

Au sujet des
ARCHIVES NEURO-PSYCHIATRIQUES de la GUERRE d'ALGERIE
(Etude de 1280 dossiers de l'hôpital militaire de Constantine)
Les Commissions de Réforme
3ème partie

"Un combattant rescapé d'une embuscade meurtrière est sujet à des troubles caractériels et, surtout, à des accès de pleurs dont la signification lui échappe. En fait, il se sert de ce "voile de larmes" qui le sépare de sa vérité et diffère toute démarche thérapeutique authentique, comme d'un écran pour contempler à satiété le film d'horreur dont il est le héros".
(L'Homme qui pleure A. FAJRI ET F.LEBIGOT 1991)

Pour bien appréhender, concrètement, les obstacles à une bonne application des processus de réparation (Décret du 10/01.1992) je voudrais d'abord reproduire ici le cas suivant:

Cas N°1 (page 348). M. Edouard O. avait vingt ans lorsqu'il s'engagea pour cinq ans dans la Légion Etrangère,[...] ce qui lui valut de faire un séjour opérationnel de deux ans et demi en Indochine, suivi d'un autre séjour opérationnel de trois ans en Algérie. Ce faisant, il participa à de nombreuses opérations, occasions de multiples traumatismes psychiques. Trois incidents, relatifs à la campagne d'Indochine l'ont plus particulièrement marqué, de par leurs incidences culpabilisantes: au cours d'un accrochage au Tonkin, son meilleur camarade fut tué à ses côtés. Au cours d'une patrouille au Laos, le légionnaire qui progressait devant lui sauta sur une mine ("Il a tout reçu et je n'ai rien eu"). Et, une autre fois, alors qu'il était hospitalisé à l'infirmerie du camp pour ascaridiose, le camarade qui l'avait remplacé comme radio, fut tué dans une embuscade.. C'est lui qui le réceptionna à l'infirmerie, ainsi que six autres corps [...]. Par contre, un autre épisode, au cours duquel il fut grièvement blessé par une balle tangentielle dans le crâne, semble l'avoir moins marqué, de même que les multiples péripéties de combat qui ont émaillé sa campagne d'Algérie. Son engagement terminé, il réintégra la vie civile, avec de multiples décorations et une pension d'invalidité pour "syndrome crânien post commotionnel".

Mais, une fois libéré, il ressentit les premiers symptômes d'une névrose de guerre, avec état d'alerte, angoisse phobique, reviviscences, difficultés d'endormissement, cauchemars et ruminations mentales à thème de culpabilité portant sur les trois incidents de sa campagne d'Indochine.[...] Pendant trente ans, il composa avec sa pénible névrose, consultant régulièrement son médecin de famille qui se contenta de lui prescrire des somnifères et des tranquillisants, tandis que ses symptômes obéraient sa vie familiale et restreignaient sa carrière professionnelle. Puis, lorsque parut le décret de 1992, son médecin lui fit constituer un dossier de demande de pension pour névrose de guerre.

Il eut la mauvaise fortune d'être expertisé par un praticien neurologue, qui avait été coopté secondairement dans le corps des psychiatres, et qui était farouchement opposé à toute idée de pathologie non organique, et encore plus au concept de névrose de guerre.. Etonné, nous avons assisté à l'entretien d'expertise....

L'expert expédia hâtivement la vie militaire et son vécu pour s'attarder sur la recherche minutieuse (pour ne pas dire obstinée) d'antécédents antérieurs au service et de soucis de la vie actuelle.

Lorsque Edouard lui dit qu'il revoyait en rêve les sept cadavres qu'il avait réceptionnés à l'infirmerie, l'expert voulut lui faire dire qu'il ne les avait pas vus "en vrai", mais qu'il en avait seulement entendu parler et qu'il ne faisait que les imaginer dans ses rêves ! Puis il décréta que l'état d'alerte (peur de se faire attaquer dans la rue) et la phobie de la foule n'avaient rien de spécifiquement liés à la guerre. En fin de compte, il diagnostiqua un état anxio-dépressif avec phobies banales, qu'il imputa à des soucis qu'entretenait Edouard pour l'état de santé de son fils....

Débouté devant le Tribunal des pensions, Edouard fit appel, en soumettant aux juges notre observation psychiatrique, radicalement contradictoire de l'expertise. Mais le surexpert nommé en appel, qui ne put faire autrement que de reconnaître la névrose de guerre, évidente, estima que ses symptômes étaient déjà pris en compte dans le libellé de la pension pour syndrome postcommotionnel (ce qui était vrai pour l'anxiété et les troubles du sommeil, mais faux pour les reviviscences et les phobies spécifiques); ce qui fit que Edouard fut, une fois de plus, débouté.

Nous sommes donc, ici, en présence de deux fautes expertales successives: d'abord la mauvaise foi d'un expert neurologue qui ne veut pas admettre le concept de névrose de guerre, ensuite l'erreur du second expert qui confond syndrome postcommotionnel avec syndrome postémotionnel".

Cette étude de cas, très révélatrice des dérives successives des "experts" est suffisamment éloquente en soi pour ne pas obliger à des commentaires superflus. Il s'agit d'un cas exemplaire, mais les personnes qui ont siégé dans les Commissions pourraient en citer bien d'autres...

Mais reprenons, toujours avec le DR CROCCQ, l'analyse de l'application, du Décret et des remarques – souvent très critiques – sur le fonctionnement réel des dites commissions et du rôle particulier des experts. Dans cette partie, plutôt que de tenter de faire l'exégèse de son livre, je préfère le citer directement, pour ne pas être accusé de déformations de la pensée rigoureuse de l'auteur, et laisser croire à un parti-pris de ma part.

Le Décret comporte trois Chapitres dont voici les apports essentiels:

"Le chapitre 1 proscrit l'utilisation d'entités nosologiques (description) archaïques et parfois péjoratives, telle que "neurasthénie [...] spasmophilie [...], hystérie ou paranoïa. Il préconise l'utilisation de la Classification Internationale des maladies qui répertorie des syndromes sans référence doctrinale [...] L'attitude de l'expert vis-à-vis du patient doit être neutre et bienveillante, et dépourvue de suspicions a priori [...]. L'expert est mis en garde contre l'utilisation abusive de la notion d'"état antérieur" (c.a.d. était déjà potentiellement malade avant la guerre (G.A).

Elément important, "la notion d'une causalité directe et déterminante avec un fait de service, suffit à établir l'imputabilité [...]. On ne doit pas dénier l'existence d'un trouble sous prétexte que ses plaintes (celles du patient) sont uniquement subjectives ou que le délai d'apparition après le service a été long, ou encore que le sujet ne peut pas fournir des documents médicaux contemporains du fait évoqué, difficiles à se procurer a posteriori".

Le Chapitre 2 traite des aspects cliniques du syndrome psychotraumatique (trop complexe pour être évoqué ici). Le Chapitre 3 traite de l'indemnisation et des barèmes.

"Malgré ses prescriptions explicites, le Décret[...] se heurte dans son application pratique à de multiples difficultés et obstacles", que le Dr CROCCQ classe ainsi:

"Un premier obstacle est l'attitude de méconnaissance ou de déni opposée par certains experts vis-à-vis de l'identification d'un syndrome psychotraumatique à partir d'un tableau clinique pourtant évocateur, voir même l'attitude de refus, vis-à-vis de l'existence de cette entité diagnostique au sein de la nosographie. Certains experts ignorent le diagnostic de syndrome psychotraumatique et en regroupent tous les symptômes constitutifs sous une étiquette autre: état anxio-dépressif banal (non rattaché à l'évènement traumatisant) , ou hystérie (rattachée à la personnalité antérieure.). Ce faisant, ils commettent une erreur de diagnostic. Mais il en est d'autres qui, pour des raisons doctrinaires, ont banni le diagnostic de syndrome psychotraumatique de leur vocabulaire et en rattachent systématiquement tous les symptômes à une prédisposition antérieure (dont la spasmophilie et l'hystérie sont les plus souvent invoquées)."

(Je comprends bien que ce vocabulaire très technique, mais indispensable en matière de psychiatrie, et d'argumentation juridique, puisse dérouter certains lecteurs: il devrait être possible, dans un glossaire, , de rendre ces remarques fondamentales plus faciles d'accès).

"Une seconde difficulté tient à l'attitude de réprobation ou de suspicion adoptée par certains personnels et même certains experts à l'encontre du demandeur. Sous-jacent à cette attitude, règne encore le postulat que les troubles psychiques, comparés aux blessures somatiques, ne sont pas "sérieux" et qu'ils traduisent la faiblesse morale de l'individu, quand ce n'est son aspiration au parasitisme social".

Déjà, après la Première Guerre Mondiale, "beaucoup de psychiatres assimilaient les névroses traumatiques (dont la névrose de guerre) à des névroses de "revendication" de "compensation financière" ou de "convoitise d'indemnité". Aujourd'hui encore, certains experts évoquent les concepts formellement récusés par le décret du 10 Janvier 1992, de "sinistrose" , "exagération", "simulation" ou "persévération "plus ou moins consciente, quand ce n'est pas "simulation" délibérée. Une telle prise de position, adoptée avant même que l'entretien clinique n'ait débuté, est inadmissible et discrédite la réputation d'objectivité et d'humanité qui devrait être celle de l'expert".

"Le troisième obstacle, d'une manière corollaire, tient parfois à l'état d'esprit même de certains patients, et à certains aspects de leur comportement. Déjà, tout sujet traumatisé par la guerre a inévitablement le sentiment que les autres ne peuvent pas comprendre sa souffrance (puisque le trauma est indicible, incommunicable) et s'en désintéressent de toute façon. Une fois la guerre terminée, les bien portants s'en retournent égoïstement à leurs occupations et à leurs loisirs d'antan et laissent les rescapés traumatisés à leur solitude de leurs ruminations mentales. Le monde s'est refermé sur ces derniers, leur donnant à vivre cet abandon comme une "deuxième mort" ou un "deuxième trauma", écho du vécu d'absence de secours qui a marqué le trauma de guerre. Aussi n'est-il pas étonnant que certains rescapés et certaines victimes en veuillent plus à leur entourage et aux instances administratives qu'à leurs anciens ennemis [...]. Et leur démarche en vue de l'attribution d'une pension est plus un appel pour se faire reconnaître, qu'une recherche de compensation par le jeu d'une équivalence impensable (la souffrance et la pension ne se formulent pas dans la même langue)ou qu'une convoitise matérielle[...]. Il est du devoir de l'expert d'éclairer ces patients sur cet aspect nécessairement insassiable de leur désir, tout en les rassurant par l'affirmation de la reconnaissance de leur trouble et de sa juste évaluation selon les critères précis du barème. En

reconnaissant la plainte de la victime et en lui accordant ce à quoi elle a droit, la société la conservera dans la communauté au lieu d'en faire un revendicateur, un aigri ou un révolté".

Un quatrième et dernier obstacle est constitué par le comportement de certaines instances administratives chargées d'examiner les demandes de pension et de statuer sur leur bien-fondé. Tous se passe parfois comme si elles avaient reçu des instructions pour ne pas appliquer, sous divers prétextes, les dispositions pourtant explicites du Décret du 10 Janvier 1992. On voit ainsi des commission de réforme, des commissions consultatives et surtout les commissaires du gouvernement (si le dossier a été porté devant le tribunal des pensions, appellation qui donne l'impression au requérant d'être coupable) ou devant la Cour d'Appel des pensions, ergoter – en contrevenant manifestement aux instructions du décret- sur l'apparition tardive des troubles, ou sur le défaut de pièces justificatives contemporaines des faits. On voit même des commissions de réforme, qui ne comportent pas de psychiatres, décréter "absence de syndrome psycho traumatique" contre l'avis formel de leurs propres experts".

CONCLUSION:

*"La mort n'est pas une chose que nous aurions frôlée, côtoyée, dont nous aurions réchappé comme d'un accident dont on serait sorti indemne. Nous l'avons vécue...Nous ne sommes pas des rescapés mais des **revenants**" (Jorge SEMPRUN - L'écriture ou la vie)*

Je pense avoir montré, dans cet article qu'un nombre considérable d'Anciens Combattants en Algérie ont été et sont toujours victimes de différents traumatismes psychiques liés à la guerre et à ses conditions de guérilla.

Que leur nombre est difficilement évaluable, parce que les troubles sont trop souvent niés par les autorités, ou supportés par les patients, ou pris plus ou moins bien en charge par la médecine privée ou familiale, voire même niés par les patients eux-mêmes....

Les auteurs que j'ai cités, à partir de leurs enquêtes et des extrapolations réalisées par la suite, (en recoupant avec d'autres conflits dont celui du Vietnam qui a donné lieu aux USA à des études très approfondies) estiment qu'un soldat sur trois ou quatre a connu ou connaîtra des troubles psychiques, éphémères ou plus constants, précoces ou très retardés, dont certains se structureront sous forme de névrose ou autres troubles constitués..

Ce ne sont pas les commissions de réforme qui nous donneront plus d'informations objectives, compte tenu des critiques relatées ici, sur les déficiences de leur fonctionnement.

Ce ne sont pas non plus les autorités sanitaires nationales, puisque la plupart des médecins généralistes ou spécialisés ne connaissent même plus le concept de "névrose de guerre" et donc ,encore moins celui de "névrose de guérilla".

On ne m'en voudra pas de laisser l'ultime conclusion au Dr CROCQ, qui nous a tant apporté sur ce délicat et douloureux sujet:

"Car on sait maintenant que, plus discrètes mais pas moins douloureuses que les blessures physiques, les blessures psychiques causées par la guerre et ses moments critiques d'effroi et d'horreur[...], sont aussi tenaces et invalidantes, obérant à jamais les existences familiales, professionnelles et sociales des victimes "traumatisées" qui ont subi une transfiguration de leur personnalité..La reviviscence, la réminiscence de l'instant critique, est obstinée, frappant d'une incompréhensible malédiction celui à qui le hasard de la guerre a attribué une incursion aux enfers. Toutefois, ne pas cacher des blessures, ne pas les taire, et accepter de parler sa souffrance dans une énonciation cathartique qui procure l'apaisement en créant du sens là où il n'y avait que l'absurde, peut, sinon procurer l'oubli, impossible, transformer un destin subi en destin assumé".

Donc, qu'on ne nous dise pas, comme on l'entend trop souvent, que les problèmes sont réglés, que les « traumatisés » sont indemnisés, et que nos révélations ne sont qu'un combat d'arrière garde inutile et dangereux. Il suffit, pour s'en convaincre, de fréquenter des anciens combattants d'Algérie, de les faire parler, de les écouter et surtout de les entendre, pour comprendre que le problème demeure, enfoui, certes dans la masse des évènements qui interviennent chaque jour, dans la vitesse et la superficialité des informations quotidiennes. C'est bien toute une classe d'âge qui a souffert bien au-delà de la période de guerre et dont les survivants souffrent encore en silence. Il suffirait presque de lire l'excellent roman de Laurent MAUVIGNIER « Des Hommes » (Editions de Minuit) qui montre comment le passé peut, brutalement, faire irruption dans la vie de ceux qui ont cru pouvoir le nier...

Gilbert ARGELES

Annexe importante :

LE MONDE.FR | 27.12.00 |

350 000 anciens d'Algérie souffriraient de troubles psychiques liés à la guerre Cette estimation repose sur un parallèle avec des études américaines sur la guerre du Vietnam. Elle est confirmée par plusieurs psychiatres. Crises d'angoisse, cauchemars : un vétéran sur quatre revit, quarante ans après, les exactions vues, subies ou commises.

Comment mesurer la souffrance psychique de toute une catégorie de population quand celle-ci n'a jamais fait l'objet de la moindre enquête officielle en quarante ans ? Si les blessures psychiques sont d'autant plus douloureuses à vivre qu'elles sont invisibles, celles des anciens d'Algérie le sont davantage encore par la nature même de cette guerre : une « *opération de maintien de l'ordre* » (ainsi nommée jusqu'en 1999), qui a tout de même fait quelque 30 000 morts côté français et entre 300 000 et un million (suivant les sources) côté algérien *dans ce qui l'a traumatisée autrefois* », insiste Marie-Odile Godard.

Médecin généraliste dans le Finistère et conseil de la Fédération nationale des anciens combattants en Algérie, Maroc et Tunisie (Fnaca) dans ce département, le docteur Jean-Louis Guéguen explique que, sur dix anciens d'Algérie qui auraient nécessité un soutien psychothérapeutique, deux seulement se sont laissé convaincre. Même constat du psychiatre Bernard Sigg, célèbre pour son opposition retentissante à la guerre d'Algérie en 1960. Aujourd'hui vice-président de l'Association républicaine des anciens combattants et victimes de guerre (ARAC), l'auteur du livre *Le Silence et la Honte* (Messidor) souligne que les anciens appelés préférèrent taire leurs angoisses. « *Leur principal médicament, c'est l'alcool. L'alcool pour oublier la peur. La peur, toujours la peur. Je ne cesse d'entendre ce mot.* » Peur des embuscades, peur du copain qu'on risque de découvrir horriblement mutilé, le sexe coupé et placé dans la bouche, mais peur aussi des supérieurs dans une ambiance permanente de stress et d'extrême violence, si ce n'est de sadisme, en particulier de la part des DOP (détachements opérationnels de protection), ces unités chargées de pratiquer la torture de façon « *professionnelle* » sur les prisonniers algériens. « *Les appelés redoutaient les conséquences de leur résistance ou de leur refus, surtout à l'égard de la question de la torture, souligne Mme Godard. Tous, absolument tous, ont au minimum entendu ou vu pratiquer la torture. Leur grand drame, me disent-ils aujourd'hui, c'est de n'avoir pas su dire non à l'époque. D'avoir eu vingt ans et de n'avoir pas su réagir.* »

Comment guérir ces « *blessés de l'âme* », souvent accablés par le poids de la culpabilité ou de la honte ? « *D'abord par la reconnaissance de leur drame* », répondent deux des plus grands noms de la psychiatrie militaire, les médecins généraux Claude Barrois et Louis Crocq, auteurs d'ouvrages de référence (respectivement *Les Névroses traumatiques*, Dunod, et *Les Traumatismes psychiques de guerre*, Odile Jacob). La substitution à l'expression « *maintien de l'ordre* » du mot « *guerre* », il y a deux ans, a été une première étape. L'obtention – difficile – d'une pension d'invalidité est une autre forme de reconnaissance, non négligeable par son effet symbolique autant que financier, soulignent ces deux psychiatres.

Mais l'accès à un suivi médico-thérapeutique gratuit reste la principale revendication de ceux qui côtoient les anciens d'Algérie. L'ouverture de centres de consultations de proximité, à l'image des *Vet Centers* américains, moins intimidants que l'hôpital, serait une avancée majeure. « *Ceux qui le veulent pourraient venir parler, de façon anonyme, au besoin avec leur famille, et accoucher de cette douleur qui les écrase depuis trop longtemps* », plaide l'avocate Jacqueline Thabeault-Alcandre, spécialiste en droit des pensions militaires d'invalidité. Auparavant, il faudrait qu'on ait enfin réalisé une enquête épidémiologique sur les anciens d'Algérie, réclamée depuis des années par les professeurs Barrois et Crocq, ainsi que par les associations. Qu'on affronte enfin le problème de façon scientifique, pour mieux le résoudre. « *Il n'est pas trop tard, il n'est jamais trop tard, ni pour les soins ni pour mener une enquête objective* », assure le professeur Crocq.

Le secrétaire d'Etat Jean-Pierre Masseret indique que telle est son intention, même s'il n'est pas tout à fait convaincu de la nécessité de *Vet Centers* à la française. Les bénéficiaires en seraient pourtant non seulement les anciens d'Algérie, mais tous ceux qui, en Irak, en Bosnie, au Kosovo ou ailleurs, ont eu un jour le malheur de voir leur vie basculer.