromes et maladies psychiatriques à noms propres ? Une équipe marseillaise s'est penchée sur la question [118].

I. Les syndromes psychiatriques à noms propres

Les troubles, au Moyen-âge et à la Renaissance, époques empreintes de religiosité et de foi, portent souvent le nom de Saints. Pour exemple, la folie se désigne sous le sobriquet de « mal saint-Acaire » du nom d'un évêque, sanctifié, de Noyon et Tournai.

Puis à la fin du 19^{ème} siècle, les découvertes se multiplient, notamment en lien avec le développement de la neurologie clinique. Les auteurs s'octroyaient alors le droit d'associer leur nom à une maladie, ou à un syndrome...

La psychiatrie n'y échappera pas, même si le passage de la 3^{ème} à la 4^{ème} édition du DSM épurera cette densité linguistique. L'association d'une entité clinique à un nom propre ne restera qu'une « référence culturelle sémiologique ». On retrouve ainsi plusieurs syndromes à nom propre, rapidement définissables.

Pour exemples, le syndrome d'Othello, du nom du personnage de Shakespeare dans sa pièce éponyme, pris isolément, s'apparente à un délire paranoïaque passionnel de jalousie. De même, on se plaît à utiliser le terme de syndrome d'Ekblom, du nom de ce médecin suédois, pour désigner un délire d'infestation parasitaire.

En plus des syndromes rattachés à des personnes réelles (Capgras, Bonnet, Frégoli...) ou imaginaires (Peter Pan, Alice –celle du pays des Merveilles-, Mignon...), d'autres sont liés à des lieux.

A coté de celui associé à Stockholm, nous pouvons évoquer le syndrome de Paris.

Celui-ci, décrit par H.Ota [119], est un trouble de l'adaptation touchant les Japonais face aux réalités socioculturelles françaises, bien loin de l'image parisienne classique, symbole de richesse, de culture, d'accueil et d'universalité.

Point que nous développerons ultérieurement, ce syndrome se rapporte à un lieu, mais sans temporalité particulière. Au contraire du Syndrome de Stockholm, fixé par deux événements ancrés dans l'espace temps.

Revenons donc à proprement parler au Syndrome de Stockholm.

La description la plus classique est donc celle d'un phénomène d'empathie paradoxale ayant lieu lors d'une prise d'otage.

II. Premières conceptualisations et développements ultérieurs.

En 1978, un psychiatre américain, Franck Ochberg, introduira l'appellation de Syndrome de Stockholm [120].

Il le décrit comme l'apparition, chez les victimes, d'un sentiment de confiance allant parfois jusqu'à la sympathie vis-à-vis des ravisseurs, et *a contrario*, le développement d'une hostilité à l'encontre des forces de l'ordre, ou de leur représentant.

Ochberg décrit également, dans son tableau clinique, la naissance d'un possible sentiment positif des ravisseurs envers leurs otages.

Il affirma que la base du syndrome se retrouve dans la triade « affection pour son ravisseur, haine des autorités et affection réciproque du ravisseur » [121].

Cette définition pourrait se critiquer sur deux points : [122]

- l'absence de notion d'individualité dans la survenue du syndrome.
- la vision réductrice du psychisme, en ne considérant que les affects et les sentiments éprouvés par les individus.

Pour Skurnik [123], il est nécessaire, pour que la symptomatologie puisse éclore, que :

- le ravisseur soit en capacité idéologique de justifier son acte auprès des victimes.
- il y ait au minimum une neutralité affective de l'agresseur, c'est-à-dire l'absence de sentiment de haine.
- Enfin, l'ignorance par les victimes de l'existence d'un tel syndrome.

Par corollaire, le syndrome dit de Stockholm ne peut apparaître en temps de guerre, ou lorsqu'il y a, dans la prise d'otages, une connotation ethnique, voire lors d'activité terroriste.

De ce fait, l'information des sujets à risques - tels que les diplomates, journalistes...- semble être une prophylaxie rentable [118].

En 1989, Louis Crocq discute de la définition du syndrome établie par Ochberg, qui se concentre pour l'essentiel sur les affects et les sentiments, sans prendre en compte les dimensions cognitives, volitionnelles et comportementales des individus, que lui intègre [124].

Il redéfinit le syndrome de Stockholm comme étant « *un ensemble pathognomonique de sentiments, de pensées, d'attitudes et de comportements paradoxaux décrits chez certains otages et qui leur fait :*

- 1/ ressentir de la sympathie pour leurs ravisseurs,*
- 2/ ressentir de l'hostilité contre les forces de l'ordre,*
- 3/ assimiler leur situation à celle des ravisseurs,*
- 4/ redouter et critiquer les forces de l'ordre,*
- 5/ prendre parti pour les ravisseurs, les aider et les défendre. »*

Il rajoute que « *ce syndrome, qui naît dans certaines conditions concernant la détention de l'otage (absence de sévices et promiscuité en milieu isolé avec les ravisseurs) et concernant sa personnalité (suggestibilité et faible adhésion au socius), se déroule suivant les quatre phases de capture, de séquestration, de libération et de séquelles. Il est sous-tendu par un double mécanisme de régression infantile traumatique et de transfert pathologique. Il est plus ou moins intense et plus ou moins durable selon les circonstances et les personnalités. »*

Comment explique-t-on l'apparition de cette nosographie ? Sur quel événement et quelle clinique Ochberg s'est-il appuyé pour conceptualiser cette nouvelle entité psychiatrique, intégrée dans le psychotraumatisme ?

Deux événements sont traditionnellement décrits comme fondateurs, de façon assez inégale. D'une part, une prise d'otages au Crédit suédois de Stockholm, en août 1973. D'autre part, une autre à l'Ambassade de RFA de Stockholm, en 1974.

III. Les cas princeps

- La prise d'otage du Crédit Suédois de Stockholm en août 1973.

En août 1973, Jen Erik Olsson, évadé de son lieu d'incarcération, tente un hold-up au Crédit suédois de Stockholm. Retranché dans l'établissement et acculé par les forces de l'ordre, il prend en otages quatre employés de la banque et demande la libération de son compagnon de cellule. Ce dernier, dénommé Clark Olofsson, viendra le rejoindre [125].

Six jours de négociations tendues s'ensuivront. Les deux malfrats et leurs quatre otages, trois femmes et un homme, restèrent cloîtrés dans l'exigüe salle des coffres de la banque. Quelques coups de feu seront échangés entre les ravisseurs et les forces de l'ordre, mais les captifs ne subiront aucune violence.

Des propos émis par les prisonniers seront relayés par les médias : ils affirmeront «avoir pleinement confiance dans les deux bandits, les voleurs [nous] protègent contre la police». Ceux-ci ne manqueront pas d'étonner.

La médiatisation fut intense. Les journalistes, sur place, ont pu ainsi avoir accès aux pourparlers téléphoniques entre les protagonistes.

Les otages retrouveront leur liberté. Les malfaiteurs se rendront à la police. Lors de la libération, les otages s'interposeront entre leur ravisseur et les forces de l'ordre, de peur qu'on leur tire dessus, refuseront, lors du procès, tout témoignage en défaveur d'Olsson et Olofsson, et leur rendront visite en détention. Selon certaines sources, l'une des otages aurait même épousé Olsson [126].

- La prise d'otage de l'Ambassade de RFA en 1975

Le 24 avril 1975, un groupe de terroristes armés, se revendiquant de la « Fraction de l'Armée Rouge », attaque l'ambassade de la RFA basée à Stockholm. L'attaque initiale fit un mort, et une prise d'otages débuta. Rapidement revendicateurs, les assaillants réclamèrent la libération de membres de leur groupe, détenus en Allemagne [127].

Plus communément appelée « la bande à Baader-Meinhof », du nom de ses leaders Andreas Baader et Ulrike Meinhoff, ses membres se plaisent à se regrouper sous le nom de la RAF, la « Fraction Armée Rouge ».

Vus d'Allemagne comme des provocateurs criminels, les activistes de la RAF s'appuyaient sur des principes idéologiques, bases de réflexions à leurs actions si non meurtrières, brutales.

Ils furent en effet accusés de cinq meurtres et de cinquante quatre tentatives d'homicides [128].

Les membres de la RAF se crurent investis d'une mission au service du prolétariat allemand. Mais reniés par l'extrême gauche allemande et par les mouvements de libération du tiers-monde, ils subirent la répression farouche du gouvernement allemand.

Devant des autorités allemandes refusant de céder à leurs exigences, les terroristes firent sauter le bâtiment. Au total, deux fonctionnaires perdront la vie [129].

A l'issue de cette prise d'otages, une des fonctionnaires de l'ambassade déclara son adhésion et sa sympathie à la cause de la bande à Baader [123].

IV. Discussion autour du cas de Patricia Hearst

Un autre événement contemporain pourrait se mêler à la lutte pour baptiser le syndrome : **l'enlèvement de Patricia Hearst**, notamment en raison de la chronologie (ce fait se déroule en Février 1974) et de la symptomatologie présentée par la jeune femme.

Patty Hearst, étudiante presque comme les autres –elle est la petite-fille et héritière de William Randolph Hearst, magnat de la presse écrite outre-Atlantique- se retrouve kidnappée le 4 février 1974 sur le campus de l'université de Berkeley.

Ses ravisseurs, membres de « l'Armée de libération symbionaise », mouvement armé d'extrême gauche en activité de 1973 à 1975, réclamèrent un échange de prisonniers puis, une rançon sous forme de nourriture à distribuer à des populations dans le besoin.

Le 2 avril, près de deux mois après l'enlèvement de Patricia, est transmis à ses parents une bande magnétique sur laquelle la jeune fille affirme "avoir choisi de (se) joindre aux forces de l'Armée de libération symbionaise et de combattre pour (sa) liberté et pour la liberté des opprimés », défend ses ravisseurs, critique ses parents. Joint à l'enregistrement, un polaroïd où l'on voit l'héritière métamorphosée en guérillero de choc, un pistolet-mitrailleur à la main, devant l'emblème de la SLA, le cobra aux sept têtes [130].

Mais, comme le précise Skurnik en dépit de son caractère spectaculaire, le cas Patty Hearst peut être soumis à la critique [123].

En effet, la jeune femme, encore adolescente, présentait une certaine immaturité politique et psychologique. Entraînée par des bandits de grand chemin dont l'un sera son amant et lui fera découvrir la sexualité, dans le rejet de sa famille, Patricia Hearst présente plus le profil d'une adolescente chez qui l'irruption d'une volonté extérieure à sa famille modèle et protectrice a tout bouleversé.

Son cas laisse de nombreuses indications d'explications tout autres que les mécanismes retrouvés dans le syndrome de Stockholm.

V. Autre événement étayant

Par la suite, d'autres événements apporteront matière à conceptualiser ce syndrome. Notamment en juin 1977, la prise d'otages d'un train par des autonomistes sud-Moluquois, près d'Amsterdam.

Réclamant l'indépendance des Moluques du Sud, partie de l'Indonésie longtemps sous contrôle néerlandais, deux commandos moluquois ont quasi simultanément pris en otages les passagers d'un train ainsi que cent quinze enfants d'une école primaire [131].

Après trois semaines de siège et de négociations, l'armée hollandaise passe à l'action et met fin au calvaire des captifs [132].

Le danger représenté par les indépendantistes était bien réel : le conducteur du train et le chef de train perdirent la vie lors de l'assaut initial, et deux passagers furent abattus lors des négociations.

Souhaitant par cette opération la libération de certains de leurs membres, les Moluquois, dont la cause était bien connue aux Pays-Bas, expliquèrent aux passagers les motivations de leur geste.

Un d'eux, Gérard Vaders, pris à part par les Moluquois et ayant échappé de peu à la mort, a selon Ochberg, qui l'a interviewé, développé un début de Syndrome de Stockholm.

L'un des Moluquois lui avait expliqué l'absence de haine éprouvée pour le peuple néerlandais, arguant son mariage avec une Hollandaise.

Vaders, lors de sa rencontre avec Ochberg, affirma que ces informations modifièrent le degré d'hostilité qu'il pouvait ressentir à l'encontre des assaillants [133].

Des éléments cliniques sur lesquels s'appuiera donc le psychiatre américain.

Cet événement servit à Ochberg dans la description de son syndrome.

VI. Reformulation des questions.

Ainsi, une multitude d'événements contemporains ont été le terreau de la conceptualisation d'un nouveau syndrome. Or, les prises d'otages peuvent se targuer d'être aussi anciennes que la civilisation humaine.

Pourquoi a-t-il donc fallu attendre les *seventies* pour que le terme apparaisse ?

Est-ce que l'équivalent de ce syndrome existait avant ?

Si oui, pourquoi n'a-t-il pas été individualisé avant ?

Si non, quel(s) paramètre(s) nouveau(x) dans les prises d'otages ont favorisé son apparition ?

Pour cela, nous ferons un rapide historique des prises d'otages, mettrons en avant leurs évolutions et discuterons des questions posées.

VII. Historique des prises d'otages

Comme nous le remarquons précédemment, les prises d'otages ont de tout temps existé.

Historique

En effet, on retrouve dans la mythologie le rapt de Europe, fille du Roi de Phénicie, par Zeus. Dans l'Antiquité, Jules César lui-même fut capturé par des pirates pendant 38 jours, et libéré contre rançon [134].

Le récit de Tite-live, *L'enlèvement des Sabines*, nous interpelle [135]. Ce fait historique du 8ème siècle avant JC, pourrait, à la lumière des éléments d'aujourd'hui, nous faire retrouver les mêmes symptômes.

Romulus, chef d'une Rome naissante essentiellement masculine, négocie avec ses voisins sabins la possibilité d'épouser leurs femmes encore célibataires. Titus Tatius, souverain sabin, lui refuse ce souhait. En réponse, les Romains projettent et réalisent le célèbre « Enlèvement des Sabines » : organisant des Jeux auxquels furent conviés les Sabins, les Romains profitèrent de l'inattention de leurs convives pour enlever leurs femmes. Les Sabins retournèrent dans leur pays en dénonçant la violation des lois de l'hospitalité par les Romains.

Initialement dans l'opposition, protestant contre leur enlèvement, les Sabines finirent par accepter leur nouvelle condition d'épouse, séduites par les paroles des Romains.

Souhaitant laver l'affront dont ils furent victimes, les Sabins se mirent en guerre contre les Romains.

Lors de la bataille et au péril de leur vie, les Sabines s'interposèrent entre leurs époux, d'un côté, et leurs pères et frères, de l'autre. Les belligérants, relativement décontenancés, acceptèrent l'arrêt des combats.

L'auteur antique décrit ainsi l'attitude des captives :

« *[Elles] sont allées, courageuses, au milieu des projectiles, leurs cheveux défaits et leurs vêtements déchirés. Courant dans l'espace entre les deux armées, elles essayèrent d'arrêter tout nouvel affrontement et de calmer les passions en*

appelant leurs pères dans l'une des armées et leurs maris dans l'autre, à ne pas appeler la malédiction sur leurs têtes et la souillure du parricide sur celle de leur descendance, en salissant leurs mains du sang de leurs beau-fils et beau-père. »

Des similitudes pourraient nous faire évoquer les descriptions retrouvées lors de nos événements plus récents et sus-cités :

- la défense des ravisseurs.
- le caractère idéologique : Tite-Live avança le rôle prépondérant de Romulus, convaincant auprès des Sabines. Le dirigeant romain expliqua que le rapt n'était que la conséquence de l'étroitesse d'esprit de Titus Tatius, fermé à toute négociation.
- L'absence de haine du ravisseur à l'encontre des captives, bien au contraire.

A l'opposé, on peut remarquer que, promettant droits et respect à leurs potentielles épouses - et leurs enfants à venir-, les Romains obtinrent d'elles le mariage. La contrainte ne fut que relative. Tite-Live, bien que potentiellement parti pris, insista sur l'absence de menace ou d'abus d'ordre sexuel.

En Lombardie, au 14^{ème} siècle, des membres de la bourgeoisie de Crémone sont pris en otages par Henri VII, roi d'Allemagne, qui souhaite recevoir l'allégeance de la ville italienne.

D'autres bourgeois, ceux de Calais, sont victimes de la démonstration de force d'Edouard III d'Angleterre.

L'écrivain Miguel de Cervantes, auteur de Don Quichotte, sera aux mains de pirates d'Afrique du Nord, en 1575.

Différentes fonctions des otages

Les otages peuvent soit servir de **caution** (comme le Maréchal de Biron en 1601) ou de moyen de **rébellion** (comme la princesse Tchavtchavdzé, héritière de Géorgie et prisonnière d'un imam réfractaire à la Russie).

Ils peuvent être l'objet de **rançon**, comme le fils de l'aviateur Charles Lindbergh. Ou l'**objet de représailles**, comme la cinquantaine de civils français

assassinés par la Wehrmacht le 22 octobre 1941 à Chateaubriand, en réponse au meurtre du Lieutenant Colonel Hotz par un groupe de jeunes résistants nantais [135].

Evolution du terme d'otage

- D'un point de vue linguistique

Cependant, il faut remarquer que le terme d'otage a évolué au cours du temps.

Etymologiquement parlant, il peut désigner «une personne livrée ou reçue comme garantie de l'exécution d'une promesse, d'un traité» [137] ou encore «une personne que l'on arrête et détient comme gage pour obtenir ce que l'on exige» [138].

C'est un terme dérivé de *hôte*, et signifiait initialement la demeure. Mais au fil de l'évolution linguistique, le mot *otage* a été pris comme désignation de la personne. Dans l'Antiquité, l'otage était confié à des ennemis et même à des alliés comme garantie de l'exécution d'une promesse, comme sécurité pour éviter une trahison ou une modification de comportement du groupe d'individus. Une simple famille, un dirigeant ou même une nation complète donnait la garde d'une personne proche à ceux envers qui ils s'étaient engagés [122].

L'otage était plus considéré comme un invité que comme un prisonnier, même si sa vie dépendait d'autres personnes que ses proches. Il s'agissait d'un lien entre deux parties, et n'avait de valeur que vivant et bien portant puisqu'il devait être rendu une fois la promesse tenue. Si l'otage mourait, l'engagement était rompu et la promesse perdait toute valeur. A l'inverse, la vie de l'otage pouvait être menacée si le contrat n'était pas respecté par l'autre partie [139, 140].

- D'un point de vue symbolique.

Symboliquement, la conception de l'otage a évolué. Elle équivaut de nos jours, et ce depuis quelques décennies, à un objet déshumanisé, sur lequel il est possible d'exercer une pression dans le but d'obtenir un bénéfice. Il y a un vrai rapport de force, avec un déséquilibre et une unilatéralité, là où l'on trouvait auparavant un contrat entre deux parties.

- Victimes primaires vs Victimes secondaires.

De plus, il est intéressant de développer certains termes, qui nous seront utiles par la suite. Ceux de victimes primaires et de victimes secondaires.

La victime primaire d'une prise d'otages est l'individu ou le groupe d'individu, l'instance, l'état... sollicités pour répondre à la demande des ravisseurs, visés pour répondre au chantage.

La victime secondaire, elle, est l'otage à proprement parlé [123].

L'apparition de la composante médiatique.

Nous pouvons arbitrairement créer une scissure, autour des années 50-60, pour ajouter aux prises d'otages une couverture médiatique. Nous détaillerons ce changement et l'intérêt qu'il peut susciter plus loin.

Dans la version moderne des prises d'otages, en plus de revendications la plupart du temps idéologiques, la sphère médiatique a pris une place prépondérante [123].

En revenant vers des prises d'otages « anciennes » - à opposer aux « modernes » qui elles sont pourvues de cette supervision médiatique-, nous pouvons nous attacher à y rechercher, s'ils existent, des symptômes d'empathie paradoxale. Des syndromes de Stockholm qui s'ignorent, en quelque sorte...

En effet, on peut distinguer trois arguments chronologiques dans les prises d'otages :

- La raison d'état, à forte **connotation politique**. Qu'il s'agisse d'un seul homme, comme Louis XI, captif de la Maison de Bourgogne, ou de plusieurs dizaines d'hommes, masse humaine retenue par les Sarrasins, qui furent friands de ce mécanisme de pression lors des Croisades.
- La raison **défensive ou de représailles**. Des prises d'otages à but persécuteur dont peuvent être victimes les minorités liées, lors des conflits, au camp en passe de triompher.
- Enfin, à partir des années 1950-60, ces prises d'otages à couverture **médiatique**.

L'intrusion médiatique dans l'événement est parfois telle qu'il est alors impossible de cliver nettement entre la revendication et la publicité, la mise en lumière recherchée.

Mais, contrairement au terrorisme international, dont les auteurs sont à la recherche d'une médiatisation accrue afin d'afficher au mieux leur idéologie, les opérations à visées « crapuleuses » tentent d'éviter ces mises en lumière. Leurs auteurs privilégient discrétion, sobriété et efficacité. Cependant, la présence journalistique devient irrémédiable dès que des otages entrent en jeu.

Dans notre propos, il est intéressant, et logique, d'intégrer la prise d'otages de Stockholm dans cette troisième catégorie, celle des prises d'otages à couverture médiatique, celle où le jeu à 3 (Victimes primaires – Victimes secondaires – ravisseurs) devient jeu à 4 (s'y associe donc l'opinion publique, informée par les médias).

Les médias omniprésents, associés à une propagande politico-idéologique, sont souvent retrouvés dans la genèse des cas de *Syndrom's Stockholm* [123].

Une question se pose alors : n'y-a-t-il pas eu, avant 1973, de prises d'otages liées à ce couple médias/idéologie politique ?

VIII. Médias et idéologie : un couple préexistant à 1973 ?

La réponse est positive. Nous allons d'abord la décliner selon deux événements, les premiers du genre :

- La capture, par les rebelles de Fidel Castro, de Juan Manuel Fangio en 1958. À la veille du Grand Prix de Cuba, Fangio est pris en otage par des opposants au dictateur Batista, la Brigade du 27 juillet. Le champion sera relâché après 27 heures. Il affirmera « (avoir) été particulièrement bien traité » et que cet épisode restera toujours « *un bon souvenir* » pour lui, [141], décrivant même

ses ravisseurs comme des « *gentlemen* » [142]. Lorsqu'il fut relâché, il déclara : « *Permettez-moi de vous présenter à mes amis les ravisseurs.* »

- La prise en otage d'Alfredo Di Stefano, mythique footballeur madrilène, empêché de dribbler par des guérillos vénézuéliens en 1963. Alors que son club du Real Madrid F.C. est en tournée en Amérique du sud, l'attaquant se fait kidnapper. Il sera détenu 3 jours. Il écrira une lettre à ses ravisseurs pour les remercier de leur hospitalité. Del Rio, l'un des subversifs, dira de Di Stefano qu'il (était leur) invité. »

En découle une interrogation : pourquoi ces deux cas n'ont pas accouché de deux syndromes de Stockholm ?

Autant dans la première que dans la seconde situation, les deux sportifs ressortiront de leur captivité euphoriques et acquis à la cause de leurs ravisseurs. Des sortes de « pré-syndrome de Stockholm », dira N. Skurnik.

Mais pas ce syndrome franc et si interpelant, paradoxal.

Pourquoi ? Le même auteur mettra en avant l'absence de danger vital ressenti par les otages.

En effet, Juan Manuel Fangio a vite compris qu'il ne devait rien lui arriver pour que la mission réussisse. Un des ravisseurs insiste pour qu'on s'arrête chez lui. Il souhaite montrer le champion à sa femme et obtenir un autographe. Et Manuel Nuñez, l'un des deux hommes du Mouvement du 26 Juillet, précisera que « *(les) ordres (étaient) de mourir plutôt que de toucher un seul cheveu du champion.* »

Fangio s'est montré curieux au sujet du mouvement et voulait en savoir plus sur la vie à Cuba sous la dictature de Batista.

L'inexistence de possibilité à nourrir une haine envers ses ravisseurs, et même l'ouverture vers une sympathie naissante en faveur de leurs opinions ne concourent pas dans le mécanisme complexe du syndrome de Stockholm.

Un nouvel élément semble alors intervenir : la présence d'une réelle empreinte du **danger de mort.**

La revue des événements ultérieurs où l'otage est outil nous amène en juillet 1968. **Cette année-là a lieu le détournement de l'avion de la compagnie israélienne El Al, à Alger.**

Tout y est : des otages, des ravisseurs, une revendication politique et des médias omniprésents, avides de tout rebondissement au cours de cet épisode. Le vol Rome- Tel-Aviv fut détourné sur Alger, où, après l'atterrissage, les passagers non israéliens ainsi que femmes et enfants furent libérés, laissant dix membres d'équipage et douze passagers aux mains des ravisseurs [143]. Les captifs furent libérés au bout de cinq semaines.

Pourquoi alors, bien qu'armés du terreau propice au développement des symptômes d'empathie envers les ravisseurs, ceux-ci ne furent pas retrouvés lors de cet événement ?

Skurnik avance l'hypothèse de la haine de l'agresseur vis-à-vis de son/ses otage(s). , Pour lui, il est nécessaire, pour que la symptomatologie puisse éclore, qu'il y ait au minimum une neutralité affective de l'agresseur, c'est-à-dire l'absence de sentiment de haine. Celui-ci, projeté sur les victimes secondaires, empêcherait toute arrivée d'identification.

En faveur de cet argument, Skurnik remarque l'absence de cette symptomatologie entre agresseurs d'ethnies antagonistes ou entre ressortissants de pays en guerre.

Or, dans la situation présente, l'événement se déroule sur fond de conflit israélo-palestinien. On le voit, seuls les ressortissants de l'état Hébreu furent retenus. Pour corroborer cet antagonisme, notons que la compagnie El Al détient le record officieux du nombre d'attentats, de prises d'otages et de détournement d'avions de l'histoire de l'aviation civile [129].

Un syndrome de Stockholm avant l'heure ?

Une des descriptions se rapprochant de notre syndrome, dans ce bouillon d'éléments multiples, peut être l'enlèvement de Sir Geoffroy Jackson [144].

Ce serviteur de Sa Majesté, ambassadeur de Grande-Bretagne à Montevideo, en Uruguay, fut enlevé par les Tupamaros.

A sa libération, huit mois plus tard, en septembre 1971, l'anglais appuya les revendications de ses ravisseurs. Contrairement à la jeune et immature Patricia Hearst, Jackson, diplomate reconnu, était à forte personnalité. Son nouveau rôle de porte parole des Tupamaros, révolutionnaires aux convictions gauchisantes, semble avoir plus de valeur.

Pas d'aversion envers le captif, une présence médiatique, des revendications politiques sous tendues par une idéologie, ici marxiste, un danger d'atteinte vital présent au cours de la captivité : tout y est.

Probablement un des premiers cas « authentique » de syndrome de Stockholm, dans la définition que nous en avons aujourd'hui.

Face à la répétition des cas, Ochberg s'est donc attelé à la conceptualisation de cette réaction paradoxale. Le caractère double des événements de Stockholm ainsi que leur primauté donnèrent le nom au syndrome.

IX. Discussion autour de l'attribution du nom

Bien entendu, d'autres ont pu tenter de suggérer une autre dénomination. Edwy Penel, cofondateur de l'agence de presse Mediapart, amena, dans son article « le Syndrome de Nantes » paru dans Le Monde en 1986, une réflexion autour de cette symptomatologie et d'un événement contemporain : une prise d'otages au Palais de Justice de Nantes [145].

Revenons sur les faits : le 19 décembre 1985, deux hommes (Georges Courtois et Patrick Thiolet) sont jugés pour un hold-up. Un de leur complice fait irruption dans la salle d'audience lors du réquisitoire.

Georges Courtois a dans l'idée de s'évader, demande un véhicule et réclame la présence des caméras de télévision pour expliquer son geste. Leur argument idéologique : une demande d'amélioration des conditions de déroulement de la justice et de la procédure carcérale.

S'ensuit un bras de fer entre les forces de police et les trois preneurs d'otages. Cette prise d'otages sera marquée par une médiatisation inédite dans ce genre d'affaires [146].

En effet, dès les premières heures, une équipe de FR3 entre dans le palais de justice et des dizaines de caméras de télévision prennent place en face du bâtiment. Après obtention du véhicule réclamé et un début de cavale rapidement avorté, les fuyards se rendent. Tous les otages ont été libérés sains et saufs et aucune goutte de sang n'a été versée.

Cet événement fut le galop d'essai du RAID, qui mit en exergue ses capacités d'intervention se voulant nettes et si possible sans bavure.

Au cours de leur tentative d'approche, les militaires réussirent à sonoriser le lieu de rétention des captifs, et purent mettre en évidence les relations complexes nouées entre les otages et leurs ravisseurs. Compréhension mutuelle et complicité inconsciente semblait s'être instaurée entre les deux parties.

On retrouve en effet, dans cette situation, un terrain fertile au développement du syndrome de Stockholm.

Penel, dans son rôle de journaliste, discutera superficiellement dans son article de l'origine nominative de cette symptomatologie attribuée aux événements de Stockholm.

X. Autre exemple

Par la suite, **d'autres cas alimenteront la cliniquothèque du syndrome.**

Pour en citer un célèbre, la prise d'otage d'un avion de la TWA en juin 1985 à Beyrouth.

Le 14 juin 1985, le Boeing 727 de la compagnie américaine TWA, parti d'Athènes à destination de Rome, est détourné vers Beyrouth par deux Libanais armés. Il transporte cent quarante-cinq passagers et huit membres d'équipage.

Ils exigent la libération de « tous les arabes détenus dans les prisons israéliennes », la condamnation des agissements américains dans le monde arabe, ainsi que la condamnation de l'attentat commis en mars 1985 dans la banlieue sud de Beyrouth à l'aide d'une voiture piégée [147].

Alors que la prise d'otages se poursuit, trois d'entre eux qui furent libérés, exprimèrent publiquement leur adhésion aux demandes de leurs désormais ex-

ravisseurs. L'un d'eux, Allyn Conwell, proclamé porte-parole des otages, demanda donc à Israël la libération de prisonniers, dans le but de sauver les otages, mais aussi car « *it's the right thing to do* » (« c'est la bonne chose à faire ») [148].

Critiqué pour ses prises de position, Conwell refusera de revenir sur ses propos.

Fait remarquable : parmi les otages américains, un Marine sera assassiné. Seul le père de ce dernier, présent sur le vol, n'aurait pas été touché par le syndrome.

CONCLUSION

Nous avons pu mettre en avant le rôle prépondérant des médias, qui viennent prendre leur place dans un carré de déterminants propices au développement du syndrome de Stockholm.

Les événements qui se sont joués dans la capitale suédoise ont donné leur nom à cette corrélation de symptômes probablement car ils furent les premiers à réunir toutes ces conditions :

- L'absence d'antagonisme exprimé entre ravisseurs et otages.
- L'existence de revendications, qu'elles soient politiques ou idéologiques.
- Une médiatisation importante.

Nous l'avons évoqué : la connaissance de l'existence du syndrome de Stockholm par l'otage tend à sa non-apparition.

Ainsi, dans un monde de communication accélérée, de transmission et d'accès à l'information facilité par les nouvelles technologies, et aussi par une certaine appétence de la société à étaler l'inédit, le paradoxal, on peut supposer de la connaissance du syndrome de Stockholm dans la population générale. Ce qui vouerait ce syndrome à disparaître ?

E. Les attentats du RER B parisien (25/07/1995)

Parler d'urgence médicopsychologique par le biais des CUMP, c'est se placer plus d'un siècle après l'identification de la « névrose traumatique » (1889) par Hermann Oppenheim.

Nous l'avons vu, le psychotraumatisme a, depuis le début du 20^{ème} siècle, toujours suscité une réaction, bienveillante ou non. Des soins de la guerre russo-japonaise, à la nécessité de prise en charge des Vétérans du Vietnam ou d'une reconnaissance nosographique via *l'American Psychiatric Association*, en passant par le scepticisme de la première guerre mondiale, la symptomatologie post-traumatique ne laissa jamais de marquer ceux qui la côtoyèrent.

La création des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique fait partie de ces réactions au psychotraumatisme.

Mise en place en 1995 au décours de la vague d'attentats islamistes tristement meurtrière, elle est le témoin d'un renouveau de l'intérêt pour la clinique du traumatisme psychique [114].

Quels mécanismes, s'ils existent, ont pu être à l'origine de ce regain d'attention pour cette symptomatologie ?

Il est vrai qu'aujourd'hui, l'urgence psychotraumatique souffre peu de contestation, alors qu'au cours de son siècle d'existence, la névrose traumatique a subi de multiples attaques et a été sujette à des débats virulents.

Pour exemple, l'explosion de l'usine AZF de Toulouse. Comme le précise Latté et Rechtman, cet événement, en terme de traumatisme, a bénéficié d'une double évidence :

- sa reconnaissance comme étant psychotraumatogène, « *sans qu'aucun appareillage d'évaluation clinique ou statistique n'ait besoin d'être sollicité* »

- un consensus autour de la légitimité des réparations financières des victimes psychiques.

Une reconnaissance et un consensus qui sont difficilement imaginables dans la deuxième partie du 19^{ème} siècle [17].

Après avoir planté le décor et évoqué les événements potentiellement déclencheurs, nous décrirons de manière factuelle les jours suivants, qui verront naître la première CUMP.

Puis en s'interrogeant sur la nature du terrorisme, sur ses spécificités et son évolution, nous observerons à quel degré ce fléau a entaché l'histoire de la France, notamment dans ses décennies les plus récentes. Nous tenterons de comprendre la spécificité des événements du 25 juillet 1995, en les comparant avec un fait relativement similaire.

Pour conclure, nous discuterons de la question suivante : **en quoi CES attentats terroristes furent le point de départ de la création de CE réseau de soins ?**

I. L'état des lieux avant les événements

Reprenons le traumatisme là où nous l'avons laissé. Au début des années 1980. En Amérique, le changement idéologique –concrétisé par la parution du DSM III- le concernant plaçait l'événement comme agent étiologique exclusif, sans préoccupation de la personnalité de la victime.

Ainsi, via le DSM III, le PTSD naquit des cendres de la névrose traumatique, dans le giron de la psychiatrie américaine.

Qu'en est-il en France ?

Pour résumer l'idée de Ian Hacking, « la fortune d'un trouble mental doit moins à l'universalité de ses symptômes qu'à :

- sa capacité à intégrer les taxinomies en vigueur dans le champ psychiatrique
- son aptitude à s'incarner dans des prototypes socialement évocateurs susceptibles de donner un corps, une épaisseur empirique à la catégorie » [17].

En France, lors de l'avènement nosographique du PTSD, aucune de ces deux conditions n'y permet le développement du néo-concept.

Les raisons, évoquées par Latte et Rechtman, sont les suivantes :

- l'architecture nosographique française persiste dans son identité fortement psychanalytique.
- Les pressions des mouvements féministes et d'anciens combattants outre-Atlantique n'ont pas leurs équivalents français.

Comment va donc se développer l'intérêt pour les pathologies post-traumatiques ?

Par le biais des catastrophes collectives.

L'hypothèse avancée par Rechtman et Latte met en avant deux facteurs concomitants se regroupant autour des catastrophes collectives :

- une entreprise académique : la psychiatrie militaire et celle de secteur
- les nouveaux mouvements sociaux de l'aide aux victimes

D'un coté, l'apport militaire permet l'export des symptômes fréquemment observés chez les combattants à la scène civile, et se traduira par le développement d'une surspécialité médicale avec la création de diplômes, de journaux et de société.

De l'autre, le coté associatif.

Pour exemple, SOS-Attentat demande en 1986 une étude auprès de ses adhérents pour mettre en évidence des caractéristiques communes à ses adhérents. Le but ultime de ce système associatif étant l'obtention d'une reconnaissance sociale et juridique d'exception.

De plus, l'action associative ouvre ainsi la voie à des dispositifs de prise en charge psychologique précoce qui se multiplient (accident de la gare de Lyon en 1988, effondrement du stade de Furiani en 1992, prise d'otage de l'airbus Paris-Alger en 1994) jusqu'à leur systématisation future avec la création du réseau des Cellules d'urgence médico-psychologique.

Ainsi en 1988, lorsque survint le meurtrier accident ferroviaire parisien de la Gare de Lyon (56 morts et 57 blessés) et lors de l'effondrement d'une tribune provisoire du stade bastiais de Furiani le 5 mai 1992, faisant 18 morts et plus de 2300 blessés, la question de la systématisation des soins psychiques d'urgence en cas de catastrophe se posera.

Le Docteur Louville estime que le premier dispositif ressemblant à la CUMP actuelle, cohérent et efficace, fut, de son expérience personnelle, monté lors de l'accueil des otages de l'Airbus d'Air France en décembre 1994, à l'aéroport d'Orly. Pour rappel, les passagers et l'équipage d'un airbus de la compagnie Air France, en provenance d'Alger, avait subi une prise d'otages meurtrière, qui s'était conclue par l'intervention du GIGN sur le tarmac de l'aéroport de Marseille [149].

A distance, le docteur Louville avait alors pu pointer du doigt l'intérêt de la permanence d'un tel dispositif.

II. Les événements

Le mardi 25 juillet 1995, peu après 17h30, un explosif est déclenché dans la voiture n°6 du RER B, dans le sens gare du Nord- Saint-Rémy-lès- Chevreuse, au niveau de l'arrêt Saint-Michel.

Dans une ville éminemment touristique, le quartier Saint-Michel n'est pas en reste. La station homonyme était déjà à l'époque un lieu de passage important : 450 000 usagers quotidiens, dont 47 000 en transit vers une correspondance [150]. La station Saint-Michel est en effet l'intersection de la ligne du RER-B et d'une ligne de Métro.

Est décrit un temps radieux, la multitude de touristes flânant et les Parisiens déambulant ou de retour de leur journée de travail.

L'agitation et le chaos résiduel n'en seront alors que plus grands. La France connaîtra là son attentat le plus meurtrier [151].

Huit décès et 117 blessés seront dénombrés.

L'événement sera l'occasion pour le Plan Rouge d'être déclenché. Les usagers du Métro, ignorant les faits s'étant produits au niveau du RER, seront reconduits à la surface par les forces de Police [150]. Un incendie se déclarera, et se verra rapidement maîtrisé. Aucune panique particulière ne se ressent en surface où les blessés commencent alors à se regrouper. Certains se présenteront eux-mêmes aux Urgences.

Plusieurs équipes médicales sont sur place et tentent de ratisser large. Le risque d'une explosion reste la survenue de *blasts*.

L'article descriptif de l'organisation des secours de Richter [150] montre le peu de prise en charge, à l'époque, accordée aux traumatisés psychiques. L'absence de moyens spécifiques empêche le dépistage initial lors de ce genre d'intervention. De plus, la priorité flagrante de l'événement semble résider dans les soins somatiques.

III. Impact :

- politique

En place depuis quelques mois, le président de la République Jacques Chirac demandera la mise en place d'une structure prenant en charge l'aspect psychologique des catastrophes d'une telle ampleur [152].

C'est son secrétaire d'Etat à l'action humanitaire d'urgence, Xavier Emmanuelli (par ailleurs cofondateur de Médecins sans Frontières), qui sera en charge de cette mission [149].

Dès l'idée initiale, la CUMP se positionne en complément du dispositif médical de soins somatiques.

Le docteur Emmanuelli fait appel à une commission pluridisciplinaire (médecins urgentistes, psychiatres, psychologues et infirmiers) chapeauté par le général et professeur Louis Crocq.

Les missions de cette commission sont au pluriel, et se conjuguent à court et long termes : [110, 153]

- l'élaboration du dispositif étagé de prise en charge immédiate des blessés psychiques.
- La mise en place d'une continuité temporelle dans la prise en charge, notamment pour les phases post-immédiate et différée chronique.
- L'extension à l'ensemble du territoire français d'une mesure qui, initialement, ne concerne que Paris.
- L'intégration de cette CUMP dans un vaste réseau de soins généraux.
- Enfin, la nécessaire formation du personnel y évoluant (psychiatres, psychologues, infirmiers et autres personnels d'intervention).
- Établir et maintenir les contacts nécessaires avec les autorités administratives et judiciaires concernées, les universités et le réseau associatif.

- en termes de soins

○ Création de la CUMP.

Le 4 août 1995, soit tout juste dix jours après l'attentat de la station Saint-Michel, la constitution de la CUMP est effective [152] et ce dans les grandes villes françaises [153].

Treize jours plus tard a lieu le galop d'essai : un attentat survient avenue de Friedland à Paris. Il fera 17 blessés.

Puis les interventions s'enchaînent car les attentats se suivent : rue Richard Lenoir (3/9/95), station de métro Maison-Blanche (6/10/95), station RER Orsay (17/10/95), station RER Port- Royal (3/12/96) [110].

La prise en charge se veut axée autour d'entretiens courts et individuels, de repérage de patients à risque, du débriefing des équipes de sauveteurs, et prévention concernant les symptômes psychotraumatiques [149].

Comme prévue initialement, la CUMP se présente comme un dispositif étagé de prise en charge de l'urgence médico-psychologique des victimes de catastrophes ou d'accidents collectifs impliquant un grand nombre de blessés ou susceptibles d'entraîner d'importantes répercussions.

○ Législation et Développements ultérieurs

En août 1996, soit un an après la constitution de la CUMP, la commission de développement rendit son rapport au Ministère de la Santé [153].

Légalement, la légitimité de la cellule d'urgence médico-psychologique sera relayée par une circulaire le 2 mai 1997 [154].

Sur le territoire national, elle s'organise en « **cellules départementales permanentes** d'urgence médico-psychologique ».

La CUMP sera sous l'égide de l'ARS de sa région [152] et dépend du directeur du SAMU.

On note 7 inter-régions, rattachées aux SAMU des départements des Bouches-du Rhône à Marseille, de la Haute-Garonne à Toulouse, de la Loire-Atlantique à Nantes, du Nord à Lille, du Rhône à Lyon, de la Meurthe-et-Moselle à Nancy et de Paris. L'absence de CUMP dans certaines régions est justifiée par une estimation faible de la fréquence d'événements locaux susceptibles de recourir à l'intervention de la cellule.

En conséquence, « la création de structures permanentes ne s'impose que dans un petit nombre de départements » [154]. Ainsi, dans ces départements, le Préfet, sur proposition du Directeur de la DRASS, nomme un psychiatre hospitalier qui sera le référent de l'urgence médico-psychologique régionale et l'interface avec la cellule permanente dont son département dépend.

Ces textes de loi ont pour conséquence la création du **comité national** de l'urgence médico-psychologique (CNUMP), sous la dépendance du ministre de la santé, qui poursuit les missions définies précédemment, veille à la cohérence de l'ensemble du dispositif, évalue et supervise la formation.

Il a donc un rôle de continuité dans la mise en place de l'entité [155].

Le 7 août 2012, un arrêté met fin au CNUMP.

Devant l'augmentation des besoins d'intervention, une circulaire [156] annonce le renforcement du réseau en dotant l'ensemble des régions d'au moins une équipe de permanents [152]. Cette mesure prendra forme sur deux ans, et permettra alors de disposer dans chaque région d'une équipe stable et formée.

Récemment, le décret du 7 janvier 2013 réorganise les dispositifs de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles en France, dont fait partie l'urgence médico-psychologique [157].

Les lignes directrices restent, pour l'urgence médico-psychologique, globalement les mêmes.

IV. Préambule : qu'est le terrorisme ?

Le contexte sous jacent à la réflexion et l'élaboration de la CUMP est l'acte terroriste.

Les précédents, accidentels (Gare de Lyon, Stade Furiani), bien qu'ayant vu l'intervention aidante d'associations, n'avaient pas débouché sur une telle structure. Ainsi, il paraît souhaitable de s'arrêter sur le concept de terrorisme [158].

Le psychologue Pierre Mannoni s'est penché sur cette question. Quels aspects spécifiques revêt cette activité pour susciter les conséquences émotionnelles qu'elle déclenche ?

Le terrorisme se rapproche de la guerre révolutionnaire, menée par des groupes d'activistes en lutte contre une puissance, jugée comme dépourvue de légitimité à gouverner.

Ainsi, le terrorisme peut être vu comme un mode de combat spécifique, qui lui permet de mener une guerre **plus psychologique que technologique**.

Aux antipodes de la conventionalité des armées d'état, donc, prônant et souhaitant une guerre propre, et affichant pour cela une force physique rodée et techniquement surarmées.

De l'« autre » côté, les mouvements terroristes sont archaïquement équipés. Ils misent sur la psychologie et usent d'actions plus sanglantes.

La guerre, en principe, exclut le terrorisme. Mais lorsque dans un conflit, ce dernier apparaît, il se crée en conséquence un état ambigu, une sorte de « guerre sans guerre ».

La force du terrorisme se puise justement dans ce qui le distingue de la guerre « conventionnelle ». Il utilise une technologie parfois désuète articulée à une dramaturgie, composée de plusieurs éléments de nature psychosociale, avec comme principe de base l'extrémisme. Cet extrémisme caractérise le terrorisme, et lui enlève toute limite.

Il faut voir le terrorisme comme une arme psychologique. Elle allie :

- Science du spectacle, avec l'atteinte de cibles symboliques, sous la participation complaisante des caméras du monde...
- Un maniérisme de l'horreur, dans le but de susciter l'effroi...
- Une réintroduction dans le combat de l'archaïsme :
Alors que les technologies modernes tendent à effacer l'humain du conflit, le terrorisme, lui, oublie le progrès et préfère le découpage des chairs au couteau que l'atteinte plus « propre » des balles...
- Une atteinte de l'imaginaire social. Visé, il l'est par l'utilisation d'images à valeur émotionnelle, qui relèvent du psychisme collectif. Puis dans un but de propagande, interviennent les *mass media*. Ils vont installer un manichéisme mental simple mais percutant.

Les médias, hypertrophiés de nos jours, font de la guerre des communiqués l'arme principale.

Mannoni avance que "le véritable champ de bataille du terrorisme se situe dans les colonnes des journaux et sur les écrans de télévision", et il oublierait presque de préciser les multiples nouveaux moyens d'accès à l'information dont fait partie le web.

Les médias ajoutent de plus un aspect théâtral, qui corrobore la science du spectacle citée ci-dessus. Le terrorisme a besoin de cette publicité, car il ne peut vivre en dehors de l'écho que le public lui renvoie.

V. Histoire du terrorisme en France [159]

S'arrêter sur ce terrorisme dont nous avons évoqué quelques aspects, c'est se pencher sur un facteur important ayant potentiellement joué un rôle dans l'élaboration de la CUMP.

En effet, rester factuel nous fait réfléchir sur cette cause de catastrophe collective, poussant sur le devant de la scène française le traumatisme et ses conséquences. Pourquoi est-ce suite à ce type d'événement que la réflexion autour de la prise en charge des blessés psychiques a éclos ?

La vague terroriste de 1995 ne fut pas la première en hexagone. Nous nous attarderons sur l'historique de ce phénomène en France. Afin de pouvoir se demander quelle spécificité l'événement terroriste de 1995 comportait pour impulser à la création de la CUMP.

- Terrorisme d'opposition : Napoléon et l'attentat de la rue Saint-Nicaise le 24/12/1800

Possible tournant dans le terrorisme, l'attentat de la rue Saint-Nicaise ouvre le cycle du maniement des engins explosifs, machines qualifiées d'«infernales» par *La Gazette de France* dès 1800 [160].

Bien que les attentats politiques ne datent pas de cette période, un nouvel élément s'invite : l'horreur.

L'explosif provoque, en plus de l'homicide, une violence qui « stupéfie et épouvante ». Les témoignages d'époque vont en ce sens, et décrivent plus un champ de bataille qu'un simple attentat plus ciblé.

La cible, elle, se nommait Napoléon Bonaparte, alors Premier Consul de France depuis un peu plus d'un an. Celui-ci se rendait à l'Opéra pour assister à la première de *La Création*, du compositeur Joseph Haydn. A la sortie de la rue Saint-Nicaise, à son passage, un baril de poudre et de mitraille explose. On dénombrera huit morts et vingt-huit blessés. Le Corse s'en sort indemne.

On peut déjà retrouver, dans les témoignages d'époques, des descriptions de l'horreur vécue par les victimes impliquées.

Cet événement marque une séparation entre le tyrannicide classique et le terrorisme moderne.

- Les carbonari

Plus d'un demi-siècle plus tard, les Carbonari, jusqu'alors discrets dans l'hexagone, attentent à la vie de l'empereur Napoléon III. Trois bombes exploseront le 14 janvier 1858. Le bilan fera état de huit morts et cent cinquante-six blessés. De nouveau la terreur s'invite dans la capitale française.

- Les anarchistes

- 1892-1894

Assassin de droit commun, Claudius Koenigstein, plus connu sous le sobriquet de Ravachol, surfe sur la propagande anarchiste qui plonge la France dans l'épouvante et commet trois attentats à la bombe en mars 1892. Perdant sa tête sur le billot à peine quatre mois plus tard, il devient martyr de la cause anarchiste et s'ensuit une série d'attentats durant près de deux ans. C'est l'assassinat du président Sadi Carnot, le 24 juin 1894, qui ponctuera cette triste série.

Période sombre qui débouchera sur le vote de lois réprimant les crimes contre la sûreté de l'état, l'apologie de crimes, la fabrication et la détention d'engins explosifs et l'association de malfaiteurs.

- Décembre 1911- avril 1912 : la « bande à Bonnot »

Une bande de malfaiteurs au nom sonnante fait régner un climat d'insécurité en France, le temps de quelques mois.

- Les conflits balkaniques

Trouvant naissance dans le conflit entre Serbes, Croates et Slovènes, incapables de s'accorder sur les ruines de la première guerre mondiale, le terrorisme d'origine balkanique épargne la France jusqu'au 9 octobre 1934.

Un attentat, unique en hexagone, voit les oustachis croates assassiner Alexandre de Yougoslavie et le ministre des Affaires étrangères en place, Louis Barthou, à Marseille.

- La guerre d'Algérie

Le terrorisme de la guerre d'Algérie, probablement l'expérience de ce type la plus meurtrière pour la France, est souvent cité pour son efficacité dans la conquête du pouvoir.

De sources multiples (principalement le Front de Libération Nationale) et de cibles variées (les musulmans récalcitrants à la cause indépendantiste, fidèles à la France ; les indépendantistes concurrents du Mouvement National Algérien ; les Européens) coté algérien, ces actes terroristes auront pour répliques ceux de l'Organisation Armée Secrète et des services spéciaux français, qui alors pratiquent un réel terrorisme d'état.

Des déchirements intracommunautaires multiplient les pertes : on dénombre 4000 décès dus aux affrontements entre Musulmans [161].

Cent cinquante civils européens périront.

Les attentats à Alger sont quotidiens, le FLN voyant en la capitale algérienne un enjeu symbolique, dans les rues de laquelle ses hommes combattent la 10^{ème} division parachutiste.

La pression est ainsi celle de chaque instant, la possibilité d'un attentat soudain planant sans cesse au dessus des habitants et des militaires français.

Atteintes dans leur moral et leur désir de paix, malgré une apparente victoire à court terme sur le FLN, les forces françaises baisseront pavillon.

La suspicion sur l'autre sera omniprésente, d'autant plus que le FLN recrutera de nombreux européens, en faisant leurs complices, hôtes, transporteurs et « porteurs de valise ».

Particularité à noter : les attentats auront lieu en Algérie française, diminuant l'impact sur la métropole.

- Le terrorisme « protéiforme »

Protéiforme ; adjectif, de Protée : qui change de forme très fréquemment.

Caractéristique adaptée à un terrorisme aux multiples visages qui touche la France à partir des années 1960.

Qu'il soit

- indépendantiste au cours des décennies 1970/80,
- d'extrême gauche, de la Gauche Prolétarienne- Nouvelle Résistance Populaire à Action Directe,
- d'origine orientale, puisant ses sources au Liban, en Iran ou dans le conflit israélo-palestinien. On distingue deux particularités :
 - Soit la France est le théâtre de règlements de comptes qui lui sont en apparence étrangers...
 - ...soit la cible directe de pays/organisations contestant les choix diplomatiques.

C'est le cas d'un précédent remarquable aux attentats de 1995 : la campagne d'attentats parisiens survenue en 1985-86, attribués à l'Iran via le Hezbollah.

VI. Précédents : pourquoi pas de mise en place de dispositif ? Une antériorité remarquable : vague d'attentats 1985/1986 [162]

A cheval sur les années 1985/1986, la France a subi une vague d'attentats meurtriers. La France, mais surtout Paris, capitale et donc vitrine de l'hexagone.

Il est communément convenu de décrire 4 « vagues ». Dans notre propos, nous créerons de manière arbitraire une scissure entre les trois premières et la dernière.

La raison est double :

- d'une part elle se situe dans la temporalité des événements. Les trois premières vagues s'étalent de décembre 1985 à mars 1986. La dernière est plus à distance, en septembre 1986.
- D'autre part, l'impact meurtrier a été supérieur lors de la quatrième vague : douze personnes perdront la vie, dont sept lors du dernier acte terroriste, survenu au magasin Tati, rue de Rennes.

En ceci, ces derniers attentats, par leur confrontation plus marquée avec la mort, se rapprochent de l'attentat qui, un peu moins de dix ans plus tard, secouera la France et incitera les politiques en place à créer une structure organisée capable de panser les plaies psychiques.

Pourquoi se pencher sur ces attentats, et notamment celui de la rue de Rennes ?

Il nous semble qu'ils fournissent un élément de comparaison convenable pour tenter de comprendre quelle dynamique – absente en 1986- sera à l'origine de la création de la CUMP, structure qui sera le temps de quelques mois unique, puis se démultipliera et se hiérarchisera sur tout le sol français.

En effet, au regard de l'historique du terrorisme que nous venons de survoler, aucun précédent ne semble à ce point présenter les mêmes caractéristiques.

Ceux de 1986, au même titre que celui de 1995, touchent le Français, en France, dans son quotidien (ses achats, son transport...). Leurs auteurs avancent masqués,

ou sont motivés par des considérations bien plus politiques qu'idéologiques. Motivations qui concernent peu le peuple français, mais plus ses dirigeants. Ils représentent ainsi une menace imperceptible, aux contours flous, qui s'attaque aux quidams.

Aucun tyran ni despote à abattre, aucun symbole à salir, mais des vies convenues comme « innocentes » mises à mal. Chacun se sent alors concerné par ce danger « *qui aurait pu m'atteindre, moi...* ». Il y a une identification forte aux victimes et à leur famille.

▪ Les trois premières vagues

La première vague, se déroulant en décembre 1985, est associée rétrospectivement à deux précédents :

- Le 23 février 1985, un magasin Mark and Spencer est pris pour cible. Un mort et quatorze blessés sont à déplorer.
- Puis le 9 mars suivant, un attentat à l'explosif au cinéma Rivoli Beaubourg fait 18 blessés.

Le 7^{ème} jour de décembre, un double attentat (« Galeries Lafayette » et « Printemps Haussmann ») fait sensation, et 43 blessés. Encore une fois, des lieux de commerce sont pris pour cible.

A cette époque, les hypothèses concernant les commanditaires de l'acte terroriste sont floues. Les enquêteurs donnent peu de crédit à certaines thèses. Les autorités se contentent largement de celle de l'acte isolé, œuvre d'un « déséquilibré ».

Certains auteurs parleront de « criminalisation » des événements, afin d'éloigner ainsi la piste islamiste, plus vaporeuse en raison de la nébuleuse que représente ce conglomérat de groupes. Mais certains enquêteurs envisagent, eux, la possibilité d'une action du Djihad islamique, en raison du mode de fabrication des engins de mort.

Février 1986. Les élections législatives du printemps se préparent. Trois jours brulants viennent interrompre cette ambiance politique :

- Le 3, on dénombre 8 blessés dans l'attentat à la poubelle piégée de la galerie marchande de l'Hôtel Claridge, situé sur les Champs-Élysées. Le CSPPA, à savoir le « Comité de solidarité avec les prisonniers politiques arabes et du Proche-Orient » revendique l'acte. La même journée, un explosif est retrouvé au 3^{ème} étage de la Tour Eiffel.
- Le 4, ce sont 5 blessés que provoque une explosion à la librairie Gibert Jeune.
- Et 22 blessés sont à déplorer, le lendemain, alors que c'est le magasin Fnac Sport du Forum des Halles qui est pris pour cible.

Cette série noire fait alors prendre au gouvernement français, dont le chef est Laurent Fabius, la mesure des événements. Il relie ces attentats au Djihad, dans un contexte où des membres de l'organisation terroriste sont emprisonnés au Koweït et dont la condamnation à mort vient d'être annoncée.

Jacques Chirac, chef de file d'une droite victorieuse des législatives, devient premier ministre le 16 mars.

Nous sommes à la veille de la « troisième vague » d'attentats :

- Le 17, un TGV est visé : 9 blessés.
- Le 20, une bombe explose dans la galerie Point Show des Champs-Élysées. On dénombre 2 morts et 29 blessés.
- Le même jour, un attentat est déjoué de justesse à la station RER de Chatelet.

Ces actes terroristes sont revendiqués, une nouvelle fois, par le CSPPA. Mais le gouvernement et les services de police sont impuissants, d'autant plus qu'ils multiplient les contacts avec les preneurs d'otages et font des concessions. L'enquête se tourne alors vers des pistes délaissées jusqu'à ce moment. La conséquence sera une accalmie. Passagère.

- Quatrième vague et attentat au Tati de la rue de Rennes le 17/09/1986

C'est la surprise qui saisira le gouvernement français lorsque reprendront les attentats. Il pensait contrôler et surveiller, par le biais des Syriens, la famille Abdallah. Cette dernière était devenue le suspect numéro 1. On leur incriminait les attentats en raison –entre autres « preuves »- d'une potentielle rancœur envers la France, résultat d'un « marché » -un échange de prisonniers- qui n'aurait pas été honoré coté français. La suspicion qui les plombait était forte, d'autant plus que leur surveillance accrue correspondait à un arrêt des actes terroristes

Le 4 septembre, un attentat échoue dans le RER, à la station Gare de Lyon. Quatre jours plus tard, le bureau de Poste de l'Hôtel de Ville est visé. Un mort et vingt-et-un blessés. Malgré les soupçons sur la famille Abdallah, c'est le CSPPA qui revendique.

De nouveau quatre jours plus tard, le 12, 54 personnes sont blessées au Centre commercial de la Défense.

Les choses s'accélérent, et le 14 septembre, au Pub Renault sur les Champs-Élysées, 2 policiers et un serveur perdent la vie après avoir déplacé un engin explosif au préalable repéré.

Cet attentat, qu'il est au vu des conséquences difficile de qualifier de « déjoué », aurait potentiellement dû faire nettement plus de victimes.

Le lendemain, on note un mort et 56 blessés dans les locaux du Service des permis de conduire de la préfecture de police.

Le 17 septembre, l'attentat commis devant le magasin Tati, rue de Rennes, est le plus meurtrier : 7 morts et 56 blessés.

L'effroi saisit le gouvernement, décontenancé devant l'ampleur de l'action. Leur hypothèse ne semble plus tenir. Une famille irait-elle à de telles extrémités pour libérer un des siens ? De nouvelles suppositions émergent, plus ou moins relayées par les médias, qui s'invitent dans le débat. La piste syrienne, par l'intermédiaire des

FARL (Fraction Armée Révolutionnaire Libanaise), semble tenir la corde, dans les têtes pensantes étatiques et dans les médias. Les protestations syriennes répétées abraseront ces incriminations, et les regards accusateurs français se porteront de nouveau sur le clan Abdallah.

A distance, le Hezbollah libanais sera jugé responsable de ces actes.

VII. **DISCUSSION** : Pourquoi CES attentats terroristes furent le point de départ de la création de CE réseau de soins ?

Sur le territoire français, comme le précisent Ducrocq et al [110], l'ensemble des « événements graves », terme comprenant catastrophes accidentelles ou naturelles, attentats ou prises d'otages, accidents collectifs « **ont forcé** » la remise à jour de la notion de traumatisme psychique et de ses conséquences.

Le terme de « **dramatique nécessité** » est même usité en évoquant le besoin des populations occidentales de développer une « culture du traumatisme psychique et des fonctionnements organisationnels et interventionnels », de répondre aux besoins psychologiques des sujets qui sont victimes de ces « événements graves ».

Survient alors cette question : Pourquoi CES attentats terroristes furent le point de départ de la création de CE réseau de soins ?

De l'institution française ébranlée par cet attentat, Jacques Chirac en est le président. Grade récemment atteint par l'homme politique : il a en effet été élu le 7 mai précédent et investi dix jours plus tard. C'est lui déjà qui, à partir de la troisième vague des attentats meurtriers de 1985/86, était aux premières loges d'une France en souffrance : il en était le premier ministre, fraîchement nommé suite à la victoire de son parti Rassemblement Pour la République aux élections législatives.

Quel(s) mécanisme(s) l'ont conduit, lui et son entourage, à mettre en route l'élaboration d'une structure d'état dévouée à la prise en charge des blessés psychiques ?

Au vue des éléments, nous pouvons voir la création de la CUMP selon plusieurs axes.

1. **La création de la CUMP comme intégrée dans une stratégie politique globale.**

Dans la situation des attentats de 1995, les hypothèses sont peu nombreuses en l'absence de revendication de l'attentat. Il n'y a de fait pas d'argument en faveur d'un terrorisme d'état [163].

En 1995, les procédés ont changé. L'Irak et la Libye, respectivement dirigés par Saddam Hussein et Mouammar Kadhafi ont compris, à leur détriment, que le terrorisme d'Etat était contre-productif.

Hafez el-Assad, dictateur syrien qui avait envahi Israël lors de la Guerre du Kippour (1973), puis alimenté des groupes terroristes hostiles à l'Etat Juif (comme le Hamas palestinien ou le Hezbollah libanais), tente de se refaire une vertu en négociant avec Israël.

L'Iran islamiste, de son côté, présente une trop grande instabilité frontalière ainsi qu'une économie au fond du gouffre.

Ainsi, un flou angoissant persiste quant à l'origine d'un tel acte.

Il est donc possible de voir la création de la CUMP comme **intégrée dans la stratégie globale du président Chirac**, qui s'articule en trois aspects : [164]

1. « Reprendre la main en prenant position face au peuple français », tout en sachant avouer son ignorance. Un discours concret et direct, sans optimisme de façade alors que les attentats se succèdent.
2. « Le réinvestissement de la scène intérieure ». C'est-à-dire donner des ordres. **C'est là qu'entre autres intervient la demande de création de la CUMP.**
3. Faire cependant comprendre qu'il n'existe pas de baguette magique.

Le sentiment prévalent, dans ce climat, est celui « d'union nationale » [165].

Le consensus, notamment au niveau politique, est jugé comme l'arme la plus efficace aux mains des démocraties face au terrorisme, sinon la seule [166].

De plus, l'origine terroriste de la catastrophe rejette indirectement la faute sur l'Etat, au contraire des accidents de cause naturelle. Ce qui majore l'impératif d'une réponse des dirigeants, potentiellement soumis à une culpabilité.

Le mouvement créateur de la CUMP peut ainsi être vu comme la réponse à une nécessité de prise de décision, dans un climat d'union nationale, de consensus face à une horreur peu comprise et sans nom.

2. La création de la CUMP comme relevant d'un processus maturatif.

Une autre façon de voir la création au niveau national de la cellule d'urgence médico psychologique est celle d'un **processus maturatif, nécessitant un temps de latence ainsi que des événements ponctuels pour mûrir dans les pensées.** Cette vision des choses permet de répondre à la question de l'absence de réaction similaire au décours des attentats de 1985/86.

Il faut se rappeler qu'en France prédomine le concept de névrose traumatique. Le PTSD ne date que de 1980, date de parution du DSM III, et le climat est peu propice à sa diffusion dans notre pays, où la psychiatrie est empreinte du courant psychanalytique.

De plus, comme le dit Hacking, un concept, pour se développer dans le champ de la maladie mentale, doit « s'incarner dans des prototypes socialement évocateurs susceptibles de donner un corps, une épaisseur empirique à la catégorie ».

Or, chronologiquement, à partir de 1980, les catastrophes collectives, vectrices de l'installation en France du PTSD, ne sont heureusement pas légions : des attentats de 1985/86 à la prise d'otage par le GIA du vol AF8969 à Marseille, en passant par l'accident ferroviaire de la gare de Lyon et l'effondrement de la tribune du stade Furiani...

De plus, lors de ces tragiques événements, des tentatives de prises en charges précoces, par le biais d'associations, ont pu se mettre en place, ou se sont développées dans l'état d'urgence, signe d'adaptation rapide à une situation de crise,

en témoigne le récit du Docteur Louville. Déjà, mais de manière peut-être moins organisée et systématique, la réaction soignante existait pour les atteintes psychiques.

La création de la CUMP peut être vue, en 1995, comme l'éclosion d'un processus qui par la suite aura su se ramifier et s'adapter.

3. La création de la CUMP comme relevant d'une nécessité immédiate.

L'aspect chronologique rapproché des attentats, ainsi que l'atteinte de points stratégiques de la capitale parisienne, souvent bondés de monde, ont pu créer un besoin de prise en charge du traumatisme, notamment dans l'immédiateté.

La vague de blessés psychiques déferlant en post-immédiat a pu mettre en difficultés le réseau de soins en place, habitué dans les cas de catastrophes collectives à ne gérer en profondeur que l'aspect physique du traumatisme.

Louville estime que l'urgence médicopsychologique a ainsi été définie « dans l'urgence et l'improvisation due à la menace des attentats » [167].

4. L'omniprésence médiatique.

Il se peut que l'organe médiatique ait joué un rôle sur certains aspects de la création de la CUMP, en plus de ceux évoqués plus haut.

Par le biais des médias, moins hypertrophié qu'aujourd'hui mais déjà omniprésents, la France entière regarde un Paris meurtri. Elle craint naturellement une propagation de la violence terroriste. L'anonymat des victimes et l'effraction d'un quotidien qui pourrait être le sien renvoient à chacun la menace, qui plane indirectement sur chacun.

La France regarde, et la France attend. Elle attend d'autant plus d'un président fraîchement élu, disposant en 1995 d'une majorité parlementaire.

Le Président Chirac ne peut, dans ce contexte, ignorer la pression que lui retourne la sphère médiatique. Les images de désarroi des blessés sont

métabolisées par la population, qui renvoie son inquiétude et ses attentes à la sphère dirigeante.

Les médias ont ainsi, indirectement, eu une importance dans l'immédiateté de la décision de création d'une structure adéquate à la souffrance psychique. Ils ont permis une diffusion de l'horreur, une remontée de l'inquiétude aux pouvoirs publics, et furent la vitrine de la volonté affichée des dirigeants étatiques de reprendre la main sur une situation chaotique.

CONCLUSION

Ainsi, la création de la Cellule d'urgence médico-psychologique a répondu en miroir, aux contextes terroristes ayant touché la société française.

L'apparence initiale est celle d'une prise de décision rapide. Ce fut probablement le cas. La conception de la CUMP répondit à une nécessité immédiate, devant une détresse psychique étalée à la France entière par le biais des médias. Elle s'intégra également dans une stratégie politique globale. De nos jours, le jeu politique ne peut ignorer la sphère médiatique. Celle-ci catalysa la réponse gouvernementale à la cohue terroriste.

Mais la création de la CUMP fut également d'un processus maturatif, relativement rapide à l'échelle du psychotraumatisme.

Ainsi, on note deux dimensions temporelles dans l'émergence de cet outil de soins, dont la longévité ne peut que souligner la pertinence.

La CUMP, en tant qu'entité qui a su se démultiplier, s'adapter, se renouveler. Elle s'appuie sur 18 années d'expériences.

Son enrichissement en pratiques et réflexions a permis l'accroissement de sa disponibilité, jusqu'à en faire de nos jours un allié indispensable dans la prise en charge globale du patient victime de traumatisme.

3. CONCLUSION

La route du psychotraumatisme est déjà longue. Elle fut rythmée par des virages, parfois serrés, des arrêts, et même par des retours en arrière.

Le psychotraumatisme aura eu pour moteurs les contextes dans lesquels il aura évolué. Ils auront eu un impact majeur sur l'évolution du concept. En termes de théorie, comme en termes de prise en charge.

Des contextes prépondérants, quelques soient leurs modalités, culturelles, sociales ou politiques. Quelques soient les espaces qu'ils concernent, d'une banque suédoise à un monde en guerre. Quelques soient leurs temporalités, le temps d'une prise d'otages, d'une bombe qui explose, à une décennie de souffrance pour des anciens combattants.

Les contextes dans lesquels le psychotraumatisme s'exprima furent multiples. Leurs impacts furent inégaux. Nous en avons choisi cinq. Sans prétendre qu'ils furent les plus influents, loin de là. Ils relèvent simplement d'un intérêt personnel pour des aspects du psychotraumatisme.

Ces cinq contextes s'ancrent dans des temporalités différentes, dans des lieux hétérogènes. Leur impact est évident, mais hétéroclite.

La Grande Guerre offrira aux théoriciens une matière première jamais vue jusqu'alors. Les élaborations furent facilitées par la présence de psychiatres nombreux au front, ce qui était une première. Cependant, les différences de point de vue seront majeures, les théories psychiques s'opposant aux théories organicistes.

De plus, le premier conflit mondial accoucha d'une prise en charge des blessés psychiques. Sans substrat théorique sous jacent mais basés sur l'observation et l'empirisme, les principes de Thomas Salmon firent date. Ils reprirent des idées évoquées et déjà mises en pratique par Autocratov, sur le front Russo-Japonais (1904-1905).

La seconde guerre mondiale oublia ces principes de prise en charge. Cependant, la réalité du terrain rappela la nécessité d'offrir des soins aux soldats émotionnés. Pas de but caritatif là dessous. Mais l'ouverture de plusieurs fronts impliqua un besoin de combattants nombreux. Ainsi, la récupération des blessés psychiques devint une priorité à tel point qu'un militaire, Omar Bradley, édita une circulaire. Elle ordonna aux psychiatres la réinstauration d'une prise en charge proche de celle de la psychiatrie de l'avant. Ce qui signifia un arrêt des évacuations lointaines, mais une reprise des principes d'immédiateté, de proximité, de centralité, d'espérance et de simplicité.

Un militaire dictant la conduite à tenir thérapeutique à un psychiatre : difficile de nier que le contexte guerrier n'ait pas impacté sur le psychotraumatisme en 1943.

La Guerre opposant Nord-Vietnamiens et Américains appliqua les principes de Salmon. Cependant, ceux-ci montrèrent leurs limites au retour des combattants. A peine sortis de la guerre, les *Veterans* affrontèrent un autre ennemi : leur propre société qui, dans ses dimensions politiques et culturelles, leur fut hostile.

L'apparition de symptômes psychotraumatiques fut niée, au mieux minimisée. Au mieux, elle fut considérée comme temporaire et spontanément régressive. Les *Veterans* suscitèrent peu de considération, voire même du rejet. L'impossibilité d'une reconnaissance de leurs troubles psychiatriques empêcha les perspectives de soins et d'indemnisations.

Le contexte de cette Amérique des années 70 fit des *Veterans* un problème de santé publique. Dans un mélange de problématique économique et de militantisme, le DSM III légitima leur souffrance et leur ouvrit les portes du soin et de la compensation financière.

Le contexte consécutif à la guerre du Vietnam, mélange de *Veterans* malades et de rejet sociétal, déboucha sur la reconnaissance syndromique des symptômes de psychotraumatisme.

Un braquage de banque qui dégénère en prise d'otages fut le point de départ de réflexions théoriques sur un phénomène perturbant. Une réaction d'empathie paradoxale à l'égard de ses propres ravisseurs fut, par le prisme médiatique, sujet d'étonnement. Nous avons tenté de comprendre en quoi une situation non inédite fut à l'origine de l'élaboration d'un syndrome, celui dit de Stockholm.

Nous avons pu mettre en avant le rôle prépondérant des médias, qui viennent prendre leur place dans un carré de facteurs. Notre hypothèse est que les événements qui se sont joués dans la capitale suédoise furent les premiers à réunir toutes les conditions nécessaires pour aboutir à la clinique du syndrome de Stockholm. Le contexte de 1973 réunirait donc les ingrédients idoines.

Enfin, le contexte des attentas parisiens de 1995 fut propice à la création d'une entité de prise en charge des blessés psychiques. La Cellule d'Urgence Médico-Psychologique vit sa création dictée par des impératifs politiques, dans une situation de menace terroriste. Le rôle des médias, répercutant la souffrance et renvoyant l'inquiétude de la population française, incita les dirigeants politiques à la prise de décision quasi-immédiate.

Ainsi, le psychotraumatisme est un concept qui a subi l'impact du contexte dans lequel il évoluait. Le 20^{ème} siècle, gorgé d'événements potentiellement traumatogènes, nous a fourni nos exemples.

Dans ce 21^{ème} siècle à peine entamé, le psychotraumatisme peut-il encore évoluer ? Si oui, dans quelle direction ?

Nous avons vu la place prépondérante qu'ont les médias. Ils furent envoyés en masse sur le front Russo-japonais en 1904. Ils donnèrent aux *Veterans* une image néfaste, en citant ses mésaventures asiatiques, dès 1965. Ils relayèrent cette étonnante empathie paradoxale, éprouvés par les otages suédois en 1973. Empathie dans laquelle, nous l'avons vu, ils jouent un rôle non négligeable : ils font figure de

condition à l'émergence du syndrome de Stockholm. En 1995, ils se font le messager de l'effroi brisant le quotidien de Parisiens anonymes. Ils renvoient l'inquiétude d'une nation à ses dirigeants, qui savent alors que, via la sphère médiatique, le regard de leurs citoyens est braqué sur eux.

Quels rôles sont-ils appelé à jouer, de nouveau ?

On peut s'interroger dès à présent sur leur potentiel à surajouter du traumatisme dans les situations de catastrophes. Leur caractère intrusif, dans ce moment qu'est le traumatisme, pourrait-il aggraver l'état actuel ou le pronostic évolutif ?

Cette intrusion journalistique a nécessité des mises au point.

L'association médicale mondiale en est arrivée à déclarer que dans les situations de catastrophe, « le médecin se doit de garder la réserve et le secret dus à chaque patient à l'égard des médias et autres tiers et garder prudence, objectivité et dignité à l'égard des courants émotionnels et politiques qui entourent les catastrophes » [168].

L'équipe médicopsychologique se voit aussi confiée ce rôle de protection du patient-victime de l'intrusion médiatique. Des dispositions sont à prendre pour éviter interviews radiophoniques ou télévisuels aux blessés psychiques. L'agitation que peut induire l'interrogatoire du journaliste ne peut, en dehors de précautions trop peu prises, être en adéquation avec les principes de prise en charge en urgence. Les médias maintiendraient un monde insécurisant.

Néanmoins, le rôle de la sphère médiatique s'argumente. Elle est le relais du discours du dirigeant. Elle permet une information explicite et factuelle [169]. Elle « colmate l'inquiétude de la population et empêche la propagation de rumeur » [167].

Mais ce rôle se retrouve involontairement dépassé, par le biais des images [167].

Ces images sont omniprésentes. Le besoin ancien de rechercher l'image a été remplacé par l'inévitable rencontre du quidam avec elle [169].

Ces images arrivent au « médiaspectateur » dépourvues de sens. Elles sont intemporelles, et deviennent des « supports aux projections à l'état brut des angoisses les plus archaïques ».

Les médias pourraient présenter un danger chez le spectateur. Le déficit de figurabilité et l'absence d'esprit critique pourraient majorer la crainte et présentifier les angoisses archaïques. En plus, l'impact médiatique de la catastrophe touchant autrui pourrait laisser l'impression de passivité et de culpabilité de « reprendre sa vie ordinaire » [169].

Les « médiaspectateurs » seront-ils la voie de développement du psychotraumatisme ? Est ce dans ce domaine qu'interviendront les prochaines évolutions conceptuelles ou les futures recommandations de prévention ou de prise en charge ?

Le contexte ultra-technologique d'aujourd'hui et demain subodore que ce n'est pas impossible.

Cependant, nous l'avons vu : les contextes impactant le psychotraumatisme peuvent se vanter d'imprévisibilité. L'événement d'apparence anodine peut se révéler déclencheur. Il n'est pas sûr qu'en 1973, Jen Erik Olsson ait imaginé inscrire son nom dans une thèse de médecine, 40 ans plus tard...

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Hoerni B. La relation médecin-malade. L'évolution des échanges patients-soignants. Editions Imhotep. 2008.
- 2- Summerfield D. The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. Education and debate. BMJ. 2001; 322: 95-8.
- 3- Birmes P, Schmitt L. Le stress post-traumatique : des chroniques antiques à la Grande Guerre. Evol Psychiatr. 1999; 64 :399-409.
- 4- Wilson JP. The historical evolution of PTSD diagnostic criteria: from Freud to DSM-IV. J Trauma Stress. 1994; 7 (4): 681-698.
- 5- Chidiac N, Crocq L. Le psychotrauma. Stress et trauma. Considérations historiques. Ann Med Psychol. 2010 ; 168 : 311-319.
- 6- Crocq MA. From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology. Dialogues Clin Neurosci. 2000; 2 (1): 47-55.
- 7- Simonin M. Charles IX. Éditions Fayard. 1995.
- 8- Crocq L. Histoire du Trauma. Site de info-trauma. [En ligne]. Disponible sur <http://www.info-trauma.org/flash/media-e/crocqHistoireDuTrauma.pdf>. Consulté le 25/09/2013.
- 9- Anonyme. Dictionnaire biographique des Annales Médico-psychologiques. Ann Med Psychol. 2009 ; 167 : 93-98
- 10- Mauran L. Troubles nerveux et pithiatisme chez les soldats français pendant la Grande Guerre. Hist Sci Med. 1995; 29(1) : 63-9.
- 11- Oglesby P. Da Costa's syndrome or neurocirculatory asthenia. Br Heart J. 1987; 58: 306-15.
- 12- O'Brien LS. The History of PTSD. In Traumatic events and mental health. Cambridge: Cambridge University Press. 1998.
- 13- Vermeil E. L'Empire allemand. Des chemins de fer. Editions de Boccard. 1926, p 321-2.
- 14- Hoffman M. Les accidents de chemins de fer en Prusse. J soc Stat Paris. 1889 ; 30 : 19-22.
- 15- Jonas S, Weidmann F. Compétitions ferroviaires transfrontalières et conflits d'acteurs dans le Rhin supérieur : 1830-1870. Editions l'Harmattan. 2002, p193.
- 16- Kinzie JD, Goetz RR. A century of controversy surrounding posttraumatic stress stress-spectrum syndromes: the impact on DSM-III and DSM-IV. J Trauma Stress. 1996 ; 9 (2) :159-79.
- 17- Latte S, Rechtman R. Enquête sur les usages sociaux du traumatisme à la suite de l'accident 1 de l'usine AZF à Toulouse, Politix. 2006 ; 73 : 159-84.
- 18- Trehel G. Karl Abraham (1877-1925) et Hermann Oppenheim (1857-1919) : rencontres autour des névroses traumatiques de paix. Inf psychiatr. 2005 ; 81 :811-22.
- 19- Trehel G. Le traumatisme dans l'œuvre de Freud et son contexte historique. Th Doctorat, Paris VII-Denis Diderot ; 2004.
- 20- Crocq-fils J. Les névroses traumatiques. Etudes pathogénique et clinique. Bruxelles. Editions H.Lamertin. 1896.

- 21- Birmes P. L'hystéro-neurasthénie dans les Leçons du Mardi du Pr. Charcot : opposition à la Névrose traumatique mais anticipation du trouble de stress post-traumatique ? *Ann Med Psychol.* 2005 ; 163 : 336-43.
- 22- London J. *La Corée en Feu.* Editions 10-18. 1982.
- 23- Savelli D. Commentaire sur : Steinberg et al. *The Russo-Japanese War in global perspective.* *Cah Monde Russe.* 2006 ; 47 (4).
- 24- Cosson O. « La Grande Guerre » imaginée par des officiers français. *Combat, représentations et anticipation autour de la guerre russo-japonaise.* In : Prochasson C, Rasmusen A. *Vrai et faux dans la Grande Guerre.* Editions La découverte « Espace de l'histoire », 2004, p131-51.
- 25- Barrois C. Troubles psychiques de guerre durant la guerre russo-japonaise de 1904-1905. *Ann Med Psychol.* 1993 ; 151 (3) :276-80.
- 26- Garrabe J. *La psychiatrie et la méthode psychopathologique (1902-1952).* *Ann Med Psychol.* 2002 ; 160 :746-51.
- 27- Crocq L. *Histoire du débriefing.* *Pratiques Psychologiques.* 2004 ; 10 (4) : 291-318.
- 28- Auxemery Y. *A chaque guerre son syndrome, à chaque syndrome sa guerre.* *Ann Med Psychol.* (2013)
- 29- Baeyens C. *Secondary prevention of posttraumatic stress disorder: challenging psychological debriefings.* *Encephale.* 2003; 29(6); 535-44.
- 30- Brière M. *Mise en place d'un protocole de prise en charge du sujet psychotraumatisé au sein du service d'accueil des urgences du centre hospitalier d'Angers : peut-on prévenir les symptômes post-traumatiques ?* *Th D Med, Angers ;* 2011.
- 31- Cottencin O. *Les traitements du psychotraumatisme.* *Stress et trauma.* 2009 ; 9(4) :241-4.
- 32- Sarciaux D. *Histoire du XXème siècle, De la première guerre mondiale à nos jours.* Édition Eyrolles. 2006.
- 33- Crocq L. *Histoire de la Psychiatrie de l'avant dans les conflits armés.* *Stress et trauma.* 2005 ; 5(1) : 43-54.
- 34- Fras I. *Grande guerre et psychiatrie : genèse de la conception complète de l'état de stress aigu.* *Hist Sci Med.* 2002 ; 36(2) : 185-92.
- 35- Trehel G. *Karl Abraham (1877-1925) : travail en chirurgie militaire et intérêt pour les névroses traumatiques de guerre.* *Cliniques Méditerranéennes.* 2007; 76(2) : 235-54.
- 36- Vautier V. *La notion de simulation des troubles psychiques dans les armées. Evolution des idées.* *Ann Med Psychol.* 2010 ; 168 : 291-6.
- 37- Trehel G. *Victor Tausk (1879-1919) et la médecine militaire.* *Inf psychiatr.*2006; 82: 239-47.
- 38- Lestrade C. *Les psychonévroses de guerre pendant le conflit 1914-1918. L'apport du docteur Paul Voivenel : le concept de « peur morbide acquise ».* *Hist Sci Med.* 2000 ; 34(4) : 23-8.
- 39- Trehel G. *Ernest Jones (1879-1958): psychanalyse et choc de guerre.* *inf psychiatr.*2006; 82: 611-21.
- 40- Jones E. *Conférence du 9/4/1918, Royal Society of Medicine.* Londres.
- 41- Jones E. *Les chocs de guerre à la lumière de la théorie des névroses: traité théorique et pratique de psychanalyse.* Paris: Payot. 1925.
- 42- Briole G. *Le traumatisme psychique: rencontre et devenir.* Paris: Editions Masson, 1994.

- 43- Jones F.D. War Psychiatry. 1995.
- 44- Crocq L. La psychiatrie de la première Guerre Mondiale. Tableaux cliniques, options pathogéniques, doctrines thérapeutiques. Ann Med Psychol. 2005 ; 163 :269-89.
- 45- Milian G. L'hypnose des batailles. Paris Med. 1915 ; 2 : 265-70.
- 46- Myers CM. Contributions to the study of Shell-Shock. Lancet. 1915; 13: 316-20.
- 47- Shalev AY. Historical group debriefing after combat exposure. Mil Med. 1998; 163(7):494-8.
- 48- Salecl R. Du suicide des soldats après une guerre ? In Geneviève Morel, Clinique du suicide ERES « Des travaux et des jours », 2004 :263-280.
- 49- Toinet R. Une guerre de 35 ans. Indochine-Vietnam 1940-1975. Editions Lavauzelle. 1998.
- 50- Granjon MC. Révolte des campus et nouvelle gauche américaine (1960-1988). In: Matériaux pour l'histoire de notre temps. 1988, 11-13:10-17.
- 51- Portes J. Les Etats-Unis et la guerre du Vietnam. Editions Complexe. 2008
- 52- Caputo P. Le bruit de la guerre. Editions Alta. 1979.
- 53- Passard C. Une sociologie politique des campus. S.M. Lipset et la contestation étudiante des années 1960 aux États-Unis. Revue internationale de politique comparée. 2008 ; 15(3) : 445-461.
- 54- Granjon MC. L'Amérique de la contestation : les années 1960 aux Etats-Unis. Presse de la fondation nationale des sciences politiques. Paris. 1985.
- 55- Granjon MC. La nouvelle gauche étudiante et la guerre. In : Rougé Jean Robert. L'opinion américaine devant la guerre du Vietnam. Editions Broché. Paris. 1995.
- 56- Body-Gendrot S. La guerre des deux roses sous la présidence de L.B. Johnson : Vietnam et pauvreté. In : Rougé Jean Robert. L'opinion américaine devant la guerre du Vietnam. Edition Broché. Paris. 1995.
- 57- Debouzy M. Le Mouvement syndical et la guerre du Vietnam. In : Rougé Jean Robert. L'opinion américaine devant la guerre du Vietnam. Edition Broché. Paris. 1995.
- 58- Portes J. La presse et la Guerre du Vietnam. In Rougé Jean Robert. L'opinion américaine devant la guerre du Vietnam. Edition Broché. Paris. 1995.
- 59- Cesari L. Les droits de l'homme à l'époque de la guerre du Viêt-Nam. Relations internationales. 2007 ; 132(4) : 5-21.
- 60- Goff S, Sanders R: Brothers, Presidio Press, Novato, Ca, 1982, p.198.
- 61- Gibault M. Les anciens combattants du VN et l'opinion publique : l'effet boomerang du retour. In Rougé Jean Robert. L'opinion américaine devant la guerre du Vietnam. Edition Broché. Paris. 1995.
- 62- AFP. Massacre du village de My Lai : les excuses du Lieutenant Calley. Le Monde. 22/8/2009.
- 63- Carval S. Le massacre de My Lai et son impact sur l'opinion publique. In : L'opinion américaine devant la guerre du Vietnam. Edition Broché. Paris. 1995.
- 64- Elegant RS. How to lose a war. Quadrant.1981; 25 (12): 4-18.
- 65- Muraire A. Le syndrome vietnamien dans le cinéma américain. In : L'opinion américaine devant la guerre du Vietnam. Edition Broché. Paris. 1995.
- 66- United State Departement of Veterans Affairs. History of VA. Mars 2013. [En ligne]. Disponible sur www.va.gov/about_va/vahistory.asp. Consulté le 30/09/2013.
- 67- Jordan BK, Marmar CR, Fairbank JA et al. Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. J Consult Clin Psychol. 1992; 60(6):916-26.

- 68- Savarese VW, Suvak MK, King LA, King DW. Relationships among alcohol use, hyperarousal, and marital abuse and violence in Vietnam veterans. *J Trauma Stress*. 2001; 14 (4): 717-32.
- 69- Yager T. Some problems associated with war experience in men of the Vietnam generation. *Arch Gen Psychiatry*. 1984; 41 (4):327-33
- 70- Shaw DM. Criminal behavior and post-traumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Compr Psychiatry*. 1987; 28 (5):403-11.
- 71- Thompson R, Katz IR, Kane VR et al. Cause of death in veterans receiving general medical and mental health care. *J Nerv Ment Dis*. 2002; 190(11):789-92.
- 72- Dembling BP, Chen DT, Vachon L. Life expectancy and causes of death in a population treated for serious mental illness. *Psychiatr Serv*. 1999; 50(8):1036-42
- 73- Tran T, Amat JP, Pirot F. Guerre et défoliation dans le Sud Viêt-Nam, 1961-1971. *Histoire et mesure*. 2007 ; 22 (1).
- 74- Bullman TA, Kang HK, Thomas TL. Posttraumatic stress disorder among Vietnam veterans on the Agent Orange Registry. A case-control analysis. *Ann Epidemiol*. 1991; 1(6):505-12.
- 75- Bullman TA, Watanabe KK, Kang HK. Risk of testicular cancer associated with surrogate measures of Agent Orange exposure among Vietnam veterans on the Agent Orange Registry. *Ann Epidemiol*. 1994; 4 (1):11-6.
- 76- Chamie K, De Vere White RW, Lee D et al. Agent Orange exposure, Vietnam War veterans, and the risk of prostate cancer. *Cancer*. 2008; 1,113,(9):2464-70
- 77- Zafar MB, Terris MK. Prostate cancer detection in veterans with a history of Agent Orange exposure. *J Urol*. 2001 ; 166(1) :100-3.
- 78- (VES)/ Health status of Vietnam veterans. I. Psychosocial characteristics. The Centers for Disease Control Vietnam Experience Study. *JAMA*. 1988 ; 259(18) :2701-7.
- 79- De Stefano F, Annett JL, Kresnow MJ et al. Semen characteristics of Vietnam veterans. *Reprod Toxicol*. 1989;3(3):165-73
- 80- Ngo AD. Paternal exposure to Agent Orange and spina bifida: a meta-analysis. *Eur J Epidemiol*, 2010;25(1):37-44
- 81- Bogen G. Symptoms in Vietnam veterans exposed to Agent Orange. *JAMA*. 1979; 242(22):2391
- 82- Clemens M et al. Cutaneous Agent Orange syndrome. *J Am Acad Dermatol*, 2013; 68(4):AB159-AB159.
- 83- Rovner J. More US Agent Orange victims compensated. *Lancet*. 1996; 347:1617.
- 84- Price J.L. Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study. Site de l'United States Department of Veterans Affairs. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/vietnam-vets-study.asp>. Consulté le 30/10/2013.
- 85- Kulka R et al. Trauma and the Vietnam war generation. New York, Brunner/Mazel, 1990.
- 86- Weiss DS. The prevalence of lifetime and partial post-traumatic stress disorder in Vietnam theater veterans. *J Trauma Stress*; 1992; 5(3):365-76.
- 87- King DW, King LA, Gudanowski DM et al. Alternative representations of war zone stressors: relationships to posttraumatic stress disorder in male and female Vietnam veterans. *J Abnorm Psychol*. 1995 ; 104(1) :184-95.

- 88- Mc Nally RJ. Can we solve the mysteries of the National Vietnam Veterans Readjustment Study? *J Anxiety Disord.* 2007; 21(2):192-200.
- 89- Dohrenwend BP, Turner JB, Turse NA et al. The psychological risks of Vietnam for U.S. veterans: a revisit with new data and methods. *Science.* 2006 ; 18 ; 313, (5789):979-82.
- 90- Schlenger WE. The psychological risks of Vietnam: the NVVRS perspective. *J Trauma Stress.* 2007; 20(4):467-79.
- 91- Dohrenwend BP, Turner JB, Turse NA et al. Continuing controversy over the psychological risks of Vietnam for U.S. veterans. *J Trauma Stress.* 2007; 20(4):449-65.
- 92- Frueh BC, Smith DW, Barker SE. Compensation seeking status and psychometric assessment of combat veterans seeking treatment for PTSD. *J Trauma Stress.* 1996; 9(3):427-39.
- 93- Weisaeth L. The European History of Psychotraumatology. *J Trauma Stress.* 2002;15(6):443-52.
- 94- Neylan TC, Marmar CR, Metzler TJ et al. Sleep disturbances in the Vietnam generation: findings from a nationally representative sample of male Vietnam veterans. *Am J Psychiatry.* 1998;155(7):929-33.
- 95- Balan S, Widner G, Shroff M et al. Drug use disorders and post-traumatic stress disorder over 25 adult years: Role of psychopathology in relational networks. *Drug Alcohol Depend.* 2013 ; 1 ;133(1) : 228-34.
- 96- King LA, King DW, Fairbank JA et al. Resilience-recovery factors in post-traumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans: hardiness, postwar social support, and additional stressful life events. *J Pers Soc Psychol.* 1998 ;74(2) :420-34.
- 97- Lehmann L, McCormick RA, McCracken L. Suicidal behavior among patients in the VA health care system. *Psychiatr Serv.* 1995; 46(10):1069-71.
- 98- Boscarino JA. Posttraumatic stress disorder and mortality among U.S. Army veterans 30 years after military service. *Ann Epidemiol.* 2006; 16(4):248-56.
- 99- Boscarino JA. External-cause mortality after psychologic trauma: the effects of stress exposure and predisposition. *Compr Psychiatry.* 2006; 47(6):503-14.
- 100- Desai RA, Dausey DJ, Rosenheck RA. Mental health service delivery and suicide risk : the role of individual patient and facility factors. *Am J Psychiatry,* 2005;162:311-18.
- 101- Kaplan MS, Huguet N, McFarland BH et al. Suicide among male veterans: a prospective population-based study. *J Epidemiol Community Health,* 2007;61:619-24.
- 102- Fontana A, Rosenheck R. Attempted suicide among Vietnam Veterans: a model of etiology in a community sample. *Am J Psychiatry,* 1995; 152:102-9.
- 103- Maguen S. Killing in combat may be independently associated with suicidal ideation. *Depress Anxiety.* 2012; 29(11):918-23.
- 104- Bullman TA, Kang HK. The risk of suicide among wounded Vietnam veterans. *Am J Public Health.* 1996;86(5):662-7.
- 105- Hyer L, Leach P, Boudewyns PA et al. Hidden PTSD in substance abuse inpatients among Vietnam Veterans. *J Subst Abuse Treat.* 1991 ;8(4) :213-9
- 106- Bremner JD, Southwick SM, Darnell A et al. Chronic PTSD in Vietnam combat veterans: course of illness and substance abuse. *Am J Psychiatry.* 1996; 153(3):369-75.
- 107- Shatan CF. Post-Vietnam syndrome. *New York : The New York Times ;* 1972
- 108- Crocq L. *Traumatismes psychiques de guerre.* Editions Odile Jacob. 1999.

- 109- Hochmann J. Histoire de la psychiatrie. Paris, PUF.2011.
- 110- Ducrocq, F. ; Vaiva, G. ; Molenda, S. Les Cellules d'Urgence Médico-Psychologique en France. A propos d'un dispositif de secours pour les attentats, catastrophes et accidents collectifs. Journal International de Victimologie. 2002 ;1(1).
- 111- Josse E. État de Stress Aigu et État de Stress Post-Traumatique, quoi de neuf dans le DSM-5? 2013. [En ligne] Disponible sur http://www.resilience-psy.com/IMG/pdf/chgt_dsm_ptsd_asd.pdf.
- 112- Evrard R, Le Malefan P. Pression des nouvelles mentalités sur le DSM – le cas des problèmes religieux ou spirituels. Evol Psychiatr. 2010;75(4) :549-63.
- 113- Maleval JC. Limites et dangers des DSM. Évol Psychiatr.2003 ;68(1) :39-61
- 114- Cremniter D, Laurent A. Syndrome de stress post-traumatique: clinique et thérapie. EMC-Toxicologie Pathologie. 2005 ; 2 :178-84
- 115- Von Strachwitz M. Prendre en charge des victimes de harcèlement moral. Thérapie familiale. Genève. 2002, 23(3) :252
- 116- Wiederhold BK. PTSD Threatens Global Economies. Cyberpsychol Behav Soc Netw, 2010 ; 13(1).
- 117- McCrone P, Knapp M, Cawkill P. Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in the Armed Forces: Health Economic Considerations. J Trauma Stress.2003; 16(5):519-22.
- 118- Quilichini S,Rivet B, Paulin P. Syndromes et maladies psychiatriques à noms propres. Perspectives Psy. 2005 ; 44(4) :311-23.
- 119- Ota H. Le syndrome de paris. Tokyo : Travel journal books Ltd. 1991.
- 120- Ochberg FM. The victim of terrorism. Practitioner. 1978; 220(1316):293-302.
- 121- Petit-Pierre MC. Un jour, dans une banque de Stockholm. Le Temps.29/8/2006.
- 122- Busson B. Le traumatisme psychique : altération de la personnalité et syndrome de Stockholm. Th D Med, Amiens ; 2008.
- 123- Skurnik N. Le syndrome de Stockholm, essai et étude de ses critères. Société médico-psychologique. Ann med Psychol.1987 ; 146(1-2): 174-181
- 124- Crocq L. Pour une nouvelle définition du syndrome de Stockholm. Etude Polémologique. 1989 ; 1 :165-79.
- 125- G.F. Un récidiviste évadé s'est retranché dans une banque de Stockholm avec quatre otages Le Monde. 25.08.1973
- 126- Verges J. Dictionnaire amoureux de la justice. Editions Plon.2002.
- 127- Anonyme. Un commando se réclamant du groupe Baader-Meinhof prend en otages l'ambassadeur de R.F.A. à Stockholm et plusieurs autres personnes. Le Monde. 25.04.1975
- 128- D. Vt. Sous une protection policière sans précédent, le procès du « groupe Baader-Meinhof » s'ouvre devant la cour d'appel de Stuttgart. Le Monde. 21/5/1975.
- 129- Vareilles T. Encyclopédie du terrorisme international. Editions L'Harmattan.
- 130- Aymon JP. Le feuilleton Patricia Hearst. L'Express.15/04/1974.
- 131- Van Traa M. Des extrémistes moluquois s'emparent d'un train et d'une école. Ils détiendraient cent-quatre-vingts otages. Le Monde. 25/5/1977.
- 132- Pouchin D. Deux des cinquante-deux otages et six terroristes ont été tués lors de l'attaque contre le commando sud-moluquois La fusillade a duré quelques minutes. Le Monde. 13.06.1977
- 133- Sharma D.P. Victims Of Terrorism. 2003.

- 134- Hermann L. Deux épisodes de la vie de César ; Revue belge de philologie et d'histoire.1937 ;16 :581.
- 135- Tite-Live Histoire Romaine Livre I : Des origines lointaines à la fin de la royauté, L'enlèvement des Sabines. Edition Flammarion.1999.
- 136- Jaeger G. Prises d'otages : de l'enlèvement des Sabines à Ingrid Betancourt. Edition Archipel. 2009
- 137- Roland, éd. J. Bédier, 40 [tiré du site du CNRTL, Centre Nationale des Ressources Textuelles et Lexicales].
- 138- La Marteliere, Robert, III, 9, p.39 [tiré du site du CNRTL, Centre Nationale des Ressources Textuelles et Lexicales].
- 139- Crocq L. Incidences psychologiques de la prise d'otages. Psychologie Française.1997 ; 42(3) : 243-254.
- 140- Crocq L. Les otages et la guerre. Les études du cercle Latour-Maubourg. 1991 ; 1 :55-73.
- 141- Michaud P. Fangio, le funambule de la piste a pris son dernier virage. L'humanité. 18 juillet 1995.
- 142- Pompetti F. Le fantôme de Fangio aperçu à La Havane au volant d'une GranCabrio. www.cubania.com 2012 Consulté le 30/10/2013.
- 143- Anonyme. Les passagers israéliens et les membres de l'équipage du Boeing d'El Al sont retenus à Alger. Le Monde. 25.07.1968.
- 144- Torres E. Grenier-Boley V. Syndrome de Stockholm : pourquoi ce paradoxe ? SDIS 13, Urgence Psychoclinicienne.
- 145- Penel E. Le syndrome de Nantes. Le Monde. 3 janvier 1986.
- 146- Anonyme. Il y a 20 ans, la prise d'otage du palais de justice. Le Nouvel Observateur.19-12-2005
- 147- Sauvignon E. L'affaire des otages américains à Beyrouth (14-30 juin 1985). In : Annuaire français de droit international. 1985 ; 31 :237-53.
- 148- Furlow R. 3 Hostages Agree With Militiamen. Sun Sentinel. 28/6/1985.
- 149- Follea L. Les premiers pas de la cellule d'urgence médico-psychologique. Le Monde.19/10/1995.
- 150- Richter F. Attentats dans le RER à la station Saint-Michel. Organisation des secours. Urgences Médicales.1995 ; 14(5) :231-35.
- 151- Leblond R. Spécial 1995 - MARDI 25 JUILLET - Bombe à la station Saint-Michel. L'Express. 21/12/1995.
- 152- Anonyme. L'urgence médico-psychologique en France. Le Monde. Edition du 12.01.2005.
- 153- Crocq L. La cellule d'urgence médico-psychologique. Sa création, son organisation, ses interventions. Ann med psychol. 1998 ; 156 : 48-54.
- 154- Circulaire DH E04-DGS SQ2 n° 97.383 du 2 Mai 1997 relative à la création d'un réseau national de prise en charge de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe.
- 155- Journal Officiel De La République Française. Arrêté du 28 mai 97, portant création d'un « comité national de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe. JORF n°127 du 3 juin 1997 p 8916.

- 156- Circulaire DHOS/O 2/DGS/6 C n° 2003-235 du 20 mai 2003 relative au renforcement du réseau national de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe et annexe.
- 157- Journal Officiel De La République Française. Décret n°2013-15 du 7 janvier 2013 relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles. JORF n°0007 du 9 janvier 2013 page 716.
- 158- Mannoni P. Le terrorisme comme arme psychologique ou les triomphes du paradoxe. Le journal des psychologues. 2008 ; 4 (257) :28-32
- 159- Gayraud et Senat D. Le Terrorisme. Edition PUF. 2002. annexe 2.
- 160- Glikman J. Au sujet du livre de Karine Salomé, L'ouragan Homicide. l'attentat politique en France au 19^{ème} siècle. In : Napoleonica. La Revue. 2011 ; 2 ; 11.
- 161- Stora B. 1955-1962: la guerre entre Algériens. L'Express. 24/4/1987
- 162- Bigo D. Les attentats de 1986 en France : un cas de violence transnationale et ses implications. Cultures et Conflits. 1991 ; 04.
- 163- Raufer X. Enquête dans un labyrinthe. L'Express. 03/08/1995
- 164- Pierre-Brossolette S. Terrorisme : chef de guerre. L'Express. 14/9/1995.
- 165- Eychenne A. De l'attentat de la rue Copernic à l'affaire Merah, comment le pouvoir réagit-il face au terrorisme ? L'Express. 08/10/2012.
- 166- Ockrent C. Consensus. L'Express. 24/08/1995
- 167- Louville P. Diversité et limites des interventions d'urgence médicopsychologique en France. Med Catastrophe Urg Collectives.1999 ; 2 :118-26.
- 168- Association médicale mondiale. Déclaration de l'association médicale mondiale sur l'éthique médicale dans les situations de catastrophe, adoptée par la 46^{ème} Assemblée générale à Stockholm, Suède, septembre 1994.
- 169- Romano H. Evénements traumatiques et médias : quelles répercussions pour les sujets impliqués ? Ann Med Psychol. 2010 ; 168 :416-4

AUTEUR : VALIN Thomas

Date de Soutenance : 21 octobre 2013

Titre: Impact des événements historiques sur le concept de psychotraumatisme. Réflexions à propos de cinq contextes.

Thèse - Médecine - Lille 2013

Cadre de classement : *DES de psychiatrie.*

Mots-clés : Psychotraumatisme – Névrose traumatique – Cellule d’urgence médico-psychologique – Syndrome de Stockholm – Post-traumatic Stress Disorder

Résumé :

La médecine, et plus particulièrement la psychiatrie, sont sensibles aux contextes -sociétaux, politiques, culturels...- dans lesquels elles évoluent.

Nous nous sommes attardés sur cinq contextes, afin d’explorer leur impact sur la notion de psychotraumatisme, en termes de conceptualisation et de prise en charge.

La Grande Guerre, opposition de nations industrialisées, fut fortement traumatogène. Elle vit une explosion quantitative des tableaux cliniques. Leurs apports à la psychiatrie furent possibles par la présence de psychiatres sur place, qui théoriserent sur les symptômes. En termes de prise en charge, la Psychiatrie de l’Avant s’y codifia.

La seconde guerre mondiale fut le théâtre de l’intrusion du militaire dans la prise en charge psychiatrique. Devant un besoin de combattants aptes, un texte de loi imposa des soins semblables à ceux de la Psychiatrie de l’Avant, oubliée en début de conflit.

Le retour au pays des *Veterans* de la guerre du Vietnam fit office de véritable problème de santé publique. L’apparition de symptômes psychotraumatiques chez les anciens combattants fut niée. L’impossibilité d’une reconnaissance de leurs troubles psychiatriques empêcha les perspectives de soins et d’indemnisations. Dans un mélange de problématique économique et de militantisme, le DSM III légítima leur souffrance et leur ouvrit les portes du soin et de la compensation financière : il intégra le diagnostic de *Post-Traumatic Stress Disorder*, résurrection de la Névrose Traumatique.

Le monde s’étonna de la réaction d’empathie paradoxale, à l’égard de leurs propres ravisseurs, ressenties par les victimes d’un braquage de banque. Nous avons tenté de comprendre en quoi une situation non inédite fut à l’origine de l’élaboration d’un syndrome touchant au psychotraumatisme, celui dit de Stockholm.

Enfin, le contexte des attentats parisiens de 1995 fut propice à la création d’une entité de prise en charge des blessés psychiques. La Cellule d’Urgence Médico-Psychologique vit sa création dictée par des impératifs politiques, dans une situation de menace terroriste. Le rôle des médias, répercutant la souffrance et renvoyant l’inquiétude de la population française, incita les dirigeants politiques à la prise de décision quasi-immédiate.

Ainsi, le psychotraumatisme est un concept qui a subi l’impact du contexte dans lequel il évoluait. Le XX^{ème} siècle, gorgé d’événements potentiellement traumatogènes, nous a fourni nos exemples.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs : Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Monsieur le Docteur Olivier PRUDHOMME