L'individualisation par Targowla du syndrome d'hypermnésie émotionnelle paroxystique tardive chez les déportés

par P. LEFEBVRE*

Le syndrome « d'hypermnésie émotionnelle paroxystique tardive », décrit par Targowla chez les déportés dans les camps de l'Allemagne hitlérienne, entre dans le cadre des névroses traumatiques de guerre. Il s'individualise par l'intensité de la symptomatologie anxieuse, fréquemment accompagnée d'onirisme et d'agitation psychomotrice, ainsi que par l'impossibilité de dégager une possible prédisposition de la personnalité. Il a fait l'objet d'une reconnaissance médico-légale spéciale et a été reconnu comme affection ouvrant droit à pension d'invalidité.

I. GÉNÉRALITÉS

Le « syndrome d'hypermnésie émotionnelle paroxystique tardive », que décrivit Targowla chez les déportés trouve sa place dans le cadre des névroses traumatiques de guerre. Il se caractérise, en effet, par la présence d'un syndrome spécifique de répétition, associé à une réorganisation de la personnalité.

On peut dire que la grande majorité des déportés en a été atteinte et il est illusoire, comme on le ferait pour une quelconque autre névrose de

* P. LEFEBVRE, professeur agrégé du Val-de-Grâce, Médecin-Général Inspecteur, Directeur de l'Ecole d'application du Service de santé pour l'armée de terre, 1, place Alphonse-Laveran, 75005 Paris.

guerre, d'essayer de discriminer ce qui pourrait revenir dans la genèse d'un tel syndrome à une possible prédisposition.

La Grande Guerre avait bien permis de recueillir une abondante moisson de faits cliniques et de dégager les grands traits d'une pathologie émotionnelle de guerre. Milian avait décrit, en 1915, « l'hypnose des batailles » ; Dupré, en 1917, « l'ictus émotif » ; Dupré et Delmas, en 1917, « le raptus émotif » ; Léri, en 1918, « l'état de distraction des grands terrifiés ». Mais aucune symptomatologie émotionnelle résiduelle n'a été comparable au syndrome de Targowla, tant les facteurs de stress et de conditionnement dans l'univers concentrationnaire ont dépassé par leur acuité et leur longueur les limites de l'horreur : sous-alimentation scientifiquement organisée, terreur engendrée par les coups, sévices et tortures, exécutions sommaires et massacres, surmenage physique intensif, manque de sommeil, affamement, conditions d'habitat, manque de soins, exposition aux intempéries et, par dessus tout, avilissement de l'individu méthodiquement conduit. On ne connaît dans l'histoire aucun équivalent aux camps de la mort nazis et l'on comprend qu'ils ont donné naissance, chez les survivants, à une pathologie particulière. Le syndrome de Targowla n'est qu'un des aspects de cette pathologie ; il est sans doute l'un des plus caractéristiques.

II. L'INDIVIDUALISATION CLINIQUE DU SYNDROME DE TARGOWLA

L'hypermnésie émotionnelle paroxystique tardive est ainsi appelée parce qu'elle entraîne la résurgence, de façon répétitive et angoissante, de jour comme de nuit, de rêves qui s'accompagnent de réactions de sursaut et qui expriment la remémorisation de scènes tragiques. Elle a pu apparaître chez des déportés, plus ou moins longtemps après leur libération, d'où son nom de « tardive ».

Le revécu mnésique survient de façon brutale, entraînant, le jour, l'arrêt brutal de l'activité en cours. Il s'accompagne de manifestations motrices, telles que secousses tonico-cloniques, tremblement et même convulsions généralisées. Dans ce dernier cas, une perte de conscience avec chute et blessure peut survenir, faisant porter le diagnostic de mal épileptique. C'est au début de la crise que l'onirisme se manifeste, sur fond de confusion avec parfois hallucinations plurisensorielles. Les scènes, véritablement revécues, sont de nature terrifiante. Elles entraînent une agitation gestuelle et verbale de la part du malade qui parle de « là-bas », et qui participe complètement à une scène d'interrogatoire ou de torture, manifestant son effroi par des cris et des mimiques de peur et de souffrance. Il y a donc délire d'action autant que délire de rêve.

Les paroxysmes dans la journée surviennent n'importe où et à n'importe quel moment. Ils peuvent être déclenchés par une émotion, un bruit, une hyperpnée, mais la plupart du temps ils surviennent spontanément. Il peut arriver que la crise soit abortive et se résume à un équivalent : orage vaso-

moteur, absence ou état crépusculaire. Le nuit apparaissent des cauchemars avec soubresauts, cris et appels à l'aide.

Ce tableau de crises mnésiques paroxystiques survient sur le fond psychique très particulier appelé « syndrome commun des déportés », fait d'asthénie, de fatigabilité physique et psychique rapide, de perte d'élan vital, de troubles de l'humeur et d'hyperémotivité, troubles qui entraînent une modification de la relation à l'entourage. Des crises d'anxiété et d'angoisse ainsi qu'un sentiment de dévalorisation et de préjudice nourrissent la tonalité dépressive de l'humeur.

Sans entrer ici dans une étude psycho-pathologique approfondie, on doit faire remarquer que le syndrome de répétition, pour si douloureux qu'il soit, n'est pas tout à fait négatif, en ce sens qu'il permet de maîtriser, ainsi que le souligne Louis Crocq, la représentation imaginaire des événements qui ont débordé les défenses du moi lors de leur survenue dans la réalité.

III. L'INDIVIDUALISATION MÉDICO-LÉGALE

On s'aperçut très vite de la difficulté d'attribuer des pensions d'invalidité pour des blessures et pour des maladies reçues en déportation, si l'on prenait pour référence médico-légale la seule loi de 1919 sur les pensions de guerre. En effet, les déportés étaient la plupart du temps dans l'impossibilité d'apporter la preuve légale de l'origine exacte de leurs infirmités. Si, dans certains cas, il existait des constatations établies à la Libération qui suffisaient à leur faire obtenir le bénéfice de la présomption d'origine, les examens avaient, d'ordinaire, été sommaires et incomplets. Partant, il était d'autant plus difficile d'enregistrer les séquelles et complications ultérieurement apparues. Il fallut reprendre entièrement la question et l'on doit dire que le législateur, aidé par le grand élan de gratitude nationale envers les déportés, devait leur conférer un statut spécial qui prenait nom de « Statut des déportés ».

Divers textes, élaborés par des représentants d'anciens déportés, furent votés par le Parlement afin d'amodier la loi dans le sens le plus favorable ; entre autres, selon les propres suggestions de Targowla, l'imputabilité des séquelles tardives fut grandement facilitée et les infirmités contractées en déportation furent considérées comme « blessures de guerre », ce qui conféra d'importants avantages matériels et moraux. Une commission spéciale fut créée près du Ministre des Anciens combattants, chargée de définir les particularités de la pathologie des anciens déportés, que n'avaient pu prévoir la loi de 1919 et ses annexes. Cette commission était composée de personnalités administratives (médecins et non-médecins), de médecins déportés et de deux surexperts près le Centre de réforme de Paris : MM. Perries (suppléé par le Médecin-Général Magnier), Mattéi, Laurens, Vandier, Picard, Canel, Jeanpierre, Charles Richet, Desoille, Ségelle, Gilbert-Dreyfus, Guislain, Mans, Veyssières, Fichez, Ellenbogen, Théobalt, Targowla. Elle se chargea d'établir un rapport qu'elle fit adopter à l'unanimité. Le texte définitif du travail parut au *Journal officiel* sous forme de décret.

IV. QUEL APERÇU POUVONS-NOUS AUJOURD'HUI DONNER DU SYNDROME DE TARGOWLA ?

Nous avons dit que le syndrome de Targowla s'était installé après un temps de latence de plus ou moins longue durée, parfois plusieurs mois ou années, comme si le retour des camps l'avait mis en sursis. Il n'a pas été sans entraîner, on peut s'en douter, selon son acuité, un retentissement sur la vie familiale et sociale. Dans beaucoup de cas, il a entravé les activités professionnelles et obligé à des changements d'emploi ou à la cessation du travail. Parfois, grâce à un bon ajustement des moyens de défenses psychologiques et avec une aide familiale affectueuse, il a pu être compensé. Il est vrai que beaucoup de déportés ont heureusement réussi leur vie et, pourtant, leur grande majorité est restée fragile, inquiète à la moindre meurtrissure : la preuve en est dans les décompensations tardives aujourd'hui observées. Cela est vrai tout spécialement pour les déportés qui étaient âgés de vingt à trente ans au moment de la guerre et qui, maintenant parvenus à l'âge de la soixantaine — cet âge qui est normalement celui de la retraite, des séparations et des frustrations — ressentent davantage le poids de leur usure. Ces décompensations, qui entraînent des états de grande angoisse et de dépression, sont d'observation très fréquente. On ne peut en mener toutefois une enquête scientifique car les dossiers des anciens combattants sont protégés et l'on ne peut que constater les troubles qu'avec une infinie compassion.

CONCLUSION

Le syndrome d'hypermnésie émotionnelle paroxystique tardive, décrit par Targowla chez les déportés, restera tristement dans l'histoire. Devant notre Société française d'histoire de la médecine et dans le cadre de sa séance consacrée au rapatriement des prisonniers et déportés, il convenait de l'évoquer.

Qu'il me soit permis, en présence de M. Henri Frenay, Compagnon de la Libération, héros de la Résistance, de rendre un respectueux et admiratif hommage à tous ceux dont le sacrifice a permis à notre Patrie de survivre, tout particulièrement nos déportés.