



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Psychiatrie française et première guerre mondiale : évolution des idées et situation au sein des établissements de soins du Nord-Pas-de-Calais

Présentée et soutenue publiquement le 3 juin 2015 à 18H
au Pôle formation
Par Anne CRETON

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Monsieur le Docteur Jean-Yves ALEXANDRE

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Jean-Yves Alexandre

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses: celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Table des matières

Résumé	12
Introduction.....	13
1. La psychiatrie militaire française au début du XXe siècle et son évolution durant le conflit de 1914	14
1.1. Les malades mentaux dans l'armée.....	14
1.2. Organisation des soins psychiatriques dans l'armée française pendant le conflit de 1914	16
1.3. Un exemple de politique de santé publique menée dans l'armée: la lutte contre l'alcoolisme	22
2. Evolution de la pensée psychiatrique en France pendant le premier conflit mondial	27
2.1. La psychiatrie du XIXe siècle : entre organicisme et dégénérescence.....	27
2.2. Naissance du concept de psychotraumatisme.....	30
2.2.1. Etat des connaissances au début du conflit	30
2.2.2. Evolution du concept de psychotraumatisme au cours du conflit	33
2.3. Hystérie et psychonévroses de guerre.....	38
2.3.1. Etat des lieux des travaux sur l'hystérie en France avant 1914	38
2.3.2. Le pithiatisme	42
2.3.3. Contagion et simulation	46
2.4. Dépression et « cafard des tranchées »	50
3. Prise en charge de la pathologie mentale des soldats français	53
3.1. Principes généraux de la prise en charge des maladies psychiatriques	53
3.2. Prise en charge spécifique des psychonévroses.....	54
3.3. Clovis Vincent et le « torpillage »	61
3.4. La révolte des soldats : l'affaire du zouave Deschamps	63
3.5. Gustave Roussy et le centre thérapeutique de Salins-les-Bains	67
4. Tableau récapitulatif des évolutions conceptuelles	69
5. Devenir des établissements civils de soins en santé mentale de la région Nord-Pas-De-Calais entre 1914 et 1918	70
4.1. Les civils dans le conflit	70
4.2. La région Nord Pas-de-Calais au cours du conflit.....	71
4.3. L'asile d'Armentières	73
4.4. L'asile de Bailleul	80
4.5. La clinique départementale d'Esquermes.....	85

4.6. L'hôpital Saint Jean de Dieu à Lommelet	90
4.7. L'asile de Saint-Venant.....	95
Conclusion	98
Annexes	99
Annexe 1 : Critères DSM-IV-TR de l'état de stress aigu F43.0	99
Annexe 3 : critères DSM-IV-TR du trouble de conversion F44.x	102
Annexe 4 : Critères DSM-IV-TR de la simulation Z76.5	103
Annexe 5 : Critères DSM-IV-TR de l'épisode dépressif majeur F32.x	104
Bibliographie	105

Introduction

« L'Europe est en proie à une guerre effroyable, grosse de conséquences, dont il n'est pas hors de propos de s'occuper d'un point de vue de la science des maladies mentales. »

V. PARANT, Annales médico-psychologiques, septembre 1915

Samedi 1^{er} aout 1914, l'ordre de mobilisation générale est décrété en France. Conséquences des tensions qui déchirent l'Europe depuis plusieurs mois, la guerre est déclarée. Durant les quatre années du conflit, huit millions de français vont prendre part aux combats et plus d'un million vont y perdre la vie.

La durée du conflit, la violence nouvelle à laquelle vont être confrontés les soldats, les restrictions alimentaires de l'arrière sont autant d'éléments qui expliquent les perturbations qui vont profondément marquer la société française.

D'un point de vue médical de nombreuses avancées vont avoir lieu dans des domaines variés : chirurgie, anesthésie, radiologie, transfusion, rééducation... Sur le plan de la santé mentale de nombreux débats vont faire avancer la conception des pathologies et leur prise en charge.

Ce travail de thèse a pour objectif dans un premier temps, d'étudier l'influence du premier conflit mondial sur la pensée psychiatrique française (clinique, étiopathogénie, thérapeutique). Mais la guerre va également toucher l'organisation des structures de soin et en leur sein, plus directement, les prises en charges des patients. Pour illustrer cela, nous étudierons dans un second temps le devenir des établissements de soins en santé mentale de la région Nord Pas-De-Calais pendant cette période.

1. La psychiatrie militaire française au début du XXe siècle et son évolution durant le conflit de 1914

1.1. Les malades mentaux dans l'armée

Ce travail de thèse consiste d'abord en l'étude des nouvelles conceptions des pathologies mentales, celles qui vont apparaître chez les soldats durant le conflit. Cependant, avant même le début des combats, il existe des malades mentaux dans l'armée. Ils ont été recrutés dans le cadre du service militaire obligatoire ou se sont engagés volontairement.

Selon les instructions ministérielles du 3 avril 1873, les hommes atteints d'aliénation mentale doivent être réformés. Il est alors nécessaire de développer une psychiatrie d'expertise. Cependant, les différents textes qui viennent compléter ces instructions restent peu clairs sur l'organisation de la détection des malades mentaux au sein de l'armée. Par exemple, la réforme de 1905 institue la création d'un dossier sanitaire pour toutes les recrues mais cela reste facultatif. Une circulaire du 29 janvier 1913 autorise l'armée à ne pas engager de recrues ayant un antécédent d'internement. Mais leurs histoires médicales ne sont pas toujours retracées fidèlement. (1) Certains malades sont donc incorporés.

Pour les familles des aliénés, l'armée reste parfois un moyen de « placer » leurs proches sans la stigmatisation de l'internement. De plus, avec la généralisation du service militaire, les hommes exemptés sont rares. Les malades ne comprennent pas leur mise à l'écart et souhaitent participer à l'effort national. Ils se retrouvent donc parmi les engagés volontaires, non soumis à la circulaire de 1913. Haury dénonce cette

lacune en 1914 dans les annales médicopsychologiques. (2) Il accuse les autorités de privilégier le nombre des incorporés à leurs compétences. Il pense que l'état-major craint une augmentation des réformes pour troubles mentaux et un tarissement du flux des engagements.

Durant le conflit, les consignes restent officiellement les mêmes. Mais, le besoin d'hommes est toujours plus important. Les soldats jugés aptes meurent massivement au front. Les autorités militaires doivent trouver davantage de recrues et rappellent au fur et à mesure les réformés des années précédentes. Tous les dossiers d'exemption sont révisés. Certains aliénistes voient revenir dans leurs asiles des patients qui avaient initialement été exemptés. Le conflit a occasionné pour eux une nouvelle décompensation.

Les conséquences de l'incorporation des aliénés varient en fonction de la pathologie présentée. Les épileptiques, pathologie entrant à l'époque dans le champ de l'aliénation, sont susceptibles de présenter une crise ou une absence lors d'une attaque. Les « débilés mentaux », diagnostic souvent posé à l'entrée des asiles, ne sont pas en mesure d'affronter les combats et le stress engendré. Les patients atteints de démence précoce, hallucinés et persécutés, fuient le champ de bataille et sont condamnés pour désertion.

En 1916, plusieurs aliénistes publient dans les annales médicopsychologiques un article intitulé *Les imbéciles à l'armée*. Ils s'inquiètent du traitement de ces hommes par leurs camarades et dénoncent les brimades dont ils font l'objet. (3) Ils dénoncent

à la fois leur inutilité sur le plan militaire et les conséquences psychologiques qu'ils subissent.

Cet article est censuré lors de sa publication. L'image de l'armée, véhiculée par la propagande, montre des soldats virils et courageux. La mobilisation des « imbéciles » ou « débiles mentaux » ne doit pas être mise en avant.

Les médecins sont toutefois divisés sur la question de l'enrôlement de ces hommes. Certains, comme Jean Lépine, regrettent la participation aux combats des malades mentaux. (4) D'autres comme Pruvost considèrent que dans cette guerre de masse, le soldat atteint d'aliénation mentale peut remplir son rôle au même titre que les autres soldats.

Les aliénés aussi prennent donc part au conflit. Ils ne seront pas les seuls à nécessiter au cours la guerre une prise en charge psychiatrique. Les combats, comme nous allons le voir, vont engendrer un afflux massif de malades mentaux.

1.2. Organisation des soins psychiatriques dans l'armée française pendant le conflit de 1914

De nombreuses observations sur les conséquences psychiques de la guerre ont été réalisées, quelques années auparavant, lors de la guerre Russo-Japonaise.

Au cours de ce conflit se déroulant de 1904 à 1905, plusieurs aliénistes, engagés sur le terrain, ont publié des observations concernant les conséquences psychologiques de la guerre. C'est le cas, notamment, du psychiatre russe Autocratov qui crée un service de psychiatrie de l'avant, chargé de récupérer sur le champ de bataille les blessés psychiques.(5)

Certains psychiatres français vont ensuite s'intéresser à la psychiatrie militaire. C'est le cas de Régis, Hesnard et Pitres à Bordeaux. (1) Dans la 4^e édition de son *Manuel pratique de médecine mentale*, édité en 1909, Régis consacre, pour la première fois, tout un chapitre à cette discipline.

En 1909, lors du IX^e congrès des médecins aliénistes et neurologues de France et de langue française, la question de la psychiatrie militaire est abordée sous deux angles. Le premier consiste à mieux repérer les malades mentaux dans l'armée, et avance une compétence d'expertise pour les aliénistes. Le second consiste à mieux former les médecins militaires à la psychiatrie afin qu'ils y soient sensibilisés.

Mais lors de la mobilisation générale de 1914, ces réflexions n'ont pas encore été prises en compte par les autorités. La guerre doit être courte, le nombre de soldats blessés psychiquement n'est pas anticipé.

Deux facteurs empêchent les autorités françaises d'anticiper la situation : l'entraînement des soldats est censé les préparer à faire face à la peur et les recrues prédisposées à la maladie mentale ont, normalement, été écartées par les visites

médicales. Cependant, le nombre de soldats blessés psychologiquement se révélera rapidement beaucoup plus important que prévu.

Dans un article de 1915, publié dans la revue Paris Médical, Chavigny, médecin major de 1^{ère} classe et professeur agrégé au Val de Grâce, déplore la négligence de la psychiatrie et de la médecine légale dans l'organisation des soins au front. (6) La création de structures militaires pour ces deux spécialités était, depuis deux ans, à l'état de projet. Un premier concours de recrutement médical devait avoir lieu en septembre 1914. CHAVIGNY explique cette mise à l'écart par une non considération de la nécessité des soins psychiatriques dans l'armée. A l'époque, la psychiatrie n'est pas reconnue comme une spécialité à part entière.

Selon lui le rôle de l'aliéniste au front est pourtant multiple : prise en charge des malades mentaux, des hystériques et des psychasthéniques. Mais également détection de l'hystérie parmi les épileptiques et les paralytiques afin de leur appliquer au plus tôt un traitement adapté et leur permettre de rejoindre le front le plus rapidement possible. Il aborde enfin un rôle important qui va incomber aux aliénistes: la détection parmi leurs malades, d'éventuels simulateurs. C'est donc une double fonction qui se met en place, celle du soin mais aussi celle d'expert. Cette dernière prendra plusieurs formes : repérage des sujets simulateurs et expertise auprès des conseils de guerre.

Dans un article, publié en 1919 dans les annales médico-psychologiques, Charpentier retrace l'évolution de l'assistance psychiatrique de guerre. (7,8) Il y

explique la création successive de diverses structures amenées à prendre en charge les blessés psychiques.

Au début de la guerre, la prise en charge de ces blessés est peu organisée. N'étant pas considérés comme prioritaire, ils sont évacués vers diverses structures non adaptées. Le premier hôpital psychiatrique militaire est ouvert à Bordeaux, le 20 août 1914, par Régis, médecin principal de l'armée territoriale. Les centres militaires créés par la suite auront pour mission de trier et soigner les soldats, d'éviter l'internement mais aussi de réaliser les expertises demandées par les conseils de guerre.

Le 9 octobre 1914, la 7^e direction du ministère de la guerre, la direction de la santé, publie une circulaire, préconisant la création de services d'observation en lien avec des services de psychiatrie ou de neurologie. Elle se fonde sur les propositions de Régis qui préconise la création dans chaque chef-lieu d'un centre psychiatrique ayant pour fonction à la fois l'observation, le triage et le traitement, en lien avec un service ouvert spécifiquement militaire dans l'asile d'aliéné le plus proche. (1)

En janvier 1915, des centres d'observation neuropsychiatriques ouvrent, cette fois proches du front. Ils permettent de réaliser un triage plus précoce, de mettre en place un traitement court et ainsi de renvoyer les hommes plus vite au combat. Ils ont également pour mission de détecter les simulateurs. Ces centres de l'avant sont donc destinés à observer, trier et traiter. S'ils nécessitent une prise en charge supérieure à trois semaines, les malades sont transférés vers un autre centre: l'HOE (hôpital d'origine d'étape), situé plus loin du front. Ces structures sont situées près d'une gare

de triage. En dernier recours, il est procédé à une évacuation vers les centres psychiatriques de l'intérieur.

La dénomination de ces centres varie : « neurologique », « neuropsychiatrique », « psychiatrique », principalement en lien avec la fonction du médecin qui en est responsable. Ces différentes appellations témoignent de la rivalité entre ces deux spécialités alors en concurrence. En 1914, les aliénistes et les neurologues appartiennent à des réseaux différents. Dans certains pays, les deux disciplines vont de pair, en France il n'en va pas de même et plusieurs praticiens réclament leur rapprochement. (1,9) Si dans certains centres de l'avant neurologues et aliénistes travaillent ensemble, la majorité de ces centres sont sous la responsabilité d'un neurologue. Les aliénistes, gardant leurs compétences pour les asiles de l'arrière, sont d'ailleurs peu mobilisés par les autorités militaires. La psychiatrie est peu considérée comme une spécialité médicale, les malades étant jugés incurables. La neurologie, basée sur des notions anatomiques et physiologiques plus concrètes, est plus reconnue par l'Etat et les sociétés de médecine. On retrouve donc une distinction entre malades mentaux, chroniques, confiés aux aliénistes et malades nerveux, curables, confiés aux neurologues. En 1916, la séparation de ces deux spécialités est concrétisée par la généralisation dans les centres de l'avant de salles de neurologie et de salles de psychiatrie.

Parallèlement à ces centres officiels, d'autres lieux, fruits d'initiatives personnelles de médecins, vont ouvrir. (8) Il s'agit de centres psychiatriques ouverts, c'est le cas à Saint-Gemmes-Sur-Loire, à Villejuif ou Fleury-Les-Aubrais. Ces services

ne sont pas soumis à la loi de 1838. Les soldats évitent ainsi l'internement, souvent synonyme de réforme systématique. Administrativement, on ne retrouve pas trace de leur passage, ils ne sont donc pas stigmatisés. La chronicisation est également évitée, le malade psychiatrique devient alors curable à brève échéance. Ces services ouverts se veulent initiateurs d'un mouvement de réforme plus global du système de soins aux malades mentaux. La séparation entre malades chroniques et malades aigus est discutée depuis plusieurs années. Cependant, l'orientation exclusivement militaire de ces centres ne s'élargira pas après-guerre et la plus part fermeront leurs portes dans les années 1920.

C'est une modification profonde dans la conception du soin de la pathologie mentale qui s'est opérée. Avant-guerre, les malades mentaux sont considérés incurables et internés, souvent de longues périodes. La nécessité de renvoyer rapidement les soldats au front va amener les soignants à les appréhender comme curables et à cela à brève échéance.

Pour les soldats n'ayant pu être soignés dans ces centres, l'internement est la dernière solution. Nous l'avons vu, de nombreuses structures sont mises en place afin de l'éviter. Les asiles civils, déjà surchargés avant-guerre, vont voir leur population augmenter avec l'arrivée de ces militaires. Leur démographie va changer, l'arrivée massive de soldats augmente la proportion d'hommes et l'âge moyen va baisser. (1) Mais ces asiles vont également devoir accueillir d'autres malades, civils cette fois. Il s'agit des aliénés évacués de la Seine, du nord et de l'est de la France, territoires occupés. Fragilisée par une baisse de leur personnel, mobilisé, et par des difficultés

de ravitaillement, la situation sanitaire de ces établissements sera parfois précaire. La pénurie de personnel sera palliée, en partie, par l'emploi de femmes dans les services accueillant des hommes, rendu légal par un décret du 12 mai 1914. Il n'existe pas de chiffres officiels du taux de mortalité global dans les asiles pendant le conflit mais toutes les études spécifiques d'établissement montrent une augmentation. (1,8) Afin d'illustrer cette problématique des asiles civils, nous étudierons plus en détail la situation des établissements du Nord Pas de Calais, région en partie occupée pendant les quatre années de guerre.

1.3. Un exemple de politique de santé publique menée dans l'armée: la lutte contre l'alcoolisme

La première guerre mondiale est une période importante dans la lutte contre l'alcoolisme. Plusieurs décisions législatives marquantes vont être prises dans ce sens : interdiction de l'absinthe par une loi de mars 1915, mesures de répression de l'ivresse publique, modification de la fiscalité sur les boissons alcoolisées. Ces mesures vont concerner la collectivité dans son ensemble mais d'autres vont viser plus précisément les soldats.

Cette lutte est soutenue par les aliénistes de l'époque. En effet, la prise en charge de l'alcoolisme est entrée dans le champ de la psychiatrie depuis plusieurs années. Il s'agit d'un des motifs d'admission asilaire les plus fréquents. L'alcoolisme

est considéré comme une des causes de la dégénérescence, responsable des pathologies mentales. (10)

Les promoteurs de la lutte contre l'alcoolisme s'appuient également sur des motivations financières : diminution des accidents, diminution des dépenses de santé, augmentation du nombre de journées travaillées.

La lutte contre l'alcoolisme dans l'armée a été initiée après la défaite de 1870. L'alcool est accusé d'être responsable de l'échec de l'armée en française en débilant ses soldats. Plusieurs dirigeants militaires s'inquiètent des ravages de l'alcoolisme dans leur rang. En 1900, l'armée interdit la consommation d'alcool dans les casernes.

Pendant la première guerre mondiale, cette lutte a pris plusieurs aspects : répressifs, coercitifs et pédagogiques.

En 1915, les publications de l'Académie Nationale de Médecine sont vives contre l'alcoolisme mais font preuve d'une certaine ambivalence. Tous se réjouissent des prises de position politiques concernant l'absinthe et son interdiction. Cependant, la situation des autres boissons alcoolisées est débattue longuement. La distinction est faite entre les alcools forts, considérés comme nocifs et les alcools dits hygiéniques (cidre, vin, bière). Ces derniers ne sont pas concernés par les recommandations de l'académie. Plusieurs membres défendent l'idée que le vin permettrait de lutter contre l'alcoolisme, expliquant qu'en son absence des alcools plus puissants sont

consommés. Ils s'appuient sur des observations de populations qui, privées de vin, consomment en grande quantité des alcools plus forts.

Ils souhaitent que soit recommandée sa consommation dans l'armée à raison de 75 centilitres par jour. Le vin est également considéré comme un aliment d'une grande valeur nutritive, bon marché et sans danger. Il devrait donc être intégré à la ration du soldat. De manière encore plus surprenante, plusieurs communications proposent de remplacer une partie de la ration de viande par du vin, plus calorifique et moins cher. Après de nombreux débats à ce sujet, l'académie recommande une consommation modérée réglementaire de vin. Elle émet le souhait que les soldats ne puissent pas s'en procurer autrement que par leur ration afin de garder un contrôle et un regard sur cette consommation. (11)

Ces recommandations peuvent paraître surprenantes au regard de connaissances actuelles sur l'alcoolisme. Elles sont dictées par les représentations de l'époque et teintées de patriotisme. Plusieurs auteurs utilisent l'expression « pur vin de France » et évoquent l'idée que le vin, fierté nationale, ne peut être nocif. Pour les législateurs le vin aurait comme avantage de permettre au soldat dans les tranchées de lutter contre la fatigue. Le vin français est donc considéré comme bon pour la santé et protégeant de l'alcoolisme.

Au début de la guerre, la ration quotidienne d'alcool d'un soldat dans les tranchées comprenait 1/16 de litre d'eau de vie (soit environ 6 centilitres) et un quart de litre de vin à laquelle il fait ajouter le vin vendu par les commerçants locaux. C'est ce qui amène le commandement à prendre un arrêté visant l'interdiction de la vente d'alcool dans les zones armées. Certains préfets interdisent aux restaurateurs la vente

d'alcool à des soldats, d'autres fixent des horaires de vente limitées et ferment les débits de boissons qui contreviennent à ces règlements.

Les autorités prennent donc, en apparence, des mesures coercitives concrètes pour faire diminuer la consommation d'alcool des soldats. Mais la ration de vin du soldat ne cessera d'augmenter pendant la guerre. En 1916, sur les recommandations de l'académie de médecine la ration passe à un demi-litre, mais l'eau de vie est supprimée. En 1917, il s'y ajoute un quart de litre de vin chaud avant les assauts. En 1918, l'armée fournit le demi- litre de vin quotidien obligatoire et propose au soldat l'achat d'un second demi-litre à un prix inférieur à celui du commerce. (8) Parallèlement, plusieurs récits décrivent la distribution officieuse d'eau de vie aux soldats avant les combats.

La lutte contre l'alcoolisme va également revêtir un aspect pédagogique. Une brochure, validée par l'Académie Nationale de Médecine, est distribuée aux soldats en 1916. Elle dénonce des préjugés très répandus à l'époque. Parmi ceux-ci, on retrouve les idées que l'alcool donnerait des forces, réchaufferait ou faciliterait la digestion. Les maladies causées par une prise excessive et quotidienne y sont également présentées. L'objectif énoncé n'est pas d'obtenir une abstinence totale de la part des soldats mais une consommation modérée. Par ailleurs, la notice vise particulièrement les alcools forts comme l'eau de vie et encourage plutôt la consommation des boissons « hygiéniques » : vin, bière ou cidre. (11) D'autres médiateurs seront utilisés : affiches, conférences, lectures publiques de condamnations infligées à des soldats alcoolisés...

Cette politique de lutte contre l'alcoolisme produira un semblant d'effet dans les années d'après-guerre : diminution de la consommation, diminution des admissions dans les asiles pour des motifs liés à l'alcool... Cependant, dès le milieu des années 1920, les observateurs notent une franche augmentation de l'œnologie. La consommation de vin jusqu'alors encouragée devient problématique. Certains s'interrogeront sur le rôle des politiques menées pendant la guerre sur ce nouveau problème de santé publique. D'autres seront obligés de revoir leur théorie sur l'innocuité du vin et son bénéfice dans la lutte contre l'alcoolisme.

2. Evolution de la pensée psychiatrique en France pendant le premier conflit mondial

2.1. La psychiatrie du XIXe siècle : entre organicisme et dégénérescence

Afin de comprendre au mieux les débats qui vont agiter aliénistes et neurologues pendant les quatre ans du conflit, il est important de resituer, brièvement, les bases des conceptions psychiatriques du début du XXe siècle.

En 1822, Antoine Laurent Bayle (1799-1858) décrit la paralysie générale, première pathologie psychiatrique reliée à une lésion cérébrale objective. Bayle caractérise cliniquement cette pathologie par un délire à tonalité ambitieuse suivi d'un affaissement des capacités intellectuelles et de troubles moteurs. Il met en lien ces symptômes avec une inflammation des méninges réalisant la première corrélation anatomo-clinique, dont on découvrira plus tard l'origine syphilitique. Cette description va poser les bases d'un courant organiciste qui va peu à peu se développer et expliquer la place des neurologues dans la prise en charge de la maladie mentale. (10,12)

Dans les années 1850, Wilhelm Griesinger (1817-1868), neurologue et psychiatre allemand, reprend cette théorie organiciste. Il place la psychiatrie comme une branche de la pathologie cérébrale et du système nerveux et souhaite lui appliquer de nouvelles méthodes diagnostiques. Il va également décrire des formes évolutives

de maladies mentales s'opposant au fixisme antérieur. (12) Parallèlement, en France, Jean-Pierre Falret prône également un classement des maladies mentales selon leurs symptômes et leur mode évolutif. Il décrit la folie circulaire, première description de l'actuel trouble bipolaire. (13)

Dans le même temps, une autre cause étiologique va être envisagée : l'hérédité.

Ce sont les thèses de Benedict Morel (1809-1873) qui vont influencer la pensée des aliénistes. Pour lui, les maladies mentales s'inscrivent également dans un schéma d'évolution mais qui s'étend sur plusieurs générations successives. Il crée une modélisation de la pathologie mentale reposant à la fois sur une description symptomatique des troubles, sur l'étude de l'hérédité et sur les causes étiologiques possibles. Selon lui, à chaque génération, un trouble mental est transmis et s'aggrave, allant du simple déséquilibre à la pathologie constituée. Il nomme « dégénérescence » ce phénomène. Très influencé par la religion, il considère que la dégénérescence a lieu à partir d'un « type primitif parfait », créé par Dieu. Les causes de la dégénérescence décrites sont principalement environnementales : alcool, toxiques industriels, mauvaise alimentation... (14,15) Elles touchent principalement les classes les plus basses de la société et aboutiront à des concepts de moralisation de ces groupes sociaux : discipline, hygiène de vie...

Valentin Magnan (1835-1916), psychiatre français, reprend les thèses de Morel pour les sortir de leur contexte religieux. S'inspirant des thèses darwinistes, il décrit

des sujets dégénérés, amoindris par rapport aux générations antérieures. Ces malades sont plus sujets à l'apparition de délires aigus et polymorphes.

Dans les années d'avant-guerre, ces conceptions commencent à être considérées comme fixistes et fatalistes. Elles vont peu à peu être critiquées par une minorité de médecins tels qu'Edouard Toulouse ou Richard Ballet. De nouvelles conceptions étiologiques des troubles mentaux vont donc être discutées dès le début du conflit.

Il est important de préciser que le terme de névrose, très souvent utilisé à cette époque par les neurologues et psychiatres, a un sens différent de celui d'aujourd'hui. Il est défini en 1907 par Fulgence Raymond (1844-1910) comme une affection du système nerveux, sans lésion organique connue. Dans la mouvance organiciste, il précise que cela ne signifie pas une absence totale de lésion, simplement une non-connaissance de celle-ci. Les causes évoquées sont chimiques (toxiques, infectieuses...) ou micro-anatomiques. (16)

Enfin, il semble nécessaire d'aborder ici la place du patriotisme médical durant ces années de guerre. Dès 1914, les annales médicopsychologiques publient une note destinée à leurs lecteurs dans laquelle la suprématie allemande en médecine mentale est remise en cause. En 1915, c'est une chronique intitulée *Le retour à la médecine mentale française* qui paraît, rejetant en bloc toutes les théories allemandes en cours

à l'époque. Les membres autrichiens ou allemands sont exclus des sociétés savantes françaises.

Les théories allemandes, qui avaient pourtant une influence importante, sont abandonnées.

Ce n'est pas seulement la médecine allemande qui est volontairement déconsidérée, au cours du conflit, mais la population allemande elle-même. Elle sera accusée par des démonstrations scientifiques d'être lâche, barbare ou de constitution fragile.

2.2. Naissance du concept de psychotraumatisme

2.2.1. Etat des connaissances au début du conflit

Les réactions humaines face à un événement traumatisant sont décrites depuis l'antiquité. Décrivant des cauchemars, des dissociations péritraumatiques et des conversions post-traumatiques, des philosophes tels que Lucrèce, Hérodote ou plus tard Descartes, se sont intéressés aux conséquences de la confrontation à la mort.
(17)

Durant les guerres napoléoniennes, on nomme « vent du boulet » les états stuporeux touchant les soldats épargnés de peu par un projectile et ne présentant pas de lésion observable.

Au dix-neuvième siècle, le terme de traumatisme s'applique uniquement aux blessures physiques, et donc visibles, du corps humain. Peu à peu, ce terme sera également utilisé pour décrire des atteintes psychologiques.

Les descriptions initiales de psychotraumatismes sont réalisées, entre 1866 et 1870, par des médecins londoniens secondairement à l'observation de victimes d'accidents de chemin de fer. (18) L'enjeu est alors financier et se pose la question de l'indemnisation des victimes. Cependant à l'origine, l'étiologie évoquée n'est pas psychologique. L'hypothèse privilégiée est celle de lésions neurologiques. La conception de ces troubles est donc initialement organiciste, l'origine en serait des microlésions touchant des structures nerveuses.(17)

En 1889, un psychiatre allemand, Hermann Oppenheim, propose le nom de névrose traumatique pour regrouper la sémiologie de tels états. Il décrit un tableau clinique comprenant le souvenir obsédant de l'accident, des troubles du sommeil avec des cauchemars de reviviscence, des phobies électives et une labilité émotionnelle. (5) L'hypothèse étiologique d'Oppenheim est psychogénique, réactionnelle à une frayeur intense.

A la même période, Jean-Martin Charcot publie une vingtaine d'observation d'hommes atteints de ce qu'il appelle l'hystérie traumatique. Il pointe la discordance entre une symptomatologie clinique très importante et un choc physique minime. Il opte pour une origine émotionnelle survenant sur un terrain prédisposé. (12) Il introduit alors la notion de paralysie psychique provoquée par une image mentale.

En 1889, dans sa thèse « *L'automatisme psychologique* » Pierre Janet présente 20 cas d'hystérie traumatique et démontre par l'utilisation de l'hypnose leur origine psychologique. Le traumatisme est décrit comme un choc entraînant une réaction psychopathologique, soit la névrose hystérique si le choc survient dans l'enfance, soit la névrose traumatique si le choc survient à l'âge adulte.

En 1899, Emil Kraepelin, médecin allemand, publie la sixième édition de son traité de psychiatrie. Il y laisse une large place à la « Schreckneurose », ou névrose d'effroi, qu'il considère comme une entité nosographique à part. Il décrit un tableau comprenant : ruminations, difficultés relationnelles, réduction nette des intérêts, hallucinations et troubles du sommeil avec rêves d'angoisse.

En 1908, Honigman, un psychiatre allemand, engagé comme volontaire pour la croix rouge dans la guerre Russo-Japonaise, crée le terme de « névrose de guerre ».

(5)

2.2.2. Evolution du concept de psychotraumatisme au cours du conflit

Dès le début du conflit de 1914, les hommes sont confrontés à une angoisse inédite par son intensité. Les aliénistes de l'époque vont donc faire face à des tableaux cliniques nouveaux. (19)

Différents termes seront utilisés au cours du conflit pour caractériser les syndromes présentés par des soldats non blessés physiquement : choc commotionnel, obusite ou « shell shock » chez les britanniques. Dans la continuité des travaux organicistes d'avant-guerre, l'étiologie évoquée est initialement somatique : une microhémorragie cérébrale secondaire au souffle causé par une explosion ou à des toxiques libérés par un obus. (20)

Cependant, plusieurs observations sont réalisées sur des soldats n'ayant pas été à proximité d'une explosion. A partir de ce constat, face à la thèse organiciste certains vont défendre l'idée d'un syndrome d'origine émotionnelle.

En 1915, le médecin-major Milian publie un des premiers articles traitant des conséquences psychologiques directes des combats sur les soldats. Il décrit une nouvelle entité clinique : l'hypnose des batailles, caractérisée par un état de somnambulisme. Il décrit ces patients dans un état de conscience modifié, ne correspondant ni à un coma, ni à du sommeil. Il rapproche cet état de celui obtenu sur les hystériques par hypnose. L'examen physique est normal. L'évolution est le plus

souvent positive en quelques jours. L'interrogatoire de ces malades met alors en évidence des réactions émotionnelles très fortes à l'évocation des combats, décrites par Milian comme des hallucinations visuelles. La description qu'il en donne évoque des reviviscences psychotraumatiques. Plusieurs facteurs prédisposants sont mis en évidence : jeune âge, être citadin, légère dégénérescence, fatigue ou inanition. La cause est un traumatisme, qui peut être physique mais aussi psychique. (21)

En 1916, Rogue de Fursac et Ballet notent qu'un choc moral, émotionnel peut entraîner, sans lésion physique, un tableau analogue à celui créé par une déflagration. Le syndrome décrit sous le nom de choc commotionnel comporte les éléments suivants : amnésie, hésitation de la parole, tachycardie, hyperémotivité, insomnie et cauchemars. L'article propose une vision nouvelle de l'étiologie de l'état commotionnel. Pour ces auteurs, un choc émotionnel pur peut engendrer un état en tout point semblable à celui développé après une commotion physique. La lésion somatique n'est alors pas nécessaire et l'origine émotionnelle pure des troubles est envisagée. Pour eux « l'état commotionnel n'est qu'une émotion-choc intensifiée et figée ». La théorie de la dégénérescence est encore présente, et les auteurs considèrent que ce trouble mental, ce choc émotionnel ne survient que chez des soldats prédisposés par des antécédents personnels ou familiaux de pathologie mentale. (22,23)

La description clinique développée dans cet article se rapproche de la description actuelle de l'état de stress aigu (cf. annexe 1). Les auteurs décrivent une première période d'état de sidération aiguë caractérisée par une stupeur ou une agitation accompagnée de délire hallucinatoire. D'autres noteront la sensation de mort

imminente comme facteur déclenchant. (24) Ces troubles peuvent arriver dans un délai variable : immédiatement ou quelques jours après un choc.

D'autres comportements sont observés : certains soldats errent sur le champ de bataille, au mépris du danger. Ils reprennent conscience quelques heures après et présentent une amnésie des faits récents. Ce tableau, rappelant la fugue dissociative pouvant être observée dans les états de stress dépassé, va conduire les autorités militaires par méconnaissance à juger pour désertion les soldats qui en sont victimes. (1) Ceux-ci seront condamnés à mort et fusillés. Certains seront par la suite réhabilités. L'expertise médico-légale va se généraliser au fur et à mesure du conflit et permettre de limiter les condamnations des soldats jugés irresponsables.

Le syndrome commotionnel évolue vers une période où sont observées trois altérations psychiques principales : l'inhibition psychique, l'hyperémotivité et la suractivité imaginative. L'inhibition psychique est caractérisée par l'amnésie, l'hésitation des mouvements, l'asthénie et les paralysies fonctionnelles. L'hyperémotivité contient les paroxysmes anxieux et les troubles organiques les accompagnants (tremblements, troubles respiratoires et vasomoteurs). Enfin la suractivité imaginative est caractérisée par des rêves des somnambulismes et des crises hallucinatoires. Les auteurs précisent que les thèmes de ces délires sont principalement centrés sur la guerre. Ils vont utiliser le terme de « reviviscence » à propos de certaines hallucinations. Ils prennent l'exemple d'un soldat commotionné suite à l'explosion d'un obus et qui présente depuis des hallucinations auditives à types de bourdonnements, reviviscence du sifflement de l'obus précédent l'explosion.

Ces états aigus, observés en grand nombre après les principales batailles, peuvent se compliquer de tableau chronique. Plusieurs descriptions de 1916 possèdent des points communs avec l'état de stress post traumatique tel que décrit dans le DSM-IV-tr (cf. annexe 2). On y retrouve l'évènement traumatisant, les rêves, les reviviscences, la réactivité physiologique. (22,24) L'évitement est également décrit chez ces soldats refusant de retourner au front.

L'origine affective et émotionnelle, chez une personne présentant une prédisposition ou un trouble psychiatrique latent, commence à se répandre. Les organicistes sont de moins en moins entendus. Le terme de « shell shock », très usité par les anglophones est remplacé par celui de névrose de guerre.

Un psychiatre anglais, le major Stanford Read, explique l'apparition d'un psychotraumatisme par trois facteurs : l'hérédité, des expériences individuelles précoces et un facteur déclenchant. Cependant, il considère que, devant la violence des évènements déclenchants chez les soldats, les deux premiers facteurs sont anecdotiques. (19) La théorie de la dégénérescence perd de son poids.

Dans un article publié en 1915 dans la revue Paris Médical, Chavigny remet en cause les pratiques de la psychiatrie en temps de paix. En effet, en lisant les observations d'entrée dans les différents asiles de la région, on retrouve très souvent l'évocation d'un terrain prédisposant, généralement en lien avec l'histoire familiale. Au fur et à

mesure des combats, les aliénistes vont se rendre compte que de nombreux soldats déclenchent des troubles indépendamment d'une prédisposition sévère. Chavigny considère qu'en cette période, les causes occasionnelles tiennent la première place sous forme principalement de chocs émotionnels. C'est pour lui l'occasion de développer l'idée que, de ce fait, ces soldats n'ont pas leur place dans un asile. (6)

Dans l'introduction de son livre intitulé *Troubles mentaux de guerre*, publié en 1917, Jean Lépine constate que la prédisposition prend de moins en moins de place dans l'éclosion des troubles mentaux. Il développe l'idée que, en temps de guerre, les circonstances occasionnelles sont un facteur majeur et parfois suffisant.

La guerre va alors être envisagée comme une cause étiologique possible chez des soldats ne présentant aucun trouble antérieurement. Les théories organicistes et dégénératives vont être discutées et remises en cause au cours du conflit. La pathologie mentale n'est plus uniquement déterminée par l'hérédité. L'environnement peut également influencer son déclenchement. Le syndrome commotionnel organique décrit au début du conflit est différencié du syndrome émotionnel, d'origine affective et pour l'apparition duquel la dégénérescence n'est pas obligatoire. Il est donc reconnu qu'un traumatisme psychique peut engendrer des troubles similaires à un traumatisme physique.

Le syndrome émotionnel est décrit en 1917 par Mairet et Piéron. Il est décrit comme différent du syndrome commotionnel, secondaire à des lésions nerveuses, mais le complique fréquemment. (25) Il est caractérisé par :

- Une hyperémotivité : anxiété, délire onirique, cauchemars
- Une fatigabilité cérébrale : amnésie de fixation, difficultés de concentration, difficulté d'évocation du traumatisme
- Des céphalées.

Il est donc décrit un syndrome indépendant, purement émotionnel, secondaire à une frayeur intense. C'est la reconnaissance du psychotraumatisme et de ses conséquences.

2.3. Hystérie et psychonévroses de guerre

2.3.1. Etat des lieux des travaux sur l'hystérie en France avant 1914

Le terme hystérie a été créé par Hippocrate, du grec *hystera*, signifiant utérus. Intimement lié à cet organe, et donc au sexe féminin, dans ces premières descriptions, ce n'est qu'en 1855 avec la publication du *Traité de l'hystérie* de Paul Briquet que l'hystérie masculine est envisagée. Le siège de l'hystérie change, toujours d'origine organique, c'est maintenant l'encéphale qui en est considéré comme responsable. La femme perd le monopole hystérique.

Avant le début de la guerre, les thèses de Sigmund Freud sur le sujet sont encore peu connues en France. Elles n'influencent pas les considérations des aliénistes de l'époque.

Ce sont principalement les travaux de Joseph Babinski (1857-1932), élève de Jean-Martin Charcot (1825-1893) qui vont trouver un écho dans la presse médicale pendant les années du conflit.

Au début de son enseignement en 1870, Charcot, formé en anatomopathologie, considère l'hystérie comme étant d'origine cérébrale. Il s'attache dans un premier temps à la description de ces symptômes. Il caractérisera l'attaque hystérique sous le terme « hysteroépilepsie » et décrit quatre phases : épileptoïde, grands mouvements, attitudes passionnelles et délire de mémoire. (26) Il rattache les symptômes à une lésion cérébrale non fixée, dynamique la comparant en ce sens à l'épilepsie.

Au fur et à mesure de ses travaux, la part psychique dans l'origine de l'hystérie sera de plus en plus présente. (27) Par ailleurs, conformément aux idées de l'époque il laisse une part importante à l'hérédité dans la genèse de ce trouble, aggravé par la suite par des éléments déclencheurs de nature physique ou psychique.

Hippolyte Bernheim (1840-1919) parle d'une hystérie non pathologique, résultante de l'exagération d'un phénomène émotif.

La part émotionnelle dans l'apparition des troubles hystériques est déjà discutée avant-guerre, dans le cadre de la loi sur les accidents du travail de 1898. L'indemnisation des accidentés du travail passe souvent par une expertise médicale ayant pour but de diagnostiquer les simulateurs. Les compagnies d'assurance tentent d'imposer le fait qu'une hystérie masculine peut, parfois, être à l'origine d'une réaction personnelle non liée à l'accident, ne permettant pas de ce fait de réclamer une compensation financière. Si le rôle de la frayeur dans l'apparition de ces troubles était démontré cela entraînerait une augmentation des reconnaissances en accident du travail. (18)

Edouard Brissaud (1852-1909), neurologue français, décrit, en 1908, une pathologie observée chez les accidentés du travail. Il la caractérise par un désir de réparation très important à l'origine d'un délire de revendication. Il observe, chez ces patients, une majoration inconsciente des séquelles d'un accident dans le but d'obtenir une indemnisation plus élevée. Ces sujets sont considérés comme s'auto-persuadant de leurs troubles, le lien avec l'hystérie est évoqué. Brissaud donne à cette pathologie le nom de *sinistrose*, dérivé la notion de *sinistre*, utilisé par les assureurs. (28) Ces thèses vont être reprises en 1914 pour les soldats présentant des troubles non expliqués par une lésion organique.

Elève de Charcot pendant son clinicat de 1885 à 1887, Babinski poursuivra, dans un premier temps, les thèses de celui-ci. Par la suite il travaillera selon deux grands axes : trouver des signes objectifs permettant de distinguer l'hystérie d'une

pathologie organique et montrer le rôle de la suggestion sur l'apparition des troubles hystériques.

En 1901, il critique les thèses de son maître avec comme argument principal l'absence de définition donnée à l'hystérie. Il propose de la définir comme une pathologie dont les symptômes peuvent être recréés par la suggestion. (29) Il abandonne le terme d'hystérie pour celui de pithiatisme (du grec : persuader et guérir), en raison du caractère désuet du sens étymologique premier du mot. Il définit un état où le sujet devient capable de s'autosuggestionner et ainsi de créer des troubles. Selon lui, en opposant la persuasion à l'auto suggestion on peut observer la résolution des symptômes. (29) Dès lors, les limites entre simulation et hystérie, que Charcot avait délimitées, vont devenir plus floues. Cependant, Babinski rappelle, dans son traité *Démembrement de l'hystérie traditionnelle : pithiatisme* publié en 1909, la différence entre pithiatisme et simulation. Pour lui, elle se situe au niveau de la conscience des troubles, même si cliniquement la distinction reste difficile. Le pithiatique n'a pas conscience de la suggestion à l'origine de ses troubles, le simulateur crée son trouble en toute conscience. (30)

Il évoque également, dans cet ouvrage, une idée omniprésente dans les centres neuropsychiatriques créés pendant la guerre : la contagion. Il remet en cause le caractère spontané des troubles et évoque l'imitation comme phénomène étiologique, la plaçant même devant l'émotion. La suggestion peut donc être causée par la vision d'un autre malade.

Ce sont ces différents axes de recherche de Babinski qui vont influencer profondément la conception des pathologies mentales et de leur traitement pendant la première guerre mondiale.

2.3.2. Le pithiatisme

En parallèle du syndrome émotionnel, les neurologues et psychiatres vont devoir soigner dans leurs centres des soldats présentant des tableaux d'impotences fonctionnelles atypiques, pour lesquels aucune lésion organique n'a pu être retrouvée. Le syndrome commotionnel sera incriminé dans un premier temps.

Dans un article publié en 1915 dans la revue Paris Médical, on retrouve une description des conséquences de la commotion par explosifs. (31) Les auteurs étudient les blessures aux conséquences fonctionnelles graves, sans lésions apparentes. Si certaines sont secondaires à un changement brusque de la densité atmosphérique autour du soldat (barotraumatisme), ils retrouvent également des atteintes chez des soldats distants parfois de plusieurs mètres de l'explosion. Ils expliquent alors ces lésions par des phénomènes de vibration capables de provoquer des commotions à cinq ou dix mètres de distance. Les phénomènes cliniques observés sont variables : perte de connaissance, amnésie, épilepsie passagère mais aussi « attaques hystériques », cauchemars et somnambulisme.

Les symptômes psychiques seront rattachés au syndrome émotionnel que nous avons décrit plus haut.

Mais, les principaux troubles physiques observés sont sensitivomoteurs : paralysies, anesthésies, contractures musculaires et camptocormie (flexion du tronc en avant, non réductible). Ces descriptions cliniques sont, également, classées sous le terme de « syndrome commotionnel ». Les auteurs s'interrogent car, dans un grand nombre de cas, ces manifestations sont non systématisées et ne peuvent être reliées à aucune lésion organique observable. C'est ce qui les amène, dans leur discussion, à évoquer l'hystérie comme diagnostic différentiel. Ils avancent l'hypothèse que la vision d'horreur vécue par le soldat est à l'origine d'un état d'émotivité et d'impressionnabilité extrême sur lequel va se greffer n'importe quelle manifestation nerveuse. Cependant, ils considèrent les manifestations hystériques comme secondaires aux lésions somatiques et rejettent, dans un premier temps, une origine psychologique.

Dans une communication à l'académie de médecine en 1916, Jean Lépine, chargé du service central de psychiatrie de la XIVe région militaire, incrimine un phénomène de décompression pour expliquer ces tableaux cliniques. Une brusque distension des vaisseaux sanguins crée les symptômes aigus de confusion mentale et tardifs de congestion cérébrale. Il reconnaît une possible participation émotionnelle dans des tableaux qu'il nomme hystéro-organiques. Pour lui, cette association permet de démontrer une origine biologique de l'hystérie. (11)

Jules Tinel (1879-1952), neurologue français, prône également une origine organique de ces troubles. Il décrit des lésions nerveuses secondaires aux explosions d'obus. Il observe la régénération de ces nerfs et nie toute participation psychogène aux troubles observés chez les soldats qu'il traite. (1) Envisager une origine psychologique, et surtout hystérique, à ces troubles physiques c'est remettre en cause le courage et la virilité du soldat.

Ainsi, de nombreuses études scientifiques vont être menées pour mettre en évidence cette lésion organique responsable du tableau commotionnel. Les soldats qui en sont atteints vont subir tous les examens médicaux disponibles. Des hémorragies cérébrales sont mises en évidence par ponction lombaire ou autopsie. Des animaux sont soumis à des explosions et disséqués par la suite. Cependant, si certaines de ces expériences se montrent probantes, elles ne sont pas reproductibles chez tous les soldats examinés. (32)

La guerre va amener les aliénistes et les neurologues à rencontrer des pathologies multiples et variées, dont ils n'avaient pas l'habitude. Ils vont donc devoir envisager des étiologies nouvelles. Face au courant du tout organique, on observe des médecins plus mesurés, discutant une origine mixte aux nombreux tableaux observés. Un traumatisme physique réel peut se compliquer et devenir autoentretenu par le sujet. On retrouve ici la thèse de l'autosuggestion développée par Babinski.

Petit à petit, comme pour le syndrome émotionnel, l'idée de troubles nerveux fonctionnels d'origine purement émotionnelle va apparaître. Roussy et Boisseau

décrivent des troubles nerveux de nature fonctionnelle, inorganique et les rangent dans un groupe appelé : accidents hystériques. Ils recommandent pour ces malades une prise en charge psychothérapeutique. (33)

Dans un article de 1915, Chavigny, propose un inventaire des troubles dits hystériformes: mutité, bégaiement, surdité, cécité, troubles moteurs et sensitifs, amnésie ou crise convulsive. Ces troubles sont très différents de la pathologie rencontrée habituellement, ils sont mal systématisés et ne rentrent dans aucun tableau clinique (34).

Reprenant le concept de sinistrose crée par Brissaud pour les accidentés du travail, Gustave Roussy (1874-1948) développe celui de « sinistrose de guerre ». Il l'applique aux soldats dont les blessures physiques sont guéries mais qui, par la force de leur suggestion, vont augmenter des douleurs inorganiques. (35)

Les médecins se retrouvent face à des tableaux d'atteinte fonctionnelle pour lesquels aucune origine somatique n'a pu être mise en évidence. Certains les relieront à des lésions organiques non retrouvées. D'autres les rattacheront à une origine psychogène, tableau proche du trouble de conversion décrit actuellement (cf. annexe 3).

La question de l'origine émotionnelle des troubles présentés par ces soldats pose également le problème de l'indemnisation. Si la guerre les a rendus malades,

ces hommes méritent une compensation financière. Cependant, les médecins vont considérer que les réactions hystériques sont un effet de la suggestion, le conflit n'est donc pas responsable. Mais le débat se poursuivra après-guerre et de nombreux soldats atteints de pathologie mentale ne seront jamais indemnisés. L'armistice ne fera pas disparaître les troubles et ces soldats resteront encore plusieurs années dans les centres de rééducation neurologique.

2.3.3. Contagion et simulation

Ces malades sans lésion vont amener les médecins de l'époque à suspecter des simulations. Babinsky définit ces symptômes comme résultants d'une autosuggestion, le soldat peut être tenu pour responsable du tableau qu'il présente. (32) La psychonévrose, créée consciemment ou inconsciemment, permettrait aux malades de fuir les combats. Cette description clinique, mettant en cause la volonté du soldat jette la suspicion sur tous.

Chavigny décrit également un phénomène qui va interroger les aliénistes de l'époque : la contagion. Parfois, une lésion d'origine émotionnelle, va se répandre dans une tranchée, un poste ou une même batterie d'artillerie. (34)

Certaines observations vont créer une suspicion envers ces soldats blessés psychologiquement. Tout d'abord ils ne correspondent pas à l'image du soldat viril et

patriote véhiculée par la propagande de l'époque. Ensuite, les soldats retenus dans des camps de prisonniers ou évacués pour une blessure physique, présentent peu ces pathologies. (19) Le spectre de la simulation de ces troubles va toucher les soldats évacués pour névrose de guerre.

Les aliénistes et neurologues vont être investis d'une nouvelle mission : détecter les simulateurs afin de les faire condamner. Les autorités militaires demandent pour tout soldat interné un certificat de non simulation. Elles souhaitent également éviter la contagion de telles affections. En effet, elle est à l'origine d'une perte de soldats importante. Ce nouveau rôle incombant aux médecins va être à l'origine d'excès difficiles à comprendre aujourd'hui. Mais remis dans le contexte de la guerre et du patriotisme de l'époque, on comprend que les médecins tentaient de faire leur devoir : renvoyer au front tout soldat apte au combat. L'intérêt personnel du malade est mis en balance face à l'intérêt général.

Dans un article, publié dans Paris médical, et qui fait suite au précédent Sicard, chargé du centre neurologique de la XV^e région militaire et professeur agrégé des hôpitaux de Paris, aborde le phénomène de simulation. (36) Il se base sur l'observation de malades accueillis dans le centre dont il est responsable. Ils sont souvent envoyés là après l'échec de nombreux traitements. Il prend l'exemple de dix-sept malades atteints de surdité/mutité, parmi lesquels neuf ont avoué simuler. Il différencie alors : les simulateurs inconscients, autosuggestionn s pour entretenir des troubles moteurs ne correspondant   aucune lésion organique et les exag rateurs, surajoutant des

troubles moteurs à ceux créés par une lésion objectivée. Il explique également comment, pour démasquer les simulateurs, il les fait suivre par la police secrète lors de leurs permissions. (36) Il se félicite d'avoir réussi à démasquer les neuf simulateurs et décrit deux méthodes pour les faire avouer : la méthode douce, consistant à les mettre face à leur conduite sans accusation, devant témoin, et la méthode forte, consistant à les traduire devant un conseil de guerre après avoir réalisé de nombreux tests éliminant une cause organique (examens physiques, exposition à un bruit violent par surprise...).

La distinction est faite entre déterminisme inconscient du trouble, par psychose ou hystérie et déterminisme conscient, caractéristique essentielle du simulateur. Dans l'article *Essai sur l'insincérité des accidentés de guerre*, la simulation est définie comme l'ensemble des troubles fonctionnels ou organiques ayant pour origine la volonté consciente du sujet qui les présente. Trois types de simulations sont décrits : l'automutilation par provocation de traumatisme ou de maladie, les troubles fonctionnels illégitimes et les troubles fonctionnels surajoutés à des troubles organiques par persévération ou exagération. (37)

Cette distinction est également faite par Paul Sollier, médecin chef du centre neurologique de Lyon. Il décrit la simulation vraie ou créatrice, rare, la simulation par persévération ou fixation d'un symptôme et la simulation par exagération ou amplification. (38) Ces descriptions correspondent aux critères actuels du DSM-IV-TR, qui reprend également comme cause possible de simulation l'évitement des obligations militaires (cf. Annexe 4).

Plusieurs origines psychologiques sont évoquées pour expliquer l'apparition de la simulation chez les soldats. Les auteurs vont distinguer les simulateurs de type « purs », qu'ils décrivent lâches et dépourvus d'altruisme et les simulateurs « mitigés » persuadés de ne pas pouvoir s'adapter aux situations de guerre. Ces derniers seront classés selon différents critères : émotifs, hypochondriaques, suggestibles ou mythomanes. (37)

A l'époque, si la distinction est faite entre simulateurs conscients et inconscients la prise en charge est la même. Pour Babinski, quel que soit le degré de sincérité des malades, l'objectif est unique : faire disparaître les troubles.

Plusieurs articles seront publiés avec pour objectif d'expliquer aux médecins comment diagnostiquer les simulateurs. Le seul signe de certitude est l'aveu par le patient de la supercherie.

S'il est clair pour tous que les simulateurs ne sont pas des malades, la prise en charge des soldats psychonévrosés sera sous tendue par une défiance constante quant à l'authenticité de leurs troubles. La considération des médecins à leur égard est entachée de suspicion.

Un autre élément va venir augmenter la méfiance envers les soldats ; l'automutilation. Elle prend diverses formes : blessure par arme à feu, phlegmon provoqué par injection de caustiques, éruptions cutanées ou ictère provoqué par l'ingestion d'acide picrique. Plusieurs articles seront publiés, mettant en garde les

médecins contre les simulateurs et proposant des descriptions précises des éléments de présomption : épidémie dans une même unité, caractéristiques bactériologiques des lésions, tir à bout portant... (39,40) Pour les autorités, si les soldats sont capables de simuler des mutilations physiques, la simulation de pathologie mentale, plus aisée, doit être très répandue.

2.4. Dépression et « cafard des tranchées »

Après les premiers mois de combats, la guerre s'enterre et devient statique. La rudesse des conditions de vie dans les tranchées, les journées à attendre, la sous-alimentation et le manque de sommeil vont à la longue atteindre le moral des soldats. Nombreux médecins étudiant la pathologie psychiatrique de l'époque s'étonnent de la résistance des soldats au front. Leur description prendra parfois un air de propagande patriotique, vantant la résistance des hommes.

Mais, pour certains hommes, la guerre devient insupportable. Les médecins observent des états proches de la neurasthénie caractérisée par un épuisement psychique et physique, des céphalées, des myalgies et une angoisse importante. (41) Qu'on le nomme cafard ou dépression, cet état va poser pour les médecins de l'avant la question de l'évacuation.

Cet état dépressif va apparaître principalement dans les tranchées peu soumises aux combats. Le désœuvrement et l'ennui vont en être jugés responsables.

(42)

« Le cafard » des militaires était déjà cité avant-guerre par Regis. Cependant il notait qu'il s'agissait d'un mot d'argot militaire non relié à une réalité clinique.

Pendant le conflit de 1914, le cafard des tranchées va intéresser les psychiatres. Il est l'objet d'un livre publié par Paul Voivenel et Louis Huot en 1918. Ils y énoncent une théorie histologique du cafard, basée sur l'hypothèse d'un épuisement de l'énergie nerveuse lié aux combats. Ils retrouvent pour expliquer cela plusieurs facteurs psychiques précipitants : la fatigue liée à l'immobilisme, l'ennui, la nostalgie et la promiscuité. Mais c'est principalement le surmenage émotionnel, secondaire à la sensation de risque permanent, qui déclenche le cafard. Un stress physiologique est également incriminé : manque de sommeil, sous-alimentation, infections gastro-intestinales et froid qui sont le quotidien des combattants. (43) Le tableau clinique est dominé par deux grands symptômes psychiques : l'asthénie et ce qu'ils appellent la « dépresentification », sorte de nostalgie familiale ou professionnelle marquée par une perte de la volonté. Ils observent également, un syndrome physique : palpitations, essoufflement, céphalées. Le sommeil est perturbé par des cauchemars. L'émotivité est importante, marquée par une irritabilité inhabituelle.

Les appellations de ce syndrome vont varier : cafard, dépression, neurasthénie de guerre. Mais, les descriptions sont semblables aux critères diagnostiques actuels

de l'épisode dépressif majeur (cf. annexe 5). On retrouve la tristesse de l'humeur, l'asthénie, les troubles des conduites instinctuelles (insomnie, anorexie), l'aboulie, les difficultés de concentration. (4,42,43)

Le risque pour ces soldats présentant une dépression, est l'entrée dans la psychose. Les descriptions cliniques révèlent un mode évolutif caractérisé par l'apparition d'hallucinations ou d'idées délirantes.

Cette entité clinique illustre les avancées conceptuelles de la psychiatrie à cette époque. Sur les millions de soldats engagés dans le conflit, tous ne présenteront pas d'épisode dépressif. Les auteurs reconnaissent une prédisposition, une constitution émotive. Mais c'est bien l'environnement, par des facteurs de stress psychiques et physiologiques, qui est déterminant. La dégénérescence n'est pas le seul facteur déclenchant de la pathologie.

3. Prise en charge de la pathologie mentale des soldats français

3.1. Principes généraux de la prise en charge des maladies psychiatriques

Henri Damaye, ancien médecin chef de l'asile de Bailleul, a publié plusieurs articles décrivant la prise en charge des aliénés et des soldats admis dans le centre neuropsychiatrique de l'avant dont il est responsable. On retrouve les principaux axes de traitement utilisés à l'époque: balnéothérapie, régime et alitement. L'objectif de ces traitements est de rétablir un équilibre dans les fonctions physiologiques.

Chaque malade admis bénéficie d'un bain chaud d'une durée d'une heure. La température varie en fonction de l'état d'agitation éventuelle. Les bains continuent tous les jours durant la prise en charge. Les modalités d'hydrothérapie sont variées : bain ou douche, eau froide ou chaude, enveloppement dans des draps humides pour les malades agités.(44)

Le traitement reposant sur l'alimentation a une place très importante. Pour les médecins l'organicité de la maladie mentale crée une dénutrition majeure. L'objectif est de redonner des forces à des malades infectés, intoxiqués, surmenés... Il débute par l'administration de purgatifs (teinture d'iode, julep gommeux) destinés à épurer le corps. Un régime lacté assimilable facilement est donc prescrit les premiers temps puis il est étoffé par des protéines animales. L'alcool est proscrit. Ces régimes prennent une place encore plus importante chez des soldats venant du front et soumis à une alimentation de mauvaise qualité.

L'alitement est une technique basée sur l'hypothèse de l'épuisement nerveux comme origine de la pathologie. De même que le régime, il vise le recouvrement des forces physiques et psychiques. Il permettrait également un rééquilibrage de la circulation sanguine.

Les traitements médicamenteux disponibles sont peu nombreux. Il existe des sédatifs utilisés pour leurs vertus hypnotiques ou anxiolytiques : opium, bromure, laudanum. (16,44,45)

3.2. Prise en charge spécifique des psychonévroses

L'évolution de la prise en charge des soldats atteints de psychonévroses de guerre va suivre l'évolution des conceptions étiologiques.

Au début du conflit, la thèse de l'organicité est prépondérante. Ce sont les chirurgiens qui vont prendre en charge les soldats. Ces opérations, non nécessaires au vu de l'origine psychopathologique des troubles, vont parfois créer d'authentiques handicaps chez ces patients indemnes de lésions organiques.

Certains font aveu d'impuissance face aux psychonévroses de guerre et appliquent les techniques usuelles de mise au repos et de régime. Ils prônent

l'éloignement des zones de guerre considérant que l'exposition au conflit retarde la guérison. (32)

Mais, majoritairement, les psychiatres et neurologues considèrent que la suggestion est le noyau de la pathologie hystérotraumatique. La guérison passe donc par la contre-suggestion, la persuasion du sujet. André Gilles considère que le but de traitement est de convaincre le sujet du caractère imaginaire de ces troubles et du fait que sa volonté doit en triompher. Plusieurs moyens vont être utilisés pour accroître cette volonté, techniques adjuvantes à la psychothérapie ou menace de conseil de guerre. (46)

La prise en charge de ces soldats atteints de psychonévrose passe rarement par un internement. Une circulaire datant du 3 juin 1897 impose l'exclusion de l'armée à tous soldats admis dans un asile. L'internement serait donc synonyme de réforme et nombre de soldats ne retourneraient pas au front. (9)

Pour Chavigny, la précocité est le premier principe de la prise en charge. Elle est permise par la création des centres neuropsychiatriques de l'avant. (47)

Pour Déjérine et Gauckler, l'hospitalisation trop longue dans les structures de l'arrière fait remplacer chez le soldat l'instinct de sacrifice par celui de conservation. Ces soldats sont suspectés de fixer leur pathologie afin d'éviter le retour au front. (48) Ils divisent leurs malades en deux catégories : les « émotifs », pour qui le repos et la

douceur vont permettre une guérison rapide et les « suggestionnés » pour qui ils mettent en place une thérapie coercitive. Les bases de cette thérapie sont : isolement, alitement, privation de sorties, de lettres et de visites. Les malades obtiendront, au fur et à mesure des progrès réalisés, des assouplissements du cadre imposé.

L'isolement du soldat est à la base de la prise en charge. Il est justifié par la nécessité d'éviter les phénomènes de contagion et les influences néfastes de bénéfiques secondaires. Ces hommes sont soignés à part, dans des services spécifiques. Ils sont également isolés les uns des autres dans des boxes individuels.

Dans certains centres, les malades sont surveillés par des gradés, des grillages sont posés aux fenêtres. Le psychonévrosé a une place à part parmi les blessés de la guerre. Il est considéré comme malade de la volonté, ne souhaitant pas guérir. Pour Massacre, chef du service de rééducation du Grand Palais, le médecin peut procéder à des atteintes aux libertés individuelles (visites, courriers...) afin d'accélérer le processus de guérison des pithiatiques. Il considère ces démarches comme faisant partie de la psychothérapie. (49)

De même, ces hommes ne bénéficieront pas d'une longue permission dans leur famille à l'issue de leur traitement. C'est pourtant le cas pour les blessés physiques qui passent un à trois mois avec leurs proches. Pour Roussy renvoyer le soldat chez lui c'est le soustraire à l'influence du médecin et prendre le risque de voir croître la part d'exagération dans les troubles. Il attend donc la guérison complète avant de les laisser partir. Les psychonévrosés n'ont que sept jours de permission avant de retourner au front. (50)

La pitié et l'empathie des infirmières vis-à-vis des soldats sont critiquées, accusées de fixer davantage les pathologies fonctionnelles. (51)

Dans un premier temps la suggestion est verbale. Le médecin tente de convaincre, par la parole, son patient de guérir. Plusieurs arguments sont utilisés : patriotisme, promesse de permission dans la famille, menaces de sanction... (52)
Massacre publié dans Paris-Médical en 1917, une reproduction de tableaux affichés dans toutes les salles de soins du centre dont il est responsable :

« Conseils aux blessés :

Vouloir c'est pouvoir

Chaque soir avant de t'endormir, répète-toi que tu veux guérir ; si tu as su *vouloir*, le lendemain tu iras mieux.

Ne pas confondre bonne volonté et *volonté*.

Ta volonté bien dirigée peut plus pour ta guérison que tous les traitements.

Un muscle qui se contracte par l'électricité *peut et doit* se contracter par la volonté.

Persuade-toi que tu peux guérir et tu guériras. [...]

Chaque instant que tu passes ici nuit à la Défense Nationale.

Hâte-toi de guérir, *la France* a besoin de toi. » (49)

On retrouve dans ces conseils prodigués aux patients les grands principes de la persuasion. L'objectif du médecin, et son seul moyen de traitement, est de rééduquer la volonté malade du soldat. Pour cela, le patriotisme va être invoqué.

D'autres techniques sont testées. Soucques (1860-1944) prend en charge des soldats atteints de camptocormie. Pour réduire cette pathologie, il endort le patient avec du chloroforme puis le plâtre. A son réveil, il persuade le soldat qu'il a été guéri par le biais d'une opération chirurgicale. Lors du déplâtrage la camptocormie a disparu. Cette prise en charge s'accompagne de persuasion de et suggestion de la part du médecin quant à la guérison totale du malade. (32)

Des protocoles de soins plus classiques sont utilisés : massage, gymnastique rééducation douce...

Déjerine tente, par la thérapie coercitive, de prouver au sujet la non organicité des troubles qu'il présente. Cette méthode de persuasion raisonnée se montre efficace mais longue. Des techniques de persuasion plus efficaces vont être testées : chloroforme, électricité, injection d'alcool intra musculaire...

Sous la pression des autorités militaires, souhaitant voir renvoyer le plus rapidement possible les soldats au combat, les médecins vont se lancer dans la recherche des traitements les plus rapidement efficaces, mais également dans la

traque des simulateurs. Nous avons déjà cité Sicard qui faisait suivre ses patients par la police secrète afin de démasquer les simulateurs, plusieurs autres dérives vont apparaître. Lorsque la persuasion ne suffit plus à obtenir la guérison, la répression va être utilisée. Les médecins vont s'opposer sur les modalités de prise en charge. Certains vont dénoncer l'intrusion militaire dans les soins et prôner un traitement modéré et bienveillant, d'autres vont, sous prétexte de patriotisme, proposer des thérapies qui paraissent aujourd'hui violentes et infondées.

Gustave Roussy et Jules Boisseau décrivent leur utilisation des injections sous cutanée d'éther dans les cas de surdi-mutité considérés comme simulés. La thérapie avait une part de suggestion verbale : rappeler au malade que d'autres ont guéri avec ce traitement, et une part de contre suggestion créée par une douleur importante, liée à l'injection lente du produit.

Dans un article de 1917, Gilles pose comme condition au traitement qu'il soit énergique et précoce afin d'éviter la fixation des troubles. Gilles utilise l'électricité comme adjuvant au traitement psychothérapeutique. Il précise que ce procédé n'a pas un objectif coercitif mais persuasif. L'objectif est toujours d'obtenir une contre-suggestion visant à convaincre, à persuader le malade du caractère imaginaire de ses troubles. (46)

L'électricité est déjà utilisée avant-guerre dans les thérapeutiques neuropsychiatriques. Utilisée en médecine depuis le début du XIXe siècle, elle a d'abord servie dans toutes les indications : diabète, cancer, gangrène... Puis elle

tombe en désuétude et ne sert plus que dans quelques spécialités. En neurologie, son utilisation, évoquée par Fulgence Raymond en 1907, vise un double objectif, physiologique et suggestif, dans le traitement des contractures hystériques. (16) Un journal est créé en 1888, *Journal d'électricité mentale*, afin de rendre compte des avancées dans ce domaine.

Pendant le conflit de 1914, la première utilisation de l'électricité sera diagnostique : différencier les accidents hystériques des lésions neurologiques vraies.

Deux types de courant sont utilisés : le courant galvanique, continu et à basse tension, et le courant faradique, par impulsions et à haute tension. Son utilisation va se modifier durant la guerre pour devenir, comme le décrit André Gilles, un adjuvant à la suggestion. En effet, en voyant son muscle se contracter, le soldat réalise que la paralysie n'est ni organique ni totale.

Plusieurs auteurs vont publier sur le sujet décrivant des protocoles d'application différents.

Dans un premier temps, l'objectif est pédagogique : en obtenant une contraction musculaire, on démontre au patient la non-réalité de son trouble.

Dans un second temps, l'objectif devient coercitif et vise à appuyer la contre-suggestion transmise verbalement par le médecin. Dans ce cas, l'intensité du courant est plus élevée et l'application peut devenir douloureuse. On parle alors de méthode « psycho-électrique ». (1)

L'électrothérapie, telle qu'elle est utilisée, n'a aucun rôle thérapeutique propre.

Les indications sont variées : troubles sensitifs et moteurs fonctionnels (paralysie, anesthésie, contracture...), surdité, mutité... Dans ce dernier cas, Joseph Babinski décrit l'électrisation du pharynx. La douleur ressentie par le patient l'amène à émettre un son, il est encouragé à en faire d'autres jusque la verbalisation d'une phrase complète.

3.3. Clovis Vincent et le « torpillage »

Au fur et à mesure de l'avancée du conflit certains malades vont devenir résistants à cette prise en charge. L'électricité appliquée selon la méthode de la faradisation (courant continu, faible intensité) ne permet plus d'obtenir des guérisons. La galvanisation (courant bref, forte intensité) va être de plus en plus utilisée.

Cette méthode sera mise au point en 1916 par Clovis Vincent (1879-1942), neurologue et ancien élève de Joseph Babinski. Il dirige alors le centre neurologique de Tours, spécialisé dans la rééducation des hystériques rebelles. Les premiers patients donneront à cette pratique le nom de « torpillage ».

Clovis Vincent décrit un traitement en trois étapes : déclenchement, fixation des résultats, entraînement pour le retour au front. Avant la mise en œuvre du protocole, un examen clinique minutieux sera réalisé afin d'éliminer toute pathologie somatique.

C'est le premier temps qui va être qualifié de torpillage. Il est décrit comme très douloureux par plusieurs soldats l'ayant subi. (9) Vincent considère que dans un premier temps le soldat doit lui céder. Il applique un courant électrique galvanique sur le membre infirme ou la région malade : région lombaire pour les plicaturés, membres paralysés... La séance dure plusieurs minutes ou plusieurs heures selon le degré de résistance du patient. (53) Elle permet d'obtenir la réapparition d'un mouvement, d'un son, d'une sensibilité. Il s'accompagne d'une suggestion verbale du médecin responsable du traitement. L'aspect théâtral et la mise en scène de la séance sont importants.

La douleur provoquée permet également d'éviter les phénomènes de contagion et de simulation, décourageant les soldats de poursuivre les exagérations ou créations de symptômes. Pour Clovis Vincent, elle est un élément indispensable à la guérison, elle permet au soldat de vaincre l'inertie dont il souffre.

Une fois le premier stade passé, il faut obtenir la fixation du résultat afin d'éviter une rechute précoce. La consolidation de la guérison est garantie par différentes méthodes, par exemple la course à pieds, qui permettrait la récupération des automatismes moteurs.

Vincent publie les détails de l'application de sa méthode dans plusieurs revues scientifiques, ce qui va entraîner sa diffusion rapide. La description faite revêt un aspect militaire. Clovis Vincent compare une séance d'électrothérapie à une bataille. En plus de l'application de l'électricité, il explique avoir recours à des injures, des jurons et de la colère pour convaincre le soldat blessé d'abandonner son symptôme. Le but

est d'obtenir la guérison, c'est-à-dire que le psychonévrosé « se rende ». (54) D'après lui certaines qualités sont nécessaires au médecin pour appliquer ce traitement, ils doivent être très compétents, très surs d'eux, très énergiques et très armés (au sens de vigoureux). La persuasion nécessite que le médecin ait plus de volonté que le malade. (53)

Plusieurs thérapeutes vont soutenir Clovis Vincent dans ses recherches, c'est le cas de Joseph Babinski, partisan du traitement brusqué. Les résultats publiés n'annoncent que 2 à 3 % d'échecs. (53) Les résultats positifs de la méthode seront rapidement connus et Vincent accueillera à Tours des malades adressés de toute la France.

Le torpillage sera peu appliqué en l'état, la plus part des centres réduiront l'intensité du courant utilisé. Cependant, l'efficacité apparente de la méthode par la rapidité des guérisons qu'elle produit va amener à une généralisation des thérapies coercitives.

3.4. La révolte des soldats : l'affaire du zouave Deschamps

Certains des soldats blessés vont refuser de subir le traitement par galvanisation. Le caractère douloureux de celui-ci s'est répandu parmi les hommes soignés et tous ne vont pas accepter de s'y soumettre.

L'affaire dite du Zouave Deschamps va créer un débat majeur en 1916, relayé cette fois-ci, par la presse généraliste. Le soldat Baptiste Deschamps est poursuivi par le conseil de guerre de Tours pour avoir frappé Vincent après avoir refusé de se soumettre au traitement proposé. (55)

Baptiste Deschamps a été blessé en octobre 1914, il présente depuis une plaie du tronc. Il a été traité dans plusieurs hôpitaux, jusque-là sans succès. En mai 1916, il est transféré à Tours pour bénéficier de la méthode mise en œuvre par Vincent. Il assiste quelque jours avant sa prise en charge à une séance d'électrothérapie, il témoignera plus tard de sa brutalité et de la peur ressentie à cette occasion.

Le jour de l'administration du traitement électrique, le soldat Deschamps refuse l'application des électrodes. Devant l'insistance de Vincent, une violente rixe éclate, a priori initiée par le patient.

Baptiste Deschamps est donc poursuivi pour voie de fait sur un supérieur par le conseil de guerre de Tours.

L'affaire prend un tournant politique lorsque Paul Meunier, député, accepte de le défendre. Le procès ne concernera pas que la question individuelle de Baptiste Deschamps, mais aussi celle du respect du droit du malade et de la légitimité de la thérapie par la douleur. (32)

L'Académie Nationale de Médecine avait déjà été sollicitée pour se prononcer sur le sujet de l'obligation de soins chez les soldats. En avril 1915, elle avait conclu que seules les méthodes simples et non sanglantes de traitement pouvaient être imposées si elles offraient une guérison ou une rémission certaine. Cependant, la douleur créée par le torpillage n'avait pas été anticipée.

La justice s'intéresse aux techniques de soins utilisées au centre de Tours et à leur innocuité. Nombreux neurologues et psychiatres vont soutenir Clovis Vincent devant la suspicion des autorités. Dans un rapport qu'il rédige pour justifier le torpillage, Vincent s'appuie sur la nécessité de renvoyer des hommes au front et met en parallèle la douleur ressentie lors de l'électrothérapie avec celle vécue par les soldats sur la ligne de feu. Le besoin d'hommes justifierait les thérapies coercitives administrées.

En majorité, la presse nationale généraliste va prendre la défense de Baptiste Deschamps arguant de la liberté de subir ou non un traitement et dénonçant la brutalité médicale. La violence du torpillage qui est dénoncée par des soldats l'ayant subi. Ils ont pourtant été appelés à la barre par Clovis Vincent pour témoigner de l'efficacité de sa méthode. L'accusé est présenté comme victime du corps médical.

La sentence est rendue le 3 août, Baptiste Deschamps est condamné à six mois de prison avec sursis, peine dérisoire au vu des faits passibles de la peine de mort. Ce verdict ne tranche pas la question du torpillage maintenant connu de tous les français.

S'il est le plus médiatique, le cas du zouave Deschamps n'est pas isolé. Depuis le début de la guerre des soldats refusent des soins, les jugeant trop brutaux ou préférant éviter un renvoi dans les tranchées.

Avec l'affaire de Tours, plusieurs médecins s'inquiètent de l'épidémie de refus qu'ils observent. Joseph Grasset, chef du centre neurologique de la XVI^e région, demande à l'académie nationale de médecine de se prononcer en urgence. Il note chez les patients des refus d'examens diagnostiques (ponctions lombaires, prise de

sang) et des refus de traitements pourtant indolores comme le plâtrage. D'après lui deux types de malades refusent : ceux qui, trop émotifs, ont peur de la douleur et ceux qui ne souhaitent pas être renvoyés au front.

Les autorités médicales vont être appelées à s'exprimer sur le sujet. Un soldat refusant les soins doit-il être l'objet de mesures disciplinaires ? Le droit des patients civils à choisir leurs soins est-il applicable aux soldats lors d'un conflit armé ?

La commission consultative du service de santé tranche le 13 août 1916 en déclarant que tout traitement non chirurgical doit être imposé. (32) Après plusieurs mois de débat, l'académie de médecine défendra, une position similaire en septembre. (11) Elle considère que le soldat ne peut refuser les procédés d'investigation clinique et les traitements médicaux et chirurgicaux si ceux-ci sont appropriés et conformes à l'état actuel de la science.

Le procès de Baptiste Deschamps en soulevant le problème du torpillage et du droit du patient à décider pour lui-même a finalement renforcé la position médicale. Par ses recommandations, l'académie de médecine autorise les thérapeutes à imposer l'électrothérapie aux psychonévrosés.

Paul Meunier va porter cette question à l'assemblée nationale afin que soit connue le sort des psychonévrosés et leur traitement particulier comparativement aux blessés physiques. Il souhaite voir défendu le droit des soldats à refuser un traitement. Cette mesure sera rejetée, les médecins vont pouvoir continuer à imposer l'électrothérapie à leurs malades.

Malgré cela, le torpillage sera remis en question par de plus en plus de neurologues et psychiatres. Face à cela, Clovis Vincent se sentant désavoué, demandera à être envoyé sur le front.

3.5. Gustave Roussy et le centre thérapeutique de Salins-les-Bains

L'abandon du torpillage par Clovis Vincent laisse un vide dans la prise en charge des psychonévrosés de guerre. C'est dans ce contexte, en 1917, que Gustave Roussy crée dans le jura, à Salins-les-Bains, un nouveau centre thérapeutique spécialisé.

Il cherche à pacifier les relations entre soignants et soldats malades et à instaurer un climat thérapeutique de confiance. Il abandonne le terme de torpillage au profit de celui de traitement « psychofaradique ». Il décrit un traitement en quatre temps : préparation du patient, décrochage (réduction du trouble), fixation des résultats et réentraînement.

Le décrochage est basé sur une psychothérapie persuasive, une faradisation peu douloureuse et des douches froides. Les soldats récalcitrants sont isolés afin d'éviter le risque de contagion. (9)

Les premiers résultats publiés par Gustave Roussy sont bons. Sa méthode, jugée plus douce que celle utilisée par Clovis Vincent, remportera de nombreux éloges de ses confrères. Cela va créer un conflit public entre les deux médecins, revendiquant la paternité d'une thérapie efficace des troubles pithiatiques.

Mais un nouveau procès va venir ternir la réputation du centre de Salins et de Gustave Roussy. En 1918, six soldats sont jugés pour avoir refusé les soins proposés par le centre. Le droit pour les soldats de refuser un traitement est de nouveau remis en cause. Le verdict sera clément envers les accusés condamnés à cinq ans avec sursis de travaux forcés.

Suite à cela, cependant des soldats vont s'opposer au traitement faradique. Le centre se retrouve engorgé par des malades envoyés de toute la France et pour lesquels aucune prise en charge n'a été efficace.

Peu à peu, devant les échecs répétés, le traitement faradique va disparaître et les publications à son sujet se raréfier.

A l'exception du traitement psycho-électrique, la situation inédite de la guerre n'aura pas amené de découvertes thérapeutiques dans le domaine de la santé mentale. Seule la réorganisation des structures de soins peut être considérée comme innovante et préfigure les débats qui concrétiseront des années plus tard la sectorisation des soins psychiatriques.

4. Tableau récapitulatif des évolutions conceptuelles

	Conceptions initiales	Evolution
Psychiatrie	Négligence de la psychiatrie comme spécialité médicale Pathologies incurables	Création de centres spécifiques, rôle d'expert Pathologies traitables
Etiologie	Etiologie organique (choc commotionnel) Terrain prédisposé (dégénérescence)	Etiologie émotionnelle (frayeur intense) Sans terrain prédisposé
Nosographie	Syndrome commotionnel (obusite), physique	Syndrome émotionnel, psychologique
Thérapeutiques	Prise en charge en milieu chirurgical	Prise en charge psychothérapeutique
Institution	Prise en charge asilaire, longue Internement	Services ouverts Hospitalisation courte

5. Devenir des établissements civils de soins en santé mentale de la région Nord-Pas-De-Calais entre 1914 et 1918

4.1. Les civils dans le conflit

L'occupation allemande pendant le premier conflit mondial s'accompagne d'une violence importante, moins étudiée que celle connue pendant la deuxième guerre mondiale. La présence des troupes allemandes dans les territoires occupés est à l'origine de réquisitions de denrées alimentaires et de logements, d'amendes, de mesures d'humiliation et de travail forcé. L'appareillage industriel est systématiquement détruit, entraînant un chômage massif.

Il n'existe pas de statistiques nationales concernant les admissions de civils dans les asiles pendant la durée du conflit. Les résultats varient en fonction des asiles étudiés. Dans les départements occupés, fortement touchés par la désorganisation et le rationnement, les admissions diminuent. Les asiles sont débordés ou évacués. Les familles ou les départements n'ont plus les moyens de subvenir au prix de pension demandé. Cependant, certains chiffres évoquent une augmentation des admissions, notamment chez les femmes. Les registres montrent une majoration des états dépressifs, en lien avec les conséquences émotionnelles de la guerre : perte de proches, évacuations, rationnement...

Les aliénistes vont faire, chez ces patientes, les mêmes observations que leurs confrères en charge du soin des soldats. Parmi ces femmes admises, nombreuses sont celles qui n'ont jamais présenté d'antécédents. Ils retrouvent parfois un terrain héréditaire mais considèrent que la guerre, facteur environnemental, joue un rôle dans

l'écllosion de ces troubles mentaux. La prédisposition n'est donc plus le facteur majeur de décompensation de pathologie mentale. (1)

La guerre va désorganiser toutes les structures de soins préexistantes. Afin d'illustrer les conséquences du conflit sur les asiles civils, nous allons étudier le cas particulier des établissements de la région Nord-Pas-de-Calais. Pendant le premier conflit mondial, cette région va être le lieu de nombreux combats. En se stabilisant, la ligne de front la traversera du nord au sud. Le destin des cinq établissements accueillant des malades mentaux sera donc très différent selon leur situation géographique.

4.2. La région Nord Pas-de-Calais au cours du conflit

Afin de mieux comprendre la situation spécifique des asiles du Nord Pas-de-Calais nous commencerons par rappeler la situation dans la région au cours des quatre ans qu'ont duré le conflit. Chronologiquement, on peut diviser le conflit en trois phases : une guerre de mouvement d'août à octobre 1914, une guerre de position de novembre 1914 à mars 1918 et la reprise d'une phase de mouvement de mars à novembre 1918.

S'appuyant sur le plan *Schlieffen*, l'état-major allemand souhaite une victoire rapide contre la France, afin dans un second temps, de porter ses forces sur le front russe. En ce sens, il doit éviter de faire face aux fortifications françaises établies en Alsace et en Moselle. Les troupes allemandes les contournent donc par le nord et envahissent la Belgique le 4 août. Elles trouvent peu de résistance, le maréchal Joffre, chef d'état-major des armées françaises, souhaitant avant tout reconquérir les

territoires perdus en 1870, les troupes sont majoritairement envoyées vers la Lorraine et offrent peu de résistance dans le nord de la France. Ainsi, la ville de Valenciennes est occupée dès le 25 août 1914, et Cambrai dès le 26 août. (56)

Le 24 août 1914, le préfet du Nord reçoit l'ordre de quitter Lille pour Dunkerque, il part sans prendre le soin d'organiser la protection de la ville et de ses lieux stratégiques (citadelle, dépôts d'armes, casernes...). Lille est occupée le 4 octobre 1914.

Les troupes allemandes avancent rapidement à l'intérieur du territoire français et ne sont arrêtées qu'en septembre lors de la bataille de la Marne. Les combats remontent vers le Nord.

Dans le but d'empêcher les troupes anglaises d'apporter un soutien sur le territoire français, les allemands se lancent dans la « course à la mer » avec pour but d'occuper les ports de la mer du Nord. Cette avancée sera l'occasion de nombreux combats autour d'Arras. L'invasion allemande est accompagnée d'exactions contre les civils (pillages, meurtres, viols...).

Peu à peu le front va se stabiliser, traversant la région du Nord au Sud. La majorité du Nord et une partie du Pas-de-Calais est sous occupation allemande. En octobre 1914, la Flandre française et l'Artois sont sous domination allemande. La guerre de mouvement s'enlise, les troupes s'enterrent dans des tranchées. C'est le début de la guerre de position qui va durer presque quatre ans.

Pendant ces années, le front ne bougera que de quelques centaines de mètres, le destin des asiles civils de la région sera lié à leur distance des combats.

Les mouvements reprennent en mars 1918, les troupes allemandes préparent une offensive visant à reprendre une guerre de mouvement. En supériorité numérique

et technique, ils avancent rapidement à travers les lignes anglaises vers Amiens et Arras. Le 10 avril, les troupes britanniques se replient et quittent Armentières sous les bombardements allemands. Les semaines suivantes, l'état-major allemand lancera plusieurs offensives de grande ampleur sur la ligne de front. Les pertes humaines sont très importantes dans les deux camps.

L'arrivée des troupes américaines en juillet 1918 inverse le rapport de forces. Les allemands quittent Bailleul le 30 août après que la ville ait été détruite par plus de cent mille obus. Lille est libérée le 17 octobre 1918.

4.3. L'asile d'Armentières

L'histoire de l'asile d'Armentières commence au XVII^e siècle lors de la création, par cinq artisans de la ville, d'une maison d'enseignement : la maison des Bons-Fils. En 1615, cinq artisans de la ville se réunissent avec le vœu commun d'intégrer la congrégation des capucins. Suite aux refus de celle-ci, ils adoptent la loi franciscaine et crée la congrégation des frères pénitents du Tiers-Ordre de Saint-François communément appelée congrégation des Bons-Fils. Successivement accueil pour déshérités, prison préventive et hospice civil, l'établissement deviendra par la suite un des grands asiles du département du Nord. La gestion changera également régulièrement de responsabilités. Initialement administré par la congrégation, l'asile devient gestion de la ville d'Armentières en 1815 suite au décès du dernier des Bons-

Fils. Après la promulgation de la loi de 1838, il existe un conflit entre l'Etat, le département et la commune quant à l'administration de l'hôpital. Le Ministre de l'Intérieur place la maison sous l'autorité d'un directeur en 1840, et déclare l'asile indépendant. La situation est clarifiée par un décret promulgué le 12 juin 1912. L'ancienne maison de santé devient un asile public placé sous l'autorité du Ministre de l'Intérieur et du Préfet, et géré par un directeur et une commission administrative. Les collectivités locales n'ont donc aucune autorité sur l'établissement.(57)

La construction de l'asile existant en 1914 est décidée en 1872. C'est alors 6 pavillons séparés par un potager qui sont construits. Prévus pour 700 hommes malades cette ville dans la ville en compte plus de 1200 à la veille de la Grande Guerre.

Au lendemain de l'ordre de mobilisation générale, le 2 août 1914, ce sont donc 1208 malades qui sont accueillis, dont 100 enfants « anormaux ». Les soins sont assurés par 3 médecins, 3 internes et 74 gardiens. La mobilisation réduira considérablement le nombre des soignants, resteront un médecin, un interne et 40 gardiens. Les malades considérés comme convalescents et raisonnables seront alors mis à contribution pour la surveillance.

Initialement, les mouvements de troupes se déroulent sans heurts importants. La ville d'Armentières est occupée sans combats majeurs et délivrée de la même manière.

Personne, alors, ne s'inquiète des risques encourus par les malades. Le directeur de l'établissement s'est assuré que le ravitaillement soit effectué, les malades ne manqueront pas de nourriture durant les 3 mois d'occupation. D'autre part, des dortoirs sont installés dans les caves, permettant aux malades de s'y réfugier lors des bombardements.

D'août à octobre 1914, l'asile continue d'accueillir de nouveaux malades. Parmi eux, quinze soldats sont hospitalisés pour la prise en charge de troubles divers (syndrome délirant, tentative de suicide, paralysie générale, delirium tremens).

Le registre de délibérations du conseil d'administration, conservé dans les archives de l'EPSM Lille-Métropole, décrit le déroulement des événements des premiers mois de la guerre. Le récit rédigé par le directeur de l'établissement, Monsieur Cuvelier, est d'une précision qui nous permet aujourd'hui d'appréhender ce qu'ont pu vivre les malades.

Le 11 octobre 1914 vers 11h, des fantassins allemands entrent dans la cour de la ferme. Ils menacent les soignants et les malades présents, arguant que des coups de feu auraient été tirés depuis l'asile. Ils partent après avoir fouillé les bâtiments, sans rien y prélever. Le 13 octobre, en fin de soirée, ce sont 300 cavaliers allemands qui reviennent à la ferme, volant le bétail et de l'avoine pour leurs chevaux. Ils partent le lendemain. Deux jours plus tard, le 15 octobre, les troupes allemandes reviennent, fracturent la porte et installent dans la prairie, en bordure du pavillon des enfants, trois batteries d'artillerie. Le directeur de l'établissement va alors demander à rencontrer le

commandant responsable du déploiement dans l'asile. Deux heures après, les troupes reçoivent l'ordre de quitter les lieux rendant à l'asile un calme apparent. Calme qui durera trois jours. Le 18 octobre 1914, ce sont des soldats anglais qui s'installent dans le pavillon des enfants et à la ferme. Pendant quatre jours l'asile vivra au rythme des canonnades, des fusillades et des bombardements tombant à 200 mètres des pavillons. Le 19 octobre, un capitaine anglais vient visiter les installations. Reconnaissant la dangerosité de la présence de l'artillerie, il décidera de la déplacer.

Mais, le 23 octobre de 16h40 à 17h50, des obus tombent sur l'asile, notamment sur l'habitation du directeur provoquant un début d'incendie. Lors de ce bombardement, les dégâts sont principalement matériels, seul un malade est légèrement blessé par un éclat d'obus. Deux jours plus tard, les bombardements tuent cinq pensionnaires et en blessent onze. Le pavillon des patients dangereux est éventré, cinq s'en échapperont. Ils seront ramenés le lendemain par la police municipale. La sécurité des aliénés est précaire, les soins rendus difficile par la situation. De nombreuses évasions auront lieu pendant ces quelques jours de désorganisation. Le 26 octobre, des obus tombent à nouveau sur l'asile. Cette fois, c'est un infirmier qui sera blessé, entraînant le départ de ses collègues refusant de travailler dans de telles conditions d'insécurité.

Le 31 octobre 1914, le lieutenant-colonel de Lavarenne, du 77^e régiment territorial d'infanterie, se présente dans le bureau du directeur avec l'ordre d'évacuer immédiatement tous les malades. Mille deux cent dix-sept malades sont dirigés vers la gare de Nieppe. La plus part des aliénés effectueront à pieds le trajet long de 6

kilomètres, des voitures ont été affrétées pour les plus agités. A ce propos, le directeur écrit « *combien fut lamentable et tragique l'exode de ces malheureux à travers les rues de la ville, les un à pieds, les autres en automobile* ». C'est en train qu'ils rejoindront les établissements qui ont accepté de les accueillir. Dans des conditions précaires les aliénés d'Armentières rejoindront d'abord Rouen puis Tours, Angoulême, Bordeaux et enfin Cadillac où ils arrivent dans la nuit du 3 au 4 novembre. Le voyage, long et pénible, entraînera 5 décès et 4 évasions.

Les malades sont répartis dans quinze établissements comme tel:

Asile receveur	Nombre de malades
Quatres-Mares (Sotteville-Lès-Rouen)	49
Saint Gemmes Sur Loire	50
Beuvry-La-Couronne	50
Blois	55
Beauregard	201 (dont 103 enfants)
Cadillac Sur Garonne	171
Leyme	51
Limoges	154
Fleury-Les-Aubrais	84
Pont-L 'abbé-Picouville	20
Pontorson	43
Carmel à Saint-Pair-Sur-Mer	129
La roche Gardon à Mayenne	51
La roche sur Yon	50
Tours	50
Total= 1208 + 5 décès + 4 fugues + 3 dissimulés soit 1220	

Trois aliénés se sont dissimulés lors de l'évacuation, ils resteront à Armentières jusqu'au 15 mars 1915 et seront transférés à l'asile de Dury-Les-Amiens.

Les malades sont alors tous partis.

Avant de quitter l'asile, le directeur s'était assuré qu'un détachement des troupes françaises restait à l'asile afin d'éviter les pillages. A son retour, le 15 novembre, il découvrira qu'ils n'ont pu rester à cause des bombardements. Les troupes anglaises ont fracturé les portes des magasins et volé une grande partie du matériel entreposé. L'asile ressemble maintenant à une caserne militaire.

Suite à une visite du sous-préfet, il est décidé de transférer les personnels administratifs encore en poste dans de nouveaux locaux à Hazebrouck, puis à Steenbecque en 1917 et Paris en 1918. Le directeur continuera néanmoins de se rendre à l'asile au moins une fois par semaine. Les retranscriptions des délibérations témoignent du travail réalisé par la commission d'administration durant toute la durée de la guerre. Tous les dégâts réalisés par l'armée britannique seront minutieusement relevés et les réparations négociées avec la *Claims Commission*, responsable de l'indemnisation. Le mobilier restant sera mis à l'abri dans l'asile de Saint-Venant.

La commission suit également l'évolution des malades évacués. Le prix de journée perçu est redistribué entre les différents établissements. Elle avance les pensions des malades dont la famille, située en zone occupée, ne peut se rendre à Armentières. Elle participe également de manière exceptionnelle au surplus de frais engendré à l'asile de Beauregard accueillant les 103 enfants. Une surmortalité dans cette population particulière l'amène à payer 2840 francs, prenant en charge les salaires des infirmières affectées à leurs soins. Lors de la séance du 27 janvier 1916,

elle dresse un premier bilan démographique de la période allant du 31 octobre 1914 au 1^{er} novembre 1915. Il ne reste alors que 970 patients internés sur les 1220 évacués, 221 sont décédés, dont 38 enfants, et 56 sont sortis. La mortalité chez les adultes est passée de 12.40% en 1912 à 16.55% sur la période étudiée. Chez les enfants la surmortalité est importante, le taux de décès passant de 6.3% à 36.89%. Les deux raisons avancées pour cette surmortalité sont la fatigue du voyage et l'encombrement des asiles receveurs à l'origine d'une diminution des conditions sanitaires.

Au 31 décembre 1915, il reste 925 malades hospitalisés, ce chiffre tombe à 808 malades un an plus tard (104 décès, 13 sortis). Au 31 décembre 1917, la population diminue encore et atteint 707 malades (92 décès, 6 sortis).

Peu à peu, suite aux nombreux bombardements, les bâtiments vont tous être détruits. En 1914, 142 obus vont tomber sur les bâtiments. Le 2 mai 1916, le directeur réalise une visite de l'établissement. Il en rend compte lors de la séance de la commission du 30 juin et la résume en ces mots: « *Quel triste et pénible spectacle! On ne voit que toitures défoncées, arbres sectionnés ou abattus, murs branlants ou écroulés, etc...* ». Aucun pavillon n'est épargné, la ferme et le potager, sources importantes de revenus, sont inutilisables. L'asile est complètement désert, abandonné au cours de l'année 1916 par les troupes anglaises.

A la fin de la guerre, au 31 décembre 1918, il ne reste que 537 patients hospitalisés. Des 1220 initiaux, si certains ont pu sortir, un grand nombre est décédé dans les asiles d'accueil. Si certains évacués auront la chance de bénéficier d'un

rapprochement sur Lommelet ou la clinique d'Esquermes, d'autres attendront jusqu'en 1927 pour se rapprocher de leur famille.

L'hôpital est totalement détruit et ne peut rapatrier dans ses locaux les aliénés repartis dans toute la France. La reconstruction sera décidée en 1921. Le premier malade ne sera admis que le 21 juin 1927.

4.4. L'asile de Bailleul

La construction de l'asile de Bailleul commence en 1860. Depuis plusieurs années, les responsables de l'Asile de femmes aliénées de Lille cherchaient à s'implanter dans des locaux plus grands. A l'époque l'établissement est géré par une commission de surveillance constituée de cinq notables Lillois. Depuis 1840, le service de l'asile est assuré en partie par la Congrégation des Filles-de l'Enfant-Jésus. Après de nombreuses recherches, ils décident, en 1856, d'acquérir un domaine à Bailleul.

L'établissement accueillera ses premiers malades en novembre 1863.

Au moment de la déclaration de guerre, la population de l'asile de Bailleul est de 1748 personnes, 185 membres du personnel, 235 malades à la charge des familles et 1328 malades indigentes réparties en deux services médicaux. Il est dirigé par Victor Simonet. Le personnel soignant est composé de deux médecins-chefs, aidés de deux médecins adjoints, 58 religieuses et 94 infirmières et femmes de service. L'établissement emploie également 12 employés de bureau et 78 ouvriers. (58)

Bailleul est alors un des plus importants asiles de France. Il est régulièrement cité en exemple et obtient différents prix.

Dès la mobilisation, l'asile doit faire face à la diminution de son personnel. Le service médical n'est plus assuré que par un médecin et un interne. Cependant, l'établissement emploie principalement des femmes. Le personnel soignant reste donc au service des aliénées. Le directeur n'est pas mobilisé et son épouse exercera, pour un temps, les fonctions d'économe. Les dépenses sont réduites. Les recettes diminuent du fait de la difficulté à encaisser les pensions des malades. La situation financière, auparavant prospère, se dégrade.

Le 8 octobre 1914, les troupes Allemandes envahissent l'asile de Bailleul. Ils y installent un hôpital de campagne. Leur intérêt concerne principalement la ferme. Ils réquisitionnent denrées et chevaux. Les aliénées sont respectées et n'ont pas à souffrir de cette cohabitation.

Le 15 octobre, ce sont les Anglais qui vont s'installer dans les locaux. Ils évacuent les blessés allemands. Commence alors une cohabitation qui durera jusqu'en 1918.

En novembre 1914, des combats ont lieu à trois kilomètres de Bailleul. Le préfet envisage l'évacuation mais le directeur s'y oppose. Il craint que certaines malades ne puissent supporter le transport. (58) Dans une lettre datée du 14 novembre 1914, il rassure le sous-préfet, les malades sont à l'abri dans les caves de l'établissement et le ravitaillement a été anticipé pour les semaines suivantes. (59) Il s'inquiète également du devenir des infrastructures en l'absence de toute surveillance.

Avec la stabilisation de la ligne de front, la vie s'organise à Bailleul. Deux pavillons sont réquisitionnés pour servir d'ambulance. Elles sont gérées par la Royal Army Medical Corps. Les troupes anglaises fournissent du travail aux pensionnaires en leur confiant l'entretien du linge. Un accord est passé entre les autorités militaires et l'administration de l'asile pour l'utilisation du matériel d'hydrothérapie. Dans un livre publié en 1916, un officier britannique, Bruce Bainsfather, rapporte ses passages à Bailleul. Il exprime son étonnement à voir les pensionnaires cohabiter avec les soldats anglais et son admiration pour les installations de l'asile, le comparant à un palais. Pour ces soldats passant des semaines au front, les bains de Bailleul étaient d'un réconfort important. (60) Nombreux sont les soldats anglais qui passeront à la maison de santé de Bailleul en profiter. Certains estiment à 200.000 le nombre de bains pris durant cette période. (59)

En janvier 1915, dans une pâture, derrière la maison de santé, l'armée britannique installe un terrain d'aviation. Ce champ sera la cible de plusieurs bombardements à partir d'août 1915. Une malade sera blessée par un éclat d'obus. A partir de ce moment, le directeur de l'asile va tenter de convaincre les autorités militaires de déplacer ces installations. L'armée britannique lui répondra qu'en temps de guerre, les populations civiles qui restent prennent consciemment un risque et refusera.

En avril 1915, l'asile est la cible de bombardements, malgré la Croix de Genève le signalant comme établissement de soins. Les malades sont habitués à évacuer à la première alerte. La proximité avec la ligne de front entraîne également des expositions aux gaz asphyxiants. En juin, l'armée britannique procure aux malades des cagoules pour s'en protéger.

En aout, une voie de chemin de fer qui est installée par l'armée Britannique. Le champ d'aviation est agrandi.

A la fin de l'année 1916, 1306 malades sont hospitalisées à Bailleul. Le nombre d'entrées pour l'année 1917 (41 patientes) est 10 fois moins important que pour les années d'avant-guerre. Dans son rapport présenté au conseil général, le directeur rapporte une influence importante des émotions liées à la guerre sur les patientes admises. (61)

L'année 1917 est marquée par l'augmentation constante du prix des denrées et l'apparition de pénuries. La situation financière de l'asile s'aggrave. Le prix de journée passe de 1.10 francs à 1.40 francs.

Pendant les mois de mai et juin 1917, les bombardements s'intensifient. Le 5 juin 1917, un train de munitions est bombardé à 400 mètres de l'asile. Pendant plusieurs heures, de nombreux éclats sont projetés sur l'asile obligeant les malades à passer plusieurs jours réfugiés dans les caves. Plusieurs, déjà affaiblies par le conflit, décèderont d'épuisement. Il reste alors 1238 malades et 212 employés.

Les troupes britanniques intensifient leur activité à Bailleul. Un deuxième aérodrome est installé ainsi que deux camps de prisonniers.

Le 12 décembre 1917, une malade est tuée par la projection d'un éclat d'obus et ce malgré l'aide d'un chirurgien anglais qui tente de la sauver. Les proches s'inquiètent des conditions d'accueil et de sécurité.

En mars 1918, l'ambulance britannique est évacuée. Des bombardements ont lieu les 12, 15, 19 et 22 mars. L'évacuation des malades commence à être considérée comme inévitable. Dans un rapport adressé au préfet et daté du 27 avril 1918, le directeur explique au préfet avoir reçu l'ordre d'évacuer le 24 mars. Cependant, un train spécial doit être mis à la disposition des soignants de l'asile. Le temps de préparer les malades, il partira le 8 avril 1918. Au total environ 1400 malades, 45 religieuses et 50 infirmières sont évacuées vers Saint-Yon-Rouen, Evreux, Fleury-Les-Aubrais-Orléans, La charité-Nevers, Niort, Fontenay-Le-Comte, Poitiers, Breuty-La-Couronne-Angoulême, Auxerre, Clermont-Ferrand, Château-Picon-Bordeaux, Montauban, Aurillac, Privas, Aix-en-Provence, Saint-Pierre-Marseille et Saint-Pons de Nice, soit dix-huit établissements différents. (58) Le directeur se dit soulagé du bon déroulement des opérations d'évacuation. Pendant le transport, réalisé par voie de chemin de fer, une seule malade décédera. Les conditions d'accueil des malades travailleuses sont les plus préoccupantes. Elles sont logées sous des tentes à Fontenay-le-Comte. Les infirmières âgées ou invalides sont installées à Berck.

Le directeur, avant de partir, s'était assuré de la présence continue d'employés de l'asile afin de protéger les biens et bâtiments. Mais, le lendemain de l'évacuation, les anglais imposent leur départ.

Le 10 avril Bailleul est envahie par les Allemands. Au cours des mois qui suivent l'asile sera petit à petit détruit par les bombardements.

Dans son rapport du 27 avril, le directeur déplore la ruine totale de son institution mais également de tous ses biens personnels. Il évoque déjà la reconstruction future de l'asile et son désir d'y participer. Dans l'attente de celle-ci, il s'inquiète du sort des

malades disséminées dans toute la France. Il cherchera par plusieurs moyens à les réunir en un seul endroit. Mais il ne réussira pas à trouver des locaux adaptés. Il faut s'organiser pour leur recréer des trousseaux et rembourser aux établissements d'accueils les prix de journée. Les familles sont mises à contribution. (62)

En 1920, 269 malades, les plus éloignées de la région sont accueillies à Saint-Venant. Le rapatriement se fera progressivement.

La reconstruction est décidée. Les malades ne reviendront à Bailleul qu'à partir de 1926.

4.5. La clinique départementale d'Esquermes

L'histoire de la propriété située au 93 rue d'Esquermes commence en 1820. Des religieuses cisterciennes, les Bernardines, y installent le monastère Notre Dame de la Plaine afin d'y créer une école. La communauté religieuse est chassée en 1904 par la promulgation des lois anticléricales. Le 11 avril 1907, le préfet du Nord est autorisé par le Conseil général à acquérir les locaux.

Le projet pour le site comprend l'installation d'une clinique d'aliénés, un hospice pour enfants assistés et une école de réforme pour les pupilles « indisciplinés et vicieux » de l'assistance publique.(63) Cette dernière ne verra jamais le jour.

A partir de 1912, la Clinique Départementale d'Esquermes accueille donc aliénés et enfants assistés.

La clinique psychiatrique départementale d'Esquermes est fondée par le professeur Georges Raviart (1875-1956). Il est alors médecin chef de l'asile d'Armentières et chargé de cours de médecine mentale à la faculté de Lille. Grâce au soutien du conseiller général Henri Ghesquière, il obtient l'ouverture d'un service d'observation et de traitements des malades mentaux rattaché à l'université de Lille. Il est soutenu dans cette entreprise par Frédéric Combemale (1860-1938), doyen de la faculté de médecine de Lille depuis 1901. Il s'agit d'un service au fonctionnement inédit pour l'époque. En effet, ce service n'est pas soumis à la loi de 1838. Raviart considère que le malade mental, s'il est curable à brève échéance, doit être traité dans un hôpital et non dans un asile. Par la suite il sera le premier titulaire de la chaire de psychiatrie lilloise créée en 1914. Il sera aussi à l'origine, en 1927, de la « maison carcérale » de Loos, première institution psychiatrique en milieu pénitentiaire.

Au début de la guerre, la clinique fonctionne donc depuis à peine deux ans. Le rapport de la deuxième session ordinaire du conseil général du Nord pour l'année 1919 contient un compte rendu du fonctionnement de la clinique durant les années d'occupation. (61)

Les premiers temps, le préfet du Nord décide d'installer dans les locaux de la clinique d'Esquermes une ambulance, annexe d'un hôpital militaire. De plus en plus de soldats français blessés affluent dans les locaux. Parallèlement, le nombre de malades mentaux admis augmentent également. Avec les premiers bombardements, les malades doivent être descendus dans les caves de l'établissement. Puis, en octobre 1914, Lille est envahi et commence alors une cohabitation forcée avec les troupes allemandes. L'ambulance allemande installée dans les locaux grandit et accueille bientôt 400 soldats. Les locaux universitaires, les bureaux et les caves sont réquisitionnés par l'hôpital militaire. L'ambulance allemande restera six mois, à son départ les forces allemandes emmènent produits pharmaceutiques et couvertures de laine, laissant les locaux de la clinique psychiatrique dégradés.

En 1915, 200 malades mentaux sont hospitalisés. A cette époque les soignants doivent également faire face à une épidémie de fièvre typhoïde. Grace aux soins prodigués peu de malades vont décéder. Cependant, l'approvisionnement en vivres devient de plus en plus difficile. Le jardin de la clinique est transformé en potager permettant d'augmenter les revenus et de nourrir soignants et soignés.

En 1915, se pose la question de l'évacuation des malades. Dans un courrier daté du 4 décembre 1915 et adressé au préfet du Nord, Raviart rapporte une visite des autorités allemandes. Un délégué du général Arzt, du gouvernement de Lille, est venu visiter la clinique. Il propose, en accord avec le gouvernement français, l'évacuation des malades vers la France non occupée. Ce transport serait réalisé sous la surveillance d'infirmières et d'aliénistes français.

Le 1 février 1916, le docteur Raviart reçoit une note rédigée en allemand, émanant du médecin responsable du gouvernement de Lille. Celui-ci demande que pour tout malade évacué soit rédigée une fiche comprenant le nom, l'âge, la provenance et une courte description de la maladie. L'évacuation de certains malades de la clinique est jugée nécessaire en raison de l'affluence toujours plus grande de nouveaux patients. Il n'est pas question de supprimer l'établissement. Seule une centaine de malades est concernée. Parmi les 216 hospitalisés, le docteur Raviart prévoit d'évacuer les incurables et ceux dont l'évolution s'annonce longue. Par ailleurs l'établissement n'étant pas régi par la loi de 1838 un ordre d'internement est demandé au préfet.

Le 27 mars 1916 l'évacuation de 80 femmes malades est décidée. Le convoi ne partira que le 19 avril 1916, 71 femmes malades sont emmenées en Belgique pour être soignées à Merxplas. Ce n'est donc pas vers la France comme prévu que les évacuations ont lieu.

Dans un rapport daté du 24 juin 1916, le docteur Raviart rend compte de toutes les évacuations qu'il a supervisées. En plus de celle de la clinique d'Esquermes il a accompagné vers la Belgique des malades de l'asile de Prémontré et de Sedan. Il se dit rassuré des conditions d'accueil et touché par le zèle des aliénistes belges.

En plus des soins apportés aux malades mentaux du Nord, la clinique reçoit les malades de tous les départements occupés (Aisne, Ardennes, Somme). Elle donnera également l'asile aux religieuses et aux pensionnaires du centre orthopédique de Lambersart, chassés par les allemands. Enfin, des soldats français purent y trouver refuge et s'y cacher. En effet, lors de l'invasion de Lille par les forces Allemandes en 1914, de nombreux soldats sont pris au piège. Plusieurs trouveront refuge à la clinique départementale d'Esquermes. Ils seront dénoncés et arrêtés suite à une perquisition allemande. (64)

A la fin de la guerre au 31 décembre 1918, ce sont 294 malades qui sont hospitalisés.

Dans son rapport en 1919, Raviart rend compte d'une thèse réalisée par son interne, Paul Assoignon, sur l'évolution des pathologies des patients hospitalisés pendant la guerre. Il ne retrouve pas plus de pathologies mentales qu'en temps de paix. Seuls les états dépressifs et mélancoliques ont augmentés, en lien avec une mauvaise alimentation et des chocs moraux. Il note que la confusion a été exceptionnelle secondairement à une diminution franche de l'alcoolisme. Sur les deux mille malades hospitalisés pendant cette période, ils ne relient que soixante cas au conflit en cours. Les autres présentaient tous des antécédents ou un début d'évolution antérieur à la déclaration de guerre. Les événements n'auraient qu'un effet déclencheur de décompensation de maladies constitutionnelles. Enfin les deux médecins s'inquiètent du retentissement sur les générations futures, faisant référence à la théorie de la dégénérescence.(65)

Dans la débâcle les forces allemandes vont bombarder plusieurs établissements belges tels que l'asile d'aliénés de Froidmont, près de Tournai, et le pensionnat des sœurs de Wez-les-Jolain. L'autorité anglaise décide d'envoyer sur la clinique d'Esquermes 350 malades et leurs infirmiers chassés par cette dégradation.

Avec le départ des allemands c'est également le retour des populations exilées. Les Lillois retrouvent une ville en ruine. L'administration de la clinique décide alors de mettre à disposition de cette population des dortoirs et un réfectoire.

Le conseil général demandera également à la clinique d'Esquermes d'accueillir les aliénés évacués de Bailleul et d'Armentières, afin de les rapprocher de leur famille.

Tout au long de la guerre, la clinique remplit donc, en plus de sa mission de soins aux malades mentaux, plusieurs missions d'assistance aux soldats valides ou blessés, aux civils sans-abris et aux malades des hôpitaux bombardés.

4.6. L'hôpital Saint Jean de Dieu à Lommelet

Le premier établissement hospitalier situé sur les lieux de l'actuel établissement public de santé mentale de l'agglomération lilloise a été fondé en 1825 par la confrérie des frères Saint Jean de Dieu.

Cet ordre est créé au Portugal en 1540 par Joao Ciudad, qui après s'être imposé en public une pénitence jugée trop sévère s'est vu enfermé avec les malades mentaux de l'hôpital royal de Grenade. Il décidera dans les suites de cette hospitalisation de consacrer sa vie à aider ceux qu'il a côtoyés. Au milieu du XVIIIe siècle l'ordre compte 320 hôpitaux. En 1825, huit frères de la communauté décident d'ouvrir un établissement dédié aux soins des aliénés dans le nord de la France. Ils acquièrent à cet effet la propriété dite du château de Lommelet située à Marquette-Lez-Lille. Le premier malade sera accueilli le 20 novembre 1825. (66)

A la veille de la guerre la communauté compte 35 religieux veillant sur 860 malades.

Suite à la reddition de Lille, le 12 octobre 1914, l'asile de Lommelet va être occupé par les troupes allemandes. Le 1^{er} novembre 1914 les locaux et les biens sont réquisitionnés afin d'installer une ambulance et de prendre en charge les blessés allemands. Dès lors des inquiétudes sur le sort des malades français vont naître et l'évacuation va être envisagée.

A la mi-janvier 1915, des soldats allemands visitent l'hospice des incurables de Saint-André. Suite à la découverte d'irrégularités, le 18 janvier 1915 une perquisition a lieu. Ils découvrent alors des effets militaires dans la cave sous la chapelle. Ces effets appartiennent en réalité aux patients mais les autorités allemandes vont accuser les frères d'aider les troupes françaises. Ils arrêtent le prier, le père Marin Sur et le frère secrétaire. Le 21 janvier 1915, ils sont condamnés à mort lors d'un conseil de guerre. Rapidement, les autorités ne poursuivent plus le frère secrétaire, considérant

qu'il a agi sur ordre de son supérieur. Trois malades ont également été arrêtés et sont envoyés comme prisonniers en Allemagne.

A cette période la communauté des frères est réputée riche. Les responsables des troupes allemandes décident donc de modifier la sentence en une amende de 100 000 francs. Seul le quart de la somme peut être réuni et versé au conseil de guerre. Le 21 février 1915, contre un nouveau versement de 10.000 francs, le père prieur est libéré provisoirement. La communauté, conseillée par l'évêque de Lille et le maire de Marquette-Lez-Lille emprunte le reste de la somme. Cette somme leur sera restituée en partie par le supérieur général de l'ordre, le père Koch, venu en visite en juin 1915.

L'année 1915 est marquée par les premières restrictions alimentaires, la sous-alimentation sera responsable de nombreux décès.

Le 7 janvier 1916, les autorités allemandes installent une deuxième ambulance dans les locaux de Lommelet. Les aliénés sont de plus en plus encombrants pour l'Etat-Major ennemi.

La cohabitation avec l'occupant se révélant toujours plus difficile, les premières évacuations vont avoir lieu en 1916.

Le 3 avril, 150 malades partent, conduits par les Allemands dans un hôpital géré par les frères de la charité à Dave-Lès-Namur en Belgique.

Puis, dans le courant du mois d'Avril, 275 patients sont évacués vers une colonie pénitentiaire à Merxplas près d'Anvers. Fondée en 1825 il s'agit d'une institution ayant pour but premier de recevoir les personnes coupables de mendicité. Elle est destinée aux mendiants valides et aptes aux travaux des champs. (67) Après

la guerre, en 1921, une section spéciale pour les névropathes et les épileptiques y sera ouverte, mais en 1916 elle ne bénéficie pas d'infrastructures spécifiques. (68)

Ces deux centres accueilleront également des malades venus d'autres asiles français tel celui de Prémontré dans l'Aisne. Cette surpopulation dans des établissements souffrant également des restrictions liées à la guerre sera à l'origine de nombreux décès parmi les anciens pensionnaires de l'asile de Lommelet.

En 1917, l'évacuation totale de l'asile est exigée par les autorités allemandes. Le samedi 7 juillet 1917, les responsables reçoivent un ordre les obligeant à évacuer complètement les lieux. Le prieur se tourne alors vers l'asile de Leuze en Belgique. Cet établissement tenu par des membres de la même communauté, accueillera le lendemain les 127 derniers malades et 23 religieux. Le départ se fait en train, le 8 juillet à midi. D'après une note datée du 12 juillet 1917, seuls restent alors dans les locaux de Lommelet 9 religieux dont le prieur et 3 ou 4 employés. Les troupes occupantes vont pouvoir réquisitionner tous les biens trouvés.

Les Allemands quittent Lommelet dans la nuit du 16 au 17 octobre 1918. Il ne reste rien dans les bâtiments. L'asile est complètement ruiné. Après leur départ les lieux accueillent un camp de démobilisation des troupes britanniques. Pendant un an, les religieux ne recevront pas de malades. Ce temps servira à la reconstitution de l'asile.

La moitié des aliénés évacués à Dave-Les-Namur sont décédés de même que les trois-quarts de ceux évacués sur Merxplas.

Les premiers malades ne seront rapatriés qu'à partir du 10 décembre 1919. On en compte 197 au 31 décembre 1919.

4.7. L'asile de Saint-Venant

Le premier asile de Saint-Venant est fondé en 1702 par les Bons-Fieux, congrégation déjà à l'origine de l'asile d'Armentières. Il reçoit initialement des aliénés des deux sexes. L'hôpital devient laïc en 1815 suite au décès du dernier des bons-fils. Devant le cout d'entretien des lieux, l'hôpital est menacé de disparition à partir de 1836. L'abandon sera même voté par trois fois au conseil général. En 1844, les hommes sont transférés à l'asile de Lommelet. En 1871, le conseil général décide de créer un établissement uniquement dédié à l'accueil des femmes. Il s'agit de l'hôpital psychiatrique actuel. L'ancien asile est ensuite transformé en hospice recevant les personés âgées des deux sexes et les enfants « idiots » de sexe masculin.

En 1914, l'asile de Saint-Venant est le seul du Pas-de-Calais. Il n'accueille que des femmes. Des discussions sont en cours au conseil général concernant la construction d'un établissement pour hommes.

Le rapport présenté par le directeur au conseil général en 1914 permet de réaliser quelle est l'activité habituelle de l'asile d'aliénées de Saint-Venant. En 1913 il y a eu 168 entrées, 70 sorties et 62 décès. La population au 31 décembre est de 1020 patientes. L'alcoolisme est la cause prédisposante la plus représentée. L'asile est alors dirigé par le docteur Cortyl, arrivé dans la structure le 13 mai 1889. Le médecin adjoint le docteur Hamberchtad sera mobilisé et remplacé par le docteur Poullain.

Le rapport de 1915 stipule que l'asile a continué de fonctionner normalement malgré la proximité de la ligne de front. Au 31 décembre 1915 la population est de 922 malades. La situation financière de l'asile continue à être prospère. Cependant, on ne retrouve pas de rapport médical détaillé pendant la durée du conflit.

Au 31 décembre 1916, la population de l'asile compte 871 malades. Il y a eu durant l'année 68 admissions, soit 7 de plus que l'année précédente. La situation de l'hôpital est devenue précaire, le prix de journée est augmenté. Les finances sont fragilisées par plusieurs facteurs : les difficultés à recouvrer les frais d'hospitalisation des patientes dont la famille est en zone occupée, la diminution des placements volontaires, c'est à dire des classes payantes et l'augmentation du coût de toutes les denrées nécessaires.

Parallèlement à la vie des aliénées, les bâtiments sont réquisitionnés pour l'installation d'ambulances militaires. Sa situation, quelques dizaines de kilomètres en arrière du front, l'amènera à accueillir un centre d'évacuation et de triage où transiteront en moyenne 100 à 150 soldats par jour. Successivement, les troupes présentes seront britanniques, indiennes, portugaises et australiennes.

Le 9 avril 1918, la bataille de la Lys commence. Les combats se rapprochent de l'hôpital. Le 15 avril 1918, suite à l'avancée des troupes allemandes, l'asile est entièrement évacué. Les malades sont repartis dans 11 asiles du centre et de l'ouest de la France.

Avant le retour des aliénées et la remise en état des pavillons, un centre d'évacuation australien occupera les bâtiments.

Les infrastructures ont subies peu de dégâts et, dès 1919, 567 patientes entreront à l'asile, la plus part évacuées de Bailleul et de Saint-Venant en 1918.

Conclusion

La violence inédite des combats et les conditions de vie des soldats dans les tranchées pendant la première guerre mondiale ont été à l'origine d'un grand nombre de blessés psychiques. Cette période, moins étudiée que la seconde mondiale a été à l'origine de nombreux questionnements pour les psychiatres (institutions, traitements, nosographie...).

Les autorités, non préparées, ont dû réorganiser tout le système de soins psychiatriques dans l'armée, ce qui a entraîné la création de centres de l'avant, plus proches des combats, rendant possible une prise en charge précoce. Cela a également permis la mise en place de politiques de santé publique, notamment concernant l'addictologie et plus précisément la dépendance à l'alcool. Cependant, les innovations institutionnelles, notamment les services ouverts, ne perdureront pas après-guerre.

L'étude des nouvelles pathologies émergentes, d'une intensité jamais observée, a généré de nombreuses publications. La conception des pathologies mentales a évolué d'une vision organiciste, fixiste et prédéterminée à une vision évolutive, soumise avant tout à l'influence de l'environnement. L'influence des descriptions cliniques publiées pendant le conflit est toujours visible aujourd'hui.

Certaines dérives dans les thérapies proposées aux soldats atteints de pathologie mentale sont à remettre dans le contexte patriotique et d'effort de guerre propre à la période étudiée. Mais cela nous amène à nous interroger sur notre rôle de soignants et sur la liberté des patients à être actifs et décisionnaires dans leur prise en charge.

Annexes

Annexe 1 : Critères DSM-IV-TR de l'état de stress aigu F43.0

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents:

- (1) le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée;
- (2) la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

NB. Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.

B. Durant l'événement ou après avoir vécu l'événement perturbant, l'individu a présenté trois (ou plus) des symptômes dissociatifs suivants:

- (1) un sentiment subjectif de torpeur, de détachement ou une absence de réactivité émotionnelle;
- (2) une réduction de la conscience de son environnement (par ex. "être dans le brouillard");
- (3) une impression de déréalisation;
- (4) de dépersonnalisation ;
- (5) une amnésie dissociative (p. ex. incapacité à se souvenir d'un aspect important du traumatisme).

C. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des manières suivantes: images, pensées, rêves, illusions, épisodes de flash-back récurrents, ou sentiment de revivre l'expérience, ou souffrance lors de l'exposition à ce qui peut rappeler l'événement traumatique.

D. Evitement persistant des stimuli qui éveillent la mémoire du traumatisme (par ex. pensées, sentiments, conversations, activités, endroits, gens).

E. Présence de symptômes anxieux persistants ou bien manifestations d'une activation neurovégétative (p. ex. difficultés lors du sommeil, irritabilité, difficultés de concentration, hypervigilance, réaction de sursaut exagérée, agitation motrice).

F. La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants ou altère la capacité du sujet à mener à bien certaines obligations comme obtenir une assistance nécessaire ou mobiliser des ressources personnelles en parlant aux membres de sa famille de l'expérience traumatique.

G. La perturbation dure un minimum de 2 jours et un maximum de 4 semaines et survient dans les 4 semaines suivant l'événement traumatique.

H. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou une affection médicale générale, n'est pas mieux expliquée par un Trouble psychotique bref et n'est pas uniquement une exacerbation d'un trouble préexistant de l'Axe I ou de l'Axe II

Annexe 2 : Critères DSM-IV-TR de l'état de stress post-traumatique F43.1

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents:

- (1) Le sujet a vécu, a été témoin, ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée;
- (2) La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

Note : Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.

B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes:

- (1) Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions;

Note: Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.

- (2) Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse:

Note: Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

- (3) Impression ou agissements soudains «comme si» l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication);

Note: Chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir.

- (4) Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause;

- (5) Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause;

C. Evitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes;

- (1) Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme;
- (2) Efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme;
- (3) Incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme;
- (4) Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités;
- (5) Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres;
- (6) Restriction des affects (par exemple incapacité à éprouver des sentiments tendres);
- (7) Sentiment d'avenir «bouché» (par exemple pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie).

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoignent deux des manifestations suivantes:

- (1) Difficulté d'endormissement au sommeil interrompu;
- (2) Irritabilité ou accès de colère;

- (3) Difficulté de concentration;
- (4) Hypervigilance;
- (5) Réaction de sursaut exagérée.

E. La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier si:

Aigu : Si la durée des symptômes est de moins de trois mois,

Chronique: Si la durée des symptômes est de trois mois ou plus.

Spécifier si:

Survenue différée: Si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress

Annexe 3 : critères DSM-IV-TR du trouble de conversion F44.x

A. Un ou plusieurs symptômes ou déficits touchant la motricité volontaire ou les fonctions sensibles ou sensorielles suggérant une affection neurologique ou une affection médicale générale.

B. On estime que des facteurs psychologiques sont associés au symptôme ou au déficit parce que la survenue ou l'aggravation du symptôme est précédée par des conflits ou d'autres facteurs de stress.

C. Le symptôme ou déficit n'est pas produit intentionnellement ou feint (comme dans le trouble factice ou la simulation).

D. Après des examens médicaux appropriés, le symptôme ou le déficit ne peut pas s'expliquer complètement par une affection médicale générale, ou par des effets directs d'une substance, ou être assimilé à un comportement ou une expérience culturellement déterminés.

E. Le symptôme ou le déficit est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants, ou bien justifie une évaluation médicale.

F. Les symptômes ou le déficit ne se limitent pas à une douleur ou une dysfonction sexuelle, ne surviennent pas exclusivement au cours de l'évolution d'un trouble somatisation et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

Annexe 4 : Critères DSM-IV-TR de la simulation Z76.5

La caractéristique essentielle de la Simulation est la production intentionnelle de symptômes physiques ou psychologiques inauthentiques ou grossièrement exagérés, motivés par des incitations extérieures telles que : éviter les obligations militaires, éviter de travailler, obtenir des compensations financières, éviter des poursuites judiciaires ou obtenir des drogues. Dans certaines circonstances, la Simulation peut représenter un comportement adapté — par exemple, un prisonnier de guerre simulant une maladie. Une Simulation doit être fortement suspectée en présence d'une ou de plusieurs des manifestations suivantes :

1. Existence d'un contexte médico-légal (p. ex., la personne est adressée au clinicien par un procureur).
2. Discordance importante entre la souffrance ou l'incapacité rapportée par le sujet et les résultats objectifs de l'examen.
3. Manque de coopération au cours de l'évaluation diagnostique et manque d'observance du traitement médical prescrit.
4. Existence d'une personnalité antisociale.

À la différence du trouble factice, la production des symptômes, dans la Simulation, est motivée par des incitations extérieures que l'on ne retrouve pas dans le Trouble factice. Des arguments en faveur d'un besoin intrapsychique de conserver un rôle de malade font suggérer l'existence d'un Trouble factice. La production délibérée de symptômes en rapport avec d'évidents incitants extérieurs permet de distinguer la Simulation du Trouble de conversion et des autres Troubles somatoformes. Dans la Simulation, on obtient rarement une régression des symptômes par hypnose ou suggestion, contrairement à ce qui se passe dans le Trouble de conversion.

Annexe 5 : Critères DSM-IV-TR de l'épisode dépressif majeur F32.x

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

N.B. : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex., pleure).

(1) N.B. : Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.

(3) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(2) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex., modification du poids corporel en un mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
N.B. : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

(3) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

(4) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

(5) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

(6) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

(7) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(8) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.

C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hypothyroïdie).

E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

Bibliographie

1. Guillemain H. Du front à l'asile: 1914-1918. Paris: Alma; 2013. 416 p.
2. Haury. L'expertise médicale et l'engagement volontaire. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1914;5:18-44.
3. Colin H, Lautier J, Magnac. Les imbéciles à l'armée. *Ann Méd-Psychol.* 1916;(7):540-6.
4. Lépine J. Troubles mentaux de guerre [Internet]. Paris, Masson; 1917 [cité 20 juill 2014]. 248 p. Disponible sur: <http://archive.org/details/39002010600824.med.yale.edu>
5. Chidiac N, Crocq L. Le psychotrauma. Stress et trauma. Considérations historiques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* mai 2010;168(4):311-9.
6. Chavigny P. Psychiatrie et médecine légale aux armées. *Paris Méd.* mars 1915;17:184-6.
7. Charpentier R. Notes sur l'assistance psychiatrique de guerre. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1919;11:181-99.
8. Guignard L, Guillemain H, Tison S. Expériences de la folie: criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIXe-XXe siècle). 2013.
9. Tatu L. La folie au front: La grande bataille des névroses de guerre, 1914-1918. Paris: Imago; 2012. 188 p.
10. Postel J, Quézel C. Nouvelle histoire de la psychiatrie. Paris: Dunod; 2012.
11. Académie nationale de médecine (Prénom). Bulletin de l'Académie nationale de médecine [Internet]. Académie nationale de médecine (Paris); 1916 [cité 31 août 2014]. Disponible sur: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/cb34348109k/date>
12. Hochmann J. Histoire de la psychiatrie. Paris: Presses universitaires de France; 2011.

13. Garrabé J. Nosographie et classifications des maladies mentales dans l'histoire de la psychiatrie. *L'Évolution Psychiatr.* janv 2014;79(1):5-18.
14. Carbonel F. L'idéologie aliéniste du Dr B.A. Morel : christianisme social et médecine sociale, milieu et dégénérescence, psychiatrie et régénération. Partie I. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* nov 2010;168(9):666-71.
15. Morel B-A. *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine....* [Volume 1] / par le D B.A. Morel,... [Internet]. J. B. Baillière (Paris); 1857 [cité 9 juill 2014]. Disponible sur: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k850762>
16. Raymond F. *Névroses et psycho-névroses; considérations générales sur les névroses et les psycho-névroses, la neurasthénie syndrome, la psychasthénie (psycho-névrose autonome), l'hystérie. Leçons faites à L'Hospice de la Salpêtrière* [Internet]. Paris, Delarue; 1907 [cité 23 août 2014]. 196 p. Disponible sur: <http://archive.org/details/nvrosetpsych00raym>
17. Birmes P, Schmitt L. Hic et nunc: Le stress post-traumatique: des chroniques antiques à la Grande Guerre. *L'Évolution Psychiatr.* avr 1999;64(2):399-409.
18. Fassin D, Rechtman, Richard. *L'empire du traumatisme enquête sur la condition de victime.* [Paris]: Flammarion; 2011.
19. Jones E, Wessely S. A paradigm shift in the conceptualization of psychological trauma in the 20th century. *J Anxiety Disord.* 2007;21(2):164-75.
20. Jones E, Wessely S. Psychological trauma: a historical perspective. *Psychiatry.* juill 2006;5(7):217-20.
21. Milian V. *L'hypnose des batailles.* Paris Méd. 1915;15:265-70.
22. Ballet G, Rogue de Fursac J. Les psychoses « commotionnelles » (psychoses par commotion nerveuse ou choc émotif). *Paris Méd.* 18:2-8.

23. Halberstadt, Charon. Les troubles psychiques des commotionnés. Paris Méd. 1917;25:23-33.
24. Claude H, Dide M, Lejonne P. Psychoses hystéro-émotives de la guerre. Paris Méd. 21:181-6.
25. Mairet A, Pieron H. Le syndrome émotionnel, sa différenciation du syndrome commotionnel. Ann Méd-Psychol. 1917;08:183-206.
26. Lepastier S, Allilaire J-F. Pour une réévaluation de la grande hystérie de Charcot et Richer. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. févr 2006;164(1):51-7.
27. Derouesné C. Joseph Babinski et l'hystérie : une œuvre méjugée. Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues0035378701650HS3221 [Internet]. 29 sept 2009 [cité 15 juin 2014]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/226905/resultatrecherche/15>
28. Poirier J. Édouard Brissaud (1852-1909) : un neurologue d'exception. Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues0035378701650HS4293 [Internet]. 6 janv 2010 [cité 20 juill 2014]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/238703/resultatrecherche/1>
29. Laplane D, Bonduelle M. Le débat sur l'hystérie. Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues0035378701550010815 [Internet]. 1 mars 2008 [cité 15 juin 2014]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/103631/resultatrecherche/9>
30. Babinski J. Démembrement de l'hystérie traditionnelle : pithiatisme / par J. Babinski [Internet]. impr. de la Semaine médicale (Paris); 1909 [cité 15 juin 2014]. Disponible sur: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k54631123>
31. Sollier P, Chartier M. La commotion par explosifs et ces conséquences sur le système nerveux. Paris Méd. 1915;17:406-14.
32. Le Naour J-Y. Les soldats de la honte. Paris: Perrin; 2013.

33. Roussy G, Boisseau J. Les accidents nerveux déterminés par la déflagration des explosifs. Paris Méd. 21:182-91.
34. Chavigny P. La psychiatrie militaire. Paris Méd. 1915;17:418-23.
35. Lhermitte J. Les Psychonévroses de guerre, par G. Roussy,... et Jean Lhermitte. Masson; 1917.
36. Sicard JA. Simulateurs de création et simulateurs de fixation. Simulateurs sourds-muets. Paris Méd. 17:423-9.
37. Laignel-Lavastine, Courbon. Essai sur l'insincérité chez les accidentés de la guerre. Paris Méd. 1917;25:15-9.
38. Sollier P. Du diagnostic clinique de l'exagération et de la persévération des troubles nerveux fonctionnels. La presse médicale. 16 déc 1915;505-7.
39. Chavigny P. Maladies provoquées ou simulées en temps de guerre. Paris Méd. 1915;21:150-6.
40. Milian. Les éruptions provoquées. Paris Méd. 1917;23:343-51.
41. Orsat M, Ernoul A, Canet J, Grandin-Goldstein E, Richard-Devantoy S. La neurasthénie du xix^e siècle au xx^e siècle : figures et masques de la première maladie psychosomatique. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. juill 2013;171(6):357-61.
42. Gilles A. Etudes sur certains cas de neurasthénie, et, à leur propos, sur certains états psychologiques observés sur la ligne de feu. Ann Méd-Psychol. 1916;(7):209-29.
43. Voivenel P-J-L-M, Huot L. Le Cafard. Paris, France; 1917. 18 p.
44. Damaye H. Comment on peut actuellement traiter les maladies mentales. Ann Méd-Psychol. 1915 1914;6:566-98.

45. Damaye H. Aperçu général sur la psychiatrie d'un service d'armée. Ann Méd-Psychol. 1918;9:90-9.
46. Gilles A. L'hystérie et la guerre, troubles fonctionnels par commotion et leur traitement par le torpillage. Ann Méd-Psychol. 1917;(07):207-28.
47. Chavigny P. Psychiatrie aux armées: thérapeutique et médecine légale. Paris Méd. 1916;19:8-11.
48. Dejerine J, Gauckler E. Le traitement par l'isolement et la psychothérapie des militaires atteints de troubles fonctionnels du système nerveux. La presse médicale. 30 déc 1915;521-2.
49. Massacré. Isolement et rééducation des blessés de guerre dit « fonctionnels ». Paris Méd. 1917;(25):38-41.
50. Roussy G. Troubles nerveux psychiques de guerre. La presse médicale. 1915;
51. Laignel-Lavastine, Courbon. Prophylaxie et traitement de l'insincérité chez les accidentés de guerre. Paris Méd. 1917;25:407-10.
52. Grasset. Le traitement des psychonévroses de guerre. La presse médicale. 28 oct 1915;425.
53. Vincent C. Le traitement des phénomènes hystériques par la « rééducation intensive ». Arch Electr Médicale. 1 déc 1916;26:405-17.
54. Vincent C. Au sujet de l'hystérie et de la simulation. Rev Neurol (Paris). juillet 1916;104-7.
55. Darmon P. Des suppliciés oubliés de la Grande Guerre : les pithiatiques. Hist Économie Société. 2001;20(1):49-64.
56. Le Maner Y. La Grande guerre dans le Nord et le Pas-de-Calais: 1914-1918. Lille: Éd. "La Voix; 2014.

57. Fernagut A. L'EPSM Lille-métropole à travers le temps. Armentières (104 rue du Général Leclerc, 59280): EPSM Lille-métropole; 2000.
58. Le Drogou J. La Maison de santé de Bailleul: de l'Asile à l'EPSM des Flandres. [Bordeaux] (38 rue du Commandant-Charcot, 33000): les Études hospitalières; 1998.
59. Cercle d'histoire et d'archéologie de Bailleul (Nord), Ducrocq P. Bailleul 1914-1918 ville de garnison britannique. Bailleul: Cercle d'histoire et d'archéologie de Bailleul Monts de Flandre; 2013.
60. Bairnsfather B. Bullets & Billets [Internet]. 2004 [cité 13 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.gutenberg.org/ebooks/11232>
61. Rapports et délibérations / Conseil général du Nord. Conseil général du Nord (Lille); 1919.
62. Damaye H. L'asile de Bailleul. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1919;47-52.
63. D'Haene M. Le foyer de l'enfance de Lille. Conseil général du Nord; 2002.
64. Le Petit Parisien : journal quotidien du soir. Le Petit Parisien (Paris); 1919.
65. Assoignion PEGG. Etat mental et psychologie morbide en pays occupé, à Lille en particulier. 1919. 83 p.
66. GALLAIS GAUFFENY N. L'histoire des grands asiles du département du nord [Thèse de doctorat]. [France]; 1983.
67. Ducpetiaux É. Des progrès et de l'état actuel de la reforme pénitentiaire et des institutions préventives, aux Etats-Unis, en France, en Suisse, en Angleterre et en Belgique: Atlas : Appendice General. Société Belge de Librairie; 1838. 50 p.
68. Fally N. Soigner ou punir ? Le traitement des condamnés déficients mentaux en Belgique. L'exemple des prisons centrales de Gand et de Louvain (1870-1940) [Internet]. Presses universitaires de Louvain; 2010 [cité 1 mai 2014]. Disponible sur: <http://books.openedition.org/pucl/891>

AUTEUR : Nom : CRETON

Prénom : Anne

Date de Soutenance : Mercredi 3 juin 2015

Titre de la Thèse : Psychiatrie française et première guerre mondiale : évolution des idées et situation au sein des établissements de soins du Nord-Pas-de-Calais

Thèse - Médecine - Lille 2015

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + spécialité : Psychiatrie

Mots-clés : histoire de la psychiatrie, première guerre mondiale, Nord-Pas-de-Calais

Résumé : La durée du conflit, la violence inédite des combats et les conditions de vie des soldats dans les tranchées pendant la première guerre mondiale ont été à l'origine d'un grand nombre de blessés physiques mais aussi psychiques.

Les autorités, non préparées, ont dû réorganiser tout le système de soins psychiatriques dans l'armée, ce qui a entraîné la création de centres de l'avant, plus proches des combats, rendant possible une prise en charge précoce. Cela a également permis la mise en place de politiques de santé publique, notamment concernant l'addictologie et plus précisément la dépendance à l'alcool.

L'étude des syndromes émergents, d'une intensité jamais observée, a généré de nombreuses publications. La conception des pathologies mentales a évolué d'une vision organiciste, fixiste et prédéterminée à une vision évolutive, soumise avant tout à l'influence de l'environnement. Cette évolution dans la pensée psychiatrique a entraîné les premières descriptions des conséquences d'un traumatisme psychologique. L'influence des observations cliniques publiées pendant le conflit est toujours visible aujourd'hui.

La prise en charge des soldats atteints de pathologie mentale reflète le peu de thérapeutiques disponibles à l'époque. Il est demandé aux soignants de repérer les simulateurs et de renvoyer les malades le plus rapidement possible au front. Cette exigence des autorités et le sentiment patriotique très présent vont être à l'origine d'excès.

Les établissements de soins en santé mentale de la région Nord Pas-De-Calais ont été très durement touchés par la guerre et ce de manière différente en fonction de leur position par rapport à la ligne de front.

Composition du Jury :

Président : Professeur Pierre Thomas

**Assesseurs : Professeur Guillaume Vaiva
Professeur Olivier Cottencin
Docteur Jean-Yves Alexandre**