



HAL
open science

De l'arriéré au malade héréditaire : histoire de la prise en charge et des représentations du handicap mental en France et Allemagne (1890-1934)

Valentine Hoffbeck

► To cite this version:

Valentine Hoffbeck. De l'arriéré au malade héréditaire : histoire de la prise en charge et des représentations du handicap mental en France et Allemagne (1890-1934). Sociologie. Université de Strasbourg, 2016. Français. NNT : 2016STRAG047 . tel-01599846

HAL Id: tel-01599846

<https://theses.hal.science/tel-01599846>

Submitted on 2 Oct 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ÉCOLE DOCTORALE Sciences humaines et sociales – ED 519

SAGE UMR 7363 – Département d’histoire des sciences de la vie et de la santé

THÈSE

présentée par :

Valentine HOFFBECK

soutenue le 6 décembre 2016

pour obtenir le grade de : **Docteur de l’université de Strasbourg**

Discipline/ Spécialité : Histoire contemporaine et Histoire des sciences

De l’arriéré au malade héréditaire

Histoire de la prise en charge et des représentations du handicap mental en France et Allemagne (1890-1934)

THÈSE dirigée par :

M. BONAHE Christian, Professeur d’histoire des sciences, Université de Strasbourg

Mme MAURER Catherine, Professeure d’histoire contemporaine, Université de Strasbourg

RAPPORTEURS :

Mme VON BUELTZINGSLOEWEN Isabelle, Professeure d’histoire contemporaine, Université Lyon 2

M. WEINDLING Paul, Professeur d’histoire de la médecine, Université d’Oxford

AUTRE MEMBRE DU JURY :

M. GUILLEMAIN Hervé, Maître de conférences en histoire contemporaine, Université du Maine



A la mémoire de Bernard Canguilhem

*Du bon ou du mauvais
Du meilleur ou du pire
Il ne reste pas de regrets
De soubresauts et de songes
De tentatives avortées
De grimaces ou de mensonges
Car il n'y a rien
Au fond de plus transparent des choses
Qui vaille le mal qu'on se donne
Pour en dire la vérité
Puisque le néant même
Dans sa gangue d'éponge
Est encore plus surfait
Le vent se tait
La voix se tait*

(Pierre Reverdy)

Remerciements

Mes remerciements vont tout d'abord à Christian Bonah, qui m'a accueilli au sein du Département d'histoire des sciences de la vie et de la santé. Je lui suis reconnaissante de son intérêt et ses retours rigoureux et bénéfiques sur mes recherches, mais aussi de l'intérêt qu'il a su faire naître chez moi pour le domaine passionnant de l'histoire de la médecine, par ses enseignements et son engagement pour défendre le rôle des sciences humaines en médecine.

Ils vont aussi à Catherine Maurer, qui m'a suivie depuis le master 1, toujours avec bienveillance et disponibilité. Merci en particulier pour les contacts établis avec le CIERA, le DAAD et l'IHA, qui ont financé une partie du versant allemand de mes recherches.

Je remercie Isabelle von Bueltzingslöwen, Hervé Guillemain et Paul Weindling d'avoir accepté d'être membres de mon jury et de se déplacer à Strasbourg à l'occasion de ma soutenance.

Au cours de mes recherches, j'ai reçu l'aide de beaucoup de personnes. Mes remerciements à tous les archivistes et bibliothécaires qui ont pu m'orienter dans les fonds consultés, notamment ceux des archives de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris, des archives du Bas-Rhin et du Haut-Rhin. Philippe Galanopoulos m'a permis de découvrir l'incroyable fonds Marcel Rhein à la Bibliothèque interuniversitaire de santé à Paris. Merci aussi à Marie Derrien qui m'a signalé un fonds important aux archives de Paris. En ce qui concerne le versant allemand de mes recherches, merci à Sieglind Ellger-Rüttgardt qui m'a permis d'avoir accès au fonds de *Heilpädagogik* renfermant la plupart des articles de Hermann Piper. Au *Landesarchiv* de Berlin, une pensée toute particulière va à Kerstin Bötticher, qui a usé de toute la patience possible pour m'initier à la lecture laborieuse de la *Sutterlinschrift*, et a ainsi adouci la lecture cursive gothique, qui ne fut pas une sinécure.

Merci à Mylène de m'avoir accueillie lors des premières semaines à Berlin. Maria Giulia, Helge, Jan, Marie et Véro, vous m'avez permis de garder le moral pendant cette année en Allemagne. Mariette, merci d'avoir toujours répondu oui lors de mes séjours de recherche à Paris.

Au cours de mes recherches, j'ai eu la chance de rencontrer des chercheurs intéressés par mon sujet et qui ont su me donner des pistes intéressantes : merci à Claude Bénichou, Dominique Lerch, Claude Wacjman. Au sein de l'équipe de Volker Hess, je remercie en particulier Petra Fuchs pour ses bons conseils. Surtout, ma gratitude va à Mathilde Helderlé pour m'avoir présentée à son grand-père, ainsi qu'à toute la famille Canguilhem pour l'enthousiasme et la chaleur manifestés à l'égard de mon travail. J'espère avoir fait du « bon Hoffbeck », comme aimait le dire — parfois — Bernard.

Merci également aux chercheurs et collègues du Département d'histoire des sciences de la vie et de la santé, avec qui j'ai partagé mon quotidien pendant près de trois ans. Constantin Brissaud, Joël Danet, Laure Hoenen, Christophe Masutti, Marion Thomas, travailler avec vous fut une belle expérience. Merci à Thérèse pour sa disponibilité, ainsi qu'à Noël pour sa bonne humeur et son grain de folie. J'adresse aussi tous mes remerciements à Anne Rasmussen pour son intérêt pour mon travail et ses relectures rigoureuses et bénéfiques. Mais surtout, je n'aurais pas écrit cette thèse avec le même plaisir sans Solène Lellinger. Ses compétences, sa gentillesse et sa patience d'ange n'auront pas su me réconcilier avec l'informatique, mais m'ont sorti de nombreux pièges sournois.

Merci aussi aux collègues et à la direction du lycée Camille Sée de Colmar, qui ont toujours eu des mots bienveillants depuis un an pour me soutenir dans mon « autre » travail de professeur mais aussi pour ma thèse qui restait inachevée. Ma pensée va en particulier à l'équipe d'histoire-géographie pour son humour et sa bonne humeur quotidienne.

La fin de cette thèse a surtout été une belle occasion pour solliciter l'aide décisive d'amis relecteurs rigoureux et bienveillants. Augustin, Catherine, Chantal, Charlotte, Constantin, Elena, François, Gilles, Hélène, Laure, Louis, Marianna, Marie, Mélissa, Solène, Raphaël, Thierry, Vincent, vous avez immédiatement répondu présent et vous avez mis un point d'honneur à exécuter votre tâche le plus rapidement possible. Merci également à Birthe et Jan pour avoir relu mes transcriptions allemandes. Vous avez tous été magnifiques !

Merci aussi aux autres amis qui ont été un soutien important pendant cette thèse. Anaëlle, Alexia, Baptiste, Caroline, Claire, Clément, Danilo, Jacques, Laurence, Léa, Marie-Laure, Mathieu, Mélanie, Nas, Momir, Sylvain, Raphaël, Taner, Tristan, Véronique, Vincent, vous m'encouragez parfois depuis longtemps. Merci à Valou pour belles journées de travail à la campagne. Merci aussi à vous Anne-Cécile et Jacques pour votre douceur constante, à Tristan et Arnaud pour tous ces si beaux séjours dans les Pouilles. Merci à Danilo pour ses succulents dîners du 17^e, et à la fine équipe formée par Cellard et Pavage lors des virées dans la capitale. Tous ces moments sont précieux.

Je n'oublie pas toute l'équipe de la Taverne française, où j'ai passé dans de matinées d'écriture et de soirs de détente. Michel, merci pour tes attentions et ta gentillesse.

J'exprime toute ma reconnaissance à Chantal, Carlo et Fabio, pour leur générosité et pour leur soutien au moment du vol de mon ordinateur. Chloé aussi a toujours su être présente et sait ce que je lui dois depuis des années. Marc et Claudine, j'espère que vous serez fiers de votre cousine.

Tous les mots sont trop faibles pour remercier mes parents pour leur soutien sans faille, leurs encouragements fervents et leur dévouement pour mon bien-être. Merci enfin à Julien, qui a su créer des moments de douceur rendant la fin de thèse plus supportable.

« Au voleur ! Au voleur ! A l'assassin ! Au meurtrier ! Justice, juste ciel ! Je suis perdu, je suis assassiné, on m'a coupé la gorge, on m'a dérobé mon [...] Qui peut-ce être ? Qu'est-il devenu ? Où est-il ? Où se cache-t-il ? Que ferai-je pour le trouver ? Où courir ? Où ne pas courir ? N'est-il point là ? N'est-il point ici ? Qui est-ce ? Arrête. Rends-moi mon [...], coquin... (*il se prend lui-même le bras.*) Ah ! C'est moi. Mon esprit est troublé, et j'ignore où je suis, qui je suis, et ce que je fais. Hélas ! Mon pauvre [...], mon pauvre [...], mon cher ami ! On m'a privé de toi ; et puisque tu m'es enlevé, j'ai perdu mon support, ma consolation, ma joie ; tout est fini pour moi, et je n'ai plus que faire au monde : sans toi, il m'est impossible de vivre. C'en est fait, je n'en puis plus ; je me meurs, je suis mort, je suis enterré. N'y a-t-il personne qui veuille me ressusciter, en me rendant mon cher [...], ou en m'apprenant qui l'a pris ? Euh ? Que dites-vous ? Ce n'est personne. Il faut, qui que ce soit qui ait fait le coup, qu'avec beaucoup de soin on ait épié l'heure ; et l'on a choisi justement le temps que je parlois à mon traître de fils. Sortons. Je veux aller quérir la justice, et faire donner la question à toute la maison : à servantes, à valets, à fils, à fille, et à moi aussi. Que de gens assemblés ! Je ne jette mes regards sur personne qui ne me donne des soupçons, et tout me semble mon voleur. Eh ! De quoi est-ce qu'on parle là ? De celui qui m'a dérobé ? Quel bruit fait-on là-haut ? Est-ce mon voleur qui y est ? De grâce, si l'on sait des nouvelles de mon voleur, je supplie que l'on m'en dise. N'est-il point caché là parmi vous ? Ils me regardent tous, et se mettent à rire. Vous verrez qu'ils ont part sans doute au vol que l'on m'a fait. Allons vite, des commissaires, des archers, des prévôts, des juges, des gênes, des potences et des bourreaux. Je veux faire pendre tout le monde ; et si je ne retrouve mon [...], je me pendrai moi-même après ».

Molière, *L'Avare*, Acte IV, Scène 7.

Introduction générale

Chapitre 1 : La création de sections pour arriérés dans le cadre asilaire

- A. Prendre en charge le retard mental dans des lieux éducatifs asilaires à la fin du XIX^e siècle
- B. Tableau comparé des premières années : vis-à-vis des dynamiques contradictoires et difficultés communes

Chapitre 2 : De la famille à l'asile, enjeux de la prise en charge institutionnelle des arriérés

- A. Définition institutionnelle de l'assistance des « idiots » de part et d'autre du Rhin
- B. Les causes des demandes de placement des arriérés
- C. Après l'asile : devenir des malades à la sortie des sections pour arriérés
- D. Vivre dans l'institution

Chapitre 3 : Sous le regard médical. Décrire, diagnostiquer et définir le retard mental

- A. Critères d'évaluation pratiques de l'arriération autour de 1900
- B. Sous l'œil du médecin : trouver la part « visible » de l'arriération (fin du XIX^e siècle – années 1910)

Chapitre 4 : Mesurer et normaliser l'intelligence. Naissance et diffusion de la psychométrie

- A. Identifier la limite entre intelligence « normale » et pathologique en France et en Allemagne
- B. Théorie et mise en pratique des tests psychométriques au début du XX^e siècle en France
- C. Diffusion et réinterprétation des tests psychométriques en Allemagne (1912-1935)

Chapitre 5 : Du fardeau familial à la charge sociale. Fondements et échecs de l'utilisation des arriérés

- A. Principes et limites de la mise au travail des arriérés en France et en Allemagne (1880-1914)
- B. Les arriérés à l'épreuve des crises (1914-début des années 1930)

Chapitre 6 : Hérité et curabilité de l'arriération. De la théorie de la dégénérescence à la génétique psychiatrique (1857-1935)

- A. Arriération et dégénérescence en France et en Allemagne
- B. Eugénisme, génétique psychiatrique et études cliniques (1904-1935)
- C. Juguler la menace de la déficience mentale dans l'entre-deux-guerres

Conclusion

Table des matières

Introduction générale

Dans le paysage quotidien d'un enfant habitué à l'horizon villageois, des silhouettes se dessinent progressivement dans le jeune esprit parcourant un monde qui reste pour quelques années encore relativement clos. Progressivement, des archétypes comme l'agriculteur, la boulangère, le postier ou l'institutrice se mettent en place, alimentés par l'image répétée d'uniformes, d'ustensiles ou de lieux propres à chacun et associés à une fonction. De telles caractéristiques permettent d'identifier puis reproduire le comportement de chacun et d'emprunter leurs noms dans des jeux d'imitation. Dans mon petit village alsacien, le handicapé mental faisait parti de ces figures qui semblent naturelles. Ce personnage allait de soi car depuis toute petite, j'avais observé les allers et venues du fameux « Killy », sans véritable nom de famille, ni âge connu, mais reconnu de tous lors de ses promenades sans fin. Âgé sans doute d'une cinquantaine d'années et vivant chez sa sœur qui tenait la quincaillerie du village, il passait l'essentiel de sa journée à arpenter d'un air doux les rues du centre. Le pas décidé, il prenait soin de saluer chacun d'un petit signe de tête, voire soulevant son béret en signe de politesse. Qui habitait le centre du village ne pouvait ignorer l'existence de Killy : elle faisait partie du paysage commun. Ce n'est pourtant pas son goût pour la marche qui a fixé son image dans mes souvenirs d'enfant, mais la taille anormalement petite de sa tête — qu'on nomme en des termes médicaux la microcéphalie, apprendrai-je en thèse. On a vite fait comprendre à l'enfant que j'étais qu'il était d'une grande impolitesse d'évoquer ce détail pourtant crucial, ou pire, de s'en moquer. Killy était là, continuant invariablement son circuit monotone, et se trouvait intégré à la routine quotidienne comme la ronde du postier, à l'image de ce qui devait être le cas dans tant de communes naguère. Tant de hameaux qui comptaient en leur sein celui que certains nommaient parfois l'« idiot du village ».

Cette première expérience de la rencontre avec le handicap mental comme situation ne posant pas de véritable question d'intégration à la communauté a été vite démentie. Né la même année que moi, le fils de la voisine était lui aussi atteint d'une légère déficience de ce type. La fillette que j'étais avait compris que quelque chose n'allait pas à la faveur d'une vitre du garage qui, lorsqu'elle restait ouverte, laissait parfois passer des cris de colère ou des hurlements à travers la vigne. « Il est malade », m'avait-on dit. Mais Pierre-Guy était valide. Pourquoi criait-il ? A l'âge de cinq ou six ans, ses parents ont essayé de le scolariser en grande section de maternelle. Je m'en souviens car son apparence le distinguait de tous. Bien plus grand que n'importe quel bambin, il semblait un géant

dans la cour de récréation, et attirait ainsi les regards de tous. De petits détails physiques disgracieux ainsi que son air perdu ajoutaient à sa taille pour en faire une véritable attraction dès son premier jour de présence à l'école. Car le phénomène — au sens littéral du *phainomenon* grec, « ce qui apparaît » — que représente un écolier atypique déclenche rarement la bienveillance dans le groupe qui l'entoure. Il détonnait. Colosse un peu perdu, il fascinait, mais son « anormalité » a vite fait de lui le souffre-douleur de toute l'école. Il n'est plus revenu, et s'en est allé dans un établissement adapté aux personnes « comme lui ».

Ces deux parcours contemporains ont sans doute eu une part dans les interrogations qui sont nées de la rencontre de ce type d'altérité que représente pour l'enfant l'autre différent, a-normal, ou, pour reprendre le terme institutionnel, le handicapé, terme anachronique mais consacré depuis les années 1970 pour désigner les personnes présentant déficience du point de vue mental. Car le problème spécifique au handicap mental, et qui reprend un enjeu majeur de la catégorisation en psychiatrie, est celui du seuil permettant de définir la catégorie. La classification, plus aisée concernant l'infirmité physique ou de la cécité, reste sujet à questionnement sur le plan mental. Qu'est-ce que l'intelligence ? Peut-on la jauger et selon quels critères ? Quelle place donner aux personnes qui ne répondent pas aux exigences de l'institution scolaire et plus largement de la « normalité » ? Ces questionnements menèrent au choix de mon sujet de master 2. Il s'agissait d'étudier la construction historique du défaut d'intelligence en tant qu'objet spécifique. Une prise en charge différenciée émerge seulement à partir de la fin du XIX^e siècle dans l'ensemble des pays industriels, distinguant alors les « arriérés » au sein de la population asilaire. En étudiant le parcours des individus passés un jour par l'institut Saint-André de Cernay, un établissement privé alsacien prenant en charge dès 1891 des enfants et adultes diversement handicapés du point de vue mental et souvent physique, j'espérais répondre à ces multiples interrogations.

Aborder un tel objet implique d'explorer plusieurs paramètres incontournables. D'une part, l'« entrée » dans cette catégorie, et la façon dont certains paramètres repérés par l'entourage, puis par les médecins et instituteurs, sont interprétés comme des signes construisant la définition d'une pathologie mentale. D'autre part, l'éventuelle sortie de celle-ci, par l'éducation ou les soins. En effet, ne découvrais-je pas dans toutes mes premières lectures sur le sujet une histoire qui était celle de la succession de grands hommes s'étant engagés pour ces êtres longtemps laissés pour compte ? Ce que je pouvais lire sur l'histoire et la définition du handicap mental depuis deux siècles, autour des interrogations sur le contenu de ce qu'on nomme l'« intelligence », et les tentatives d'éducation de la population décrite comme atteinte d'une déficience mentale ne résistait pourtant pas à une impression de circularité : de Itard voulant apprendre la lecture à Victor — l'« enfant sauvage » de

l'Aveyron — sous le Consulat à Bourneville un siècle plus tard, puis aux écrits des pédagogues de l'après-guerre, rien ne semblait vraiment avoir changé. Le cœur de mon questionnement se construisit ainsi dans les « blancs » et les « creux » de cette histoire discontinue : que s'était-il passé entre les actions de ces quelques pédagogues et médecins qui apparaissaient comme les héros de cette histoire? L'exploration des archives de plusieurs institutions allait me permettre de poser l'hypothèse d'un désintérêt structurel des aliénistes pour cette catégorie de malades qu'il était difficile de saisir en se penchant uniquement sur la littérature secondaire écrite par ces mêmes médecins. Alors que, dans les discours, l'arriération suscitait de nombreuses réflexions théoriques, dans les pratiques, le tri semblait au cœur des enjeux.

Le choc de la confrontation avec les dossiers médicaux de patients, laissant apparaître les souffrances des malades et l'angoisse des familles, a été fondamental dans ce travail et a permis de compléter une approche uniquement pathologique et vue à travers le prisme de l'expertise — celle des médecins, des pédagogues puis psychologues et enfin des généticiens. Surtout, l'étude de l'histoire des « arriérés » sur un terrain qui était au départ situé sur le territoire allemand suite au traité de Francfort de 1871, puis repassa du côté français en 1918, allait modeler l'impératif d'un examen du versant germanique de cette histoire, lié au destin tragique que connurent des malades et handicapés mentaux pendant la période du nazisme. Les écrits des médecins français dans les années 1920 et 1930, et en particulier la fréquence des références à un cadre de pensée eugéniste dans les sources des contemporains, ont fait émerger la nécessité d'un questionnement d'ampleur plus ambitieuse, à l'échelle nationale. De ce fait, l'écriture d'une histoire du défaut d'intelligence ne résume qu'imparfaitement l'objet de ce travail de thèse. Le passage à une échelle nationale s'est effectué par le biais de l'exploration de deux asiles publics, à Paris et à Berlin, pionniers dans l'ouverture de services consacrés à la prise en charge de ceux — souvent des enfants, mais aussi des adultes — qui n'étaient ni fous, ni aveugles, ni sourds. Dans les deux capitales, de telles tentatives sont nées de manière synchrone. Elles suscitent des questions d'ordre comparatiste, mais surtout en lien avec les évolutions de la science médicale de l'époque. Les rapports entre pratique psychiatrique et montée de l'eugénisme et du darwinisme social représentaient pour nous l'un des versants les plus fascinants. De manière plus spécifique, les liens particuliers unissant la profession médicale allemande avec l'hygiène raciale constituaient également une des pistes les plus passionnantes pour nous¹.

¹ Nos premières lectures ont nourri cet intérêt, en particulier l'ouvrage de Paul Weindling dont les bornes chronologiques larges ont été particulièrement utiles pour nous afin d'avoir une vision plus large des évolutions de la science médicale allemande, qui nuance sans éliminer la chronologie politique, prenant en compte des mouvements idéologiques plus profonds. La possibilité d'une comparaison de ces premières années du nazisme avec la France s'est ainsi forgée par la

Cette thèse entend ainsi se saisir de la pratique quotidienne et des attitudes face au handicap mental dans ces sphères multiples, en se fondant avant tout sur l'exploitation de dossiers médicaux de patients. Le choix de fixer la borne chronologique inférieure de ce travail à la fin du XIX^e siècle paraissait assez évident au vu de la fondation quasi-synchrone des trois établissements principaux que nous avons choisi d'étudier. La complexité et la diversité des sources que nous avons à étudier, ainsi que la difficulté d'une approche comparative à partir de l'instauration du national-socialisme en Allemagne, nous a incitée à choisir pour borne supérieure le milieu des années 1930. Toutefois, il nous semblait faisable d'aborder malgré tout les années 1933-1935 et de ne pas se censurer en arrêtant la chronologie de manière brusque au changement de régime. Malgré le bouleversement énorme que constitue l'accession au pouvoir de Hitler dans l'administration comme dans l'idéologie du pouvoir en place, il apparaît que les premières mesures prises au sujet des malades et handicapés mentaux, à savoir la loi sur la stérilisation forcée (*Gesetz zur Verhütung Erbkranken Nachwuchses*), se situent dans la continuité du contexte idéologique qui régnait déjà dans la décennie précédente. En définitive, la période ainsi délimitée correspondait à une volonté de notre part de saisir les racines idéologiques et sociales de l'évolution du savoir aliéniste dans les deux pays, et ce bien avant la mise en pratique de la médecine homicide nazie entre 1933 et 1945.

L'orientation disciplinaire vers laquelle allait m'engager ce travail fut l'une des meilleures surprises de ces années de doctorat. Tout en gardant un attachement disciplinaire à la formation initiale d'historienne, l'immersion progressive dans les recherches et l'enseignement de l'histoire de la médecine nous a amené à découvrir un champ nouveau et passionnant. Cette ouverture disciplinaire a fait progresser notre réflexion et nous a ouvert à de nouveaux types de sources, le film médical en particulier. Elle nous a permis d'enseigner avec une grande liberté devant des publics divers. Enfin, notre présence au sein du Département d'histoire des sciences de la vie et de la santé a été la condition de possibilité d'une réflexion plus contemporaine sur la construction historique et les effets de la catégorisation en psychiatrie, au-delà de l'intitulé de notre sujet *stricto sensu*².

place particulière donnée à l'eugénisme comme séparée de l'idéologie nazie. Paul WEINDLING, *L'hygiène de la race. Hygiène raciale et eugénisme médical en Allemagne, 1870-1932*, Paris, La Découverte, 1998

² En particulier grâce à une immersion dans deux des services psychiatriques des Hôpitaux universitaires de Strasbourg, qui nous a permis d'enrichir notre regard d'historienne par un regard sur la situation, le fonctionnement et les problématiques actuelles qui façonnent le milieu psychiatrique. Le dialogue avec les praticiens, les soignants et parfois les malades reste pour nous une expérience fondamentale dans notre parcours.

Les « arriérés », une population oubliée parmi les malades mentaux

Une recherche à la marge de plusieurs champs disciplinaires

L'histoire des individus désignés par le terme générique d'arriérés au début du XX^e siècle est pour l'essentiel méconnue. La simple consultation de sites institutionnels dédiés à ce qu'on nomme aujourd'hui le handicap mental suffit pour s'en convaincre : en France, l'histoire de la « déficience mentale » à différents grades semble se fondre avec celle de la maladie mentale avant le XIX^e siècle, puis se résume aux initiatives de quelques médecins et philanthropes, pour ne véritablement commencer qu'après la Seconde Guerre mondiale et plus volontiers après 1975, avec la loi qui institue le terme de « handicap »³. En Allemagne, en revanche, la politique eugéniste criminelle dont ils ont été victimes dès les premiers mois du III^e Reich explique que le destin des handicapés mentaux ait plus tôt fait l'objet d'études historiques, mais centrées essentiellement sur la façon dont l'hygiène raciale nazie avait cherché à éliminer cette catégorie considérée comme racialement inférieure (*minderwertig*) au même titre que les juifs ou les tziganes. Cette divergence majeure ne doit pas faire oublier un point commun essentiel entre les deux pays qui est l'hésitation entre leur définition en tant que « malade » ou simple « inadapté ». L'évolution du savoir sur la transmission de la maladie mentale durcit partout le premier statut interprété comme un état, laissant progressivement de côté la possibilité de correction sur la période.

L'écriture d'une histoire de l'arriération et des personnes atteints de retard intellectuel à différents degrés a sans doute été négligée précisément à cause du statut ambigu du handicap mental. Cette ambiguïté ne se joue pas qu'au sujet de son statut problématique de pathologie, mais concerne aussi la désignation des individus concernés. Contrairement à l'infirmité de type physique, la diminution liée à une faiblesse du point de vue de l'intelligence se conçoit comme un retard temporel dans le développement qui associe fréquemment le handicapé mental à l'enfant. C'est une des raisons pour lesquelles, comme le relève d'emblée un ouvrage récent qui concerne lui l'enfant psychopathe, l'étude de la catégorie des arriérés représente elle aussi un « objet liminaire » (*boundary object*)⁴. Jusqu'au milieu du XIX^e siècle, ceux qu'on nomme alors les « idiots » sont

³ Il s'agit de la Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

⁴ Les historiens de la psychiatrie Thomas Beddies, Petra Fuchs et Wolfgang Rose relèvent ainsi à propos de l'enfant considéré comme psychopathe (associé aux enfants difficiles, indigents ou criminels) qu'il « était dans la période de la 'percée' (*Durchbruch*) de la modernité en Allemagne entre 1880 et 1930 un phénomène encastré dans la périphérie de différents domaines de savoir tels que la pédagogie, la psychiatrie et l'assistance, le droit et la psychologie ». Si le terme de « psychopathie » n'apparaît que très rarement dans nos sources puisqu'il s'applique à des problèmes d'ordre disciplinaire et d'ordre social plutôt qu'à des individus présentant un retard intellectuel, le même constat s'applique,

confondus dans la masse des indigents, des fous, des vagabonds. L'écriture de leur histoire subit les conséquences de ce statut longtemps marginal et indifférencié. A l'image d'une pathologie qui se situe au croisement de plusieurs disciplines, prendre l'arriération comme objet d'étude exige de manier plusieurs historiographies. On peut invoquer tant l'histoire de la psychiatrie que celle de l'éducation puisque la prise en charge du handicap mental autour de 1900 ne met en œuvre aucune autre thérapeutique que celle d'une éducation adaptée à son public, l'« éducation spécialisée ». En outre, l'histoire du handicap fait partie du champ de l'histoire sociale puisque, à l'instar des malades mentaux, les handicapés mentaux ont longtemps été étudiés comme faisant partie de la catégorie des nécessiteux. De plus, la mise en valeur de sources nouvelles dans l'écriture d'une histoire du handicap mental a intégré récemment des approches en lien avec une histoire de la vie quotidienne (*Alltagsgeschichte*)⁵. En effet, l'intégration au corpus d'ego-documents, de correspondances de parents ou de lettres rédigées par les familles d'accueil donnent un point de vue alternatif à celui du médecin ou de l'instituteur sur le proche déficient mental, comme on l'expliquera plus loin⁶. Cette complexité, source de richesse pour ce travail, permet de comprendre pourquoi ce champ a si peu retenu l'attention des historiens jusqu'ici, et ce particulièrement en France. En effet le constat fait en 1990 par l'historien Guy Thuillier que « l'histoire de l'éducation des idiots est une histoire toute neuve, et pour une large part encore exploratoire » est encore valable plus de vingt ans plus tard⁷. Il s'agit donc de retracer ici la manière dont les champs mobilisés dans ce travail de thèse ont diversement croisé des thèmes ou approches liés à l'histoire du handicap mental sans forcément le prendre pleinement pour objet.

Tout d'abord, les historiens de la psychiatrie ont tardé à s'intéresser à l'arriération. L'inscription institutionnelle et disciplinaire mal définie du handicap mental, entre médecine mentale, éducation spécialisée et pathologie sociale, est sans doute pour beaucoup dans ce manque. Du côté français, le contexte particulier du développement de l'histoire de la psychiatrie l'explique tout d'abord par le fait que cette histoire a été pendant longtemps écrite par les psychiatres eux-mêmes. En effet, l'arriération n'a pas été un objet pour l'historien hormis l'œuvre de quelques

mettant en jeu aussi bien des médecins que des pédagogues. Wolfgang ROSE, Petra FUCHS et Thomas BEDDIES, *Diagnose « Psychopathie » : Die urbane Moderne und das schwierige Kind. Berlin 1918-1933*, Vienne, Böhlau Verlag, 2016, p. 13.

⁵ Pour ce courant historiographique, voir Alf LÜDTKE, *Histoire du quotidien*, Paris, Edition de la Maison des sciences de l'homme, 1994.

⁶ Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN, « Confessionnalisation et médicalisation des soins aux malades au XIX^e siècle. Essai de réflexion à partir des cas allemand et français », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, n° 4, 1996, p. 632-651.

⁷ Guy THUILLIER, « Pour une histoire de l'éducation des idiots », *Handicaps et inadaptations – Les cahiers du CTNERHI*, n°50, 1990, p. 79-81.

aliénistes philanthropes et la façon dont les grandes figures de la santé mentale ont décrit la pathologie en termes nosographiques. Depuis les années 1960, les travaux de Michel Foucault font figure de pierre angulaire sur la question de la folie, mais la place qu'il accorde dans des travaux plus tardifs à la figure de l'idiot est peu connue. En effet, cette catégorie trouve une place aussi importante que méconnue dans son ouvrage sur le pouvoir psychiatrique, où il défend le lien entre l'émergence de la figure de l'enfant « fou » et le processus de psychiatisation de l'idiotie⁸. Par ailleurs, des thèmes classiques dans son œuvre, tels que la question de l'anormalité, restent toujours d'actualité dans l'optique d'une réflexion sur une maladie en partie d'ordre social et moral⁹. Ensuite, il s'avère que l'histoire de la psychiatrie française a longtemps été écrite comme une histoire des discours sur des thèmes comme la théorie de la dégénérescence ou l'eugénisme¹⁰. Il faut attendre les quinze dernières années pour trouver des travaux explorant l'institution asilaire dans la pratique quotidienne. Ce tournant tient notamment à l'exploitation de documents permettant d'aborder non ce que les directeurs d'institutions ambitionnent de faire, mais plutôt les enjeux pratiques qui façonnent le destin des établissements et de leurs pensionnaires. Les problématiques de la gestion des établissements et de la surpopulation chronique en psychiatrie se sont révélés centraux. Plusieurs travaux d'historiens de la psychiatrie ont nourri notre réflexion sur des thèmes tels que la catégorisation des malades mentaux au début du siècle, la question de l'enfermement, les questions sur la médicalisation de la prise en charge ou le sort spécifique des malades mentaux en période de crise, mettant en exergue les contextes politique, social ou religieux nécessaire à la compréhension de notre sujet¹¹. L'écriture de parcours de patients psychiatriques a été centrale dans ce processus d'allers et venues entre l'échelle micro et la mise en contexte plus large. Quatre décennies après le

⁸ Il permet une compréhension saisissante de la spécificité de l'idiotie dans le champ psychiatrique, ainsi que par rapport à la question de l'assistance et la place de la famille. A ce titre, l'ouvrage est largement mis à profit dans le chapitre 2 de cette thèse. Michel FOUCAULT, *Le pouvoir psychiatrique: cours au Collège de France, 1973-1974*, Paris, Gallimard Le Seuil, 2003, p. 217. Sur l'institution psychiatrique, voir aussi Marcel GAUCHET et Gladys SWAIN, *La pratique de l'esprit humain: l'institution asilaire et la révolution démocratique*, Paris, Gallimard, 1980 ; Jan Ellen GOLDSTEIN, *Consoler et classifier: l'essor de la psychiatrie française*, Le Plessis-Robinson, Synthélabo, 1997.

⁹ Michel FOUCAULT, *Les Anormaux : cours au Collège de France, 1974-1975*, Paris, Le Seuil, 1999 ; Michel FOUCAULT, *Surveiller et punir: naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1993.

¹⁰ Voir Anne CAROL, *Histoire de l'eugénisme en France: les médecins et la procréation*, Paris, Le Seuil, 1995 ; Jean-Christophe COFFIN, *La transmission de la folie: 1850-1914*, Paris, L'Harmattan, 2003.

¹¹ Fanny LE BONHOMME, « Psychiatrie et société en République démocratique allemande: histoires de patients de la clinique psychiatrique et neurologique de la Charité (Berlin-Est, 1960-1968) », Thèse, Rennes, 2016 ; Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, *L'hécatombe des fous: la famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, Paris, Flammarion, 2009 ; Steeves DEMAZEUX, *Qu'est-ce que le DSM?: genèse et transformations de la bible américaine de la psychiatrie*, Paris, Ithaque, 2013 ; Aude FAUVEL, « Témoins aliénés et « bastilles modernes »: une histoire politique, sociale et culturelle des asiles en France (1800-1914) », Thèse, Paris, 2012 ; Hervé GUILLEMAIN, *Diriger les consciences, guérir les âmes. Une histoire comparée des pratiques thérapeutiques et religieuses (1830-1939)*, Paris, La Découverte, 2006 ; Nicolas HENCKES, « Le nouveau monde de la psychiatrie française: les psychiatres, l'Etat et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après-guerre aux années 1970 », Thèse, Paris, 2007 ; Benoît MAJERUS, *Parmi les fous : une histoire sociale de la psychiatrie au XX^e siècle*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2013.

cours de Michel Foucault abordant la question, l'histoire de la psychiatrie s'est à nouveau saisie de « l'enfant idiot », avec une journée d'étude sur ce thème organisée en 2012 à l'université du Mans. Plus récemment, l'article de l'historien Hervé Guillemain sur les malades arriérés ayant servi comme soldats dans les tranchées a mis en avant le rôle tenu par certains individus atteints de déficience mentale dans le contexte particulier de pénurie d'hommes après les grandes offensives des années 1915 et 1916¹². Par ailleurs, l'histoire de la médecine commence à se pencher sur la façon dont les handicapés mentaux ont été mis en scène et stigmatisés dans le cadre d'une propagande s'insérant dans la politique sanitaire nazie grâce à la source originale que représentent les films documentaires¹³.

Par rapport à la France, la temporalité et les pistes de recherche sont différentes pour l'histoire de la psychiatrie allemande. En Allemagne, le destin particulier des malades mentaux sous le III^e Reich a incité les historiens de la médecine à se pencher sur l'histoire de cette catégorie au moment du national-socialisme de manière plus précoce, du fait d'un questionnement du rôle des médecins dans la mise en œuvre de la politique eugéniste plébiscitée par le régime¹⁴. Ainsi, beaucoup de travaux d'histoire de la médecine explorent depuis les deux dernières décennies la façon dont les psychiatres ont été des acteurs de la stérilisation forcée et de l'« euthanasie » des malades mentaux, les changements de paradigme dans les connaissances sur la transmission de la maladie mentale et la filiation entre théorie de la dégénérescence et *Rassenhygiene*¹⁵. Le sort des enfants, en

¹² La journée d'étude organisée par Hervé Guillemain avait pour appellation *L'enfant « idiot » entre éducation et soin (XIX^e-XX^e siècles) : autour du Bicentenaire de la naissance d'Edouard Seguin (1812-1880)*, Le Mans, Université du Maine, Laboratoire CERHIO, le 10 octobre 2012. Suite à cette manifestation, un article intéressant est né considérant la place des soldats potentiellement atteints de déficience mentale sur le front de la Première Guerre mondiale, voir Hervé GUILLEMAIN, « La mobilisation des débiles et des psychotiques », in H. GUILLEMAIN et S. TISON (dir.), *Expériences de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIX^e-XX^e siècles)*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2013, p. 98-115. Cet article illustre aussi comment le centenaire de la Grande Guerre a également stimulé la recherche, permettant de mettre à profit l'histoire de la psychiatrie pour éclairer des thématiques jusque-là peu explorées, comme c'est aussi le cas de la thèse de Marie Derrien qui aborde la question des incorporés « débiles » pendant la Grande Guerre. Voir Marie DERRIEN, « “La tête en capilotade” : les soldats de la Grande Guerre internés dans les hôpitaux psychiatriques français » Thèse, Lyon, 2015.

¹³ Christian BONAHE et Vincent LOWY, « D'*Erbkrank* (1934-36) à *Opfer der Vergangenheit* (1937) : les représentations du handicap mental dans le cinéma de propagande nazi », in C. MEYER, *Normes et normalisation du travail*, Annecy, GEPSO, 2010, p. 35-49.

¹⁴ Dans les deux pays, la deuxième moitié du XIX^e siècle et le début du XX^e siècle constituent un terrain d'étude très marginal en histoire de la psychiatrie, hormis concernant l'étude de quelques structures à partir de sources essentiellement institutionnelles. Michael Kölch constate dans l'introduction de sa thèse que la période de la République de Weimar a largement été négligée par rapport à la période nationale-socialiste, ce qui plaide selon lui pour une nécessaire étude de ce qui fait les racines du nazisme, en particulier dans le champ de la pédopsychiatrie. Michael KÖLCH, „Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Berlin 1920-1935“, Thèse, Berlin, 2006, p. 8-9 ; pour la France, voir Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, « Réalité et perspectives de la médicalisation de la folie dans la France de l'entre-deux-guerres », *Genèses*, vol. 82, n°1, 2011, p. 52-74.

¹⁵ Gisela BOCK, *Zwangssterilisation im Nationalsozialismus: Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik*, Opladen, Westdeutscher Verl, 1986 ; Ernst KLEE, „Euthanasie“ im Dritten Reich: die « Vernichtung lebensunwerten Lebens », Frankfurt, Fischer-Taschenbuch-Verl., 2010 ; Annette HINZ-WESSELS, *NS-Erbgesundheitsgerichte und Zwangssterilisation in der Provinz Brandenburg*, Berlin, Be.bra Wissenschaft, 2004 ; Volker ROELCKE, „Biologizing

particulier, a suscité des travaux récents pour la ville de Berlin, notamment grâce aux recherches menées par l'équipe de l'Institut d'histoire de la psychiatrie de la Charité autour du projet „Kulturen des Wahnsinns“¹⁶. Par ailleurs, certains travaux d'histoire de la psychiatrie ont représenté un véritable cadre pour des aspects plus généraux concernant la question de la normalité, l'interaction entre psychiatrie et société allemande, l'étude des institutions et des pratiques psychiatriques mises en œuvre entre la fin du XIX^e siècle et la Seconde Guerre mondiale, quand bien même ceux-ci excèdent parfois les bornes chronologiques de notre sujet¹⁷.

Outre l'Allemagne, c'est du côté anglo-saxon que des études d'histoire de la psychiatrie ont considérablement fait avancer notre réflexion sur des thèmes en lien avec l'histoire du quotidien. Les travaux sur l'arbitrage familial concernant la décision d'internement du proche malade, les relations épistolaires avec celui-ci ou encore les déterminants qui interviennent dans les décisions de sortie de l'asile ont été parmi les plus stimulants¹⁸. Plus précocement qu'en France, le champ de l'histoire de la psychiatrie a pris le handicap mental (*mental disability*) et l'arriération (*feeble-mindedness*) comme objets, aussi bien en Angleterre qu'aux Etats-Unis¹⁹. Les tendances relevées pour d'autres pays ont

Social Facts: An Early 20th Century Debate on Kraepelin's Concepts of Culture, Neurasthenia, and Degeneration“, *Culture, Medicine & Psychiatry*, vol. 21, n° 4, 1997, p. 383-403 ; Volker ROELCKE, „Die Etablierung der psychiatrischen Genetik in Deutschland, Großbritannien und den USA, ca. 1910-1960 : Zur untrennbaren Geschichte von Eugenik und Humangenetik“, in V. ROELCKE, P. WEINDLING et L. WESTWOOD (dir.), *International Relations in Psychiatry : Britain, Germany, and the United States to World War II*, Rochester, University of Rochester Press, 2010 ; Volker ROELCKE, *Krankheit und Kulturkritik : Psychiatrische Gesellschaftsdeutungen im bürgerlichen Zeitalter (1790-1914)*, Francfort-sur-le-Main, Campus Verlag, 1999 ; Paul WEINDLING, *L'hygiène de la race*, Paris, La Découverte, 1998 ; Paul WEINDLING, « Weimar Eugenics : The Kaiser Wilhelm Institute for Anthropology, Human Heredity and Eugenics in Social Context », *Annals of Science*, 1985, vol. 42, n° 3, p. 303-318.

¹⁶ Thomas BEDDIES et Kristina HÜBENER (dir.), *Kinder in der NS-Psychiatrie*, Berlin-Brandenburg, Allemagne, Be.bra Wissenschaft, 2004 ; Volker HESS et Heinz-Peter SCHMIEDEBACH (dir.), *Am Rande des Wahnsinns. Schwellenräume einer urbanen Moderne*. Vienne, Böhlau Verlag, 2012 ; Wolfgang ROSE, Petra FUCHS et Thomas BEDDIES, „Die Breite des Normalen“. *Zum Umgang mit Kindern im Schwellenraum zwischen „gesund“ und „geisteskrank“ in Berlin und Brandenburg 1918-1933*, Berlin, Be.Bra Verlag, 2015 ; Michael KÖLCH, „Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Berlin 1920-1935“, Thèse, Berlin, 2006 ; Wolfgang ROSE, Petra FUCHS et Thomas BEDDIES, *Diagnose „Psychopathie“ : Die urbane Moderne und das schwierige Kind. Berlin 1918-1933*, Vienne, Böhlau Verlag, 2016.

¹⁷ Salina BRAUN, *Heilung mit Defekt: psychiatrische Praxis an den Anstalten Hofheim und Siegburg 1820-1878*, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 2009 ; Cornelia BRINK, *Grenzen der Anstalt: Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland, 1860-1980*, Göttingen, Wallstein, 2010 ; Eric J. ENGSTROM, *Clinical Psychiatry in Imperial Germany : A History of Psychiatric Practice*, Cornell University Press, 2003.

¹⁸ Catharine COLEBORNE, "Families, Patients and Emotions: Asylums for the Insane in Colonial Australia and New Zealand, c. 1880-1910", *Social History of Medicine*, vol. 19, n° 3, 2006, p. 425-442 ; Patricia E. PRESTWICH, "Family Strategies and Medical Power : 'Voluntary' Committal in a Parisian Asylum, 1876-1914", *Journal of Social History*, 1994, vol. 27, n° 4, p. 799-818 ; Roy PORTER et David WRIGHT (dir.), *The Confinement of the Insane : International Perspectives, 1800-1965*, Cambridge, Cambridge University Press, 2003 ; David WRIGHT, "Getting Out of the Asylum : Understanding the Confinement of the Insane in the Nineteenth Century", *Social History of Medicine*, vol. 10, n° 1, 1997, p. 137-155. Akihito SUZUKI, *Madness at Home : The Psychiatrist, the Patient, and the Family in England, 1820-1860*, Berkeley, University of California Press, 2006.

¹⁹ Pour l'Angleterre, voir David WRIGHT, *Mental Disability in Victorian England: the Earlswood Asylum 1847-1901*, Oxford, Clarendon Press, 2001 ; David WRIGHT et Anne DIGBY (dir.), *From Idiocy to Mental Deficiency: Historical Perspectives on People with Learning Disabilities*, Londres, Routledge, 1996. Pour les Etats-Unis, voir le travail de

également fait écho à nos propres recherches, tant sur le plan de l'évolution des savoirs au sujet de l'arriération que des institutions s'occupant de cette population²⁰.

L'histoire de l'éducation constitue un deuxième champ dans lequel a longtemps été incluse l'histoire du handicap mental. A défaut de l'existence d'une thérapeutique, l'éducation et la formation professionnelle dispensées aux handicapés mentaux valides expliquent en partie cette filiation. Le processus de démocratisation de l'institution scolaire en cours dans la seconde moitié du XIX^e siècle dans la plupart des pays industriels a servi partout de révélateur quant à l'existence d'une catégorie de déficience mentale plus légère, désignée à l'époque du terme de « débilité légère » (*Schwachsinnigkeit*). Il faut mentionner dès à présent que le statut ambigu de l' « âge » de l'arriéré est sans doute un autre motif de ce creux historiographique. En effet, les discours du début du XX^e siècle portent fortement la marque du statut d'enfant auquel sont associés les handicapés mentaux, sans égard pour leur âge biologique réel. Irresponsables pénalement, ils sont aussi considérés comme des mineurs au sens propre d'éternels enfants. Le thème de l'arriération a ainsi été inclus dans une historiographie de l'éducation, mais aussi dans certains cas dans une histoire plus large de l'enfance, et ce par le truchement du concept d' « âge mental », qui les fige dans un statut de perpétuelle minorité, postulat dont on questionnera la pertinence dans le chapitre 2 de cette thèse²¹.

En France, le champ de l'histoire de l'éducation n'a abordé que partiellement du thème du handicap mental, car c'est finalement plutôt sa définition comme catégorie révélée par le caractère obligatoire de la scolarisation qui a été étudiée. L'histoire de l'éducation en France s'est ainsi focalisée sur la question de la limite entre « normalité » et ce qu'on nommait « débilité mentale », évacuant de fait tous les cas de retards mentaux plus sévères. L'inconvénient de cette approche a ainsi été pour nous qu'elle ne permettait qu'une compréhension partielle de la population de nos établissements et services pour arriérés, qui hébergent aussi les cas plus graves de handicaps mentaux — et physiques. La question de ces « enfants anormaux » dépistés à l'âge de la scolarisation émerge dans la littérature de l'histoire de l'éducation au cours des années 1960, dans le sillage des

James W. TRENT, *Inventing the Feeble Mind: a History of Mental Retardation in the United States*, Berkeley, University of California Press, 1994.

²⁰ Pour une synthèse des enjeux actuels de l'écriture de l'histoire de la psychiatrie, voir Volker HESS et Benoît MAJERUS, « Writing the History of Psychiatry in the 20th Century », *History of Psychiatry*, n°22, 2011, p. 139-145.

²¹ Le fait que la pathologie est rendue visible pendant le jeune âge est aussi un facteur de cette inclusion dans l'histoire de l'enfance. Néanmoins notre position quant au lien indissociable entre enfance et handicap mental a changé au fil de la thèse. Si nos premières lectures étaient tributaires de ce biais, l'avancement du travail a révélé les limites et les présupposés de l'inclusion de l'histoire de l'arriération dans cette tradition historiographique, qui reste toutefois incontournable. Voir Monique VIAL, « Enfants handicapés, du XIX^e siècle au XX^e siècle », in E. BECCI et D. JULIA (dir.), *Histoire de l'enfance en Occident, tome II : Du XVIII^e siècle à nos jours*, Paris, Seuil, 1998, p. 352 ; Maurice CAPUL, « Éducation spécialisée et pédagogie spécialisée », *Empan*, 2014, n° 95, p. 89-93 ; Catherine ROLLET, *La politique à l'égard de la petite enfance sous la III^e République*, Paris, Presses universitaires de France, 1990.

questionnements sociologiques sur la reproduction sociale dans un milieu scolaire, créateur de ce que Pierre Bourdieu et Jean-Claude Passeron baptisent alors des « héritiers »²². Les problématiques abordées concernent en premier lieu la part de l'obligation scolaire comme instrument inventant littéralement l'enfance dite anormale. Cet enjeu prend aussi en compte le changement nosographique qu'on constate dans les sources, puisque la catégorie de « débilés mentaux » apparaît effectivement durant la période suivant les lois Ferry²³. La plupart des travaux en langue française du champ de l'histoire de l'éducation mettent en valeur la part de construction dans la diffusion de catégories originellement issues de la psychiatrie telles que celle de la « débilité légère » ou de l'« arriération », dont les instituteurs auraient largement tiré parti en les réappropriant pour débarrasser leurs classes des individus les plus gênants, tant sur le plan scolaire que disciplinaire²⁴. Les pistes suivies par ces travaux restent très orientées vers la sociologie, puisque l'école y est envisagée comme instrument de violence symbolique. Ces travaux procèdent ainsi d'une histoire qui relève plutôt celle de l'action publique envisagée dans sa profondeur historique, traitant davantage des textes prescriptifs de nature étatique — essentiellement celle de 1909 créant des classes spéciales pour les « anormaux » scolaires — sans explorer l'application réelle de ces réformes²⁵.

En Allemagne en revanche, l'histoire des handicapés mentaux a une tradition plus ancienne compte tenu de l'ancrage plus fort de la prise en charge des arriérés dans le champ de la pédagogie. Cette différence s'explique par le fait que, contrairement à la France, les tentatives d'éduquer les arriérés n'ont pas été historiquement le fait de médecins mais de pédagogues ou instituteurs. L'existence d'une discipline spécialement consacrée à la réflexion concernant la « pédagogie spéciale » (*Sonderpädagogik*) représente une originalité par rapport à la France²⁶. Dès les années 1970, des chercheurs affiliés à cette discipline revendiquent une prise de distance par rapport à la

²² Pierre BOURDIEU et Jean-Claude PASSERON, *Les héritiers: les étudiants et la culture*, Paris, Éditions de Minuit, 1966.

²³ Philippe MAZEREAU, « L'école dans le champ français de l'éducation spéciale: 1909-1989 » Thèse, Paris, 1998 ; Monique VIAL et Antoine PROST, *Les enfants anormaux à l'école: aux origines de l'éducation spécialisée, 1882-1909*, Paris, France, Armand Colin, 1990 ; Monique VIAL, « Les origines de l'enseignement spécial en France: histoire et enjeux d'une loi scolaire, les racines de la psychologie à l'école (1882-1909) » Thèse, Paris, 1990 ; Monique VIAL (*alii*), *Les mauvais élèves*, Paris, Presses universitaires de France, 1973.

²⁴ Jacqueline GATEAUX-MENNECIER, *La débilité légère: une construction idéologique*, Paris, Éditions du CNRS, 2001 ; Martine RUCHAT, *Inventer les arriérés pour créer l'intelligence: l'arriéré scolaire et la classe spéciale*, Berne, 2003.

²⁵ Ainsi Jacqueline Gâteaux-Mennecier, qui a étudié le service de Bourneville jusqu'en 1905, est une sociologue et non une historienne. Voir Jacqueline GATEAUX-MENNECIER, *Bourneville et l'enfance aliénée: l'humanisation du déficient mental au XIX^e siècle*, Paris, Centurion, 1989 ; sur des exemples de travaux traitant des réformes envisagées pour créer des structures scolaires pouvant éduquer les enfants considérés comme « anormaux » au sens scolaire, voir Monique VIAL et Marie-Anne HUGON (dir.), *La Commission Bourgeois (1904-1905): documents pour l'histoire de l'éducation spécialisée*, Paris, Édition du CTNERHI, 1998. On peut mentionner que l'application de cette réforme de 1909 devant créer des « classes de perfectionnement » est très limitée dans les faits, les communes n'étant pas tenues de mettre en place une telle structure.

²⁶ Voir Georg ANTOR et Ulrich BLEIDICK, *Handlexicon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis*, Berlin, Verlag Wohlkammer, 2001.

tradition et une nécessaire « perspective » (*Perspektivität*) entendue comme une conscience critique du point de vue de l'historien²⁷. Les approches sont de plusieurs types : des travaux synthétisant une histoire des initiatives et méthodes afin d'éduquer le handicapé mental²⁸ mais aussi une approche en termes d'histoire sociale, culturelle et anthropologique²⁹.

L'histoire du handicap mental est ainsi un champ de recherche interdisciplinaire, qui mêle l'histoire de la médecine aux sciences humaines et sociales³⁰. A ce titre, il est nécessaire d'évoquer enfin l'apport des *Disability Studies*. Le développement de ce champ a joué un rôle considérable sur l'écriture de l'histoire du handicap, mettant notamment en relief la part de construction qui existe dans sa description en tant que pathologie, mais cette fois du point de vue même des individus concernés, contrairement à ce qu'on a pu dire sur l'histoire des patients, qui présente elle un point de vue extérieur³¹. L'intérêt de ce mouvement, parti des Etats-Unis où il se centrait sur le handicap physique, est aussi de donner la voix à des catégories longtemps marginales, en particulier au sujet de leur propre vécu confronté aux définitions institutionnelles du handicap³². A la suite de l'étude fondatrice d'Erwin Goffman sur l'asile comme institution totale, plusieurs études mêlant histoire et

²⁷ Voir Johannes BELLMANN et Yvonne EHRENSPECK, « Historisch/systematisch – Anmerkungen zur Methodendiskussion in der pädagogischen Historiographie », *Zeitschrift für Pädagogik*, n°52, 2006, p. 245-265 ; Carl-Ludwig FURCK, « Probleme einer Geschichte der Pädagogik », *Zeitschrift für Pädagogik*, n°9, 1963, p. 262-279.

²⁸ Andreas MÖCKEL (dir.), *Erfolg - Niedergang - Neuanfang: 100 Jahre Verband Deutscher Sonderschulen - Fachverband für Behindertenpädagogik*, München, E. Reinhardt, 1998 ; Andreas MÖCKEL, *Geschichte der Heilpädagogik oder Macht und Ohnmacht der Erziehung*, Stuttgart, Klett, 2007 ; Philip L. SAFFORD et Elizabeth J. SAFFORD, *A History of Childhood and Disability*, Teachers College Press, 1996. Pour davantage d'information sur la constitution du champ de la *Sonderpädagogik* et l'histoire de la prise en charge et des représentations autour du handicap mental, la synthèse la plus complète et récente reste celle de Sieglind ELLGER-RÜTTGARDT, *Geschichte der Sonderpädagogik: eine Einführung*, München, Klinkhardt, 2008.

²⁹ Wolfgang JANTZEN, *Jeder Mensch kann lernen - Perspektiven einer kulturhistorischen Behinderten- Pädagogik Beltz Sonderpädagogik*, Berlin, Luchterhand, 2001 ; Klaus MÜLLER, *Der Krüppel. Ethnologia passionis humanae*, München, C.H. Beck, 1996.

³⁰ Sur la conception de l'écriture de la psychiatrie et notamment ses liens avec la philosophie, voir Eric J. ENGSTRÖM et Volker ROELCKE, „Die ‚alte Psychiatrie‘? Zur Geschichte und Aktualität der Psychiatrie im 19. Jahrhundert“, in E. ENGSTRÖM et V. ROELCKE, *Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum*, Mayence, MedForsch, 2003, p. 9-23.

³¹ Pour un outil de travail proposant de nombreuses sources et documents, voir Gary L. ALBRECHT (dir.), *Encyclopedia of Disability*, Londres, SAGE Publication, 2006 ; En France, le champ s'est développé autour des handicaps sensoriels, dont on abordera les références dans le premier chapitre de ce travail. Pour une approche classique (mais qu'on ne peut inclure dans le champ des *Disability Studies*), on peut citer Charles GARDOU, *Handicap, une encyclopédie des savoirs: des obscurantismes à de nouvelles lumières*, Toulouse, Éditions Érès, 2014 ; Henri-Jacques STIKER, *Corps infirmes et sociétés*, Paris, Aubier Montaigne, 1982.

³² Ainsi grâce à des entretiens, l'anthropologue Pierre Schmitt montre bien l'ambiguïté de la reconnaissance de la surdité dans le cadre de la loi Handicap de 2005, parlant des sourds qui seraient « noyés par le handicap » et d'un stigmate de la déficience qui perdure malgré la reconnaissance institutionnelle. Voir Pierre SCHMITT, « Une langue en situation de handicap. Les sourds et la langue des signes face à la catégorie du handicap », *Émulations - Revue des jeunes chercheuses et chercheurs en sciences sociales*, n°8, décembre 2010.

anthropologie ont ciblé la question du handicap, en France comme en Allemagne³³. Ainsi les *Disability studies* procèdent d'un constat qui est également celui de l'historien, à savoir que l'histoire du handicap est une histoire partant toujours d'un regard extérieur³⁴.

Enfin, le champ des *Sciences Studies* s'est révélé utile pour étudier le milieu médical avec un regard critique. La médecine mentale telle qu'elle s'est pratiquée se situe dans une période cruciale sur le plan d'une compréhension scientifique de l'origine de l'arriération. Les regards de l'aliéniste, du psychologue ou du généticien — dans les années 1930 pour ce dernier — se construisent par la mise à contribution de différents outils qui cherchent à en objectiver les causes et éventuellement l'amélioration. La photographie, les tests d'intelligence ou plus tard les études statistiques de génétique psychiatrique sont autant de méthodes s'accompagnant de la formulation d'un discours légitimant ce regard de spécialiste autour de la rhétorique de l'objectivité³⁵. La définition de l'arriération relève ainsi d'enjeux de pouvoir qui sont nourris par la supériorité acquise par l'expertise médicale sur la catégorie. A cette occasion, les approches d'histoire des sciences nous ont permis de mettre à distance une lecture souvent positivistes et idéalisantes. Dans notre travail, les liens forts mis en évidence entre l'évolution de l'attention accordée au handicap mental — et par là, la construction de son incurabilité — et les contextes politiques et économiques du début du siècle ont été manifestes. En Allemagne en particulier, la montée d'une science fortement orientée qui adapte ses outils au service d'un but idéologique, illustrant un des postulats majeurs des *Sciences Studies*, qui est de nuancer la posture des aliénistes responsables de la prise en charge des arriérés comme « personnages dédiés à la seule connaissance et au bien public, des personnages « désintéressés » [produisant] un savoir pur élaboré dans un espace séparé et neutre intellectuellement »³⁶. Au contraire, leur diagnostic et leur opinion sur la pathologie sont

³³ Voir Elisabeth BÖSL, Anne KLEIN et Anne WALDSCHMIDT, *Disability History: Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte. Eine Einführung*, transcript Verlag, 2014 ; Markus DEDERICH, « Behinderung, Norm, Differenz – Die Perspektive der Disability Studies », in F. KESSL et M. PLÖBER (dir.), *Differenzierung, Normalisierung, Andersheit*, Berlin, VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2010, p. 170-184 ; Erving GOFFMAN, *Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*, Francfort, Suhrkamp Verlag, 2010 ; Charles GARDOU, *Le handicap dans notre imaginaire culturel*, Toulouse, Erès, 2015.

³⁴ Le mouvement des *Disability studies* a en cela un aspect très militant. Ainsi aux Etats-Unis, Lennard Davis revendique par exemple l'appellation de *differently able* (« différemment capable ») plutôt que de *disabled* (« incapable »). Le glissement récent dans la législation de « handicapé » à la périphrase de « personne en situation de handicap » témoigne de la diffusion — même partielle — d'un modèle social du handicap et de l'intégration des revendications des acteurs en faveur du changement de terminologie afin de « culturaliser » les représentations liées au handicap.

³⁵ Le travail de Lorraine Daston et Peter Galison a été fondamental sur le passage d'une objectivité construite autour du visible de l'arriération à une objectivité chiffrée qui émerge par la création des tests d'intelligence. Voir Lorraine J. DASTON et Peter Louis GALISON, *Objectivité*, Dijon, Les Presses du réel, 2012. Voir aussi Theodore M. PORTER, *Trust in Numbers: The Pursuit of Objectivity in Science and Public Life*. Princeton, Princeton University Press, 1995.

³⁶ Dominique PESTRE, *Introduction aux « science studies »*, Paris, La Découverte, 2006.

éminemment pris dans le champ social et politique, comme l'ont déjà prouvé les travaux de Paul Weindling concernant la catégorie des médecins entre la fin du XIX^e siècle et la dictature nazie³⁷.

Les approches permettant d'appréhender la population hétéroclite des handicapés mentaux sont multiples. Jusqu'ici pourtant, cette hétérogénéité a plutôt empêché cette catégorie d'être considérée véritablement comme un objet historique à part entière. Tant pour l'histoire de la psychiatrie que l'histoire de l'éducation, la position marginale de cette population dans l'historiographie reflète bien la complexité de leur situation concrète. Ne pouvant être éduqués par l'école mais pas non plus soignés par la psychiatrie, ils sont longtemps restés un objet marginal pour l'histoire, leur marginalité dans la société se vérifiant ainsi dans leur « exclusion conceptuelle » (*begriffliche Aussonderung*), pour reprendre l'expression d'un historien allemand du handicap³⁸.

Ecrire l'histoire d'une population muette : les « déficients mentaux »

Pour désigner la maladie mentale, l'historien de la psychiatrie Andrew Scull parle de la « plus solitaire de toutes les afflictions »³⁹. Cette périphrase ne peut s'appliquer mieux à la pathologie particulière de l'idiotie. Edouard Séguin, pionnier de l'éducation des arriérés en France, rappelle l'étymologie de cette catégorie nosographique : l'idiot est *idios* en grec, *solitarius* en latin, c'est-à-dire l'homme seul, isolé dans ses perceptions et ses sensations. Et en effet, le peu d'interactions avec l'entourage, résultant de défauts organiques et psychiques divers, est l'un des premiers traits mis en avant dans les descriptions des familles comme dans les diagnostics des aliénistes⁴⁰. Comment parler alors de ces malades dont une majorité se caractérise par l'isolement mental et une incapacité constitutionnelle à communiquer ? Les titres employés dans la littérature récente soulignent aussi ce manque, parlant volontiers de « peuple des silencieux » ou proclamant que « les débiles aussi ont une histoire »⁴¹. En Allemagne, on a déjà pu expliquer en quoi la situation spécifique de cette population

³⁷ Paul WEINDLING, *L'hygiène de la race*, Paris, La Découverte, 1998. Voir aussi Robert N. PROCTOR, *Racial hygiene: medicine under the Nazis*, Cambridge, Cambridge University Press, 1988.

³⁸ Andreas MÖCKEL (dir.), *Quellen zur Erziehung von Kindern mit geistiger Behinderung*, Würzburg, Ed. Bentheim, 1997, p. 13.

³⁹ Andrew SCULL, *The Most Solitary of Afflictions: Madness and Society in Britain, 1700-1900*, New Haven et Londres, Yale University Press, 2005.

⁴⁰ C'est la clé du propos de l'interne du service des « idiots de Bicêtre » Paul Sollier qui définit l'idiot comme « asocial », contrairement à l'imbécile qui serait « extrasocial », comme on le verra à la fin du chapitre 3 de ce travail.

⁴¹ Philippe CASPAR, *Le peuple des silencieux : une histoire du handicap et de la déficience mentale*, Paris, Éd. Fleurus, 1994 ; Jacqueline GATEAUX-MENNECIER et Roger MISES, *Bourneville, la médecine mentale et l'enfance : l'humanisation du déficient mental au XIX^e siècle*, Paris, 2003 ; Yves PELICIER, Guy THUILLIER, *Un pionnier de la psychiatrie de l'enfant : Édouard Séguin, 1812-1880*, Paris, Association pour l'étude de l'histoire de la sécurité sociale, 1996 ; Maurice

sous la dictature nazie explique une littérature plus abondante sur le sujet⁴². Le sort particulier de la stérilisation et de l'euthanasie subies par les malades et handicapés mentaux entre 1934 et le début des années 1940 a été déterminant dans l'intérêt pour une histoire qui observerait aussi le destin particulier de chacune de ses victimes, fût-elle muette⁴³. Du côté allemand, la responsabilité de la profession psychiatrique dans le meurtre de centaines de milliers de malades mentaux a ainsi été un aiguillon certain dans la nécessaire exploration du regard médical sur cette catégorie, et notamment la construction de son infériorité en terme de valeur sociale ou au sens génétique⁴⁴. A ce sujet, les historiens se sont interrogés sur le rôle qu'a pu jouer l'empathie dans une histoire ambitionnant d'incarner plus concrètement le récit historique en s'intéressant aux trajectoires des personnes concernées⁴⁵. Cette démarche n'apparaît pas comme incompatible avec l'exigence de neutralité de l'historien⁴⁶.

Le basculement vers des travaux à l'échelle des patients au sujet de la pathologie du handicap mental tient aussi à l'apport des travaux anglo-saxons précurseurs sur ce sujet. Les travaux de Roy

VILLARD, *Psychothérapie en institution : les débiles aussi ont une histoire*, Marseille, Hommes et perspectives, 1995 ; Claude WACJMAN, *Les fondements de l'éducation spécialisée : principes, méthodes, enjeux*, Paris, Dunod, 2009.

⁴² Götz ALY, *Die Belasteten: „Euthanasie“ 1939-1945*, Francfort-sur-le-Main, S. Fischer, 2013 ; Götz ALY (dir.), *Aktion T4 1939-1945 : Die „Euthanasie“-Zentrale in der Tiergartenstrasse 4, Berlin*, Edition Hentrich, 1987 ; Thomas BEDDIES et Kristina HÜBENER (dir.), *Kinder in der NS-Psychiatrie*, Berlin-Brandenburg, Be.bra Wissenschaft, 2004. Petra FUCHS, Maïke ROTZOLL (alii), *„Das Vergessen der Vernichtung ist ein Teil der Vernichtung selbst“. Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen „Euthanasie“*, Göttingen, Wallstein, 2007 ; Ernst KLEE, *„Euthanasie“ im Dritten Reich: die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“*, Francfort, Fischer Taschenbuch Verlag, 2010.

⁴³ C'est tout le sens de l'ouvrage de Petra Fuchs dont le titre rappelle non pas tant un « devoir de mémoire » pour l'historien qu'un intérêt de rendre leur voix aux victimes en évoquant leurs destins. Il s'agit de leur rendre une individualité parfois difficile à percevoir par le biais de statistiques et autres chiffres sur les mutilations et l'extermination des malades et handicapés mentaux. Voir Petra FUCHS, Maïke ROTZOLL et Ulrich MÜLLER (alii.), *„Das Vergessen der Vernichtung ist ein Teil der Vernichtung selbst“. Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen „Euthanasie“*, Göttingen, Wallstein, 2007.

⁴⁴ Les historiens de la psychiatrie Eric Engström et Volker Roelke utilisent à ce titre l'expression de *Forschungsimperativ* pour décrire ce rôle particulier de l'historien de la psychiatrie face au passé national-socialiste et à la part des médecins dans la réalisation de la *Rassenhygiene*. Voir Eric ENGSTRÖM et Volker ROELCKE, „Die ‚alte Psychiatrie‘? Zur Geschichte und Aktualität der Psychiatrie im 19. Jahrhundert“, in E. ENGSTRÖM et V. ROELCKE, *Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum*, Mayence, MedForsch, 2003, p. 13.

⁴⁵ Comme le souligne l'historienne de la psychiatrie Isabelle von Buelzingslöwen au sujet de « l'hécatombe des fous » en France, il s'agit d' « incarner un drame dont on ne peut [...] véritablement rendre compte en alignant les taux de mortalité, aussi effroyables soient-ils ». L'intérêt pour l'historien de sources permettant de reconstituer les vies des malades est manifeste : « C'est en reconstituant patiemment les bribes du parcours des uns et des autres, pour la plupart « gens de rien » qui, à un moment de leur vie, ont basculé dans la folie, que je me suis véritablement approprié mon objet de recherche. L'empathie y a été pour beaucoup. Mais aussi l'intuition que ces « parcours » m'apprendraient, beaucoup mieux que les textes réglementaires que j'avais collectés, quelle était la fonction de l'internement à la veille de la Seconde Guerre mondiale ». Isabelle von BUELZINGSLOEWEN, *L'hécatombe des fous, op. cit.*, p. 16.

⁴⁶ Dans un ouvrage consacré au destin des handicapés mentaux sous le nazisme, l'historien Ulrich Müller rappelle l'exigence de l'évacuation de l'affectif dans l'écriture mobilisant des sources aussi sombres que celles décrivant l'euthanasie des malades mentaux. Malgré le « séjour dans la grisaille » (*Verweilen im Grauen*) dont parle Hannah Arendt, l'historien insiste sur l'impératif d'un récit privilégiant la vraisemblance (l'adjectif *effektiv* en allemand) davantage que les affects. Ulrich MÜLLER, „Metamorphosen. Krankenakten als Quellen für Lebensgeschichten“, in P. FUCHS, M. ROTZOLL et U. MÜLLER (dir.), *„Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst“: Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen „Euthanasie“*, Göttingen, Wallstein, 2007, p. 41.

Porter, qui parle d'une histoire « vue d'en bas » (*from below*), ont ouvert la voie à une étude de la psychiatrie non plus seulement du côté de l'institution « totale » qu'elle représente et du pouvoir médical, mais par la face jusque-là cachée de l'expérience des malades eux-mêmes⁴⁷. Alliant l'histoire de la psychiatrie à des approches d'histoire de la vie quotidienne, le développement d'une histoire sociale de la médecine a influencé de manière considérable nos recherches. La thèse de l'historien de la médecine David Wright figure en tête de ces études sur l'histoire du handicap dans une perspective globale mettant en relief des questions aussi cruciales pour nous que les enjeux de vocabulaire, la situation concrète des familles demandeuses de soin ou le coût des institutions⁴⁸. Les vingt dernières années ont ainsi vu naître des travaux permettant peu à peu d'accéder à une vision plus fine des déterminants de l'histoire du handicap depuis la fin du XIX^e siècle⁴⁹.

Mais s'il est possible d'écrire sur la nosographie, les conditions de vie ou les occupations des malades handicapés, et écrire par là une histoire de l'arriération, écrit-on pour autant une histoire des arriérés ? Il est rare dans notre travail de parvenir à reconstituer des « parcours » de patients au sens où cela est entendu dans d'autres travaux d'histoire de la psychiatrie, c'est-à-dire en restituant des paroles ou des écrits produits par le malade. Du fait même de leur pathologie, la plupart des vies des déficients mentaux conservées dans les sources sont « blanches », muettes, ou au mieux décrites par des acteurs extérieurs, et non par le sujet lui-même. L'historien se trouve ainsi face à une apparente impasse. Il lui est nécessaire de reconnaître l'impossibilité pratique d'écrire autre chose qu'une histoire rapportée par des tiers. Pourtant, dans cette optique, des traces du vécu des familles s'avèrent indispensables pour écrire une histoire « d'en bas », c'est-à-dire qui ne soit pas uniquement institutionnelle ou nosographique. A l'inverse, les liens familiaux représentent aussi un déterminant agissant sur l'historien dans le choix d'un tel objet d'étude, à l'image des propos de David Wright qui explique la part intime de sa motivation à écrire une histoire de la trisomie 21 en retraçant dans l'introduction de l'ouvrage le parcours de sa sœur Suzann, depuis l'annonce du diagnostic jusqu'à sa vie actuelle⁵⁰. Par ailleurs, la littérature apporte à l'historien une part de sensibilité qui fait écho à des

⁴⁷ Mark S. MICALE et Roy PORTER (dir.), *Discovering the History of Psychiatry*, New York, 1994 ; Mark S. MICALE, *The mind of modernism: medicine, psychology, and the cultural arts in Europe and America, 1880-1940*, Stanford, Stanford University Press, 2004 ; Roy PORTER, "The Patient's View : Doing Medical History from below", *Theory and Society*, 1985, vol. 14, n° 2, p. 175-198.

⁴⁸ David WRIGHT, *Mental Disability in Victorian England : the Earlswood Asylum 1847-1901*, Oxford, Clarendon Press, 2001.

⁴⁹ Thomas BAROW, *Kein Platz im Volksheim? : die « Schwachsinnigenfürsorge » in Schweden 1916 - 1945*, Bad Heilbrunn, Klinkhardt, 2009 ; Sieglind ELLGER-RÜTTGARDT, *Geschichte der Sonderpädagogik, op. cit.* ; David WRIGHT et Anne DIGBY (dir.), *From Idiocy to Mental Deficiency : Historical Perspectives on People with Learning Disabilities*, Londres, Routledge, 1996.

⁵⁰ David WRIGHT, *Downs : The History of a Disability*, Oxford, Oxford University Press, 2011.

situations relatées dans certaines sources, évoquant des émotions intemporelles comme l'appréhension de l'« anormalité » par le proche, l'impuissance devant la situation du patient ou l'espoir sans borne d'une guérison possible⁵¹.

Terrain et méthodes transnationales : une étude basée sur des fonds d'archives français et allemands

La spécificité de l'étude de dossiers médicaux de patients psychiatriques

Ce travail explore la prise en charge d'une population composée d'individus passés par un service ou une institution spécifiquement consacrés aux soins et à l'éducation des arriérés. Les archives des établissements psychiatriques choisis pour notre étude représentent le cœur des sources exploitées dans cette thèse, qu'il faut décrire ici. Il s'agit de fonds en grande partie inédits⁵². Avant de pénétrer dans ces établissements, l'enfant ou l'adulte handicapé mental est soit pris en charge au domicile familial, soit passé par d'autres structures telles que l'école, la prison, une autre section asilaire ou encore une institution privée, vers lesquels il sera peut-être aiguillé ensuite au moment de sa sortie s'il ne retourne pas chez ses parents. Un des apports de ce travail réside dans l'éclairage qu'il fournit concernant la pratique quotidienne et les attitudes face au handicap mental dans ces

⁵¹ On pense ici à l'ouvrage autobiographique de l'écrivain irlandais Christy Brown qui décrit son enfance dans une famille nombreuse de Dublin. Né au début du siècle atteint d'une pathologie neurologique le paralysant entièrement hormis son pied gauche, il se voit diagnostiquer un handicap mental et physique lourd par les médecins. Refusant le pronostic d'incurabilité annoncé par les médecins, Christy Brown raconte le combat de sa mère qui, refusant le pronostic d'incurabilité annoncé par les médecins, lui apprend à lire et à tenir une craie à l'aide de son pied mobile, lui permettant peu à peu de s'instruire et d'interagir avec son entourage. Voir Christy BROWN, *My Left Foot*, Londres, Vintage, 1998. On pense aussi au livre de l'écrivain et humoriste Jean-Louis Fournier, où il narre son ressenti suite à l'annonce du diagnostic et la situation de handicap de ses deux fils. L'ouvrage a suscité de fortes réactions en raison de son caractère qualifié de cynique, mais qui peut aussi être considéré comme déchirant. Voir Jean-Louis FOURNIER, *Où on va papa ?* Paris, Stock, 2008. Voir aussi Claude HELFT et Madeleine BRUNELET, *Une petite soeur particulière : l'histoire de Nelly, née trisomique 21*, Arles, Actes Sud junior, 2000. Dans le domaine cinématographique, un film documentaire sur la vie des enfants et des adolescents polyhandicapés a été projeté en mai 2016 à Strasbourg. Voir le site du film de Damien Fritsch : <http://www.tantflaviedemandeaaimer.eu/le-film>. On peut évoquer également le film de Fernand Deligny intitulé *Le moindre geste*, qui aborde la question de l'autisme. Ancien instituteur, il s'intéresse aux enfants dits « à problèmes » et à la mise en place d'une pédagogie adaptée à ceux-ci, dans une perspective critique vis-à-vis des institutions. On peut mentionner enfin la naissance d'un festival du film sur le handicap, qui a eu lieu pour la première fois en septembre 2016 au théâtre de la Gaîté Montparnasse à Paris.

⁵² Le fonds d'archives institutionnelles des Sœurs de la Croix, responsables de l'établissement Cernay, a été exploité pour une publication célébrant le centenaire de l'institution. La perspective d'histoire sociale de la médecine offerte par la masse des dossiers médicaux est en revanche inédite sur ce fonds précieux ; pour Bicêtre, le versant administratif des archives du « service des idiots » ainsi que les sources imprimées publiées par Bourneville ont été fouillées et reproduits de manière importante pour la thèse de sociologique de Jacqueline Gâteaux. Les bornes chronologiques de l'étude ne dépassent pas 1905, ce qui ne permet pas de comprendre de manière distanciée et critique les enjeux de la prise en charge des arriérés. Les registres d'observations médicales utilisés dans notre travail sont eux inédits ; enfin, l'établissement de Dalldorf a donné lieu à un travail de recherche d'une équipe de chercheurs réunis autour de l'historien de la psychiatrie Thomas Beddies, mais sans qu'un travail cible spécifiquement le pavillon de l'« institut pour idiots » (*Idiotenanstalt*).

sphères multiples, et ce avant tout grâce à l'exploitation de dossiers médicaux de patients⁵³. L'exploitation de ce type de source a connu un engouement croissant chez les historiens de la médecine anglo-saxons, germaniques et français dans les quinze dernières années, et nécessite quelques réflexions d'ordre méthodologique sur les enjeux de l'étude de cas individuels de malades et sur ceux du passage du particulier au général⁵⁴.

Un dossier peut être considéré comme une mise en commun de documents reliés entre eux et auxquels on se réfère comme à un tout. Sa fonction consiste à maintenir à disposition toutes les informations et pièces concernant une affaire précise. La spécificité du dossier médical est de constituer un « médium pour l'admission et la consignation écrite des antécédents d'un patient »⁵⁵. La traduction allemande du terme d'antécédent, *Krankheitsgeschichte* (littéralement « histoire de la maladie ») exprime de manière plus claire l'aspect documentaire que forme un dossier, amoncelant une somme parfois considérable d'informations sur l'histoire du patient. Ce constat est particulièrement valable dans la discipline psychiatrique où l'approche biographique du patient et la structure narrative du tableau pathologique sont centraux, même si bien des dossiers restent laconiques ou pauvres en informations⁵⁶. On trouve des dossiers médicaux standardisés dès l'ouverture des trois établissements étudiés, même si leur forme et les documents qui y sont versés changent avec le temps, ce qu'il est possible d'affirmer même pour Bicêtre puisqu'un échantillonnage des dossiers médicaux a été conservé. Les fonds de Berlin et de Cernay offrent ainsi la possibilité de reconstituer partiellement des « parcours de vie » (*Lebensgeschichte*) à partir d'informations biographiques. Une telle démarche nécessite pour l'historien la reconstruction de moments de vie du malade à partir de documents hétéroclites⁵⁷. Cet aspect représente un défi pour le

⁵³ Sur la pratique médicale et psychiatrique en particulier, voir Clément FROMENTIN, « La fabrique de la clinique. Une histoire de la pratique psychiatrique, 1850-1939 », Thèse, Paris, 2008.

⁵⁴ Sibylle BRÄNDLI, Barbara LÜTHI et Gregor SPUHLER, *Zum Fall machen, zum Fall werden: Wissensproduktion und Patientenerfahrung in Medizin und Psychiatrie des 19. und 20. Jahrhunderts*, Francfort, Campus Verlag, 2009 ; Barbara L. CRAIG (dir.), *Personal Papers in History : Papers from the Third International Conference on the History of Records and Archives*, Austin, University of Texas Press, 2009 ; Kai SAMMET, „Paratext und Text. Über das Abheften und die Verwendung psychiatrischer Krankenakten. Beispiele aus den Jahren 1900-1930“, *Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde*, n°12, 2006, p. 339-367.

⁵⁵ D'après la définition qu'en donne Ulrich Müller, soit „ein Medium für Aufnahme bzw. Speichern der Krankheitsgeschichte eines Patienten“. Ulrich MÜLLER, „Metamorphosen. Krankenakten als Quellen für Lebensgeschichten“, in P. FUCHS, M. ROTZOLL et U. MÜLLER (dir.), *op.cit.*, p. 80.

⁵⁶ Sur le dossier médical comme médium pour l'historien dans le cas du savoir psychiatrique et les limites de son exploitation, voir Volker HESS, „Die Buchhaltung des Wahnsinns. Archiv und Aktenführung zwischen Justiz und Irrenreform“, *ResearchGate*, 2015, p. 55-76 ; sur le rapport à l'écrit dans la discipline médicale et l'écrit envisagé comme « technologie de papier » pour la construction du savoir médical, voir aussi Volker HESS et J. Andrew MENDELSON, « Case and Series : Medical Knowledge and Paper Technology, 1600–1900. », *ResearchGate*, vol. 48, 2010, p. 287-314.

⁵⁷ Dans notre cas, les récits de vie sont amputés par l'absence d' « egodocuments » (*Egodokumenten*), étant donné que la plupart des malades n'écrivent pas ou alors très brièvement. Lorsqu'ils écrivent, ce sont de courtes cartes postales ou alors des exercices dans le cadre des leçons qui leur sont dispensées. Quant au reste de la documentation, on doit souligner que « les dossiers médicaux ne sont pas des récits de vie de patients. Ils représentent davantage un système de

chercheur par la difficulté d'articuler le singulier dans chaque parcours à l'échelle plus grande de l'institution, et à celle encore supérieure des tendances qu'on peut esquisser dans chaque nation⁵⁸.

En effet, les dossiers médicaux de patients ont l'avantage d'ouvrir une fenêtre bien plus grande que celle de l'institution elle-même. Les documents contenus dans ces fonds permettent souvent d'avoir accès aux observations médicales de divers médecins, aux pratiques mises en œuvre dans d'autres institutions et aux décisions qui mobilisent des acteurs extérieurs à l'institution — politiques, judiciaires, scolaires ou familiaux. Ils ouvrent ainsi également à des façons de voir le malade et des concepts différents. Le langage de l'aliéniste se confronte à celui du médecin non spécialiste, des proches, de l'instituteur ou du policier. Des transferts se font et on ressent dans les sources une interpénétration entre langage courant, termes médicaux et scolaires, qui s'effectue de manière insensible mais indubitable⁵⁹. Une tendance générale peut être soulignée qui vaut spécialement pour l'histoire de l'arriération, à savoir la généralisation de l'emploi d'un vocabulaire globalement stigmatisant, tant d'un point de vue médical (la « tare ») qu'à l'égard de sa place dans la société (une « non-valeur sociale »), cristallisant ainsi une vision déceptive du handicapé mental. Aujourd'hui encore, la nosographie de l'arriération reste délicate à employer pour l'historien en raison de la négativité des termes qui la composent. A ce titre, la présence dans notre corpus d'un établissement privé, où le personnel soignant — d'origine confessionnelle — s'applique à correspondre avec les parents, permet de sortir de cette vision des individus arriérés. En effet, les relations des proches au malade donnent une image alternative à celle présentée dans les demandes d'internement, dont la démarche implique par définition de mettre en avant le versant

collecte de documents divers d'auteurs de statuts différents (*unterschiedlicher Autorschaft*)». V. HESS, „Die Buchhaltung des Wahnsinns“, *op. cit.*, p. 57.

⁵⁸ De tels constats empiriques ainsi que les limites de l'aspect quantitatif ont motivé une exploitation de ces dossiers d'une façon uniquement qualitative. Après de longues hésitations et un essai peu concluant, il est apparu que le calcul de données telle que la durée de séjour dans un asile (en fonction d'un niveau d'arriération) montrait rapidement ses limites. Les nombreuses données manquantes, mais aussi les contradictions entre les dates figurant en couverture de chaque dossier et son contenu n'ont pas été l'obstacle le plus important. L'inconstance entre les termes employés pour le diagnostic et le constat que la plupart des individus ne sortaient finalement que très peu — hormis quelques cas de patients allant d'un établissement à l'autre (*Anstaltskarriere*), généralement en raison d'occurrences d'accès de violence — ont été bien plus déterminants dans cette décision.

⁵⁹ Ulrich Müller reprend le concept de *black box* à propos du nombre important de paramètres entrant en compte dans la construction d'une « réalité caillée » (*geronnenen Wirklichkeit*), c'est-à-dire qui paraît figée mais s'est en réalité cristallisée en fonction de différents paramètres. Les multiples facteurs influençant l'interprétation du dossier médical sont regroupés dans les catégories suivantes : le médecin (sa confession, son origine sociale, sa vision du monde...), le patient (son sexe, sa pathologie...), l'établissement (et son orientation psychiatrique), la pathologie (le diagnostic, son niveau de gravité, la durée...), l'état de connaissances dans la discipline psychiatrique, la langue (les codes employés par exemple) et enfin « l'air du temps » (*Zeitgeist*) et notamment l'attention accordée aux malades mentaux et la stigmatisation éventuelle dont ils font l'objet. Ulrich MÜLLER, „Metamorphosen. Krankenakten als Quellen für Lebensgeschichten“, in P. FUCHS, M. ROTZOLL et U. MÜLLER (dir.), *op. cit.*, p. 85.

problématique de la situation de handicap que constitue sa définition⁶⁰. Le langage de l'intime semble être la seule fenêtre qui permette de sortir d'un langage idéologique, marqué tant par la théorie de la dégénérescence que des propos moralisants, qu'on aborde largement dans le chapitre 3 consacré au diagnostic, et surtout dans le chapitre 6 qui met en relief les permanence dans la compréhension de la transmission héréditaire de l'« arriération ». La vision critique apportées par le prisme des *Social Studies* permet ainsi de nuancer une histoire qui serait écrite du seul point de vue de l'institution ou de la communauté médicale, en l'enrichissant par une histoire de la vie quotidienne. Cette perspective multiscalair centrée sur les pratiques s'inscrit dans le cadre d'une histoire culturelle et sociale des pratiques médicales.

L'exploitation de ces dossiers médicaux a pourtant ses limites. Il s'agit d'une construction sociale à partir d'un produit fini ne permettant pas de saisir tous les aspects du parcours d'un patient, ou même du regard médical posé sur lui. Nous en avons eu l'illustration frappante à l'occasion d'une découverte fortuite faite dans les archives d'un médecin alsacien retrouvées dans les fonds de la Bibliothèque Interuniversitaire de Santé à Paris. Celles-ci renfermaient des dizaines de pages concernant une expérimentation, mêlant biochimie et génétique psychiatrique, menée pendant plusieurs années sur les patients de l'institut Saint-André de Cernay. Or dans les deux fonds dépouillés antérieurement dans l'établissement alsacien de manière quasi-exhaustive, jamais aucune trace n'avait filtré d'un tel protocole. Les limites du récit que l'historien tire ainsi d'une source telle que le dossier médical se doivent d'être mesurées. Là aussi, la faiblesse quantitative des témoignages des malades eux-mêmes est un inconvénient majeur, même si ce travail en restitue quelques-uns.

Toutes ces considérations font apparaître un jeu d'échelles, qui est une constante de ce travail, qu'il s'agisse d'échelles géographiques — du régional vers le transnational — mais aussi sociales — de l'individuel vers le collectif. Comme c'est le cas dans d'autres travaux exploitant des dossiers médicaux psychiatriques, nous pouvons réaffirmer la valeur de telles sources partant du cas d'un individu atteint d'une pathologie particulière. L'individualité du parcours, de ses antécédents et du destin qui est le sien reste toutefois fortement reliée à un propos général concernant l'histoire collective de l'arriération, faisant bien du dossier médical un objet « à travers lequel nous pouvons regarder comme à travers une fenêtre sur le handicapé au sens collectif »⁶¹.

⁶⁰ Pour une mise en contexte de l'institut Saint-André dans le courant fort des œuvres confessionnelles fondées en grand nombre dans la seconde moitié du XIX^e siècle, voir Catherine MAURER, *La ville charitable. Les œuvres sociales catholiques en France et en Allemagne au XIX^e siècle*, Paris, Les Éditions du Cerf, 2012.

⁶¹ D'après l'expression employée par Ulrich MÜLLER, „Metamorphosen. Krankenakten als Quellen für Lebensgeschichten“, in P. FUCHS, M. ROTZOLL et U. MÜLLER (dir.), *op. cit.*, p. 87. Voir aussi M. DERRIEN, *op. cit.*, p. 38-39.

Le choix des établissements étudiés : critères, mise en œuvre et difficultés

Dans ce travail, l'approche monographique est centrale. Cette démarche avait été mise en œuvre une première fois dans le mémoire de master 2. Dans ce travail, l'étude de l'établissement privé confessionnel de Saint-André de Cernay avait prouvé la pertinence d'une exploration des archives institutionnelles comme « plongée » dans le quotidien d'une institution consacrée à l'éducation et aux soins de patients atteints de degrés divers de handicap⁶². Ce travail avait permis de réaliser l'ouverture sur d'autres établissements que procurait l'étude d'un seul. Il a aussi fait émerger un questionnement transnational grâce à la place toute particulière d'une structure se trouvant non seulement dans un site de carrefour géographique au sud de l'Alsace, mais aussi dans une situation bicéphale sur le plan politique, puisque tiraillée entre Allemagne et France dans les bornes chronologiques choisies. Le projet d'agrandir la focale à l'échelle transnationale est ainsi parti de ce « perchoir » que constitue l'exception alsacienne dans la période, permettant d'entrer dans une démarche comparatiste en restant immobile.

Pour mener un travail permettant de passer de l'échelon régional à la comparaison des deux nations voisines, il s'est agi de déterminer des terrains d'exploration qui pouvaient, de part et d'autre, se correspondre, tout en restant comparables à l'institut de Cernay. Les établissements ont été choisis en fonction de plusieurs critères. Tout d'abord, le critère de la synchronicité dans la date de construction de l'établissement ou d'un service dévolu aux arriérés à l'intérieur des murs de chaque asile. Ensuite, leur situation au sein du secteur de l'éducation spécialisée dans chaque pays. Enfin, la population de chaque structure devait être comparable. Avec plusieurs centaines de malades dans chacun des établissements, ce fut le cas. Du côté français d'abord, le choix du service de Bicêtre fut assez évident en raison du faible nombre d'établissements ayant conservé des archives sur cette catégorie de malades, tout en posant un certain nombre de difficultés pratiques. Le caractère central et incontournable du service fondé par Bourneville a aussi représenté une motivation, notamment pour questionner le rôle de « modèle » qu'a pu représenter « l'asile-école » conçu par l'aliéniste.

Notre choix s'est porté du côté allemand sur l'asile de Dalldorf, situé au nord-est de la ville de Berlin. Il a été fondé en 1880 et un « établissement pour idiots » (*Idiotenanstalt*) y a été ouvert en 1881 dans un bâtiment séparé des dix autres pavillons de l'asile *strico sensu*. Situé à l'extrême nord de l'enceinte, « l'institut pour idiots » (*Idiotenanstalt*) est une structure originale car il est dirigé par

⁶² On reviendra sur le contexte de fondation de l'institut de Cernay dans le chapitre 1. Pour davantage de détails sur le choix de cet établissement, voir Valentine HOFFBECK, *L'enfance arriérée au début du XX^e siècle : entre assistance et exclusion. L'exemple de l'Institut Saint-André de Cernay (1891 – 1939)*, 2^e prix CNAF, Dossier d'étude n°118, juin 2009 (consultable en ligne).

un instituteur, restant néanmoins administrativement et financièrement dépendant de l'asile. Ce sont aussi les postulats éducatifs de départ qui ont attiré notre attention sur l'établissement berlinois. Au cours de nos lectures préliminaires, les orientations pédagogiques du directeur de l'*Idiotenanstalt* Hermann Piper ont suscité notre intérêt en raison de leur similitude avec les méthodes qui étaient mises en œuvre à Bicêtre au même moment. L'étude parallèle de ce service allemand se fonde ainsi sur l'hypothèse d'une comparaison pertinente entre deux structures publiques à la chronologie et aux objectifs comparables, puisqu'elles ont été créées dans le but explicite d'éduquer mais aussi de « rendre utile » une catégorie de malades ne pouvant être prise en charge ni par l'école, ni par l'asile. Enfin, l'asile allemand est apparu comme particulièrement intéressant en raison de sa place dans le processus de stérilisation forcée⁶³.

Ensuite, il a fallu considérer la disponibilité matérielle des sources, ce qui implique une réflexion sur l'exploitation de fonds nécessairement asymétriques mais devant pourtant être comparés. En Allemagne, les conditions de conservation ont permis une bonne exploitation des dossiers de patients puisque l'ensemble avait été versé aux archives du *Land* de Berlin. En revanche, l'étude de la catégorie spécifique des arriérés a présenté une difficulté étant donné que les dossiers des patients passés par l'*Idiotenanstalt* n'étaient pas séparés de ceux des autres patients de l'asile. La présence d'un inventaire du fonds et des registres d'admission mentionnant le diagnostic motivant l'internement a permis de reconstituer de toutes pièces un fonds regroupant la documentation concernant une majorité des malades classés dans la catégorie générique d'« idiotie ». Par contre, pour Bicêtre, le fonds était incomplet car les dossiers avaient tous été détruits hormis un échantillonnage d'une dizaine de dossiers de patients « atypiques » hospitalisés dans l'hôpital psychiatrique autour de 1900. Pour cet établissement, il a donc fallu pallier l'absence des dossiers médicaux, qui semblait dans un premier temps indépassable avant que l'on découvre la présence de répertoires d'observations médicales du service qui se sont avérés être une bonne alternative pour reconstituer une partie des parcours des patients du service jusqu'à sa fermeture en 1924. Quant à Cernay, comme dans de nombreux établissements privés, les archives sont restées sur le site même de l'institution — toujours en activité d'ailleurs. Ce travail s'est fait sur place pour les dossiers au

⁶³ Dans les années marquant la borne chronologique supérieure de notre travail, l'asile de Dalldorf garde d'ailleurs une importance particulière concernant des thématiques liées à notre travail. Ainsi, il est l'un des lieux de tournage du film de propagande *Erbkrank* au milieu des années 1930 (les dates précises du document restent inconnues, comprises entre 1934 et 1936). Il s'agit aussi d'un asile ayant connu un taux de mortalité particulièrement élevé au moment de la mise à mort des malades mentaux après 1939, comme l'ont montré les travaux de l'historien Thomas Beddies. Voir Thomas BEDDIES (dir.), *Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin: 1919 - 1960*, Berlin, Matthiesen, 1999.

moment du mémoire de master 2, grâce à un classement préliminaire par année et par ordre alphabétique, et aussi à la maison-mère des Sœurs de la Croix à Strasbourg.

On voit donc que le chercheur se doit de composer avec des fonds d'archives souvent incomplets, mais aussi sous le coup du secret médical, ce qui a nécessité certaines demandes de dérogation⁶⁴. A présent, les biais induits par cette situation doivent être pris en compte par l'historien, mais ne sauraient oblitérer toute possibilité de recherche, en particulier toute comparaison.

Un état des fonds et des vicissitudes du parcours en archives

Même si l'on reviendra plus en détail sur certains types de sources tout au long de ce travail en fonction de leur emploi raisonné dans des chapitres spécifiques, l'état général des fonds utilisés doit être décrit dans ses grandes lignes au préalable.

En France, la recherche historique sur le handicap mental est rendue particulièrement difficile par les manques importants en terme de fonds d'archives disponibles. L'historien de l'administration française Guy Thuillier relève qu'elles sont « réduites à leur plus simple expression »⁶⁵. Les archives des hôpitaux psychiatriques sont très lacunaires, à l'image du peu d'informations disponibles sur le service pour arriérés de la Salpêtrière, tandis que les archives des maisons privées et des maisons religieuses ont souvent été détruites. Toutefois nous avons eu la chance de découvrir en Alsace un fonds encore inexploité dont la richesse fait mentir tout ce qui avait été dit jusque-là sur l'existence des sources. Toujours en activité de nos jours, l'établissement privé de Cernay a en effet conservé ses dossiers de patients, ce qui est loin d'être une règle, puisque le second en Alsace, le Sonnenhof, n'en possède plus à la suite des destructions occasionnées par la Seconde Guerre mondiale. Les Sœurs de la Croix nous ont ouvert leurs fonds conservés dans l'établissement même et au siège de la congrégation à Strasbourg. Ce dernier endroit contient essentiellement les sources administratives : courriers internes à la congrégation, correspondances avec la préfecture du Haut-Rhin ou encore rapports des médecins-chefs, autant de documents permettant d'intéressantes découvertes quant au

⁶⁴ Des demandes de dérogation ont été nécessaires pour l'accès aux registres d'observations médicales des archives de l'APHP ainsi que pour certains fonds conservés aux Archives nationales, comme le fonds du pédopsychiatre Henri Wallon.

⁶⁵ Guy Thuillier montre ensuite que les connaissances dans ce domaine sont tout bonnement mises en danger par la non-conservation des sources : « Sans doute conviendrait-il de faire un recensement de tout ce qui existe encore en ce domaine (aux Archives nationales, dans les archives départementales, à l'Académie de médecine, dans les sociétés savantes) et chercher à préserver, au moins par échantillons, les archives de Instituts médicopédagogiques, des classes spéciales, et des Ecoles autonomes de perfectionnement : il faudra bien un jour écrire l'histoire – par départements- des multiples tentatives d'éducation des handicapés mentaux depuis 1930 ». Guy THUILLIER, « Pour une histoire de l'éducation des idiots », *Handicaps et inadaptations – Les cahiers du CTNERHI*, n°5, p. 79-80.

fonctionnement quotidien de l'établissement, aux influences franco-allemandes dans la période choisie et aux méthodes mises en œuvre pour tenter d'éduquer les malades internés que nous avons pu synthétiser dans notre mémoire de master 2⁶⁶. C'est en explorant d'autres fonds d'archives que nous avons pris la mesure de l'extraordinaire apport des dossiers médicaux de patients conservés à Cernay depuis la fin du XIX^e siècle, riches en correspondances entre le personnel soignant et les familles des malades. Ce matériau a permis de dépasser l'approche uniquement institutionnelle ou médicale en rendant possible l'écriture d'une histoire de la vie quotidienne et de l'intime. Les correspondances des religieuses de l'institut Saint-André avec la maison-mère ou les articles de presse archivés au cours du fonctionnement de l'établissement permettent de saisir l'esprit qui guide l'institution et la façon dont on relate son action dans la presse locale. Le quotidien de l'établissement peut aussi être reconstituée à partir du début du XX^e siècle grâce à des documents synthétiques comme des rapports, des témoignages détaillés relatés dans la presse ou encore des photographies.

Le fonds des Sœurs de la Croix a pu être complété par celui des archives départementales du Haut-Rhin pour saisir la dialectique entre l'établissement et l'Etat central. Des sources imprimées permettant de saisir les présupposés pédagogiques mentionnés explicitement comme modèles pour les méthodes mises en œuvre à Cernay ont également été passés en revue, par exemple les écrits des Belges Alice Descoedres et Ovide Decroly.

Pour l'asile de Bicêtre, l'essentiel du fonds des archives de nature administrative avait déjà été exploité par la sociologue Jacqueline Gâteaux-Mennecier dans le cadre d'une thèse sur l'humanisation de l'enfance aliénée au XIX^e siècle basée sur l'exemple de l'œuvre fondée par le Dr Bourneville⁶⁷. La relecture des écrits de l'aliéniste a néanmoins nourri dans notre travail l'ambition d'aller vers une description plus réflexive et distanciée de la prise en charge des arriérés. Ces lectures ont renforcé la conviction d'une démarche nécessairement comparative afin de prendre la mesure de la rareté d'une action éducative telle que celle menée à Bicêtre. Cette dernière est en effet davantage une exception qu'une œuvre à prendre comme exemple de la réussite et de l'innovation pédagogique à l'égard des arriérés, à une époque où cette population suscite majoritairement le désintérêt des aliénistes. Le récit historique sur la prise en charge des arriérés dans cet asile est surtout fondé sur le

⁶⁶ V. HOFFBECK, *op. cit.*

⁶⁷ Voir J. GATEAUX-MENNECIER, *op. cit.*. Les archives administratives de Bicêtre et les papiers de Bourneville ont également été exploités plus récemment par Philippe Galanopoulos dans le cadre d'une thèse sur l'antichléricisme du médecin-chef ancien interne du Pr. Charcot à la Salpêtrière : Philippe GALANOPOULOS, « Le Dr. Bourneville, l'hystérie et l'antichléricisme au début de la Troisième République: un médecin à l'assaut des superstitions et des croyances religieuses... », Thèse, Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, 2005.

dépouillement systématique de l'ensemble des registres d'observations médicales établis depuis l'origine du service jusqu'à sa fermeture au début des années 1920. Ces registres consignent les motifs d'internement des enfants du « service des idiots » de Bicêtre, les observations faites par les différents médecins les ayant examinés successivement — médecin de famille pour une demande volontaire ou médecin de la préfecture de police dans le cas d'un sujet représentant un danger potentiel pour l'ordre public — ainsi que les antécédents des malades et l'évolution observée dans la première quinzaine d'internement et, plus tard, dans les cas où le malade est maintenu dans le service. Ces registres ont constitué un véritable palliatif à l'absence de dossiers médicaux de patients conservés pour Bicêtre. Ils ont aussi leurs limites, la plus grande étant l'absence quasi totale de la famille dans ces documents qui ne permettent bien souvent d'appréhender l'arriération que sous la focale médicale. Néanmoins, entre les lignes d'un certificat médical apparemment banal, on pouvait aussi comprendre des choses quant au contexte familial ou aux motifs de la demande. Pour compléter l'étude, on a également dépouillé les historiques de l'hôpital de Bicêtre jusqu'aux années 1920, qui mentionnent notamment l'ouverture de nouveaux services, les faits notables dans le service des enfants et à la fondation Vallée, le produit des diverses exploitations des ateliers, les changements dans le personnel soignant ou les grandes lignes de la formation et des cours dispensés aux enfants. On a aussi pu profiter des informations contenues dans le recueil des arrêtés et circulaires réglementaires concernant l'administration générale de l'assistance publique à Paris, qui a permis de retracer l'évacuation des quartiers d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière au début de l'année 1922⁶⁸. L'ensemble des sources imprimées écrites par les autres médecins-chefs du service et conservées aux archives de l'APHP a été d'une grande utilité, tout comme d'autres sources imprimées telles que des publications de certains aliénistes ou internes dans les revues *Le Progrès médical* ou les *Annales médico-psychologiques*. En définitive, l'originalité de notre exploitation de ce fond réside à la fois dans le dépassement des bornes chronologiques des études déjà effectuées sur le service, auparavant limitées au départ du médecin-chef en 1905, mais aussi dans l'élément critique qu'apporte la comparaison avec d'autres structures. On évite ainsi de rester dans une perspective souvent hagiographique du travail du Dr Bourneville en le confrontant avec les pratiques comparables mises en œuvre à Berlin, ainsi qu'avec celles de ses successeurs à la tête du service, ce qui change considérablement la vue d'ensemble.

Une des questions qui se posait à nous quant à la fin du service de Bicêtre était de comprendre la cause de la fermeture du service et surtout ce qu'il advenait des enfants hospitalisés.

⁶⁸ Il s'agit alors de trouver des places pour les anciens combattants et les tuberculeux, qui sont vus après 1918 comme prioritaires par rapport aux « tarés » dont la prise en charge, et surtout les tentatives éducatives, apparaissent de moins en moins urgentes, voire de moins en moins utiles à cette époque.

La solution pour résoudre cette question a été de nous tourner vers les archives de la Seine, afin de dépouiller systématiquement les procès-verbaux de la commission de surveillance de la Seine. Outre les détails qu'on a pu obtenir sur les transferts des sections d'aliénés de Bicêtre vers d'autres asiles de la Seine — principalement celui de Moisselles en Seine-et-Oise⁶⁹ — on a pu également glaner des informations essentielles sur l'évolution du regard des pouvoirs publics porté sur la pertinence et l'utilité (le terme est loin d'être innocent) de services consacrés à la prise en charge et à l'éducation des arriérés. La découverte plus tardive d'une décision du Conseil général de la Seine de supprimer les services d'aliénés des deux hôpitaux de l'Assistance publique en 1922 a éclairé tout ce qu'on avait pu comprendre en dépouillant ces procès-verbaux. La piste du transfert des enfants de Bicêtre dans d'autres services des établissements de Villejuif, Vaucluse et Ville-Evrard n'a quant à elle pas abouti. Ainsi les choix des établissements étudiés dépendent aussi éminemment de la possibilité matérielle de consulter les archives. Elle peut être impossible en raison de la disparition des fonds — ce fut le cas pour les dossiers médicaux de Bicêtre, mais aussi pour Moisselles ou l'institut privé du Sonnenhof en Alsace — ou en raison de la mauvaise conservation des dossiers. Ainsi à Arnouville, où un ancien établissement de rééducation fondé en 1917 pour les nerveux de guerre a accueilli dès 1926 des enfants « retardés et instables », l'état du fonds non encore classé et entreposé dans des conditions problématiques pour l'exploitation a accéléré notre choix de ne pas nous plonger dans ce fonds qui dépassait en outre nos bornes chronologiques puisque la plupart des dossiers de patients déficients mentaux qu'on a pu retrouver étaient postérieurs aux années 1950⁷⁰.

A l'inverse, on peut mentionner les pistes suivies pour explorer d'autres fonds possibles concernant la prise en charge des arriérés dans la zone correspondant à l'ancien département de la Seine qui n'ont pas abouti. Certains fonds sont quasiment vides et de ce fait sans intérêt sur le sujet, comme ceux des hospices de Vitry-sur-Seine ou de Villejuif, ou encore la documentation d'Henri Wallon conservée aux Archives Nationales de Pierrefitte, mais dont la chronologie s'avère, elle, trop tardive pour être massivement exploitée dans ce travail qui s'arrête au milieu des années 1930⁷¹.

⁶⁹ Les malades du service de Bicêtre sont envoyés dans d'autres établissements de la Seine au milieu des années 1920, notamment l'asile de Moisselles. On n'a pu retrouver la trace de ces enfants qui aurait permis de maintenir une équivalence chronologique dans nos différents terrains de recherche. Toutefois l'absence de documentations peut ici être une information en soi, car elle témoigne d'un phénomène de déprise de l'éducation destinée à la population des arriérés dans l'entre-deux-guerres. L'établissement de Moisselles existe encore mais son actuel directeur nous a affirmé qu'aucun fonds antérieur à 1945 n'était conservé. Nous avons ensuite poursuivi la recherche en contactant les archives de l'Oise et des Yvelines, sans que nous ne puissions aboutir à aucun résultat sur d'éventuels fonds concernant des enfants aliénés, déficients mentaux ou arriérés partis de Bicêtre.

⁷⁰ La création d'une section pour enfants réputés instables ou retardés à la date de 1926 nous a fait croire au départ à la conséquence de la fermeture de Bicêtre, mais le lien est vraisemblablement erroné. La présence dans cet établissement de psychiatres réputés tels que Henri Wallon ou Pierre Mâle constituait également un point d'intérêt.

⁷¹ Pistes qui n'auraient pu être suivies sans les indications précieuses données d'une part par Philippe Galanopoulos, auteur d'une thèse sur l'hystérie et grâce à qui nous avons découvert le fonds « Rhein » dans les archives de la BIU

Enfin, d'autres fonds inventoriés nous ont semblé en contradiction avec l'orientation de notre travail⁷². La thèse est aussi jalonnée de rencontres aussi fortuites que précieuses, qui permettent à l'occasion de compenser partiellement la disparition de certains fonds⁷³.

En ce qui concerne le versant allemand de nos recherches, il s'est fait essentiellement au *Landesarchiv* de Berlin⁷⁴. Malgré les conditions favorables offertes par le versement aux archives, il a fallu entièrement « construire » un fonds concernant la prise en charge des arriérés, étant donné que les dossiers médicaux (*Krankenakten*) ainsi que les dossiers administratifs des patients (*Verwaltungsakten*) pris en charge en raison de divers niveaux de déficience mentale n'étaient pas séparés du fonds de l'asile de Dalldorf dans sa globalité⁷⁵. Il a fallu pour cela utiliser dans un premier temps les registres d'admission (*Aufnahmebücher*)⁷⁶. Il est utile ici de restituer la démarche par laquelle nous avons retrouvé plusieurs centaines d'anciens malades passés par l'*Idiotenanstalt* à un moment donné de leur vie. Parmi les motifs d'entrée à l'asile consignés dans les registres, nous avons collecté les noms des patients entrés à Dalldorf selon deux critères : d'une part la mention du diagnostic d' « idiot » (*Idiot*), terme générique pour désigner l'entrée en raison d'un handicap mental. D'autre part, nous avons également retenu les malades répertoriés dans l'entrée « enfant »

Santé, dont on parlera plus loin, et d'autre part Marie Derrien, dont la rigueur dans l'exploitation des archives nous a plusieurs fois guidée vers des fonds possiblement en lien avec notre sujet. On peut aussi mentionner d'autres fonds qui se sont révélés non classés et dépassant majoritairement la période d'étude, comme ce fut le cas des dossiers médicaux de l'institut médico-pédagogique d'Arnouville dans le Val d'Oise.

⁷² Un fonds conservé à l'INRP contient une précieuse documentation composée de sources imprimées sur l'histoire de l'éducation. Il comprend à la fois des publications (grande presse, écrits savants, textes législatifs, comptes-rendus de réunion) et de la littérature grise (lettres, notes, rapports manuscrits ou imprimés datant du début du XX^e siècle), tous compris entre la fin du XIX^e siècle et le début du XX^e siècle. Néanmoins, étant donné que l'essentiel de l'histoire de l'arriération a été écrite du point de vue des discours, c'est pour éviter cet écueil que nous avons choisi d'éviter la dispersion. Pour l'inventaire du fonds, voir Monique VIAL, *Un fonds pour l'histoire de l'éducation spécialisée : inventaire des archives de l'enfance « anormale » conservées au Musée national de l'éducation*, Paris, INRP, 1993.

⁷³ Celle avec Claude Bénichou, chercheur en psychologie et en histoire des sciences, nous a permis indirectement d'en savoir plus sur les patients arriérés de la colonie de Vaucluse dans la période des années 1920 - 30. Au détour de la lecture du titre d'une de mes interventions, ce dernier nous a contacté pour nous informer qu'il y a plus d'une trentaine d'années, il avait exploré les archives de la colonie de Vaucluse. Il a ainsi été possible de consulter son mémoire inédit contenant de nombreuses informations sur les pathologies prises en charge et les écrits réalisés par les médecins de l'établissement.

⁷⁴ Les archives de l'asile lui-même (*Irrenanstalt*) avaient déjà fait l'objet de travaux approfondis de nature quantitative de la part d'une équipe de recherche de l'hôpital de Charité, supervisée par l'historien de la psychiatrie Thomas Beddies, sur la période allant de 1919 à 1960. En revanche, rien n'avait été entrepris concernant la population spécifique de l'établissement réservé aux idiots (*Idiotenanstalt*), hormis un projet lancé par Sieglind Ellger-Rüttgardt mais qui a vraisemblablement été abandonné en cours de réalisation. Dans les archives de la *Georgenstrasse*, nous avons pu retrouver des notes sur une vingtaine d'actes médicaux vus dans le fonds de l'asile de Dalldorf concernant des patients déficients mentaux. Rien n'indique qui a constitué cette documentation, ni selon quels critères. Les dossiers de patients vont des premières admissions au début du XX^e siècle.

⁷⁵ Lors de notre première visite aux archives en novembre 2011, le catalogue des archives mentionnait un seul acte concernant un patient arriéré jusqu'en 1928.

⁷⁶ Au nombre de trente-et-un jusqu'au milieu des années 1920, on y dispose des noms des patients au fur et à mesure de leur arrivée, par ordre alphabétique. Différents renseignements sont consignés, dont le diagnostic (*Diagnose*) pour lequel a été admis chaque patient.

(*Kind*), puisque jusqu'au début du XX^e siècle, l'arriération était le seul diagnostic possible pour l'entrée d'un mineur dans un asile. De plus, on a retenu d'autres patients entrés avant l'âge de seize ans et dont le diagnostic n'était pas mentionné dans les registres. Ignorant au départ combien d'actes allaient pouvoir être retrouvés à partir de cette liste imparfaite, on a pris conscience de l'étendue du fonds qui était peu à peu exhumé. Après quelques semaines, plusieurs centaines de dossiers avaient pu être retrouvés⁷⁷. A ce stade, il s'est avéré que l'ensemble du fonds que l'on cherchait à reconstituer était trop riche pour permettre une étude systématique. Cet échantillonnage imparfait révélant les limites des critères choisis pour retrouver la piste des patients de l'institut pour idiots a pourtant été l'occasion d'une réflexion sur la frontière ténue séparant l'arriération de la folie, le critère d' « éducatibilité » jouant un rôle déterminant⁷⁸. Au cours des mois passés à Berlin, environ 400 dossiers issus de ce fonds ont pu être répertoriés, répartis en trois grandes catégories : dossiers médicaux (*Krankenakten*), dossiers administratifs (*Verwaltungsakten*) et dossiers scolaires (*Schulenakten*), ces derniers étant toutefois peu nombreux, et les catégories s'interpénétrant en terme de documentation contenue dans chacun d'entre eux. L'ensemble des dossiers dépouillés a permis de poser les hypothèses au cœur de ce travail.

Des méthodes permettant d'étudier un objet original et transfrontalier : comparatisme, diachronie et va-et-vient entre discours et pratiques

Le dépouillement du fonds de l'établissement Saint-André de Cernay résume à lui seul tout l'enjeu pratique d'une réflexion méthodologique sur la question de la comparaison d'institutions de nations différentes. L'histoire de l'institut fondé en 1891 est imprégnée du changement de nationalité qu'a connu l'Alsace dans la période dans laquelle nous fixons nos bornes chronologiques. De ce fait, une part importante de nos sources est rédigée en langue allemande, et ce bien après le retour de l'Alsace-Moselle à la France⁷⁹. On retrouve des documents allemands dans les archives des Sœurs de

⁷⁷ Localisés, ils n'auraient pas pu être exploités sans l'aide indispensable de Kerstin Bötticher, archiviste qui a apporté dès que possible son soutien pour la lecture des nombreuses pièces en cursive gothique (*Sütterlinschrift*) desdits dossiers.

⁷⁸ *A posteriori*, nous avons rencontré Thomas Beddies, qui a pu consulter les dossiers de patients de l'*Idiotenanstalt* avant que le fonds ne soit versé au *Landesarchiv* (ils étaient alors au *Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH*), et qui évaluait le nombre de patients à plusieurs milliers. En principe, seule la section consacrée aux idiots prenait en charge des patients de moins de 16 ans. Mais finalement, ce critère problématique de l'âge (on y reviendra dans le chapitre 2) a aussi abouti à la découverte de nombreux dossiers de patients ayant fait plusieurs aller-retours entre asile et établissement pour idiots. L'imperfection de cette sélection est aussi la suivante : dans le cas où un patient est admis à 20 ans dans l'asile, il est tout à fait possible qu'il ait fréquenté auparavant l'*Idiotenanstalt*, et de là ait été transféré. Or, les registres d'admission ne consignent que la dernière date d'admission, un tel cas sera totalement exclu de notre sélection, et par là échappera à notre étude. Cette faiblesse dans notre méthode est toutefois impossible à réduire.

⁷⁹ Le dialecte alsacien, appartenant aux langues germaniques, est toujours la langue d'usage au XIX^e siècle. Après le XVI^e siècle, c'est l' « allemand littéraire » (*Hochdeutsch*) qui s'impose dans les lieux de cultes et dans l'édition. Car

la Croix et de l'institut jusqu'à la fin des années 1930⁸⁰. Après le retour à la France en 1918, l'emploi de l'allemand subsiste malgré la politique de francisation menée dans l'entre-deux-guerres, comme le montrent les correspondances dont nous disposons⁸¹. Par conséquent, étudier des sources alsaciennes dans la période 1890-1934 revient à se trouver sur un terrain binational, un observatoire marqué par son attachement jamais exclusif aux deux nations.

Cette référence au terrain bilingue alsacien est nécessaire pour comprendre en quoi la réflexion méthodologique que nous avons à mettre en œuvre dans ce travail relève de la problématique de la comparaison et du croisement entre des sources issues de deux entités nationales différentes. Malgré leur statut de voisins et le contexte de rapprochement progressif de la France et de l'Allemagne dans l'après-guerre, jusqu'à la fin des années 1980, on peut parler d'une véritable ignorance réciproque des deux pays sur le plan de la réflexion historique. Ce constat explique une situation paradoxale. D'après l'historien allemand Hartmut Kaelble, « dans l'essor qu'a connu l'histoire sociale en Europe pendant les vingt dernières années, le Rhin a représenté une frontière plus impénétrable que la Manche – voire que l'Atlantique »⁸². On peut souligner que l'histoire de la psychiatrie semble comme les autres branches historiques concernée par cette situation, qui aboutit à ce qu'en effet chacun des deux pays ait été plus volontiers comparé avec d'autres plus lointains qu'avec son voisin direct⁸³. Cette désaffection tient à des fondements divers et s'exprime aussi par des frilosités dans beaucoup de publications promettant l'approche comparatiste⁸⁴. Ainsi Christoph et

même après le rattachement de l'Alsace à la France, la langue française ne pénétra que très lentement dans la région, pour s'étendre enfin avec la Révolution française. Claude RICHEZ et Alfred WAHL, *La vie quotidienne en Alsace entre France et Allemagne, 1850-1950*, Paris, Hachette, 1993, p. 10-11.

⁸⁰ Ce constat est peu surprenant eu égard à l'ancrage germanique du dialecte alsacien, qui était resté même sous le Second Empire la langue des chants et des livres de piété. Le maintien du dialecte serait associé à un attachement à l'allemand en tant que langue affective de la pratique religieuse quotidienne. Pour 1000 habitants en 1900 dans le Haut-Rhin, 933 ont pour langue maternelle l'allemand, et 57 le français. A l'inverse, dans les sources issues de la congrégation antérieures à 1890, on constate une présence forte de l'emploi du français, qui s'atténue durant la dernière décennie du siècle. Voir Bernard VOGLER, « Catholiques et protestants alsaciens entre deux langues et deux nations de 1815 à 1945 », in M. LAGREE (dir.), *Les parlers de la foi, religions et langues régionales*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 1995, p. 21-23.

⁸¹ Cette politique de francisation intensive fait craindre non-maîtrise des deux langues pour les écoliers d'alors. C'est pourquoi elle provoque de vives réactions, en particulier de la part de l'Eglise catholique, qui est le principal promoteur du bilinguisme, en particulier au travers de son évêque, M^{gr} Ruch, de la presse catholique et du parti catholique l'UPR, qui voit dans l'usage des deux langues un atout sur le plan intellectuel comme sur le plan économique.

⁸² Hartmut KAEUBLE, « L'histoire sociale en France et en Allemagne fédérale : de l'ignorance cordiale aux promesses d'un nouveau dialogue », *Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques*, vol. 1, 1988, p. 1.

⁸³ Voir Volker ROELCKE, Paul WEINDLING et Louise WESTWOOD (dir.), "International Relations in Psychiatry : Britain, Germany, and the United States to World War II", *History of Psychiatry*, vol. 23, n° 3, 2012, p. 372.

⁸⁴ Hartmut Kaelble énumère six raisons principales qui se rattachent aux traditions historiographiques qui ont prévalu jusqu'il y a une trentaine d'années : la différence entre les périodes chronologiques plébiscitées traditionnellement dans chaque pays (histoire médiévale et moderne en France, XIX^e-XX^e siècle en Allemagne), les différences d'approche des liens entre histoire politique et histoire sociale, deux conceptions du temps antagonistes (amour pour la longue durée et du structurel en France contre étude des changements sociaux en Allemagne), intérêt pour la réflexion théorique en Allemagne, contexte socio-politique relatif à chaque pays pendant la naissance de ces traditions historiques (à la différence d'une France stable politiquement au XX^e siècle, une Allemagne qui doit se pencher sur la lourde question de

Sebastian Conrad remarquent que la démarche relève souvent davantage du *Buchbindervergleich*, c'est-à-dire d'une pratique qui sert plutôt d'effet d'annonce sur la couverture d'ouvrages offrant plus des histoires mises en parallèles que de véritables comparaisons⁸⁵. Néanmoins, depuis une vingtaine d'années, beaucoup de champs historiques ont été fouillés dans une approche comparatiste, et l'histoire de la médecine n'y échappe pas⁸⁶. Dans ce contexte, l'histoire de la psychiatrie elle aussi s'est ouverte sur les comparaisons internationales⁸⁷.

Volker Roelcke, Paul Weindling et Louise Westwood pointent les conséquences pour l'histoire de la médecine du manque de comparaisons internationales. Il favoriserait une ignorance mutuelle entraînant une tendance à exagérer les différences entre pays⁸⁸. D'une manière similaire, le champ spécifique de l'histoire du handicap mental reste quasiment vierge dans l'optique comparatiste franco-allemande. Le champ particulier du handicap mental offre un paradoxe similaire : « ce que fait le voisin est en grande partie ignoré »⁸⁹. Des appels mutuels à une exploration de l'histoire des deux pays ont pourtant existé. D'une part du côté français, Guy Thuillier a souligné la cohérence et même la nécessité d'une étude qui irait au-delà des simples frontières nationales. L'historien constate que « les discussions dans les sociétés médicales, les débats [...] et les obstacles rencontrés – psychologiques, administratifs, financiers – sont, semble-t-il, à peu près identiques dans les différents pays »⁹⁰. Une démarche comparative s'avère d'autant plus pertinente que l'histoire de la prise en charge des arriérés est un « domaine où l'on constate une singulière communauté d'esprit, une circulation fort rapide des doctrines, des informations, des hommes, où l'on pose à peu près dans

sa responsabilité dans le déclenchement des deux conflits mondiaux), et enfin débat entre courant de l'histoire comme science sociale et *Alltagsgeschichte* plus récente en Allemagne qui accentue encore les différences.

⁸⁵ „Dabei ist der Vergleich von Geschichtswissenschaften, vor allem über nationale Grenzen hinweg, ein Neugang auf dem historischen Parkett. Bis vor wenigen Jahren gab es allenfalls eine Reihe von Sammelbänden, welche die komparative Untersuchung von – meist nationalen – Geschichtsschreibungen auf ihre Fahnen (und die Titelseite) geschrieben hatten. Oft handelte es sich hierbei jedoch um 'Buchbindervergleiche', um Sammlungen von parallelen Länderstudien ohne explizite komparative Ausrichtung“. Christoph et Sebastian CONRAD (dir.), *Die Nation schreiben : Geschichtswissenschaft im internationalen Vergleich*, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 2002, p. 11-12.

⁸⁶ Christian BONAÏ, « Formation, recherche et pratique médicales en France et en Allemagne pendant la deuxième moitié du XIX^e siècle : comparaisons, transferts et contre-transferts », Thèse, Strasbourg, 1996 ; E. CRAWFORD, J. OLFF-NATHAN, C. BONAÏ et F. OLIVIER-UTARD (dir.), *La science sous influence : l'université de Strasbourg, enjeu des conflits franco-allemands, 1872-1945*, Strasbourg, La Nuée Bleue, 2005 ; Pour la référence principale sur le sujet, voir Heinz-Gerhart HAUPT et Jürgen KOCKA (dir.), *Geschichte und Vergleich. Ansätze und Ergebnisse international vergleichender Geschichtssreibung*, Francfort, Campus Verlag, 1996.

⁸⁷ Roy PORTER et David WRIGHT (dir.), *The Confinement of the Insane : International Perspectives, 1800-1965*, Cambridge, Cambridge University Press, 2003 ; V. ROELCKE, P. WEINDLING et L. WESTWOOD (dir.), *op. cit.*

⁸⁸ « La tendance dans les approches comparatives intrinsèquement liées au danger d'affirmation historiographiquement inappropriée d'autosuffisance nationale ou même d'uniformité ». V. ROELCKE, P. WEINDLING et L. WESTWOOD (dir.), *op. cit.*, p. 3.

⁸⁹ Sieglind ELLGER-RÜTTGARDT., « La scolarisation d'enfants arriérés et handicapés mentaux en France et en Allemagne : étude historique comparative », *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, volume 4, n°2, décembre 1993, p. 153.

⁹⁰ G. THUILLIER, « Pour une histoire de l'éducation des idiots », *op. cit.*, p. 80.

les mêmes termes, les problèmes les plus délicats (mise au travail des idiots, « rendement » éducatif, traitement « médico-pédagogique », surveillance proprement médicale), et il serait vain de vouloir entreprendre cette histoire sans tenir compte de l'évolution des autres nations »⁹¹. Du côté allemand, l'historienne du handicap Sieglind Ellger-Rüttgardt plaide elle aussi en faveur d'un « dialogue franco-allemand dans le domaine de l'éducation et de l'enseignement des enfants et des adolescents handicapés mentaux »⁹², déplorant que les relations qui semblent avoir existé entre les deux pays à ce niveau n'aient eu aucun retentissement dans l'historiographie française et allemande de l'éducation spécialisée.

Toutefois le choix d'une perspective transnationale, c'est-à-dire qui va au-delà de la simple comparaison terme à terme d'entités stables pour envisager aussi la question des relations, des transferts et des résistances dans le cadre d'une co-construction mutuelle, implique plusieurs obstacles. Le premier est d'ordre linguistique, comme on le traitera plus bas. Un autre réside dans la difficulté d'établir la simultanéité ou l'antériorité de phénomènes constatés sur les deux terrains, dans l'optique des transferts culturels et scientifiques pour notre sujet. En particulier dans la période chronologique choisie où se joue une concurrence, voire une inimitié entre les deux voisins, il est parfois difficile de faire la part des choses dans les discours des protagonistes — aliénistes ou hommes politiques — entre ce qui relève d'une description des faits ou au contraire de l'instrumentalisation d'un discours dans le cadre d'une rivalité affichée entre les deux nations.

De plus, la question de la représentativité des phénomènes étudiés par rapport à la réalité déjà constatée dans chaque pays s'est vite posée. La comparaison d'un nombre limité d'établissements est apparue comme un écueil possible dans le contexte d'une historiographie qui reste encore peu fouillée. Comment se repérer dans un champ quasiment vierge, et qui plus est binational ? Une fenêtre si restreinte permet-elle d'avoir une vision critique de la réalité ? Il a fallu beaucoup de temps et de recul pour prendre la mesure de cette possibilité. L'étude d'un établissement de rayonnement plutôt régional comme Cernay a aussi permis de se convaincre qu'un asile périphérique pouvait faire écho de manière remarquable à des problématiques globales, qui n'ont été étudiées en France qu'à partir du « centre de gravité », de la « capitale » dans le champ de l'histoire du handicap mental. Cette démarche de décentrage a aussi conforté la nécessité d'une alternative à la focale uniquement nationale. Le choix de l'Alsace est apparu idéal en raison de sa situation de « laboratoire » où se

⁹¹ *Ibid.*, p. 80-81. La fin de sa réflexion est également très utile quant à notre sujet : « Chaque pays devrait tenter pour sa part d'explorer l'histoire de l'éducation des idiots en tenant compte des interférences, des « transferts de doctrine, et en publiant -au moins pour la période 'héroïque' et la période la plus 'sensible', avant 1910-1920 – des recueils de documents et de textes tirés des archives publiques ou privées, ou des sources peu accessibles (journaux, rapports administratifs) ».

⁹² S. ELLGER-RÜTTGARDT, « La scolarisation... », *op. cit.*, p. 153.

croisent les influences à la fois françaises et allemandes, bilan qu'on a avait relevé dès le travail de master 2, permettant ainsi de relativiser tout mythe de l'homogénéité des deux nations. On cherchera ainsi à prouver dans ce travail que « la situation locale et singulière offre les avantages du concret, tout en gardant un intérêt national et international exemplaire »⁹³.

L' « entre-deux » alsacien invite également à intégrer une approche en terme d'« histoire connectée » ou « croisée » (*connected/shared history*)⁹⁴. Une telle approche envisage de mettre en rapport des entités, souvent à l'échelle nationale, dont on suppose qu'elles entretiennent des relations ou qu'elles ont été le départ ou la cible de transferts de méthodes, de modèles et de pratiques. Contrairement à la synchronie des fondations de nos établissements dans la décennie 1880-90 qui appelle une démarche comparative, d'autres phénomènes relevant de l'histoire des sciences et de la médecine ne peuvent être abordés qu'en reconnaissant et même en mettant à profit l'aspect diachronique qui les caractérise. Par ailleurs, les données alsaciennes ont rapidement posé la question des transferts et contre-transferts entre les deux nations, qui ne se font pas forcément de manière volontaire, mais parfois inconsciemment. Le but de l'histoire croisée est ainsi d'envisager ce que les croisements créent, au cours de processus d'interaction, de réciprocité ou d'asymétrie⁹⁵. C'est ce qui justifie dans cette thèse la confrontation : la situation politique spécifique de l'Alsace nous permet d'en user comme d'un « observatoire » permettant d'examiner l'influence du politique et du social sur la science, et ainsi les similitudes et différences entre les situations constatées dans les deux pays. En définitive, il s'agit d'exploiter l'avantage important de cette situation frontalière, dans laquelle les idées et les réformes circulent plus qu'ailleurs, et qui s'imprègne en partie des processus et dynamiques des deux entités voisines grâce à cette position de « point d'intersection » évoquée par les historiens Michael Werner et Bénédicte Zimmermann⁹⁶.

⁹³ Christian BONAHE, « Une université internationale malgré elle », in E. CRAWFORD, J. OLFF-NATHAN, C. BONAHE et F. OLIVIER-UTARD (dir.), *op. cit.*, p. 35.

⁹⁴ Nous appuyons ici nos réflexions sur l'article suivant : Michaël WERNER et Bénédicte ZIMMERMANN (dir.), « Penser l'histoire croisée : entre empirie et réflexivité », in M. WERNER et B. ZIMMERMANN, *De la comparaison à l'histoire croisée*, Paris, Le Seuil, 2004, p. 15-43.

⁹⁵ « Les entités, personnes, pratiques ou objets croisés [...] ne restent pas forcément intacts et identiques à eux-mêmes » et c'est en cela que « l'histoire croisée s'intéresse autant à ce que le croisement peut produire de neuf et d'inédit qu'à la manière dont il affecte chacune des parties 'croisées', dont on suppose qu'elles restent identifiables, même altérées ». *Ibid.*, p. 23.

⁹⁶ « Au sens littéral, croiser signifie 'disposer deux choses l'une sur l'autre en forme de croix'. Il en résulte un point d'intersection où peuvent se produire des événements susceptibles d'affecter à des degrés divers les événements en présence, en fonction de leur résistance, perméabilité ou maléabilité, et de leur environnement. Cette idée d'intersection est au principe même de l'histoire croisée », M. WERNER et B. ZIMMERMANN, *op. cit.*, p. 15.

Des précautions nécessaires au maniement du vocabulaire désignant le handicap mental par le passé

Après avoir détaillé le matériel utilisé et l'orientation méthodologique de ce travail, il reste à aborder un écueil méthodologique qui se joue dans l'intitulé même de notre sujet, en l'occurrence le problème du sens et de l'imaginaire véhiculé par la nosographie originelle de l'arriération. Le problème vient du fait que le vocabulaire employé dans nos sources est associé de longue date à des connotations péjoratives. Les mots à employer et les réserves à adopter pour parler du handicap mental sont constants, comme c'est le cas d'une manière générale lorsque l'historien parle de la maladie mentale⁹⁷. Le champ de l'arriération peut donner l'impression gênante de devoir choisir entre l'anachronisme et la grossièreté. La problématique de la thèse se concentre autour de la comparaison entre plusieurs établissements prenant en charge une population qu'on nommerait aujourd'hui « handicapés mentaux » (*geistig Behinderten*) en France et Allemagne. Or le vocabulaire employé dans les sources de la fin du XIX^e siècle au milieu des années 1930 est non seulement totalement différent, mais surtout très problématique car associé au registre de l'insulte⁹⁸. Premièrement, il faut donc souligner les réserves avec lesquelles le vocabulaire spécifique à l'arriération doit être employé dans cette thèse. Certes, les débiles, les idiots, les imbéciles, les crétins et autres arriérés font aujourd'hui partie du langage dépréciatif, tout comme les *morons* ou *feeble-minded* en anglais et les *Schwachsinniger* ou *Blödsinniger* en allemand. Toutefois, il est indispensable pour la rigueur de l'étude de manier les concepts contemporains de l'époque, et ainsi éviter le péché de l'anachronisme. En effet, « c'est le paradoxe du handicap de n'en pouvoir parler au présent et au passé avec les mêmes termes »⁹⁹. Difficile à maîtriser tant dans les ouvrages théoriques que dans la pratique asilaire à travers l'emploi des termes dans les dossiers médicaux de l'époque, cette nomenclature a aussi l'inconvénient d'être très labile. Au cours des deux derniers siècles, la nosographie s'est enrichie puis a complètement été modifiée dans la seconde moitié du XX^e siècle. L'une des difficultés sémantiques de ce travail se rapporte au fait que l'historien est

⁹⁷ L'historienne de la psychiatrie Lisa Roscioni formule ainsi ce problème : « Le choix d'une terminologie générique est néanmoins nécessaire pour échapper au problème insoluble, et qui n'a en vérité pas grand sens, de savoir si la personne considérée était effectivement folle. Tout ce que nous pouvons faire est de chercher à comprendre les critères qui ont ainsi défini cette personne, quand et comment ces critères ont été formalisés, puis transformés au cours du temps ». Lisa ROSCIONI, « Soins et/ou enfermement ? Hôpitaux et folie sous l'Ancien Régime », *Genèses*, 2011, n° 82, p. 36.

⁹⁸ Sur l'origine et l'étymologie débattue du terme de handicap, voir Henri-Jacques STIKER, *Corps infirmes et sociétés*, Paris, Aubier Montaigne, 1982 ; voir aussi André GUESLIN et Henri-Jacques STIKER (dir.), *Les maux et les mots de la précarité et de l'exclusion en France au XX^e siècle : actes des journées d'études du laboratoire ICT-Université Paris 7 des 12 et 13 mai 2011*, Paris, L'Harmattan, 2012. Le terme de « handicap mental » n'apparaît qu'avec la loi de 1975 en France, de la même façon qu'en Allemagne le terme de *Sonderpädagogik* est créé dans les années 1970.

⁹⁹ Monique VIAL, « Enfants handicapés, du XIX^e siècle au XX^e siècle », in E. BECCI et D. JULIA (dir.), *Histoire de l'enfance en Occident, tome II : Du XVIII^e siècle à nos jours*, Paris, Le Seuil, 1998, p. 352.

contraint de « dire le passé avec les mots du présent »¹⁰⁰. Ceci explique pourquoi on n'utilisera plus de guillemets pour ces termes dans la suite du texte, et pas non plus le terme de « handicap mental ». Parmi les termes employés, celui « d'arriéré » servira plus volontiers de dénominateur commun, à la fois déterminé par la pratique des sources et par le fait qu'il est celui employé dans la loi de 1909, sachant que son équivalent allemand (*zurückgeblieben*) a lui aussi une valeur générique¹⁰¹. Néanmoins, utiliser les mots d'hier ne dispense pas de cerner leur emploi et l'objet qu'ils désignent, ce qui sera effectué pour ces catégories utilisées dans un contexte médical au cours du chapitre réservé aux débats nosographiques.

Le cœur même du sujet amène donc à mobiliser constamment la nosographie de l'arriération dans une démarche comparative. Variable dans le temps, cette terminologie l'est encore davantage dans l'espace. En effet, « le champ terminologique et notionnel dit du handicap est à la fois fluctuant dans son extension, multiple dans ses acceptions et discuté dans sa légitimité. Les mots n'ont pas partout, ni toujours, le même sens »¹⁰². Ainsi notre travail est conditionné par la possibilité d'établir des équivalences dans la catégorisation française et allemande des arriérés à la charnière du XIX^e et du XX^e siècles¹⁰³. La richesse conceptuelle est manifeste des deux côtés de la frontière. On a voulu la résumer dans le tableau ci-dessous, dont les équivalences sont le fruit du croisement de résultats empiriques issus de la lecture des sources dans chaque langue avec les lectures d'ouvrages théoriques.

¹⁰⁰ L'historien se trouve devant le dilemme qu'Antoine Prost résume en ces termes: « ou bien il emploie les mots d'aujourd'hui, et il est facilement compris, mais d'une compréhension nécessairement biaisée, faussée et c'est l'anachronisme, le « péché majeur » de l'historien (L. Febvre). Ou bien, il emploie les mots d'hier [...] et il risque de ne pas être compris, car ces mots sont vides et creux pour nos contemporains [...] Que l'historien utilise les mots d'hier ou ceux d'aujourd'hui, il n'échappe pas à la nécessité d'un commentaire ». Antoine PROST, *Douze leçons sur l'histoire*, Paris, Points, 2014, p. 280-281.

¹⁰¹ Ce constat est confirmé par celui de Monique Vial : « au début du XX^e siècle, le mot « arriéré » continue à être utilisé pour désigner l'ensemble des degrés et des formes de déficiences mentales, voire morales, des plus légères aux plus graves ». M. VIAL, *op. cit.*, p. 365. Pour l'allemand, voir Wolfgang Jantzen qui restitue cette phrase tirée de la traduction de l'ouvrage de Paul Sollier : „Dass dem Idiot amnächsten verwandte Kind wird zurückgeblieben, französisch *arriéré*, genannt“, Wolfgang JANTZEN, „Die Entwicklung des Begriffs Imbezillität als Beispiel des gesellschaftlichen Umgang mit Minderheiten“ (non publié), 2003.

¹⁰² M. VIAL, « Enfants handicapés, du XIX^e siècle au XX^e siècle », in E. BECCI et D. JULIA (dir.), *op. cit.*, p. 364.

¹⁰³ La méthodologie relative à l'histoire comparée et croisée sera exposée dans l'introduction. Quelques références toutefois. Sur l'histoire comparée : Hartmut KAELBLE, *Der historische Vergleich : eine Einführung zum 19. und 20. Jahrhundert*, Francfort-sur-le-Main, Campus Verlag, 1999 ; ainsi que Hartmut KAELBLE et Jürgen SCHRIEWER *Gesellschaften im Vergleich: Forschungen aus Sozial- und Geschichtswissenschaften*, Francfort-sur-le-Main, Lang, 1998. Sur l'histoire croisée, voir aussi Heinz-Gerhard HAUPT et Jürgen KOCKA, *Comparative and Transnational History : Central European Approaches and New Perspectives*, New York, Berghan, 2010.

Terme rencontré dans les sources françaises (inclut Cernay après 1918)	Terme rencontré dans les sources en langue allemande (inclut Cernay avant 1918)
Un idiot	Der Idiot, der Blödsinnige
Un imbécile	Der Imbezill, der Blödsinnige
Un débile	Der Debil, der Schwachsinnige
Un faible d'esprit	der Schwachsinnige, der Geisteschwache
Un arriéré	Der Zurückgebliebene, der Schwerbegabte
Un malade mental	Der geistig Kranke, der Wahnsinnige
Un crétin	Der Kretin
Divers : un dégénéré, un taré, un attardé...	Die Verblödung, die Geistesstörung, die Gestesschwäche...

La réflexion critique sur la précision de ces termes et leur stabilité dans les diagnostics des médecins est une question cruciale dans ce travail¹⁰⁴. Aborder la question de la possibilité de la comparaison des nosologies n'en est que plus nécessaire, et ce dès l'introduction. Dans quelle mesure pouvons-nous confronter, traduire et comparer des concepts dont la stabilité n'est pas avérée dans chacune des langues en jeu ? Du côté de l'histoire comparée des deux pays, l'histoire des transferts culturels se sont déjà saisis de la question de la faisabilité de la confrontation des sources en histoire comparée, et ce notamment concernant l'histoire franco-allemande¹⁰⁵. Le problème de la variation des catégories d'analyse est de taille : la nosologie utilisée dans le champ de l'arriération mentale non seulement

¹⁰⁴ Elle sera au cœur du chapitre 3. On se cantonnera ici à la question d'ordre méthodologique se posant dans une perspective comparatiste. On peut signaler d'emblée que, pour les contemporains, la nosographie semblait tout aussi confuse qu'elle apparaît à présent. Ainsi l'aliéniste belge Decroly remarque au début du XX^e siècle que « pour les uns, tous les anormaux intellectuels sont désignés sous le terme d'idiots, alors que pour les autres, le vocable général est imbéciles, débilés, enfants névropathes, dégénérés, phrénasthéniques, faibles d'esprit, anormaux, arriérés, retardataires, etc ». Ovide Decroly cité par M. VIAL, *op. cit.*, p. 57.

¹⁰⁵ Bettina Séverin-Barboutie constate que même si « les différences relevées dans le matériel empirique n'interdisent pas, a priori, la mise en parallèle de sources, elles doivent toutefois être prises en compte lors de la collecte et de l'interprétation des données. La quantité et la densité variable des informations obligent ainsi à préétablir une grille de lecture harmonisée qui peut ignorer ou écarter les données impossibles à croiser faute de symétrie. Parallèlement, elles peuvent limiter ou même empêcher une généralisation ou une modélisation éventuelle des résultats [...] En même temps, elles demandent une attention toute particulière aux modalités et concepts sous-jacents lors de la production des documents ». Bettina SEVERIN-BARBOUTIE, « Entre idéal et réalité. L'histoire comparée face aux sources », in Centre national de la recherche scientifique. *Les Cahiers Irice. Histoires croisées*, Paris, 2010, p. 76-85. L'article est éclairant, en ce que l'auteur établit en exposant le cas particulier de ses sources franco-allemandes que « les contextes et configurations différents dans lesquels étaient produits les documents personnels ainsi que leurs temporalités et leurs densités variables n'empêchent pas de comparer les sources pour autant » (p. 81). Sur la comparabilité des sources françaises et allemandes, voir aussi Michel ESPAGNE, *Les transferts culturels franco-allemands*, Paris, Presses universitaires de France, 2003.

varie dans le temps, mais surtout n'est pas la même de part et d'autre de la frontière. Sur ce plan, le terrain alsacien a sans aucun doute rendu d'immenses services¹⁰⁶. Il faut finalement se résigner et avoir avant tout conscience des limites méthodologiques faisant que tout propos sera toujours tributaire du regard de l'observateur. Ainsi tout va-et-vient entre sources des deux pays amène à des opérations de traduction, des recherches d'équivalences toujours déjà créatrices d'une asymétrie qui doit être réduite, mais reste inévitable¹⁰⁷. Les catégories complexes relevant du domaine de l'arriération ne doivent pas oblitérer tout propos possible, d'autant que le diagnostic médical est loin de se fonder sur une optique purement « cognitive », mais révèlent de manière frappante beaucoup de présupposés idéologiques d'une époque¹⁰⁸.

Axes problématiques et enjeux de ce travail

Une histoire sociale de la prise en charge asilaire de l'arriération

Partir d'en bas et considérer non l'institution, mais le patient lui-même dans son individualité permet — quand les sources l'autorisent — d'avoir une vision de sa sphère familiale, son rôle d'être humain et non plus seulement de « malade ». L'ancrage au sein d'une fratrie, d'un foyer, sont les facettes les plus fascinantes, les plus émouvantes aussi, qu'il nous a été donné de découvrir au cours de nos recherches. Avant d'être objet de classement, de pronostic et de prise en charge à travers le filtre médical, l'arriéré est un sujet que peu de recherches ont situé dans une optique familiale hormis certains travaux anglo-saxons¹⁰⁹. Les problématiques que pose la maladie au foyer sont multiples et déstabilisent souvent son équilibre affectif, économique ou organisationnel.

Il est en tout cas nécessaire de sortir à certains moments de l'institution pour relativiser le côté écrasant de tout l'héritage foucaldien, éclairant mais qui doit être contrebalancé par une vision

¹⁰⁶ Les sources alsaciennes ont été indispensables par la comparaison des termes employés avant et après la césure de 1918 qu'elles rendent possible. De plus, la présence prolongée de documents bilingues dans le fonds de Cernay a confirmé la relativité de la césure linguistique et culturelle.

¹⁰⁷ Pour toute recherche de ce type, « essayer d'en contrôler les incidences à partir d'un travail d'objectivation des rapports multiformes à l'objet - tout en sachant que cette objectivation restera toujours partielle -, afin de mieux maîtriser les biais qu'ils sont susceptibles d'introduire dans les résultats de l'enquête ». M. WERNER et B. ZIMMERMANN, « Penser l'histoire croisée », *op. cit.*, p. 26.

¹⁰⁸ « Les discussions dans les sociétés médicales, les débats [...] et les obstacles rencontrés – psychologiques, administratifs, financiers – sont, semble-t-il, à peu près identiques dans les différents pays [...] C'est un domaine où l'on constate une singulière communauté d'esprit, une circulation fort rapide des doctrines, des informations, des hommes, où l'on pose à peu près dans les mêmes termes, les problèmes les plus délicats (« travail » des idiots, « rendement » éducatif, traitement « médico-pédagogique », surveillance proprement médicale), et il serait vain de vouloir entreprendre cette histoire sans tenir compte de l'évolution des autres nations ». G. THUILLIER, *op. cit.*, p. 80-81.

¹⁰⁹ Catharine COLEBORNE, « Families, Patients and Emotions: Asylums for the Insane in Colonial Australia and New Zealand, c. 1880–1910 », *Social History of Medicine*, 2006, vol. 19, n° 3, p. 425-442 ; Patricia E. PRESTWICH, « Family Strategies and Medical Power: “Voluntary” Committal in a Parisian Asylum, 1876-1914 », *Journal of Social History*, 1994, vol. 27, n° 4, p. 799-818.

« par le bas ». Les établissements qui intègrent des arriérés ne sont pas seulement des machines qui se font le relais d'autres institutions successives (école puis armée) qui s'imposent à l'individu. Le pôle familial complexifie cette approche en ajoutant un acteur en amont, celui qui souvent — en particulier pour les établissements privés — fait la demande d'une institutionnalisation.

Cette histoire sociale est également ancrée dans l'économie, à la fois sur le plan familial et national. Quand les déficients mentaux sont rejetés des familles, c'est souvent pour des raisons économiques. De la même façon, le regard de la société est influencé par le paramètre de l'utilité sociale. Ainsi le désir de soin et d'assistance exprimé par les familles ou d'autres membres de la société civile pour des motifs humanistes et pédagogiques est pris sans cesse en balance avec l'argument utilitaire et financier. On peut mentionner qu'on est toujours, dans ce pôle social, dans une dialectique contradictoire entre indulgence — les arriérés comme innocentes victimes des vices de la société industrielle, succédant à une représentation traditionnelle de « l'idiot paratonnerre » concentrant sur lui la colère divine¹¹⁰ — et condamnation — des arriérés comme des êtres contagieux car source d'une pathologie vue comme héréditaire sur toute la période, hypothèse que s'efforcera de valider différentes disciplines scientifiques de l'époque, comme on l'explicitera dans le dernier axe.

Enfin, il s'agit aussi de montrer comment la science et la pratique médicale sont influencées par ces paramètres économiques et idéologiques. Par là, il s'agit non de plaider pour la neutralité des médecins ou au contraire de faire leur procès, mais plutôt de rappeler le lien toujours déjà existant entre histoire médicale et histoire socio-économique, ce qui permet de rappeler en quoi notre travail s'inscrit dans une lecture sociale de la médecine, en lien avec la société et jamais séparée de celle-ci.

Des cercles et des creux : une histoire croisée institutions et des pratiques médicales

L'histoire du handicap mental du point de vue des discours qu'il a suscités dans le corps médical depuis Pinel et Esquirol a déjà été faite maintes fois. A de nombreuses reprises, elle passe alors par Itard et son sauvage de l'Aveyron, par Bourneville et son service, puis par la loi de 1975 et la question de l'inclusion, esquissant une histoire des discours et donc des réussites pédagogiques. Pourtant, tout historien confronté à cette histoire fait face à deux impressions : l'inexorable répétition de schémas cycliques mêlant discours optimistes et projets d'amélioration d'une part, et l'observation de « creux » béants dans l'histoire sur les moments où les services ferment, où les

¹¹⁰ Sur l'histoire des représentations de l'arriération dans la période médiévale, puis moderne, et notamment ses rapports avec la religion chrétienne, voir Henri-Jacques STIKER, *Corps infirmes et sociétés*, Paris, Aubier Montaigne, 1982.

médecins se taisent. Pourquoi de telles périodes vierges ? Que sont devenues les réalisations annoncées ? De là part la nécessité d'utiliser des sources primaires, afin de savoir, au-delà d'une histoire des discours, ce qu'il en est de la réalité du terrain.

Le regard médical sur la population des arriérés pris en charge est aussi un regard organisateur. Davantage que pour d'autres pathologies psychiatriques, l'enjeu est de trier et non de soigner dans une optique reliée à la logique institutionnelle des admissions et de la crainte perpétuelle de la congestion. Il se confronte en cela au regard de l'éducateur et du psychologue, qui sont abordés largement dans leur rôle quant à la décision d'internement d'une partie des individus ensuite regroupés dans la catégorie des arriérés. Ces trois pôles obéissent à des impératifs liés à leur approche disciplinaire respective, mais se retrouvent dans le versant disciplinaire des critères utilisés. De là part un glissement récurrent du défaut d'intelligence vers le défaut moral, voire social. Au sein de l'institution comme à l'échelle de la société entière, l'arriéré est aussi un anormal dont l'indiscipline voire la dangerosité est appréhendée avec crainte. La construction de la menace sert de catalyseur à la question cruciale du tri des individus problématiques. Les difficultés mêmes de la définition de l'arriération et de ce qu'est l'intelligence dans une société donnée représente un enjeu majeur. En effet, l'imprécision dans ce qu'on entend par le défaut d'intelligence est largement utilisée pour justifier l'entrée dans la catégorie d'individus qu'on n'attendait pas *a priori*, en particulier ceux qui sont par ailleurs qualifiés d' « intelligent » sur le plan cognitif.

A l'échelle institutionnelle, on cherche aussi à retracer les directions suivies par un regard médical objectivant la pathologie via un nombre limité de moyens, étant donné qu'aucun diagnostic de l'arriération n'existe encore à la fin du XIX^e siècle. Le regard médical revendique ainsi l'utilisation de la photographie en tant qu'instrument d'objectivation des causes et des signes extérieurs de la pathologie, comme on le verra dans le chapitre 3 pour l'iconographie riche mise en œuvre à Bicêtre autour de 1900. Or l'évolution des instruments de diagnostic, notamment avec la naissance de la psychométrie, fait passer l'enjeu central du diagnostic au prospectif. Il s'agit peu à peu de prévoir s'il est vraiment profitable d'entamer une démarche éducative, dans le contexte d'une raréfaction toujours plus aigüe du nombre de places, glissement qui semble s'opérer au début du XX^e siècle comme on le verra dans le chapitre 4.

Ce contexte contraint s'intensifie encore après la Première Guerre mondiale, et ce particulièrement en Allemagne. Ainsi, on ne peut comprendre le renoncement des médecins à une optique de guérison et même tout intérêt à cette pathologie sans considérer la problématique de congestion institutionnelle liée à la fois à un contexte économique et à une définition de la pathologie comme progressivement incurable. Concernant la part du contexte économique, le chapitre 5 montre

comment grandit l'impératif d'une évaluation de la valeur économique aussi bien que concernant la qualité physique, intellectuelle et morale d'une personne — attribuée aux individus atteints de déficience mentale selon les lectures médicales et/ou psychologiques. A l'échelle des destins individuels comme à celle des trois institutions étudiées, ce chapitre prouve de quelle manière cette vision utilitariste devient un critère majeur dans le désintérêt croissant accordé à l'arriéré sur le plan institutionnel. Comme le constate un historien de la psychiatrie français, « la théorie de la dégénérescence trouve dans cette dégénérescence institutionnelle sa seule vérification »¹¹¹. Or c'est la chronicité, palpable dans des institutions surchargées, qui motive et valide tout à la fois le climat pessimiste du début du XX^e siècle, mettant fin au court « moment médico-pédagogique » durant lequel quelques convaincus ont cru, dans beaucoup de pays d'Europe, pouvoir remédier à cette pathologie par les soins et l'éducation.

Dans une optique plus large, il s'agit également d'étudier comment les théories médicales sont relues et interprétées selon les questionnements relatifs à une époque et à un espace donnés. Ainsi, plus qu'une histoire comparée des psychiatries française et allemande, il s'agit d'une tentative de croisement des évolutions variables des deux voisins pour en considérer les aspects diachroniques. L'exemple alsacien permet de sortir en partie de la dichotomie des différences et similitudes pour aborder de manière plus nuancée l'histoire des évolutions de la prise en charge des arriérés dans les deux pays. En effet, les césures entre régimes d'historicités français et allemands doivent être tenues pour ce qu'elles sont, des « discordances des temps » pour reprendre l'expression de Christophe Charle, mais qui n'oblitérent en rien la possible comparaison¹¹². Il s'agit d'accepter les bornes historiques parfois mouvantes de ce travail, qui se présente davantage de manière chrono-thématique plutôt que strictement chronologique, et admettre la discontinuité. Car « éclairer les transferts culturels franco-allemands, c'est donc admettre des découpages chronologiques pluriels et décalés. Ce décalage s'accompagne d'une intermittence »¹¹³. L'optique diachronique et la part d'interrogation sur les éventuels transferts permet finalement d'accepter des histoires discontinues et surtout d'éviter les propos téléologiques, expliquant en particulier de manière presque fatale le basculement allemand vers la mise en place des mesures de stérilisation forcées destinées aux malades et handicapés mentaux dès 1934.

¹¹¹ Jacques HOCHMANN, *Psychanalyse, neuro-sciences, cognitivisme*, Paris, Presses universitaires de France, 1997, p. 20.

¹¹² Voir François HARTOG, *Régimes d'historicité : présentisme et expériences du temps*, Paris, Seuil, 2003, p. 26-28.

¹¹³ M. ESPAGNE, *op. cit.*, p. 3.

L'histoire multiscalaire de la construction d'une pathologie

L'évolution des représentations sur l'arriération, tout comme sa résonance avec les sphères éducatives et judiciaires, est mise en valeur dans ce travail par une constante confrontation des échelles macro et micro. En effet, les parcours des patients et les attentes des médecins à l'égard de la curabilité de leur pathologie font écho avec l'évolution des représentations et des savoirs concernant l'arriération mentale. La démarche montrant comment l'histoire individuelle se mêle à celle de la psychiatrie, du fait des sources choisies, permet de mettre en valeur une pathologie qu'il s'agit de considérer tout à la fois à l'échelle individuelle par les dossiers de patients et à l'échelle de la santé du corps social dans son ensemble. L'arriération constitue une atteinte pour chaque malade, mais suscite aussi une progressive menace pour la nation. On peut arguer que c'est un *topos* de l'histoire de nombreuses maladies. Pourtant nous allons montrer que, bien plus que pour d'autres pathologies, la déficience mentale relève d'un va-et-vient constant entre souci collectif et préoccupation individuelle. En effet, le paradigme pendant la période étudiée dicte l'idée que la personne malade mentale représente un danger de contagion potentielle pour l'ensemble du corps social. Or l'arriération représente la pathologie par excellence qui témoigne, pour les aliénistes de l'époque, l'aboutissement de transmission des tares et stigmates relatives à l'arriération par le biais de l'hérédité. Ainsi la théorie de la dégénérescence comme plus tard la génétique partent du postulat de l'aspect congénital de l'arriération. La cause ne pouvant être résolue — identifier le mécanisme de transmission responsable ou faire émerger un test rapide de diagnostic établissant l'existence de la pathologie dans le patrimoine génétique d'un individu — c'est finalement l'empêchement de la reproduction par le biais de la stérilisation qui sera choisi dans le cadre de la politique d'hygiène raciale nazie. Du côté français, les murs de l'asile sont aussi envisagés comme une clôture protégeant le reste de la société, dans l'optique d'une politique sanitaire visant à limiter la prolifération des individus porteurs de tares diverses. Ainsi l'étendue temporelle potentielle fait que la crainte d'une augmentation des malades et déficients mentaux va prendre un aspect exponentiel d'autant plus terrifiant qu'il est validé par l'argument scientifique.

Entre médecine et éducation, entre juridique et biologique, entre sphère familiale et approche macrosociale, est-il possible de proposer une approche d'histoire globale? Nous avons la conviction qu'une histoire écrite à partir des discours prend un nouveau relief grâce à l'étude des dossiers de patients et des travaux de médecins inconnus, qui mettent en relief toutes les contingences en jeu dans une histoire qui ne peut être manichéenne. En effet, tout le paradoxe du croisement de ces échelles et de la confrontation entre discours et pratique réside finalement dans le fait qu'au moment

précis où l'on met en place des structures destinées à accueillir et éduquer cette population jusque-là assimilée à la folie, émerge aussi l'idée de l'incurabilité des arriérés et de la nécessaire abdication thérapeutique dont ils doivent faire l'objet.

Cette thèse s'articule en six chapitres, selon une progression chronologique et thématique. Dans les trois premiers chapitres, l'objectif est tout d'abord d'expliquer comment est née la prise en charge asilaire des arriérés, son fonctionnement dans la pratique et ses présupposés théoriques. Le premier chapitre présente les trois établissements étudiés. Ils sont fondés de manière quasiment concomitante mais doivent être chacun resitués dans leur contexte particulier, à la fois local et national. Ce premier chapitre est aussi l'occasion de mettre en avant les spécificités de chaque pays en termes de tradition disciplinaire quant à la prise en charge des individus présentant un défaut d'intelligence.

Le chapitre 2 examine les déterminants du parcours des individus institutionnalisés, de la famille à l'asile. Les règles d'internement ne sont pas les mêmes dans les trois établissements, notamment en raison de la situation spécifique de l'Alsace après 1870. En revanche les situations rencontrées par l'entourage et sa propre définition du trouble mental suspecté chez le proche sont envisagées de concert, mettant ainsi en avant les similitudes existantes dans la demande de soin.

Le chapitre 3 s'attache lui à restituer le regard médical porté sur les individus présentant potentiellement un défaut d'intelligence, par l'entremise de l'œil ou de la plaque photographique. Il permet d'évoquer la complexité de la nosographie de l'arriération dans les deux pays autour de 1900, mais aussi ses aspects moraux et disciplinaires.

Le chapitre 4 complète le précédent en termes logiques et chronologiques. Il aborde l'émergence de la psychométrie dans la première décennie du XX^e siècle comme outil nouveau d'objectivation du retard d'intelligence, par la discipline nouvelle que constitue la psychologie. A partir de ce chapitre, nous explorons les thématiques abordées jusqu'à leurs prolongements sous le III^e Reich. C'est le cas du test d'intelligence qui sert à justifier la décision de stérilisation forcée dès 1934.

Le chapitre 5 est centré sur la place conférée aux arriérés sur le plan économique. Il vise à montrer la progressive condamnation de ces derniers au motif de l'improductivité relative qui accompagne leur état. En France comme en Allemagne, le début du XX^e siècle signe l'émergence d'une volonté de rationalisation du coût des services étudiés, qui ne fait que s'accroître au gré des aléas économiques qui touchent les deux pays voisins. Cet argument de l'inutilité sociale est

largement mobilisé plus tard par la propagande nazie, afin de légitimer la stérilisation forcée des malades arriérés dans l'optique d'un tri à l'échelle de l'institution tout à l'échelle nationale.

Toute cette histoire ne pourrait toutefois se comprendre sans le chapitre 6, qui aborde la transformation de la perception des arriérés en malades héréditaires sur toute la période. Partant de la théorie de la dégénérescence qui place le crétin comme aboutissement de la transmission de toutes les tares héréditaires, nous défendons l'hypothèse d'une continuité de l'idée de sélection nécessaire qui tire son fondement dans l'appréhension croissante d'un danger sanitaire se propageant par les malades arriérés. A ce titre, ce dernier chapitre explore de manière approfondie l'évolution du savoir scientifique sur la question, en analysant deux études de génétique psychiatrique, menées au début des années 1930 sur des patients des établissements de Cernay en Alsace et de Dalldorf à Berlin. La mise en pratique de la stérilisation est surtout légitimée par certaines thèses d'une science devenue idéologique. Nous abordons enfin la stérilisation vue de France, pour mettre en valeur l'exceptionnalité de l'exécution systématique de la loi de 1934 sous la dictature nazie.

Chapitre 1 : La création de sections pour arriérés dans le cadre asilaire

Ce premier chapitre a pour vocation d'esquisser l'arrière-plan institutionnel sur lequel se dessine notre étude. L'exploration de parcours, de descriptions et de destins de malades pris en charge dans trois établissements situés en France et en Allemagne fonde le parti-pris comparatiste de notre travail. Par conséquent, avant de parler de ces individus à partir du chapitre 2, il s'agit de décrire les institutions qui les accueillent et le contexte national et local dans lequel elles se situent. Si un petit nombre d'établissements privés existaient auparavant, la plupart des pays industrialisés se lancent dans l'ouverture de services spécifiquement consacrés aux personnes présentant un défaut d'intelligence entre le milieu et la fin du XIX^e siècle. C'est à ce moment qu'on peut parler d'une véritable existence de la catégorie des arriérés dans la pratique, que vient signaler géographiquement l'érection d'un endroit où ils se trouvent séparés du reste des malades mentaux. Sur le plan théorique, l'« idiot » avait déjà été décrit par les aliénistes dans la première moitié du XIX^e siècle. Il s'agit ici de prendre la mesure des éventuelles différences entre les deux pays voisins. La principale distinction réside dans la situation davantage sur le plan disciplinaire, puisque l'Allemagne donne une place plus grande à la pédagogie que la France. Au-delà des distinctions existantes, il s'agit aussi de présenter tous les points communs qu'ont ces trois services qui forment le cœur de notre travail. Le passage du monographique au thématique, qui constitue la fin de la partie A, représente une autre occasion de justifier les raisons de la pertinence de notre postulat de départ.

Si ce chapitre mobilise principalement des sources de nature institutionnelle, il n'en reste pas moins important méthodologiquement, par la comparaison et le croisement des approches françaises et allemandes. Par la suite, nos chapitres traitent souvent les deux pays de front sur des thématiques similaires. Il est pourtant nécessaire de prendre la mesure des écarts qui séparent les deux pays en terme de conception de la prise en charge — à travers le thème essentiel de la clôture — mais aussi de façon d'envisager l'arriération comme une pathologie relevant de la médecine, ou au contraire relevant d'une inaptitude potentiellement solvable par des méthodes éducatives. L'autre apport de ce chapitre réside dans l'intérêt fort de sortir d'une approche purement nationale. La seconde partie a pour objet d'illustrer comment la rhétorique du retard ou de l'avance par rapport à l'étranger gagne à

être déconstruite par la confrontation avec les faits. Cette approche transnationale permet ainsi d'éclairer l'instrumentalisation de discours et de visions de l'autre qui n'ont rien de neutre pendant cette période de forte concurrence, voire d'inimitié entre les deux voisins, qui s'influencent malgré tout dans un processus de co-construction même involontaire. Enfin, la comparaison a l'avantage de sortir d'une discours généralisant sur les pionniers de l'éducation médico-pédagogique, qui étaient en réalité peu nombreux à s'intéresser à la déficience mentale et à ses expédients.

A. Prendre en charge le retard mental dans des lieux éducatifs asilaires à la fin du XIX^e siècle

1. *L'Idiotenanstalt de Dalldorf à Berlin : une école accolée à l'asile (1881)*

a) Un contexte de manque d'établissements publics pour arriérés

Au début du XIX^e siècle, la situation des aliénés outre-Rhin est précaire. La plupart des sources postérieures relatent des conditions carcérales caractéristiques de l'enfermement des « fous » au début du XIX^e siècle¹¹⁴ :

Ceux qui ont visité les maisons d'aliénés en Allemagne se rappellent avec effroi ce qu'ils ont vu. On est ainsi saisi d'horreur en entrant dans ces asiles du malheur et de l'affliction ; on n'y entend que les cris du désespoir...C'est une chose effroyable de se voir assailli par des malheureux couverts de haillons et dégoûtants de malpropreté, tandis qu'il n'y a que les chaînes, les liens et la brutalité des gardiens qui empêchent les autres de s'approcher¹¹⁵.

En 1848, le psychiatre Rudolf Leubuscher fait lui aussi état de la situation misérable des malades mentaux dans le pays, décrivant les asiles comme des lieux regroupant sans distinction tous ceux qui ne trouvent ni logement, ni travail tout autant que les criminels¹¹⁶. Jusqu'au milieu du siècle, les malades étaient en effet répartis dans les institutions sans véritable égard pour leur pathologie. Pêle-mêle, les incurables, malades légers, idiots, épileptiques et criminels étaient mélangés dans ce qu'on nommait à l'époque les *gemischten Asyle* (les « asiles mélangés »).

De surcroît, la plupart des sources allemandes évoquent le manque de place existant pour interner ceux qu'on désigne encore de manière générique du terme de « fous ». Alors qu'on croyait à la possibilité de guérir la maladie mentale au début du XIX^e siècle, peu de malades s'avèrent considérés comme guéris à l'issue de leur hospitalisation. Dans les décennies suivantes, la conséquence logique de ce faible taux de sortie est la perte de confiance en une possibilité de soigner

¹¹⁴ Voir par exemple les écrits de Reil. Professeur de clinique interne à Berlin, il plaide en faveur de la mise en place de domaines agricoles, bétail et jardins au sein des asiles, afin de mettre à profit l'aspect curatif du travail en plein-air. Johann Christian REIL, *Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttungen : dem Herrn Prediger Wagnitz zugeeignet*, Halle in der Curtschen Buchhandlung, 1803.

¹¹⁵ Propos de J. Frank cité par Paul Sérieux, « L'évolution de l'assistance des aliénés en Allemagne. Les réformes nécessaires en France », *Revue philanthropique*, vol. 18, 1905-1906, p. 670.

¹¹⁶ Cité dans „Die stätliche Irren- und Idiotenanstalt Dalldorf“, in *Die Anstalten der Stadt Berlin für die öffentliche Gesundheitspflege und für den naturwissenschaftlichen Unterricht*, Berlin, Festschrift dargeboten der 59. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte von städtischen Behörden, Berlin, 1886, p. 151.

la maladie mentale, et un crédit croissant accordé par les aliénistes à l'idée d'incurabilité, ce qu'on abordera plus largement dans les deux derniers chapitres de ce travail. La plupart des asiles allemands sont congestionnés : à l'asile de Damerow à Halle par exemple, les écrits de l'époque relèvent deux malades incurables admis pour un curable vers 1860¹¹⁷. Cette situation qui discrédite le bien-fondé de l'institution asilaire provoque le développement d'un fort mouvement antialiéniste en Allemagne de telle sorte que « des voix s'élevèrent, qui voulaient déconstruire les asiles de fond en comble. L'opinion publique fut bousculée par les reproches émis à l'égard du mauvais traitement dont faisaient l'objet les malades [mentaux], privés de liberté de manière illégitime »¹¹⁸. Plusieurs procès comme celui d'Aix-la-Chapelle donne une publicité nouvelle à cette problématique qui sera traitée à la fin du chapitre.

A Berlin, les fous sont soignés dans le *Friedrichshospital* au début du XVIII^e siècle, et mélangés avec les indigents et les orphelins, ainsi que dans la *Männersiechenhaus* (« section pour hommes incurables ») située dans la *Stralauerstrasse*, une rue de l'actuel Kreuzberg. D'après Emil Bratz, directeur de l'asile dans les années 1920, la situation en Prusse apparaîtrait déjà à ce moment plus favorable que dans beaucoup d'autres endroits de l'aire germanique, où les fous sont encore souvent emprisonnés avec l'ensemble des patients sous l'appellation *gemeingefährlich* (« dangereux pour la collectivité »)¹¹⁹. En 1728 est ouverte une *Irren- und Arbeitshaus* dans la *Krausenstrasse* au sein du quartier de Mitte, regroupant des malades mentaux mais aussi des épileptiques dans des conditions assez médiocres. Après un incendie en 1798, on confie ses possessions à la Charité, qui se trouve investie du devoir de s'occuper de la prise en charge et des soins des malades mentaux. L'*Irrenklinik* (« clinique pour malades mentaux ») de la Charité est bâtie dans cette optique et reste pendant près d'un siècle le principal établissement s'occupant des malades de la commune de Berlin. Parallèlement, les malades mentaux capables de travailler arrivent dans la *Arbeitshaus* (« maison de travail ») d'*Alexanderplatz*, connue sous le nom d'*Ochsenkopf*. Dès les années 1850, les autorités municipales berlinoises mettent en avant la nécessité de se doter d'un bâtiment réservé à la prise en charge des « malades mentaux » (*Irren*) et des « incurable »s (*Siechen*)¹²⁰.

¹¹⁷ *Ibid*, p. 55.

¹¹⁸ Gerhart ZELLER, „Die moderne Psychiatrie beginnt in Wiesengrund. Gedanken über Bratz und das Wittenauer Staffelsystem“, in *Denkschrift zum 100 jähr. Bestehen der Klinik Wiesengrund*, Berlin, Humboldt Krankenhaus, 1980.

¹¹⁹ Archives Georgenstrasse, 17. Ordner, Emil BRATZ, „50 Jahre Dalldorf“, in *Festschrift zum 50. jähriges Bestehen der Anstalt Dalldorf*, Berlin, 1929, p. 2.

¹²⁰ Sources Georgenstrasse, 17. Ordner : „Veröffentlichungen zu Piper und Dalldorf“, Dr Carl IDELER, „Geschichte und Verwaltung des staetischen Irrenwesens“, in *Die staedtlische Irrenanstalt zu Dalldorf (Herausgegeben vom Magistrat zu Berlin)*, Berlin, Verlag von Julius Springer, 1883, p. 12.

En 1862, un premier « asile communal de prise en charge de la folie » (*städtische Irrenverpflegungsanstalt*) est ouvert dans la *Wallstrasse*. Celui-ci s'avère pourtant vite insuffisant en terme de places, obligeant une partie des malades mentaux à rester dans l'établissement d'*Alexanderplatz*, par ailleurs connu pour son état de surpopulation obligeant à regrouper près de 100 personnes dans une même salle. Cette situation est rendue de plus en plus précaire dans la décennie suivant » en raison de l'augmentation constante du nombre de malades mentaux. On passe par exemple de 156 à 264 malades à Alexanderplatz en l'espace de seulement quatre ans (de 1864 à 1868). L'idée de lancer la construction d'un nouvel asile émerge dès le milieu des années 1850, mais des hésitations sur l'emplacement précis de l'établissement ainsi que le nombre de lits ralentissent le processus, pourtant soutenu par des conseillers municipaux illustres tels que Rudolf Virchow. Au fil des ans, le projet est modifié : on passe de 600 lits prévus à l'origine à 400 en 1865, puis à nouveau 1000 lits au début des années 1870. Le nouvel asile se retrouve aussi au cœur de controverses scientifiques entre les partisans d'un asile fermé et les psychiatres souhaitant une structure plus ouverte¹²¹. L'emplacement choisi se trouve à l'époque à l'extérieur des limites de la ville, dans la circonscription (*Kreis*) de Nierderbarnim¹²². La construction de l'asile communal démarre seulement en 1877, même si la décision de construire l'asile est entérinée par le conseil municipal de Berlin dès le 16 avril 1863 et complétée par le projet d'intégrer également les épileptiques. En attendant la fin des travaux, on place certains malades dans des instituts privés. A leur achèvement en février 1880, près de 690 patients — classés à l'époque selon les catégories de la folie (*Wahnsinn*), la mélancolie (*Melancholie*) et l'idiotie (*Blödsinn*) — se trouvent dans douze institutions privées¹²³.

Pour un coût de quatre millions de marks, l' « asile communal de Dalldorf » (*staedtliche Irrenanstalt zu Dalldorf*) est ouvert en 1880¹²⁴. Cette construction rend désormais caduque l'ancien asile d'*Alexanderplatz* qui est fermé la même année. Les promoteurs du nouvel ouvrage vantent à la fois la solidité matérielle de la construction, qui se présente de manière fermée sous forme d'une architecture pavillonnaire et le caractère « exemplaire » (*vorbildlich*) de la réalisation tout au long des premières décennies de son existence, à l'image de la rhétorique qu'on retrouve alors dans le discours des directeurs d'établissements hospitaliers de l'époque.

¹²¹ Sur cette question centrale à l'époque, voir la partie sur la *Familienpflege* reprenant les questions soulevées par le mouvement de l'antipsychiatrie en Allemagne dès les années 1860, ainsi qu'en France au même moment.

¹²² Dans le Regierungsbezirk Potsdam de la province prussienne du Brandebourg.

¹²³ Elles sont énumérées par Emile Bratz dans son article cité ci-dessus. On peut y lire le nom de ces *Privat-Irrenanstalt* et de leurs directeurs ainsi que le nombre précis de patients censés être hospitalisés dans un établissement public.

¹²⁴ Soit « asile d'aliénés municipal de Dalldorf », une commune située à environ 10km de l'*Alexanderplatz*.

Avant même le commencement des travaux, la question se pose d'ajouter à l'ensemble un bâtiment consacré à ceux qu'on nomme le plus fréquemment les « idiots ». En effet, le derniers tiers du XIX^e siècle voit en effet la création massive d'établissements spéciaux pour le traitement et l'hospitalisation de nouvelles catégories de malades qu'on tente de différencier pour améliorer leur prise en charge. La catégorie des malades arriérés en fait partie et une institution publique prenant en charge spécifiquement les malades arriérés est bientôt rattachée au projet d'asile berlinois. Ces derniers étaient jusque là privés d'un établissement communal et étaient majoritairement placés dans des instituts privés et confessionnels tels que Wilhelmstift à Potsdam ou l'établissement de l'instituteur Schulz à Gardelegen, établissements berlinois dans lesquels ils représenteraient plus d'un tiers de l'effectif total¹²⁵.

Jusque-là, les arriérés étaient essentiellement pris en charge dans des. Une source alsacienne de la fin du XIX^e siècle indique qu'on aurait construit des centaines d'instituts privés en Europe¹²⁶. On dénombre dans le Reich wilhelmien 49 établissements pour idiots vers 1900, dans lesquels 17000 malades qualifiés d'« idiots » seraient formés, éduqués et soignés. Sieglind Ellger-Ruttgardt évoque elle pour l'année 1889 l'existence de 52 instituts en Allemagne, dont 22% d'obédience catholique et 76% de protestants¹²⁷. Il semble par ailleurs que la part des catholiques prenne de l'ampleur dans la dernière décennie du XIX^e siècle, puisqu'on compte en 1898 32,7% d'instituts catholiques¹²⁸. Ces fondations privées n'en restent pas moins insuffisantes à accueillir ce qu'on estime être la population potentiellement concernée. Les autres qui ne sont pas placés dans un institut privé se retrouvent parfois au sein d'établissements publics mais sans bénéficier d'une prise en charge spécifique puisqu'aucun en Allemagne ne s'adresse encore spécifiquement aux arriérés. Bien qu'imprécis, les chiffres évoqués dans les sources font état de près de 40000 idiots, crétins et faibles d'esprit dans toute l'Allemagne, dont plus de la moitié ne sont pas pris en charge. Certains échouent aussi au sein de la masse toujours plus importante des *Pflegeabteilung* (« sections de soins ») destinées aux « incurables » (*Unheilbaren*) qui sont de plus en plus congestionnées au milieu du XIX^e siècle, rendant les places disponibles pour les aliénés « curables » d'autant plus rares. La problématique de

¹²⁵ La construction de l'*Idiotenanstalt* ne signifie d'ailleurs pas une déprise de ces institutions privées. Les dossiers médicaux de patients de l'asile de Dalldorf montrent que les aller-retours sont fréquents entre établissements privés et asiles publics, comme on le montrera plus en détail dans le chapitre 2. Gerhart ZELLER, « Die moderne Psychiatrie beginnt in Wiesengrund. Gedanken über Bratz und das Wittenauer Staffelsystem », in *Denkschrift zum 100. jähr. Bestehen der Klinik Wiesengrund*, Berlin, Humboldt Krankenhaus, 1980e.

¹²⁶ Y sont cités notamment Salzbourg en 1816, Marienberg dans le Wurtemberg, Interlaken en Suisse, Berlin en 1844, Leipzig en 1847, Benndorf et Winterbach en 1848, puis 4 ans plus tard la fondation d'un « institut pour crétins » (*Cretinen-Anstalt*) à Ecksberg en Bavière.

¹²⁷ Ces chiffres reflètent bien la proportion bien supérieure de protestants en Allemagne, mise à part dans certains *Reichsländer* comme la Bavière.

¹²⁸ Sieglind ELLGER-RÜTTGARDT, *Geschichte der Sonderpädagogik*, München, Ernst Reinhardt Verlag, 2008, p. 148.

la prise en charge des arriérés correspond donc à celle de la psychiatrie en général, soit l'aptitude des asiles à pouvoir prendre en charge des patients qui puissent un jour guérir et ressortir de l'asile¹²⁹.

Cette préoccupation pour la surpopulation des asiles et le manque de places pour les curables rencontre celle, croissante au XIX^e siècle, de la perception des arriérés comme une population nouvellement problématique du point de vue des autorités municipales. Le rapport annuel de la police communale de Berlin est une source précieuse pour l'historien. Les premières « statistiques sur les fous » (*Irrenstatistik*) se font en effet dans une optique de dénombrement des aliénés dans la perspective d'enjeux de sécurité et d'ordre public. Or ces rapports ne manquent pas de souligner les difficultés d'établir des données chiffrées sur cette catégorie. Alors que la prévalence de la maladie mentale est inférieure à Berlin (1 pour 972 habitants) que dans d'autres Länder comme la Hesse ou le Braunschweig (1 pour 509), les statistiques réalisées à l'époque indiquent la présence d'un nombre d' « enfants idiots » (*blödsinnige Kinder*) plus élevé que la moyenne. Cette information est cruciale dans la mesure où les documents des autorités municipales insistent sur le fait que l'idiotie représente un enjeu particulier dans le cadre de la grande ville, notamment sur le plan judiciaire. L'évaluation de leur nombre butte naturellement sur de nombreux obstacles. Tandis que dans la campagne et dans des villes au nombre réduit d'habitants, les occurrences de maladie mentales sont de notoriété publique, dans l'espace urbain, et en particulier pour une ville de la taille de Berlin, les malades potentiels se dérobent à l'espace public. Seuls sont portés à la connaissance des autorités ceux pour lesquels des mesures judiciaires ont déjà été prises¹³⁰.

En lien avec ces impératifs ainsi qu'une baisse notable du prix des matériaux à la fin des années 1870, on décide de bâtir un an plus tard une structure consacrée spécifiquement aux arriérés à Dalldorf. Elle est accolée à l'asile, mais néanmoins hors de l'enceinte, et l'*Idiotenanstalt*, qui prend au début du XX^e siècle le nom d' « établissement d'éducation » (*Erziehungsanstalt*) est inauguré le 18 novembre 1881. Prévu pour 100 enfants, il en accueille 81 la première année, puis dépasse l'effectif prévu dès la fin des années 1886, ce qui correspond au phénomène plus global de surpopulation qui est attesté dans l'asile de Dalldorf quelques années seulement après son ouverture. Le bâtiment s'organise autour de deux ailes assurant parité et séparation entre les deux sexes comme

¹²⁹ Wilhelm Griesinger, qui devient directeur de la clinique psychiatrique de Berlin en 1865, propose dans les années 1860 de faire la différence entre les malades rentrant dans l'asile en court séjour, qui seraient hospitalisés près des grandes villes, alors que les malades chroniques seraient eux pris en charge à la campagne afin d'y fournir un travail agricole. Le problème du statut des malades chroniques restera dans les décennies qui suivent un problème central de la psychiatrie.

¹³⁰ Voir Manfred STÜRZBECHER, „Anfänge einer geregelten Verwahrung von psychisch Kranken“, in M. STÜRZBECHER, *Medizinische Verlage mit besonderer Berücksichtigung Berlins*, Francfort-sur-le-Main, 1990.

c'est le cas dans le reste de l'asile. Au centre se trouve – physiquement et symboliquement – la maison de l' « l'inspecteur d'éducation » (*Erziehungsinspektor*). Le décalage entre la décision de construire l'asile de Dalldorf et la décision d'y adjoindre un établissement consacré aux arriérés correspond à celui constaté entre les débuts de la psychiatrie et l'intégration plus tardive des enfants à des établissements psychiatriques. Ce décalage s'explique notamment par le fait que les pathologies psychiatriques surviennent plus rarement dans l'enfance. Ainsi la confusion a longtemps régné entre ceux dont le comportement relevait de la déviance (les « oligophrènes »), les psychopathes et les enfants atteints de retard mental. C'est pourquoi à la fin du XIX^e siècle existent beaucoup plus de « maisons de correction » (*Rettungshäuser* ou *Besserungsanstalten*) destinées à l'enfance « en danger moral » que d'établissements à vocation pédagogique. En effet, la gestion des enfants considérés comme arriérés est liée dès l'origine à une problématique sociale qui sera abordée tout au long des prochains chapitres, qui est celle d'intégrer ces enfants à la société ou au contraire de les en isoler de manière préventive. On peut toutefois souligner que la ville de Berlin est une des premières villes allemande où sont tentées des actions pédagogiques destinées à des enfants arriérés avec l'institution privée destinée aux faibles d'esprits (*Heil- und Bildungsanstalt für Blödsinnige*) mise en place en 1845 par Saegert, qui enseignait auparavant dans une école pour sourds-muets.

Il faut noter aussi la construction de plusieurs asiles à Berlin à la fin du XIX^e siècle à la suite de celui de Dalldorf¹³¹. Dès 1889, un autre asile est construit dans le quartier de Lichtenberg, situé à l'est de Berlin. L'asile de Herzberge est conçu tout comme Dalldorf par Hermann Blankenstein¹³² et ouvert en 1893. L'architecte s'occupe également des plans d'un autre asile ouvrant ses portes la même année que Herzberge : de 1890 à 1893, il conçoit celui de Wuhlgarten destiné aux malades épileptiques. Cet asile est bâti au-delà de la limite est de la commune de Berlin, au niveau de la commune de Biesdorf. Il est accessible grâce au chemin de fer et offre une capacité de mille lits à son ouverture. L'établissement suit comme Dalldorf un modèle pavillonnaire séparant strictement hommes et femmes, et est même doté au début du XX^e siècle d'une école comprenant six classes destinées aux « écoliers éducatibles » (*bildungsfähige Zöglinge*) qui sont une cinquantaine en 1914. Enfin, l'établissement de Buch est lancé en 1898 au nord de la ville. Le complexe comprend à son ouverture en 1903 un *sanatorium* pour tuberculeux, un « foyer pour vieillards » (*Alte-Leute-Heim*), ainsi qu'une clinique psychiatrique débutée en 1909. Ce quatrième asile communal berlinois ouvre

¹³¹ Voir Rolf WINAU, *Medizin in Berlin*, Berlin, De Gruyter, 1987.

¹³² Hermann Blankenstein (1829-1910) est un architecte dont de nombreuses réalisations dignes d'intérêt à Berlin : outre les trois asiles publics qu'il réalise, il est notamment l'auteur de l'hôpital *Am Urban*, d'un lycée à Kreuzberg ainsi que de plusieurs églises dont la Maria-Magdalenen-Kirche d'Eberswalde.

ses portes en 1914. C'est ici que sont envoyés par les médecins de Dalldorf les cas considérés comme « incurables ». Ces constructions successives montrent à quel point le manque de place (*Platzmangel*) est un problème chronique dans le secteur psychiatrique, comme le souligne encore Emil Bratz dans les années 1920¹³³.

b) L'organisation de l'établissement et des pavillons consacrés aux arriérés

Notre étude est majoritairement consacrée aux malades pris en charge dans l'*Idiotenanstalt*. Néanmoins, il faut souligner que beaucoup d'entre eux n'y restent pas de manière statique, mais évoluent selon des va-et-vient entre les deux structures. A l'instar des admissions dans d'autres établissements, les changements de pavillons sont fréquents comme on le verra dans le chapitre 2. Dès lors, on ne peut se contenter de donner uniquement des informations sur l'organisation de l'établissement pour idiots. Il est donc nécessaire de détailler les grandes lignes du fonctionnement de l'asile de Dalldorf dans son ensemble, ce qui fondera également la compréhension des personnes établissant les dossiers médicaux que l'on utilisera constamment dans le reste de notre travail.

1) *Catégories prises en charge dans l'Irrenanstalt*

La gestion de l'établissement est assurée par un conseil d'administration — également nommé *Curatorium* — composé de trois membres du conseil municipal et de cinq représentants de l'Etat central. Il bénéficie de compétences larges dans le domaine sanitaire, en dehors de la fixation des coûts des soins qui est décidée par la direction de l'Assistance aux pauvres (*Armendirection*). L'asile est divisé en deux sections : d'une part ce qui est appelé dans les sources l'« asile effectif » (*eigentliche Irrenanstalt*), et d'autre part la section pour les aliénés « infirmes » (*Sieche*) et épileptiques, chacune dirigée par un médecin-chef (*Oberarzt*). Ces derniers sont suppléés par un second médecin et quatre médecins-assistants — soit deux dans chaque section)¹³⁴. Sur le plan de l'asile datant de 1883, on peut voir que l'ensemble de l'asile se compose de dix pavillons, qui sont conçus pour héberger, en fonction de leur taille et du degré de gravité, entre 50 et 160 malades.

¹³³ Archives Georgenstrasse, 17. Ordner, Emil BRATZ, „50 Jahre Dalldorf“, in *Festschrift zum 50. jähriges Bestehen der Anstalt Dalldorf*, Berlin, 1929, p. 4.

¹³⁴ Sources Georgenstrasse, 17. Ordner : Veröffentlichungen zu Piper und Dalldorf, Dr Carl IDELER, „Geschichte und Verwaltung des staetischen Irrenwesens“, in *Die staedtlische Irrenanstalt zu Dalldorf*, Berlin, Verlag von Julius Springer, 1883, p. 14.

L'organisation de l'asile témoigne du fait que ce n'est pas ici la nosographie qui guide la répartition des malades, mais bien plutôt leur comportement. Par exemple, le pavillon n°1 est divisé entre hommes calmes et agités. L'architecture asilaire exprime ici de manière claire l'enjeu disciplinaire de la classification des patients, tout en constituant un objet récurrent de controverse quant à l'efficacité ou la légitimité de l'institution à normaliser le patient, comme on le verra à la fin du chapitre¹³⁵. Mais si cette répartition correspond au comportement, elle recoupe aussi les idées de curabilité ou incurabilité. Ces critères sont en Allemagne un héritage de l'époque de Griesinger, et montrent comment des raisons tout à fait pratiques guident alors le classement hospitalier des malades mentaux¹³⁶. On voulait appliquer les nouvelles tentatives de réforme, plus coûteuses que pour les sujets curables, et c'est ainsi que selon l'aliéniste, « on organisa donc pour eux des asiles entièrement neufs, tandis que les asiles anciens, considérés comme insuffisants pour les malades guérissables, furent transformés en hospices »¹³⁷. La structure de Dalldorf, réunissant en un même établissement – même si répartis dans des pavillons séparés – curables et incurables, témoigne de l'étape suivante dans l'organisation asilaire adoptée en Allemagne. En effet, hôpitaux de traitement et asiles de soin pour les aliénés sont réunis en une seule structure dont la traduction littérale d'« établissement de guérison et de soins » (*Heil- und Pflgeanstalt*) indique leur destination mixte, à la fois curative et palliative.

En dehors de l'*Idiotenanstalt*, le pavillon qui apparaît le plus souvent dans nos sources est le numéro 10. Il correspond à celui de la section des enfants (*Kinderabteilung*) dans lequel sont placés les enfants non éducatibles (*nicht erziebar*). Le pavillon 4 est aussi présent dans les dossiers, puisqu'il s'agit du pavillon d'admission de l'asile, ainsi que le pavillon 9 dévolu aux épileptiques. Sauf exception, c'est entre ces trois pavillons et l'*Idiotenanstalt* que se situent les mouvements qu'on peut observer à l'intérieur de l'asile. Un patient change de pavillon quand il se voit administrer une nouvelle thérapie.

¹³⁵ Benoît Majerus évoque ce dispositif ancré dans l'espace qui a pour enjeu de « rendre le patient conforme à la norme » tout en soulignant immédiatement comment « les moyens de normaliser le patient posent néanmoins question dans le public », donnant une place grandissante au souci de liberté du patient. Benoît MAJERUS, *Parmi les fous : une histoire sociale de la psychiatrie au XX^e siècle*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2013, p. 53. Sur les liens entre asiles et architecture, voir l'ouvrage collectif de James E. MORAN, Leslie Elizabeth et TOPP et Jonathan ANDREWS (dir.), *Madness, Architecture and the Built Environment: Psychiatric Spaces in Historical Context*, Londres, Routledge, 2007.

¹³⁶ Wilhelm Griesinger (1817-1868) devient professeur de psychiatrie à Berlin en 1865, après avoir dirigé un asile en Suisse et participé à la conception de la clinique psychiatrique du Burghölzli. Il s'est notamment battu contre l'usage de moyens coercitifs dans le traitement des aliénés. Voir Eric J. ENGSTROM, *Clinical Psychiatry in Imperial Germany: A History of Psychiatric Practice*, Londres, Cornell University Press, 2003.

¹³⁷ Cité par P. SERIEUX, *op. cit.*, p. 684.

2) L'organisation de l'Idiotenanstalt

L'*Idiotenanstalt* ouvre ses portes le 18 novembre 1881. Au sein de Dalldorf, il représente une section indépendante, mais qui reste toutefois administrativement et économiquement sous la direction de l'asile¹³⁸. On peut voir sur le plan en annexe cette séparation physique de l'*Idiotenanstalt* accolé à l'asile mais néanmoins en dehors de l'enceinte de celui-ci. Le bâtiment à deux étages présente une organisation symétrique avec une séparation entre garçons et filles qui reprend celle de l'asile lui-même¹³⁹. Seuls 11 garçons sont alors pris en charge la première année, mais au bout de seulement quelques années, on atteint la centaine de pensionnaires prévue à l'origine : de 83 en 1883, on passe à 118 en 1884. L'*Erziehungsinspektor*, 3 instituteurs, 8 surveillants¹⁴⁰ et un domestique encadrent les enfants pris en charge la première année. La répartition des élèves se fait selon une division entre ceux « capables d'éducation » (*bildungsfähig*) et ceux que l'on considère « incapables de progrès » (*bildungsunfähig*). Cette division se calque peu ou prou sur la séparation entre « éducatibles » et « incurables », principe de répartition le plus courant à l'époque dans la plupart des asiles. L'origine de ce clivage, qui utilise une terminologie basée sur un référentiel pédagogique, va pourtant au-delà de la simple visée éducative : il s'agit de détecter les enfants potentiellement « aptes à travailler » (*erwerbsfähig*)¹⁴¹.

Il faut souligner néanmoins que cette division n'a rien de tout à fait clivant à cette époque : comme dans le service de Bicêtre quasiment au même moment, les premières sources relatant les objectifs éducatifs insistent bien sur l'idéal d'éducation destiné à l'ensemble des grades de l'arriération, dans une optique avant tout humaniste de rétablissement de la dignité humaine par le biais de l'apprentissage de l'autonomie :

¹³⁸ Par exemple, le directeur de l'asile est responsable de la direction médicale de l'*Idiotenanstalt*.

¹³⁹ Hermann PIPER, „Die städtische Idiotenanstalt Dalldorf“, in *Die Anstaltsfürsorge für körperlich, geistig und wirtschaftlich Schwache im Deutschen Reiche in Wort und Bild*, Halle, 1912, p. 89-93. Voir aussi Wolf STENDER, *Hundert Jahre „Klinik Wisengrund“*. Eine midizinhistorische Untersuchung zur Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Thèse de médecine, Berlin, 1982.

¹⁴⁰ Pour ces deux catégories, le personnel est réparti strictement en fonction des sexes : les 4 gardiennes par exemple sont affectées dans l'aile féminine du bâtiment.

¹⁴¹ Nous consacrerons le chapitre 5 à la question centrale de la finalité pragmatique de toute la prise en charge des arriérés.

Cela apporte une joie particulière quand ces malheureux réussissent enfin à accomplir quelque chose, par exemple se mettre debout tout seul, s'habiller sans aide extérieure, utiliser soi-même sa cuillère au moment du repas, etc.¹⁴².

Et en effet, lors de la première année de fonctionnement, on recense sur les 83 pensionnaires 15 qui ne peuvent se lever seuls, 23 ne pouvant manger de manière autonome, 29 qui doivent être lavés, 10 qui sont grabataires ainsi que 6 qui doivent être nourris par le personnel. Cette situation de dépendance explique qu'on divise les élèves entre « éducatibles » et « incurables », au sujet desquels on se concentre sur l'éducation corporelle. Dans cette optique, l'âge biologique est moins important que l'estimation du degré de développement possible de l'enfant dans la répartition des pensionnaires entre ces deux catégories. A ce titre, dès les débuts du fonctionnement, la fourchette d'âge dans laquelle se situe les élèves de l'*Idiotenanstalt* s'élargit : en 1883, le pensionnaire le plus âgé a 33 ans¹⁴³.

La catégorie des *bildungsfähig* est elle-même subdivisée en cinq classes de niveau¹⁴⁴. Après la « classe d'essai » (*Versuchsklasse*) où l'on apprend les connaissances élémentaires telles que les cinq sens, démarre la « véritable école » (*eigentliche Schule*) où sont enseignées religion, lecture, écriture, calcul, chant, gymnastique, dessin, histoire et géographie. Les détails liés à la pédagogie spécifique mise en œuvre à Berlin et Bicêtre seront étudiés au début du chapitre 5. Néanmoins, on peut d'ores et déjà signaler l'attention portée à l'artisanat et au travail manuel : à la sortie de l'école, les adolescents sont répartis dans les ateliers de cordonnerie, couture, reliure et vannerie pour les garçons, tandis que les filles se voient orientées vers la couture par exemple. Garçons comme filles doivent participer au ménage et aux travaux de jardinage. Cette mise au travail des patients a deux fondements principaux qui répondent globalement aux deux grands motifs de prise en charge qui seront abordés dans les chapitres 2 et 5 : d'une part, le travail représente traditionnellement un outil de guérison dans les asiles psychiatriques, ce qu'on nomme la « thérapie occupationnelle » (*Arbeitstherapie*), qui répond donc à l'impératif de soin. D'autre part, le travail a également un aspect pragmatique, puisqu'il s'agit de « rendre utile » les malades institutionnalisés¹⁴⁵.

¹⁴² „Besondere Freude gewährt es, wenn die Unglücklichen endliche dahin gelangen, allein aufzustehen, sich ohne fremde Hilfe anzuziehen, beim Essen den Löffel zu gebrauchen, etc“. Sources *Georgenstrasse*, 17. Ordner : Veröffentlichungen zu Piper und Dalldorf, Dr Carl IDELER, „Geschichte und Verwaltung des staetischen Irrenwesens“, in *Die staedtlische Irrenanstalt zu Dalldorf (Herausgegeben vom Magistrat zu Berlin)*, Berlin, Verlag von Julius Springer, 1883.

¹⁴³ On reviendra sur la question cruciale de l'âge dans le chapitre 2.

¹⁴⁴ Comme à Bicêtre et Saint-André à la même époque.

¹⁴⁵ Pour davantage de détails sur les débuts de l'*Idiotenanstalt* ainsi que les méthodes pédagogiques mises en œuvre à Dalldorf par Hermann Piper, voir l'article de Petra FUCHS, „Praktiken der Normalisierung“ – Erziehung, Beschulung und Berufs-vorbereitung „bildungsfähiger schwachsinniger“ Kinder in den Wittenauer Heilstätten“, in M. ANKELE et E. BRINKSCHULTE, *Arbeitsrhythmus und Anstaltsalltag, Arbeit in der Psychiatrie vom frühen 19. Jahrhundert bis in die NS-Zeit*, Berlin, Steiner-Verlag, 2015, p. 103-131.

c) Etat des savoirs sur l'arriération : un champ situé entre aliénisme et pédagogie spéciale en Allemagne

Pour comprendre quelle population doit originellement être recrutée par l'établissement mis en place à Dalldorf, il s'agit de faire le point sur ce qui est entendu par « idiot » et autres termes employés pour désigner tous les individus pouvant relever de l'*Idiotenanstalt* au moment de son ouverture, sans toutefois aborder les débats et les limites de la nosographie de l'arriération, démarche qui sera réservée au chapitre 3. Au cours du congrès annuel des médecins aliénistes allemands de 1881, année de l'ouverture de l'asile berlinois, une commission composée notamment du nouveau directeur de Dalldorf Carl Ideler, ainsi que des Dr Koch et Koehler, propose la définition suivante pour établir les caractéristiques de l'idiot : « sont appelés idiots tous les psychopathes privés partiellement ou complètement d'intelligence ou de raison dès l'accouchement ou dans la première enfance »¹⁴⁶. Cette définition correspond globalement à celle utilisée par la plupart des aliénistes allemands du dernier tiers du XIX^e siècle. Soulignons qu'elle se différencie des définitions françaises par l'emploi du terme de « psychopathe » qui n'est presque jamais utilisé pour évoquer les arriérés en France. L'aliéniste allemand Carl Griesinger décrit l'état physique des « idiots profonds » ainsi :

Les idiots profonds [...] ont toujours l'air plongés dans un état de somnolence ; beaucoup d'entre eux ont un aspect sombre, mélancolique ; d'autres au contraire, ont la physionomie absolument indifférente. Ils ont l'air de ne penser à rien. Leur intelligence est complètement muette¹⁴⁷.

L'aspect congénital de l'idiotie représente aussi une donnée importante, qui renforce la vision fixiste de l'idiotie comme état d'autant plus grave qu'il est le plus souvent inné.

Les « imbéciles » (*Imbezill*) et ceux relevant de la « faiblesse d'esprit » (*Schwachsinnigkeit*) sont les deux autres catégories pouvant rentrer dans les services dévolus aux arriérés à Dalldorf. Généralement ces termes servent à qualifier un individu doté d'une intelligence supérieure à l'idiotie. En effet, l'article consacré à l'arriération ou « faiblesse d'esprit » (*Schwachsinn*) de *l'Enzyklopädischen Handbuch der Heilpädagogik* indique dans que l'imbécillité est définie de manière générique comme le « degré de gravité moyen du retard mental », considération semblable à l'approche française de l'imbécillité¹⁴⁸.

¹⁴⁶ Paul SOLLIER, *Psychologie de l'idiot et de l'imbécile*, Paris, F. Alcan, 1891, p. 6.

¹⁴⁷ Griesinger cité par Paul SOLLIER, *Psychologie de l'idiot et de l'imbécile*, Paris, F. Alcan, 1891, p. 142.

¹⁴⁸ En allemand, "mittlerer Schweregrad geistiger Behinderung".

Ces définitions en terme de médecine mentale sont assurément importantes, mais le fait que la structure soit dirigée par un pédagogue au début de la période est une donnée centrale dans la part effective, mais aussi symbolique que tiennent le médical et le pédagogique dans le service annexé à l'asile, et plus généralement dans le secteur de la prise en charge des arriérés en Allemagne à la fin du XIX^e siècle. Face à une telle affirmation, on peut se demander en quoi la pédagogie est associée de manière plus étroite à la médecine mentale de l'enfant en train de naître, et quelle illustration en donne l'*Idiotenanstalt* inauguré à Dalldorf au début des années 1880. En Allemagne, l'histoire de ce qu'on nommerait aujourd'hui la pédopsychiatrie est très fortement liée à celle de la pédagogie spéciale en Allemagne. Ulrike Bleidick parle à cet égard d'un véritable « travail interdisciplinaire » (*interdisziplinäre Zusammenarbeit*) entre psychopathologie et pédagogie dont le début se situe précisément dans les dernières décennies du XIX^e siècle, où se construit la conviction qu'une « thérapie psychiatrique de l'enfant sans visées mobilisant la pédagogie spéciale est aussi irréalisable qu'une éducation sans mobiliser le diagnostic de la psychiatrie infantile dans toutes ses dimensions »¹⁴⁹.

Cette approche interdisciplinaire est visible tout d'abord dans la reconnaissance institutionnelle faite à des travaux menés par des personnes extérieures au monde médical. Les œuvres des pédagogues Johann Heinrich Pestalozzi et de Friedrich Fröbel ont laissé des empreintes majeures dans la seconde moitié du XVIII^e et le début du XIX^e siècle, qui sont visibles également dans le secteur de la pédagogie destinée au retard mental. En ce qui concerne l'étranger, le pédagogue français Séguin est souvent cité dans les sources mentionnant l'école pour idiots (*Idiotenschule*) qu'il a créé à Paris en 1839, ainsi que le Suisse Guggenbühl pour son institut pour crétins de l'Abendberg près d'Interlaken. Ensuite sur le plan institutionnel, les deux périodiques les plus influents dans ce domaine à l'époque, le « Journal pour la prise en charge des arriérés » (*Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger*) et le « Journal pour la recherche sur l'enfance » (*Zeitschrift für Kinderforschung*) sont tenus par des personnalités hétéroclites. En effet, on y trouve des publications de psychiatres très sensibles aux approches de la pédagogie spéciale tel Hoffmann qui a créé en 1864 une section pour enfants à Francfort. D'autres pédagogues ouverts à la psychiatrie y collaborent également, tel que le pédagogue Heller, qui fonde un institut spécial à Vienne et dont les travaux mettant en valeur l'interdépendance entre pédagogie et médecine, comme sa description de la *dementia infantilis*.

¹⁴⁹ Gerhardt NISSEN, „Hermann Piper - Promotor einer Kinderspsychiatrisch orientierten Heilpädagogik“, *Zeitschrift für Jugendpsychiatrie*, Bd. VII, 1969, p. 11.

L'ouverture de l'*Idiotenanstalt* représente une innovation en ce que les moyens mis en œuvre ne sont pas seulement de l'ordre du soin (le verbe *heilen*), comme c'était le cas dans les instituts privés et caritatifs existant auparavant. L'appellation de *Erziehungsanstalt* affirme bien la vocation pédagogique du nouvel institut, tout comme sa direction qui est confiée non à un médecin mais à un pédagogue issu du milieu de l'enseignement. Pour cette raison, on peut affirmer que le primat donné à la médecine dans le domaine de l'enfance arriérée est moins évident qu'en France à la fin du XIX^e siècle. En Allemagne, une loi de 1891 confie la direction des asiles d'adultes aux seuls médecins, signe d'une médicalisation du domaine au moment où un dixième des établissements seulement sont alors dirigés par des membres du corps médical d'après les chiffres cités par Max Kirmsee¹⁵⁰. La différence notable étant que ce n'est pas le cas pour les établissements réservés aux enfants, qui en revanche peuvent être dirigés par des pédagogues, comme c'est le cas à Dalldorf où l'*Idiotenanstalt* est confié au pédagogue Hermann Piper, dont la renommée d'échelle nationale, voire internationale dans le domaine de l'éducation spéciale d'après l'historienne du handicap Petra Fuchs¹⁵¹.

A la fois directeur et en charge de la pédagogie spéciale mise en œuvre dans l'institut, l'orientation pédagogique de Piper ne l'empêche pourtant pas d'accorder une grande importance au domaine médical. Piper n'a de cesse de se former au contact de tout ce qui est fait dans les deux domaines : il visite plus d'une cinquantaine d'asiles pendant les quatre décennies où il dirige l'institut¹⁵². Par ailleurs, il étend son investigation à une trentaine d'« écoles de perfectionnement » (*Hilfschule*), structure contre lesquels il milite néanmoins et sur laquelle on aura l'occasion de revenir au cours du chapitre 4. Parallèlement à ses nombreuses publications centrées sur diverses méthodes pédagogiques destinées à améliorer les enfants arriérés du point de vue de la motricité, de la perception des formes ou de l'articulation¹⁵³, Hermann Piper entretient aussi des contacts pratiques avec le milieu médical : la situation de l'*Idiotenanstalt* au sein d'un asile psychiatrique d'envergure et la rencontre quotidienne avec des médecins sont des paramètres essentiels dans le travail scientifique de Piper. Ce dernier qualifie ses relations avec le médecin-directeur de l'asile, le Dr

¹⁵⁰ Max Kirmsee (1877-1949), pédagogue et homme politique, consacre ses recherches à l'histoire de la pédagogie spéciale et est connu pour être l'un des meilleurs connaisseurs de ce domaine dans la première moitié du XX^e siècle en Allemagne. Malgré sa position opposée à celle de Piper concernant les écoles de perfectionnement communales, il rendit hommage à son travail pédagogique fructueux. Voir Max KIRMSEE, „Zum 50jährigen Amtsjubiläum Hermann Pipers“, *Zeitschrift für Kinderforschung mit besonderer Berücksichtigung der pädagogischen Pathologie*, n°23, 1918, p. 252.

¹⁵¹ Petra FUCHS, „Praktiken der Normalisierung“ – Erziehung, Beschulung und Berufsvorbereitung „bildungsfähiger schwachsinniger“ Kinder in den Wittenauer Heilstätten“, in M. ANKELE et E. BRINKSCHULTE, *Arbeitsrhythmus und Anstaltsalltag, Arbeit in der Psychiatrie vom frühen 19. Jahrhundert bis in die NS-Zeit*, Berlin, Steiner-Verlag, 2015, p. 105.

¹⁵² Beaucoup étaient situés en Allemagne (Braunschweig, Brême, Dresde, Lübben, le Beobachtungsanstalt für Jugendliche de Francfort, Uetschpringe), mais aussi à l'étranger, notamment en Autriche (Vienne-Grinzing et Biedermannsdorf), en Hongrie (Budapest, Pelsue), en Suisse (Biderstein, Zürich) ou au Danemark (Copenhague).

¹⁵³ Ces publications seront mobilisées au début du chapitre 5.

Sander, comme « particulièrement précieuses », soulignant qu'il avait « beaucoup appris de lui sur l'appréciation des cas psychiques isolés »¹⁵⁴. Il loue aussi ses contacts avec le Dr Moeli, directeur de l'asile de Herzberge, qui l'aurait introduit à la connaissance des principaux désordres cérébraux spécifiques aux enfants. De telles relations nouées avec des spécialistes de domaines variés — le pédiatre et directeur de l'hôpital pour enfants de Berlin Baginski, le neurologue Mendel, le physiologue Schäfer ou les orthophonistes Albert et Hermann Gutzmann — l'ont vraisemblablement amené à préciser son diagnostic sur l'arriération. Piper publie d'ailleurs plusieurs articles en collaboration avec ces praticiens dans des revues médicales.

Piper fait aussi une bonne place à la médecine dans les enseignements qu'il dispense aux professeurs des classes de perfectionnement berlinoises dès 1903, fort de son expérience sur la prise en charge des arriérés. Il introduit ses cours par une symptomatologie des faibles d'esprit et traite aussi des questions nosologiques. Pour toutes ces raisons, il apparaît comme l'un des initiateurs en Allemagne d'une approche qui sort des sentiers battus, ce qui fonde des historiens de la pédagogie spéciale à lui octroyer le statut de « pionnier » (*Bahnbrecher*). Il est selon Gerhard Nissen le promoteur d'une « pédagogie spéciale fondée sur une approche médico-psychiatrique et orientée vers l'étiologie », ce qui rend sa présence à la tête de l'*Idiotenanstalt* d'autant plus précieuse à étudier

2. La « section des idiots » de Bicêtre, une école dans l'asile (1883)

a) Un contexte de fondation marqué par l'absence d'établissement public pour arriérés en France

En France, les sources évoquent souvent le fait qu'un quart des arriérés seraient pris en charge dans les écoles, les instituts privés et les hôpitaux du début du XX^e siècle. S'il reste vague, ce chiffre en dit long sur la situation qui est celle de cette catégorie avant la vague de fondation de la fin du XIX^e siècle. L'existence de lieux qui leur sont destinés n'est d'ailleurs pas un indice suffisant pour attester de la qualité de la prise en charge. A l'instar des sources allemandes, on retrouve aussi en France des descriptions catastrophiques des asiles venant légitimer la fondation du service des idiots de Bicêtre. Maxime du Camp, écrivain et célèbre ami de Flaubert venu en visite à la fin des

¹⁵⁴ „Besonders für mich wertvolle Beziehungen hatte ich zum Geh. Medizinalrat Dr Sander, von dem ich sehr viel lernte über die Beurteilung der einzelnen psychischen Fälle“. Cité par Gerhardt NISSEN, „Hermann Piper - Promotor einer Kinderspsychiatrisch orientierten Heilpädagogik“, *Zeitschrift für Jugendpsychiatrie*, Bd. VII, 1969, p. 15.

années 1860, offre un témoignage de la situation matérielle du quartier réservé aux arriérés à Bicêtre avant les réformes menées par Bourneville :

Le quartier des idiots à Bicêtre est une hideuse renfermerie isolée tant bien que mal dans d'anciens bâtiments trop étroits, désagréablement distribués, branlants de vétusté et qui, depuis longtemps, auraient dû tomber sous la pioche des démolisseurs [...] on ne peut le parcourir sans tristesse, car il n'y a pas de spectacle plus navrant que celui de ces animaux à face humaine, chez lesquels rien d'humain ne subsiste. On est étonné que la vie se soit emparée de ces difformes apparences et ait pu s'y installer. Leur crâne déprimé, leurs yeux atones, leur lèvre pendante et baveuse, leurs gestes incohérents, leur démarche oscillante, assez semblable à celle de jeunes ours dressés sur leurs pattes de derrière, en font un objet d'étonnement et de commisération infinie. Lorsqu'on les regarde, on prend la création en flagrant délit d'erreur et l'on se demande pourquoi l'existence a été infligée à ces créatures qui doivent rester closes dans un non être permanent¹⁵⁵.

Dix ans plus tard, le ton est le même dans un article de la *Revue des Deux Mondes* qui relate l'état des deux asiles publics prenant en charge des enfants idiots, à savoir Bicêtre pour les garçons et la Salpêtrière pour les filles :

En résumé, ces deux asiles constituent un spécimen déplorable de notre ancienne assistance hospitalière. Il est regrettable qu'au moment où on a construit les magnifiques asiles de Ville-Evrard et de Sainte-Anne l'on n'ait pas songé à y installer un quartier pour les enfants et pris son parti de supprimer dès cette époque ces deux quartiers de Bicêtre et de la Salpêtrière qui font véritablement peu d'honneur à la charité publique¹⁵⁶.

On peut supposer qu'il appartient au genre de décrire de manière hyperbolique l'état déplorable des situations sans doute difficiles à l'époque, mais que les fondateurs ont intérêt à noircir pour faire apparaître leurs réformes d'autant plus nécessaire¹⁵⁷. D'autres structures existent déjà en France au moment de la création du service des idiots de Bicêtre. Néanmoins, il ne faut pas oublier que le secteur consacré aux arriérés est encore à ses balbutiements à la fin du XIX^e siècle, et que la plupart se cantonnent à des soins simplement matériels – raison pour laquelle l'œuvre médico-pédagogique de Bourneville se révèle si novatrice en France. Comme le rapporte une note de 1904, « sauf de rares établissements d'éducation fondés pour eux par l'initiative privée, les quelques écoles spéciales existant actuellement dans notre pays ont été créées par les soins de l'Assistance publique

¹⁵⁵ Maxime DU CAMP, *Paris, ses organes, ses fonctions et sa vie, dans la seconde moitié du XIX^e siècle*, Paris, 1875, p. 367.

¹⁵⁶ Othenin D'HAUSSONVILLE, « Etude de l'enfance à Paris », in *Revue des Deux Mondes*, 1^{er} mars 1877, p. 74.

¹⁵⁷ A ce titre Jean-Etienne Dominique Esquirol, élève du médecin-aliéniste Pinel, n'était pas le dernier. Auteur de la loi de 1838 sur les aliénés, il décrit dans ces termes les malades mentaux de la Salpêtrière : « Je les ai vus couverts de haillons, n'ayant que la paille pour se garantir de la froide humidité du pavé sur lequel ils sont étendus. Je les ai vus grossièrement nourris, privés d'air pour respirer, d'eau pour éteindre leur soif, et des choses les plus nécessaires à la vie. Je les ai vus livrés à de véritables geôliers, abandonnés à leur brutale surveillance. Je les ai vus dans des réduits étroits, sales, infects, sans air, sans lumière, enchaînés dans des antres où l'on craindrait de renfermer des bêtes féroces... ».

dans les hospices qui reçoivent des enfants anormaux »¹⁵⁸. Il peut être utile de dresser un bilan des structures en fonctionnement dans la décennie où est mis en place le service des idiots de Bicêtre, afin de voir en quoi il représente une innovation certaine par rapport à l'existant.

La plus ancienne structure du genre est l'école pour jeunes filles arriérées de la Salpêtrière. Elle est ouverte vers 1850 par une institutrice que les sources mentionnent sous le nom de M^{lle} Nicole, et « à l'origine, elle n'était qu'une garderie »¹⁵⁹ jusqu'à ce que l'enseignement y soit organisé par le Dr Delasiauve au milieu des années 1860. Ce dernier veut y éduquer des petites idiotes. L'école compte environ 150 élèves de 4 à 21 ans :

Il y a là une centaine d'enfants chez lesquelles une maladie terrible a entravé tout développement du cerveau, toute expansion de l'intelligence. La plupart sont laides, non pas d'une laideur intéressante, comme cela arrive quelquefois, mais d'une laideur bestiale, repoussante. Un trait caractéristique surtout est la petitesse du nez, qui est, en quelque sorte, aplati et, pour ainsi dire, rentré dans le visage. La peau est livide et terreuse, les mouvements convulsifs et saccadés ; la joie, comme le mécontentement, se manifestent par des hurlements ou des cris rauques...¹⁶⁰

Malgré le dévouement de l'institutrice, qui est louée à plusieurs reprises dans les sources, il s'avère que le Dr Delasiauve rencontre de nombreux obstacles matériels dans l'aménagement d'un véritable service dévolu à l'éducation, puisqu'à cette période celle-ci n'est pas encore soutenue par la puissance publique. L'expérience reste à cet égard inaboutie. Au début du XX^e siècle, ce service est sous la direction du Dr Voisin et largement soutenu par Alfred Binet qui en loue les résultats comparativement à ceux de Bicêtre¹⁶¹. Il semble toutefois que si l'école de la Salpêtrière a été mise en place antérieurement à celle de l'institut médico-pédagogique de Bicêtre, il n'en soit pas de même pour l'apprentissage. En 1899, la section des enfants de la Salpêtrière ne comprend par exemple pas encore d'atelier de vannerie, de cordonnerie et de cannage de chaises¹⁶².

On connaît les autres services existant dans le domaine de l'assistance aux enfants arriérés notamment par procès-verbaux de la commission de surveillance des asiles publics d'aliénés de la Seine. Il faut souligner d'emblée que tous les asiles de l'époque n'hébergent pas d'enfants arriérés :

¹⁵⁸ Mme MEUSY, « Notes sur l'éducation des enfants arriérées à l'école de la Salpêtrière », *L'Année psychologique*, vol. 11, 1904, p. 83-93.

¹⁵⁹ Archives A.P.H.P., Bicêtre, 9L 49, Vallée et 5^e4^c, Ecole d'arriérés, Note manuscrite transmise par le Directeur de l'hospice de la Salpêtrière, 3 septembre 1907.

¹⁶⁰ Archives A.P.H.P., Bicêtre, 646 FOSS 49 (articles de presse), A. MILLERAND, « L'Assistance publique », *La Justice*, 2 janvier 1888.

¹⁶¹ Avec une certaine partialité qu'on commentera davantage dans le chapitre 4. En attendant, voir les notes de bas de page écrites par Alfred Binet dans l'article de Mme MEUSY, « Notes sur l'éducation des enfants arriérées à l'école de la Salpêtrière », *op. cit.*, p. 83-93.

¹⁶² Archives de Paris, sous-série D1 X3 14-54 : Procès-verbaux de la Commission de Surveillance des asiles publics d'aliénés du département de la Seine, 1899, p. 141.

Ville-Evrard ou Maison-Blanche¹⁶³ hébergent exclusivement des adultes. La colonie de Vaucluse est ouverte en 1876 dans la Seine à partir d'une ancienne ferme de l'asile du même nom¹⁶⁴. On y prend en charge près de 150 garçons à la fin du XIX^e siècle, sous l'égide du Dr Blin. L'établissement n'accomplit pas seulement des soins matériels pour les malades, car « ceux-ci reçoivent, au point de vue intellectuel, l'instruction qu'une excellente loi démocratique a mise à la portée de tous les jeunes citoyens français »¹⁶⁵. Alors que près de la moitié des garçons qui rentrent à la colonie sont illettrés, à la sortie ce chiffre est sensiblement baissé grâce à l'enseignement primaire prodigué, auquel s'ajoute de surcroît un enseignement agricole et horticole, qui fait partie du traitement médical.

Il faut mentionner également l'action réformatrice impulsée par Bourneville au sujet de l'éducation des arriérés de sexe féminin. Le contexte est celui d'un manque structurel, d'autant qu'à l'époque l'arriération — et l'absence d'éducation en général — est plus tolérée dans les familles concernant les individus de sexe féminin¹⁶⁶. De rares structures tentent de pallier ce manque. Ainsi l'asile de Villejuif affecte un nouveau quartier à la prise en charge des fillettes arriérées et épileptiques dès 1888. Celles-ci viennent notamment de la Salpêtrière et Sainte-Anne où les locaux manquent. La section comprend 75 filles en 1895. En 1899, les procès-verbaux du Conseil de surveillance des asiles de la Seine indiquent que l'« école des petites idiots » est supprimée. Ces dernières sont alors envoyées dans les nouveaux locaux de la fondation Vallée, qui a ouvert quelques années auparavant et est elle destinée aux jeunes arriérées de sexe féminin¹⁶⁷. C'est pour cette raison qu'est créée la fondation Vallée sur le territoire de la commune de Gentilly¹⁶⁸. Dès le milieu du XIX^e siècle, l'instituteur de l'école de Bicêtre y avait ouvert une institution privée¹⁶⁹. Le legs de H. Vallée conditionne l'usage des biens mobiliers et immobiliers à « l'usage spécial d'une institution d'enfants idiots pauvres, autant que possible valides, susceptibles d'éducation et pourvus, dans une certaine mesure, d'aptitudes professionnelles »¹⁷⁰. Après l'acceptation du legs par la préfecture de la Seine en 1888, l'administration de l'établissement voisin de Bicêtre est confiée au Docteur Bourneville. La fondation Vallée devient ainsi une annexe de l'asile, affectée elle aux enfants de sexe féminin et sous

¹⁶³ Construit en 1899.

¹⁶⁴ Archives A.P.H.P., « Rapport de la Commission chargée de l'examen du projet de travaux relatifs à la création d'un nouveau service pour les enfants idiots et épileptiques à l'hospice de Bicêtre », s.d.

¹⁶⁵ Archives de Paris, sous-série D1 X3 14-54 : Procès-verbaux de la Commission de Surveillance des asiles publics d'aliénés du département de la Seine, 1899, p. 377.

¹⁶⁶ Sur le traitement différencié de l'éducation des deux sexes, voir Rebecca ROGERS, Françoise THEBAUD, Caroline KEPPY et Sandrine ROUX, *La fabrique des filles: l'éducation des filles de Jules Ferry à la pilule*, Paris, Textuel, 2010.

¹⁶⁷ Voir Désiré-Magloire BOURNEVILLE, *Histoire de la fondation Vallée*, Bicêtre, France, 1892.

¹⁶⁸ Ainsi nommée du nom de son fondateur, Hippolyte-Tranquille Vallée (1816-1885), ancien surveillant de l'hospice de Bicêtre. Ayant eu l'occasion d'assister à des essais d'éducation sur des enfants idiots depuis l'époque de Séguin jusqu'à Bourneville, il décide de léguer une propriété située à Gentilly à la préfecture de la Seine, à la condition qu'elle soit utilisée en tant qu'institution.

¹⁶⁹ Archives A.P.H.P., Bicêtre, Historique de la Fondation Vallée, Rapport dactylographié, 3 septembre 1907.

¹⁷⁰ Désiré-Magloire BOURNEVILLE, *Histoire de la fondation Vallée*, Bicêtre, France, 1892, p. 12.

l'égide de l'Assistance publique. Sa taille reste plus réduite que le service des garçons : l'établissement compte 258 lits occupés par des filles de 2 à 18 ans. Les bâtiments se répartissent entre dortoirs, réfectoires, ateliers de repassage et couture, ainsi que des salles de classe. Toute la partie Nord-Ouest est occupée par un grand jardin potager qui sert à occuper les jeunes filles valides.

b) Public concerné et organisation du service au sein de l'asile

La genèse du « service des enfants idiots » de Bicêtre a déjà été étudiée en détails entre 1879 et 1905¹⁷¹. Néanmoins il convient de revenir sur les étapes principales de la construction de cette section, inédite à l'époque dans un établissement public. La fondation du service a été fortement déterminée par Bourneville, un homme influent à la fois dans le domaine médical et politique¹⁷². L'aliéniste lutte pour systématiser le traitement médico-pédagogique avec des arguments très proche de ceux utilisés par Séguin et Delasiauve quelques décennies plus tôt, mais c'est sans doute son introduction dans les cercles du pouvoir qui permet sa réussite là où d'autres ont échoué. Conseiller municipal de Paris et conseiller général de la Seine, il devient en outre député du 5^e arrondissement entre 1883 et 1889, et se fait le porte-parole des ambitions civilisatrices des républicains radicaux¹⁷³ tout comme du positivisme et de l'hygiénisme. Dans un contexte d'ascension de la gauche radicale autour de Clémenceau et du vote des lois scolaires, Bourneville profite de l'attention du pouvoir au sujet de l'éducation pour plaider en faveur d'un public jusqu'alors négligé par les pouvoirs publics. La lutte semble toutefois facilitée par la vague de restructurations hospitalières dans la capitale à ce moment¹⁷⁴, ainsi que par les appuis politiques influents du médecin, parmi lesquels le Préfet de la Seine Eugène Poubelle ou encore Léon Bourgeois, à l'époque secrétaire général de la préfecture.

Lorsque Bourneville arrive à Bicêtre en 1879, les enfants sont encore hospitalisés dans le même bâtiment que les épileptiques adultes. Cette situation montre l'absence de prise en charge spécifiquement adressée aux arriérés, hormis ceux dont le déclin des facultés mentales est une conséquence directe de l'épilepsie. Ceux-ci ne reçoivent alors que des soins matériels sommaires et aucune éducation. Les propos de l'auteur dans un article de 1877 restituent bien ce statut problématique de l'arriéré, qui fonde la tiédeur de l'Etat envers eux à la fin du XIX^e siècle. Pour lui comme pour beaucoup de ses contemporains,

¹⁷¹ Jacqueline GATEAUX-MENNECIER, *Les médecins aliénistes, les psychopédagogues et la déficience mentale à la fin du XIX^e siècle. Etude du service des enfants idiots de Bicêtre*, Thèse, Paris, 1986, 570 p.

¹⁷² Voir Isabelle CAVE, « Les médecins-législateurs et le mouvement hygiéniste 1870-1914 », Thèse, Paris, 2013.

¹⁷³ Voir Jacques LEONARD, *La médecine entre les savoirs et les pouvoirs : histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIX^e siècle*, Paris, Aubier Montaigne, 1981.

¹⁷⁴ Françoise SALAÜN, « Approche historique du thème des restructurations hospitalières à travers trois exemples parisiens au XIX^e siècle », *Revue française des affaires sociales* vol. 3, 2003, p. 9-26.

on ne saurait se défendre, en les voyant, d'un dégoût mélangé de pitié moins pour eux qui se sont affranchis de la plus cruelle des souffrances, celle de comprendre leur misère, que pour la nature humaine elle-même, dont on serait tenté de révoquer en doute la divine origine. On se trouve en effet en présence de toutes les monstruositées que pourrait accumuler dans son désordre une création inconsciente [...] Ceux-là même sur lesquels quelque difformité apparente n'attire pas sur-le-champ l'attention, ne vivent manifestement que de la vie animale. [...] Je ne connais pas de spectacle plus triste et plus troublant¹⁷⁵.

L'Assistance publique est donc bien réticente à dépenser de l'argent pour des êtres improductifs et souvent destinés à rester toute leur vie à l'asile. Comme le montre Aude Fauvel dans sa thèse, il n'y a pas « d'apothéose tous azimuts » de l'aliénisme sous la III^e République, et dépenser de l'argent pour les malades mentaux n'a jamais été prioritaire¹⁷⁶. Le bras de fer s'amorce en 1878, quand sur proposition de Bourneville qui siège au conseil municipal puis général de 1876 à 1883, le Conseil général de la Seine décide de s'occuper de la situation des arriérés. Pour appuyer son argumentaire, Bourneville parle de « situation indescriptible » et s'indigne devant l'indifférence de l'administration dans un rapport adressé au Conseil général¹⁷⁷. Il cherche avant tout à séparer les enfants des adultes, embaucher davantage de personnel et construire de nouveaux locaux. Son argumentation s'appuie notamment sur des raisons hygiénistes et pragmatiques, tel que l'insalubrité ou le désœuvrement des enfants¹⁷⁸. Les commissions du Conseil général se succèdent au gré de l'escalade verbale du médecin qui en vient à qualifier la situation de « barbare »¹⁷⁹. Il faut néanmoins attendre 1880 pour que le Conseil de surveillance des asiles de la Seine adopte le projet après modification.

Il est prévu de construire un nouveau bâtiment de plusieurs étages avec des aménagements sanitaires et un autre abritant quatre classes. Le projet est approuvé en juin 1882 et même élargi à un espace suffisant pour 400 enfants, doté de dortoirs, écoles et ateliers. Malgré les hésitations de l'Assistance publique et d'autres interruptions ponctuelles dues à des problèmes d'ingénierie, les travaux se déroulent à partir de 1883 pour un coût financier de 2,88 millions de francs. A la fin de l'année 1885, l'ensemble ne nécessite plus que quelques aménagements secondaires, et est définitivement terminé en 1892 :

Fruit d'une lutte incessante, d'efforts déployés pendant plus de cinq ans, le Quartier spécial des enfants idiots de Bicêtre, service modèle, verra affluer des visiteurs de

¹⁷⁵ Othenin D'HAUSSONVILLE, *op. cit.*, p. 9-25.

¹⁷⁶ Aude FAUVEL, « Témoins aliénés et "Bastilles modernes" : une histoire politique, sociale et culturelle des asiles en France (1800-1914) » Thèse, Paris, 2005.

¹⁷⁷ Pour les détails, voir le chapitre « Le combat contre l'assistance publique » dans Jacqueline GATEAUX-MENNECIER et Roger MISES, *Bourneville, la médecine mentale et l'enfance : l'humanisation du déficient mental au XIX^e siècle*, Paris, 2003.

¹⁷⁸ Voir Gérard SEIGNAN, « L'hygiène sociale au XIX^e siècle : une physiologie morale », *Revue d'histoire du XIX^e siècle*, vol. 40, n°1, décembre 2010, p. 113-130.

¹⁷⁹ D.-M. BOURNEVILLE, *Histoire de la section des enfants de Bicêtre, 1879-1892*, Paris, Progrès médical, 1889, p. 22.

toutes nationalités qui appliqueront dans leur pays ces tentatives médico-pédagogiques en faveur des anormaux [et] recevra la visite de nombreuses personnalités médicales, scientifiques et littéraires¹⁸⁰.

Ce nouveau Quartier spécial forme ainsi la quatrième section des aliénés de Bicêtre, ou « section des enfants ».

On connaît le service dans ses premières années grâce aux nombreux écrits de Bourneville, largement reproduits dans la thèse de Jacqueline Gâteau-Mennecier, mais aussi à travers le compte-rendu d'une visite datant de 1887. Les auteurs du rapport narrant la visite louent les « résultats véritablement extraordinaires » obtenus dans le service. Des précisions intéressantes concernent notamment l'âge des enfants pris en charge :

Nous voici donc dans le service des enfants épileptiques, idiots, fous et gâteux ; quand je dis : les enfants, je ne suis pas dans la vérité stricte, car, parmi les malheureux traités dans ce service de Bicêtre, il en est qui ont vingt, vingt deux et vingt quatre ans, mais qui, -c'est leur affreuse infirmité qui en est la cause- ne paraissent pas avoir dépassé leur 14^e année.¹⁸¹

On voit donc que si le critère de l'âge paraît central au niveau de l'admission, il n'est pas absolu. Souvent l'apparence ou l'âge « mental » permettent d'élargir les bornes convenues, comme lorsque dans un de ses écrits, Bourneville évoque la question du passage entre service des enfants et des adultes en faisant le constat qu'en 1900, le service compte « 70 enfants ayant plus de 18 ans ». Cette antiphrase est révélatrice des enjeux importants de l'âge associé aux arriérés, question sur laquelle nous reviendrons dans le chapitre 2.

Les épileptiques sont donc présents en grand nombre, et si l'on parle à l'époque « d'asile-école » pour désigner le service, il ne faut pas oublier qu'une grande partie du public pris en charge à Bicêtre relève de pathologies très sévères. Certaines sources mentionnent le ratio d'un patient sur deux atteint d'épilepsie. Les malades épileptiques sont nombreux, puisque « dans chaque classe et chaque atelier, se trouve un cabinet, où, sur un matelas placé dans une caisse aux bords élevés, sont placés les malheureux que l'accès d'épilepsie vient surprendre dans leur travail »¹⁸². De manière générale, les cas très graves d'arriération semblent dominer par rapport aux cas légers. L'impression qui transparaît dans les propos du journaliste Jean Khiry lors de sa visite du service en 1887 est éloquente :

¹⁸⁰ Parmi elles Anatole France, Léon Bourgeois, Jean-Martin Charcot, Jean Macé ou encore Maria Montessori. Voir J. GATEAUX-MENNECIER et R. MISES, *op. cit.*, p. 125.

¹⁸¹ Archives A.P.H.P., Bicêtre, 646 FOSS 49, Jean Khiry, « Une visite à Bicêtre », in *La petite R.F.*, 8 août 1887.

¹⁸² *Ibid.*

Que le lecteur le sache bien, en effet, tous ces enfants sont affreusement infirmes : les bossus, les bancals, les aveugles, les borgnes, les épileptiques, se rencontrent dans les locaux de la deuxième division, avec de malheureux êtres dont la tête en pain de sucre ou aux dimensions énormes et monstrueuses, indique trop clairement l'irréparable déchéance¹⁸³.

Le service ouvert à Bicêtre dès le début des années 1880 abrite donc un public hétérogène, ce qui n'est guère surprenant puisqu'à l'époque, ce qu'on appelle l'arriération regroupe finalement toutes les pathologies que la science aliéniste détecte chez l'enfant.

c) Théories médicales sur l'arriération

A partir de Pinel, la plupart des aliénistes français ont réservé à l'arriéré une place dans leurs traités médicaux tout au long du XIX^e siècle, sans que beaucoup pourtant explorent avec un réel intérêt une pathologie que la plupart estiment congénitale et le plus souvent incurable.

Avant d'être utilisé pour désigner le stade le plus grave de la déficience intellectuelle, le terme d'« idiotie » est historiquement la première acception utilisée par les aliénistes pour désigner d'une manière générique les arriérés et les distinguer des aliénés. Les Français Pinel puis Esquirol établissent les premiers la différence fondamentale entre le retard mental et la folie¹⁸⁴. Le développement apparaît comme un élément central dans la définition de l'idiotie puisque c'est en fonction du degré de développement qu'est établie la distinction entre folie d'une part et idiotie de l'autre. Contrairement à la catégorie plus tardive de la débilité, l'idiotie n'est pas un simple retard d'intelligence : pour Esquirol, il s'agit au contraire d'un « état particulier dans lequel les facultés intellectuelles ne se sont jamais développées »¹⁸⁵. Le développement distingue l'idiotie de la folie d'une part, et des autres degrés de l'arriération. Cette absence d'achèvement dans le processus explique aussi l'assimilation fréquente entre idiots et enfants. « L'idiot est une sorte d'enfant, ce n'est pas un malade ; c'est quelqu'un qui est plus ou moins enfoncé à l'intérieur d'une enfance qui est l'enfance normale elle-même »¹⁸⁶.

L'existence de vices organiques de constitution accompagnant la pathologie représente un deuxième élément caractéristique de la pathologie, qui s'assimile à une infirmité de ce point de vue. Pour Edouard Séguin, « le retard est un degré de développement de moins, et l'idiotie est une

¹⁸³ *Ibid.*

¹⁸⁴ En 1801 Pinel classe l'aliénation en quatre catégories : la simple mélancolie (délire partiel), la manie (délire généralisé), la démence (affaiblissement intellectuel généralisé) et l'idiotisme. Pour lui, cette dernière catégorie se distingue par une abolition totale des fonctions de l'entendement.

¹⁸⁵ Constat qui est également repris par Belhomme pour qui elle est « un état constitutionnel dans lequel les fonctions intellectuelles ne se sont jamais développées ». Cité par Paul SOLLIER, *Psychologie de l'idiot et de l'imbécile*, Paris, F. Alcan, 1891, p. 6.

¹⁸⁶ Michel FOUCAULT, *Le pouvoir psychiatrique: cours au Collège de France, 1973-1974*, Paris, Seuil Gallimard, 2003, p. 207.

infirmité »¹⁸⁷. D'ailleurs, les premiers aliénistes et pédagogues prenant en charge les idiots notent que ces individus cumulent souvent un handicap physique à leur handicap mental qui les rend gâteux et totalement incapables de remplir de manière autonome les tâches les plus élémentaires.

Les idiots incurables restent confinés dans leur lit, ou placés sur des fauteuils percés à cause de leur gâtisme et de leur impotence personnelle. Ils sont incapables de manger seuls ou alors ils mangent avec les mains, ne sachant se servir ni de cuiller ni de fourchette. Ils sont d'une maladresse insigne, n'ont aucune idée de la direction, ce qui témoigne même de l'état rudimentaire de leur sens musculaire. Car ils mettent continuellement leurs aliments à côté de leur bouche, se barbouillent le visage avec, renversent leur boisson, mangent avec une malpropreté révoltante. Ils n'ont, du reste, aucune idée de la propreté, et ne savent ni se moucher, ni retenir leur salive, leur urine ou leurs excréments¹⁸⁸.

Du fait de ces infirmités fréquentes, la déficience ou anormalité physique nécessite pour les cas les plus sévères d'idiotie une prise en charge attentive — certains sont immobiles, d'autres au contraire très agités — et des soins constants. Certaines malformations physiques représentent des causes de la pathologie intellectuelle, comme c'est le cas pour la microcéphalie ou l'hydrocéphalie dans lesquelles le développement cérébral est entravé par un paramètre physique. La microcéphalie concerne les « individus dont le cerveau n'atteint pas la moyenne normale » tandis que les hydrocéphales sont contraints de passer leurs journées alités en raison du poids excessif de leur tête, comme on peut l'observer sur les photos en annexe. D'autres malformations n'ont en revanche *a priori* aucun lien avec le retard mental, comme la paralysie de certains arriérés ou leur cécité. A la fin du XIX^e siècle, de tels signes étaient souvent interprétés par les médecins comme des « stigmates » témoignant de la sévérité de l'arriération, auxquels on consacra la fin du chapitre 3. Pourtant, il s'avère que toute infirmité est en réalité reliée à la pathologie comme preuve supplémentaire de sa gravité¹⁸⁹. A ce sujet, il faut mentionner que le « type mongolien » est déjà identifié par les aliénistes français et allemands à la fin du XIX^e siècle. Souvent nommé « idiotie mongoloïde », la pathologie est identifiée par le médecin britannique John Langdon Down dès 1866¹⁹⁰, et repose en partie sur la

¹⁸⁷ Edouard SEGUIN, *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et des autres enfants arriérés ou retardés dans leur développement*, Paris, Baillière, 1946, p. 125. Pour une étude historique sur la pensée de Séguin et la portée de son action, voir Yves PELICIER, Guy THUILLIER, *Un pionnier de la psychiatrie de l'enfant: Édouard Séguin, 1812-1880*, Paris, Association pour l'étude de l'histoire de la sécurité sociale, 1996.

¹⁸⁸ Paul SOLLIER, *Psychologie de l'idiot et de l'imbécile*, Paris, F. Alcan, 1891, p. 142.

¹⁸⁹ Ainsi Paul Sollier dit à propos de la cécité qu'elle est « déjà un signe de dégénérescence assez profonde qui doit d'autant plus faire craindre pour l'état intellectuel que l'absence d'un sens aussi important que celui de la vue enlève à l'enfant une source immense de connaissance ». Paul SOLLIER, *Psychologie de l'idiot et de l'imbécile*, Paris, F. Alcan, 1891, p. 44.

¹⁹⁰ Le titre de cet article, *Observations sur une classification ethnique des idiots*, est intéressant du point de vue de "l'infériorité" qui est attribuée aux arriérés à la fin du XIX^e et au début du XX^e siècle et ses parallèles avec le raciste de l'époque. Il parle de "mongolisme" au sujet des malades atteints de ce qu'on appellera plus tard le « syndrome de Down » par analogie avec les caractéristiques ethniques attribuées au peuple mongol : « Un très grand nombre d'idiot congénitaux sont typiquement mongols [...] Les cheveux ne sont pas noirs, comme chez les vrais Mongols, mais de couleur brune, raides et étriés. La face est plate et large, et dénuée de proéminence. Les joues sont rondes et élargies latéralement. Les

mobilisation de signes distinctifs spécifiques au « type » décrit sur lesquels on reviendra plus longuement à la fin du chapitre 3.

A l'instar du terme d' « idiot », celui d' « imbécile » est déjà employé dans un sens nosographique au début du XIX^e siècle et présent dans les sources de la pratique médicale à Bicêtre dès les premières années du service. On l'attribue à Esquirol, qui aurait mis en évidence la différence entre ces deux catégories de l'arriération : « dans la première, les facultés intellectuelles et affectives, n'ont pu se développer, que jusqu'à un certain point : ce défaut de développement caractérise l'imbécillité » tandis que « dans la seconde, la manifestation des facultés est nulle ou presque nulle ; les individus, dans cet état sont appelés idiots ou crétins »¹⁹¹. Pour l'aliéniste, alors que les idiots sont totalement privés des sens et figés à un stade qu'il qualifie de « primitif », les imbéciles peuvent eux faire preuve de capacités de combinaison et de comparaison, bien qu'ils ne puissent maîtriser de notions générales et abstraites. A la fin du XIX^e siècle, si l'on excepte la question de leur éducatibilité¹⁹², l'imbécillité est considérée comme niveau intermédiaire entre idiotie et débilité, sur laquelle on s'étendra davantage dans le chapitre 3.

3. L'institut Saint-André de Cernay en Alsace : un Idiotenanstalt fondé au sein du Reichsland d'Ober-Elsass (1891)

a) Contexte spécifique d'un établissement privé confessionnel

Cet établissement relevant cette fois-ci de la bienfaisance privée a été créé par la congrégation des Sœurs de la Croix de Strasbourg¹⁹³. Un premier projet d'un « orphelinat agricole diocésain » est

yeux sont placés en oblique [...] Les lèvres sont larges et épaisses avec des fissures transversales. La langue est longue, épaisse, et râpeuse. Le nez est petit. La peau a une teinte légèrement jaunâtre, déficiente en élasticité, donnant l'apparence d'être trop large pour le corps [...] il ne peut y avoir aucun doute que ces caractéristiques ethniques sont le résultats d'une dégénérescence [...] Le type mongolien d'idiotie représente plus de 10% des cas qui se sont présentés à moi. Ce sont toujours des idiots congénitaux, et jamais la conséquence d'accidents après la vie intra-utérine [...] Ils ont une capacité considérable d'imitation [...] Ils sont comiques [...] Ils sont habituellement capables de parler ; le langage est simplet et indistinct, mais peut être amélioré grandement par une méthode bien dirigée de gymnastique de la langue. La faculté de coordination est anormale, mais pas si défectueuse qu'elle ne puisse être grandement renforcée ». Nous reverrons cette approche dans le chapitre consacré à la théorie de la dégénérescence.

¹⁹¹ Étienne Esquirol, *Dictionnaire des Sciences médicales*, 1818, article "idiotisme".

¹⁹² Elle sera traitée dans la 3e sous-partie de la 2e partie de la thèse : "Eduquer le déficient mental?".

¹⁹³ Cette congrégation est fondée à Strasbourg au début des années 1830 par Adèle de Glaubitz. Fervente lectrice de journaux, elle est frappée à l'époque par le nombre d'enfants vagabonds, en danger moral ou voleurs, dont les passages dans les tribunaux sont narrés dans la presse. C'est ce qui la décide à partir en Suisse en 1830, où elle visite une école tenue par des sœurs éducatives, qui apprennent un métier à de jeunes déclassés sociaux. Attirée par l'originalité de la

élaboré dès 1886 sur les terres dites de l'Ochsenfeld situées dans le Haut-Rhin. A l'origine, l'œuvre est commanditée par M^{gr} Stumpf, successeur d'André Raess à la tête de l'évêché de Strasbourg¹⁹⁴. Là aussi, les sources mettent rétrospectivement en avant la situation de carence dans de telles structures et l'urgence d'une réalisation. Ainsi on retrouve diverses références à de jeunes arriérés abandonnés à la vermine par leur famille, ou confinés dans des granges à défaut de trouver un lieu d'accueil :

Partout se faisait sentir le besoin d'un asile catholique pour ces malheureuses créatures, imparfaitement développées et malformées dans leur esprit et leur corps, vivant une existence plus animale qu'humaine dans un état bien triste et pitoyable, à la charge des familles et des communes, souvent mal-aimées sinon malmenées¹⁹⁵.

Sans cadre, les plus valides sont en proie à divers dangers en grandissant : la création d'une telle œuvre serait « devenue urgente en raison du nombre considérable de garçons livrés à l'abandon et qui deviennent la proie des principes pervers et du vagabondage, et que jamais fondation ne s'est présentée sous des auspices plus favorables, au point de vue matériel »¹⁹⁶. Le but moral apparaît ainsi comme central dans la légitimation du projet.

Un autre aspect qui apparaît important dans le contexte de fondation est la façon dont l'industrialisation est ressentie de manière néfaste par les fondateurs du projet. Le secteur haut-rhinois est particulièrement touché par ce phénomène, et « avant d'être détrônées par Bâle, Ludwigshafen, Francfort et Cologne, Mulhouse et Thann sont, durant une soixantaine d'années, les deux capitales de la chimie rhénane »¹⁹⁷. Cet aspect sert à légitimer le futur établissement qui doit précisément être bâti à une dizaine de kilomètres de Mulhouse et juste à côté de Thann¹⁹⁸. Cet argument mis en avant par les catholiques alsaciens est une facette de la « question sociale » qui

démarche, elle forme le projet de former à son tour des filles indigentes, et fonde l'œuvre des Servantes, puis le 2 février 1848 l'association des religieuses de la Croix. L'établissement a une dimension d'une part sociale, celle de former des jeunes filles « en danger moral » à devenir des domestiques

¹⁹⁴ André Raess fut évêque de Strasbourg pendant près d'un demi-siècle. Originaire de Sigolsheim, il devient en 1842 le premier évêque alsacien depuis 1375. Il fut « l'ecclésiastique qui a le plus marqué le diocèse de Strasbourg au XIX^e siècle » et un soutien actif des congrégations ainsi que les Jésuites. Voir Jean-Marie MAYEUR et Yves-Marie HILAIRE, *Dictionnaire du monde religieux dans la France contemporaine, Tome 2 : L'Alsace*, Paris, Beauchesne, 1987, p. 348.

¹⁹⁵ „Man fühlte alleorts das Bedürfniss für jene unglücklichen Geschöpfe, welche geistig und körperlich mangelhaft entwickelt und misbildet oft ein mehr halbtierisches als menschenwürdiges Dasein fristen, deren Lage gewiss eine recht traurige und mitleidvolle ist, die sich und andern, ihren Familien und den Gemeinden zur Last fallen und deshalb oft unfreundlich und grob, ja manchmal unmenschlich behandelt werden, ein katholisches Asyl zu eröffnen, in welchem diese armen Cretinen mit christlicher Liebe gepflegt würden“. Gratian VON LINDEN, *Ochsenfeld, eine neue Station der christlichen Liebe, Zur Erinnerung der neuerrichteten Idioten-Anstalt in Ochsenfeld*, Strasbourg, Druck und Verlag von F.I. Le Roux, 1892. p. 90.

¹⁹⁶ A.S.C., Liasse « anciens documents », CE-1A : Dossier « Pièces et écrits des personnes qui ont joué un rôle dans la fondation », Lettre dactylographiée de (illisible), notaire à Mulhouse à Sa Grandeur Monseigneur Stumpf, Coadjuteur de Monseigneur l'évêque du Diocèse de Strasbourg, Mulhouse, décembre 1886.

¹⁹⁷ Bernard VOGLER et Michel HAU, *Histoire économique de l'Alsace, Croissance, crises, innovations : vingt siècles de développement régional*, Strasbourg, La Nuée Bleue, 1997, p. 188.

¹⁹⁸ On reviendra sur ce point dans le chapitre 2.

préoccupe l'Église au même moment. Dans le *Reichsland* comme dans divers pays européens, « on s'interroge sur les causes de la dégradation des mœurs que l'on constatait en milieu ouvrier, sur le succès du socialisme, et l'on recherchait des solutions concrètes »¹⁹⁹. La communauté religieuse catholique craint les effets potentiellement néfastes de cet essor industriel et entend jouer un rôle dans une optique de moralisation des masses.

Il est nécessaire d'expliquer dès maintenant la principale originalité de l'établissement Saint-André de Cernay, qui est son caractère confessionnel. S'il ne modifie qu'à la marge la prise en charge, l'identité catholique revendiquée par les fondateurs est présente dès l'inauguration en 1891.

Depuis longtemps, on avait à plusieurs reprises exprimé le souhait d'ériger une institution catholique accueillant les idiots et les enfants faibles d'esprit sur notre sol natal alsacien consacré par des valeurs chrétiennes de l'amour du prochain²⁰⁰.

Certes, la demande de soin et de prise en charge d'une telle population explique en partie la fondation du nouvel établissement. Toutefois, il faut noter qu'un établissement semblable existe déjà du côté protestant à Bischwiller²⁰¹. Vers 1880, près de 85% des Alsaciens sont de confession catholique — en particulier dans les cantons au sud d'une ligne Munster-Neuf-Brisach où la proportion des protestants passe en-dessous du décile. Cet état de fait rend clairement l'absence d'un établissement pour arriérés incongrue pour les autorités religieuses, qui entendent être présentes sur tous les fronts de la question sociale²⁰². A ce titre, la congrégation des Sœurs de la Croix a été fondée dans le but spécial de venir en aide aux plus pauvres et aux plus déshérités. Or jusqu'au début des années 1890, le Sonnenhof à Bischwiller possède le monopole de la bienfaisance privée adressée aux arriérés²⁰³. La fondation de Saint-André est donc à situer sur un front non seulement médico-

¹⁹⁹ R. EPP, *op. cit.*, p. 463.

²⁰⁰ „Schon seit längerer Zeit ward vielfach der Wunsch geäußert, man möge in unserm mit Werten der christlichen Nächstensliebe so reinlich gesegnet Elsass auf heimatlichem Boden eine katholische Idiotenanstalt für schwache und blödsinnige Kinder errichten“. G. VON LINDEN, *op. cit.*, p. 89.

²⁰¹ La majorité des protestants alsaciens sont alors de confession luthérienne (à l'instar des protestants allemands). Les deux foyers de réformés calvinistes se situaient à Mulhouse et Bischwiller. Les fondateurs de Saint-André n'ignorent pas l'existence du Sonnenhof et l'opuscule célébrant l'inauguration de l'établissement de Cernay évoque d'ailleurs un « institut évangélique à Oberhoffen près de Haguenau ». Le site d'origine du Sonnenhof est effectivement situé à Oberhoffen, comme l'explique cet extrait du journal de G. Stricker : « Après de longues recherches, nous avons enfin trouvé la maison idéale à tous points de vue à Oberhoffen à 2km de Bischwiller [...] Tout ceci nous a été proposé d'une telle façon que nous y avons vu un signe de Dieu, et confiants dans le Seigneur nous avons acheté cette belle propriété pour 20000 F ». Extrait du journal *Sonntagsblatt* n°8 du 20 février 1876, p. 118, cité dans *Mémoires du Sonnenhof, Pages choisies*, Bischwiller, Fondation protestante Sonnenhof, 2001, p. 4..

²⁰² Voir Jean-Claude RICHEL et Alfred WAHL, *La vie quotidienne en Alsace entre France et Allemagne, 1850-1950*, Paris, Hachette, 1993, p. 124.

²⁰³ L'idée du Sonnenhof, premier établissement consacré aux arriérés en Alsace, a été lancée dès les années 1860 par les pasteurs Auguste Jaeger et Théodore Stricker. Il est en quelque sorte « anachronique » d'employer le terme de Sonnenhof puisque ce nom n'est employé qu'à partir de 1910. Auparavant, l'institut était appelé *Blödenanstalt*. Néanmoins, nous emploierons volontairement l'appellation postérieure à 1910, car plus précise et compréhensible par les contemporains.

pédagogique, mais aussi de lutte confessionnelle, à une époque de grand dynamisme du catholicisme alsacien de la fin du XIX^e siècle, notamment sur le plan de l'essor des œuvres congrégationnelles²⁰⁴. Ainsi le sens confessionnel de l'œuvre est martelé : elle doit accueillir « les pauvres, faibles d'esprit, les enfants mentalement et physiquement incapables, *de confession catholique* »²⁰⁵.

Dans cette deuxième décennie du XIX^e siècle de « l'âge d'or des congrégations de charité en France »²⁰⁶, l'exemple de l'institut Saint-André est certes atypique par rapport aux deux autres établissements étudiés ci-avant puisqu'il relève du secteur privé et confessionnel. Néanmoins, il s'agit de le concevoir dans la richesse de l'approche qu'il offre dans une région où l'on ne compte aucune structure publique destinée aux arriérés avant le début des années 1920. Le projet d'un tel établissement en Alsace est donc à envisager dans le contexte d'une assistance aux indigents encore essentiellement dispensée par le secteur privé depuis le début du XIX^e siècle, émanant le plus souvent d'une institution de nature confessionnelle, favorisée d'autant par l'incapacité de l'Etat à faire face à une demande exponentielle d'assistance après les bouleversements occasionnés par la Révolution française²⁰⁷.

La question se pose de savoir si cette teneur confessionnelle modifie la façon dont celle-ci va être relayée dans l'opinion publique. Un opuscule « publicitaire » qui est élaboré pour « faire connaître et apprécier davantage les bienfaits de l'œuvre fondée à Cernay » permet de voir dans quelle mesure les principes de la prise en charge sont véhiculés en fonction de cette identité catholique originale par rapport aux deux autres établissements étudiés. Le livret a pour but « gagner des bienfaiteurs » dont les donations s'ajouteraient à d'éventuels fonds venus de l'Etat central, mais le *pathos* de la source n'empêche pas d'y cerner les buts qui sont ceux revendiqués par les fondateurs. Le *leitmotiv* « Ne sont-ils pas les plus pauvres d'entre les plus pauvres ? » (*Sind es also*

Malgré le soutien massif rencontré, la guerre de 1870 donne un coup d'arrêt à l'élan impulsé par les deux hommes²⁰³. Finalement, l'établissement est inauguré en 1876, et quelques années plus tard, la structure reconnue d'utilité publique accueille 26 enfants.

²⁰⁴ Les effectifs du clergé séculier comme régulier connaissent une expansion, à l'image de ce qui se passe dans d'autres régions françaises comme la Bretagne, au sein d'une Alsace qui est à 89% catholique à l'époque. Voir Gérard CHOLVY, *La religion en France de la fin du XVIII^e siècle à nos jours*, Paris, Hachette, 1993, et Gérard CHOLVY et Yves-Marie HILAIRE (dir.), *Histoire religieuse de la France contemporaine*, Toulouse, Privat, 1986. Et aussi C. RICHEL ET A. WAHL, *op. cit.*, p 123-145.

²⁰⁵ „Armer, schwachsinniger, geistig und körperlich unvermögender Kinder katholischer Konfession „. L'institution accueillera aussi certains patients protestants et juifs, traités de la même manière hormis au moment de leur mort, où un emplacement particulier leur est réservé dans le cimetière de l'institut. G. VON LINDEN, *op. cit.*, p. 81.

²⁰⁶ Robert HERMANN, *La charité de l'Eglise, de ses origines à nos jours*, Mulhouse, Editions Salvator, 1961, p. 149.

²⁰⁷ En Alsace, leur action consiste alors principalement en la visite aux malades, infirmes, personnes âgées, l'accueil des orphelins et leur formation professionnelle, la distribution de produits de première nécessité ou encore la mise à disposition de logements. Cf. Eric BURST, *L'assistance à Strasbourg Au XIX^e Siècle (1800-1870), Petit Opuscule à l'usage des Travailleurs du Social*, Strasbourg, 1995, 34 p.

nicht 'die Ärmsten der Armen ?) scande sous forme de question rhétorique l'impératif d'une prise en charge de cette population²⁰⁸. Cette légitimation de l'œuvre est particulièrement intéressante ici car elle met en lumière un objectif de l'institut qui est absent dans les autres établissements, et pour cause : son statut de moyen pour accéder au salut. Les références nombreuses à des « dons volontaires » (*opferwilligen Einlagen*) sont évoquées non seulement comme des témoignages individuels de charité, mais aussi explicitement désignés comme un moyen de « rembourser sa dette de pécheur à Dieu » (*um dafür den Himmelslohn auszuzahlen*). Ce point constitue la plus grande originalité de l'établissement alsacien. Il est décrit comme « le meilleur refuge » (*Das beste Heim*) et les dirigeants revendiquent l'aspect religieux comme annonçant logiquement une efficacité supérieure de sa prise en charge, argument qu'on retrouvera dans les correspondances tenues avec les familles.

b) Public pris en charge et organisation de l'établissement

Les sources datant de la fin des années 1880 déplorent continument le manque d'argent, mais la situation se débloque grâce à une donation émanant de la famille de l'ancien évêque alsacien qui donne son nom pour baptiser l'établissement institut Saint-André de Cernay²⁰⁹. Alors qu'on parlait au départ d'un orphelinat, on décide finalement la création de ce qu'on nomme alors *Idiotenanstalt*, comme pour l'établissement de Berlin, appellation qu'il gardera jusqu'au retour de l'Alsace à la France, et même au-delà par son emploi dans le dialecte alsacien²¹⁰. Les premiers bâtiments sortent de terre dès le début de l'année 1891 et inauguré au moment où un bâtiment est entièrement terminé et un second toujours en chantier²¹¹. De nombreuses personnalités religieuses et politiques sont

²⁰⁸ Par exemple „Ein solches Asyl ist eine wahre Heimat für diese armen Kinder und die allgemeine Erfahrung zeigt, dass die Kinder, welche in eine solche Anstalt eintreten, sich da in der ersten Stunde glücklich fühlen“. G. VON LINDEN, *op. cit.*, p. 50.

²⁰⁹ La figure tutélaire de Mgr. Raess est très rapidement célébrée comme “père fondateur” de l'établissement. Par exemple dans un article de 1899 intitulé „Die Idiotenanstalt auf dem Ochsenfeld“, on nous parle bien de l'institut « que un précédent évêque de Strasbourg Dr Andreas Raess a fondé » („die Idiotenanstalt, die ein früherer Bischof von Strasburg Dr Andreas Räss begründet hat“). Et plus avant dans l'article : „Der Bischof aber vollendete das Werk, indem im Sinne seine letztwilligen Verfügung seine Erben, Domcapitular Simon Räss und Pfarrer Aimé Räss von Geberschweier, aus dem Ertrag seiner literarischen Arbeiten die Summe von 80000 M. zur Errichtung einer Idiotenanstalt auf dem Ochsenfelde den Schwestern von hl. Kreuz überwiesen „. A.S.C., CE 4 M, Dossier 19 : « Lettres, rapports, comptes-rendus émanant d'autres personnes et concernant l'activité de l'institut », Article „Die Idiotenanstalt auf dem Ochsenfeld“ (Anonyme), s.l., 1899.

²¹⁰ Les sources ne donnent pas d'indications à propos de ce changement. On ne saurait oublier le contexte de concurrence par rapport au « monopole » d'alors du *Sonnenhof* protestant en Alsace. Le fait que la vocation (orphelinat ou asile pour enfants arriérés) semble moins important que le fait même de fonder un établissement plaide peut-être en faveur d'une volonté de concurrencer la bienfaitrice protestante ?

²¹¹ A.S.C., Liasse « anciens documents », CE-1A : Dossier « Pièces et écrits des personnes qui ont joué un rôle dans la fondation G. VON LINDEN, *op. cit.*, p. 79.

présentes au moment où l'Alsace est un *Reichsland*²¹². L'évêque suffragant, M^{gr} Marbach, exprime au nom des catholiques d'Alsace sa gratitude « au gouvernement pour son importante contribution à cette entreprise » et déclare que « la présence de M. le secrétaire d'Etat prouve que l'aide du gouvernement ne se limite pas à cette contribution, mais que les fondateurs de cet établissement pourront compter sur son appui »²¹³, ce qui montre la collaboration effective avec les autorités publiques et le soutien dont bénéficie l'œuvre congrégationnelle. Ainsi un article du journal l'*Elsässer*²¹⁴ retrace l'inauguration et loue les autorités allemandes pour leur présence lors de cette journée de festivités et notamment pour avoir soutenu avec « le même support bienveillant qu'ils ont fourni à de si nombreux instituts du pays »²¹⁵. Il se trouve que la fondation de Saint-André survient dans un climat favorable à l'endroit des autorités avec la fin du *Kulturkampf*, et à un moment où l'Eglise ambitionne de prendre en charge la population catholique « du berceau jusqu'au cercueil »²¹⁶. Ces éloges sont compréhensibles puisque l'institut de Cernay espère glaner une contribution annuelle de la part du gouvernement allemand.

Le public et les méthodes mises en œuvre ne diffèrent pas vraiment de celles décrites à Dalldorf ou à Bicêtre. Il s'agit de regrouper ensemble des enfants atteints de retard mental, en créant si possible d'un effet d'émulation :

²¹² Précisément le secrétaire d'Etat von Puttkammer, le conseiller d'Etat Hamm et du « directeur de l'arrondissement » (*Kreisdirektor*) de Thann Curtius. L'Alsace, en tant que *Reichsland*, était dirigée par un représentant de l'empereur d'Allemagne dénommé « lieutenant impérial » (*Statthalter*) ou, qui était assisté par un ministère réduit et deux assemblées. Ces assemblées, dont l'une était élue et l'autre nommée, étaient la « Délégation d'Alsace-Lorraine » (*Landesausschuss*) et le Conseil d'Etat. Ici, von Puttkammer était un proche collaborateur du *Statthalter* qui était à la date de l'inauguration de l'institut le Prince von Hohenlohe-Schillingsfürst. Le « président d'arrondissement » (*Bezirkspräsident*) avait une fonction comparable au conseiller général actuel. Quant au *Kreisdirektor*, ici celui de l'arrondissement de Thann, sa fonction équivalait au sous-préfet actuel. Voir Edouard ROUBY, *Institut Saint-André, 1891-1991, Cent ans au service des handicapés mentaux : Esquisse historique*, Cernay, Imprimerie CAT, 1991, p. 35. Voir aussi Bernard VOGLER, *Histoire politique de l'Alsace, De la Révolution à nos jours, un panorama des passions alsaciennes*, Strasbourg, La Nuée Bleue, 1995, p. 198-202.

²¹³ « Aber auch der hohen Landesregierung gehöre der Dank für den wichtigen Beitrag, den sie dem Unternehmen gespendet. Die Anwesenheit des Herrn Staatssekretärs beweise, dass die Teilnahme der Regierung nicht auf diesen Beitrag beschränkt sei und die Gründer des Hauses auf ihre Unterstützung zählen können ». G. VON LINDEN, *op. cit.*, p. 86.

²¹⁴ L'*Elsässer* est un journal alsacien fondé en 1885, dans une décennie où une certaine libéralisation permet aux organes de la presse catholique de reparaître. C'est quotidien catholique engagé, défendant les valeurs morales du catholicisme. A la fin du XIXe siècle, la presse alsacienne était très diversifiée, En 1892, les 210 000 Alsaciens lecteurs réguliers pouvaient choisir entre une cinquantaine de journaux. Mais bien que l'Alsace ne compte pas moins de 770 000 catholiques, la presse catholique de l'époque ne séduisait que 30 000 lecteurs, ce qui conduisit à une multiplication des journaux catholiques d'opinion, qui était en majorité éditée en allemand, à l'image de l'*Elsässer*. En 1911, l'*Elsässer* diffusait à 14 000 exemplaires. Voir Christian BAECHLER, « Paul Müller-Simonis », in *Nouveau dictionnaire de biographie alsacienne*, cahier 27, Strasbourg, 1995, p. 2745-2746.

²¹⁵ « Dieselbe Unterstützung, die sie so vielen wohlthätigen Anstalten des Landes zuteil werden lässt, auch hier zu gewähren ». L'article que nous citons est retranscrit intégralement dans l'opuscule suivant édité en l'honneur de l'inauguration de l'institut Saint-André. A.S.C., Liasse « anciens documents », CE-1A : Dossier « Pièces et écrits des personnes qui ont joué un rôle dans la fondation », Opuscule de Gratian von Linden, « Ochsenfeld, eine neue Station der christlichen Liebe, Zur Erinnerung der neuerrichteten Idioten-Anstalt in Ochsenfeld », Strasbourg, Druck und Verlag von F.I. Le Roux Bischöfl. BuchDr, 1892, p. 92.

²¹⁶ Catherine MAURER, « La 'voie particulière' de l'Alsace », in Bruno DURIEZ *et alii.*, *Les catholiques dans la République 1905-2005*, Paris, Les Editions de l'Atelier, 2005, p. 277-288.

Dans ce lieu, ils trouvent justement des enfants semblables à eux, ou aussi des enfants qui se situent à un niveau inférieur au leur – et cela leur donne du courage. Des enfants qui sont un peu supérieurs à eux, et qu'ils peuvent rattraper – et ces derniers créent une émulation²¹⁷.

Ce postulat introduit le thème central de la propagande publicitaire véhiculée par l'établissement : accueillir et éduquer le public spécifique des « enfants mentalement incapables ». A cet égard, on martèle à l'occasion de l'inauguration que doit opérer métaphoriquement sur eux le même changement qu'a eu l'implantation de Saint-André sur les terres arides de l'Ochsenfeld : la fertilisation d'un terrain a priori peu propice. Comme on le verra plus largement dans le chapitre 5, la rhétorique du travail libérateur mais aussi compensatoire des frais engendrés par les malades est donc déjà à l'œuvre au moment de la fondation des services et établissements.

4. Comparaison des trois établissements à la fin du XIX^e siècle

a) Des établissements dont la vocation va à contre-courant du postulat de l'incurabilité de l'arriération

De manière générale, la science médicale porte tout au long du XIX^e siècle un regard très pessimiste sur la potentielle curabilité de l'arriération. Depuis Pinel, les écrits des médecins largement repris dans tous les ouvrages traitant de l'arriération s'accordent, en France comme en Allemagne, sur le caractère presque toujours congénital de la pathologie, d'où découle des perspectives de prise en charge caractérisées par leur pessimisme. L'expérience inaugurale de Jean-Marc-Gaspard Itard avec Victor « l'enfant sauvage de l'Aveyron » se solde par le constat déterministe de Pinel qu'il n'y aurait aucune chance d'acquisition de savoir chez un idiot²¹⁸. De ce fait, ceux-ci sont souvent qualifiés de l'adjectif « inéducables »²¹⁹. Pinel voit dans l'idiotie une indifférence profonde et apathique pour les personnes et les objets environnants, ce qui est aussi une donnée que l'on retrouve dans les descriptions données par les parents. D'après Itard, « nous pouvons entrer en communication avec eux [les idiots], mais jamais eux ne rentrent en

²¹⁷ « Da finden sie eben Kinder iresgleichen, oder auch Kinder, die auf einer tieferen Stufe stehen als sie selbst – und das macht ihnen Mut ; Kinder, die wenig über ihnen stehen, und die sie erreichen können – und dies spornt zum Wetteifer ». G. VON LINDEN, *op. cit.*, p. 50.

²¹⁸ J.M.G. Itard (1775-1838) était un aliéniste et pédagogue français. A l'instar d'Esquirol, il était un disciple de Pinel. Il établit que Victor répondait à sa définition de « l'idiot », c'est pourquoi nous évoquons son cas, bien que depuis on a montré que l'enfant de l'Aveyron était peut-être un autiste.

²¹⁹ Catégorie qui regroupe également les imbéciles.

communication avec nous [...] si ce n'est pour les objets de leurs premiers besoins»²²⁰. Griesinger remarque lui aussi : « Ils ont l'air de ne penser à rien. Leur intelligence est complètement muette »²²¹.

Dès la première moitié du XIX^e siècle, on tient ainsi un individu pour idiot s'il apparaît comme totalement « borné »²²². Les propos des parents rapportent souvent cette indifférence à tout ce qui se manifeste à eux. C'est le cas en ce qui concerne les sons, qui ne suscitent aucune réaction de l'enfant, et les parents rapportent alors « on croyait qu'il était sourd ». L'affectivité est également en jeu : Paul Sollier rapporte à ce titre l'indifférence notée par l'entourage d'idiots dont les parents « voient avec tristesse que le leur ne sait pas rire » :

Chatouillement, marionnettes avec les mains, rires de la mère, rien n'y fait. L'enfant ne paraît ni voir ni sentir, et encore moins comprendre. Il est assez particulier de remarquer que le rire, qui est spécial à l'homme, fait souvent complètement défaut chez l'idiot²²³.

De plus, cette indifférence émotive est dans de rares cas doublée d'une apparente anesthésie des sens : « on en voit qui se déchirent, s'écorchent, se rongent les doigts, qui se déchirent la joue jusqu'à l'oreille sans manifester la moindre sensation douloureuse »²²⁴.

L'aspect congénital de l'idiotie représente aussi une donnée importante, qui renforce la vision fixiste de l'idiotie comme état d'autant plus grave qu'il est le plus souvent inné. En effet, le cumul de telles infirmités physiques a pour conséquence que les individus désignés sous le terme d'idiots sont en général considérés comme incurables²²⁵. La métaphore employée par Pinel est à ce propos parlante : « L'homme en démence est privé des biens dont il jouissait autrefois : c'est un riche devenu

²²⁰ J.M.G. Itard, cité par Claude WACJMAN, *Anthologie de textes fondamentaux sur l'enfance inadaptée*, Toulouse, Editions Privat, 1993, p. 59.

²²¹ Griesinger cité par Paul SOLLIER, *Psychologie de l'idiot et de l'imbécile*, Paris, F. Alcan, 1891, p. 142.

²²² Et pour les idiots comme pour les animaux, d'après la plupart des aliénistes du XIX^e siècle comme Félix Voisin, « ce serait donc bien inutilement qu'on voudrait apprendre [...] des choses incompatibles avec leurs facultés primitives : l'éducation ne pourra jamais agrandir ou rétrécir la sphère dans laquelle chaque espèce est renfermée ». Il y a assurément un certain fatalisme dans ces propos : « Chaque homme ne peut que ce dont il est capable, et ne peut être que ce qu'il est », l'éducation ne pourrait donc jamais permettre à l'idiot de franchir la barrière que la nature lui a opposé ? Nous débattons de ces questions dans notre chapitre consacré à la pédagogie. Cité par C. WACJMAN, *op. cit.*, p. 50.

²²³ P. SOLLIER, *op. cit.*, p. 44.

²²⁴ *Ibid.*, p. 52.

²²⁵ A l'exception de Séguin qui conçoit une éducation sensorielle possible même pour les cas les plus graves d'idiotie, et qui sera l'inspirateur de Bourneville. Mais il faut insister sur le fait que l'oeuvre de Séguin reste inconnue en Allemagne jusqu'en 1912 où elle est introduite par Max Kirmsse (le pédagogue qui fut l'opposant de Piper sur la questions des écoles de perfectionnement communales). Mais la résistance est totale et Séguin n'a pratiquement aucune influence en Allemagne, contrastant avec son succès aux USA. Ce n'est par ailleurs pas le cas pour certains enfants et adolescents atteints de trisomie sont scolarisés dans l'*Idiotenanstalt*, à Bicêtre ou à Cernay, ce qui montre bien qu'il ne s'agit pas là d'une règle générale et qu'il faut souvent prendre le terme d'idiotie comme un terme générique que comme un stade gravissime d'arriération avant le début du XX^e siècle.

pauvre. L'idiot a toujours été dans l'infortune et la misère »²²⁶. La plupart des aliénistes ne concèdent aucune possibilité d'évolution dans cet état, contrairement à la folie ou la démence :

Si l'idiotie est un non développement, elle est stable, définitivement acquise : l'idiot n'évolue pas ; au contraire, la démence, elle aussi affaiblissement de la pensée, va être, à la différence de l'idiotie, une maladie mentale qui va évoluer, va s'aggraver d'année en année, va peut-être se stabiliser un certain temps, [dont] éventuellement même [on] peut guérir²²⁷.

Sur le même plan, Edouard Séguin rappelle l'étymologie du mot : l'idiot est *idios* en grec, *solitarius* en latin, c'est-à-dire l'homme seul, isolé dans ses perceptions et ses sensations. Le peu d'interaction avec son entourage est une des choses essentielles mises en avant par les diagnostics des aliénistes²²⁸. Incurable, l'idiotie est aussi vue comme innée. D'après Esquirol,

L'idiotie commence avec la vie ou dans cet âge qui précède l'entier développement des facultés intellectuelles et affectives ; les idiots sont ce qu'ils doivent être pendant tout le cours de la vie. Tout décèle en eux une organisation imparfaite ou arrêtée dans son développement. On ne conçoit pas la possibilité de changer cet état. Rien ne saurait donc donner aux malheureux idiots, même pour quelques instants, plus de raison et plus d'intelligence²²⁹.

Un tel propos exclut de fait les cas les plus graves d'arriération de toute perspective curative. Ce postulat fort montre donc que dès le départ, les services destinés aux arriérés sont voués à être toujours divisés au moins entre ceux qu'on estime éducatibles et les cas les plus graves qui sont considérés comme incurables. On peut dès lors penser que les seuls cas pouvant intéresser les aliénistes sont en définitive les arriérés « éducatibles », car potentiellement curables au sens où leur état peut être conçu dans une optique dynamique et évolutive.

Pourtant, la possibilité de l'éducabilité de l'arriéré se conçoit dès l'origine comme fondamentalement opposée à celle envisagée par la plupart des aliénistes par son aspect pédagogique. Ainsi quand Edouard Seguin affirme dans les années 1840 l'idée de l'éducabilité de l'idiot, il contrarie les convictions des médecins qui depuis Jean-Etienne Esquirol considèrent les idiots, cas d'arriération, comme définitivement incurables, et ainsi comme un « état » davantage qu'une maladie²³⁰. Comment gérer des services où rentre une population qui potentiellement n'est

²²⁶ On peut aussi compléter par l'intéressante définition de Dubuisson : selon ce dernier, l'idiotie est un « état de stupeur ou d'abolition des fonctions intellectuelles et affectives d'où résulte leur obtusion plus ou moins complète ; souvent s'y joint aussi des altérations dans les fonctions vitales. Ces sortes d'aliénés, déçus des sublimes facultés qui distinguent l'homme pensant et social, sont réduits à une existence purement machinale qui rend leur condition abjecte » (1816).

²²⁷ Michel FOUCAULT, *Le pouvoir psychiatrique : cours au Collège de France, 1973-1974*, Paris, Seuil Gallimard, 1974, p. 204.

²²⁸ C'est la clé du propos de Sollier sur l'idiot comme « asocial », contrairement à l'imbécile qui serait « extrasocial », comme on le verra dans la suite du chapitre, et surtout à la fin du chapitre 3.

²²⁹ Etienne ESQUIROL, « De l'idiotie », in E. ESQUIROL, *Des maladies mentales: considérées sous les rapports médical, hygiénique, et médico-légal*, Paris, Tircher, 1838, p. 76.

²³⁰ « L'idiotie est cet état dans lequel les facultés intellectuelles ne se sont jamais manifestées, ou n'ont pu se développer assez pour que l'idiot ait acquis les connaissances relatives à l'éducation que reçoivent les individus de son âge, et placé

pas vouée à en sortir ? Comment maîtriser l'image d'un établissement qui ne présente pas des taux de guérison aptes à convaincre les familles d'y adresser leur proche pour un placement volontaire, source de revenus ? Comment convaincre l'Etat d'engager des sommes importantes dans des installations qui ont vocation à soulager mais pas à guérir ? C'est au final la conviction et l'engagement de quelques spécialistes qui est la seule pierre d'achoppement permettant de comprendre la fondation de ces services qui n'expriment en rien une période d'effervescence ou d'optimisme particulier. A Bicêtre, Bourneville regrette qu'on renonce souvent à éduquer beaucoup d'arriérés qualifiés d'incurables. C'est ainsi qu'il affirme sans relâche l'éducabilité de l'idiot en tendant de la démontrer scientifiquement, de manière chiffrée ou par l'anatomie pathologique comme on le verra dans le chapitre 3. Une lecture plus large et transfrontalière montre pourtant que les services lancés par Hermann Piper ou Désiré-Magloire Bourneville sont des exceptions plus que des œuvres « pionnières » au sens où elles seraient immédiatement suivies et approfondies.

De manière générale, jusqu'à la fin du XIX^e siècle, il existe « au mieux une perception brouillée de la différence entre l'imbécile et [celui qu'on nomme alors] le fou chronique, ou entre le handicapé congénital et le dément sénile » selon l'historienne du handicap Anne Digby. La situation est globalement commune à tous les pays industrialisés. Il faut attendre le XX^e siècle en Angleterre pour que soit réellement différencié de la folie à proprement parler, comme en France et en Allemagne. Le *Lunacy Act* de 1890 définit par exemple une personne « folle » (*insane*) comme étant soit idiote, soit une « lunatic », alors que la loi de 1913 évoque déjà une différence entre « faiblesse d'esprit », « idiotie » et « imbécillité »²³¹. Les principaux pays industrialisés se trouvent donc dans une chronologie similaire sur ce point.

Une tendance lourde de la période réside aussi dans la croyance qu'on pourra ainsi prévenir le crime au plus tôt par une politique volontariste, comme le prouve la phrase choisie par Georges Heuyer pour ouvrir sa thèse :

On demandait à un homme d'état suédois pourquoi son pays dépensait tant d'argent pour la protection de l'enfance : « c'est, répondit-il, parce que nous ne sommes pas suffisamment riches pour nous payer le luxe des dépenses que nécessite l'entretien des criminels »²³².

dans les mêmes conditions que lui...Les idiots sont ceux qu'ils doivent être tout le cours de leur vie : tout décele en eux une organisation imparfaite, des forces mal employées. Ils sont incurables [...] L'idiotie n'est pas une maladie, c'est un état ». Cité par Yves JEANNE, « Désiré Magloire Bourneville, rendre leur humanité aux enfants « idiots » », *Reliance*, vol. 24, n° 2, 2007, p 144.

²³¹ Anne DIGBY et David WRIGHT (dir.), *From idiocy to mental deficiency: historical perspectives on people with learning disabilities*, Londres, Routledge, 1996, p. 2.

²³² Phrase en ouverture de la thèse de Georges Heuyer publiée en 1914. Georges HEUYER, *Enfants anormaux et délinquants juvéniles. Nécessité de l'examen psychiatrique des écoliers*, thèse de médecine, Paris, G. Steinheil, 1914.

Une telle idée est à mettre en parallèle avec les processus d'industrialisation et d'urbanisation. Ainsi, des travaux étrangers ont montré l'existence d'une corrélation entre le processus d'institutionnalisation graduel d'une part, et les les processus d'industrialisation et d'urbanisation de la société du XIX^e siècle d'autre part²³³. Le recours aux institutions donne aux arriérés une visibilité sociale plus grande par rapport au cercle clôt de la prise en charge à domicile. Pourtant, il semble que les arriérés soient loin d'être au centre des préoccupations des directeurs asiles comme des autorités. Ils sont une catégorie séparée des autres « fous », et semblent susciter l'indifférence, sauf lorsqu'il est question d'enjeux financiers. Ce constat est d'autant plus ironique qu'ils représentent en réalité ceux qui sont internés le plus longtemps.

b) Des débats autour d'une nosographie floue

La comparaison des nosographies des deux pays sera au cœur du chapitre 3 de ce travail, fondé sur une mise en valeur originale de sources issues des dossiers médicaux de patients allemands et alsaciens et des registres d'observations médicales de Bicêtre. Avant de rentrer dans cette approche fine des déterminants et critères utilisés par les aliénistes des deux pays, on peut ici introduire la problématique nosographique par une mise en parallèle rapide des écrits théoriques de quelques aliénistes français et allemands

Sur le plan de la nosographie, les notions d'arriération « intellectuelle » ou de retard « mental » cachent des catégories en réalité plus complexes. En effet, le diagnostic médical est loin de se baser sur une optique purement « cognitive » à l'époque. La déviance morale attribuée à certains comportements jugés à l'époque pathologiques est un aspect inhérent à une psychiatrie moralisante. A ce titre on constate pour les questionnaires de chaque établissement comme à une échelle plus globale dans la description de l'arriération sous le prisme de la science médicale que

Les discussions dans les sociétés médicales, les débats [...] et les obstacles rencontrés – psychologiques, administratifs, financiers – sont, semble-t-il, à peu près identiques dans les différents pays [...] C'est un domaine où l'on constate une singulière communauté d'esprit, une circulation fort rapide des doctrines, des informations, des hommes, où l'on pose à peu près dans les mêmes termes, les problèmes les plus délicats (“travail” des idiots, “rendement” éducatif, traitement “médico-pédagogique”, surveillance proprement médicale), et il serait vain de vouloir entreprendre cette histoire sans tenir compte de l'évolution des autres nations²³⁴.

²³³ Jonathan Andrews, « Identifying and providing for the mentally disabled in early modern London », in A. DIGBY et D. WRIGHT (dir.), *op. cit.*, p. 65-92.

²³⁴ Guy THUILLIER, « Pour une histoire de l'éducation des idiots », in *Handicaps et inadaptations – Les cahiers du CTNERHI*, n°50, 1990, pp. 80-81. Citons d'ailleurs la fin de sa réflexion : « Chaque pays devrait tenter pour sa part

Certes, les termes employés pour qualifier l'arriération ne sont pas les mêmes dans les deux pays. Ainsi, Magnan classe les « idiots, imbéciles, débiles déséquilibrés » dans la catégorie des « folies proprement dites » dans ses *Leçons cliniques sur les maladies mentales* de 1893²³⁵. A la même période, Krafft-Ebing emploie lui une autre classification dans son *Traité clinique de psychiatrie sur des fondements cliniques (Lehrbuch der Psychiatrie auf klinischer Grundlage)*, classant l'idiotie, l'imbécillité congénitale et la folie morale congénitale parmi les « psychoses du cerveau incomplètement développé ». A ce titre, L'aliéniste Jacques Roubinovitch concède qu'en France comme en Allemagne, « la folie morale, l'imbécillité, l'idiotie, le crétinisme » se situent dans la « série de maladies mentales qui y figurent sous le même nom »²³⁶. Le chef du « service des idiots » de Bicêtre autour de 1910 est l'auteur d'un article comparant les variétés cliniques françaises et allemandes, dont le contenu nous montre davantage la rivalité scientifique entre les deux pays à l'époque que de réelles différences nosologiques. Selon lui, les auteurs français suivraient une méthode rigoureuse en nosologie, se basant sur « l'évolution clinique, les circonstances étiologiques, les résultats de l'anatomie pathologique [...] pour caractériser les espèces morbides », tandis que les auteurs allemands se fonderaient presque uniquement sur l'état du développement physique et psychique du cerveau, que l'aliéniste français juge être « une base d'appréciation [qui] est, dans l'état actuel de nos connaissances, des plus instables »²³⁷, dépréciant ainsi l'état de la recherche du voisin. Dès que l'auteur cherche à distinguer les deux pays, les propos laissent transparaître des passages où l'aliéniste cherche à expliquer leurs différences par une essentialisation d'une approche propre à chaque peuple :

Dans aucune branche médicale peut-être on ne voit mieux apparaître la différence entre les tendance d'esprit de deux races : le Français aimant les choses précises et claires, l'Allemand cherchant des explications vagues générales²³⁸.

Le médecin se livre ainsi à un éloge de la science aliéniste française, soulignant qu' « il y a sûrement chez nous plus de sens pratique, plus de précision observatrice, moins de suppositions »²³⁹.

d'explorer l'histoire de l'éducation des idiots en tenant compte des interférences, des « transferts de doctrine, et en publiant -au moins pour la période 'héroïque' et la période la plus 'sensible', avant 1910-1920 – des recueils de documents et de textes tirés des archives publiques ou privées, ou des sources peu accessibles (journaux, rapports administratifs) ».

²³⁵ Roubinovitch souligne que Magnan « s'appuie sur les faits » comme l'évolution clinique, étiologie ou l'anatomo-pathologie et « évite autant que possible toute conception purement théorique ». Jacques ROUBINOVITCH, *Des variétés cliniques de la folie en France et en Allemagne*, Paris, O. Doin, 1896, p. 39.

²³⁶ J. ROUBINOVITCH, *op. cit.* p. 241.

²³⁷ J. ROUBINOVITCH, *op. cit.*, p.10.

²³⁸ En France dominait au début du siècle le « principe clinique », tandis qu'en Allemagne c'est « le principe animiste et religieux qui guidait les aliénistes [...] Mais comme il fallait s'y attendre, les résultats scientifiques obtenus en France, grâce à la méthode clinique n'ont pas tardé à provoquer des admirateurs en Allemagne ». J. ROUBINOVITCH, *op. cit.*, p. 32-34.

²³⁹ J. ROUBINOVITCH, *op. cit.*, p. 261.

Pourtant, les considérations de Jacques Roubinovitch renseignent plus sur les différents franco-allemands de nature politique que sur des différences qui semblent peu significatives dans le domaine de l'arriération. Lui-même concède un grand parallélisme dans les approches psychiatriques françaises et allemandes :

Les différentes variétés morbides qui constituent l'aliénation mentale se présentent dans tous les pays à peu de chose près, avec le même ensemble de symptômes intellectuels, moraux et physiques. Que l'on examine les aliénés de France ou ceux d'Allemagne [...] et l'on trouvera chez les uns et les autres une identité presque absolue.

C'est cette « identité presque absolue » qui nous permet de comparer les sources des deux pays malgré leur différence linguistique. Les parallélismes possibles ne nous empêcheront toutefois pas de questionner les nuances qui existent entre France et Allemagne dans la construction et l'utilisation pratique de ces catégories dans le cadre asilaire, ce qui sera l'objet d'une partie du chapitre 3.

c) Le pédagogique au secours du médical

Le statut tout à fait particulier de l'histoire de l'arriération, et la difficulté à délimiter ses bornes en termes disciplinaires découle d'une position d' « angle mort » dans laquelle se trouve la pathologie pour laquelle on ne postule souvent pas de guérison possible. Car si la pédagogie se mêle à l'aliénisme dans les services étudiés, c'est avant tout pour pallier ce que l'aliénisme ne peut guérir : le défaut d'intelligence doit être réduit, à défaut d'être résolu. L'historien de l'éducation spéciale Eric Plaisance note avec raison qu' « historiquement, la question de « l'éducabilité » et de ses différentes formes possibles a dominé les débats et a engendré de profonds et durables clivages institutionnels, principalement entre le secteur hospitalier et le secteur de « l'instruction publique »²⁴⁰. Il faut éduquer à défaut de guérir, et pour les cas les plus graves au moins soulager les souffrances. Pour l'Allemagne aussi, les historiens du handicap Georg Antor et Ulrich Bleidick relèvent que les cours dans les sections éducatives des asiles du XIX^e siècle correspondaient à un objectif d'amélioration des « chances de vie et de survie » (*Lebens- und Überlebenschancen*) des enfants handicapés. A ce titre, le statut bicéphale des fondateurs des services dédiés à l'éducation des arriérés est un point commun majeur des établissements auxquels cette étude. En effet, si Bourneville est issu du milieu médical tandis que Piper a une formation pédagogique, les deux pionniers ont en commun une ouverture et une curiosité forte vis-à-vis du domaine dans lequel ils ne sont pas spécialistes. Ainsi un

²⁴⁰ Eric Plaisance, Article « Education spéciale », in A. HENRIOT-VAN ZANTEN (dir.), *Dictionnaire de l'éducation*, Paris, Presses universitaires de France, 2008, p. 208.

article déjà ancien consacré à Hermann Piper parle d'un instituteur qui « a développé par des recherches dans le domaine de la pédagogie spéciale fondées médicalement une pédagogie spéciale orientée vers la pédopsychiatrie »²⁴¹. L'inverse est tout à fait vrai pour Bourneville créant des appareils facilitant la représentation des formes géométriques élémentaires ou des couleurs, qui ressemblent en tout point à ceux mis en place par Piper, comme on peut le voir en annexe²⁴². En mettant en parallèle les parcours et les innovations des deux pionniers, le croisement des parcours est manifeste. Ce constat justifie de reprendre ici l'expression utilisée récemment par l'historienne du handicap Petra Fuchs, qui parle à propos de l'œuvre du pédagogue berlinois d'une « pédagogisation du médical » (*Pädagogisierung des Medikal*)²⁴³. Cette expression paraît tout à fait appropriée pour qualifier ce qui est fait dans le service de Bicêtre dans la même période. On peut aussi souligner que leur domaine d'origine — aliénisme ou pédagogie — correspond à celui qui est dominant dans la prise en charge des arriérés dans chaque pays, ce qui est loin d'être anecdotique si l'on considère l'accueil très négatif qui a été réservé à l'action de Séguin par le milieu médical en France, précisément en raison de la formation médicale non académique du pédagogue²⁴⁴.

Les parcours de Bourneville et Piper illustrent parfaitement la spécificité que présente les actions qui s'adressent aux arriérés à la fin du XIX^e siècle, qui ont fondamentalement une double nature, à la fois médicale et pédagogique, termes qui sont repris par Bourneville dans l'appellation d'IMP pour qualifier le service de Bicêtre. L'activité forte dans le domaine de la recherche est un autre point commun entre les deux fondateurs. Ainsi des deux côtés de la frontière, l'utilisation des malades comme instrument d'observation scientifique est manifeste, ce qu'on examinera de manière plus approfondie à la fin du chapitre 3 concernant les photographies prises par Bourneville afin d'objectiver une hypothétique origine organique de l'idiotie et de l'épilepsie²⁴⁵. De la même façon,

²⁴¹ „Der durch medizinisch fundierte heilpädagogische Untersuchungen einen beachtlichen Beitrag zu einer kinderpsychiatrisch orientierten Heilpädagogik leistete“. Gerhardt NISSEN, „Hermann Piper — Promoter einer Kinderpsychiatrisch orientierten Heilpädagogik“, in H. STUTTE (dir.), *Jahrbuch für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete*, vol. 7, 1969, p. 11-19.

²⁴² Pour une liste quasi-exhaustive des méthodes pédagogiques conçues et mises en oeuvre par Bourneville, voir la thèse de Jacqueline Gâteau-Mennecier ou sa version réduite mais riche en illustration : Jacqueline GATEAUX-MENNECIER, *Bourneville et l'enfance aliénée : l'humanisation du déficient mental au XIX^e siècle*, Paris, Centurion, 1989.

²⁴³ Petra FUCHS, „'Praktiken der Normalisierung' – Erziehung, Beschulung und Berufs-vorbereitung „bildungsfähiger schwachsinniger“ Kinder in den Wittenauer Heilstätten“, in M. ANKELE et E. BRINKSCHULTE, *Arbeitsrhythmus und Anstaltsalltag, Arbeit in der Psychiatrie vom frühen 19. Jahrhundert bis in die NS-Zeit*, Berlin, Steiner-Verlag, 2015, p. 110.

²⁴⁴ Pour plus de détails sur la réception de l'œuvre de Séguin et son succès plus important à l'étranger qu'en France où la communauté médicale a majoritairement été hostile à son travail exception faite de Bourneville, voir Yves PELICIER et Guy THUILLIER (dir.), *Un pionnier de la psychiatrie de l'enfant: Édouard Séguin, 1812-1880*, Paris, Association pour l'étude de l'histoire de la sécurité sociale, 1996.

²⁴⁵ Bourneville publie abondamment ses recherches sur le sujet, qui sont d'ailleurs imprimées par les jeunes arriérés formés dans l'atelier d'impression du service de Bicêtre. Voir Désiré Magloire BOURNEVILLE, *Recherches cliniques et*

Piper se sert du service comme outil de recherche. Son expertise lui permet ainsi d'avoir une reconnaissance suffisante dans son domaine pour être choisi par Wilhelm Sander — aliéniste et directeur de l'asile de Dalldorf à la fin du XIX^e siècle — pour préfacier son ouvrage de 1893 consacré à l'étiologie de l'idiotie (*Zum Ätiologie der Idiotie*). La longue carrière des deux pionniers n'est enfin pas étrangère à leur reconnaissance et la valeur de leur travail : ainsi Piper collecte au long de ses quatre décennies d'activité des données sur près de 3000 cas passés devant ses yeux, ce qui l'érige *de facto* comme l'un des plus grands spécialistes de l'arriération pour les aliénistes allemands de l'époque.

Néanmoins, il faut souligner que tout n'est pas médical ou éducatif dans les actions menées en lien avec l'arriération. Pour les individus jugés incurables, la démarche relève aussi d'un devoir de philanthropie d'abord assumé par le secteur privé et confessionnel, puis l'Etat social se déployant à la fin du XIX^e siècle. Ainsi le Ministre de l'Intérieur, M. Fallières, présent lors d'un discours de Bourneville dans le service de Bicêtre, déclare :

Le gouvernement de la République devait se préoccuper plus que tout autre du sort des déshérités, qu'il se fait un devoir et un honneur d'aller aux petits et aux humbles et d'essayer par ses efforts constants, d'en faire sinon des citoyens actifs, du moins des hommes utiles²⁴⁶.

L'action philanthropique et humanitaire est souvent décrite dans les sources comme secondaire — sur un plan chronologique, mais aussi en terme de priorité — par rapport à l'impératif d'utilité. Ce n'est que si l'éducation échoue qu'une assistance à ces individus faibles et incapables de subvenir à leurs besoins apparaît légitime et doit s'exercer. Ainsi à Berlin, la prise en charge des arriérés à Dalldorf est envisagée comme une réalisation bicéphale. Hermann Piper définit ainsi les objectifs de son établissement :

Le devoir de l'institut est d'amener les pensionnaires éducatibles au point où ils pourront être en mesure de se nourrir en exerçant un métier manuel ou de domestique, et pour les inéducables il doit être une institution mise à leur disposition, qui s'efforce de se substituer à au cocon protecteur de l'amour parental²⁴⁷.

thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie : compte-rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1880, Paris, Imprimerie des enfants de Bicêtre, 1880.

²⁴⁶ Et le Ministre d'ajouter que « quiconque a le droit d'avoir une place au soleil ». D.-M. BOURNEVILLE, *De l'assistance des enfants dits incurables (Idiots, imbéciles, épileptiques, paralytiques, etc)*, Paris, Goupy et Jourdan, 1889, p. 10.

²⁴⁷ „Es ist die Aufgabe der Anstalt, die bildungsfähigen Zöglinge durch Erziehung und Unterricht so weit zu führen, dass sie nach Möglichkeit im Stande sind, sich als Handwerker oder Dienstbote zu ernähren, den bildungsunfähige aber soll eine Stätte bereit werden, welche ihren die fürsorgende Elternliebe nach Kräften ersetzen“. Hermann Piper cité par Wolf STENDER, „Hundert Jahre Klinik Wiesengrund. Eine medizinische Untersuchung zur Entwicklung der Kinder- und Jungspsychiatrie“, Thèse d'exercice, Berlin, 1982, p. 24.

Le début des années 1880 voit sous la III^e République la mise en place des lois Ferry, tandis que dans l'Allemagne récemment unifiée se met en place la législation scolaire de manière homogène après 1871. Le devenir des enfants « anormaux » représente un dernier « front pionnier » en termes éducatifs. Il s'agit du moment phare du développement de l'enseignement primaire ordinaire dans beaucoup de pays d'Europe²⁴⁸. L'intervention de l'Etat au sein de ce secteur pris entre le médical et le pédagogique démarre dans les deux pays dans un contexte global de démocratisation scolaire. Comme on aura l'occasion de l'aborder plus longuement dans le chapitre 2, puis 4, les établissements alors fondés en Allemagne sont « un enfant de la tempétueuse industrialisation et de l'alphabétisation du XIX^e siècle »²⁴⁹. Concernant l'éducation dite « spéciale »²⁵⁰, le XVIII^e siècle voit la création des premières tentatives destinées aux sourds et aveugles²⁵¹. L'éducation des enfants considérés comme déficients mentaux connaît certes quelques tentatives fondatrices dans la première moitié du XIX^e siècle, mais on admet qu'elle débute elle plus tardivement²⁵². La tentative d'Itard sur Victor de l'Aveyron autour de 1800 ou la méthode créée par Séguin au milieu du XIX^e siècle sont d'autant plus connues à l'étranger qu'elles constituent des occurrences rares d'intérêt pour les enfants retardés du point de vue de l'intelligence. Il s'agit aussi de tentatives peu valorisantes : Séguin par exemple est ignoré par la communauté médicale française, et connaît finalement un plus grand succès à l'étranger que dans son propre pays²⁵³. Dans la sphère germanique, c'est la

²⁴⁸ Mouvement qui avait déjà commencé pendant la période révolutionnaire par la mise en place de trois niveaux d'éducation (primaire, secondaire et universitaire). En ce qui concerne la maternelle, voir Jean-Noël LUC, *L'invention du jeune enfant au XIX^e siècle* ; Pour l'Allemagne voir Peter GANSEN, *Geschichte des Kindergartens : Kindheit und Kleinkindpädagogik in historischer Sicht*, Berlin, Cornelsen Scriptor, 2010.

²⁴⁹ Antor GEORG et Ulrich BLEIDICK (dir.), *Handlexicon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe zur Theorie und Praxis*, Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer, 2001, p. 69.

²⁵⁰ Par opposition à l'enseignement secondaire classique. Ce terme n'est pas anachronique ici : il est introduit à la fin du XIX^e siècle par Victor Duruy. Voir Eric PLAISANCE, « Education spéciale », in A. HENRIOT-VAN ZANTEN (dir.), *op. cit.*, p. 208.

²⁵¹ Avec l'Abbé de l'Épée pour les sourds et Valentin Haüy et Louis Braille pour les aveugles (1786). Voir François BUTON, « Les corps saisis par l'Etat : l'éducation des sourds-muets et des aveugles au XIX^e siècle », Thèse, Paris, 1999 ; Jean CHEURY, *Histoire de la pédagogie au XIX^e siècle: institutions de sourds-muets 1824-1903*, Angers, Éd. Monica Companys, 2008 ; Sieglind ELLGER-RÜTTGARDT, *Geschichte der Sonderpädagogik : eine Einführung*, München, Reinhardt, 2008 ; Marianne KURZ et Yves BERNARD, *L'héritage de l'Abbé de l'Épée*, Chambéry, 2012 ; Harlan LANE, *When the Mind Hears: a History of the Deaf*, Harmondsworth, Penguin Books, 1988 ; Zina WEYGAND, *Vivre sans voir: les aveugles dans la société française, du Moyen Âge au siècle de Louis Braille*, Grâne, Créaphis, 2013.

²⁵² S. Ellger-Rüttgardt explique ce décalage temporel dans la mise en place de structures d'éducation des arriérés dans les deux pays par une tendance de l'Etat central à répercuter son devoir d'éducation sur les organismes de bienfaisance de manière plus systématique que pour les autres handicaps sensoriels. Voir Sieglind ELLGER-RÜTTGARDT, *op. cit.*, p. 143-146.

²⁵³ Pour des approches générales de l'histoire de la pédagogie spéciale et des premières tentatives éducatives dont les arriérés font l'objet, voir Bernard ALLEMANDOU, *Histoire du handicap: enjeux scientifiques, enjeux politiques*, Bordeaux les Études hospitalières, 2001, Philippe CASPAR, *Le peuple des silencieux: une histoire du handicap et de la déficience mentale*, Paris, Éd. Fleurus, 1994 ; Sieglind ELLGER-RÜTTGARDT, *Geschichte der Sonderpädagogik: eine Einführung*, München, Reinhardt, 2008 ; Andreas MÖCKEL, *Geschichte der Heilpädagogik oder Macht und Ohnmacht der Erziehung*, Stuttgart, Klett-Cotta, 2007. Monique VIAL, « Enfants handicapés, du XIX^e siècle au XX^e siècle », in E. BECCI et D. JULIA (dir.), *Histoire de l'enfance en Occident, tome II : Du XVIII^e siècle à nos jours*, Paris, Le Seuil, 1998 ; Claude

tentative de Johann Jakob Guggenbühl d'éduquer des arriérés dans son « centre de soins pour enfants crétiens et imbéciles » (*Heilanstalt für Kretinen und blödsinnige Kinder*) d'Interlaken en Suisse qui reste la plus emblématique pour la première moitié du siècle²⁵⁴. Outre-Rhin, on considère d'ailleurs avec malice quelques décennies plus tard le fait que la France ait été une nation si précurseur dans le domaine par rapport à l'état de l'éducation des arriérés à la fin du XIX^e siècle.

En France comme en Allemagne, toutes ces premières tentatives ne suscitent « qu'une curiosité fugace chez les contemporains »²⁵⁵. L'évaluation du niveau d'éducabilité, et son corolaire — à savoir l'attestation de l'inéducabilité de certains — apparaît donc comme le prérequis de l'action d'assistance aux arriérés, son but final étant d'amener un maximum d'individus à pouvoir être autonomes et productifs pour la nation. Les inaptes sont eux reconnus comme méritant un refuge que la famille ne peut leur assurer.

L'Allemagne présente une chronologie différente à celle de la France quant à la mise en place d'un enseignement spécial qu'il convient de distinguer dans les grandes lignes pour comprendre l'effet d'entraînement joué par la démocratisation scolaire sur l'enjeu d'éducation des arriérés. Alors qu'elle existait déjà dans certaines parties de l'Allemagne comme la Prusse ou la Saxe, l'obligation scolaire est instituée dans le Reich wilhelmien en avril 1871²⁵⁶. Comme dans d'autres pays européens, le processus de démocratisation scolaire ainsi enclenché est l'un des facteurs essentiels de la mise en place par l'Etat dès le dernier tiers du XIX^e siècle de structures scolaires spécifiques pour les débiles mentaux, les « écoles de perfectionnement » ou *Hilfsschulen*²⁵⁷. Prenant en charge les « enfants arriérés éducatibles », ces écoles majoritairement urbaines, dont la première naît à Dresde en

WACJMAN, « Les déficients intellectuels : l'imbécile, l'imbécillité », in *Handicap et inadaptation, Fragments pour une histoire : notions et acteurs*, Henri-Jacques STIKER, Monique VIAL et Catherine BARRAL (dir.), Paris, Alter, 1996, p. 135-137. Sur des pédagogues particuliers : Jacqueline GATEAU-MENNECIER et Claude HAMONET, « Bourneville, un précurseur de la médecine de rééducation », *Les cahiers du CTNERHI*, n°58, Avril-juin 1992, p. 85-95 ; Amélie HAMAÏDE, *La méthode Decroly*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1966, 240 p. ; Yves PELICIER et Guy THUILLIER, *Un pionnier de la psychiatrie de l'enfant : Édouard Séguin (1812-1880)*, Paris, Economica, 1996.

²⁵⁴ S'occupant à la fois d'enfants à la fois handicapés et atteint de crétinisme, il écrit en 1853 un ouvrage sur « La guérison et la prévention du crétinisme et ses dernières avancées » (*Die Heilung und Verhütung des Cretinismus und ihre neuesten Fortschritte*). Son intuition d'une thérapeutique possible au problème du crétinisme est confirmée après sa mort en 1861. Malgré la notoriété acquise dans le milieu médical, son institut est un échec, notamment avec la mise en évidence du fait qu'il aurait maquillé ou exagéré plusieurs guérisons. Johann Jakob GUGGENBÜHL, *L'Abendberg, établissement pour la guérison et l'éducation des enfants crétiens à Interlachen, Canton de Berne : Premier rapport par le Dr J. Guggenbühl*, Léonce Schmid Roth & Company, 1844.

²⁵⁵ Yves JEANNE, « Désiré Magloire Bourneville, rendre leur humanité aux enfants « idiots » », *Reliance*, vol. 24, n° 2, 2007, p. 144.

²⁵⁶ Toutefois comme en France, et de manière plus systématique que pour les autres handicaps sensoriels, l'éducation des arriérés souffre d'une tendance de l'Etat central à répercuter son devoir d'éducation sur les organismes de bienfaisance. Dès 1859 en Prusse, un décret mentionne l'objectif de création d'instituts éducatifs à destination des débiles mentaux. Sieglind ELLGER-RÜTTGARDT, *Geschichte der Sonderpädagogik*, Munich, Ernst Reinhardt Verlag, 2008, pp. 143.

²⁵⁷ La traduction française est « écoles auxiliaires », mais leur équivalent sont plutôt les écoles de perfectionnement. Cf. Dominique LERCH et Jean-Thomas SCHMIDT, *op. cit.*, pp. 7-19.

1867, sont ouvertes au public des « enfants arriérés éducatibles ». Elles ont pour vocation d'accueillir une partie des écoliers suivant des cours dans des instituts pour idiots, mais aussi de résoudre le problème de l'hétérogénéité de classes primaire parfois surchargées²⁵⁸. Malgré les débats qu'elles suscitent, les *Hilfsschulen* se développent dans toute l'Allemagne. On en dénombre une trentaine au début des années 1890, de sorte que

Les villes allemandes qui avaient créé des écoles de perfectionnement au début de ce siècle constituèrent un pôle d'attraction pour les visiteurs étrangers et l'Allemagne servit d'exemple et de modèle pour différents pays quant à la scolarisation des enfants retardés ou arriérés²⁵⁹.

Les écoles de perfectionnement allemandes ont joué comme « innovation pédagogique attrayante, même à l'étranger », Sieglind Ellgert Rüttgardt, apporte des réponses à cette question.

En France, la démocratisation de l'enseignement est un peu plus tardive qu'en Allemagne. Elle représente un enjeu majeur pour la III^e République avec les lois Ferry et Paul Bert, et le souci de l'administration pour les arriérés est à placer dans ce contexte²⁶⁰. Le décalage chronologique entre France et Allemagne dans la mise en place de classes spécifiques destinées aux faibles d'esprit au sein de l'institution scolaire s'explique par la tutelle psychiatrique sous laquelle se trouve la population des arriérés. En effet,

Le handicap mental dut, contrairement aux handicaps visuel et auditif, s'extirper du milieu psychiatrique de l'époque avant que l'on puisse parler d'éducation. Esquirol, fondateur de la clinique et de la nosographie psychiatriques françaises, à l'origine aussi des institutions psychiatriques de notre pays, disait que l'idiotie commence avec la vie et qu'ensuite il n'y a plus de changement possible²⁶¹.

²⁵⁸ Parmi les autres facteurs, on peut citer la mise en place d'une législation sociale allemande avec par exemple l'interdiction du travail des enfants en 1891 et celle des écoles d'usines dès 1894. Les débats sur le rôle de l'institution scolaire ou du pouvoir psychiatrique dans la création des classes spéciales seront abordés dans le chapitre 2, et surtout le chapitre 4. Voir Sieglind ELLGER-RÜTTGARDT, *op. cit.*, p. 152-153. Voir aussi Simone ALBERTS et Bettina HEINE, *Geschichte der Kindheit*, Baltmannsweiler, Schneider Verlag, Hohengehren, 2009.

²⁵⁹ Sieglind ELLGER-RÜTTGARDT, « La scolarisation d'enfants arriérés et handicapés mentaux en France et en Allemagne : étude historique comparative », *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, vol. 4, n°2, décembre 1993, p. 153.

²⁶⁰ En mettant en place des principes devant démocratiser l'école : obligation scolaire avec en retour la responsabilité pour l'Etat de créer une école dans chaque commune, gratuité de l'enseignement et enfin laïcité. La loi du 28 mars 1882 en particulier stipule dans son article 4 que « l'instruction primaire est obligatoire pour tous les enfants des deux sexes âgés de six ans révolus à treize ans révolus ».

²⁶¹ Rémy BUTTERLIN, « Contributions à l'histoire des grands courants confessionnels et laïques en Alsace dans le travail éducatif et social du Moyen Age au XX^e siècle », in *Actes du Colloque du CNAHES, 1er juin 2002, au Centre Européen de la Jeunesse à Strasbourg*, 2003, p. 34.

Les structures à l'intention des arriérés sont alors embryonnaires en France où l'Etat et les communes ne s'intéressent pas à la question avant la fin du siècle²⁶². Les pionniers ayant voulu valoriser le versant pédagogique plutôt que l'approche scientifique et médical de l'arriération ont subi un accueil très négatif en France. On peut penser à l'œuvre d'Edouard Séguin, largement vilipendée par les aliénistes français — l'absence de formation médicale de ce dernier n'étant pas le moindre des reproches faits à Séguin — alors qu'elle a connu un fort succès, notamment aux Etats-Unis²⁶³. Ce constat figure parmi les différences majeures qu'on peut souligner entre la France et l'Allemagne : la seconde a une tradition plus forte d'ouverture à la pédagogie, tandis que la première l'inclus davantage dans le domaine de l'aliénisme. Ceci explique les raidissements répétés du monde médical devant l'introduction de méthodes associées à une autre discipline. Au sein du milieu aliéniste français, le fondateur du service des « idiots de Bicêtre » constituait en cela une exception, que relève l'un de ses internes. En 1907, Paul Sollier souligne l'importance de la collaboration entre médecins et instituteurs, et constate qu'il « en est ainsi en Allemagne, où ce sont les pédagogues qui ont la haute main sur les écoles spéciales »²⁶⁴, contrairement à une France plus fermée à cette approche. Cette prédominance du pédagogique sur le médical — qu'on a explicité à travers l'exemple de Dalldorf mais aussi par ses différences avec la situation française — représente ainsi une spécificité allemande.

d) Le médico-pédagogique au service de l'utilité sociale

On ne reviendra pas ici sur les multiples influences des méthodes mises en œuvre dans les écoles et services pour arriérés en France et en Allemagne²⁶⁵. La différence la plus significative entre

²⁶² Yves Pélicier et Guy Thuillier relèvent un fait parlant : l'absence de statistiques du ministère de l'intérieur français sur la population des déficients intellectuels est parlante. A propos de l'enseignement spécialisé, Jean-Noël Luc parle ainsi de « la statistique impossible » puisqu'« il faut attendre la fin des années 1950 pour trouver, dans les publications statistiques officielles sur le premier degré, des informations relatives aux classes spécialisées ». Jean-Noël LUC, *La statistique de l'enseignement primaire, XIX^e-XX^e siècles, politique et mode d'emploi*, Paris, Economica, 1985, p. 199.

²⁶³ Il faut noter que le Dr Bourneville érige Séguin comme son principal inspirateur, notamment en raison de l'importance donnée à l'éducation des sens. Sur le parcours de Séguin et son combat contre un milieu aliéniste hostile à ses méthodes pédagogiques, voir l'ouvrage d'Yves PELICIER et Guy THUILLIER, *Édouard Séguin : 1812-1880*, Paris, Économica, 1980.

²⁶⁴ Archives A.P.H.P., Service du Docteur Roubinovitch, « Revue critique : Réponse au livre de MM. Binet et Simon *Les enfants anormaux* » par le Dr Maurice Royer, ancien interne de la Fondation Vallée, 1907.

²⁶⁵ A la fin du XVIII^e siècle, trois figures influencent majoritairement la pédagogie : celui de Locke tourné vers la sensation comme origine de toute notions, qui sera repris par Condillac en France et Herbart en Allemagne ; Jean-Jacques Rousseau qui dans *l'Emile* fonde l'éducation sur la psychologie et la nature en plaçant l'enfant au centre et surtout en veillant dans les activités proposées par le maître à respecter les étapes naturelles du développement ; en Allemagne, Pestalozzi est vu comme le pendant de Rousseau car ayant voulu appliquer les principes de *l'Emile*, influençant lui-même le philosophe Fichte dans ses considérations sur l'éducation. Malgré son accession à la citoyenneté française, il n'est pourtant jamais cité à Bicêtre, par contre il constitue une des références constantes à Cernay et surtout à Dalldorf.

l'action de Bourneville et Piper est peut-être la filiation mixte dans laquelle ils se situent, toujours entre médical et pédagogique. En effet, des deux côtés les sources insistent sur l'aspect polyvalent et porté sur l'autre discipline pour chacun d'entre eux²⁶⁶. Pour compléter la littérature déjà existante, il reste intéressant de constater les similitudes importantes dans les pratiques éducatives mises en œuvre dans les deux pays à la fin du XIX^e siècle. Cette proximité s'illustre remarquablement dans les outils utilisés dans chacun des services de Berlin et Paris. Bourneville crée dans son service un « jardin des formes » qui permet d'apprendre les formes géométriques de manière agréable aux pensionnaires du service. Il invente aussi plusieurs tables et jeux d'éveils destinés à inculquer les couleurs ou les formes aux élèves qu'on peut observer en annexe. A Berlin, Hermann Piper met au point un outil tout à fait semblable qu'il baptise la « table des formes » (*Formentisch*). L'appareil en bois est multifonctionnel puisqu'il est destiné aussi bien au travail des aptitudes visuelles et conceptuelles — nommer la forme du cercle et évaluer la grandeur de celui-ci — qu'à la stimulation des capacités verbales²⁶⁷. Le second tableau amovible de l'appareil mobilise lui plusieurs sortes de formes géométriques qu'il s'agit de reconnaître, et ressemble également trait pour trait à celui utilisé à Bicêtre au même moment²⁶⁸.

L'*Erziehungsinspektor* publie plusieurs articles dans le *Pädagogische Zeitschrift* dont la couverture reproduit un portrait de Pestalozzi suivi de l'exclamation „Pestalozzi für immer !“. Pestalozzi consacre sa vie à l'éducation des enfants de milieu populaire, fondant de multiples écoles en Suisse qui ont une influence dans beaucoup de pays européens. Il se penche aussi sur l'éducation spécialisée puisqu'il fonde un institut pour les sourds-muets à Yverdon. Son ouvrage majeur reste *Comment Gertrude instruit ses enfants* publié en 1801. Il est proclamé citoyen français par l'Assemblée législative en août 1792. Il a une influence notable en Alsace grâce à son assise mulhousienne. Ses principes mettent en avant l'importance d'une approche graduelle : il faut commencer l'éducation par le simple avant le compliqué et faire précéder l'abstrait par le concret.

²⁶⁶ Ainsi Piper collabore abondamment avec des aliénistes. Les écrits qui lui sont consacrés mettent tous en relief comment le pédagogue a pourtant mené une « pédagogie orientée vers la pédopsychiatrie » (*eine kinderpsychiatrisch orientierten Heilpädagogie*). De la même façon, l'appellation « médico-pédagogique » pour baptiser le traitement qu'il met en place prouve l'ouverture qui est celle de Bourneville qui « porte une attention toute particulière à l'articulation constante qui doit exister entre les soins et la scolarisation. En précurseur visionnaire, il considère que soignants et pédagogues doivent être en capacité de prendre la mesure globale de la problématique [...] de chacun. Il plaide pour que les enseignants reçoivent une formation infirmière et envisage la création d'un corps professionnel d'enseignants-infirmiers ». Yves JEANNE, « Désiré Magloire Bourneville, rendre leur humanité aux enfants « idiots » », *Reliance*, 2007, vol. 24, n° 2, p. 147.

²⁶⁷ Hermann Piper décrit les multiples activités pouvant être effectuées à l'aide de l'appareil. Il s'agit toujours de différencier l'idée de grande et petite ouverture, de distinguer et nommer les couleurs : „Thätigkeitsübungen, indem die Zöglinge veranlasst werden, die einzelnen Figuren herauszunehmen und wieder hineinzulegen [...]. Übungen für Auge und Hand, indem die Kinder veranlasst werden, mit dem Zeigefinger die Grenzen der Figuren nachzuziehen u.s.w. und Übungen für Ohr und Sprachwerkzeuge, indem die Schüler angeleitet werden, die einzelnen Formen resp. deren Farben zu benennen“. Hermann PIPER, „Der Formentisch“, *Zeitschrift für die Behandlung schwachsinniger und epileptischer Kinder*, 1890, p. 22.

²⁶⁸ Sur le « tableau II » (*Tafel II*), on propose aux enfants d'identifier le triangle, carré, rectangle, croix et ellipse. L'exercice s'adresse alors à un public plus avancé, en l'occurrence celui de la 5^e classe. Il s'agit ici de distinguer les lignes courbes, de différencier et nommer des figures plus complexes. Hermann PIPER, „Der Formentisch“, *Zeitschrift für die Behandlung schwachsinniger und epileptischer Kinder*, 1890, p. 25.

Au sein de l'*Idiotenanstalt*, il s'agit de pousser les pensionnaires jugés éducatibles le plus loin possible, afin qu'ils aient la possibilité de subvenir à leurs propres besoins en étant travailleur manuel ou domestique, comme on l'analysera de manière plus approfondie dans le chapitre 5. De la même façon à Bicêtre, les multiples publications et rapports de Bourneville décrivent le fonctionnement et les méthodes mises en œuvre à Bicêtre qui ont amplement été synthétisés dans la thèse de Jacqueline Gâteau-Mennecier sur le service pendant la période où il est sous la houlette du fondateur²⁶⁹. On peut simplement donner quelques éléments des grandes lignes des principes éducatifs qui guident le service. Le médecin-chef organise le service des idiots en quartiers, dont chacun est dévolu à un but particulier. Dans celui des gâteaux situé au sud, on lutte contre la diminution physique en apprenant aux enfants à se tenir debout, se laver ou manger. Le pavillon nord est réservé aux cas moins graves et contient la petite et grande école, ainsi que les divers ateliers destinés à l'enseignement professionnels. Structurellement, le service des idiots s'avère ainsi différent de l'asile d'aliénés adultes : on s'y déplace à pied librement, ce qui doit symboliser la « tentative d'autonomisation de l'enfant idiot » ainsi que son « intégration dans le corps social »²⁷⁰. Le cœur de l'œuvre de Bourneville se situe dans la mise en place d'un traitement médico-pédagogique reposant sur une perspective d'intégration progressive de chaque enfant au groupe supérieur, ce qui implique le renoncement à tout pronostic définitif. Les actions dans le service sont diversifiées et s'inspirent beaucoup de l'œuvre d'Itard et de Séguin²⁷¹. Le premier objectif est destiné aux cas les plus lourds d'arriération qui sont invalides. Il repose sur une éducation organique et hygiénique — l'apprentissage de la maîtrise des sphincters par exemple — ainsi qu'aux fonctions motrices à l'aide de mobiles en bois. Pour le deuxième groupe, il est composé des enfants valides, mais les plus retardés du point de vue intellectuel. Dans la « petite école », il s'agit d'éveiller puis d'éduquer les cinq sens, afin de stimuler les fonctions intellectuelles et d'introduire des notions telles que l'idée de forme ou de grandeur. Un tel procédé se situe dans la filiation des principes déjà établis par Edouard Séguin selon lequel « l'enfant idiot est infirme dans le mouvement, la sensibilité, la perception et le raisonnement, l'affection et la volonté [et] c'est par l'éducation que l'on doit réparer »²⁷². Enfin, la

²⁶⁹ On ne détaillera donc pas toutes les réalisations de Bourneville dont la plupart des écrits sont conservés aux archives de l'APHP à Paris. On résumera donc dans les grandes lignes les idéaux qui guident l'action de Bourneville et quelques-unes des méthodes originales introduites par lui, pour se concentrer davantage sur les parallèles pouvant être faits avec d'autres établissements et points communs existant à l'époque dans beaucoup de méthodes mises en œuvre par les pédagogues européens. Voir Jacqueline GATEAUX-MENNECIER, *op. cit.*

²⁷⁰ J. GATEAUX-MENNECIER, *op. cit.*, p. 182.

²⁷¹ D'Itard pour ce qui est du matériel pédagogique déjà utilisé par le médecin dans l'éducation de Victor, et de Séguin pour l'éducation physique et sensorielle. Voir à ce propos et en écho aux annexes sur le matériel de Bourneville à Bicêtre le film de François Truffaut *L'enfant sauvage* (1970).

²⁷² Séguin développe sa théorie dans son ouvrage sur le Traitement moral et hygiène et éducation des idiots, publié en 1846. Cité par Yves JEANNE, « Désiré Magloire Bourneville, rendre leur humanité aux enfants « idiots », *op. cit.*, p. 144.

« grande école » constitue un troisième groupe qui doit introduire les disciplines identiques à celles de l'enseignement primaire, en visant dans l'idéal de permettre à certains de passer le certificat d'études à Bicêtre. Pour la petite et la grande école, il s'agit aussi de mettre leur corps en mouvement par de l'éducation physique, comme on l'étudiera en détail dans le chapitre 5.

Un observateur rapporte que l'instituteur de Bicêtre et ses adjoints ont obtenu, « grâce à un zèle et une sollicitude de tous les instants, des résultats véritablement extraordinaires ». Il témoigne « des progrès de [ces] élèves d'après les cahiers, dessins, etc., trouvés dans les casiers des classes » d'une part, mais également pour les cas d'arriération plus sévères :

Les enfants qui ne sont ni à la promenade, ni à l'école, sont conduits aux ateliers de menuiserie, cordonnerie, vannerie, etc. Détail navrant : dans chaque classe et chaque atelier, se trouve un cabinet, où, sur un matelas placé dans une caisse aux bords élevés, sont placés les malheureux que l'accès d'épilepsie vient surprendre dans leur travail. Dans la 2e division, celle des demi-gâteaux, le spectacle devient tout à fait triste et touchant. Ici plus de chefs d'ateliers, plus de surveillants hommes ; il faut à ces infortunés les soins maternels et incessants que leur prodiguent les jeunes femmes et les jeunes filles qui sont leurs infirmières et leurs institutrices [...] de pauvres petits cahiers sur lesquels on constate que plusieurs de ces déshérités de la nature ont reçu des notions appréciables d'écriture²⁷³.

Bourneville cherche à varier les media d'apprentissages et procéder d'abord par des connaissances concrètes en faisant dispenser aux enfants des leçons de choses, comme l'effectue aussi Piper dans ses leçons de choses qu'on peut observer sur une photographie. Quant à la méthode, aucun programme strict n'est fixé : il s'agit de s'adapter à l'évolution de chaque enfant en vue d'un enseignement le plus personnalisé possible. Les récits de visiteurs de Bicêtre apportent un récit en partie extérieur de la configuration et des actions menées dans les services sur les démarches éducatives menées à Bicêtre²⁷⁴. Plusieurs décrivent en détail l'atypique « jardin des formes » réalisé par Bourneville.

Cet article a l'avantage d'être synthétique, il faut toutefois souligner qu'il ne fait que reprendre des éléments déjà mis en évidence par Jacqueline Gateaux-Mennecier, tout en présentant l'action de Bourneville de manière totalement théorique et isolée, avec un certain manichéisme.

²⁷³ Le journaliste souligne à ce propos que les méthodes utilisées « permettent d'obtenir d'excellents et invraisemblables résultats », ce qui montre là aussi le côté biaisé de quasiment toutes les sources décrivant le service, qui sont soit dithyrambiques, soit pamphlétaires. Archives APHP, 646 FOSS 49 : Articles de presse sur les idiots (faits divers, visites à Bicêtre) 1886-87. *Varia*, « Une visite à Bicêtre », article de Jean Khiry dans *La Petite R.F.*, 1887.

²⁷⁴ Bourneville a systématisé les visites du service. Il déclare : « nous nous efforçons de maintenir ces visites du samedi dans le but d'expliquer aux visiteurs, la plupart médecins étrangers, l'organisation du service afin de leur fournir des arguments, des faits, les mettant en mesure de réclamer la fondation dans leur pays, s'ils en sont dépourvus, d'asiles-écoles semblables ». Les témoignages des visiteurs ne sont pas neutres et présentent souvent une grande partialité en faveur ou au contraire en opposition aux tentatives d'éducation des arriérés – Archives APHP, Bicêtre et Fondation Vallée, B 1040 : Compte-rendu du service, Bourneville, Imprimerie des Enfants de Bicêtre, 1904, p. 50.

La promenade constitue une véritable leçon de choses : les enfants en rapportent une foule de menus objets trouvés sur leur chemin, dont l'utilité ou l'origine leur sont expliquées, en même temps qu'on leur donne des notions sur les plantes, arbres, céréales qui s'offrent à leurs yeux [...] Les jardins sont divisés en plates-bandes aux formes géométriques ; des légumes de toutes sortes ; des champs minuscules plantés de céréales ; des arbres de toutes essences, servent à ces leçons²⁷⁵.

Outre l'attrait de la méthode originale pour sensibiliser les enfants aux formes géométriques, ce jardin témoigne aussi du « désenfermement structurel » que se propose de réaliser l'aliénisme qui entend éviter autant que possible l'aspect sinistre associé aux asiles à l'époque, en lien avec le courant anti-aliéniste dont il fait partie²⁷⁶. Ainsi la végétation doit aussi orner les murs qui parfois sont remplacés par des grillages, et aider l'enfant à inscrire son internement dans des lieux familiers et non hostiles, pour rendre l'asile plus supportable.

A Cernay, si les méthodes sont moins élaborées, elles sont également en filiation directe avec des inspirations tirées de l'étranger. La position de carrefour de l'établissement lui confère une situation particulièrement propice et on constate dans les méthodes mises en œuvre l'influence de l'Allemagne évidemment, mais aussi de la pédagogie belge avec Ovide Decroly d'une part, et suisse d'autre part avec des références au travail d'Edouard Claparède et surtout la venue d'Alice Descoedres lors d'une conférence tenue à Cernay en 1913²⁷⁷.

A Berlin, Hermann Piper utilise lui aussi des concepts issus de la pédagogie spéciale pour encourager l'éducation des faibles d'esprit (*Geistesschwäche*) vers la « plus grande autonomie possible » (*grösstmöglicher Selbständigkeit*). D'une façon similaire, les sources de Cernay insistent souvent sur l'impératif de rendre l'enfant « utile à la société » (*gesellschaftsnützlich*). Un tel objectif est commun à la plupart des établissements fondés pour les arriérés à cette période. Ainsi au sujet des sections pour idiots en Suède à la fin du XIXe siècle, Thomas Barow rapporte l'impératif de

²⁷⁵ Le journaliste souligne à ce propos que les méthodes utilisées « permettent d'obtenir d'excellents et invraisemblables résultats », ce qui montre là aussi le côté biaisé de quasiment toutes les sources décrivant le service, qui sont soit dithyrambiques, soit pamphlétaires. Archives APHP, 646 FOSS 49 : Articles de presse sur les idiots (faits divers, visites à Bicêtre) 1886-87. *Varia*, « Une visite à Bicêtre », article de Jean Khiry dans *La Petite R.F.*, 1887.

²⁷⁶ Aude Fauvel parle de l'inimitié dont Bourneville fait l'objet en raison de son engagement dans ce courant et va jusqu'à le qualifier de « marginal » au sein même de sa profession. Son anticléricalisme, étudié par Philippe Galanopoulos dans sa thèse, n'y est pas non plus étranger. Membre de la Société médico-psychologique, il prend pourtant ses distances avec la ligne officielle, ce dont témoigne sa collaboration avec Charcot qui est neurologue. Pour se donner une tribune apte à diffuser ses idées nouvelles sur la profession, Bourneville fonde la revue « Le Progrès médical » qui lui permet de passer outre la « ligne officielle ». A. FAUVEL, « Témoins aliénés et “Bastilles modernes” », *op. cit.*, p. 211-412 ; Philippe GALANOPOULOS, « Le Dr Bourneville, l'hystérie et l'anticléricalisme au début de la Troisième République: un médecin à l'assaut des superstitions et des croyances religieuses », Thèse, Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, 2005.

²⁷⁷ Edouard Claparède est un médecin et psychologue genevois fondateur de l'institut Jean-Jacques Rousseau (qui deviendra institut des sciences de l'éducation). Alice Descoedres est une pédagogue ayant collaboré avec Edouard Claparède, puis devenue amie avec le Belge Ovide Decroly avec qui elle tente de nouvelles méthodes inspirées de la psychologie expérimentale. Elle publie en 1916 un ouvrage consacré à *L'éducation des enfants anormaux*. Pour de plus amples détails sur l'institut de Cernay et les filiations pédagogiques qui s'y jouent, voir le dernier chapitre du mémoire de master 2.

« potentiel d'utilisation » (*Brauchbarkeit*). Tous les enseignements sont envisagés dès le départ en vue d'une insertion sociale de l'arriéré. On verra dans le chapitre 5 comment ces menus travaux sont autant de moyens propédeutiques à une formation professionnelle devant aboutir sur une embauche à la sortie de l'asile, ou au moins à la production de bien dans les ateliers de l'établissement, source de rentabilité pour le service comme on le verra plus amplement dans le chapitre 5.

Enfin, l'objectif de normalisation n'est pas absent : il faut contrôler pour discipliner, ce qui montre un aspect ambivalent de la modernisation ambivalente. Sieglind Ellger-Rüttgardt parle toutefois à ce propos de « normalisation et différenciation » (*Normalisierung und Aussonderung*) : l'éducation est aussi normalisation pour assurer la protection contre d'éventuels débordements contre eux-mêmes de la société.

B. Tableau comparé des premières années : vis-à-vis des dynamiques contradictoires et difficultés communes

1. L'évolution des services dans les premières années de fonctionnement

a) Brève histoire de l'asile de Dalldorf et de l'Idiotenanstalt de 1885 à 1914

On possède quelques sources pouvant donner des indications sur l'histoire de ces premières années. Néanmoins, le choix de périodisation du livre de Thomas Beddies consacré à l'établissement, qui commence en 1919, témoigne de la relative faiblesse — en terme de quantité mais aussi d'intérêt — des sources autres que pratiques au sujet de toute la période précédant la Première Guerre mondiale.

A l'ouverture de Dalldorf, le directeur est l'aliéniste Carl Ideler, remplacé en 1887 par le Dr Wilhelm Sander qui reste à ce poste jusqu'en 1914, suivi par Friedrich Wilhelm Kortum. A ce moment, l'assistance communale se façonne et surtout se spécialise. Ainsi l'asile de Dalldorf est représentatif d'une période où l'assistance aux malades et arriérés mentaux s'impose en tant que domaine indépendant, à côté d'autres secteurs comme l'assistance aux sans-logis ou aux chômeurs. Dès le départ, beaucoup de malades affluent rapidement en raison surtout de la pression du coût élevé de la prise en charge dans les instituts privés. Ainsi le nombre de malades pris en charge à la fin du XIX^e siècle augmente rapidement, pas seulement à la faveur de la croissance démographique de la ville de Berlin — qui est néanmoins un facteur particulièrement important — mais aussi à cause du principe médical d'hospitalisation à des fins curatives et à la tendance croissante des communes à prendre en charge les frais de soins. Les conditions de travail ainsi que les méfaits de l'industrie ou de l'alcool font augmenter la demande d'hospitalisation, facteurs évoqués dans les sources relatives à tous les établissements étudiés pour l'époque²⁷⁸. Toutefois, cette augmentation rapide de la population de l'établissement serait aussi due à un passage à ce que Dirk Blasius nomme

²⁷⁸ On ne reviendra donc pas dessus, en dehors du chapitre 3 sur les causes attribuées à l'arriération. On peut citer ce passage des « Réflexions sur les anormaux » de Bourneville : « Si la nature produit des dégénérés, cela ne tient pas uniquement à des causes biologiques. Les données étiologiques doivent être mises en première ligne ; on donne 40 p. 100 des cas où l'alcoolisme du père semble avoir joué le rôle prépondérant. La tuberculose est aussi un facteur essentiel des troubles mentaux. La syphilis se rencontre aussi fort souvent chez les ascendants des dégénérés [...] ; Et ce sera le milieu dans lequel on fera vivre le dégénéré qui lui fera remonter peu à peu le courant vers la santé ou le précipitera définitivement dans la folie, le crime et la déchéance. N'est-ce pas à cette mentalité atroce qui grouille dans les taudis ouvriers, n'est-ce pas à la misère, à l'ignorance, à toutes les causes en un mot des plaies de notre société qu'il faut attribuer le développement des maux qui couvent chez l'enfant dégénéré ? N'est-ce pas la société elle-même ? ». Marcel Bourneville, « Réflexions sur les anormaux », *Revue philanthropique*, 1907, p. 157.

pour l'Allemagne l' *Ordnungspsychiatrie* dès la fin du XIX^e siècle, c'est-à-dire une utilisation de l'institution asilaire comme lieu de rétention des population considérées comme dangereuses, et ce à des fins d'ordre social²⁷⁹.

Un changement intervient en 1915 en ce qui concerne l' « institut communal pour idiots » (*Städtliche Idiotenanstalt*), qui est rebaptisé « institut de soin et d'éducation de la ville de Berlin (*Heil-und Erziehungsanstalt der Stadt Berlin*). D'après Thomas Beddies, il s'agirait d'un premier pas dans la direction poursuivie par le directeur suivant, Emil Bratz, à savoir de rendre ce service bicéphale en faisant à la fois de l'assistance (*Fürsorge*) et du suivi médical (*Nachsorge*). Ce changement d'appellation doit aussi être mis en parallèle avec celui de Cernay à la même époque. Pour les deux établissements, la même remarque s'impose : au début du XX^e siècle, l'emploi du terme d'idiot semble avoir atteint un aspect suffisamment péjoratif pour être évitée d'une part. D'autre part, le changement d'appellation de l'établissement pour idiots montre une volonté de précision sur sa vocation : l'idiotie étant associée à l'idée d'incurabilité, la précision de sa vocation à la fois palliative et curative exprime vraisemblablement le besoin de valoriser l'action éducative qui y est menée. Il faut noter enfin une permanence dans l'histoire de la prise en charge des enfants à Dalldorf : la dualité d'une structure qui allie pédagogie spéciale d'un côté au sein de l'*Idiotenanstalt*, et l'aspect plus médical de la section qu'on trouve alors dans le pavillon 10, et qui développera ensuite autour de ce qu'on appellera plus tard la pédopsychiatrie clinique. Cette division qui s'inscrit dans la durée témoigne d'un parallélisme avec ce qui se passe dans le service des idiots de Bicêtre au même moment.

b) Brève histoire du service de Bicêtre jusqu'aux années suivant le départ de D.-M. Bourneville (1885-fin des années 1900)

La monographie de la sociologue Jacqueline Gâteau-Mennecier retrace en détail les grandes étapes du service des idiots de Bicêtre durant toute la période où Bourneville en est le médecin-chef, c'est-à-dire de la fondation jusqu'à son départ en 1905²⁸⁰. Toutefois, il est nécessaire de mentionner

²⁷⁹ Voir Dirk BLASIUS, « *Einfache Seelenstörung* » : *Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800 - 1945*, Francfort-sur-le-Main, Fischer Taschenbuch Verlag, 1994 ; Sur le tournant pris par la psychiatrie allemande à la fin du XIX^e siècle, voir aussi Eric J. ENGSTROM, *Clinical Psychiatry in Imperial Germany : A History of Psychiatric Practice*, Cornell University Press, 2003. Sur la question de la dangerosité du malade, voir pour la France Laurence GUIGNARD, Hervé GUILLEMAIN et Stéphane TISON (dir.), *Expériences de la folie : criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIX^e-XX^e siècles)*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2013.

²⁸⁰ Jacqueline Gâteaux, « Les médecins aliénistes, les psychopédagogues et la déficience mentale à la fin du XIX^e siècle. Etude du service des enfants idiots de Bicêtre », Thèse, Paris, 1986.

quelques grandes lignes de cette évolution ici. Les historiques successifs de l'hôpital de Bicêtre témoignent d'une préoccupation grandissante quant à l'encombrement de l'asile. En 1893, on parle déjà « d'encombrement des services » qui se traduit par une augmentation du personnel²⁸¹. Une décennie seulement après la création du service, le service des idiots de Bicêtre comprend 503 garçons et on envisage déjà d'ouvrir de nouveaux locaux.

Cette situation de surpeuplement obligerait Bourneville à militer d'abord pour la création d'autres institutions, puis à se tourner vers l'Instruction Publique dont les établissements peuvent permettre d'évincer le surplus de Bicêtre. Ainsi le médecin-chef de la section réfléchit à plusieurs solutions comme la limitation des entrées, les transferts dans d'autres institutions et aussi le projet du secours à domicile. D'après le dénombrement effectué par Bourneville au début du XX^e siècle, la situation semble toujours problématique après vingt ans d'existence du service. En 1903, il évoque en effet le chiffre de 40000 à 60000 arriérés pour seulement 1070 places dans les asiles de la Seine, dont 440 à Bicêtre²⁸². Malgré cette situation d'encombrement, le volontarisme du médecin-chef permet la réalisation de beaux projets, comme la direction d'un convoi de garçons de la du service des idiots sur le Champ de Mars à l'occasion de l'Exposition universelle de 1900²⁸³.

En 1907, le service passe sous la direction médicale du Dr Nageotte. Il comprend un nombre de lits stable, autour de 430, contrairement au service de la Salpêtrière qui se vide au même moment²⁸⁴. Il y a peu à signaler en terme d'évolution des traitements ou de la prise en charge des arriérés après Bourneville. Quelques années après le départ de ce dernier, les gâteux alités sont toujours soignés de la même façon : « On les tient propres, on les empêche de souffrir dans la mesure du possible et on veille à ce qu'ils ne deviennent pas un foyer d'épidémie. Ces enfants, en règle générale, meurent jeunes ».²⁸⁵ Les paralyés scolarisés vont à l'école entraînés par des enfants valides dans de petites voitures qui existaient déjà du temps de Bourneville, et qu'on peut observer en annexe. Les valides sont 140 dans la petite école à laquelle ils assistent s'ils ont encore besoin de soins maternels. Les plus intelligents sont mis à part dans une classe de 17 élèves, tandis que la Grande école comprend 160 écoliers divisés en quatre classes. Celle-ci s'organise toujours de manière bicéphale autour de l'école et de l'atelier. Les ateliers présentent des résultats satisfaisants et servent toujours à produire des biens qui sont utilisés dans le service même :

²⁸¹ Archives APHP, Bicêtre, D-285 : Historique de l'hôpital de Bicêtre, 1893.

²⁸² Et 250 pour l'asile de Vaucluse, 145 pour la Salpêtrière et 235 pour la fondation Vallée.

²⁸³ Archives APHP, Bicêtre, D-285 : Historique de l'hôpital de Bicêtre, 1901.

²⁸⁴ Archives APHP, Bicêtre, D-299 : Historique de l'hôpital de Bicêtre, 1907.

²⁸⁵ Archives APHP, Bicêtre, 9L49 : Rapport d'inspection et renseignements, Rapport dactylographié du Dr Nageotte sur le fonctionnement du service des enfants à l'hospice de Bicêtre, 20 juin 1909.

Le tailleur habille toute la section, le vannier et le brossier fournissent tout l'hôpital et livrent en outre un grand nombre de pièces au Magasin central ; le serrurier et le menuisier font les réparations des bâtiments et du matériel ; ils construisent en outre des meubles neufs : tables, armoires, fauteuils de gâteaux²⁸⁶.

Conformément au système institué par Bourneville, le service fonctionne encore sur un principe d'autoproduction et consommation. Le fait que les enfants et adolescents en apprentissage produisent ou réparent selon les besoins du service constitue d'ailleurs un fort argument qui permet de justifier les dépenses consenties par le Conseil général, comme le chapitre 5 le montrera plus longuement.

Autre signe de continuité, un an après le départ de l'aliéniste on retrouve encore la mention de multiples distractions pour les patients tels que les chants, les concerts et promenades. La célébration des temps forts de l'année est évoquée en 1905 encore : « les enfants, garçons et filles, sont gratifiés de jouets à Noël et au jour de l'An par l'œuvre du 'Joyeux Noël' et l'administration, ils se déguisent au Mardi Gras et à Mi-Carême »²⁸⁷. Ces actions sont loin d'être anecdotiques, car elles témoignent d'une façon de considérer les arriérés et leur prise en charge qui s'efface rapidement à la fin des années 1900 pour être marquée par un utilitarisme bien plus grand. Les discours montrent en effet une volonté de rationalisation et d'économie dans le service de Bicêtre qui est d'autant plus marquante qu'elle précède le sinistre de Première Guerre mondiale. En raison du fait que ces postulats qui guident l'action des chefs de service se modifient après le départ de Bourneville, on arrêtera ici la description de l'évolution du service à la fin de la première décennie du siècle, pour la reprendre dans ce contexte nouveau dans le chapitre 5.

2. Histoires croisées : mythes et réalités de la situation comparée entre France et Allemagne

a) Le topos de l'avance allemande dans les discours et la pratique psychiatrique française, une rhétorique instrumentalisée par les promoteurs de l'éducation des arriérés en France (1894-1904)

Expliquer la fondation quasi-simultanée de deux structures se développant dans le cadre asilaire implique de poser la question de la situation de chaque pays pour l'assistance aux aliénés.

²⁸⁶ Archives APHP, Bicêtre, 9L49 : Rapport d'inspection et renseignements, Rapport dactylographié du Dr Nageotte sur le fonctionnement du service des enfants à l'hospice de Bicêtre, 20 juin 1909, p. 3.

²⁸⁷ Archives APHP, Bicêtre, D-299 : Historique de l'hôpital de Bicêtre, 1906.

Dans les sources alsaciennes des années 1920, on avait pu lire à plusieurs reprises que la région en général et l'institut Saint-André en particulier avaient joué un rôle de « modèle » après le retour de l'Alsace à la France, et ce à l'échelle nationale. Les documents contemporains de cette période insistent sur le fait que cette entité détachée de son territoire près de 50 ans auparavant aurait progressé bien plus vite en un demi-siècle que le reste de la France ; Ce qui s'avérait une sorte de *leitmotiv* dans le fonds alsacien avait en partie entraîné le changement d'échelle de raisonnement et le passage nécessaire à une focale transnationale. La critique nécessaire de telles sources produites par les directeurs des institutions et la confrontation avec leur équivalent pour le service de Bicêtre ou l'*Erziehungsanstalt* de Berlin — décrit comme la « Mecque de l'éducation spéciale »²⁸⁸ — a permis de remettre en perspective ces affirmations.

Concernant Berlin, nous n'avons pas trouvé de références explicites à la France dans les sources détaillant les démarches étrangères ayant inspiré les concepteurs de l'*Idiotenanstalt*, ce qui peut être interprété comme un signe de désintérêt. Par contre, du côté français, on remarque une véritable attention à ce qui se fait du côté allemand. Ainsi dans les réformes qu'envisage Bourneville au bout de la première année de fonctionnement du service, plusieurs demandes s'inspirent explicitement de démarches mises en œuvre du côté allemand. Outre l'ouverture de nouveaux quartiers pour enfants, le médecin fait la demande explicite de « recourir au système des secours à domicile qui a déjà été employé pour les enfants aliénés ou idiots en 1883 et 1884 » ainsi que la « création de classes spéciales pour les enfants arriérés »²⁸⁹. Or la demande de Bourneville de mettre en place du secours à domicile pour les malades des asiles de la Seine et de créer des classes spéciales sont deux réformes s'inspirant explicitement de réformes récentes mises en place en Allemagne. Concernant le premier point, le secours à domicile fait référence à une méthode mise en place à Berlin dès 1890 nommée la « prise en charge en famille d'accueil » (*Familienpflege*). Pour la seconde, dans la perspective d'un essor de l'école élémentaire plus précoce en Allemagne qu'en France par le biais des *Hilfsschulen*, dont les « classes de perfectionnement » représentent l'équivalent français.

Hormis celles spécifiques à Bicêtre, beaucoup de sources françaises répètent cette idée d'une « avance allemande » en matière d'assistance des aliénés. Même s'il ne concerne pas les premières années du service de Bicêtre, on peut prendre l'exemple de la lutte de son médecin-chef pour la

²⁸⁸ L'expression vient d'un article du pédagogue dans le « journal de recherche sur les enfants » (*Zeitschrift für Kinderforschung*) de 1916. Pour une synthèse des actions de Piper dans les domaines de la pédagogie et de la recherche, ainsi que la portée de son action éducative en vue d'une mise au travail des arriérés pris en charge dans son service, voir l'article de Petra Fuchs dans l'ouvrage collectif Monika ANKELE et Eva BRINKSCHULTE, *Arbeitsrhythmus und Anstaltsalltag, Arbeit in der Psychiatrie vom frühen 19. Jahrhundert bis in die NS-Zeit*, Berlin, Steiner Verlag, 2015.

²⁸⁹ Note au Préfet de la Seine, p. 6-8.

création de classes spéciales inspirées des *Hilfschulen* allemandes. Avant sa retraite en 1905, la question de la création de classes spéciales — qui seraient annexées ou non aux classes ordinaires pour les enfants des écoles primaires selon les projets — figure en tête des projets de Bourneville, fondées sur les arguments que les arriérés nuisent au fonctionnement des écoles ordinaires et qu'il faudrait une structure pour accueillir les enfants idiots améliorés par le traitement médico-pédagogique dans services — où ils sont obligés de rester jusque là puisqu'il n'y a pas d'autre alternative. Or pour donner plus de force à son projet, l'argumentaire de Bourneville s'appuie sans cesse sur des exemples étrangers. Les aliénistes de l'époque ne sont pas sans savoir que de telles classes existent dans beaucoup de pays. Dans les années 1890, Bourneville remet d'ailleurs à la Commission de surveillance des asiles de la Seine des documents sur celles d'Angleterre, de Belgique, de Prusse et de Suisse avec le commentaire suivant :

Il est grand temps que nous ne restions pas en retard sur les autres pays. Ces classes permettraient non seulement de maintenir dans leurs familles, tout en les soumettant au traitement médico-pédagogique, tel qu'il est appliqué à Bicêtre, à la fondation Vallée et à l'Institut médico-pédagogique (Vitry-sur-Seine), des enfants pour lesquels on réclame aujourd'hui l'hospitalisation, mais encore [...] un certain nombre d'enfants hospitalisés et qui sont suffisamment améliorés pour être rendus à leurs familles, avec ou sans secours. Par là, on aurait encore la disponibilité d'un certain nombre de lits [...] On allégerait ainsi les charges de l'Assistance en maintenant les enfants dans leurs familles, en resserrant les liens entre elles et leurs enfants. En procédant de la sorte, on ferait de la véritable assistance républicaine²⁹⁰.

Deux éléments sont cruciaux dans cette déclaration : d'une part la situation déjà dramatique des services médico-pédagogiques créées par Bourneville, qui sont déjà en état de surpopulation et congestionnés moins d'une décennie après leur ouverture. D'autre part la perception d'un « retard » sur l'étranger. Cette question de la comparaison parcourt fortement les interrogations du milieu psychiatrique de l'époque : la France se compare à ses voisins, au premier rang desquels « l'ennemi héréditaire » qu'est l'Allemagne²⁹¹. Ces idées sont notamment véhiculées par le genre du voyage médical qui se développe particulièrement au long du XIX^e siècle en France comme en Allemagne. Ceux effectués par les délégations du Conseil général de la Seine au sujet des soins prodigués aux malades mentaux en sont un bon exemple. L'aliéniste Paul Sérieux participe pendant plus de dix ans (1894-1904) à l'un d'entre eux. Il consacre au sujet un ouvrage monumental sur *L'assistance des aliénés en France, en Allemagne, en Italie et en Suisse* qui dresse un bilan très détaillé de ses

²⁹⁰ D.-M. BOURNEVILLE, *Des différents modes d'assistance des enfants idiots, épileptiques et arriérés*, Paris, Librairie du Progrès médical, 1900, p. 10.

²⁹¹ En réalité, cette inimitié n'a rien « d'héréditaire » au sens du long terme, puisqu'elle est une création de l'époque. L'Angleterre était un ennemi à la permanence bien plus remarquable que l'Allemagne avant 1870. Sur les questions de la perception qu'a la France de l'Allemagne sur le plan scientifique dans cette période, voir Christian BONAÏ, « Formation, recherche et pratique médicales en France et en Allemagne pendant la deuxième moitié du XIX^e siècle : comparaisons, transferts et contre-transferts », Thèse, Strasbourg, 1996.

observations²⁹². Connaisseur érudit des pays voisins de la France, il est notamment un des premiers à diffuser les concepts nosologiques kraepeliniens. Sa participation à des voyages d'études en Allemagne et les observations qui en découlent en font une source précieuse par le regard croisé qu'il permet entre les deux voisins. Les failles de l'assistance des aliénés en France sont interprétées par lui comme une autre preuve de son infériorité, face à ce qui est décrit comme une organisation implacable et bien plus efficace du côté allemand. Ainsi Paul Sérieux cite les propos du Dr Mendelssohn²⁹³, auquel il souscrit :

Grâce à certaines qualités de leur caractère national, grâce à leur persévérance, à leur esprit de méthode, les Allemands ont réussi à conquérir le premier rang parmi les nations du continent au point de vue de l'assistance des aliénés ; ils ont de beaucoup dépassé les Français qui leur servaient de modèles²⁹⁴.

Les déclarations de Sérieux témoignent non seulement d'une essentialisation des qualités germaniques qui seraient intrinsèques au « peuple » allemand, mais aussi d'une certaine complaisance dans l'art de l'autoflagellation. Plus loin, l'aliéniste loue l'appropriation rapide et efficace des techniques étrangères réalisées par les Allemands, par opposition aux médecins français qui se seraient fait devancer par leurs voisins :

Nous constatons en Europe centrale une activité admirable dans tous les domaines de l'assistance des aliénés. Cet essor prodigieux, qui s'est produit au cours d'une période de trente ans, frappe le visiteur [...] Tous ces progrès s'y sont rapidement acclimatés, surtout en Allemagne. Ils ont été appliqués avec une méthode, perfectionnés avec une systématisation qui ont placé ce pays au premier rang, si longtemps occupé par nous.

Paul Sérieux procède à une sévère critique nationale sur la place de la France dans le concert des nations sur le plan scientifique :

Alors qu'il n'y a pas longtemps la satisfaction était le mot d'ordre général, qu'on s'était endormi dans un *far-niente* dangereux et qu'on osait présenter des asiles-prisons comme des établissements modèles, on voit maintenant nombre d'esprits indépendants dénoncer le mensonge des clichés optimistes traditionnels. Ils se demandent s'il est bien vrai que nous soyons toujours à l'avant-garde du progrès et que tout soit pour le mieux dans les meilleurs des asiles ; ils comparent ce qui se fait au-delà de nos frontières et ce qui se fait chez nous ; ils réclament des réformes.

On voit que Sérieux critique une France qui se reposerait sur ses acquis et son prestige. Selon lui, la santé de la médecine mentale suivrait l'évolution politique, et l'on passerait ainsi d'une France

²⁹² Paul SERIEUX, *L'assistance des aliénés en France, en Allemagne, en Italie et en Suisse*, Paris, Impr. municipale, 1903, 1007 p. Elève de Valentin Magnan à Sainte-Anne, Paul Sérieux est ensuite médecin à l'asile de Vaucluse, Villejuif et Ville-Evrard dans les années 1890, avant de diriger la section des épileptiques à Maison-Blanche de 1908 à 1921.

²⁹³ Médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Saint-Petersbourg.

²⁹⁴ Paul Sérieux, p. 21

réputée en tête des pays européens dans le domaine de l'aliénisme au début du XIX^e siècle à une domination allemande après 1870²⁹⁵. D'autres Français font le même constat en visitant des asiles allemands. Connaisseur de Bicêtre avant la création du service de Bourneville, Maxime du Camp rapporte à la fin du XIX^e siècle une impression bien plus positive de sa visite de l'asile d'Illenau, déclarant que l'établissement « paraît être un modèle au point de vue du personnel médical et des soins que l'on prodigue aux malades ». Il exprime ensuite « le regret profond que [la France n'eusse] rien de semblable à Paris, dans le pays où Philippe Pinel a fait la révolution que l'on sait et fondé la pathologie mentale »²⁹⁶, ce qui témoigne d'un sentiment de dégradation du prestige français similaire à celui exprimé par Sérieux.

Un tel constat désenchanté est symptomatique d'une certaine nostalgie française basée sur le sentiment – réel ou perçu, c'est tout l'enjeu de la réflexion – d'une gloire révolue dans le domaine psychiatrique notamment, mais plus généralement scientifique et culturel. L'impression de ceux qui côtoient et jaugent l'aliénisme de part et d'autre du Rhin apparaît défavorable à la France dans la seconde moitié du siècle, s'agissant des innovations thérapeutiques aussi bien que de la formation du personnel ou du suivi des malades. Bénédicte-Auguste Morel propose lui aussi pour modèle l'Allemagne, où

grâce à un personnel instruit chaque malade est l'objet d'une étude attentive, suivie ; chacun a son dossier établi médicalement, non dans un registre commun à tous, où, comme en France, la formule invariable et stérile « Même état » occupe la place principale, mais par des observations détaillées et individuelles.

Enfin, on peut citer D.-M. Bourneville, qui ne manque pas dans de nombreux écrits de louer l'Allemagne et d'autres pays industriels pour leur sophistication et leur avance concernant l'assistance aux enfants arriérés :

Si l'on compare la situation de notre pays à celle des pays scandinaves, de l'Angleterre, des Etats-Unis, de l'Allemagne, on est obligé de reconnaître que la France est demeurée bien en arrière de tous ces pays, et cependant c'est à un Français, à Edouard Seguin, que revint l'honneur d'avoir organisé le traitement et l'éducation des enfants idiots et arriérés [...] Le département de la Seine est à peu près le seul qui ait commencé à organiser les services spéciaux pour les enfants idiots [...] Ce serait un honneur pour cette dernière institution (l'assistance publique) si, en attendant la transformation et l'agrandissement de la section des petites filles de la Salpêtrière, elle hâtait l'achèvement de la section des enfants de Bicêtre, et

²⁹⁵ Dans cette période, le seul domaine où se distinguent les Allemands sont leur « fécondité incroyable au point de vue de l'invention d'instruments destinés à contenir les furieux » selon Pinel cité par P. Sérieux p. 682. Parmi les techniques extrêmes, on trouve vers 1820 la chaise de force, l'emprisonnement de la tête dans un sac, la cure de dégoût, l'application de fers brûlants à la plante des pieds, de moxas à la paume des mains, les bains de neige ou encore l'usage de la poire introduite dans la bouche et fixée à l'aide de liens.

²⁹⁶ Maxime DU CAMP, *Paris, ses organes, ses fonctions et sa vie, dans la seconde moitié du XIX^e siècle*, Paris, 1875, p. 367

la montrait en plein fonctionnement au moment du Congrès international d'Assistance publique²⁹⁷

Ces propos tenus à l'occasion de l'Exposition universelle de 1889 sont ainsi représentatifs d'un secteur dans lequel les contemporains semblent coutumiers d'une critique nationale et d'un sentiment quasi-unanime de déclassement. Ces critiques rejoignent celles de Paul Sérieux, qui décrit dix ans plus tard une France se trouvant au début du XX^e siècle dans une « période de transition » en ce qui concerne les questions d'hospitalisation et de traitement de l'arriération. L'aliéniste pointe tout au long de son discours les forces qui freineraient ces avancées, au premier rang desquelles la connaissance trop vague, voire inexistante des progrès réalisés à l'étranger. Il brosse le portrait d'une France fondamentalement frileuse et introvertie. On est ainsi amené à se demander si la fondation du service des idiots de Bicêtre est symptomatique de cette prise de conscience française d'un retard par rapport à l'étranger, les réformes de Bourneville pouvant être interprétées comme un signe vers une revendication d'alignement sur l'évolution allemande décrite en ce qu'ils témoignent d'un vrai parallélisme dans volonté de « déshospitaliser » les arriérés.

La question des « modèles », des « transferts » et de « l'avance » allemande est cruciale ici, tant les contemporains dénonçant une France en perte de vitesse sont nombreux. Toutefois, il faut critiquer cette vision et voir que le bilan de la mission de Paul Sérieux est représentatif de ce désir de renouveau, évoqué par Claude Digeon d'une France voulant se hisser au niveau d'une Allemagne haïe aussi bien qu'admiration au tournant du siècle. L'historien montrait déjà dans les années 1950 la propension de la France à reconstruire une image idéale de son voisin entre Sedan et la Grande Guerre, l'ennemi n'ayant pu gagner la guerre de 1870 que grâce à sa supériorité intellectuelle. Par conséquent, l'Allemagne est prise pour modèle et admirée sur des sujets tels que les universités ou l'enseignement. Or la rhétorique d'une imitation nécessaire pointée par Digeon est constante dans les articles de Paul Sérieux, et symptomatique d'un complexe d'infériorité de la part d'une génération de Français qui a écouté dans sa jeunesse des maîtres frappés par le désastre de 1870. Comme le déclare l'historien, « après 1870, lorsqu'un Français regarde l'Allemagne, c'est souvent le visage de la France qu'il cherche dans les yeux de l'ennemi » par un procédé de miroirs²⁹⁸.

Pourtant, l'explication d'un simple complexe d'infériorité français sur le plan de l'aliénisme est insuffisante. Il apparaît que les jeux de transferts et de miroirs sont plus complexes. Il est en réalité impossible de retracer des filiations nettes. Plus, les réussites d'une réforme perçues par le

²⁹⁷ D.-M. Bourneville, *De l'assistance des enfants dits incurables (Idiots, imbéciles, épileptiques, paralytiques, etc)*, Paris, Goupy et Jourdan, 1889, p. 16.

²⁹⁸ Claude DIGEON, *La crise allemande de la pensée française (1870-1914)*, Thèse, Paris, 1959, p. 540.

voisin comme une « avance » apparaissent souvent comme bien moins évidentes si l'on étudie celles-ci à échelle nationale.

b) Les apports d'une histoire croisée : diachronies, résistances et contre-transferts

1) *Des influences triangulaires et des transferts complexes*

Les sources françaises en particulier peuvent laisser penser à l'Allemagne comme « modèle » absolu pour la psychiatrie française au sens littéral du terme, c'est-à-dire en tant qu'exemple qui « grâce à ses caractéristiques, à ses qualités, peut servir de référence à l'imitation ou à la reproduction »²⁹⁹.

Pourtant, les transferts en jeu sont de nature bien plus complexe que la vision d'un voisin à imiter. Le développement du système de la *Familienpflege* offre un bon exemple des transferts en jeu. Le caractère d'exemplarité ne relève pas forcément d'une initiative allemande admirée par la France, mais peut aussi avoir été relayé par un chemin triangulaire. En réalité, les deux voisins regardent tous les deux dans la même direction. Initialement, Thomas Müller montre que c'est l'asile de Gheel en Belgique qui polarise toutes les attentions des psychiatres voulant réformer le mode de prise en charge : « in den 1960^{er} Jahre wurden europäische Ärzte erneut aufmerksam auf die Familienpflege-Kolonie in Gheel »³⁰⁰. Le voyage d'étude est un genre particulièrement prolifique à cette époque, permettant de prendre conscience de ces faisceaux d'influence qu'on aurait pu penser de nature binationale, et qui comme le montrent Michel Espagne et Michael Werner, se révèlent dessiner plus volontiers des sortes de « constellations triangulaires » (*Dreieckskonstellationen*)³⁰¹. Parmi les près de 2200 visiteurs que recense le livre d'or de la colonie entre 1863 et 1914, Thomas Müller montre dans son article que les publications relatant des visites de Gheel sont aussi nombreuses du côté français – Esquirol, Moreau de Tour, Marie – que du côté allemand – Konrad Alt, Richard von Krafft-Ebing, Wilhelm Griesinger ou Albrecht Paetz. Néanmoins, la notion de « modèle » est complexe, puisque ce point focal vers lequel sont tournés les regards des aliénistes à cette époque est aussi un repoussoir que les adversaires du placement familial d'efforcent de caricaturer. Quoiqu'il en soit, on peut rejoindre le constat de Thomas Müller :

A la même époque, le débat autour de la prise en charge des patients psychiatriques éclate dans chaque culture médicale nationale, à propos duquel la forme de prise en

²⁹⁹ Si l'on considère la première définition du Trésor de la langue française.

³⁰⁰ Thomas MÜLLER, « Vergleich und Transferanalyse in der Medizingeschichte? Eine Diskussion anhand von Reiseberichten als Quelle », *Medizinhistorisches Journal*, vol. 39, n°1, 2004, p. 63.

³⁰¹ Michaël WERNER et Michel ESPAGNE, « La construction d'une référence culturelle allemande en France : genèse et histoire (1750-1914) », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, vol. 42, n°4, 1987, p. 969-992.

charge par le placement familial joue un rôle central dans chaque société. Dans chacun des contextes, le concept de « Familienpflege » devient précisément un synonyme de l'établissement flamand de Gheel et donne lieu à un nombre énorme de voyages et la publication du genre du récit de voyage (*Reisebericht*) est accaparée par les médecins des deux pays³⁰².

De manière comparable, au moment de la campagne menée par Bourneville en faveur de la création de « classes spéciales », l'Allemagne est loin d'être la seule direction vers laquelle regarde l'aliéniste français. Dans sa publication en faveur de la création de classes spéciales pour les enfants arriérés³⁰³, il argumente en 1898 en détaillant les exemples de telles classes dans trois pays étrangers, respectivement l'Angleterre, la Suisse et la Belgique. On peut donc noter que, comme pour le secours à domicile, l'Allemagne n'est pas le seul pays voisin à attirer l'attention des aliénistes. S'agissant des pays cités en exemple, Bourneville appuie son argumentation par de nombreux chiffres et surtout les propos issus de témoins directs tels que des médecins, pédagogues ou instituteurs présentés comme « neutres » — ce sont les auteurs de « rapports » objectifs commandés par le médecin — mais qui sont en réalité des plaidoyers en faveur des mesures demandées par l'aliéniste. S'il est inutile de se perdre dans les détails de l'assistance en Suisse, on retiendra les propos de l'un d'entre eux qui

termine son rapport en disant qu'il était autrefois l'adversaire décidé des classes spéciales. Il lui paraissait injuste de marquer l'enfant dès le jeune âge du stigmate de l'imbécillité en le parquant dans une école spéciale. Il partageait aussi le préjugé courant qui proclame la bonne influence de la présence dans une même classe des enfants normaux et des arriérés, ceux-ci étant stimulés par les progrès de leurs camarades mieux doués. Mais l'expérience lui a appris que, tout au contraire, les classes spéciales sont un bienfait pour les enfants arriérés et un véritable soulagement pour les classes ordinaires³⁰⁴.

Les exemples sont donc triés et choisis de manière tout à fait biaisée en fonction de la posture de l'auteur et de ses propres ambitions réformatrices. De la même manière, Bourneville rapporte les propos d'Albert Fisler, instituteur à Zurich qui « peint le sort malheureux des enfants arriérés dans l'école commune, dont ils deviennent le poids mort »³⁰⁵ contrastant avec les changements importants impliqués par la création des classes spéciales en Suisse au début des années 1890³⁰⁶. A la même époque, Bourneville fait référence au *School Board for London* qui décide en mars 1890 « que les

³⁰² Thomas MÜLLER, *op. Cit.*, p. 74.

³⁰³ Archives APHP, B 5745, D.-M. BOURNEVILLE, *Création de classes spéciales pour les enfants arriérés*, Paris, Progrès médical, 1898.

³⁰⁴ Archives APHP, B 5745, D.-M. BOURNEVILLE, *Création de classes spéciales pour les enfants arriérés*, Paris, Progrès médical, 1898, p. 8.

³⁰⁵ *Ibid.*, p. 8.

³⁰⁶ La première classe spéciale ouvre à Zurich en avril 1891. En 1896, on dénombre déjà 175 enfants dans les classes qui sont déjà au nombre de six.

enfants arriérés devraient être séparés des écoliers ordinaires dans les écoles élémentaires, afin qu'ils puissent recevoir une instruction spéciale»³⁰⁷. La Belgique enfin est citée car s'occupant « activement et avec fruit de la création des classes spéciales pour arriérés »³⁰⁸, arrivant par ce biais à un résultat que l'aliéniste qualifie d'énorme. Fort de ses exemples, Bourneville souligne en conclusion qu'il aurait pu y ajouter d'autres « renseignements sur les pays scandinaves, sur l'Allemagne, complétant ceux [qu'il avait] donnés ». La démarche argumentative est donc celle de l'accumulation des preuves, qui doit convaincre les membres de la Commission de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine du bienfondé de la démarche qui jusque là est demeurée stérile, mais d'exemples qui sont loin d'être cantonnés à un unique voisin idéalisé.

Ensuite, le changement d'échelle et de perspective permet de relativiser la question de la supposée avance allemande. L'étude des sources germaniques permet de sortir d'une vision idéalisée et caricaturale d'un pays organisé, alors qu'en réalité les réformes qui sont relevées par les aliénistes français sont loin d'y faire l'unanimité. En effet, si l'on considère la situation française comme allemande entre 1850 et la Première Guerre mondiale, il s'avère que des deux côtés de la frontière, les partisans de la *Familienpflege* ont fait face à de lourdes oppositions. Si les réponses apportées dans les deux pays au défi de la surpopulation sont différentes dans leur organisation et leur localisation — et parfois inexistantes, comme ce fut le cas pour le service de Bicêtre, un point commun les unit : toutes ces initiatives étaient des exceptions à la règle, étant donné que l'immense majorité des psychiatres allemands dans les années 1870 et 1880 ne soutenaient pas le concept de placement familial, exactement comme ce que montre Aude Fauvel pour le mouvement antialiéniste des années 1880, qui attire les foudres de la plupart des psychiatres de l'époque hormis quelques originaux comme Bourneville³⁰⁹. Parallèlement au courant antialiéniste français, du côté allemand la psychiatrie n'est qu'en voie de professionnalisation et s'émancipe à peine de la neurologie. Dans cette période, la proposition par certains psychiatres de mise en place de modes de prise en charge reposant sur l'aide de la société civile – de « non-spécialistes », en somme – est vue comme une atteinte aux aspirations professionnelles de beaucoup d'aliénistes allemands, dont la position conservatrice fait écho à celle des psychiatres français par rapport aux débats de l'époque. « Ils

³⁰⁷ Conformément à la recommandation faite par la Commission royale pour l'instruction des aveugles, sourds, etc, cité p. 17. Sont alors ouverts plusieurs dizaines de ces « centres d'enseignement » dès 1892. Au moment où Bourneville publie son rapport, on en dénombre 31 en Angleterre, avec 2128 places en novembre 1897.

³⁰⁸ *Ibid.*, p. 19.

³⁰⁹ Thomas MÜLLER, “Re-opening a Clod File in the History of Psychiatry : Open Care and its Historiography in Belgium, France and Germany, c. 1880-1980”, in W. ERNST et T. MUELLER (dir.), *Transnational psychiatries : social and cultural histories of psychiatry in comparative perspective, c.1800-2000*, Newcastle, Cambridge Scholars Publishing, 2010, p. 193.

rejetaient l'idée d'abandonner les hôpitaux psychiatriques qui étaient couramment considérés comme des manifestations 'de briques et de mortier' (*bricks-and-mortar*) du savoir scientifique et des symboles de pouvoir»³¹⁰. La question n'a ainsi rien de beaucoup plus évident en Allemagne qu'en France, contrairement à l'impression qui se dégage de certains récits de voyages médicaux très partisans et engagés dans un éloge de l'étranger excessif en vue de faire apparaître la réforme d'autant plus urgente en France. Le « modèle » de Gheel s'avère même être davantage un « contre-modèle » tabou pour la majorité de la profession de l'époque, ne consentant à l'imiter – et donc à s'écarter du totem que représente l'asile – qu'en dernier recours, au moment où la situation économique ou la surpopulation ne laisse plus aucune échappatoire.

De plus, Thomas Müller souligne bien que l'espoir au tournant des XIX^e et XX^e siècles de voir s'abattre les murs des asiles en fondant des « milieux ouverts » a finalement été un échec. Certes en France, on a fondé les colonies agricoles. Mais même pour l'Allemagne tant mise en avant comme exemple de « modernité », de manière rétrospective le constat est sans appel :

Que ce soit en France ou à plus forte raison en en Autriche et en Allemagne, ces tentatives – remplacer les établissements psychiatriques surpeuplés par du placement familial – ne furent jamais que de timides anomalies dans un univers qui continua d'être largement dominé par l'enceinte asilaire jusqu'à une période (très) récente³¹¹.

Cette remarque incite à resituer l'exemple de l'asile berlinois à l'échelle de l'Allemagne. A cet égard, il semble que le développement de la prise en charge familiale évoquée pour la Prusse soit loin d'être valable pour le reste du territoire. Par exemple pour le *Familienpflegesystem*, les sources attestent que la mesure est déjà appliquée dans 54% des 120 asiles publics allemands. Toutefois, sur les 3500 patients pris en charge au sein de *Familienpflege*, l'énorme majorité – soit précisément 3015 – se trouve en Prusse, ce qui signale de grandes inégalités régionales en terme de répartition. La Prusse semble faire office de « Land modèle » qui est pris en exemple par les Français, dont les critiques sur leur propre retard semblent pouvoir être tempérées par la non-représentativité de sa situation à l'échelle nationale du côté allemand.

L'exemple de la *Familienpflege* berlinoise n'en reste pas moins intéressant en ce qu'il ouvre la perspective sur un XIX^e siècle psychiatrique qui n'a pas fonctionné uniquement par le biais de procédures d'internement telles qu'on les connaît au sens foucauldien d'un « grand renfermement ». En outre, les faisceaux de regards vers l'étranger, non seulement le voisin direct mais aussi une grande partie des pays d'Europe, d'Amérique du Nord et parfois du Sud qui sont cités dans les

³¹⁰ *Ibid.*, p. 194.

³¹¹ Thomas MÜLLER, « Le placement familial des aliénés en France. Le baron de Mundy et l'Exposition universelle de 1867 », *Romantisme*, vol. 141, n°3, 2008, p. 48.

sources montrent un processus de « mondialisation » qui gagne à être souligné. De telles perspectives sont précieuses, car comme le note Thomas Müller qui compare France, Allemagne et Belgique, « en histoire de la médecine les perspectives internationales, comparatistes, ou les essais ‘d’histoire croisée’, demeurent encore relativement rares » montrant « combien il est important de sortir du cadre d’analyse purement national pour embrasser l’histoire psychiatrique »³¹².

2) Des influences croisées

Les faisceaux d’influence ont donc été variés, et surtout n’ont pas emprunté un sens unique. Si le livre d’or de l’école de Heinrich Kielhorn, plus grand promoteur des classes spéciales en Allemagne, témoigne de la venue de nombreux visiteurs français à Brünswick, l’inverse est vrai aussi. A Bicêtre notamment, Bourneville fait mention à de nombreuses reprises de visiteurs venus d’Allemagne venant assister à sa visite du samedi. De la même façon, le psychiatre Ladame vient visiter en 1884 l’asile d’Alt-Scherbitz en Saxe puis Uchtspringe. Mais à l’inverse, il est attesté que des psychiatres allemands ont eux aussi visité les colonies de Dun-sur-Auron et Ainay-le-Château. Par exemple, Thomas Müller cite la visite d’Albert Paetz dans la première. On peut donc faire le constat d’importants et prolifiques regards croisés qui semblent ignorer, bien plus que certains écrits engagés, les contingences politiques et militaires de l’époque. Des représentations parallèles et comparables existent, témoignant bien du fait que « le modèle d’une influence réciproque ininterrompue concerne sans aucun doute aussi ici les « voisins sur le Rhin » (*Nachbarn am Rhein*)³¹³.

Par ailleurs, les auteurs de rapports en France autour de 1900 réservent une place négligeable, voire inexistante aux réalisations françaises. Si elles sont peu nombreuses, les initiatives françaises existent dans le domaine de l’ouverture des asiles. Dans trois départements (Cher, Allier et plus tard en Isère), on a créé des colonies agricoles. Thomas Müller souligne d’ailleurs qu’elles représentent des adaptations du modèle belge de Gheel bien plus fidèles que les initiatives du voisin allemand à la même période. Dans deux villages ruraux, Dun-sur-Auron et Ainay-le-Château, la prise en charge de plusieurs centaines de patients psychiatriques est organisée au sein de familles d’accueil qui s’occupent de deux ou trois malades chacune. Outre l’influence forte du courant antialiéniste des dernières décennies du siècle, ces initiatives trouvent leur fondement dans la surpopulation des asiles

³¹² T. MÜLLER, « Le placement familial des aliénés en France », *op. cit.*, p. 49..

³¹³ „Das Modell einer ununterbrochene gegenseitige Beeinflussung trifft auch die hier zu behandelnde „Nachbarn am Rhein“ zweifellos zu“. Voir Hartmut KAEUBLE, *Nachbarn am Rhein : Entfremdung und Annäherung der französischen und deutschen Gesellschaft seit 1880*, München, Beck, 1991.

parisiens : les patients sont envoyés dans le Cher et l'Allier afin de délester les hôpitaux psychiatriques surpeuplés de la capitale »³¹⁴, dans le cadre de ce qu'on nomme en France le « placement familial » ce qui représente aussi pour ces départements durement touchés par la crise économique une activité créatrice d'emplois. Ces expériences, destinées prioritairement aux malades chroniques, sont lancées au début des années 1890 et déjà bien développées vers 1900. Des rapports comme celui de la mission de Paul Sérieux en 1904 n'en parlent absolument pas, ce qui témoigne d'une différence dans l'évolution des deux voisins. En Allemagne, les stéréotypes utilisés par les adversaires du modèle de Gheel s'amenuisent après 1900, montrant une certaine capacité d'évolution/flexibilité de l'institution, à l'opposé de la France où aucune autre structure ne vient s'ajouter aux deux colonies agricoles créées dans les années 1890.

A la racine, on trouve peut-être une structuration différente des adversaires et des champions du placement familial. En Allemagne, le fait que le système ait été soutenu par des personnalités hétéroclites, par exemple des directeurs de petits asiles reproduisant à échelle réduite l'exemple de Gheel semble avoir été déterminant. En France, il semble que ces derniers aient été trop hétérogènes pour résister à l'influence énorme des directeurs d'asiles parisiens aux positions essentiellement conservatrices. La relation franco-allemande dans le domaine de la psychiatrie n'avait en réalité rien d'uniquement bilatéral – ce qui n'est pas surprenant compte tenu du contexte de tension entre les deux pays – mais s'est construite à certains égards selon un schéma alternatif via l'exemple belge, qui d'ailleurs n'a jamais été véritablement « transféré » dans aucun des deux pays. La question de « l'avance allemande » participe de ce point de vue à « la construction d'une référence culturelle allemande en France » au sens de Michael Werner et Michel Espagne, sans rendre compte d'un propos réellement critique et objectif de l'état de la psychiatrie³¹⁵.

3. *Des problèmes partagés en France et en Allemagne*

a) Sortir d'un surpeuplement chronique

La construction des services consacrés aux arriérés suit une évolution comparable à Bicêtre et à Dalldorf. Très rapidement, les aliénistes font face à un flot de demandes et les services sont congestionnés quelques années seulement après leur construction. Du côté français, l'historienne

³¹⁴ T. MÜLLER, "Re-opening a Clod File in the History of Psychiatry", *op. cit.*, p. 187.

³¹⁵ Michaël WERNER et Michel ESPAGNE, « La construction d'une référence culturelle allemande en France : genèse et histoire (1750-1914) », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 42-4, 1987, p. 969-992.

Aude Fauvel relève que la population asilaire triple de 1838 à 1870, pour passer en l'espace d'un siècle de 10000 individus au moment de la loi de 1838 à 110000 enfin en 1939³¹⁶. Certes, la solution la plus évidente à ce manque de lits semble être la construction obligatoire d'un nouvel asile. Dès 1900 à Bicêtre, Bourneville fait le constat suivant:

En raison de l'augmentation de la population de Paris et des communes suburbaines et aussi à cause de la progression de l'alcoolisme, le nombre de places disponibles pour ces enfants déshérités est devenu tout à fait insuffisant ; les services spéciaux sont encombrés et de nombreux enfants, inscrits à l'Asile clinique, attendent pendant des mois, même plus d'une année, leur tour d'être placés. Nous sommes en face aujourd'hui des mêmes besoins qui existaient en 1884 : demandes nombreuses, insuffisance des lits³¹⁷.

En effet, selon le chef du « service des idiots », « il est probable que, dans un avenir prochain, le Conseil général [de la Seine] et l'Administration seront amenés à examiner la création d'un nouvel asile-école »³¹⁸. Toutefois, dans ce contexte de saturation des structures et de budget contraint, la solution envisagée de manière privilégiée est celle de l'ouverture : il faut déshospitaliser les malades dont la prise en charge ne nécessite pas forcément d'être dans l'enceinte de l'asile, afin de libérer des lits. C'est d'ailleurs le souhait de Bourneville, qui se bat pour une « ouverture graduelle » du service pour des raisons pratiques – le désengorgement nécessaire – mais plaide aussi pour un « désenfermement structurel »³¹⁹ en vertu de ses prises de positions en faveur du mouvement antialiéniste qui atteint son sommet précisément dans les années 1880.

Depuis les années 1860 en effet, du côté allemand comme français, la médecine aliéniste et le système asilaire sont bousculés par des courants réformateurs dénonçant l'aspect carcéral des asiles. Bicêtre comme Dalldorf sont des institutions basées sur les prémices héritées sur XIX^e siècle, se présentant comme de grands établissements modernes situés près de la ville (caractère péricentral de la commune du Kremlin-Bicêtre comme Dalldorf). En cela, ils s'opposent aux idées des réformateurs qui cherchent à rompre avec cette conception traditionnelle pour aller vers des modes de prise en charge plus « ouverts ».

Cette description de la situation à Bicêtre correspond à une évolution plus générale des asiles des deux côtés du Rhin dans la deuxième moitié du XIX^e siècle. A cette période, la perception d'une croissance de la population asilaire plus rapide que la population en générale est nette et ce dans la

³¹⁶ Aude FAUVEL, « Asiles et fous : introduction », *Romantisme*, n°141, p. 4.

³¹⁷ Archives AHP, B5745 18, Bourneville, Secours à domicile pour les malades des asiles de la Seine, Paris, Librairie du Progrès médical, 1900, p. 3.

³¹⁸ *Ibid.*, p. 4.

³¹⁹ Jacqueline GATEAUX, *Les médecins aliénistes, les psychopédagogues et la déficience mentale à la fin du dix-neuvième siècle : étude du service des enfants idiots de Bicêtre*, Thèse de doctorat, Université Paris Descartes, 1986, p. 118.

plupart des pays d'Europe³²⁰. En particulier, le nombre d' « admissions d'office » (*Zwangseinweisungen*) croît de manière notable à la fin du XIX^e siècle. Les statistiques convergent dans tous les asiles nouvellement construits en Europe : en Angleterre, on passe d'une moyenne de 24 malades mentaux internés en 1869 à 33,1 en 1906, en Prusse de 5,7 en 1875 à 16,9 en 1900 et 22,7 en 1908³²¹. L'asile de Dalldorf et par suite l'*Idiotenanstalt* est touché lui aussi par le surpeuplement : de 1088 patients en 1881, on passe à 1909 patients en 1885. De ce fait, des patients sont placés par défaut dans des établissements privés, alors que la construction d'un asile public devait précisément pallier cette situation. Mais le quasi-doublage des malades après seulement quelques années d'existence de l'asile prouve vite que l'objectif de départ était irréaliste, et qu'il convient de trouver des solutions à cette surpopulation immédiate.

En raison de cette augmentation plus que par réelle conviction émerge alors l'idée d'une prise en charge alternative pour les cas légers ou chroniques, qui pourrait se faire en dehors des murs de l'asile³²². A cet égard, l'asile de Dalldorf représente l'un des premiers asiles à mettre en place un système nouveau en Allemagne dont la mise en œuvre découle précisément de la volonté de trouver une prise en charge alternative qui résoudrait le surpeuplement. Le placement familial est reconsidéré dans un contexte de crise et rapidement adopté en réponse à un problème pratique, bien plus qu'à une conviction réelle de la profession psychiatrique qui est alors majoritairement opposée au système de la *Familienpflege*. De plus, cette pratique permet de résoudre une question qui hante la psychiatrie de l'époque, à savoir le sort à réserver aux malades chroniques ou incurables, dont on s'aperçoit dès le milieu du XIX^e siècle qu'ils empêchent un *turn-over* dans les asiles et dont la présence est vue comme principale cause de la surpopulation. A cet égard, les arriérés sont une catégorie particulièrement concernée par l'option de la *Familienpflege*, en tant que leur état est souvent stable et de ce fait peu dangereux pour l'entourage.

Ce système nouveau consiste en une prise en charge de patients asilaires aux pathologies légères ou suffisamment stables dans une famille domiciliée le plus souvent à la campagne. Le patient est fréquemment occupé par des activités diverses (jardinage, agriculture, artisanat, entretien domestique) supervisées par des personnes rémunérées de manière mensuelle par l'asile dont dépend

³²⁰ « Die Zahl der in Anstalten verpflegten Geisteskranken wächst in allen Kulturstaaten wesentlich rascher als die Bevölkerung » selon Gustav KOLB, „Die Familienpflege, unter Berücksichtigung der bayrischen Verhältnisse“, Nach einem dem Verein Bayrischer Psychiater am 6. Juni 1911 erstatteten Referate, p. 273.

³²¹ G. KOLB, *op. cit.*, p. 273.

³²² „Für diese leichteren Fälle ist die Behandlung in einer Anstalt nicht dauernd notwendig ; es genügt die Unterbringung in einer Familie unter Fortdauer einer nach Bedarf abgestuften Beaufsichtigung und Pflege, d.h. es genügt die Familienpflege“. G. KOLB, *op. cit.*, p. 273.

le malade en échange de ce rôle d'encadrement et des soins quotidiens³²³. En Allemagne, les discussions concernant le système de l'*open-door* commencent vers le milieu du XIX^e siècle. L'asile de Gheel en Belgique représente le modèle absolu, tandis que de manière plus marginale le système mis en place en Ecosse. Pourtant à l'époque des réformes proposées par Griesinger à la fin des années 1860, la plupart des directeurs d'asiles du Reich restent opposés à l'importation de cette méthode. C'est seulement à partir de la décennie 1880 que sont tentés les premières expériences de *Familienpflege*, qui reste à l'époque la seule solution de prise en charge « extramurale » de patients psychiatriques³²⁴. L'action de deux psychiatres est déterminante : tout d'abord celle de Ferdinand Warendorff (1826-1898), qui est le premier à lancer l'initiative au sud de Hanovre en 1880. Après avoir fondé un établissement privé à Ilten en 1862, il propose à la fin des années 1870 aux autorités de la province de Hanovre qu'un certain nombre des malades « calmes » (*ruhig*) soit hébergé à l'extérieur sous la surveillance de familles d'accueil (*Gastfamilie*) afin de délester les établissements surchargés de la province. Ensuite celle de Konrad Alt, qui s'inspire de l'action de Warendorff pour l'appliquer en 1894 à l'ouest de Berlin, à Uchtspringe in der Altmark. Il y fait bâtir des habitations prévues pour des couples de gardiens qui auraient chacun deux malades à surveiller au quotidien et qui logeraient avec eux. Les débuts de ce système du placement familial correspondent donc avec la période de fondation de l'asile de Dalldorf. Mais il est encore plus remarquable de noter que Dalldorf est seulement le deuxième établissement allemand à mettre en place la *Familienpflege* dès 1884, et de surcroît le premier modèle d'un type particulier que Thomas Müller qualifie de « *city-type family care* », c'est-à-dire un placement familial de type urbain (*städtische Familienpflege*), contrairement à la plupart des autres exemples de l'époque qui se situent à la campagne.

Il faut souligner toutefois que la localisation de Dalldorf au sein de l'espace allemand explique en partie son caractère pionnier en Allemagne. Avant sa généralisation vers 1910, c'est en Prusse, et plus particulièrement autour des villes de Berlin et Brême, que se trouve l'épicentre du système. On constate donc à cette époque d'importantes inégalités régionales qui justifient le terme de « pionnier » employé pour qualifier Dalldorf. Le sud de l'Allemagne (Bavière, Württemberg, Pays de Bade) connaît au contraire une relative absence de telles structures. L'avance de la Prusse s'explique notamment par ses particularités en terme de financement de l'assistance aux aliénés par

³²³ „Zum einen wurden von den meisten Psychiatrischen Landeskrankenhäusern in den umliegenden Dörfern Familien gesucht, die Patienten aufnahmen („Adnex-Typ“) und ein geringes Entgelt erhielten. Vereinzelt stand die Anpreisung der Arbeitskraft der Patienten im Vordergrund“. Michael KONRAD et Paul-Otto SCHMIDT-MICHEL (dir.), *Die zweite Familie. Psychiatrische Familienpflege : Geschichte - Praxis - Forschung*, Berlin, Psychiatrie Verlag, 1997.

³²⁴ Le système des « soins ouverts » (*offene Fürsorge*) ne se développe qu'après 1910 en Allemagne. A Dalldorf, il sera promu par les réformes d'Emil Bratz vers 1925, mais pour des raisons davantage économiques qu'idéologiques, comme nous le verrons à la fin du chapitre 5.

la *Landarmengesetz* prussienne de juillet 1891³²⁵. Ces dispositions avantageuses font qu'en 1909, 85% des malades pris en charge le sont sur des fonds publics, quand seulement 15% payent de leurs propres frais (*Selbstzahler*)³²⁶. De ce fait, la Prusse comprend la grande majorité des patients en *Familienpflege* : vers 1910, près de 90% des 3500 patients pris en charge de cette manière le sont en Prusse³²⁷.

A Bicêtre par contre, les tentatives de « désenfermement structurel » réclamé par Bourneville trouvent une fin de non-recevoir face à l'administration. On n'ira guère plus loin qu'une tentative de rendre la section de l'asile un peu moins sinistre en plaçant de la végétation sur les murs ou en remplaçant certaines façades par des grillages. Mais malgré les tentatives d'autonomisation de l'enfant idiot dans le service et le caractère « intégratif » de la structure dont parle Jacqueline Gâteau, l'intégration des enfants dans le corps social et leur « libération » par une « clôture » de l'asile moins marquée n'aboutit pas. Bourneville déplore à ce titre les objectifs des « bureaucrates », pour lesquels « plus les murs sont hauts, plus les cellules sont infranchissables, plus il est tranquille »³²⁸. Ainsi on est conscient de la problématique et on réfléchit à sa résolution.

Si ce système est appliqué largement dans l'asile de Dalldorf au début du XX^e siècle, il reste contesté en Allemagne comme on l'a vu, mais aussi en France. Le médecin-chef du service des idiots de Bicêtre le Dr Nageotte exprime en 1908 ses doutes quant à la possibilité de réintégrer les arriérés par une prise en charge sous la forme des colonies :

Quant au placement à la campagne, chez des nourricières dévouées, c'est une utopie ; on pourra créer quelques colonies, soumises à une surveillance étroite, et hospitaliser ainsi, sous une forme plus économique peut-être, un certain nombre de sujets soigneusement choisis, mais il ne faut pas espérer que nos enfants pourront plus tard se faire une situation indépendante à la campagne - la société n'a d'ailleurs aucun intérêt à disséminer dans le pays les faibles d'esprit, habituellement dangereux³²⁹.

Ainsi ce mode de prise en charge est connu en France à la même période et même revendiqué par plusieurs aliénistes. Le Dr Blin, qui est médecin-chef de la colonie du Perray-Vaucluse, rédige en

³²⁵ Elle change les conditions d'attribution des coûts pour les prises en charge asilaires : elle établit que celle-ci est supportée aux 2/3 par le Kreis et à 1/3 par les organismes relatifs au domicile de secours.

³²⁶ Chiffres fournis dans M. KONRAD et P.-O. SCHMIDT-MICHEL (dir.), *op. cit.*, p. 46.

³²⁷ *Ibid.*, p. 47.

³²⁸ Cité par J. GATEAUX, *op. cit.*, p. 180.

³²⁹ Archives APHP, Bicêtre, 9L49 : Rapport d'inspection et renseignements, Rapport dactylographié du Dr Nageotte sur le fonctionnement du service des enfants à l'hospice de Bicêtre, 20 juin 1908.

1907 un rapport au conseil général de la Seine à propos de ce dispositif³³⁰. Il décrit cette méthode comme réservée particulièrement aux « débilés incapables de vivre au dehors et n'ayant pas de famille ». Contrairement à la France et à l'Autriche où « il n'existe qu'une solution : le transfert dans un asile d'aliénés », l'Allemagne possède au début du XX^e siècle un modèle alternatif. Avec quelques autres, c'est précisément l'asile de Dalldorf qui est évoqué dans le rapport du Dr Blin :

Toutefois, à l'asile de Dalldorf, 74 enfants, 47 garçons et 27 filles, ont été, au moment de leur passage à l'état adulte, répartis en placements familiaux dans 26 localités différentes, sous la surveillance immédiate du pasteur du pays [...] et sous la surveillance à distance de l'instituteur chef du quartier d'idiots, qui fait deux tournées d'inspection par an. Ce système paraît donner d'assez bons résultats, à la condition de ne pas placer les enfants trop près des grandes villes³³¹.

Il déclare que le département de la Seine a « tenté depuis deux ans le placement familial des enfants arriérés des deux sexes dans les colonies familiales de Dun et Auray », et ce sur son initiative. Il parle de résultats satisfaisants, mais « les médecins s'accordent sur la nécessité d'un corollaire pédagogique ». Le débat est ouvert en France car Blin appuie que

Depuis longtemps, tous ceux qui s'occupent de l'éducation des arriérés ont été, à maintes reprises, frappés de ce fait que pour incapables que soient certains débilés adultes de vivre au dehors, sans être dirigés, leur véritable place n'est pas dans des asiles d'aliénés. Il décrit un système dans lequel le médecin n'est pas central, mais à un moment où les choses semblent évoluer : « sans méconnaître l'importance du rôle de l'instituteur dans l'asile d'arriérés, ce sont des médecins qu'on choisit maintenant en Allemagne pour diriger les asiles d'arriérés »³³².

Le Dr Blin relève ainsi une évolution rapprochant l'Allemagne du système français, se félicitant de la prise de terrain du médical sur le pédagogique chez le voisin.

Pourtant, le regard croisé est manifeste, et la France observe aussi l'Allemagne avec intérêt. En effet, certaines des innovations réclamées par Bourneville sont d'ailleurs mises en œuvre dès les débuts dans l'asile de Dalldorf, même si elles ne sont théorisées que plus tard en une structure par couches successives échelonnées par Emil Bratz, le directeur de l'*Irrenanstalt* au début de la République de Weimar, qui lancera le concept de *Staffelsystem* (littéralement « système d'échelonnage) en 1925. On a une organisation de la prise en charge des aliénés et des arriérés selon

³³⁰ Le titre précis est le *Rapport sur l'hospitalisation des débilés en Allemagne, Autriche, Danemark et Norvège*. N'ayant pas réussi à trouver ce rapport in extenso, on se contentera du compte rendu publié l'année suivante par le Dr Marie, « Hospitalisation des débilés en Allemagne, Autriche, Danemark et Norvège », *La Revue philanthropique*, Paris, Masson et Cie, janvier-avril 1908, t. XXII, p. 167.

³³¹ Dr MARIE, « Hospitalisation des débilés en Allemagne, Autriche, Danemark et Norvège », *La Revue philanthropique*, Paris, Masson et Cie, t. XXII, janvier-avril 1908, p. 169.

³³² Dr MARIE, « Hospitalisation des débilés en Allemagne, Autriche, Danemark et Norvège », *La Revue philanthropique*, Paris, Masson et Cie, janvier-avril 1908, t. XXII, p. 168.

différents cercles concentriques dans ce schéma postérieur qu'on expliquera dans le chapitre 5³³³. Et le premier acte de la mise en place d'une telle organisation en « pelure d'oignon » trouve son origine à la fin du XIX^e siècle avec la mise en place du système de la *Familienpflege*.

Ce système transforme la notion même d'asile : il n'est plus uniquement une structure pavillonnaire close (« früher » sur l'image), mais ouverte sur l'extérieur grâce au système de la *Kolonie* (2) et de la *Familienpflege* (3). Ces modes de prise en charge en « pelures d'oignon » - du fait du gradient vers une ouverture progressive du malade vers l'extérieur - apparaissent comme des innovations radicales qui sont certainement responsables du sentiment d'infériorité et de retard relayé par l'ensemble de la profession psychiatrique française de la fin du siècle. Le thème de « l'avance allemande » (et étrangère en général) est un *leitmotiv* dans les années 1890-1914.

Par cette organisation, c'est la notion de « clôture » typiquement associée à l'institution asilaire qui est mise en question précocement et de manière quantitativement significative du côté allemand. Outre la raison pratique consistant à vouloir désengorger les asiles surpeuplés après 1900, l'idée de diminuer la clôture est d'intégrer davantage les malades mentaux à la société civile. A ce titre, G. Kolb parle en 1911 « d'accomplir un rapprochement toujours plus grand vers des conditions de vie normales »³³⁴. Or la *Familienpflege* est la sorte d'assistance par laquelle les malades se rapprochent le plus de comportements normaux selon Kolb. Plus, l'enfermement est même condamné en tant que facteur d'accentuation de l'asocialité des malades. Il lie l'un et l'autre : « plus le fonctionnement [de l'asile] est clôt, plus l'enfermement est grand, plus les malades sont antisociaux »³³⁵ et plus leurs comportements violents sont à déplorer. Il se joue ici une double dynamique selon Kolb : d'une part, il faut sortir le malade léger d'un milieu iatrogène, et d'un autre côté imposer la nécessaire rencontre entre les patients et le monde extérieur. Ainsi, ce mouvement en faveur de l'*open-door* milite pour un effacement des frontières entre asile et « monde extérieur »³³⁶. On insiste d'ailleurs sur l'absence de danger pour le malade comme pour le monde extérieur, ce qui est loin d'être une opinion partagée par la société civile comme on peut le voir au sujet de patients maltraités ou exploités³³⁷.

³³³

³³⁴ „Im Sinne einer immer grösseren Annäherung an normale Lebensverhältnisse vollzogen“. G. KOLB, *op. cit.*, p. 274.

³³⁵ „Je geschlossener der Betrieb, je grösser die Beschränkung, desto unsozialer die Kranken“. G. KOLB, *op. cit.*, p. 275.

³³⁶ G. KOLB, *op. cit.*, p. 278.

³³⁷ Le mode de prise en charge particulier mis en place à Berlin semble d'ailleurs particulièrement participer de cette idée d'intégration des malades à la société. Contrairement aux initiatives d'Uchtspringe et de Ilten, qui sont les plus

Dans les sources allemandes du début du XX^e siècle, il apparaît de manière assez nette que ceux qui n'alignent pas leurs pratiques sur cette évolution de la psychiatrie sont jugés comme peu innovants. Kolb parle par exemple de « relatif retard » (*relativer Rückständigkeit*) pour qualifier les asiles n'ayant pas encore mis en place une section ouverte et une exploitation agricole. De manière générale, les écrits allemands concernant le placement familial et l'ouverture ne font pas référence à la France, mais plutôt aux nations ayant réalisé dans les faits de tentatives de réalisation de l'*open-door*. Chez G. Kolb est fait souvent référence à l'Ecosse et la Hongrie, où respectivement 36 et 10,7% des malades seraient pris en charge de cette manière. La psychiatrie asilaire y est qualifiée de « fonctionnement vieilli » (*veralteter Betrieb*).

Au total sur ce point, l'innovation en terme d'hospitalisation et de prise en charge semble du côté de l'Allemagne à la fin du XIX^e siècle. Les asiles tels qu'ils sont conçus répondent à l'image « idéale » de l'établissement psychiatrique spécialisé de manière « omnidisciplinaire ». Ils modulent « tous les aspects de l'individu, son dressage physique, son aptitude au travail, sa conduite quotidienne, son attitude morale, ses dispositions »³³⁸. Pourtant, si du côté allemand on a su rapidement revenir sur le principe de clôture des malades pour s'adapter au surpeuplement, à Bicêtre l'institution n'a pas fait preuve de la même souplesse. La problématique de la surpopulation des deux asiles révèle ainsi la capacité dans chacune des structures — et plus largement des pays — à réfléchir mais surtout réaliser des innovations, quitte à revenir sur des postulats essentiels tels que celui de l'enfermement comme moyen thérapeutique et disciplinaire. Les solutions qui seront trouvées pour faire face à cette surpopulation semblent exprimer de manière représentative les différences constatées au même moment entre psychiatrie allemande et française, comme le chef de la mission d'observation dépêchée en Allemagne en fait le constat ironique dans un article consacré à l'étude comparée des systèmes d'assistance aux aliénés chez les deux voisins³³⁹. Ainsi, la pratique de la *Familienpflege* face à une prise en charge entièrement réalisée à l'intérieur des murs de l'asile en France représente un hiatus entre les deux pays. La *Familienpflege* constitue par essence un « placement du malade mental en contrepartie d'une contribution dans une famille étrangère, autre que la « famille de son propre sang (*nicht leiblichen Familien*) »³⁴⁰ qui est donc extérieure à la

documentées³³⁷ et offrent un modèle de type rural, la prise en charge familiale menée à Dalldorf constitue ce que Thomas Müller nomme *City-type family care*.

³³⁸ « Chaque section est effectivement « sans extérieur ni lacune ; elle ne s'interrompt pas, sauf sa tâche totalement achevée ; incessante ». Michel FOUCAULT, *Surveiller et punir : naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975, p. 273.

³³⁹ Paul SERIEUX, « L'évolution de l'assistance des aliénés en Allemagne. Les réformes nécessaires en France », *Revue philanthropique*, t. 18, 1905-1906, p. 675-700 et t. 19, 1906, p. 5-37.

³⁴⁰ Thomas MÜLLER, „Patientenarbeit in ländlichen psychiatrischen Anstalten im Spannungsfeld zwischen therapeutischem Zweck und ökonomischem Nutzen“, in M. ANKELE et E. BRINKSCHULTE, *Arbeitsrhythmus und*

structure physique de l'établissement. Ce critère en fait un modèle qui paraît plus évolué et ouvert que le modèle français relevant davantage de l'institution telle que la concevait Michel Foucault. La dialectique de l'entrée et de la sortie sous-entendue par cette conception *a priori* plus ouverte de l'asile en Allemagne devrait être réexaminée dans ses conséquences à la fin de la période dans le chapitre 5 consacré aux évolutions des institutions après 1900, notamment quant à la gestion de leur population.

b) Eduquer les idiots : une tâche socialement contestée

Au-delà de l'aspect parfois hagiographique des sources et des études consacrées à Bourneville et Piper, leurs réalisations paraissent en grande partie portées par une volonté individuelle portée seulement par quelques aliénistes ou pédagogues idéalistes. L'élan qui se concrétise à ce moment, fruit de luttes contre l'administration, est fragile. Bourneville est tout à fait lucide à ce sujet :

Nous nous efforçons de maintenir ces visites du samedi dans le but d'expliquer aux visiteurs, la plupart médecins étrangers, l'organisation du service afin de leur fournir des arguments, des faits, les mettant en mesure de réclamer la fondation dans leur pays, s'ils en sont dépourvus, d'asiles-écoles semblables. Si, nous disparu, notre œuvre périlite ou disparaît en France, comme a disparu tout ce que Leuret et Séguin avaient organisé, car nous ne nous faisons pas d'illusion sur l'absence de conviction administrative, nous avons le ferme espoir qu'elle sera continuée, développée, perfectionnée dans les autres pays et peut-être en province. Notre plaidoyer en faveur de ceux qui ne peuvent plaider pour eux-mêmes n'aura donc pas été stérile »³⁴¹.

Ce rejet de toute réforme du service rejoint la frilosité de l'Assistance publique au sujet des innovations médico-pédagogiques impulsées par Bourneville. Pour l'APHP, il n'y a « que des risques, un résultat aléatoire, peut-être même nul eu égard à l'ampleur des dépenses »³⁴². Dans les mobiles fondant le scepticisme de l'administration se trouverait certes la peur des cléricaux de perdre la mainmise sur l'assistance au profit de l'autorité médicale. Toutefois, le motif premier de l'inertie administrative paraît clairement économique et se pose sous la forme suivante : des enfants « idiots » valent-ils la peine qu'on dépense autant d'argent ? Beaucoup d'acteurs contemporains de la fondation du service des idiots semblent défendre la position utilitariste selon laquelle « les enfants

Anstaltsalltag, Arbeit in der Psychiatrie vom frühen 19. Jahrhundert bis in die NS-Zeit, Berlin, Steiner Verlag, 2015, p. 52.

³⁴¹ Archives APHP, Bicêtre, B 1040, Bourneville, *Rapport d'activité et compte-rendu du service*, 1904, p. 50

³⁴² J. GATEAUX-MENNECIER, *op. cit.*, p. 127.

idiots ne méritent pas un tel investissement »³⁴³. Il suffit de reprendre le début de l'article cité ci-dessus pour s'en convaincre :

Des millions de braves gens qui, eux, donnent des soldats à la France et travaillent pour elle, sont pauvrement logés et réunissent chez eux les plus mauvaises conditions d'hygiène et de prospérité physique ; les enfants, en état d'idiotisme et non malades, sont logés comme des princes ;

Ces propos sous-entendent clairement que consacrer de l'argent public à des idiots est scandaleux non seulement car tout pronostic d'un retour à l'état normal est hasardeux, mais surtout car ils apparaissent à beaucoup comme des êtres improductifs. Contrairement aux travailleurs vivant dans la précarité, ils sont « inutiles » à la société qui doit de surcroît augmenter ses dépenses pour leur venir en aide sans pour autant pouvoir espérer un résultat. Le constat du caractère aléatoire des tentatives médico-pédagogique n'a rien d'original, et est partagé par les pédagogues les plus enthousiastes. La problématique réside dans le statut assigné aux arriérés et la légitimité – éthique ou économique ? – à recevoir des soins. Le rapport d'Emile Ferry aborde cette question, désignant les potentiels patients de l'asile-école comme de

Malheureux enfants qui à de rares exceptions près, doivent être considérés comme des *non-valeurs sociales absolues* ; leur retour à l'état normal est peu supposable [...]. Le problème à résoudre qui se pose à la science et à l'administration de l'Assistance publique se résume donc en ceci : prolonger le plus possible l'existence de ces malheureux déshérités de la nature... espérer leur guérison, qui n'arrive presque jamais... Nous sommes donc en présence d'une *pure question d'hospitalisation*³⁴⁴.

L'argumentation d'Emile Ferry montre bien la manière dont certains administrateurs se situent dans une perspective comptable. L'Assistance publique ne compte pas dépenser de l'argent dans une optique de bienfaisance, mais attend une sorte de retour sur investissement. Or dans le cas des arriérés, l'expérience a prouvé la difficulté de toute action médico-pédagogique efficace. Ainsi, le scepticisme de la l'Assistance publique est grand au sujet de l'utilité des dépenses entreprises à Bicêtre : « l'augmentation du nombre de lits ne nous rendra pas *un citoyen français utilisable*, à prendre parmi eux »³⁴⁵. Même si la fin du XIX^e siècle voit en France s'affirmer le thème de la protection de l'enfance comme un enjeu politique d'importance croissante, les arriérés représentent pour le moment un intérêt très marginal pour les pouvoirs publics. Les soins et enseignements qui leur sont réservés ne bénéficient pas de la caution scientifique acquise par les théories hygiénistes depuis les travaux de Pasteur, qui motivent l'Etat à réformer entièrement l'hospitalisation pédiatrique

³⁴³ *Ibid.*, p. 127.

³⁴⁴ D-M BOURNEVILLE, *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie*, Rapport d'Emile Ferry au Conseil de surveillance de l'Assistance publique, Paris, 1885, p. XXVII.

³⁴⁵ *Ibid.*, p. XXX.

au début du XX^e siècle. Ils sont mis en doute autant sur le plan médical que du point de vue d'une rationalisation des coûts de fonctionnement³⁴⁶.

L'historien du handicap John Gladstone note pour l'Angleterre que la clôture d'asiles créés pour accueillir un public arriéré souvent voué à un long séjour a pour conséquence à la fin du XIX^e siècle de se préoccuper du fonctionnement de la prise en charge collective pour ceux qui quittent les institutions de long séjour. Celles-ci constituent des alternatives aux soins en famille, qu'elle soit d'accueil ou la propre famille du malade. De telles institutions sont associées à des images plutôt négatives liées au carcéral. Ainsi les établissements ayant des patients pour résidents permanents sont dotés d'une image négative dans la conscience populaire.

En dépit du bilan élogieux dressé par Jacqueline Gâteau-Mennecier dans sa thèse, l'œuvre de Bourneville essuie toujours des critiques à la fin des années 1880. A ce propos, un article particulièrement virulent vise à la fois le volontarisme de l'aliéniste, mais aussi et surtout la légitimité des arriérés à recevoir des soins coûteux. Bourneville y est qualifié de « potentat éclairé, jaloux de Louis XIV » qui aurait « fait construire un Versailles » pour arriérés, « ses incurables sujets »³⁴⁷. Soulevant la question de l'accueil et de la dignité humaine, il paraît être assez représentatif des critiques visant ce type d'entreprises à l'époque pour être largement cité ici :

On leur [les idiots] a même établi des water-closets monumentaux, qui restent d'autant plus superbes que nos gâteaux ont l'habitude de ne point s'en servir. Leur culotte est là! Infirmiers et infirmières les changent, en moyenne, de linge cinq à six fois par jour. Réussira-t-on jamais à leur apprendre le chemin de ces cabinets, luxueusement établis? On peut en douter. Si nos lycées et nos casernes avaient cela! S'ils possédaient ce confort, ou même quelque chose d'approchant! Mais hélas! La bourse de l'Etat et des départements n'est pas inépuisable. Quand elle est vidée, il n'y a plus rien dedans. [...] Quand le palais est construit, il faut l'admirer sans rechigner encore à la note payée.³⁴⁸

Les cabinets sont un des dispositifs d'éducation sensoriels mis en place par Bourneville³⁴⁹. On peut lire dans un procès-verbal de la commission de surveillance des asiles publics de la Seine que « l'eau coule constamment dans ces cabinets [...] où les enfants sont obligés de s'asseoir pour satisfaire leurs besoins »³⁵⁰. Mais ce qui fait office de progrès dans le domaine de l'hygiénisme pour

³⁴⁶ Françoise SALAÜN, « Approche historique du thème des restructurations hospitalières à travers trois exemples parisiens au XIX^e siècle », *Revue française des affaires sociales*, n°3, 2003, p. 9-26.

³⁴⁷ Archives A.P.H.P., Bicêtre, 646 FOSS 49 (articles de presse), Emile Cère, « Chronique », *La France*, 30 septembre 1887.

³⁴⁸ *Ibid.*

³⁴⁹ Voir chapitre 5 sur les méthodes médico-pédagogiques.

³⁵⁰ Archives de Paris, sous-série D1 X3 14-54 : Procès-verbaux de la Commission de Surveillance des asiles publics d'aliénés du département de la Seine, 1885, p. 52.

les uns apparaît un recul sociétal majeur pour d'autres qui partent du postulat que ces enfants sont des citoyens de seconde zone. La conclusion de l'article d'Emile Cère est par exemple sans appel : selon lui, « au lieu de bâtir le palais des idiots, on aurait mieux fait de démolir cette barbare construction »³⁵¹.

En 1899, lors d'une visite du Conseil de surveillance des asiles de la Seine, Bourneville est vivement félicité pour l'œuvre qu'il a réalisée. Un des membres se laissant même aller à dire qu'à la fondation Vallée, « on voit des enfants entrés gâteux en sortir ouvriers »³⁵². L'établissement sert aussi à recevoir la population excédentaire de Bicêtre ainsi que la Salpêtrière, dont les locaux sont insuffisants.

Bourneville fonde également un institut médico-pédagogique à Vitry-sur-Seine destiné aux enfants instables, arriérés et ceux ayant des affections nerveuses. Insatisfait des résultats obtenus à Bicêtre, il achète neuf parcelles contiguës dans la commune et y ouvre un institut médico-pédagogique en 1893. Situé à la campagne, il devait offrir les avantages qu'on attribue également aux écoles de plein-air, c'est-à-dire d'offrir les avantages de l'aérisme tout en restant assez près de Paris ». Peu d'informations nous sont parvenues au sujet de cet établissement, mais un prospectus rapporte la description suivante :

L'établissement où se trouvent réunis tous les moyens d'instruction et d'éducation employés dans le service de Bicêtre, est placé au milieu d'un parc superbe, sur le versant d'une colline, et dans les meilleures conditions d'hygiène. Les enfants y sont l'objet de soins appropriés à leur situation intellectuelle et physique.³⁵³

A l'hôtel particulier préexistant, Bourneville ajoute des constructions répondant au besoin de la vocation d'IMP, notamment un bâtiment d'hydrothérapie ou encore un gymnase. L'aliéniste y reproduit d'ailleurs beaucoup des innovations lancées à Bicêtre : sur le terrain de trois hectares, on trouve comme entre les bâtiments de la 5e division 4e section un « jardin des surfaces » où « des bordures de buis circonscrivent des pelouses ou des jardinets, représentant le triangle, le carré, le

³⁵¹ Archives A.P.H.P., Bicêtre, 646 FOSS 49 (articles de presse), Emile Cère, « Chronique », in *La France*, 30 septembre 1887.

³⁵² On aura maintes occasions par la suite de constater à quel point ces propos sont contestables et contestés par les contemporains. Archives de Paris, sous-série D1 X3 14-54 : Procès-verbaux de la Commission de Surveillance des asiles publics d'aliénés du département de la Seine, 1889, p. 237.

³⁵³ Archives A.P.H.P., Bicêtre, Service du Docteur Roubinovitch, « L'IMP pour le traitement et l'éducation des enfants nerveux et arriérés » de Vitry, *Le Progrès Médical*, Bourneville, s.d.

rectangle, le losange»³⁵⁴. Il s'agit de plates-bandes et arbustes taillés dessinant des formes géométriques destinées à concrétiser les formes abstraites mémorisées par les enfants en classe³⁵⁵.

Néanmoins, la plupart des tentatives restent des entreprises isolées et souvent dévolues uniquement au soin, et non à l'éducation. Dans la seconde moitié du XIX^e siècle, les asiles ayant des quartiers pour enfants sont encore rares. Un rapport de 1877 cité par Bourneville en donne un panorama en France :

les seuls asiles qui aient des quartiers d'enfants sont, pour les garçons : Armentières, Bicêtre, Clermont (Oise), Fains, Maréville, Prémonté, Quatre-Mares, Saint Alban ; pour les filles : la Salpêtrière, et, pour les deux sexes : Evreux, Montdevergues, Montpellier³⁵⁶

De plus, si l'on excepte les deux hôpitaux parisiens, les autres services disséminés dans le reste de la France n'atteignent souvent pas la masse critique pour être de véritables services d'enfants, à cause de leurs effectifs très restreints. Par exemple à Fains, on a seulement dix enfants, qui sont de surcroît mêlés aux adultes. L'enjeu à la fin du XIX^e siècle est donc bien de créer des services « médico-pédagogiques » afin d'apporter plus que de simples soins matériels aux enfants arriérés, mais avant tout de séparer adultes et enfants dans les structures asilaires. Selon les travaux de la sociologue de l'éducation spéciale Jacqueline Gateau-Mennecier, il faut attendre une personnalité telle que Bourneville, alliant reconnaissance médicale et pouvoir politique, pour « harceler l'orgueil des pouvoirs publics », stratégie dans laquelle la comparaison avec l'étranger tient une bonne place³⁵⁷. A l'occasion du *Congrès national d'Assistance publique* de Lyon en 1894, l'aliéniste dresse un tableau de la situation des enfants arriérés. Bourneville veut aller plus loin que ce qui se fait dans les services existants, c'est-à-dire une simple hospitalisation³⁵⁸.

c) La réforme impossible : l'exemple des écoles de perfectionnement (Hilfschulen)

Les deux pays font état d'une chronologie différente quant à la mise en place d'un enseignement spécial qu'il convient de distinguer dans les grandes lignes pour comprendre l'effet

³⁵⁴ Royer, *De l'absolue nécessité*, p. 30.

³⁵⁵ Voir chapitre 5 sur les méthodes pédagogiques.

³⁵⁶ D.-M. Bourneville, *De l'assistance des enfants dits incurables (Idiots, imbéciles, épileptiques, paralytiques, etc)*, Paris, Goupy et Jourdan, 1889, p. 5.

³⁵⁷ J. GATEAUX-MENNECIER et R. MISES, *op. cit.*, p. 34.

³⁵⁸ Désiré Magloire BOURNEVILLE, *Assistance, traitement et éducation des enfants idiots et dégénérés: Rapport fait au Congrès national d'assistance publique (session de Lyon, juin 1894)*, Paris, Alcan, 1894.

d'entraînement joué par la démocratisation scolaire sur l'enjeu d'éducation des arriérés, comme on l'expliquera dans le chapitre 2.

Alors qu'elle existait déjà précédemment dans certaines parties de l'Allemagne comme la Prusse ou la Saxe, l'obligation scolaire est instituée dans le Reich wilhelmien en avril 1871³⁵⁹. Comme dans d'autres pays européens, ce processus de démocratisation scolaire est l'un des facteurs de la mise en place par l'Etat dès le dernier tiers du XIX^e siècle de structures scolaires spécifiques pour les débiles mentaux, les *Hilfschulen*³⁶⁰. Ces écoles dont la première naît à Dresde en 1867, majoritairement urbaines sont ouvertes au public des enfants arriérés éducatifs. Elles ont pour vocation d'accueillir une partie des écoliers suivant des cours dans des instituts pour idiots, mais aussi de résoudre le problème de l'hétérogénéité de classes primaire parfois surchargées³⁶¹. La création de ce type de classes n'est pas exempte de débats en Allemagne, auxquels participe activement Hermann Piper qui rejette cette structure considérée comme inutile³⁶². Les *Hilfschulen* se développent néanmoins et on en dénombre une trentaine au début des années 1890, de sorte que

Les villes allemandes qui avaient créé des écoles de perfectionnement au début de ce siècle constituèrent un pôle d'attraction pour les visiteurs étrangers et l'Allemagne servit d'exemple et de modèle pour différents pays quant à la scolarisation des enfants retardés ou arriérés »³⁶³.

Interrogeant dans son article les causes de l'apparition des écoles de perfectionnement allemandes, l'historienne du handicap Sieglind Ellger Rüttgardt les qualifie d' « innovation pédagogique attrayante, même à l'étranger »³⁶⁴. Et en effet, du point de vue français, beaucoup

³⁵⁹ Toutefois comme en France, et de manière plus systématique que pour les autres handicaps sensoriels, l'éducation des arriérés souffre d'une tendance de l'Etat central à répercuter son devoir d'éducation sur les organismes de bienfaisance. Dès 1859 en Prusse, un décret mentionne l'objectif de création d'instituts éducatifs à destinations des débiles mentaux. Sieglind, ELLGER-RÜTTGARDT, *Geschichte der Sonderpädagogik*, Munich, Ernst Reinhardt Verlag, 2008, p. 143. Pour plus de détails sur le contexte de fondation des *Hilfschulen* et leur place particulière au sens du secteur psychiatrique et scolaire, voir aussi Friedrich PANSE, *Das psychiatrische Krankenhauswesen. Entwicklung, Stand, Reichweite und Zukunft*, Stuttgart, 1964, p. 264 ; Ulrich SCHRÖDER, « Eine « Schule für geistig nicht normal entwickelte Kinder » », *Einblicke. Forschungsmagazin der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg*, 23/1996, p. 16-19.

³⁶⁰ La traduction française est « écoles auxiliaires », mais leur équivalent sont plutôt les écoles de perfectionnement. Sur la traduction et l'emploi de ces termes, voir Dominique LERCH et Jean-Thomas SCHMIDT, *op. cit.*, p. 7-19.

³⁶¹ Parmi les autres facteurs, la mise en place d'une législation sociale allemande avec par exemple l'interdiction du travail des enfants en 1891 et celle des écoles d'usines dès 1894. Sur les débats autour de l'institution scolaire ou du pouvoir psychiatrique, voir S. ELLGER-RÜTTGARDT, *op. cit.*, p. 152-153.

³⁶² Pour davantage de détails sur la position de Piper quant aux écoles de perfectionnement, voir l'article de l'historienne du handicap Petra FUCHS, „Praktiken der Normalisierung“ – Erziehung, Beschulung und Berufsvorbereitung „bildungsfähiger schwachsinniger“ Kinder in den Wittenauer Heilstätten“, in M. ANKELE et E. BRINKSCHULTE, *Arbeitsrhythmus und Anstaltsalltag, Arbeit in der Psychiatrie vom frühen 19. Jahrhundert bis in die NS-Zeit*, Berlin, Steiner Verlag, 2015, p. 104.

³⁶³ Sieglind ELLGER-RÜTTGARDT, « La scolarisation d'enfants arriérés et handicapés mentaux en France et en Allemagne : étude historique comparative », *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, vol. 4, n°2, décembre 1993, p. 153.

³⁶⁴ *Ibid.*

regrettent la relégation de la France, ancien pays novateur sur le plan de l'éducation des infirmes — sourds, aveugles, mais aussi arriérés avec les pionniers que représentent Gaspard-Marie Itard ou Edouard Séguin — à celui de pays « en retard » sur les voisins, et toujours ici l'Allemagne. Ceci constitue un *leitmotiv* des écrits français du début du XX^e siècle, comme la partie consacrée au comparatisme l'a illustré précédemment à travers la posture de Paul Sérieux. Mais ce n'est au début du XX^e siècle que le Ministère de l'éducation crée une commission dont l'objectif est d'arriver à ce qu'aucun écolier ne soit sorti de l'enseignement « normal » et mis dans une « classe de perfectionnement » sans que ne soit soumis à un examen médico-pédagogique³⁶⁵. Alors que « les aveugles et les sourds-muets n'ont besoin d'aucune définition » selon Alfred Simon, il n'en va pas de même pour les anormaux du point de vue de l'intelligence³⁶⁶. La question des enfants atteints de retard mental représente évidemment un enjeu par rapport à une mesure conçue comme générale, n'est pourtant pas discutée à l'époque, comme c'est le cas pour toutes les catégories désignés du nom génériques « d'enfants anormaux »³⁶⁷. Toutefois, certains contemporains relèvent vite le lien qui s'établit entre démocratisation d'une institution républicaine et émergence d'une catégorie d'exclus de fait du processus. Par exemple, le Dr Chavigny remarque en 1909 l'existence d'un tel processus tant pour l'armée que pour l'école :

L'étude des débiles n'a pris en pédagogie toute son importance qu'à une époque récente, avec la loi sur l'instruction obligatoire, avec la période des déceptions de cette loi, quand on s'est aperçu que tous les sujets n'étaient pas également aptes à profiter de l'instruction qu'on leur donnait. Dans l'armée, cette étude ne s'est imposée qu'avec l'application du service obligatoire compliqué par une instruction intensive (service plus court). Partout le débile devient d'autant plus insuffisant qu'on multiplie ses obligations³⁶⁸.

³⁶⁵ « Cette commission, dans plusieurs séances, a réglé ce qui est relatif au type d'établissement à créer pour les anormaux, aux conditions de leur admission dans ces écoles, au personnel enseignant, aux méthodes pédagogiques. Elle a décidé qu'aucun enfant suspect d'arriération ne serait éliminé des écoles ordinaires et admis dans une école spéciale sans avoir subi un examen pédagogique et médical attestant que son état intellectuel le rend inapte à profiter, dans la mesure moyenne, de l'enseignement donné dans les écoles primaires ». A. BINET et T. SIMON, *Sur la nécessité d'établir un diagnostic scientifique des états inférieurs de l'intelligence*, Paris, Masson, 1905.

³⁶⁶ Les problèmes classificatoires existent entre enfants « normaux » et « arriérés », mais aussi entre « arriération intellectuelle » et « imbécillité morale ». Cette distinction sera examinée plus longuement à la fin du chapitre 3. Sur ces problèmes de classification, voir aussi Monique VIAL, « Les origines de l'enseignement spécial en France : histoire et enjeux d'une loi scolaire, les racines de la psychologie à l'école (1882-1909) », Thèse, Paris, 1990.

³⁶⁷ Tout comme celle des sujets qui d'un point de vue physique ne se trouvent pas dans les conditions normales pour recevoir l'enseignement commun : les aveugles et les sourds-muets. En tout, 5 catégories sont définies comme devant être dénombrées : 1° Aveugles, 2° Sourds-Muets, 3° Anormaux médicaux, 4° Arriérés, 5° Instables.

³⁶⁸ L'école et l'armée sont deux institutions où émerge particulièrement l'idée de norme, et dans les sources le parallèle entre les institutions est souvent indiqué, aussi bien dans sa dimension chronologique individuelle, c'est-à-dire en tant qu'étapes de la vie, qu'historiquement, puisque qu'elles sont généralisées à l'ensemble d'une classe d'âge successivement. Paul CHAVIGNY, « Les débiles intellectuels, leur situation dans l'armée », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 4, n°11, 1909, p. 409.

Le travail de la commission Bourgeois aboutit à la loi du 15 avril 1909 qui institue les écoles de perfectionnement³⁶⁹. Ceci explique l'écart entre les deux pays sur ce plan : en 1912, il existerait dans 305 villes allemandes 1670 classes prenant en charge 34 300 élèves arriérés contre seulement trente classes de perfectionnement accueillant 720 élèves en France. Cet engouement très limité s'explique notamment par « la liberté des communes et départements pour créer ou non des classes de perfectionnement et des écoles autonomes pour les arriérés des deux sexes [qui] a restreint excessivement l'application de la loi »³⁷⁰. L'Alsace constitue à cet égard une exception à son retour à la France en 1918 puisqu'elle bénéficie des structures créées pendant la période allemande³⁷¹.

En termes chronologiques, la France arrive donc bien après l'Angleterre, l'Allemagne, la Suisse ou le Danemark en ce qui concerne la création d'institutions scolaires destinées aux déficients mentaux. La démocratisation de l'enseignement représente un enjeu majeur pour la III^e République avec les lois Ferry et Paul Bert, qui est loin d'être achevée sur le versant des déficients mentaux³⁷². En effet, cette législation instituant la scolarité obligatoire pour tous ne mentionne à aucun moment le cas des enfants arriérés ou idiots. Ignorés par le législateur, aucune mesure pratique n'est prise alors pour systématiser leur instruction de manière obligatoire, qui dépend donc des initiatives privées. Un des principaux facteurs qui peut expliquer cette diachronie réside dans le fait que, contrairement au cas allemand, la tutelle psychiatrique sous laquelle se trouve la population des arriérés est plus forte. En effet, un historien de la psychiatrie fait le constat suivant :

Le handicap mental dut, contrairement aux handicaps visuel et auditif, s'extirper du milieu psychiatrique de l'époque avant que l'on puisse parler d'éducation. Esquirol, fondateur de la clinique et de la nosographie psychiatriques françaises, à l'origine aussi des institutions

³⁶⁹ La loi met en place deux types d'écoles de perfectionnement : celles annexées aux écoles publiques et d'autres autonomes. On s'autorise ici à rester bref sur le sujet puisqu'en réalité, peu sont créées car elles doivent l'être sur demande de la commune ou du département. Le contexte de ces débats n'est pas sans lien avec l'affranchissement de l'éducation spéciale de sa tutelle asilaire en France, ce qu'on abordera dans le chapitre 4. Sur le travail préliminaire de la Commission Bourgeois, voir Monique VIAL et Marie-Anne HUGON (dir.), *La commission Bourgeois (1904-1905) : documents pour l'histoire de l'éducation spécialisée*, Paris, Éditions du CTNERHI, 1998.

³⁷⁰ Georges HEUYER, *op. cit.*, p. 17.

³⁷¹ L'Alsace bénéficiant de la mise en place de l'obligation scolaire dès 1871, plusieurs *Hilfschule* y sont ouvertes à Mulhouse en 1895, à Strasbourg en 1897 et à Colmar en 1903. On s'inspire dans la région des exemples suisse et allemand : « M. Reuschert, directeur de l'Institut protestant des Sourds-Muets de Strasbourg-Bruckhof, publie en 1895 une brochure de huit pages intitulée 'Nos Faibles', ('Unsere Schwachen') et y rapporte ses impressions de visite dans divers établissements et institutions allemands ou suisses et sa propre expérience avec ses élèves sourds-muets. Il préconise l'ouverture de petites écoles, voire d'internats pour des *Nachzügler* c'est-à-dire des 'attardés' », in D. LERCH et J.-T. SCHMIDT, *op. cit.*, p. 9.

³⁷² En mettant en place des principes devant démocratiser l'école : obligation scolaire avec en retour la responsabilité pour l'Etat de créer une école dans chaque commune, gratuité de l'enseignement et enfin laïcité.

psychiatriques de notre pays, disait que l'idiotie commence avec la vie et qu'ensuite il n'y a plus de changement possible³⁷³.

La chronologie des écoles de perfectionnement vérifie cette affirmation. Pendant longtemps, ni l'Etat, ni les communes ne s'intéressent donc à la question³⁷⁴. Le travail de la commission Bourgeois aboutit à la loi du 15 avril 1909 qui institue les écoles de perfectionnement. Ceci explique l'écart constaté par le psychiatre Georges Heuyer entre les deux pays sur ce plan : en 1912, il existerait dans 305 villes allemandes 1670 classes prenant en charge 34 300 élèves arriérés contre seulement trente classes de perfectionnement accueillant 720 élèves en France. Cet engouement très limité s'explique notamment par « la liberté des communes et départements pour créer ou non des classes de perfectionnement et des écoles autonomes pour les arriérés des deux sexes [qui] a restreint excessivement l'application de la loi »³⁷⁵. L'Alsace constitue à cet égard une exception à son retour à la France en 1918 puisqu'elle bénéficie des structures créées pendant la période allemande.

Cette évolution vient rencontrer les préoccupations des aliénistes de l'époque, donc le chef de service de Bicêtre. Avant sa retraite en 1905, la question de la création de classes spéciales figure en tête des projets de Bourneville. L'argument majeur qu'il invoque réside dans l'affirmation que les arriérés nuisent au fonctionnement des écoles ordinaires, qui semble tout à fait acceptable par rapport à ce que nous allons voir dans le chapitre 2 concernant les motifs d'internement. Pour l'aliéniste, il est nécessaire de créer une structure pour accueillir les enfants idiots améliorés par le traitement médico-pédagogique dans services, où ils sont obligés de rester jusque là puisqu'il n'y a pas d'autre alternative. Or cet argumentaire est particulièrement intéressant à ce stade de la démonstration car Bourneville s'appuie sans cesse sur des exemples étrangers pour convaincre les pouvoirs publics. Les aliénistes de l'époque ne sont pas sans savoir que de telles classes existent dans beaucoup de pays. Dans les années 1890, l'aliéniste de Bicêtre remet d'ailleurs à la Commission de surveillance des asiles de la Seine des documents sur celles d'Angleterre, de Belgique, de Prusse et de Suisse. Il insiste sur la nécessité de créer des classes de perfectionnement dans le but premier de désengorger les services :

³⁷³ Remy BUTTERLIN, « Contributions à l'histoire des grands courants confessionnels et laïques en Alsace dans le travail éducatif et social du Moyen Age au XX^e siècle », in *Actes du Colloque du CNAHES*, 2003, p. 34.

³⁷⁴ Yves Pélicier et Guy Thuillier relèvent un fait parlant : l'absence de statistiques du ministère de l'intérieur français sur la population des déficients intellectuels est parlante. A propos de l'enseignement spécialisé, Jean-Noël Luc parle ainsi de « la statistique impossible » puisqu'« il faut attendre la fin des années 1950 pour trouver, dans les publications statistiques officielles sur le premier degré, des informations relatives aux classes spécialisées ». Jean-Noël LUC, *La statistique de l'enseignement primaire, XIX^e-XX^e siècles, politique et mode d'emploi*, Paris, Economica, 1985, p. 199.

³⁷⁵ G. HEUYER, *op. cit.*, p. 17.

Il est grand temps que nous ne restions pas en retard sur les autres pays. Ces classes permettraient non seulement de maintenir dans leurs familles, tout en les soumettant au traitement médico-pédagogique, tel qu'il est appliqué à Bicêtre, à la fondation Vallée et à l'Institut médico-pédagogique (Vitry-sur-Seine), des enfants pour lesquels on réclame aujourd'hui l'hospitalisation, mais encore [...] un certain nombre d'enfants hospitalisés et qui sont suffisamment améliorés pour être rendus à leurs familles, avec ou sans secours. Par là, on aurait encore la disponibilité d'un certain nombre de lits [...] On allégerait ainsi les charges de l'Assistance en maintenant les enfants dans leurs familles, en resserrant les liens entre elles et leurs enfants. En procédant de la sorte, on ferait de la véritable assistance républicaine³⁷⁶.

La tentative de Bourneville consiste ainsi à plaider en faveur d'une déshospitalisation des cas les moins graves afin de délester des services destinés à une prise en charge spécifiquement réservée aux arriérés. On a vu qu'elle se base sur des méthodes pédagogiques bien spécifiques, que ne nécessitent pas les individus simplement retardés sur le point de l'intelligence. Dans sa publication concernant la création de classes spéciales pour les enfants arriérés³⁷⁷ datant de 1898, Bourneville argumente dans ce sens en détaillant les exemples de telles classes dans trois pays étrangers, respectivement l'Angleterre, la Suisse et la Belgique. On peut donc faire un constat similaire à celui du secours à domicile : l'Allemagne n'est pas le seul pays voisin à attirer l'attention des aliénistes. Mais l'intérêt des remarques de Bourneville concerne surtout le problème chronique de la surpopulation asilaire. Ici aussi, on voit que la force rhétorique témoigne de la force du message : une quinzaine d'années après l'ouverture du service des « idiots de Bicêtre », son médecin-chef se bat déjà pour le désengorger. La création de classes spéciales et du secours à domicile doit ainsi être interprété non comme une mesure inspirée d'un regard vers l'Allemagne, qui connaît en réalité les mêmes problèmes, mais comme une tentative de résoudre un problème institutionnel.

Nous étions originellement partis du constat d'un élan pédagogique fort à la racine de ces services spécifiquement consacrés aux arriérés. Les programmes des établissements, les écrits des directeurs instillent une vision optimiste, voire réjouissante. Enfin, les arriérés auparavant laissés pour compte vont apprendre à gagner leur vie, ou au moins trouver un cocon institutionnel supplétif au cercle familial. En réalité, si les occasions ne manquent pas pour le Dr Bourneville ou le pédagogue Hermann Piper de témoigner de leur volontarisme, les débats et les préoccupations qui

³⁷⁶ D.-M. BOURNEVILLE, *Des différents modes d'assistance des enfants idiots, épileptiques et arriérés*, Paris, Librairie du Progrès médical, 1900, p. 10.

³⁷⁷ Archives AHP, B 5745, D.-M. BOURNEVILLE, *Création de classes spéciales pour les enfants arriérés*, Paris, Progrès médical, 1898.

ont court dans les services nouvellement fondés semblent refléter déjà une grande inquiétude de ces pionniers. Tout semble indiquer qu'ils constituent des exceptions plutôt que des exemples suivis dans leurs pays respectifs. Le médecin-chef du service de Bicêtre l'évoque, déclarant pressentir que « si nous disparu, notre œuvre périlite ou disparaît », ils ne se trouveraient que peu de partisans pour suivre la voie tracée. En effet, le virage que doit représenter ces services médico-pédagogiques est peu visible par les chiffres. Les arriérés ne sont pas les pensionnaires pour lesquels on peut revendiquer une guérison rapide ou des taux élevés de sortie. La plupart des dossiers de patients examinés en témoigne : la mention « sorti guéri » (*entlassen, geheilt*) ne se retrouve que de manière rarissime dans les centaines de cas explorés. Ainsi, cette histoire des arriérés et de leur prise en charge démarre sur ce constat de réalisations socialement contestées d'emblée. Certes en raison de son coût, qui peine à être légitimé par des chiffres de réussite probant qui se concrétise par un manque de conviction de la part de l'administration dans les deux pays. Mais surtout des suites de ce faible taux de sortie de l'asile, qui contribue à renforcer peu à peu ce qu'avaient voulu déconstruire Bourneville ou Hermann Piper : l'impossibilité réaliste de guérir et éduquer les déficients mentaux, autrement dit l'idée d'incurabilité de l'arriération.

Chapitre 2 : De la famille à l'asile, enjeux de la prise en charge institutionnelle des arriérés

L'entrée au sein de l'asile a pour pendant la rupture avec la famille. Les fondements thérapeutiques et juridiques de cette séparation plaident conjointement en faveur de l'isolement de l'arriéré et du malade mental en général au sein d'un service spécifiquement dévolu à sa prise en charge¹. Dans *Le pouvoir psychiatrique*, Michel Foucault revient sur les rapports complexes qui se jouent entre asile et famille, et qui évoluent précisément tout au long du XIX^e siècle. Comme première instance de socialisation, l'action de la famille s'avère fondamentale dans son recours à l'assistance, en particulier à destination de l'enfant en bas âge, dont la dépendance se pérennise quand il paraît atteint de déficience mentale. Au milieu du XIX^e siècle, les premières enquêtes sur la santé des populations permettent aux médecins et hygiénistes de faire le constat d'une situation sanitaire très dégradée pour les enfants notamment, qui s'explique par un faisceau de facteurs conjugués auxquels doivent remédier l'action combinée de la révolution pasteurienne appliquée à la puériculture et de la propagande sanitaire envers le peuple².

Centre des politiques d'éducation populaire en matière d'hygiène, la famille est le cadre évident de toute action destinée à l'enfance. Pourtant, soumise parfois aux aléas de la conjoncture économique ou d'événements tels que la perte de l'un de ses membres, elle ne peut toujours remplir

¹ Ces raisons de la rupture avec la famille sont de plusieurs natures : sur le plan juridique, il s'agit de la forme de l'internement psychiatrique telle qu'elle s'exprime dans la loi de 1838 en France, comme on le verra par la suite. Sur le plan thérapeutique, on peut les mentionner mais celles-ci ne correspondent qu'imparfaitement au cas précis de l'arriération. Il s'agit du principe de distraction selon lequel « un fou, pour guérir, ne doit jamais penser à sa folie » ; le deuxième principe réside dans le fait que la famille est considérée comme faisant partie du terrain dans lequel est né la pathologie ; ensuite, le malade mental tel que le théorise Esquirol va être amené à rechercher l'origine de sa folie ailleurs que dans son corps et son esprit, et notamment dans son entourage ; la dernière raison réside dans les rapports de pouvoir ou de « souveraineté » selon Foucault qui existent au sein d'une famille et qui entravent la guérison et alimentent la folie. Michel FOUCAULT, *Le pouvoir psychiatrique : cours au Collège de France, 1973-1974*, Paris, Le Seuil, 1974, p. 99-102.

² Le Dr Brochard montre par exemple l'extraordinaire mortalité des nouveau-nés en 1866. Les facteurs de la forte mortalité infantile sont la pauvreté du régime alimentaire, l'humidité des maisons, la malpropreté du corps et du linge, le caractère endémique des maladies de la petite enfance. La notion de « premier âge », l'objet de la puériculture et de la pédiatrie, est d'ailleurs inventée à la fin du XIX^e siècle. Lentement, on progresse dans le bien-être de l'enfant, effaçant les préjugés quant à l'hygiène infantile et l'alimentation désordonnée qui étaient responsables d'une partie de la forte mortalité infantile. A la fin de la Première Guerre mondiale, la puériculture irradie jusqu'aux zones rurales d'après Ivan Jablonka. Ivan JABLONKA, *Ni père ni mère: Histoire des enfants de l'Assistance publique (1874-1939)*, Paris, Le Seuil, 2009, p. 91-94.

son rôle d'instance de protection et d'éducation³. Dans le cas de l'arriération comme pour d'autres infirmités telles que la cécité au XIX^e siècle, la déficience corporelle est presque toujours associée à l'image de la pauvreté, qu'elle soit celle de la personne atteinte, ou de ses proches qui doivent assurer sa subsistance⁴. Pour la personne déficiente, « en l'absence de la famille, le recours immédiat est naturellement la mendicité puis l'assistance institutionnalisée »⁵. Ce recours se développe lentement pour les arriérés à la fin du XIX^e siècle dans beaucoup de pays industriels, dans une situation de manque d'institutions adéquates encore plus cruelle que pour les malades mentaux classiques, comme on l'a vu dans le chapitre 1. Jusqu'au dernier quart du XIX^e siècle, la quasi-totalité des arriérés étaient pris en charge à domicile⁶. La question du recours à une prise en charge institutionnelle des enfants arriérés se pose ainsi encore davantage qu'au sujet des autres pathologies mentales. Pour les promoteurs de cette solution — qui s'avère bien souvent un pis-aller — tels que Hermann Piper à Berlin, l'asile doit en effet être « une institution mise à leur disposition, qui s'efforce de se substituer à au cocon protecteur de l'amour parental » pour les arriérés, en particulier à destination des cas les plus graves⁷. Plus prosaïquement, Ivan Jablonka rappelle la fonction de « réceptacle des enfants surnuméraires » affectée à l'assistance à la fin du XIX^e siècle⁸.

Ainsi les dispositifs d'assistance privés et surtout publics qui sont mis en place de manière quasi-simultanée en France et en Allemagne correspondent à des besoins et préoccupations reliés à la possibilité ou non de la famille de faire face à une situation de dépendance en son sein. Il s'agit ici de s'interroger sur les raisons pour lesquelles l'Etat, la justice ou les familles cherchent à faire certifier médicalement l'arriération. Pour répondre, on utilisera ici essentiellement les dossiers médicaux de

³ « Souvent famille élargie, elle est relativement structurée et peut faire fonction d'instance d'assurance. Cependant, à une époque de précarité, la famille souvent ne dispose pas ou ne dispose plus de moyens suffisants ». André GUESCLIN, « Rapport de synthèse sur 'Infirmité et pauvreté' », in A. GUESCLIN (dir.), *Handicaps, pauvreté et exclusion: dans la France du XIX^e siècle*, Paris, L'Atelier, 2003, p. 133.

⁴ Voir Zina WEYGAND, « La cécité et les aveugles dans la société française: représentations et institutions du Moyen-âge aux premières années du XIX^e siècle » Thèse, Paris, 1998.

⁵ André GUESCLIN, « Rapport de synthèse sur 'Infirmité et pauvreté' », in André GUESCLIN (dir.), *Handicaps, pauvreté et exclusion: dans la France du XIX^e siècle*, Paris, les Ed. de l'Atelier, 2003, p. 131.

⁶ Les chiffres du recensement de 1871 le montrent : on dénombre plus de 90% d'arriérés pris en charge dans leur famille pour la province de Rhénanie, contre seulement la moitié pour les malades mentaux (*Irrsinnig*). Dans le district administratif (*Bezirk*) de Düsseldorf, sur plus de 2064 idiots dénombrés en 1871, 1756 sont pris en charge au sein de leur famille ; à Cologne, 788 sur 840 ; à Coblenze, 724 sur 772. Christian BRADL, *Anfänge der Anstaltsfürsorge für Menschen mit geistiger Behinderung (« Idiotenanstaltswesen »): ein Beitrag zur Sozial- und Ideengeschichte des Behindertenbetreuungswesens am Beispiel des Rheinlands im 19. Jahrhundert*, Francfort-sur-le-Main, Afra-Verlag, 1991.

⁷ „Den Bildungsunfähigen aber soll eine Stätte bereitet werden, welche ihren die fürsorgende Elternliebe nach Kräften ersetzen“. Hermann Piper, Bericht, cité par Wolf STENDER, „Hundert Jahre „Klinik Wiesengrund“: Eine medizinhistorische Untersuchung zur Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Berlin, 1982, p. 24.

⁸ Ivan Jablonka parle même d'une banalisation de l'abandon comme « mode de régulation familial, supervisé par l'Etat ». I. JABLONKA, *op. cit.*, p. 291.

patients existants pour les établissements de Berlin et de Cernay. Ces sources permettent d'avoir un aperçu précis du parcours individuel de chaque malade pris en charge par les pièces qui y sont généralement versées à chaque étape du parcours. Dans le cas de Bicêtre, on utilisera à défaut les répertoires d'observations médicales. S'ils ne contiennent aucun document original, les raisons invoquées par les familles et les mécanismes d'assistance en jeu peuvent néanmoins être reconstitués. D'autres instances sont en jeu quand le placement n'est pas volontaire : ainsi des rapports policiers et judiciaires interviennent également. Les déclarations fournies par la famille au moment de la demande de prise en charge constituent un discours formaté par la demande d'assistance, obligeant la famille à motiver leur demande en exagérant à l'occasion la situation de détresse qui est la sienne. A côté de ces sources passées par le formatage consécutif à la demande d'assistance, on utilisera aussi des documents personnels telles que des lettres ou cartes postales envoyées par la famille au proche placé en institution. Rares, car présent presque uniquement dans les dossiers de l'établissement de Cernay, de tels documents représentent des paroles spontanées concernant l'arriération, qu'il s'agit de différencier des paroles parentales catalysées par l'assistance. Ces sources précieuses offrent une vision alternative de la relation entre le proche déficient et sa fratrie ou ses parents, qui vient nuancer la violence de l'image construite par les sources institutionnelles.

A. Définition institutionnelle de l'assistance des « idiots » de part et d'autre du Rhin

1. L'assistance aux nécessiteux et le régime d'internement des malades mentaux en Allemagne

L'exploration des dossiers médicaux de l'asile de Dalldorf permet de comprendre la procédure d'admission qui est celle en vigueur à la fin du XIX^e siècle. Aiguillés vers l'asile pour diverses raisons qu'on étudiera plus loin, les enfants sont d'abord pris en charge dans la maison-mère, et examinés par les médecins de l'asile (*Irrenanstalt*). Le médecin responsable des admissions (*Aufnahmenartz*) établit un rapport concernant l'état actuel du malade (*status præsens*) sous la forme d'une description en général assez brève. Ensuite, le malade est transféré soit dans le bâtiment 10 de l'asile — nommé *Kinderstation* ou *Haus X* dans les sources, soit à l'*Idiotenanstalt* qui se trouve au nord-est de l'enceinte de l'asile dans une situation un peu isolée par rapport aux dix autres bâtiments. Les pièces versées au dossier et qui s'avèrent déterminantes pour le placement de chaque patient émanent de différentes institutions : scolaire, judiciaire, policière et/ou familiale. Mais avant de comprendre comment s'effectue l'entrée à l'asile en tant que déficient mental, il s'agit au préalable d'expliquer les mécanismes qui régissent les procédures sur le plan légal, en retraçant le fonctionnement de l'assistance dans le Reich de la fin du XIX^e siècle.

a) L'évolution de l'assistance dans le Reich bismarckien à la fin du XIX^e siècle

Dans la société allemande de la fin de l'époque moderne, le secours est dispensé dans le cadre des communes, au sein d'institutions spécialisées — hôpitaux, hospices et bureaux des pauvres⁹. Cette mobilité limitée de l'assistance aux personnes dans le besoin consécutive à l'organisation communale du système devient problématique avec le développement de la Révolution industrielle qui provoque non seulement la migration de nombres de travailleurs, mais aussi la multiplication des déracinés et autres vagabonds¹⁰. La loi prussienne de 1842 imposant aux communes de secourir tout individu y ayant travaillé plus de trois ans témoigne d'améliorer un fonctionnement de l'assistance

⁹ Ces institutions « abritent les indigents et invalides ou dispensent les secours. Ils sont financés par les impôts communaux payés par la partie la plus aisée de la population. La bienfaisance publique est toutefois essentiellement pensée comme un palliatif à la défaillance des cadres communautaires de l'Ancien Régime ». Sandrine KOTT, *L'État social allemand: représentations et pratiques*, Paris, Belin, 1995, p. 26.

¹⁰ Ces migrations sont de l'ordre de l'exode rural, mais pas seulement puisqu'on observe également des dynamiques d'Est en Ouest. Voir l'article de Beate ALTHAMMER, „Pathologische Vagabunden. Psychiatrische Grenzziehungen um 1900“, *Geschichte und Gesellschaft*, vol. 39, 2013, p. 306-337.

qui apparaît comme imparfait au milieu du XIX^e siècle, au moment où près des deux tiers de la population appartiennent à la catégorie du prolétariat urbain et rural. Pour limiter la charge, il s'agit de substituer la prévoyance à l'assistance en encourageant les ouvriers à cotiser dans le cadre d'une caisse. L'obligation d'assurance se diffuse progressivement depuis l'Allemagne du Nord à partir de la loi de 1845.

Après son unification, l'Allemagne s'aligne sur la politique interventionniste prussienne. Ainsi la loi d'Empire du 6 juin 1870 sur l'assistance obligatoire instaure le domicile de secours (*Unterstützungswohnsitz*) avec la création de bureaux des pauvres dont dépendent les malades indigents¹¹. Désormais « tous les ressortissants des Etats confédérés allemands sont à considérer partout où la loi est en vigueur comme indigènes, d'où il suit qu'ils ont tous le même droit au secours en cas d'indigence »¹². Au cœur de la politique sociale bismarckienne, la loi de 1883 d'assurance maladie (*Krankenversicherungsgesetz* ou *KVG*) instaure l'obligation d'assurance dans l'ensemble du Reich, mettant fin aux différences entre les Etats qui avaient leur législation propre, ce qui explique aussi la complexité de cette loi. L'ancienne aide aux pauvres évolue en une assistance sociale dont l'organisation témoigne d'une nouvelle conception de la pauvreté et de ses expédients avec la multiplication des systèmes assuranciers¹³. Cette nouvelle organisation mobilise à la fois la contribution personnelle et l'aide de l'Etat, dont le rôle devient significativement interventionniste mettant en œuvre une politique de « sécurité sociale et de 'loyauté de masse' (*mass loyalty*) qui vont

¹¹ Sur les questions sociales, voir Christoph SACHSSE et Florian TENNSTEDT, *Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland, Band 1, Vom Spätmittelalter bis zum 1. Weltkrieg*, Stuttgart, W. Wohlhammer, 1998 ; Stephan LEIBFRIED et Florian TENNSTEDT (dir.), *Politik der Armut und Die Spaltung des Sozialstaats*, Francfort-sur-le-Main, Suhrkamp, 1985. Voir aussi plus généralement Dieter HEIN, *Deutsche Geschichte im 19. Jahrhundert*, Munich, Beck, 2015 ; Helmut Walser SMITH (dir.), *The Oxford Handbook of Modern German History*, Oxford, Oxford University Press, 2015.

¹² J. WEYDMANN, *L'assistance publique en Alsace-Lorraine, avant et après l'introduction de la loi d'Empire sur le domicile de secours : Manuel populaire pour la pratique de l'assistance publique et privée*, Strasbourg, Typographie de l'Elsässer, 1912, p. 31.

¹³ Bien que l'assistance communale reste en 1885 la forme la plus courante d'assistance. « Le pauvre apparaît désormais moins comme un individu privé de ressources dont la communauté doit se charger, que comme un travailleur privé momentanément de la capacité de gagner sa vie. La pauvreté n'est plus un état, mais un accident qu'il est possible de prévenir grâce à l'assurance : la prise en charge individuelle de chacun, l'aide à soi-même (le *Selbsthilfe*) fonde cette pensée sociale d'essence libérale ». Cette première législation sociale est rapidement appliquée : en 1886, un quart de la population active dépend déjà d'une caisse de maladie d'après Sandrine Kott. Sandrine KOTT, *L'État social allemand : représentations et pratiques*, Paris, Belin, 1995, p. 27-115 ; voir aussi Sandrine KOTT, *L'Allemagne du XIX^e siècle*, Paris, Hachette, 1999.

désormais de paire »¹⁴. Toutefois, on peut noter que l'assistance reste inégalement dispensée au sein du *Reich* et cette dotation concerne surtout les grandes villes¹⁵.

La législation prussienne évolue encore en 1893 par la création de ce que Christoph Sachsse et Florian Tennstedt nomment les « nouveaux rameaux de l'assistance ». Elle confie le soin des démunis aux Etats, quitte pour ces derniers à déléguer cette tâche à des organismes privés. Cette évolution concerne notamment les malades mentaux, idiots et épileptiques, catégories liées à la pauvreté en raison de la vulnérabilité qu'engendre la maladie mentale. Ainsi les « aliénés pauvres » (*armen Irren*) font partie des *unverschuldete Armen*, c'est-à-dire en quelque sorte des « pauvres non responsables de leur état », catégorie à laquelle appartiennent aussi les arriérés¹⁶. Il faut nuancer cette affirmation pour l'établissement étudié, car il serait inexact de penser que les parents des arriérés pris en charge à Dalldorf font tous partie des couches les plus pauvres de la société. En effet, les statistiques effectuées sur l'ensemble de la population prise en charge à Dalldorf montrent un recrutement plus large qui correspond aux observations faites sur les dossiers de patients passés par l'*Idiotenanstalt*. La quantification de la catégorisation sociale qui peut être faite par le dénombrement de la profession du père qui doit — en principe — figurer sur l'en-tête du dossier fait état d'une majorité d'ouvriers qualifiés (près de 20%), mais aussi de beaucoup de travailleurs indépendants, commerçants ou d'employés¹⁷. Les ouvriers non-qualifiés ne représentent qu'une part infime du total (0,2%). Ce recrutement plus large atteste d'un changement dans la vocation de l'asile, *Heil- und Pflegeanstalt*, et non plus seulement lieu de détention de populations problématiques pour l'Etat comme à l'époque moderne et dans la première moitié du XIX^e siècle. Toutefois, s'agissant d'une structure de nature communale et donc « ouverte » (*offene Fürsorge*), il est vrai que les

¹⁴ L'assistance spécifiquement destinée aux infirmes est initiée dans le cadre des discussions en rapport avec la vieillesse et l'infirmité en 1887, qui sont à la base de la loi sur l'assurance des invalides et vieillards du 22 juin 1889 (*Gesetz. Betr. Die Invaliditäts- und Altersversicherung vom 22. Juni 1889*). Elle introduit une assurance obligatoire pour les salariés gagnant plus de 2000 RM par ans, qui comprend également la famille dépendant de l'assuré. Michael STOLLEIS et Günter AST (dir.), *Origins of the German Welfare State: Social Policy in Germany to 1945*, Berlin, Springer, 2013, p. 74-75.

¹⁵ Qui représentent 19% de la population mais fournissent 60% des fonds. Souvent en milieu rural, les budgets sont faibles, et un maire peut se dispenser de l'aide aux indigents s'il argue de l'absence des fonds nécessaires. Des structures privées naissent également pour faire face à cette demande croissante d'assistance et des difficultés à la combler. On peut citer l'*Innere Mission* (la « Mission Intérieure ») de Frederik von Bodelschwingh. Cf. J. WEYDMANN, *op. cit.*, p. 36.

¹⁶ Sieglind ELLGER-RUTTARDT, *Geschichte der Sonderpädagogik*, Munich, Ernst Reinhardt Verlag, 2008, p. 142- 143.

¹⁷ La profession du père fait partie des informations qui figurent — en principe — sur l'en-tête du dossier du patient. L'équipe dirigée par Thomas Beddies et Andreas Dörries a travaillé sur plusieurs milliers de dossiers. Pour ces chiffres concernant la profession du père, 516 dossiers ont été étudiés. Ainsi sur ce total, on trouve seulement 4 ouvriers non-qualifiés, contre 99 travailleurs manuels (*Handwerker*), 59 petits employés et fonctionnaires (*kleine Angestellte, untere Beamte*), 48 commerçants (*Kaufleute*) et 49 fonctionnaires de catégorie moyenne. Voir Thomas BEDDIES (dir.), *Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin: 1919 - 1960*, Berlin, Matthiesen, 1999, p. 336-338.

malades mentaux issus de milieux plus aisés se trouvent eux pris en charge dans des institutions privées médicalisées¹⁸.

b) Mécanismes d'assistance et procédure d'admission des arriérés à Dalldorf (1893-1914)

L'assistance à la catégorie des malades mentaux émerge dans ce contexte et en particulier dans la capitale du II^e Reich. A la fin du XIX^e siècle,

Dans le cadre de la consolidation et de la différenciation de l'assistance communale, l'assistance destinée aux malades mentaux s'établit à Berlin comme un domaine indépendant à l'instar d'autres secteurs comme par exemple l'assistance aux enfants, au logement ou aux personnes sans emploi¹⁹.

L'*Idiotenanstalt* représente la première institution communale destinée aux idiots à Berlin. L'assistance publique a vocation à prendre en charge les « idiots tombés en déshérence » (*anheimfallenden Idioten*), et ce selon des règles d'admission restant en vigueur jusqu'en 1928²⁰. La protection de l'aliéné en tant qu'incapable s'organise dans le code civil allemand qui est introduit en 1900. L'organisation se distingue du droit français :

La tutelle est étendue au prodigue et au faible d'esprit. Outre la protection des biens, le tuteur doit veiller à la protection de la personne. Il peut décider de l'hospitalisation de l'incapable dont il assure la tutelle ; dans le cas particulier d'une hospitalisation sans consentement avec privation de liberté, il doit en référer au préalable au juge des tutelles. A tout moment, il constitue l'interlocuteur privilégié du médecin et c'est en pleine connaissance de cause qu'il peut s'opposer à une décision médicale²¹.

L'admission de l'aliéné est donc liée soit à une décision du tribunal (*Gericht*) dans le cas d'une « hospitalisation sans consentement », soit à une décision du tuteur, en général ses parents.

Les familles incapables de payer les frais de prise en charge doivent faire la preuve de leur pauvreté ou du nombre d'enfants à charge. Par exemple, le père de Hardy C. demande l'aide de l'assistance en mettant en avant le fait qu'il a deux autres enfants à charge et que sa femme souffre d'une maladie chronique l'obligeant à passer beaucoup de temps chez le médecin, ce qui l'amène à

¹⁸ C. BRADL, *op. cit.*, p. 249.

¹⁹ „Im Zuge des Ausbaus und der Ausdifferenzierung der kommunalen Fürsorge hatte sich auch in Berlin die Geisteskrankenfürsorge als eigenständiger Bereich neben anderen wie etw Jugend-, Wohnungs- und Arbeitslosenfürsorge etabliert“. T. BEDDIES (dir.), *op. cit.*, p. 39. Voir aussi Bernd WALTER, *Psychiatrie und Gesellschaft in der Moderne*, Paderborn, Schöningh, 1996.

²⁰ Les changements de la fin des années 1920 seront explicités dans le chapitre 5. Pour la question des changements de législation liés à la réforme qui est alors mise en place dans l'asile berlinois, voir T. BEDDIES (dir.), *op. cit.*, p. 29.

²¹ A. CREMMEL et A. PIDOLLE, « Protection de l'incapable majeur en Alsace-Lorraine de 1870 à 1990 », *L'information psychiatrique*, n°10, décembre 1993, p. 961.

demander le « prix le plus bas possible » pour la prise en charge de l'enfant²². La demande est alors examinée par un médecin de l'assistance et doit être validée par le conseil municipal de Berlin (*Gemeinrat*) qui donne son accord pour la participation aux frais. Il s'agit alors d'évaluer ce que le foyer est en mesure de payer en fonction de ses charges. Les parents de Paul D. demandent une admission de leur fils décrit comme « idiot » à Dalldorf car ils sont dans une situation précaire qu'ils justifient par des pièces attestant de leur absence de logement, de l'instabilité du père en terme d'emploi ainsi que l'état de santé problématique de la mère qui déclare être souffrante du cœur et avoir déjà de la peine à s'occuper du foyer²³. Plusieurs choses entrent donc en jeu pour déclencher la procédure de l'assistance aux arriérés : le critère médical concernant l'enfant, la situation financière de la famille ainsi que les facteurs aggravant les difficultés de celle-ci de s'occuper d'un membre atteint de déficience mentale. Si la procédure aboutit, les familles doivent alors remplir un questionnaire destiné au médecin responsable des admissions, qu'elles rencontrent à l'entrée de l'enfant à l'asile.

Après un examen de la demande par l'administration du district responsable de l'assistance (*Bezirkswohlfahrtsämter*), les malades atteints d'arriération sont orientés vers l'asile de Dalldorf. Tous les enfants berlinois exigeant des soins ou qui sont dépendants (*pflegebedürftig*) doivent en principe être pris en charge, ce qui exige toutefois de donner des preuves de leur besoin d'assistance²⁴. L'enjeu pour les personnes en demande d'assistance est donc de donner des preuves de leur dénuement à l'unité locale d'assistance responsable (*Armenverband*), elle-même dépendante de la direction de l'assistance (*Armenverwaltung*) afin de bénéficier d'un paiement partiel ou total des frais d'internement de l'enfant. Les dossiers de patients permettent de donner un exemple des mécanismes en jeu dans l'assistance aux arriérés, à condition de garder en tête le filtre que constitue l'impératif de la demande sur les éléments présents dans la source. Pour les familles incapables de subvenir aux besoins de leur enfant déficient mental et de payer la prise en charge dans un établissement spécialisé, elles adressent en général une demande à la « commission d'assistance » ou « commission d'aide sociale » (*Armenkommission*) de leur district de rattachement. Ce courrier doit être accompagné d'un certificat médical attestant de l'état mental de l'enfant. D'autres pièces

²² Landesarchiv Berlin, A Rep 0003-04-04, n°5827, Dossier médical de Hardy C., admis le 10 août 1913 à l'*Idiotenanstalt*, Lettre du père Max C. à la direction de l'assistance, 23 avril 1913.

²³ Landesarchiv Berlin, A Rep 0003-04-04, n°5870, Dossier médical de Paul D., Lettre de la commission d'assistance, 4 février 1896.

²⁴ Néanmoins, quand la prise en charge débouche sur un constat de stagnation et qu'ils n'ont pas un comportement violent, les individus *bildungsunfähig* sont placés dans des *Kinderhort* et *Pflegeheime* des environs lorsque leur âge dépasse celui de la prise en charge classique des arriérés leur prise en charge entraînait moins de coûts.

justificatives sont parfois utilisées pour appuyer l'urgence de la demande, ainsi celle de l'ouvrier Gustav B. est accompagnée d'un certificat médical attestant de la cécité de sa femme comme facteur aggravant. La procédure est parfois longue, en raison du nombre important de demandes par rapport à la congestion de l'établissement. Dans le cas de Gustav B., malgré le fait que l'*Armenkommission* appuie la demande, il faut tout de même près de deux ans et d'autres courriers jusqu'à ce que Ernst B. soit admis à Dalldorf en décembre 1894²⁵.

Les admissions peuvent également survenir en raison d'un signalement extérieur, par une assistante sociale, comme c'est le cas pour l'ouvrier Gustav B. L'assistante sociale fait une demande à la commission des pauvres du 319^e district de Berlin pour demander une prise en charge de son fils Ernst B. dans un établissement pour idiots. Accompagnée d'un certificat du Dr Moerkel, *Kassenarzt* attestant de l'état mental de l'enfant, elle mentionne que les parents d'Ernst B. sont « totalement sans ressources » (*völlig mittellos*). Le placement peut aussi intervenir suite à une intervention de la police en raison du danger que représente le malade mental pour la société. La procédure de placement sans consentement est en grande partie contrôlée par l'autorité médicale :

C'est le médecin qui, seul, décidait du maintien ou de la sortie des malades confiés à ses soins, sauf pour les délinquants. Il était dispensé de tout le formalisme encombrant des écritures mensuelles sur le registre de la loi et même de la rédaction des certificats automatiques. Les intérêts de la collectivité à la charge de qui étaient les frais de traitement des malades indigents étaient aussi sauvegardés par l'annonce que le directeur devait faire au préfet, de l'entrée, de la sortie et du congé de tout sujet placé d'office²⁶.

Le malade mental placé d'office sur décision de la police (*Polizeipräsidium*) ou d'un tribunal (*Gericht*) arrive d'abord à la polyclinique de la Charité, d'où après l'observation pratiquée par médecin de la clinique il peut ensuite être orienté vers Dalldorf, en fonction du diagnostic qui est posé²⁷. Les placements décidés par les autorités en raison de préoccupations de sécurité et de protection de l'ordre public sont prioritaires. Pour les autres cas, c'est le pronostic établi après la période d'observation qui détermine le placement, en fonction de questions de coût (*Kostengründen*) mais avant tout en fonction de la disponibilité des places ou au contraire de manque de place (*Platznot*). Ainsi si après un temps d'observation — éventuellement accompagné de thérapeutiques, mais très rarement dans le cas des arriérés — le patient ne présente aucun signe d'évolution, il est

²⁵ Envoyé le 31 décembre 1892, la réponse arrive le 25 janvier 1893, mais l'enfant n'intègre l'*Idiotenanstalt* que le 8 décembre 1894.

²⁶ Paul COURBON, « L'assistance psychiatrique en Alsace-Lorraine », *L'Informateur*, p. 304.

²⁷ Au sujet du diagnostic posé pour les enfants à la « station d'observation » (*Beobachtungstation*) de l'hôpital de la Charité pendant la période de la République de Weimar, voir Wolfgang ROSE, Petra FUCHS et Thomas BEDDIES, *Diagnose „Psychopathie“: Die urbane Moderne und das schwierige Kind. Berlin 1918-1933*, Vienne, Böhlau Verlag, 2016.

alors réorienté vers un établissement de la province du Brandebourg. En général, il est envoyé vers un autre *Heil- und Pflegeanstalt*. Ainsi les cas d'arriérés ne pouvant être gardés à Dalldorf sont envoyés le plus souvent Buch en cas de pronostic d'incurabilité (*unheilbar*), et à Wuhlgarten si on diagnostique un syndrome épileptique (*epileptisch*). C'est ce qui explique qu'on ne trouve pas seulement des rapports écrits par les aliénistes de Dalldorf, mais venant d'autres établissements et au premier chef de la Charité dans les dossiers médicaux.

En pratique, le système peut néanmoins aboutir à des écueils quant à la prise en charge financière de l'hospitalisation pour cause d'arriération. Un contentieux entre un cheminot et sa caisse d'assurance maladie montre les difficultés que peut poser le paiement des frais de prise en charge par la caisse d'assurance professionnelle. En principe, la caisse d'entreprise est l'instance garantissant l'application de la législation d'assurance maladie, garantissant une adéquation entre cotisations et prestations tout en luttant contre la simulation. Paul A. a fait interner sa fille à partir du 1^{er} avril 1909 dans l'asile d'Herzberge, dans la partie ouest de Berlin, afin d'y soigner sa fille atteinte d'idiotie. En 1911, le cheminot fait valoir le droit au paiement d'un tiers des frais par sa caisse d'assurance²⁸. Mais celle-ci s'y oppose, déclarant que « Hedwig A. ne serait pas malade au sens de la loi sur l'assurance-maladie », en faisant valoir que « les établissements pour idiots ne peuvent pas être considérés comme des hôpitaux »²⁹. Pourtant, le tribunal déboute cet argument :

Désormais, il est certes vrai que la caisse prévenue n'a été requise avant la prise en charge de l'enfant pour donner ses observations sur une admission étendue, néanmoins le tribunal a décidé qu'étant donné que la prévenue refuse encore maintenant de prendre en charge les frais d'internement, sachant qu'elle a également refusé la prise en charge à l'occasion d'une demande antérieure. Au motif que la nécessaire prise en charge institutionnelle de l'enfant n'a pas bénéficié de moyens suffisants, il faut retenir la notion de dénuement (*Hilfsbedürftigkeit*)³⁰.

²⁸ Il fait valoir le chapitre 11 des statuts de la caisse datant du 16 février 1895 qui lui donnent droit au paiement d'un tiers du montant de la prise en charge qui arrive à 39 mois, soit 254 M 80 Pfg.

²⁹ „Weil die Kasse abgelehnt hat, weil die Hedwig Adam nicht krank im Sinne des Krankenversicherungs-Gesetzes sei“ ; „Idiotenanstalten könnten nicht als Krankenhäuser betrachtet werden“, et ce malgré les certificats médicaux fournis par le médecin-chef (*Oberarzt*) le Dr Falkenberg du 31 août 1909 et le directeur le Dr Moeli.

³⁰ „Nun ist zwar richtig, dass die beklagte Kasse vor der Unterbringung des Kindes nicht um Äußerung wegen erweitert Übernahme der Unterstützung ersucht ist, das Gericht hat jedoch, da sich die Beklagte auch jetzt noch weigert Kosten für die Anstaltspflege zu übernehmen, angenommen, dass auch bei einer vorhergehenden Anfrage die Kasse die Unterstützung abgelehnt haben würde. Da dann zu der notwendigen Anstaltspflege des Kindes von keiner Seite ausreichende Mittel zur Verfügung gestellt wurden, so muss Hilfsbedürftigkeit angenommen werden“. Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n°5246, Hedwig A., Extrait du jugement rendu par le 2^e section du tribunal de Berlin (*Bezirksausschuss zu Berlin, Abteilung II*) suite à la plainte contre sa caisse d'assurance maladie (*die Betriebskrankenkasse für den Eisenbahn-Direktionsbezirk zu Berlin*) posée par le cheminot Paul A. à l'Armen-Direktion Berlin, 2 mai 1911.

L'opposition de la caisse d'assurance ne fait que refléter l'association de la prise en charge de l'arriération au domaine de la pédagogie, et au total le manque d'ancrage institutionnel qui caractérise encore au début du XX^e siècle la psychiatrie et du domaine médical en général. Pourtant, celui-ci évolue vers une reconnaissance puisque la caisse est déboutée et doit payer la somme requise au cheminot :

La caisse met également en avant que la prise en charge dans l'asile ne relève que d'un motif pédagogique et non médical. Cet argument apparaît également comme injustifié, car même si la guérison est exclue, il est possible et même nécessaire d'éviter chez un enfant toute aggravation de l'état mental et corporel³¹.

L'absence de reconnaissance de la notion de dénuement est jugée injustifiée, d'autant plus que la « nécessité de prise en charge » (*Unterstützungsnotwendigkeit*) est de fait établie par la décision de placement de l'*Armenkommission* qui a examiné la demande au préalable³². Le règlement du contentieux est ainsi représentatif de l'émergence d'une « véritable médecine sociale fondée sur une démocratisation du soin »³³. En filigrane, c'est ici la reconnaissance de l'arriération en tant que pathologie qui est en jeu, à un moment où la définition de la maladie reste encore ouverte et sujette à débat au début du XX^e siècle.

Après avoir abordé les mécanismes qui régissent l'entrée au pavillon réservé à l'*Idiotenanstalt* de l'asile de Dalldorf tels qu'ils fonctionnent dans l'Allemagne du Reich wilhelmien, il s'agit à présent de saisir les nuances existant avec l'admission du côté français à la même période, et ce en expliquant quelles sont les conditions pour faire entrer un proche dans le « service des idiots » de Bicêtre.

³¹ „Die Kasse wendet ferner ein, dass bei der Unterbringung in der Irrenanstalt nur erzieherische keine ärztlichen Zwecke verfolgt würden Auch dieser Einwand erscheint unbegründet. Denn wenn auch die Heilung ausgeschlossen ist, so kann und muss bei einem Kinde doch immerhin angestrebt werden, eine Verschlimmerung des geistigen und körperlichen Zustandes zu verhüten“. Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n°5246, Hedwig A., Extrait du jugement rendu par le 2^e section du tribunal de Berlin (*Bezirksausschuss zu Berlin, Abteilung II*) suite à la plainte contre sa caisse d'assurance maladie (*die Betriebskrankenkasse für den Eisenbahn-Direktionsbezirk zu Berlin*) posée par le cheminot Paul A. à l'Armen-Direktion Berlin, 2 mai 1911.

³² Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, n°5246, Dossier médical n°5246, Hedwig A., Extrait du jugement rendu par le 2^e section du tribunal de Berlin (*Bezirksausschuss zu Berlin, Abteilung II*) suite à la plainte contre sa caisse d'assurance maladie (*die Betriebskrankenkasse für den Eisenbahn-Direktionsbezirk zu Berlin*) posée par le cheminot Paul A. à l'Armen-Direktion Berlin, 2 mai 1911.

³³ S. KOTT, *L'État social allemand, op. cit.*, p. 192.

2. De la loi de 1838 à sa contestation : l'assistance aux aliénés en France à la fin du XIX^e siècle

- a) « L'indigent [appartient] d'abord à sa famille,...ensuite à son village...à sa province, enfin à sa patrie »³⁴

L'impératif étatique d'assistance envisagé comme un droit universel émerge au moment de la Révolution française, dans un contexte de redéfinition des liens de solidarité. Alors que le rôle d'assistance était auparavant essentiellement assuré par le secteur privé — soit ce qu'on nomme spécifiquement la bienfaisance³⁵, l'idée d'un Etat intervenant pour secourir les plus démunis est défendue par les révolutionnaires. L'évolution de la législation entérine cette politique d'assistance publique naissante³⁶. La loi du 24 vendémiaire an II (15 octobre 1793) sur l'assistance à domicile établit les conditions pour être considéré comme « indigent » et les devoirs qui incombent à la collectivité à leur égard³⁷. La notion de « domicile de secours » définie à l'article premier du titre V de la loi s'applique à la localité de naissance jusqu'à la majorité de 21 ans, puis à la commune de résidence à condition que la personne y habite depuis plus d'un an. Elle en fait le lieu où l'homme nécessiteux a le droit à un secours public. Dans une optique gestionnaire, il s'agit d'un simple outil d'affectation des dépenses et de rattachement de chaque individu à un organe de paiement. Toutefois plus symboliquement, la question de la légitimité des fondements de l'appartenance à une collectivité représente aussi une validation institutionnelle du lien social — ou au contraire son invalidation³⁸. Désormais, un bureau de bienfaisance existe dans chaque commune³⁹.

Néanmoins, pendant près d'un siècle la bienfaisance religieuse ou privée continue à être le pôle d'assistance central, d'autant que le contexte social accentue encore cette évolution au cours du XIX^e siècle. En effet, depuis le début du siècle, l'action de l'assistance est exercée majoritairement

³⁴ Citation du Baron de Gérando cité par Didier RENARD, « Une définition institutionnelle du lien social : la question du domicile de secours », *Revue française de science politique*, n°3, 1988, p. 377.

³⁵ Voir Didier RENARD, « Assistance publique et bienfaisance privée, 1885-1914 », *Politiques et management public*, vol. 5, n° 2, 1987, p. 107-128.

³⁶ Politique dont les assurances sociales relatives à la maladie, l'accident, la vieillesse et la pauvreté créées au XX^e siècle seront les héritières.

³⁷ Le terme « indigent » regroupe les pauvres, vieillards, infirmes, idiots et malades. Voir Jean IMBERT (dir.), *La protection sociale sous la Révolution française*, Paris, Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale, 1990.

³⁸ Cette conditionnalité du lien social lié au paiement est d'ailleurs une notion qui aura des conséquences centrales dans la suite de la thèse. La perception d'une augmentation constante du nombre d'arriérés et d'indigents en général alliée à la vision du déficient mental comme une charge financière pour la société devient centrale alors que la loi « perd progressivement de son efficacité en raison d'une misère grandissante et de mesures qui ne répondent plus à l'évolution des attentes des citoyens nécessiteux confrontés aux soucis majeurs de budgétisation d'un gouvernement gestionnaire qui ne peut pas répondre par sa seule trésorerie aux demandes de la misère nationale ». Isabelle CAVE, « Les inégalités de santé dans le discours politique (1848-1902) », *Les Tribunes de la santé*, vol. 43, n°2, 2014, p. 79-88.

³⁹ Les bureaux de bienfaisance sont mis en place sous le Directoire par la loi du 7 Frimaire an V (27 novembre 1796).

par le secteur privé, et plus précisément confessionnel. C'est seulement à Paris qu'il existe dès 1849 une administration centralisée dite de « l'assistance publique » et placée sous l'autorité du Ministre de l'Intérieur⁴⁰. L'exemple parisien s'avère pionnier quant à la mise en place à la fin du XIX^e siècle d'une assistance publique organisée à l'échelle nationale, à la faveur l'action du mouvement hygiéniste alliée à une législation importante adoptée sur le plan sanitaire sous la III^e République. Il témoigne ainsi d'une volonté étatique d'assurer plus nettement la « dette sacrée » que constitue le secours aux nécessiteux⁴¹.

Cette évolution engendre une redéfinition des compétences respectives des secteurs publics et privés, et que le vocabulaire reflète par l'opposition des termes de « bienfaisance » et d'« assistance » qui en vient à faire référence à l'intervention publique. La transformation qui a lieu dans les dernières décennies du XIX^e siècle se traduit par la création d'une administration centrale et d'un cadre législatif de la protection sociale moderne :

Les lois d'assistance de la Troisième République, principalement celle du 15 juillet 1893 qui organise l'assistance médicale gratuite et celle du 14 juillet 1905 sur l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables, instaurent un système d'assistance publique obligatoire. L'assistance devient l'affaire de la nation⁴².

Toutefois, cette organisation d'échelle nationale n'est pas contradictoire avec le fait que l'assistance soit « d'essence communale », selon l'expression employée par le Conseil supérieur de l'assistance publique en 1898. Le domicile de secours né sous le Directoire devient selon la même instance « la clef de voûte de toute organisation de l'assistance fondée sur le principe de l'obligation communale »⁴³. A ce titre, l'un des objectifs de la III^e République naissante est précisément de réaliser les idéaux définis pendant la période révolutionnaire. Cette loi nouvelle prévoit trois modes d'acquisition du domicile de secours : par la résidence en premier lieu, par le lien familial et par la naissance en dernier recours. L'individu ayant en principe contribué aux charges collectives, « la source de l'obligation de secours est ainsi trouvée dans le bénéfice retiré par la collectivité de la présence de l'individu »⁴⁴.

⁴⁰ D. RENARD, « Assistance publique et bienfaisance privée, 1885-1914 », *op. cit.*, p. 108.

⁴¹ Pour les détails de l'organisation de l'Assistance publique telle qu'elle est mise en place à la fin du XIX^e siècle, voir I. JABLONKA, *op. cit.*, p. 15-20.

⁴² D. RENARD, « Une définition institutionnelle du lien social : la question du domicile de secours », *op. cit.*, p. 375.

⁴³ D'après le Conseil supérieur de l'assistance publique de 1889 citée par D. RENARD. *Ibid.*, p. 374.

⁴⁴ Ceci n'est pas sans conséquence dans les arguments utilisés pour délégitimer l'assistance aux déficients mentaux, comme on l'abordera dans le chapitre 5. En effet, c'est précisément dans cette brèche que s'engouffreront les eugénistes qui utilisent l'argument des « bouches inutiles » (de la naissance à la mort) pour justifier des mesures allant de l'inégalité de traitement à l'« euthanasie ». La stérilisation forcée, puis l'homicide des arriérés — et d'autres catégories de malades mentaux — seraient justifiés par le constat de l'absence de productivité de l'arriéré, qui représente en outre une source de frais pour la collectivité. « Il y a là une sorte d'échange marchand dont le principe s'oppose à l'idée que la qualité de

Enfin, « selon les termes de la loi de 1893, l'assistance n'est due par une collectivité publique que lorsque la famille de l'indigent malade ne peut subvenir aux besoins médicaux de celui-ci en lien avec le thème des demandes d'admission des déficients mentaux motivées par les familles»⁴⁵. Si par exemple la famille ne peut subvenir aux besoins du malade, c'est alors la commune qui y pourvoit, et quand ce n'est pas le cas, c'est le département qui prend en charge la dépense, et en dernier recours l'Etat en l'absence de domiciliation départementale⁴⁶. Par exemple, le médecin émettant le procès-verbal justifiant l'admission de Julien M. à Bicêtre décrit la situation de précarité familiale qui motive la demande :

Sa mère qui est domestique en place se trouve de ce fait dans l'impossibilité absolue soit de le soigner elle-même, soit de le faire soigner à ses frais. En conséquence, il y a lieu d'hospitaliser dans un établissement spécial du département de la Seine ce malade⁴⁷.

Cette situation illustre parfaitement la dernière situation, dans laquelle c'est l'autorité de laquelle dépend l'asile de Bicêtre qui est mentionnée, à savoir le département. On voit donc que la loi rattache l'individu non plus à un lieu, comme c'était le cas dans la loi de Vendémiaire, mais à des personnes physiques, à savoir ses parents, et que l'internement est décidé en fonction de leur situation, à l'image de la mère de Julien qui n'est pas en mesure d'assurer des soins pour son fils. Ainsi l'esprit de cette loi met en évidence l'aspect traditionaliste d'une assistance essentiellement organisée autour du pôle familial, et ce de manière uniforme dans l'ensemble de notre période d'étude⁴⁸. Les enfants assistés bénéficient à ce titre d'une législation spécifique puisqu'ils sont placés sous la tutelle du préfet par la loi du 27 juin 1904, hormis à Paris où l'administration générale de l'Assistance publique garde cette compétence.

membre de la collectivité fonde à elle seule l'obligation de secours, sans qu'il soit jamais besoin d'examiner la balance entre charges et profits qui caractérise chaque situation individuelle. Mesurée à l'aune des idées de 1789, cette conception marque un net recul par rapport au décret de vendémiaire dont l'article premier était une claire référence à la Déclaration des droits : la naissance ne suffit plus à assurer l'égalité devant l'obligation collective d'assistance, il faut d'abord avoir contribué à la richesse commune » selon D. Renard. De surcroît, l'introduction d'un domicile de secours à l'échelle départementale et non plus à l'échelle de la commune paraît être le marqueur d'un recul des conceptions traditionnelles du lien social, selon lesquelles l'individu est lié à une « communauté primaire », selon l'expression de Didier Renard. D. RENARD, « Une définition institutionnelle du lien social », *op. cit.*, p. 376-377.

⁴⁵ *Ibid.*, p. 377.

⁴⁶ D'où la phrase du juriste le baron de Gérando dans *De la bienfaisance publique* (1839) : « L'indigent [appartient] d'abord à sa famille, ... ensuite à son village... à sa province, enfin à sa patrie ». C'est ce qu'on appellerait aujourd'hui le principe de subsidiarité.

⁴⁷ Archives APHP, 6R-120, Registre d'observations médicales, Procès-verbal du 2 novembre 1912 établi par le Dr Laurent.

⁴⁸ Ceci-ci perdure jusqu'à la réforme de 1935, ce qui montre l'uniformité idéologique (sur ces questions d'assistance au moins) qui caractérise la période dans laquelle nous inscrivons notre étude. La question du domicile de secours change au cours de la décennie précédant la Seconde Guerre mondiale : la réforme de 1935 transforme l'institution en créant « l'aide sociale » et en la « départementalisant ». L'institutionnalisation des assurances sociales obligatoires s'effectue aussi à ce moment. D. RENARD, *op. cit.*, p. 380-381.

b) L'aliénisme et la loi du 30 juin 1838 : modes de placement utilisés à Bicêtre à la fin du XIX^e siècle

« Il est assez difficile de déterminer si les établissements d'insensés doivent être considérés plutôt comme des hospices ou comme des maisons de détention. D'un côté, il s'agit de renfermer les individus qui peuvent nuire à la société ; d'un autre côté, il s'agit de procurer des moyens de guérison à des individus malades »⁴⁹. Ces quelques termes datant du début du XIX^e siècle résument avantageusement le dilemme auquel l'assistance aux aliénés est sans cesse confrontée, et dont on étudiera les enjeux pratiques dans la partie suivante. Il s'agit alors de combler ce hiatus institutionnel par une loi qui réunirait dans la prise de décision les instances administratives, judiciaires et médicales. Votée le 14 juin 1838, la nouvelle loi établit que « chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés » ou, le cas échéant, de traiter avec un établissement public ou privé dans le cas où le département ne pourrait remplir cette obligation⁵⁰. Consacrés à la fois au traitement des aliénés et à leur mise à l'écart de la société, les « asiles » sont envisagés à la fois comme lieu de soin — à une époque où l'on pense pouvoir appréhender « scientifiquement » la maladie mentale — et de gestion d'une population devant être momentanément isolée de la société d'autre part⁵¹.

La loi établit aussi une réglementation précise quant aux deux modes de placement qu'il faut expliquer en tant que cette organisation perdure tout au long de notre période. D'une part les placements d'office, qui sont ordonnés par l'autorité publique en la personne du préfet qui détient le pouvoir de faire interner tout individu « compromettant l'ordre public ou la sûreté des personnes »⁵². Ainsi Maxime C. est placé par la police à l'Asile clinique, où il est ensuite orienté vers Bicêtre. La situation qui motive son admission est décrite de la manière suivante :

Est atteint de débilité mentale et perversion instinctives. Pensées d'excitation, menaces de se suicider, violences envers les personnes et surtout envers sa mère qu'il aurait essayé de

⁴⁹ Lafond de Labadat, Rapport du 9 septembre 1813. Cité par Claude QUETEL, *Histoire de la folie : de l'Antiquité à nos jours*, Paris, Tallandier, 2012, p. 277.

⁵⁰ Extrait du « Titre Ier : des établissements d'aliénés » de la loi du 30 juin 1838 (la date retenue est celle de la promulgation de la loi deux semaines après son vote).

⁵¹ Pour une mise en perspective plus large dans le temps de la prise en charge de la folie et de l'hôpital général comme lieu de détention avant tout, voir Michel FOUCAULT, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Plon, 1961.

⁵² « En cas de danger imminent, attesté par le certificat d'un médecin ou par la notoriété publique, les commissaires de police à Paris, et les maires dans les autres communes, ordonneront, à l'égard des personnes atteintes d'aliénation mentale, toutes les mesures provisoires nécessaires, à la charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet, qui statuera sans délai ». Extrait de l'article 18 de la section II « Des placements ordonnés par l'autorité publique » de la loi du 30 juin 1838.

frapper avec un compas. Craintes imaginaires d’empoisonnement par sa mère [...] Récemment il s’est assis sur un poêle allumé⁵³.

Le cas de Maxime C. illustre comment le malade mental est interné à la fois car il peut représenter un danger pour la sécurité publique, mais aussi pour lui-même, à l’image de l’accident du poêle. La justification de la privation de liberté de la personne doit être temporaire, c’est pourquoi le directeur de l’asile est tenu d’adresser régulièrement un « rapport rédigé par le médecin de l’établissement sur l’état de chaque personne qui y sera retenue, sur la nature de la maladie et les résultats du traitement » afin que le préfet décide du maintien ou non dans l’établissement du malade⁵⁴. D’autre part, les placements volontaires sont eux le fait d’une demande de la famille en vue de l’internement d’un proche pour des raisons certifiées par un médecin étranger à l’établissement et à la famille, et confirmé dans la quinzaine par le médecin de l’établissement. A sa création, la loi de 1838 suscite l’enthousiasme des contemporains, notamment par son importance symbolique qui « reconnaît pour la première fois un droit à l’assistance et aux soins pour une catégorie de malades indigents »⁵⁵.

A Bicêtre, pour le placement d’office prévu par la loi de 1838, la procédure se déroule sous l’autorité du Préfet de police. La police locale envoie les individus potentiellement dangereux pour l’ordre public où la sécurité des personnes vers l’Infirmerie spéciale, située à côté des cellules de détention de la police centrale⁵⁶. A l’infirmerie, les patients potentiels ou « présumés » dans les sources font l’objet d’un examen psychiatrique et leur état d’aliénation est attesté par le médecin, ils sont emmenés par la police jusqu’au bureau des admissions du département de la Seine, qui se trouve à l’Asile de Saint-Anne, où ils sont examinés par un aliéniste certifiant une seconde fois leur état d’aliénation⁵⁷. Ils sont alors affectés dans un des cinq asiles du département de la Seine :

⁵³ Archives APHP, Bicêtre, 6R-120, Registre d’observations médicales, Rapport de la préfecture de police de Paris.

⁵⁴ A savoir le premier mois de chaque semestre. Extrait de l’article 20 de la section II « Des placements ordonnés par l’autorité publique » de la loi du 30 juin 1838

⁵⁵ Ce sentiment d’amélioration se forge comparativement à la période de l’Ancien Régime se souciant uniquement d’enfermer les insensés dangereux. Aude FAUVEL, « Le crime de Clermont et la remise en cause des asiles en 1880 », *Revue d’histoire moderne et contemporaine*, vol 49, n°1, 2002, p. 196.

⁵⁶ La procédure est expliquée par Patricia Prestwich dans son article dans lequel elle narre l’aspect claustrophobique des cellules ou l’aspect carcéral de l’Infirmerie spéciale qui seraient des motifs d’aggravation de l’état mental des malades. Cet endroit, aussi nommé « dépôt », est un passage obligé fortement dénoncé par Bourneville notamment, en raison de la violence symbolique infligée par l’enfermement dans ces cellules. Patricia E. PRESTWICH, « Family Strategies and Medical Power : “Voluntary” Committal in a Parisian Asylum, 1876-1914 », *Journal of Social History*, vol. 27, n°4, 1994, p. 799.

⁵⁷ L’asile de Sainte-Anne est le plus souvent nommé « Asile clinique » dans les registres d’observations médicales. A la fin du XIX^e siècle, les patients sont le plus souvent examinés par Valentin Magnan, comme on l’observe dans les signatures présentes dans les registres de Bicêtre.

Les malades traités au compte du département doivent être placés à Sainte-Anne d'abord (d'après une délibération du conseil général en date du 29 décembre 1896) et sont transférés ensuite, soit à Bicêtre, soit à Vaucluse, selon les vacances de lits [...] Après leur admission, les malades sont baignés, nettoyés, habillés ; ils passent quelques jours à l'infirmierie où ils sont observés puis classés et répartis dans les classes et ateliers selon leurs aptitudes⁵⁸.

Le déroulement même de cette procédure permet de comprendre pourquoi, dans les répertoires d'observations médicales, on trouve les rapports successifs issus de médecins situés physiquement dans au moins deux asiles différents. Ainsi, l'étude d'une telle source en dit bien plus long que la vision du simple médecin responsable de l'observation du malade à Bicêtre, comme on aura l'occasion de la voir plus loin.

Quant aux placements volontaires, ils concernent eux des malades mentaux qui, bien qu'ils ne troublent pas l'ordre public, nécessitent malgré tout un traitement⁵⁹. Par ce système, la famille peut placer l'individu dans l'asile de son choix, sans que la police ait à intervenir. Deux conditions sont néanmoins nécessaires, garantissant le caractère non arbitraire du placement : d'abord que la maladie mentale de l'individu à placer ait été constatée par un médecin établissant un certificat médical. C'est l'objet des certificats que l'on trouve également dans les répertoires d'observations médicales de Bicêtre, par exemple pour Marcel H. dont le Dr Dufour certifie le 18 novembre 1909 qu'il « est atteint de débilité intellectuelle ». Ce type d'écrit médical présente souvent des diagnostics et observations moins formalisées que les termes utilisés par les aliénistes qui globalement utilisent la nosographie plus restreinte de la médecine mentale qu'on détaillera dans le chapitre 3. On peut simplement mentionner pour cet exemple que le terme de « débilité intellectuelle » contraste avec l'expression de « débilité mentale » consacrée en général dans les écrits des spécialistes. De même, on trouve certaines descriptions d'un lyrisme qui détonnent. Ces sources nous permettent ainsi d'aborder un regard médical plus large que le seul regard des aliénistes. La suite de la procédure dépend des places effectivement disponibles pour l'individu. Par exemple dans le cas de Marcel H., la demande de placement volontaire est faite le 18 novembre 1909, et l'enfant entre à Bicêtre le 4 décembre, ce qui est relativement rapide. Il s'agit d'un mode de placement libre, où la personne peut en retour être retirée de l'asile sans l'accord obligatoire d'un médecin, mais ici des parents puisqu'on est dans le cas de personnes mineures. Patricia Prestwich montre comment ce type de placement connaît un succès croissant à la fin du XIX^e et au début du XX^e siècle. Dans le département de la Seine, la proportion de patients admis de manière volontaire passe de 21% en 1890 à 30% en 1905 ;

⁵⁸ Archives APHP, Bicêtre, 9L49 : Rapports d'inspection et renseignements, Notes et renseignements sur le service des enfants arriérés du Dr Nageotte par le Directeur de Bicêtre M. Mulheim, 19 juin 1909.

⁵⁹ On peut noter pour le département de la Seine que ce mode de placement est réinstauré dès 1876. Voir P. PRESTWITCH, *op. cit.*, p. 804.

et à près d'un tiers en 1912⁶⁰. Il semble que les aliénistes aient tôt vu les avantages à la croissance inattendue de ce type d'admission : en effet d'un point de vue économique — il s'agit de patients dont la famille paye une partie ou la totalité de leur prise en charge — aussi bien qu'« humanitaire », cette pratique suscite l'enthousiasme. Dans le service des idiots de Bicêtre, le nombre d'admission volontaire est inférieur à cette moyenne à la fin du XIX^e siècle, mais semble augmenter au cours du temps.

c) La contestation de la loi de 1838 et son abrogation pour les enfants arriérés

Pourtant, la loi de 1838 se trouve massivement contestée, suscitant les critiques de nombreux aliénistes — dont celle de Bourneville — envers la procédure d'admission d'office dont le caractère traumatique est dénoncé, argument repris par les autorités administratives et même par le grand public⁶¹. Certains événements viennent accentuer ce discrédit de l'institution aux yeux du grand public à la fin du XIX^e siècle, comme le crime d'un patient maquillé en évadé à Clermont-sur-Oise qui met les asiles au cœur de l'actualité en 1880. Aude Fauvel a montré comment il radicalise le débat déjà existant sur la loi de 1838 et ses travers⁶². Mais ce sont au premier chef des questions tout à fait pratiques qui amènent à une réflexion sur la pertinence des règles établies par la loi de 1838.

L'Etat d'abord est vite dépassé par le poids financier croissant des asiles construits dans l'esprit de la loi de 1838 comme autant de lieux où la maladie mentale doit être prise en charge par le biais d'un « traitement moral »⁶³. Mais les limites de cette méthode sont vite apparues⁶⁴. A la fin du XIX^e siècle, on prend en effet conscience que seule une part dérisoire des malades pris en charge chaque année sort des asiles. Le constat de l'échec de la guérison de beaucoup d'aliénés — qui mène vers la question de l'incurabilité qu'on abordera dans le chapitre 5 — a des conséquences pratiques importantes en raison du nombre croissant d'admissions :

C'est en effet en masse que les patients affluèrent aux portes des asiles, forçant l'Etat à toujours plus d'argent à leur entretien. Moins de vingt ans après la mise en place de la

⁶⁰ Chiffres cités par Patricia Prestwich dans son article. P. PRESTWICH, *op. cit.*, p. 800.

⁶¹ Sur la contestation de l'aliénisme autour de 1880, ses acteurs et les débats précis en jeu, voir Aude FAUVEL, « Témoins aliénés et « Bastilles modernes » : une histoire politique, sociale et culturelle des asiles en France (1800-1914) », Thèse, Paris, 2005.

⁶² « La presse s'attache à faire de l'affaire Estoret [du nom du surveillant général ayant battu à mort un patient] le symbole de la faillite du système mis en place en 1838. Pour la première fois aussi clairement, c'est l'asile lui-même, son fonctionnement, l'intérêt même d'y interner les fous, qui est mis en cause ». Aude FAUVEL, « Le crime de Clermont et la remise en cause des asiles en 1880 », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, n°49-1, 2002/1, p. 199.

⁶³ Sur cette période et le sens donné à l'idée de « traitement moral » de la maladie mentale, voir Jan Ellen GOLDSTEIN, *Consoler et classer : l'essor de la psychiatrie française*, Le Plessis-Robinson, Synthélabo, 1997.

⁶⁴ Voir Michel FOUCAULT, *Le pouvoir psychiatrique*, *op. cit.*

législation de 1838, la population asilaire française avait ainsi doublé, dix ans après, elle triplait ; une croissance qui rien ne semblait pouvoir arrêter, bien peu de patients sortant « guéris » des établissements. Au final, en l'espace d'un siècle, le nombre d'aliénés fut même multiplié par onze, passant d'environ 10000 individus en 1838 à plus de 110000 en 1939⁶⁵.

L'augmentation exponentielle du nombre de malades mentaux internés serait pour certains le signe de l'instrumentalisation de l'institution par les aliénistes qui justifieraient leur pratique par ce chiffre sans cesse croissant. Surtout, l'organisation traumatisante de la procédure de l'admission d'office est un aspect majeur de la lutte menée par Bourneville et en ce sens, son engagement en faveur de la révision de la loi de 1838 est tout à fait représentatif des débats animant le secteur psychiatrique à l'époque. L'aliéniste fait partie de la commission extra-parlementaire nommée en 1881 suite à l'affaire de Clermont⁶⁶. « Dans le but de donner satisfaction aux critiques dont la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés [est] l'objet depuis un certain nombre d'années »⁶⁷, le travail de la commission débouche sur un projet de loi en 1887, qui échouera néanmoins deux ans plus tard. C'est Bourneville qui est l'auteur en 1888 du rapport de la commission. Il y évoque le discrédit dont pâtit l'institution à cette époque, parlant de ceux qui « formulent contre l'organisation actuelle des critiques aussi violentes que peu fondées et vont jusqu'à désigner les établissements spéciaux sous le nom de Bastilles modernes »⁶⁸. Le bilan est sévère :

Il résulte [...] que la situation est triste ; indigne d'une démocratie où les questions d'assistance préoccupent si justement le parlement et l'administration ; indigne du pays qui a vu naître Pinel et qui a donné l'exemple de la réforme que ce siècle a réalisée dans les établissements d'aliénés. Il semble que les vieux abus, les errements anciens les plus regrettables, proscrits des asiles, aient continué de fleurir dans certains hospices, et c'est un exemple qui s'ajoute à beaucoup d'autres pour montrer la nécessité d'étendre les droits de surveillance de l'Etat sur les établissements hospitaliers, et de lui donner le pouvoir d'intervenir efficacement en faveur des pauvres et des malades⁶⁹.

Grâce à la lutte de Bourneville pour « humaniser le déficient mental », les enfants arriérés seront finalement exemptés de la loi de 1838 à partir de 1894⁷⁰. Néanmoins, le système du placement reste complexe et entraîne des errements pratiques dont le « service des idiots » reste toujours victime au début du XX^e siècle. Les formalités relatives au placement des arriérés s'avèrent souvent

⁶⁵ Aude FAUVEL, « Asiles et fous : Avant-propos », *Romantisme : revue du XIX^e siècle*, vol. 141, n°3, 2008, p. 4.

⁶⁶ Avec le Dr Donnet, médecin-directeur de l'asile de Vaucluse, et le Dr Giraud, médecin-directeur de l'Asile Saint-Yon.

⁶⁷ Désiré-Magloire BOURNEVILLE, *Rapport fait au nom de la Commission chargée d'examiner le projet de loi adopté par le Sénat : tendant à la révision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, urgence déclarée*, Paris, Maison Quantin, 1890, p. 1.

⁶⁸ *Ibid.*, p. 4.

⁶⁹ H. MONOD, « Annexe 2 », *Rapport fait au nom de la Commission chargée d'examiner le projet de loi adopté par le Sénat : tendant à la révision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, urgence déclarée*, Paris, Maison Quantin, 1890, p. 124-125.

⁷⁰ Pour les détails de la lutte de Bourneville sur ce point et les échanges multiples avec l'Assistance publique quant à cette mesure, voir Jacqueline GATEAU-MENNECIER, *Bourneville et l'enfance aliénée : l'humanisation du déficient mental au XIX^e siècle*, Paris, Centurion, 1989.

peu connues des familles, et de ce fait sources de mécontentement parfois dirigé contre le personnel soignant. Ainsi le Dr Naegotte, médecin-chef du service après le départ de Bourneville, se plaint ainsi dans un courrier au directeur de Bicêtre en 1909 des inconvénients engendrés par ce système. Il s'avère que « 9 fois sur 10, les familles se présentent à Bicêtre en vue du placement de leurs malades » alors que les médecins sont « obligés de les adresser à Sainte-Anne » dans un premier temps pour respecter la procédure de l'admission directe, « ce qui provoque, de la part des intéressés, bien des récriminations justifiées par les fatigues et les déceptions ». Qui plus est, « les admissions directes à Sainte-Anne seulement offrent le très grand inconvénient de faire voyager inutilement les familles avec leurs malades »⁷¹.

3. Entre France et l'Allemagne : le statut particulier de l'assistance dans le Reichland alsacien

L'étude d'un établissement comme celui de Cernay pourrait sembler marginale eût égard à sa spécificité d'établissement privé, confessionnel et ayant changé de nationalité deux fois entre la loi de 1838 et l'entre-deux-guerres. Néanmoins, ces fluctuations permettent de mettre en perspective des règles de fonctionnement paraissant générales mais qui sont en réalité propres à la capitale, par exemple pour l'internement à Bicêtre.

a) Le fonctionnement de l'assistance en Alsace-Moselle à l'époque du Reich et la fixation du prix de pension à Saint-André

Après le Traité de Francfort mettant fin à la guerre franco-allemande le 10 mai 1871, l'Alsace-Moselle est soumise à l'application de la législation du Reich wilhelmien, par exemple pour l'obligation scolaire. Elle hérite alors de l'organisation française du Second Empire et les bureaux de bienfaisance présents dans toutes les communes y forment l'ossature de l'assistance. Toutefois, l'assistance souffre d'un manque d'efficacité, notamment en raison de son progressif émiettement

⁷¹ Archives AHPH, Bicêtre, 9L49 : Rapports d'inspection et renseignements, Notes et renseignements sur le service des enfants arriérés du Dr Nageotte par le Directeur de Bicêtre M. Mulheim, 19 juin 1909.

qui « sonne le glas d'une prise en charge centralisée par l'Etat et qui renvoie la balle dans le camp des communes » qui se retrouvent face à une charge d'assistance de plus en plus lourde⁷².

Comme dans beaucoup de parties de l'Allemagne nouvellement unifiée, la croissance démographique corrélée à l'urbanisation s'accompagne d'une focalisation sur la problématique des indigents⁷³. La pauvreté représente un attribut qui semble indissociable de l'infirmité et de la folie — par l'incapacité à tout travail⁷⁴. Toutefois en ce qui concerne la législation sociale et de l'assistance, les lois en vigueur en Alsace ne sont pas les mêmes que dans le reste de l'Empire. A Strasbourg, deux structures permanentes existent, héritées de la période française : les hospices civils et le bureau de bienfaisance. Quand les trois départements du Bas-Rhin, Haut-Rhin et Moselle basculent du côté allemand, la Diète d'Alsace-Moselle refuse de fait d'appliquer la loi d'Empire en vigueur dans le reste du *Reich* et choisit de continuer à appliquer le droit français⁷⁵. Cette situation aboutit à une mise en œuvre complexe du régime des établissements d'aliénés qui semble fonctionner avec un certain flou.

Les Allemands n'avaient pas aboli la loi française de 1838, mais ils en avaient sensiblement modifié l'application [...] Les modifications apportées à la loi de 1838 par les Allemands s'inspirèrent donc d'une reconnaissance plus franche de la compétence et de la probité médicales⁷⁶.

⁷² Stéphane MUCKENSTURM, « Les infirmes indigents dans le Bas-Rhin (XIX^e siècle) », in A. GUESCLIN (dir.), *Handicaps, pauvreté et exclusion: dans la France du XIX^e siècle*, Paris, L'Atelier, 2003, p. 83.

⁷³ Il faut bien noter que la ville de Strasbourg ne peut procurer du travail à tous, et subit de surcroît plusieurs crises agricoles et économiques au cours du XIX^e siècle. A la veille de la Révolution, l'Alsace compte près de 700 000 habitants, 800 000 en 1827. Les indigents ne faisant pas appel à la mendicité représentent 10,7% de la population de Strasbourg en 1850, soit 1/5 des indigents du Bas-Rhin. En 1856, sur les 31 104 indigents bas-rhinois, 14 531 sont strasbourgeois, soit 17,3%. Cf. Eric BURST, *L'assistance à Strasbourg Au XIX^e siècle (1800-1870)*, *Petit Opuscule à l'usage des Travailleurs du Social*, Strasbourg, 1995, p. 3-17. Voir aussi Stéphane MUCKENSTURM, *Indigence et mendicité dans le Bas-Rhin (1789-1870)*, rapport de recherche, Strasbourg, juin 1985, p. 22.

⁷⁴ Un dépôt de mendicité est ouvert à Hoerdt en 1861, la même année qu'est pris un arrêté préfectoral interdisant la mendicité dans le département. Ce dépôt a pour vocation de réduire la mendicité de manière répressive.

⁷⁵ Dans les trois départements, on peut ajouter que la nationalité française n'est pas remplacée par la nationalité d'Empire, mais par une nationalité alsacienne-lorraine. Du point de vue de l'assistance, les habitants des autres Länder s'avèrent être considérés comme des étrangers, or l'assistance est réservée aux seuls nationaux d'après la loi d'Empire. Ainsi, « un Prussien ou un Bavaois ou un Wurtembergeois, même s'il réside depuis des années en Alsace, n'a pas le droit à l'assistance même en cas d'extrême besoin », in Edouard ROUBY, *L'institut Saint-André de Cernay : cent ans au service des handicapés mentaux. Esquisse historique*, Cernay, Imprimerie CAT, 1991, p. 58.

⁷⁶ P. COURBON, *op. cit.*, p. 16. Voir aussi Paul COURBON et Joseph SPITZ, « Formalités de l'internement des aliénés en Alsace-Lorraine avant l'armistice », *Société de médecine mentale*, novembre 1919. Pour une synthèse plus détaillée de ce système complexe et peu documenté, voir l'article à paraître de Chantal MARAZIA sur « Ville et psychiatrie » à Strasbourg pendant la période du Reich.

Le changement de nationalité de l'Alsace entraîne la mise en œuvre dans le *Reichsland* d'un système de droit local qu'on peut qualifier d'hybride car associant protection des personnes apportée par le droit allemand et protection des biens héritée du droit français⁷⁷.

Au début de la période allemande, les établissements de la région perçoivent pour chaque enfant ou adulte un prix de pension qui le plus souvent est assumé par l'assistance puisque, comme à Bicêtre ou à Dalldorf, il est en effet très rare que la famille paye seule la totalité de la pension⁷⁸. La plupart des courriers des familles que l'on retrouve dans les dossiers de patients consistent ici aussi en des demandes d'assistance motivées par une situation de dénuement. Les montants des contributions des communes et départements sont variables, les communes n'étant astreintes à aucune obligation de paiement⁷⁹. Par exemple, le conseil municipal de Blotzheim prend acte de la décision du *Bezirkspräsident* du 1^{er} août 1894 et de celle du *Kreisdirektor* du 11 août 1894 selon lesquelles la commune a été sollicitée afin d'assumer une participation de 200 Mark par an pour les frais de pension d'Emilie D. en raison de son idiotie. Pourtant, la demande fait l'objet d'un refus pour les raisons qu'on vient d'expliquer⁸⁰.

Si les revenus de la famille sont modestes, mais permettent tout de même une contribution aux frais, la somme est fixée à partir du montant d'imposition de celle-ci, puis complétée par le département et/ou la commune. Dans de rares cas, la famille paie alors la pension dans son intégralité quand les revenus sont suffisants. Il arrive même que certaines familles paient beaucoup plus, afin que leurs enfants bénéficient de privilèges tels qu'une chambre individuelle. Il arrive même dans des cas exceptionnels que les familles achètent une place à vie à l'institut⁸¹. A Cernay, la prise en charge

⁷⁷ A. CREMEL et A. PIDOLLE, « Protection de l'incapable majeur en Alsace-Lorraine de 1870 à 1990 », *L'information psychiatrique*, n°10, décembre 1993, p. 961.

⁷⁸ Ce prix est de 200 Mark avant 1910 à Saint-André, à payer par avance chaque trimestre, sachant qu'il est possible de payer au mois pour les enfants restant moins d'un an. En général, les districts acceptent facilement de payer les 200 Mark nécessaires, ce qui n'est pas le cas des communes qui sont plus réticentes à engager une telle dépense. Certains « bureaux d'aide sociale » (*Armenpflege*) payent 150 Mark, voire seulement 50. C'est ce qui explique la correspondance importante concernant l'admission des enfants entre l'institut et le *Bezirkspräsidium* du Haut-Rhin. Seules 9 personnes paient la pension entière en 1907 à Saint-André sur plusieurs centaines de patients.

⁷⁹ Voir E. ROUBY, *op. cit.*, p. 57-61 ; voir aussi J. WEYDMANN, *op. cit.*, p. 25-26 et 61-63.

⁸⁰ „Nach Kenntnisnahme der Verfügungen des Herrn Bezirkspräsident von dem 1. August 1894 und des Herrn Kreisdirektor von dem 11. August 1894, wonach die Gemeinde ersucht wird, zu den Unterhaltungskosten des als Idiotie anerkannten Mädchens Emilie Deis jährlich einem Beitragen 200 M auf unbestimmte Zeit zu bewilligen, weil dieser Beitrag zu hoch ist [...] verweigert (*die Gemeinde*) die Bewilligung der Unterhaltungskosten“. ADHR, SAL1/1837, Extrait du compte-rendu manuscrit du conseil municipal de Blotzheim du 2 septembre 1894.

⁸¹ Il s'agit alors d'une transaction unique dont le montant se situe en général entre 2000 et 5000 Mark. Elle correspond à un placement à vie. Selon Edouard Rouby, « les forfaits à vie constituent une bonne affaire, si l'on ose dire : ils fournissent une trésorerie immédiate appréciable et les handicapés graves meurent jeunes. Ainsi un versement de 2000 M est effectué en 1892 pour un enfant qui meurt deux ans plus tard ; 4800 M versés pour un enfant décédé la même année ; un héritage de 13310 M couvre une présence à St André de cinq ans... ». E. ROUBY, *op. cit.*, p. 61.

est donc diverse, parfois de type privé mais aussi de type charitable ou mixte du fait du partenariat conclut par l'établissement avec le département. Ceci explique aussi le large spectre en terme de revenus des familles dont les enfants y sont placés, qui va du prolétariat à la moyenne bourgeoisie, ce qui n'est pas surprenant pour un établissement privé⁸². Ce système imparfait et complexe est encore en vigueur au début du XX^e siècle, même si on assiste à une délégation progressive des pouvoirs à la région, et un alignement à l'Empire sur le plan social⁸³.

b) L'évolution vers un alignement sur la législation du Reich et les modalités pratiques d'admission à Cernay

Dans les premières années du XX^e siècle, la Diète admet enfin la nécessité d'une réforme impliquant l'introduction de la loi d'Empire sur le domicile de secours, tout en tenant compte de la situation spéciale de l'Alsace et de la nécessité d'entente entre charité privée et assistance publique, comme le rappelle M^{gr} Muller-Simonis. Ces longs débats débouchent finalement sur les lois du 30 mai 1908 qui définissent le domicile de secours, et du 8 novembre 1909 sur l'assistance obligatoire. Cette loi vient compléter la loi de 1838, et dérive de la loi d'Empire du 6 juin 1870. L'article 1 stipule que « tout indigent doit recevoir de l'Assistance obligée de le secourir, un abri, l'entretien strictement indispensable, les soins nécessaires en cas de maladie et des funérailles convenables en cas de décès ». La différence avec la loi de 1838 — qui met l'intérêt public au-dessus de celui des anormaux — est que la législation de 1909 établit la nécessaire protection des malades en obligeant l'Etat à fournir sa quote-part pour leur hospitalisation⁸⁴. Ainsi si en 1838, la loi s'est faite le

⁸² C'est le cas également dans l'asile d'Earlswood étudié par David Wright. Voir David WRIGHT, *Mental disability in Victorian England : the Earlswood asylum 1847-1901*, Oxford, Clarendon Press, 2001 ; voir aussi David WRIGHT, "Family Strategies and the Institutional Confinement of 'Idiot' Children in Victorian England", *Journal of Family History*, vol. 23, n° 2, 1998, p. 190-208.

⁸³ En 1895 l'« association pour l'assistance aux indigents et la bienfaisance » (*Deutscher Verein für Armenpflege und Wohltätigkeit*) se réunit à Strasbourg. Le souhait est exprimé que « l'assistance facultative ne répondant plus aux justes exigences d'une assistance publique bien comprise, il est à souhaiter que l'assistance en Alsace-Lorraine se transforme en assistance obligatoire contrôlée par l'Etat ». E. ROUBY, *op. cit.*, p. 38.

⁸⁴ L'article 19 de la loi sur le domicile de secours en particulier concerne notre sujet : « Les organisation régionales sont autorisées à prendre direction à leur charge l'assistance des malades physiquement incurables et des personnes estropiées, et elles sont obligées de prendre les dispositions nécessaires en vue de l'admission, du traitement curatif et du soin des aliénés, idiots, épileptiques, sourds-muets et aveugles, indigents, dans un établissement approprié, en tant que leur état exige qu'ils soient traités dans un établissement de ce genre. Elles ont les mêmes obligations relativement aux malades physiquement incurables qui sont affligés d'une maladie répugnante ou contagieuse. L'obligation d'admission au traitement dans un établissement incombe tout d'abord à l'organisation régionale dont fait partie l'organisation locale provisoirement obligée à l'assistance. Elle peut toutefois exiger que l'organisation régionale dont fait partie l'organisation locale définitivement obligée à l'assistance se charge de l'indigent, de même qu'elle peut réclamer d'elle le remboursement des frais pour les soins donnés. L'assistance peut être exercée, pour les indigents spécifiés ci-dessus, à l'exception des aliénés par certaines communes dans leurs propres établissements avec l'autorisation de l'autorité de surveillance ».

défenseur de l'intérêt public aux dépens des arriérés comme on l'a vu pour la France, en 1909, elle se proclame le protecteur de ces malades en obligeant l'Etat à fournir sa quote-part pour leur hospitalisation dans le cas de l'Alsace pendant la période allemande.

Un des avantages de ce changement est la fin de la confusion au niveau de l'attribution des subventions. En effet, l'assistance s'organise dès lors à deux niveaux : le département et la commune. Dans chaque département est créée une « union régionale de l'assistance » (*Landesarmenverband*), qui est gérée par un comité dirigé par le président du Conseil Général et composé d'autant de membres qu'il y a d'arrondissements. Au niveau communal, chaque union bénéficie d'un *Ortarmenverband*, soit une union locale de l'assistance, qui peuvent se regrouper pour les communes les plus petites. C'est le *Landesarmenverband* qui joue le rôle principal en vertu du paragraphe 19 de la loi :

Les organisations régionales sont autorisées à prendre direction à leur charge l'assistance des malades physiquement incurables et des personnes estropiées, et elles sont obligées de prendre les dispositions nécessaires en vue de l'admission, du traitement curatif et du soin des aliénés, idiots, épileptiques, sourds-muets et aveugles, indigents, dans un établissement approprié, en tant que leur état exige qu'ils soient traités dans un établissement de ce genre⁸⁵.

Toutefois, l'échelon communal n'est pas entièrement supprimé puisque la loi précise que « pour que les communes ne se désintéressent pas complètement de ces cas, il faut les obliger à contribuer aux charges qui en résultent, en fixant leur quote-part par voie législative, comme cela se fait déjà maintenant pour les orphelins et les aliénés »⁸⁶. Ainsi, les communes desquelles dépend le domicile de secours participent encore au paiement de la pension, mais seulement une fois le degré d'indigence fixé par le Comité d'Assistance de l'*Ostarmenverband*⁸⁷. Ce dernier cherche des informations sur le niveau de vie de la famille de l'intéressé, ses revenus et dettes éventuels, critères d'après lesquels est déterminée la part déboursée par la commune et par la famille. L'intervention de

⁸⁵ Extrait de l'article 19 qui se poursuit ainsi : « Elles ont les mêmes obligations relativement aux malades physiquement incurables qui sont affligés d'une maladie répugnante ou contagieuse. L'obligation d'admission au traitement dans un établissement incombe tout d'abord à l'organisation régionale dont fait partie l'organisation locale provisoirement obligée à l'assistance. Elle peut toutefois exiger que l'organisation régionale dont fait partie l'organisation locale définitivement obligée à l'assistance se charge de l'indigent, de même qu'elle peut réclamer d'elle le remboursement des frais pour les soins donnés. L'assistance peut être exercée, pour les indigents spécifiés ci-dessus, à l'exception des aliénés par certaines communes dans leurs propres établissements avec l'autorisation de l'autorité de surveillance ». Cette loi vient compléter la loi de 1838, et dérive de la loi d'Empire du 6 juin 1870. L'article 19 concerne particulièrement le sujet.

⁸⁶ *Ibid*, p. 26.

⁸⁷ Edouard Rouby donne l'exemple d'un cheminot haut-rhinois qui gagne 3,30 Mark par jour en 1914. La famille de celui-ci possède une maison estimée à 800 Mark, et est endettée pour un montant de 248 Mark. Au final, le comité évalue que le père est capable de contribuer à la pension pour un montant annuel de 72 Mark.

la collectivité dans le domaine de la charité a néanmoins besoin du tissu de la charité privée, particulièrement dense en Alsace.

A Saint-André, ce système d'aide sociale via *Landesarmenverband (LAV)* et *Ortsarmenverband (OAV)* est utilisé dès le mois de juillet 1910. La simplification est notable : les *LAV* sont les interlocuteurs uniques de l'institut, qui ne traite pratiquement plus avec les communes, même si parfois le prix de pension est en partie assumé par ces dernières⁸⁸. Souvent, la part annuelle payée par la commune est proportionnelle au niveau de dépendance : par exemple, si le pensionnaire admis à l'institut est capable de travailler, la commune paiera moins que pour un idiot grabataire, en raison de la contrepartie pouvant être apportée par le malade dans le premier cas. De la même manière, un pensionnaire peut faire l'objet d'une admission entièrement gratuite (*Freistelle*) s'il est en mesure de fournir une charge de travail équivalente au prix total de la pension⁸⁹. L'institut est tenu contractuellement de s'occuper de la « pupille » (*Bezirkspflegling*) et s'engage à s'occuper de « la nourriture, du linge, des leçons et de la prise en charge médicale, et même de tout ce qui est nécessaire aux soins et à l'éducation de l'enfant en question »⁹⁰. En contrepartie, le district assume les frais de pension en quatre mensualités, auxquels s'ajoutent parfois des frais exceptionnels engendrés par le besoin d'une surveillance particulière ou d'isolement⁹¹.

Ces divers modes de fonctionnement institutionnels ont un avantage pour l'historien. Dans un contexte de forte saturation des structures, les législations réglant l'internement obligent l'instance à la recherche d'une place en institution pour l'enfant arriéré — famille, justice, police ou école — à justifier sa demande pour espérer obtenir une réponse positive. Chaque établissement fait donc l'objet de demandes multiples de la part d'individus aux ressources et motifs divers, ou d'institutions assurant les intérêts conjoints du malade et de la société. On a fait le point sur la législation déterminant dans chaque pays les mécanismes de l'assistance aux individus décrits par les acteurs extérieurs comme déficients mentaux principalement grâce aux informations précieuses recueillies dans les dossiers médicaux de patients et les registres d'observation. Les courriers de demande, rapports évaluant les carences en ressources financières et humaines des familles ou les

⁸⁸ Mais surtout, ce dispositif a des avantages sur le plan financier : on passe à un prix uniforme et augmenté à 450 Mark par an. Ce tarif restera en vigueur jusqu'en 1916. Il reste très bas, du fait du statut non salarié des religieuses.

⁸⁹ En travaillant pour les hommes en tant qu'ouvrier agricole à la ferme, pour les femmes en tant qu'aide-ménagère à l'internat, à la cuisine ou à la buanderie.

⁹⁰ Le contrat est signé par la directrice de l'institut (la soeur Dominique à l'époque) et le *Bezirksspräsident*. „Und sorgt für gute Kost, Waschen, für Unterricht und ärzliche Behandlung, überhaupt für alles, was zur Pflege und Erziehung besagten Pfléglingen nötig ist“. ADRH, 8AL1/1837, Contrat dactylographié type.

⁹¹ ADHR, SAL1/1837, Lettre manuscrite de Sœur Dominique au *Bezirkpräsidium* de Colmar, le 21 septembre 1892, à Cernay.

rapports de police détaillant des mises en danger de l'ordre public sont autant de sources qui permettent à présent d'aborder les demandes de prise en charge sous leur versant pratique.

B. Les causes des demandes de placement des arriérés

Jusqu'aux années 1990 environ, l'histoire de la psychiatrie s'est centrée essentiellement sur une vision institutionnelle, livrant une histoire des asiles et du pouvoir de ceux qui les dirigent, les médecins-directeurs. Depuis deux décennies, certains historiens proposent un décentrement de ce point de vue sur l'histoire de la psychiatrie. En France, Aude Fauvel a montré l'existence de nombreuses contestations portées à l'encontre de cette ascension du pouvoir psychiatrique, mettant par là en évidence que le courant qu'on nomme « antipsychiatrie » trouve ses origines dès le XIX^e siècle⁹². L'idée d'une pluralité des acteurs en jeu dans cette histoire est au cœur de cette partie sur les motifs de placement :

D'autres que les médecins ont joué sur la construction du champ de la maladie mentale : les juges, les familles, le politique, l'Eglise, le personnel infirmier, tous porteurs de cultures et d'expériences différentes. S'efforçant de reconsidérer l'histoire de la psychiatrie dans le sens d'une plus grande pluralité de témoins, c'est donc sur ces acteurs que le regard des chercheurs s'est récemment déplacé⁹³.

Ce regard pluriel ne peut être proposé qu'à la condition de multiplier les sources et se plonger dans les dossiers médicaux, administratifs ou pédagogiques des patients arriérés, qui donnent une vision alternative des pôles en jeu dans la décision d'internement. Sans négliger le regard médical sur l'arriération qu'on explorera dans le chapitre 3, on se propose ici une approche non plus uniquement fondée à base de documents institutionnels émanant des personnes à la tête des structures asilaires, mais similaire à ce qu'Aude Fauvel remarque à propos de l'utilité de mettre à profit les archives hospitalières. L'historienne souligne avec pertinence l'intérêt pour le chercheur de telles sources permettant de saisir les interactions des acteurs dans une vision plus « ordinaire, mais non moins utile » :

Aux larges analyses des politiques d'hygiène mentale et des paradigmes psychiatriques, on a ainsi substitué des études plus localisées, plus ponctuelles, pour comprendre comment les interactions s'étaient nouées au quotidien ; cherchant, par exemple, à approcher l'ordinaire asilaire au travers des archives hospitalières (qui ont été très peu étudiées en France), analysant les interactions entre espaces juridique et psychiatrique dans le quotidien des tribunaux, étudiant l'influence des familles dans les processus d'internement⁹⁴.

On met ici à contribution les témoignages des familles retrouvés dans les dossiers médicaux de patients des asiles étudiés. Pour justifier leur demande, les familles doivent décrire les circonstances expliquant la pathologie de l'enfant et les répercussions sur la vie du foyer. Parfois

⁹² A. FAUVEL, « Témoins aliénés et 'Bastilles modernes' », *op. cit.*, 2005.

⁹³ A. FAUVEL, « Asiles et fous : Avant-propos », *op. cit.*, p. 6.

⁹⁴ *Ibid.*, p. 6-7.

présentes directement sous la forme des lettres originales dans le cas de Saint-André, les descriptions se retrouvent parfois de manière indirecte dans les archives médicales par le biais des dépositions faites à la police pour les placements d'office, ou les demandes faites à l'assistance publique quand les familles requièrent une aide financière. Ces descriptions sont ensuite recopiées dans la *Krankengeschichte* des dossiers médicaux des patients à Berlin, ou sur la page consacrée à chaque enfant dans les répertoires d'observations médicales de Bicêtre. Il faut bien noter dans ce cas que ces sources sont issues d'un processus particulier au sein duquel les familles se voient forcer de s'exprimer sur la maladie de l'enfant et son origine supposée. A l'inverse, les lettres qu'elles envoient parfois à leur proche gardé en institution livrent elles une toute autre vision de l'arriération, à travers l'attachement et la souffrance face à la maladie qu'elles révèlent. Ainsi, la confrontation de sources institutionnelles et non-institutionnelles doit permettre de décroiser une vision trop unilatérale. Dans l'écriture de cette histoire, un pôle manque en apparence dans cette description des nouvelles pistes offertes par la recherche sur le sujet : celui du pôle pédagogique ou éducatif, c'est-à-dire la part du rôle des instituteurs dans la décision de placement des déficients légers ou débiles mentaux. La question est importante puisque ce rôle semble aller croissant à partir de la généralisation de l'obligation scolaire, imposée à des dates très différentes dans les espaces compris dans l'étude. Pourtant, à travers les écrits des médecins ou de l'Assistance, on a également accès aux propos et jugements de certains instituteurs pour motiver la demande de départ d'un écolier.

Le but de cette démarche de décentrage du point de vue est ici de rendre compte de la complexité de cette histoire. Une grande partie du reste de la thèse est écrit à partir des personnes qui gravitent autour des « arriérés » une fois passée leur institutionnalisation. De plus, à aucun moment dans ce travail on ne pourra se baser sur des témoignages de patients, car la plupart ne pouvaient écrire, ou seulement des bribes. Ce chapitre nous permet au contraire d'apprécier « une image beaucoup plus complexe des relations entre patients, société et médecine », afin de porter un regard nouveau sur les causes d'internement pour montrer « l'image d'un temps où, loin d'apparaître réglée par le développement de la médecine aliéniste [...] l'asile, cette institution que l'on voit d'habitude sans âge et sans histoire, a en fait participé des conflits de son temps »⁹⁵. Ce constat apparaît particulièrement valable en ce qui concerne la sphère de l'arriération, où les aléas économiques, l'aide sociale, les impératifs de sécurité publique, les pesanteurs morales ou la nécessité de gestion des classes des écoles primaires s'offrent comme autant de facteurs s'ajoutant aux raisons médicales de placement des déficients mentaux.

⁹⁵ *Ibid.*, p. 7-8.

Enfin, cette partie prend le parti de mêler constamment les exemples français et allemands. Présenter de front les situations existant dans les deux pays repose sur le constat de la relative similitude des motifs d'internement dans les deux grands établissements publics ainsi que Cernay. Cette hypothèse s'est d'ailleurs encore affirmée à la lecture de travaux étrangers. Les grands asiles de l'époque se retrouvent face à des demandes diverses qu'on peut regrouper en quelques grands thèmes, qui transcendent les différences en terme de législation si l'on considère l'origine de cette demande d'institutionnalisation — famille, justice, école. Toutefois, il s'agit aussi de ne pas gommer les situation propres à chaque entité nationale⁹⁶.

1. *La famille et le recours au placement des arriérés en institution*

Jusqu'aux années 1990, l'historiographie concernant l'histoire de la psychiatrie a le plus souvent mis en avant l'afflux sans cesse plus grands de patients vers les asiles au long du XIX^e et au début du XX^e siècle comme effet de l'alliance entre action des aliénistes et législation répressive. Le processus de « médicalisation » de la maladie mentale étant censé être une preuve de cette extension du pouvoir médical, quand il n'était pas confirmé par l'intervention de l'institution judiciaire⁹⁷. Toutefois, les historiens anglo-saxons notamment ont réévalué la place des familles dans le confinement des aliénés au XIX^e siècle⁹⁸. Ces recherches ont ouvert la voie vers une considération des patients psychiatriques non seulement sous le regard médical ou judiciaire, mais aussi comme étant l'objet de décisions familiales. Il s'agit ici de mettre en évidence la variété des motifs de placement, qui résultent parfois d'une stratégie mais semblent surtout être des tentatives de réponse à une situation de crise. Il s'agit ici d'explorer les motifs qui fondent les familles à faire interner leur proche déficient, et ainsi d'étudier jusqu'à quel point le comportement de l'enfant s'avère intolérable ou inacceptable⁹⁹.

⁹⁶ Comme par exemple la spécificité des *Hilfsschule* allemandes envoyant leur « mauvais élèves » à l'*Idiotenanstalt*.

⁹⁷ Michel FOUCAULT, *Surveiller et punir: naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1972.

⁹⁸ Joseph MELLING, « Family matters? Psychiatry, kinship and domestic responses to insanity in nineteenth-century England », *History of Psychiatry*, vol. 18, n° 2, 2007, p. 247-254 ; Patricia E. PRESTWICH, « Family Strategies and Medical Power: "Voluntary" Committal in a Parisian Asylum, 1876-1914 », *Journal of Social History*, 1994, vol. 27, n° 4, p. 799-818 ; Akihito SUZUKI, *Madness at Home : The Psychiatrist, the Patient, and the Family in England, 1820–1860*, Berkeley, University of California Press, 2006. David WRIGHT et Anne DIGBY (dir.), *op. cit.* ; David WRIGHT, *Mental disability in Victorian England*, *op. cit.*

⁹⁹ Pour reprendre l'interrogation centrale de l'article de David WRIGHT, „Getting Out of the Asylum: Understanding the Confinement of the Insane in the Nineteenth Century“, *Social History of Medicine*, vol. 10, n° 1, 1997, p. 149.

L'arrière-plan social et familial nous est connu grâce à l'exploitation des dossiers médicaux du patient. Dans les dossiers médicaux de Cernay et Berlin tout comme à Bicêtre dans les répertoires d'observations médicales, la profession du père est renseignée la plupart du temps, ou celle de la mère dans le cas d'un veuvage ou d'une famille monoparentale. Au détour d'un rapport de l'assistance, d'une déclaration au médecin d'admission ou plus rarement d'un courrier, les pièces de certains dossiers touffus permettent parfois d'avoir une image des conditions de vie au travers de la description d'intérieurs délabrés et des conditions de vie misérables de la famille de certains patients placés par l'assistance publique. Les rapports issus de la police ou les antécédents mentionnant des violences domestiques retracent la violence de certains époux battant les autres membres du foyer. Les sources médicales tirées de nos institutions ouvrent également une fenêtre sur les conditions économiques, comme les courriers de familles invoquent l'occupation des deux époux pour justifier le recours à un placement. Au contraire, après la Première Guerre mondiale et surtout dès le milieu des années 1920, dans une période de crise économique — en particulier en Allemagne — on note une augmentation des dossiers de placement par des familles qui décrivent à l'assistance publique des phénomènes de déclassement à travers la description de la perte d'emploi du chef de famille, ce qui la met dans l'incapacité de faire face aux dépenses supplémentaires impliquées par un enfant arriéré¹⁰⁰. Enfin, il faut surtout mentionner qu'une majorité de dossiers administratifs ne contiennent aucune lettre de la famille, ce qui suppose une certaine désaffiliation pour beaucoup de patients. Ce constat déjà fait pour les dossiers de Cernay peut être accentué pour le fonds berlinois, où les courriers destinés à l'enfant lui-même sont très rares. En effet, quand des écrits de la famille sont présents dans les dossiers, ce sont souvent de simples billets servant à demander des autorisations de visite ou de sortie de l'enfant de l'institut pour les vacances (*Beurlaubung*). On traitera ici les différents motifs de placement en France et en Allemagne dans une même partie. Le croisement des sources des deux pays a en effet révélé des motifs similaires de placement qu'on détaillera en alternant les exemples parisiens, berlinois et alsaciens, sans négliger de souligner d'éventuelles différences le cas échéant.

a) L'impossibilité de s'occuper du malade chronique à domicile

Les arriérés nécessitent des soins et une surveillance particulièrement exigeante et chronophage, que l'expression de « surveillance continue » tant utilisée dans les rapports

¹⁰⁰ Pour les chiffres concernant les demandes de placement à Dalldorf dans l'entre-deux-guerres, voir la monographie dirigée par l'historien de la psychiatrie T. BEDDIES (dir.), *op. cit.*

médicaux exprime bien. Premièrement, il faut noter que pour les déficiences mentales les plus prononcées, la gravité de l'état de l'individu exige souvent une présence constante, comme on le comprend par cette description de l'intérieur de l'institut Saint-André de Cernay :

Beaucoup d'entre eux [les idiots] sont des infirmes, paralysés ; ils restent immobiles dans leurs fauteuils et c'est pitié de les voir ainsi affligés en même temps d'idiotie et de souffrances physiques [...] En voici un autre qui se promène sans arrêt dans la salle ; sa marche n'est pas normale. Pour faire un pas, il pose toujours le pied gauche en avant, puis ramène le pied droit à côté ; il a les bras liés, croisés sur le dos, parce que s'il avait les mains libres, il arracherait tous les vêtements de son corps. La religieuse l'appelle, lui défait le lacet et lui croise les bras en avant. Il faut ainsi alterner les attitudes pour ne pas gêner la circulation du sang¹⁰¹.

Le besoin de recourir à une institution pour assurer ces soins est un dénominateur commun des demandes de placement effectuées par les familles, dont la demande doit être attestée et argumentée par un médecin. A Berlin, le père de Hedwig A. justifie comme suit le recours un établissement médical pour sa fille « idiote de haut grade » :

L'état mental anormal nécessite une prise en charge médicale. Si on ne peut peut-être pas remédier à la maladie, néanmoins elle ne cesserait tout de même pas de prétendre faire l'objet d'une prise en charge médicale, qui serait nécessaire en raison de l'agitation, la malpropreté et l'incapacité à se nourrir seule associées à l'idiotie. Une surveillance médicale rationnelle de l'enfant serait nécessaire, qui ne peut en aucun cas être assurée par la mère¹⁰².

Comme à Dalldorf, le placement à Bicêtre est souvent demandé au motif d'une prise en charge à domicile trop difficile du point de vue physique mais aussi en raison d'une agitation psychique trop forte. Ces deux versants sont mis en évidence dans le certificat du Dr Brongniart établi à Asnières en 1907 :

Les facultés intellectuelles semblent être, chez cet enfant, presque nulles. La face est hébétée, le langage se manifeste seulement par des sons mal articulés, le rire est stupide. A certains moments, l'enfant présente tous les caractères de la méchanceté, cherche à donner des coups de pied à tort et à travers et voudrait parfois mettre le feu. Il bave fréquemment et est sujet à des crises nerveuses, sans qu'il soit possible d'affirmer que l'on a affaire à des crises d'épilepsie. Des soins continuels sont nécessaires, l'enfant ne pouvant accomplir les actes les plus simples de la vie sans le concours d'autrui. Pour ces motifs, il y a lieu d'admettre que

¹⁰¹ A.S.C., CE 3M, Dossier 19 : « Lettres, rapports, comptes-rendus émanant d'autres personnes et concernant l'activité de l'institut », Louise Huber, « Le placement des enfants anormaux dans les trois départements recouverts », mémoire dactylographié, s.l., 1931, p. 26.

¹⁰² „Der anormale Geisteszustand erfordere Heilbehandlung. Wenn das Leiden wahrscheinlich auch nicht zu beheben sei, so höre es doch nicht auf, Gegenstand ärztlicher Behandlung zu sein, die auch wegen der mit der Idiotie verbundenen Unruhe, Unsauberkeit und erschwerte Nahrungsaufnahme nötig sei. Es sei eine rationelle ärztliche Überwachung des Kindes nötig, die keineswegs von der Mutter des Kindes ausgeübt könne“. Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, n°5246, Dossier médical de Hedwig A., extrait d'une lettre de plainte posée par le cheminot Paul H. envers sa caisse d'assurance maladie, Berlin, 1910.

l'enfant P. est atteint d'idiotisme et dans son intérêt, il y a lieu de l'hospitaliser dans une maison spéciale¹⁰³.

Les symptômes divers telle que l'épilepsie et les troubles de caractère associés rendent impératifs des « soins continuels » qui légitiment la prise en charge institutionnelle. Outre la chronicité de la pathologie, l'existence de comportements problématiques est d'ailleurs récurrente. Dans son certificat attestant de l'état d'idiotie de l'enfant, le Dr Caussanel justifie la demande des parents d'Alfred B. par le fait que « son état exige une surveillance continue qui ne peut être exercée que dans un établissement spécial », ce que vient confirmer les observations du responsable des admissions à Sainte-Anne qui parle de « débilité mentale avec turbulence continue »¹⁰⁴. Parfois, les parents avouent ainsi être complètement dépassés par le comportement de leur enfant et argumentent sur ce point pour tenter d'obtenir une place dans l'asile. Le père d'Emil J. confesse son impuissance dans un courrier à l'assistance communale aux aliénés (*städtlichen Irrenpflege*) :

Je me permets encore une fois d'émettre tout de même une demande [d'admission] pour mon fils Emil, car il appartient maintenant au dernier grade des sauvageons (*Verwahrlost*), car il ne va pas encore à l'école et ne fait que des bêtises à présent, et a des accès de colère 2-3 fois tous les jours, ce qui se passe est vraiment insupportable car j'ai tout de même un enfant plus jeune âgé maintenant de 2 deux ans [...]. Je demande encore une fois poliment [...] si je peux l'amener à nouveau à Dalldorf car je ne veux plus me tourner vers quelqu'un d'autre, car j'ai déjà écrit souvent, car nous avons déjà écrit si souvent du fond du cœur et nous décrivons vraiment ce qui se passe [...] Son état se détériore toujours davantage et je demande encore une fois de tout cœur de l'aide pour mon fils Emil¹⁰⁵.

L'expression inaugurant la déclaration du père d'Emil témoigne de la difficulté à obtenir une place à Dalldorf dans un contexte de rapide saturation des places qui survient moins d'une décennie après son ouverture comme on l'a vu dans le chapitre 1. Le fait qu'il « demande encore une fois », « poliment » et « de tout cœur » atteste de surcroît de la pression que fait peser cette situation sur la famille. Sans minorer les souffrances liées à la prise en charge à domicile d'un proche souffrant, on peut émettre l'hypothèse que ce contexte amène parfois les demandeurs à accentuer le caractère « insupportable » de la charge.

¹⁰³ Archives APHP, 6R120, Registre d'observations médicales, Certificat du Dr Brongniart fait à Asnières pour l'enfant Fernand P, entré à Bicêtre le 23 mai 1907.

¹⁰⁴ Archives APHP, Registre d'observations médicales R-113, Certificat médical du Dr Caussanel et attestation du Dr Dubuisson à Sainte-Anne, juillet 1886.

¹⁰⁵ „Ich erlaube mir nochmals mit der Bitte, doch für meinen Sohn Emil einzuschreiben, da er darf im höchsten Grade verwahrlost, da er doch nicht in die Schule gehen soll und allerhand Dummheiten jetzt macht und die Wutanfälle alle Tage 2-3 mal, es ist doch nicht mehr zu ertragen ehe was passiert denn ich habe doch ein jungens Kind von 2 Jahren [...] so bitte ich doch nochmals höflich darum, [...] doch ich ihn wieder nach Dalldorf bringen kann, dann ich wird mich nun nicht mehr wo anders sie zu wenden, da wir doch schon so oft geschrieben haben auch selbst der Herz und schreiben ehe etwas passiert. Dann war es doch zu spät, denn sein Zustand verschlimmert sich doch immermehr und bitte ich doch nochmals herzlich darum, doch für meinen Sohn Emil nur helfen“. Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical d'Emil J., Lettre du père à l'assistance communale aux aliénés, Berlin, 18 février 1914.

Ensuite, l'activité professionnelle des parents et son incompatibilité avec l'exigence des soins représente un autre facteur central dans les demandes d'admission. Dans un certificat en vue de l'admission à Bicêtre datant de 1886, le Dr Denis relate le cas d'un adolescent présentant un comportement pyromane dangereux pour son entourage, nécessitant de ce fait une surveillance constante. Il justifie la demande par le fait que « ses parents, à cause des travaux nécessaires à leur subsistance ne pourrait [sic] lui procurer cette surveillance continuelle »¹⁰⁶. De la même façon, la mère de Roger D. est « domestique en place » et « se trouve de ce fait dans l'impossibilité absolue soit de le soigner elle-même, soit de le faire soigner à ses frais », ce qui justifie le placement de l'enfant dans un asile de la Seine¹⁰⁷. Le motif de l'activité professionnelle des parents qui motive même des demandes de placement au-delà de l'âge limite. Certaines demandes concernent même des individus admis exceptionnellement au-delà de l'âge normalement prévu, en raison de l'impasse professionnelle dans laquelle ils se trouvent. Ainsi Wilhelm B. entre à l'*Idiotenanstalt* à 17 ans, c'est-à-dire d'emblée un an après la limite supérieure fixée à Dalldorf. Pourtant, même s'il est décrit comme « faible d'esprit depuis l'enfance » et qu'il avait « déjà des difficultés à comprendre à l'école », où il n'a pu aller que jusqu'à la 3^e classe, il est devenu apprenti chez un tailleur, mais d'où il est renvoyé presque immédiatement car il « comprenait de travers les instructions les plus simples »¹⁰⁸. Son apprentissage raté décide son père à demander une admission dans l'asile, celui-ci ne pouvant s'occuper du jeune homme à cause de l'exercice de son propre emploi. En effet depuis deux ans, Wilhelm était resté inoccupé chez ses parents, assis toute la journée durant « soit en train de rêver ou jouant de manière enfantine avec ses petits frères et sœurs »¹⁰⁹. L'occupation des parents est ainsi une situation souvent rapportée dans les dossiers pour justifier la demande de placement.

Le cas particulier des couples dont les deux membres sont actifs est mentionné pour l'institut Saint-André, en lien avec la problématique de la double occupation soulignée dans certaines sources de nature confessionnelle. Cet enjeu suscite en effet une inquiétude particulière exprimée dans un article du journal l'*Elsässer* relatant l'inauguration de l'établissement en 1891¹¹⁰. Il y est question du

¹⁰⁶ Archives APHP, Bicêtre, Registre d'observations médicales 6R-112, Certificat médical du Dr D. J. Denis, s.d.

¹⁰⁷ Archives APHP, Bicêtre, Registre d'observations médicales 6R-127, Procès-verbal de novembre 1912, Dr Laurent.

¹⁰⁸ „Auf der Lehre die er vor 2 Jahre bei einem Schneider begann wurde er nach kurzer Zeit wieder entlassen, da er die einfachsten Unterweisungen nicht auffassen konnte“, Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier administratif n°5664, Questionnaire rempli par la mère de Wilhelm B., s.d.

¹⁰⁹ „Der B. sitzt den ganzen Tag entweder träumerisch da oder spielt in kindlicher Weise mit seiner kleinen Geschwistern“. Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier administratif n°5665, Questionnaire rempli par la mère de Wilhelm B., s.d.

¹¹⁰ L'article de l'*Elsässer* que nous citons est transcrit intégralement dans l'opuscule suivant édité en l'honneur de l'inauguration de l'institut Saint-André. A.S.C., Liasse « anciens documents », CE-1A : Dossier « Pièces et écrits des personnes qui ont joué un rôle dans la fondation », Opuscule de Gratian von Linden, *Ochsenfeld, eine neue Station der*

« travail déplorable et meurtrier des femmes dans les usines [qui] met beaucoup de mères dans l'impossibilité de dispenser à ces êtres les soins nécessaires »¹¹¹, reflétant une position classique du catholicisme social contemporain contemporaine de l'Encyclique *Rerum Novarum*¹¹². Le journal se fait le champion des valeurs traditionnelles catholiques, au premier chef desquels l'importance de la famille, dont le recours à l'institution serait un effet pervers de la modernité :

L'esprit du temps a tout particulièrement érodé la famille chrétienne et si nous pouvons encore admirer deci-delà des exemples lumineux de l'ancienne mère chrétienne et de l'amour fraternel, il faut par contre dire que la présence d'un tel être est devenue dans bien des familles une charge insupportable. Avec une recherche avide, croissante et générale des jouissances, on n'est plus capable d'esprit de sacrifice¹¹³.

La mobilisation d'un nombre croissant de bras par l'industrialisation constitue d'après les fondateurs de l'établissement un obstacle certain au maintien au domicile d'enfants et un motif de placement qui apparaît nettement dans les dossiers de patients à Berlin comme à Cernay, deux zones particulièrement touchées par le phénomène¹¹⁴.

On voit donc que le recours à l'institution dépend totalement de l'équilibre du foyer d'origine, et de l'aptitude de ses membres à réussir à s'organiser. A ce titre, le décès ou la maladie d'un membre de la famille est particulièrement déterminant quant à la demande d'aide à l'assistance publique, par l'aggravation de la situation de dépendance du malade arriéré qu'il entraîne. A Berlin, Else C., atteinte de surdi-mutité et de déficience mentale, était prise en charge au sein de sa famille.

christlichen Liebe, Zur Erinnerung der neuerrichteten Idioten-Anstalt in Ochsenfeld, Strasbourg, Druck und Verlag von F.I. Le Roux, 1892, p. 79. L'*Elsässer* est un journal alsacien fondé en 1885, au moment où renaît une certaine liberté de la presse en Alsace. Il s'agit d'un quotidien catholique engagé, en particulier sur la défense des valeurs traditionnelles du catholicisme. En 1893, le journal est repris par Paul Müller-Simonis, qui devient avec l'accord de l'évêque le principal actionnaire du journal catholique, ce qui sera un de ses premiers engagements dans la vie politique alsacienne. Mais bien que l'Alsace compte près de 770000 catholiques à l'époque, en 1914 le journal ne s'écoule qu'à 14000 exemplaires.

¹¹¹ „Andererseits ist es heutzutage durch eine leidige, mörderische Frauenarbeit in der Fabrik vielen Müttern zur Unmöglichkeit geworden, diesen Geschöpfen die nötige Pflege zu Hause angedeihen zu lassen“

¹¹² Antimoderniste et d'essence social, le courant du catholicisme social est prompt à dénoncer cette situation. L'Encyclique de Léon XIII date d'ailleurs de la même année.

¹¹³ „Der Zeitgeist hat besonders an der christlichen Familie genagt, und wenn wir auch hie und da leuchtende Beispiele der alten christlichen Mutter- und Bruderliebe bewundern, so ist in manchen Familien die Anwesenheit eines solchen Geschöpfes zu unerträglichen Last geworden“. Article de l'*Elsässer* cité intégralement par G. von LINDEN, *op. cit.*, p. 79.

¹¹⁴ Néanmoins, il faut aussi noter que la description du phénomène dans l'article de l'*Elsässer* relève aussi d'une rhétorique de l'Eglise catholique tentant de reconquérir un milieu ouvrier prenant ses distances face à la pratique religieuse. Bien que réel, ce constat semble instrumentalisé et soumis à l'hyperbole en vue de la reconquête de la population ouvrière tentée par le catholicisme social à la fin du XIX^e siècle – qu'elle tente de flatter et déculpabiliser à la fois en pointant le capitalisme industriel comme cause unique des demandes de placement – qu'un facteur explicatif suffisant à expliquer la croissante demande des familles d'une prise en charge des enfants et adolescents arriérés. « A partir de 1894, année de vive expansion dans l'ensemble du Reich, on enregistre dans plusieurs centres industriels alsaciens les premiers symptômes vraiment perceptibles d'une pénurie de main-d'œuvre » dans la région autour de Mulhouse. Michel HAU Nicolas et STOSKOPF, *Histoire économique, industrielle, financière de l'Alsace*, Strasbourg, Presses Universitaires de Strasbourg, 2000, p. 235.

C'est un événement soudain qui entraîne la demande d'aide puisque le père de la fillette écrit au bureau d'aide sociale « en raison de la mort soudaine de la mère » qui fait qu'il ne « peut pas assurer plus longtemps les soins domestiques de la fillette »¹¹⁵.

Au contraire, l'aptitude fournir un travail au sein de la cellule familiale peut aussi être un facteur retardant le recours à l'institution. La mère de Marta H. confie au médecin responsable des admissions de l'*Idiotenanstalt* que la fillette n'a pu être scolarisée ni dans une école ordinaire, ni dans une *Hilfschule*. Elle a été gardée au domicile où elle pouvait « tout de même assurer des travaux domestiques faciles, comme récurer, nettoyer les escalier, si cela lui était montré avant et expliqué de manière adéquate »¹¹⁶. A l'inverse, l'inaptitude au travail apparaît comme un accélérateur de la décision d'internement. On le constate très nettement dans le cas de l'admission de René B. à Vaucluse, puis à Bicêtre. Le placement volontaire dans le service des idiots est demandé par le médecin de famille au motif suivant :

Le jeune B. René, âgé de 13 ans [...] et à qui j'ai donné des soins depuis 3 ans est atteint de faiblesse mentale avec moments d'inconscience. Le père l'a placé dans neuf maisons différentes (commerce ou industrie) et il a été renvoyé de partout. Il y a 15 jours, il est parti à 6h du matin, et a erré toute la journée. Le soir vers 8 h il a été [ill.] par des agents comme vagabond. Il est très irritable et, dans ses moments de colère, devient méchant. Ses parents ne pouvant exercer sur lui une surveillance continuelle, il est nécessaire de l'admettre dans une maison spéciale de santé¹¹⁷.

Dans cet exemple comme souvent pour les enfants qui ne font pas partie des cas les plus graves d'arriération, il est manifeste que les parents ne se tournent pas en premier ressort vers l'asile, mais tentent d'insérer l'enfant dans diverses structures — école, usine, apprentissage. C'est seulement lorsque cette stratégie graduelle échoue que l'institution psychiatrique est sollicitée. Andrew Scull associe la tentative d'un certain nombre de familles de se délester d'un membre improductif ou dérangeant sur le plan de la discipline avec une stratégie de maximisation du niveau de vie du foyer¹¹⁸.

¹¹⁵ Landesarchiv Berlin, A Rep 0003-04-04, Dossier médical n°5822, Attestation du père d'Else C., s.d.

¹¹⁶ „Konnte wohl leichte Hausarbeit, wie abwaschen, reinigen einer Treppe besorgen, wenn es ihr vorgemacht und si genau unterwiesen wurde“. Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n°5969, Antécédents médicaux de Marta H. d'après sa mère, 1922.

¹¹⁷ Archives APHP, Bicêtre, Registre d'observations médicales 6R-112, Certificat médical établi par le Dr Lurrel pour demander l'internement de René B., 19 décembre 1906.

¹¹⁸ Voir Andrew SCULL, *The Most Solitary of Afflictions: Madness and Society in Britain, 1700-1900*, Yale, Yale University Press, 2005.

Au final, l'examen des dossiers prouve que les décisions d'internement sont souvent prises à la suite de « situation de vie critiques » comme le constate l'historien David Wright au sujet du recours à l'institution en Grande-Bretagne à la fin du XIX^e siècle. L'étude des déterminants de la demande de prise en charge institutionnelle des familles d'arriérés à Londres montre que celles arrivées plus récemment dans le périmètre et bénéficiant ainsi d'un réseau d'aide moins étendu se tournaient plus fréquemment vers l'institution. De la même façon, l'internement semble plus fréquent lorsque c'est l'aîné d'une fratrie qui est atteint de déficience mentale, ce qu'on peut expliquer car la famille ne peut alors compter sur l'aide de la fratrie pour la garde de l'enfance, constat fait à plusieurs reprises et qu'on trouve également chez Wright dans son étude. Ainsi quand des solidarités ou un réseau existe, c'est un processus d'accroissement progressif de la vulnérabilité — amenant à la perte de personnes centrales pour assurer la prise en charge de l'enfant arriéré — qui conduit la plupart du temps à la demande d'internement¹¹⁹.

b) Accidents domestiques et déclenchement de la demande de soins

La demande de placement d'un proche intervient souvent en réaction à une période de crise ou à un événement grave déclenchant la demande. Celle-ci émerge parfois à la suite de nuisances diverses exercées par l'enfant. Paul P. entre à Bicêtre en 1914 sur placement volontaire. Le Dr Laval, sollicité pour certifier la nécessité d'un placement à l'asile, détaille les désagréments causés par l'enfant de cinq ans à sa famille :

Je soussigné Laval, docteur en médecine de la maison de santé de Saint Jean de Dieu certifie que le jeune Paul P. âgé de 5 ans [...] présente des symptômes morbides qui l'empêchent de rester dans le milieu familial. Il est menteur méchant animé de mauvaises intentions envers ses parents qu'il menace par moments, se levant au milieu de la nuit et hurlant pour attirer l'attention des voisins, s'essuyant le fondement avec les serviettes de ses parents ; tout cela associé à des habitudes onaniques qu'il avoue lui-même et qu'il répète plusieurs fois par jour. Il est certain que c'est un anormal qui [...] serait capable de nuire à son entourage et à lui-même¹²⁰.

Il est frappant de voir que les symptômes qualifiés de « morbides » sont d'ordre majoritairement disciplinaires, même si l'onanisme était associé à l'époque à des conséquences

¹¹⁹ « L'absence de frères et sœurs aînés pour garder, contrôler et nourrir un frère déficient, couplé avec un contexte de migration (qui distance les familles d'un réseau de relations) a rendu ces familles pauvres vulnérables et cherchant ainsi le confinement ». David WRIGHT, « Family Strategies and the Institutional Confinement of "Idiot" Children in Victorian England », *op. cit.*, p. 203.

¹²⁰ Archives AHP, Bicêtre, 6R-123, Registre d'observations médicales, Certificat du Dr Laval pour demander le placement volontaire de Paul P. dans le service des idiots de Bicêtre, 23 janvier 1914.

physiologiques graves¹²¹. Mais si dans ce cas, l'enfant n'a pas causé de tort physique à son entourage, ce n'est pas toujours le cas.

En effet, la violence est un motif récurrent de placement. Les parents sont les premiers visés par de tels accès. Le procès-verbal de la préfecture de police de Paris au sujet de Fortuné S. mentionne à ce titre son « irritabilité malade » et son « indifférence affective ». A ce propos, « durant ses accès de colère provoqués par des contrariétés minimales, il frappe sa mère, l'injurie et brise des objets qui se trouvent à sa portée »¹²². On ne sait si d'autres crises préalables ont précédé celle-ci, à l'issue de laquelle l'enfant se retrouve interné à Bicêtre, mais il n'est pas impossible que l'internement n'intervienne qu'après plusieurs tentatives des parents de juguler son agressivité. Gaston C. est admis en 1906 pour « colères violentes » :

Imbécillité avec perversions instinctives, amoralité absolue. Colères, violences. Objet d'une ordonnance de non lieu à la suite d'une expertise (Dr Legras) concluant à l'existence d'une tentative d'assassinat de la mère à coup de couteau. A prétendu devant le juge qu'il avait frappé sa mère parce qu'elle refusait de coucher avec lui. Nie maintenant le fait, déclare avoir menti pour s'amuser. Mythomanie. Fugues. Père alcoolique, mort¹²³.

Là aussi, il apparaît nettement que les accès de violence sont interprétés comme des symptômes de l'arriération, ce qu'il s'agira de questionner dans le chapitre 3 consacré aux déterminants du diagnostic.

Outre les parents, la fratrie se retrouve souvent visée par les accidents ou les gestes violents de l'enfant mentalement déficient. Albert M. entre à Bicêtre en octobre 1903 sur décision de la préfecture de police, où le certificat médical du même Dr Legras mentionne qu'il « aurait étranglé son jeune frère »¹²⁴. Les violences sexuelles ne sont pas absentes des répertoires d'observations médicales : la même année, Jules B. est interné dans le service des idiots car il « se livre sur son petit

¹²¹ Dans la Bible, le péché d'Onan symbolise le mépris pour la masturbation. Outre les aspects moraux, à l'époque moderne, la pratique soulève des craintes d'ordre médicales, en particulier suite à un ouvrage publié par le médecin suisse Auguste Tissot en 1760, intitulé « L'Onanisme ». Il y décrit les conséquences délétères de la pratique sur le corps : elle entraînerait toutes sortes de conséquences physiologiques graves telles que la surdité ou la perte de mémoire. Lecteur de Tissot, le philosophe allemand Emmanuel Kant l'évoque dans la *Métaphysique des mœurs* comme une pratique provoquant la stérilité. Sur ces craintes vivaces depuis l'époque moderne, voir Thomas Walter LAQUEUR, *Le sexe en solitaire : contribution à l'histoire culturelle de la sexualité*, Paris, Gallimard, 2005. Voir aussi Alain CORBIN, Jean-Jacques COURTINE, Georges VIGARELLO (dir.), *Histoire du corps : Tome 2, De la Révolution à la Grande Guerre*, Paris, Seuil, 2005.

¹²² Archives AHP, Bicêtre, 6R-127, Registre d'observations médicales, Procès-verbal du 24 décembre 1912 pour l'internement de Fortuné S.

¹²³ Archives AHP, Bicêtre, 6R-120, Registre d'observations médicales (1905-1906), P.V. de la préfecture de police établi par le Dr Dupré, 26 novembre 1906.

¹²⁴ Archives AHP, Bicêtre, 6R-118, Registre d'observations médicales (1903-1904), P.V. établi pour le placement volontaire d'Albert M., Dr Legras, 28 septembre 1903.

frère à des attouchements manuels »¹²⁵. Louis P., admis par le biais d'un placement volontaire le 12 mars 1904 à Bicêtre est atteint d'imbécillité. Son médecin justifie le placement par le fait que depuis longtemps il « frappe les personnes de son entourage et les menace même avec des instruments tranchants. Son état ne s'améliorant nullement, il serait utile de le faire soigner dans un établissement spécial »¹²⁶. Il est probable que dans un premier temps, un certain nombre de familles cherchent à résoudre des situations de violence à l'intérieur du foyer par un autre moyen que l'internement. Toutefois à terme, les accès de violence trop fréquents de l'individu arriéré constituent un motif relativement courant de recours à l'institution, comme l'a montré Akihito Suzuki pour les malades mentaux londoniens du début du XIX^e siècle¹²⁷.

A de plus rares occasions, des scènes marquantes sont mentionnées par la famille. Elles témoignent d'une situation vraisemblablement complexe dans laquelle des périodes de sortie pour « retour au domicile parental » (*in Pflege bei den Eltern*) alternent avec des épisodes de violence, entrecoupés par des placements dans d'autres établissements berlinois. Dans les documents qui relatent son histoire passée, Gustave H. passe successivement de 1894 à 1908 par l'*Idiotenanstalt*, l'asile de Dalldorf, celui d'Herzberge puis un institut privé (*Berolinum*). Entre ses périodes d'internement, il est « renvoyé non guéri à domicile dans sa propre famille » (*entlassen ungeheilt in seine eigene Familie*). Le retour se déroule parfois bien : en septembre 1903, il retourne deux mois chez ses parents où il dit « s'être senti très bien ». Pourtant le climat à domicile s'envenime en raison de ses emportements dont son père fait les frais puisqu'il l'aurait « frappé deux fois sur la nuque avec une fourche ». En 1905, il est également replacé dans l'asile d'Herzberge pour la quatrième fois, alors qu'il « voulait vendre et démolir des objets » appartenant à ses parents, et que « sa mère se retrouve impuissante face à son fils » (*machtlos gegen ihren Sohn*). A l'asile, il déclare lui-même qu'il a été placé ici « car [il a] attrapé sa mère par les deux mains » et a crié contre elle. Adulte, il demande un cinquième placement volontaire (*auf eigenen Wunsch*) en décembre 1905 « car il n'a pas de travail et que la mère a dit qu'il doit de nouveau aller ici ». Il déclare être venu à Herzberge « parce qu' [ayant fait] un tel scandale à la maison [car] il n'a pas de travail » et que « [sa] mère l'a frappé »¹²⁸. Balloté entre domicile des parents et divers établissements pendant plus d'une décennie, le parcours de Gustav H. laisse entrevoir les conflits larvés qui se cristallisent quand la prise en

¹²⁵ Archives AHP, Bicêtre, 6R-118, Registre d'observations médicales (1903-1904), P.V. de la préfecture de police pour le placement volontaire de Jules B., Dr Legras, 25 octobre 1903.

¹²⁶ *Ibid.*

¹²⁷ Voir Akihito SUZUKI. *Madness at Home: The Psychiatrist, the Patient, and the Family in England, 1820–1860*. Berkeley, University of California Press, 2006.

¹²⁸ „Habe der Vater ihn auch geschlagen, 2 Mal mit der Faust ins Genick“. Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n°5593, Gustav H., Krankengeschichte à Herzberge, 1902-1905.

charge du malade ne peut se faire sur une période longue en raison du manque de places en institution. La maltraitance subie par le jeune adulte alliée à l'absence d'emploi le fait reprendre le chemin de l'asile.

L'internement semble ainsi devenir un dernier recours découlant de l'accumulation de certains épisodes dangereux à l'encontre d'un membre de la famille. Ernst C., domicilié à Berlin chez ses parents, passe par la Charité en 1889 à la suite de violences domestiques dont fait part sa mère à son admission. Il

Montre, d'après le témoignage de sa mère, une agitation manifeste depuis plusieurs jours et a essayé de reprendre [son] livret de caisse d'épargne en tirant à l'aide d'un revolver sur sa mère. A également montré des signes de colère destructrice (*Zerstörungswut*). Lors de l'entretien dans la 34^e section de police, il a déclaré qu'il voulait sortir plus tôt, afin de devenir tapissier [...] Il a lu des livres [sur] l'empereur Guillaume et pense qu'il est son fils. Il est agité et visiblement malade mental et dangereux pour la collectivité et doit être pour cette raison conduit à la Charité¹²⁹.

L'examen du reste du dossier de l'adolescent met en évidence que la mère d'Ernst a demandé plusieurs fois à son médecin de faire admettre son fils dans un asile, mais seul le basculement dans un comportement de l'enfant dangereux pour la sécurité de l'entourage a au total provoqué l'internement du jeune homme. On trouve parfois dans certaines tournures consignées par les médecins la trace de demandes explicites. Ainsi pour Jacques F., « arriéré moyen [...] vivant chez ses parents qui se trouvent dans une situation très précaire pour lui donner les soins nécessaires ». Or dans le certificat du médecin justifiant l'admission, il déclare que c'est « M. et Mme F. [qui lui] demande (sic) d'établir un certificat qui servira à hospitaliser leur jeune fils dans une maison spéciale afin de [...] lui donner un apprentissage apte à ses facultés mentales »¹³⁰. On peut souligner ici que la demande explicite des parents se fait au moment où Jacques est âgé de 17 ans. Ce paramètre est loin d'être anecdotique car la plupart des descriptions de jeunes adultes dont les familles demandent l'admission mentionnent, à l'instar de Jacques, qu'ils ne « se livre[nt] à aucun travail ». Au final, pour une partie des admissions, on peut reprendre le constat fait par l'historienne Patricia Prestwich dans son travail sur les stratégies familiales d'admission dans les asiles de la Seine, qui remarque que « les circonstances entourant beaucoup d'admissions 'volontaires' renforce l'impression que les

¹²⁹ „Zeigt, nach Anlage der Mutter, seit einigen Tagen Erregbarkeit und hat [sein] Sparkassenbuch zurückzubekommen, mit einem Revolver auf die Mutter geschossen. Und sonstige Zeichen von Zerstörungswut an den Tag gelegt. Bei der Unterredung im 34. Pol. S. giebt (sic) er an, dass er früher hinaus wollte, als blos Tapezier zu werden, er habe Bücher gelesen [über] Kaiser Wilhelm, dass er dessen Sohn sei[...] Er ist erregt und offenbar geistesgestört und gemeingefährlich und deshalb in die Charité zu überführen“. Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n°5818, Ernst C., Rapport du Dr Lenin décidant du transfert d'Ernst à la Charité, 1^{er} novembre 1889.

¹³⁰ Archives AHP, Bicêtre, 6R-118, Registre d'observations médicales 6R-129, Certificat du Dr Grimberg pour Jacques F., 22 mars 1912.

familles se tournent vers les asiles seulement dans les périodes de crise ou quand d'autres alternatives ont échoué »¹³¹. On peut penser que certaines familles ont pu, dans leurs déclarations, exagérer les violences commises par les enfants au domicile. Toutefois, Patricia Prestwich souligne à ce sujet que cette objection n'est pas absolue, puisque pour les admissions volontaires, la dangerosité du patient ne constituait pas le premier critère d'acceptation de la demande, la nécessité de soins étant suffisante. Le récit des épisodes violents, fréquent, répond peut-être davantage à un besoin des proches d'exprimer leur émotion et de se justifier dans leur démarche¹³².

c) Le risque de « contagion » morale à l'intérieur du foyer

Le thème de la contagion a alimenté de nombreux travaux d'histoire de la médecine¹³³. Davantage associé à la transmission des germes et des virus, son usage métaphorique est tout aussi fréquent pour évoquer la transmission d'une maladie d'une personne à une autre par contact plus ou moins proche. Ainsi, le processus de contagion peut désigner la transmission par mimétisme d'un comportement. Etymologiquement, le terme est connoté plutôt négativement : il exprime au sens figuré une influence pernicieuse¹³⁴. C'est à ce titre que certains enfants ou adolescents sont internés en réponse à une peur de la contagion de leur entourage par leur comportement jugé néfaste et validée par les médecins à qui s'adressent les familles. On ne s'intéressera pas à ce propos aux causes de la crainte d'une contagion morale dont l'arriéré serait la source, ce qui sera réservé à la fin du chapitre 3, mais simplement au « rôle de la figure de la contagion dans la constitution et l'expression [du] monde social, culturel et politique » de la fin du XIX^e siècle, et du sens de cette « horreur de la contagion » comme motif d'internement de malades arriérés¹³⁵.

¹³¹ P. PRESTWICH, *op. cit.*, p. 805.

¹³² La famille est la première concernée par les éventuels débordements ou accès de violence de l'arriéré. Mais pour Kurt C., admis à l'hôpital Virchow de Berlin pour l'amputation des deux pieds, cause du tort à d'autres malades : il a « eu trois fois des crises de colère importantes lors desquelles il a menacé les autres patients avec un couteau, a cassé des objets ». „Hat hier 3 Mal heftige Wutanfälle bekommen, bei denen er seinen Mitkranken mit dem Messer bedrohte, Gegenstände zerbrach“. Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n°5824, Rapport du Dr Hantermann à propos de Kurt C. à l'hôpital Virchow, 11 septembre 1909.

¹³³ Voir Peter BALDWIN, *Contagion and the state in Europe, 1830-1930*, Cambridge, Cambridge University Press, 1999 ; Alison BASHFORD et Claire HOOKER (dir.), *Contagion: Historical and Cultural Studies*, Londres, Routledge, 2001 ; Charles E. ROSENBERG, *Explaining Epidemics and Other Studies in the History of Medicine*, New York, Monograph Collection, 1992.

¹³⁴ D'après le Trésor de la langue française. Certains parlent à la fin du XIX^e siècle de « contagion névropathique », mentale ou nerveuse pour désigner ce processus de transmission d'une idée ou d'un ensemble d'idées délirantes à une ou plusieurs autres personnes.

¹³⁵ Priscilla WALD, Nancy TOMES et Lisa LYNCH, "Introduction: Contagion and Culture", *American Literary History*, 2002, vol. 14, n° 4, p. 620.

Les comportements dangereux de certains enfants arriérés tels que la pyromanie ou l'agressivité posent deux problèmes : la mise en danger concrète de celle-ci sur un plan physique qu'on a déjà évoqué, mais aussi celui de l'imitation possible de gestes dangereux par le reste de la fratrie. Ces deux points motivent la demande de la mère de Denis L. de faire admettre l'enfant à Bicêtre. Elle s'adresse pour cela en 1888 au Dr Scailles, qui justifie sa demande d'internement par le fait qu' « il est dangereux de garder cet enfant à la maison. Les autres enfants subissent une influence mauvaise. L'enfant ne sachant ce qu'il fait, peut, soit mettre le feu, soit se précipiter par une fenêtre. Il y a urgence à le placer. Depuis 6 ans, son état ne fait qu'empirer »¹³⁶. Le médecin suivant la famille prend ainsi une telle décision pour préserver la sécurité des autres membres.

Mais la contagion ne concerne pas seulement le champ des comportements pouvant mettre en danger l'intégrité physique de l'entourage. Elle est même davantage présente dans les dossiers médicaux pour des motifs d'ordre moral. Elisabeth A., née en 1904 et classée dans la catégorie des « imbéciles congénitaux » (*Imbezill angeborene*), et entrée à l'asile de Dalldorf en 1913. Elle n'est tout d'abord pas placée dans l'*Idiotenanstalt* malgré son âge qui pourrait l'y faire prétendre. Déjà prise en charge dans un *Idiotenbildungsanstalt* à Potsdam, la mère mentionne à l'admission que « la fillette ne peut être gardée au domicile, elle mendie auprès de chaque homme ». Le médecin des admission souligne dans son rapport qu'Elisabeth « se laisse emporter par chaque homme, soulève ses robes sur la voie publique et se masturbe » mais que « l'enfant est éduicable »¹³⁷. Les antécédents (*Vorgeschichte*) examinés au moment de son admission à Dalldorf sont l'occasion pour la mère de détailler le comportement de la jeune fille :

Ne pouvait pas être gardée à la maison, traînassait sans cesse dans la rue. Partait avec des hommes inconnus, mais n'a pas commis de fornication. Soulevait sa robe sur la voie publique. Jouait avec ses parties génitales et se léchait ensuite les doigts. Faisait ceci directement pour contrarier sa mère¹³⁸.

Tant la peur pour la sécurité de l'enfant face à des inconnus que la honte de l'opinion publique joue vraisemblablement un rôle dans la décision des familles de demander l'internement. La clôture de l'asile est double : elle protège la société, mais préserve aussi le déficient mentaux souvent décrit comme « influençable » ou « naïf » des malveillances dont il pourrait faire l'objet. A

¹³⁶ Archives AHP, Bicêtre 6R- 113, Registre d'observations médicales, Certificat du Dr Scailles, Paris, 17 août 1888.

¹³⁷ Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, N°5577, Dossier médical d'Elisabeth A., née le 10 avril 1904 à Cologne, admise le 13 novembre 1911 à l'*Idiotenbildungsanstalt* Wilhelmstift de Postdam.

¹³⁸ „War nicht zu Hause zu halten, trieb sich ständig auf der Straße herum. Lief mit fremden Männern mit, hat aber wohl nicht unzüchtige Haltungen vorgenommen. Hob auf der Straße vor Jungen die Rocke in die Höhe. Spielte an den Geschlechtsteilen und leckt sich dann die Finger ab. Trat dies direkt um die Mutter zu ärgern, wenn sie bestraft werden sollte“. Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n°5577, Extrait des antécédents d'Elisabeth A., 6 septembre 1913.

ce titre, Pamela Cox suggère que la sexualité dite débridée de certaines jeunes filles figure comme l'un des facteurs explicatif de leur internement privilégié sous le diagnostic d'arriérées¹³⁹. Et en effet, l'affichage d'une sexualité libre — entendue comme existant en dehors de tout cadre normalisé tel que le mariage, et à un âge précoce — est considéré comme un comportement hautement inapproprié et associé au retard mental. Quand ce motif est mentionné dans les dossiers, il semble toujours être central dans la demande d'internement de la part de parents dont la gêne transparaît dans les descriptions faites aux médecins. Le danger de la contagion figure parmi les arguments fournis par la mère pour justifier la demande de placement de sa fille Irène à Dalldorf. Ainsi un rapport de la policlinique de la Charité où l'enfant est d'abord admise indique qu'elle « se masturbe fortement »¹⁴⁰. Elle serait « retardée du point de vue physique et mental » (*körperlich und geistig zurückgeblieben*), « souffrirait de tics » et aurait « beaucoup de mauvaises habitudes par lesquelles ses frères (Werner 10 ans, Richard 9 ans, Heinz 5 ans) seraient influencés de manière peu propice » (*ungünstig beeinflusst*). De la même façon, Louise B. est placée par le médecin de l'institut de Cernay dans une maison de redressement près de Strasbourg « où sa moralité pourrait être redressée et où le danger de contaminer son entourage serait moins grand »¹⁴¹. La question de la contagion possible s'avère donc un *leitmotiv* associé à la prévention de la déviance de type sexuel.

Potentiellement de mauvaise influence pour leur entourage, certains arriérés sont de surcroît relatés comme présentant une capacité particulière d'imitation essentiellement tournée vers « ce qui est mauvais ou malfaisant ». Influençant de manière négative leur entourage, ils sont eux-mêmes décrits comme dotés d'une sorte de vice mimétique attestant de leur pathologie. L'aliéniste Paul Sollier déclare à ce titre que « les enfants convenables, bien élevés, ayant de bons sentiments, et surtout des sentiments de leur âge, ne cherchent pas à imiter de telles manières et à en tirer vanité »¹⁴². L'imitation immorale est par là imitation pathologique. Le confinement en institution est alors conçu comme moyen de cacher ce comportement des yeux du reste de la famille, mais aussi de la sphère publique en général.

¹³⁹ « Les jeunes filles qui étaient internées dans des institutions pour déficients mentaux étaient désignées délinquantes pas seulement en raison de la perception de leur sexualité débridées, mais également en raison de leur comportement violent ou brutal et de leur inemployabilité ». Pamela COX, *op. cit.*, p. 11. Pour le thème de l'inemployabilité, on renvoie largement au chapitre 5.

¹⁴⁰ Landesarchiv Berlin, A Rep 0003-04-04, Dossier médical n°5876, Rapport du *Jugendamt* à propos d'Irene D., 6 mars 1920.

¹⁴¹ Archives Cernay, 7M1 (dossiers personnels des malades), Carton 1927, lettres A-J, Certificat médical établi par le Dr Stoeber, Cernay, le 20 mars 1930.

¹⁴² Paul SOLLIER, *Psychologie de l'idiot et de l'imbécile*, Paris, F. Alcan, 1891, p. 89.

C'est pour cette raison que le voisinage peut jouer un rôle d'assistance ou d'aide dans la prise en charge, ralentissant ainsi la décision de se tourner vers l'institution¹⁴³, mais d'un autre côté, peut accélérer l'entrée en institution par son rôle de délateur et de catalyseur des peurs liées à l'arriéré et au danger qu'il représente peut-être pour la sécurité publique. Ce sont à la fois des « troubles de l'intelligence », mais aussi « du caractère de la moralité et de l'activité » qui viennent fournir une explication la demande de la famille d'Albert F.

Depuis qu'il est à Nanterre, son allure n'a fait que confirmer la réputation qu'il a acquise dans le pays, où il a passé. Ses parents, ses voisins, ses professeurs, ses condisciples sont unanimement du même avis. Il a une intelligence faible ; il est sournois, menteur, méchant ; [...] Souvent il a découché en se sortant de son domicile ou en quittant la classe pour ne rentrer chez lui qu'après de longues recherches¹⁴⁴.

Albert est interné d'office comme « un *anormal* dangereux »¹⁴⁵. La description qui en est faite montre l'amplitude de l'entourage au sens large dans l'appréhension des troubles amenant à la demande de soin. Les différents cercles concentriques de la demande de prise en charge sont cités ici. Parents, voisins, professeurs et camarades certifient d'une même voix le « besoin de faire rentrer [le garçon] dans un asile spécial ». Le rapport du médecin évoque ainsi « la réputation qu'il a acquise dans la pays où il a passé ». Cet exemple montre l'importance du thème de la discipline domestique et de la répression de tout désordre dans le cercle plus élargi du voisinage, illustrant comment l'identification de troubles mentaux se fait avant tout de l'extérieur et de manière souvent polyphonique, que la décision médicale ne fait ici que valider.

A l'inverse, le placement peut aussi être envisagé comme une solution pour protéger des enfants réputés inconscients. Il s'agit alors d'isoler l'enfant de mauvaises influences extérieures et des tentatives d'abuser de leur docilité et de leur gentillesse :

[Jacques F.] se soumet facilement aux caprices de son entourage, et quoique pas vicieux, il est souvent poussé par des tiers qui ne se rendent pas compte des suites possibles ; a commis des actes de nature vicieuse comme exhibitionnisme, etc... Et c'est surtout pour cette dernière raison que M. et Mme F. me demande (sic) d'établir un certificat qui servira à hospitaliser leur jeune fils dans une maison spéciale afin de l'éloigner du contact journalier des personnes inconnues, mal intentionnées¹⁴⁶.

¹⁴³ David Wright remarque ainsi en étudiant les déterminants de la demande de prise en charge institutionnelle des familles d'arriérés à Londres que celles arrivées plus récemment dans le périmètre et bénéficiant ainsi d'un réseau d'aide moins étendu se tournaient plus fréquemment vers l'institution.

¹⁴⁴ Archives APHP, Bicêtre 6R-129, Registre d'observations médicales, Procès-verbal du 15 février 1910 établi pour Albert F.

¹⁴⁵ On reviendra sur l'emploi particulier du terme d'« anormal » dans le chapitre 3 consacré à la vision médicale de l'arriération.

¹⁴⁶ Archives APHP, Bicêtre 6R-129, Registre d'observations médicales, Certificat médical du 22 mars 1912 concernant Jacques F, âgé de 17 ans.

A 17 ans, Jacques a atteint un âge où son corps est celui d'un adulte. Passé ensuite devant un aliéniste, celui-ci mentionne des « tendances érotiques », ainsi l'on peut supposer que les conséquences de la maturité sexuelle du jeune homme sont redoutées par la famille qui cherche par l'internement à le soustraire à toute situation néfaste. A Berlin, Marta H. est placée par sa mère au moment de sa puberté. Elle la décrit comme peureuse car se « laisse battre par ses frères et sœurs ». Les craintes de la mère se concentrent sur son caractère influençable, qui la fait parfois obéir aux jeunes hommes du voisinage¹⁴⁷. On peut enfin noter que parfois, la force de la crainte de la contagion morale reste associée à la supposition que les arriérés sont plus que d'autres susceptibles de véhiculer des maladies somatiques. En effet, « la force de ce lien métaphorique entre la déficience mentale et les maladies infectieuses était renforcé par l'observation du fait que les déficients mentaux étaient plus susceptibles d'attraper des maladies infectieuses que la population normale », de surcroît réputés reproduire avec plaisir paroles obscènes et grossières » si l'on en croit l'historien du handicap Mark Jackson¹⁴⁸. De plus, la fin du XIX^e siècle voit la montée d'une perception de plus en plus angoissée de la déficience mentale, qui s'exprime par une banalisation de la rhétorique autour de la « dégénérescence » comme on le verra dans le chapitre 6. Dans ce contexte, l'arriération est vue de manière croissante comme « source de perpétuation biologique de la déficience mentale » ainsi qu'une menace pour la vie de famille « normale ». Contrairement à la période victorienne, la fin du XIX^e siècle voit se durcir ces considérations sur les jeunes femmes arriérées et leur activité sexuelle — en lien avec la peur de la dégénérescence — préoccupations qui sont peu observées dans la période précédente¹⁴⁹.

Finalement, la famille a donc un rôle primordial dans l'identification de l'arriération. C'est au sein du foyer qu'est le plus souvent détectée la survenue du trouble, qui motive alors une demande de prise en charge spécifique. Les recherches de Patricia Prestwich montrent elles aussi le rôle de la famille en tant qu'autorité non-médicale dans la décision de « prendre la route de l'asile » (*take the road to the asylum*) à Paris¹⁵⁰. C'est aussi la thèse de Nancy Tomes, selon laquelle la composition des asiles exprime davantage une réponse des collatéraux par rapport à la maladie mentale qu'une

¹⁴⁷ „Konnte wohl leichte Hausarbeit, wie abwaschen, reinigen einer Treppe besorgen, wenn es ihr vorgemacht und si genau unterwiesen wurde“. Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n°5969, Antécédents de Marta H. d'après sa mère, 1922.

¹⁴⁸ Mark Jackson, “Institutional provision for the feeble-minded in edwardian England. Sandlebridge and the scientific morality of permanent care“, in D. WRIGHT et A. DIGBY (dir), *op. cit.*, p. 171.

¹⁴⁹ Selon David Wright, les références à des débordements sexuels sont encore rares « la prévalence du sexe et de la sexualité comme indicateur de handicap mental n'a pas la prédominance qu'elles acquerront pour l'intelligentsia edwardienne ». D. WRIGHT, *op. cit.*, p. 126.

¹⁵⁰ Patricia E. PRESTWICH, *op. cit.*, p. 799-818.

imposition du pouvoir médical¹⁵¹. Néanmoins, s'il est souhaité par les familles pour résoudre une situation problématique, l'internement est dans la majorité des cas à Bicêtre et Dalldorf une décision qui mobilise l'aval d'instances extérieures, au premier rang desquelles l'assistance publique.

2. *L'action de l'assistance publique : suppléer la famille défaillante et sauver l'enfance en danger*

La question de la part des demandes familiales vis-à-vis de l'institution pourrait faire oublier le rôle central de l'assistance publique dans l'identification et la sauvegarde des enfants arriérés à l'encontre des dysfonctionnements existants dans certaines familles. Le dénuement explique en partie ce phénomène d'inversion de la demande de soin qu'on constate dans certains dossiers, où l'action protectrice de l'assistance constitue le moteur de l'internement d'enfants arriérés. Dans de nombreux pays d'Europe, la fin du XIX^e siècle voit naître la prise de conscience de la situation défavorable des enfants, dont témoigne l'émergence d'une législation spécifique adoptée pour protéger les catégories d'enfants à risques¹⁵². En Allemagne comme en France, les craintes hygiénistes quant à la santé de la population et la volonté de redresser la balance démographique figure en arrière-plan de ces mesures, afin de favoriser des nations saines et donc fortes¹⁵³. Il est ainsi de la responsabilité de l'Etat d'agir de manière volontariste et précoce pour soustraire les enfants nécessaires à un milieu délétère.

¹⁵¹ Nancy TOMES, "The anglo-american asylum in historical perspective", in C. J. SMITH and J. A. GIGGS, *Location and Stigma. Contemporary Perspectives on Mental Health and Mental Health Care*, Boston, 1988.

¹⁵² Parmi lesquels figurent les enfants en nourrice (loi Roussel), les enfants maltraités et ceux abandonnés. Sont aussi aidées les mères de familles en difficulté avec la loi Strauss. Voir Catherine ROLLET, *La politique à l'égard de la petite enfance sous la III^e République*, Paris, Presses universitaires de France, 1990 ; Voir aussi Émilie POTIN et Catherine ROLLET, *Enfants placés, déplacés, replacés: parcours en protection de l'enfance*, Toulouse, Erès, 2012 ; Pour l'Allemagne, voir Simone ALBERTS et Bettina HEINE, *Geschichte der Kindheit*, Berlin, Schneider-Verl. Hohengehren, 2009 ; Matthias KEMPER (dir.), *Kindheit - Gesellschaft - Geschichte : pädagogische Perspektiven*, Würzburg, Ergon, 2013.

¹⁵³ L'évolution de la réglementation du travail des enfants (et des femmes) dans l'industrie témoigne de cette volonté de résoudre la question démographique. Il faut souligner que l'apparition d'un droit à la santé publique émerge toutefois plus tardivement en France que dans les pays voisins et l'Allemagne notamment. Voir Isabelle Cave, *Travail industriel des enfants et des femmes: lois de 1874, 1892. Histoire de la législation sanitaire et sociale à la fin du XIX^e siècle français*, Paris, Presses académiques francophones, 2015.

a) Le placement d'enfants arriérés suite au retrait de l'autorité parentale

La misère est le motif principal d'intervention de l'assistance destinée aux enfants arriérés¹⁵⁴. Les difficultés d'ordre économique de certaines familles expliquent l'intervention de l'Assistance publique et les décisions de placement, ce dont témoignent les rapports consignés dans les répertoires d'observations médicales de Bicêtre. Divers détails présents dans les descriptions laissent entrevoir le dénuement des familles auxquelles il s'agit de porter assistance. Dans beaucoup de cas, l'enfant arriéré est pris en charge au domicile, jusqu'à ce qu'un événement déclencheur motive la procédure d'admission. En 1888, Georges R. est admis dans le service des idiots en raison de l'arrêt de son développement intellectuel, mais aussi car sa mère, qui s'occupe de quatre autres enfants, « est dans une complète indigence et depuis longtemps malade d'une bronchite bacillaire avec fièvre continue qui la retient au lit »¹⁵⁵. Etant « inadmissible dans les écoles privées ou publiques ordinaires » en raison de son idiotisme, il « ne peut être gardé par une mère malade et sans ressources » et présente donc un « urgent besoin d'être secouru »¹⁵⁶. La décision d'assistance aux familles en difficulté se fait après l'analyse de leurs ressources financières ainsi que des personnes à disposition au sein du foyer. Cette première étape est en général suivie par une visite à domicile au cours de laquelle la situation de dénuement de la famille est évaluée. La procédure est également conditionnée par la délivrance d'un certificat médical attestant de la pathologie de la personne pour laquelle la demande est formulée. Il faut insister sur le fait que les personnes bénéficiant de l'aide de l'assistance publique dans le paiement de la prise en charge ne sont pas nécessairement dans une situation de dénuement absolu, que ce soit à Bicêtre ou à Dalldorf. Notre constat rejoint ici celui de l'historien David Wright qui note à ce propos :

Beaucoup de ces familles, on peut le supposer, n'étaient pas des indigents (*destitute*) mais étaient des « personnes bénéficiant de faibles liquidités » (« *cash poor* »), incapables de rassembler les fonds nécessaires aux soins privés ou à une prise en charge à domicile pour un membre déficient de la famille¹⁵⁷.

De telles situations sont décrites avec beaucoup de détails dans les dossiers médicaux berlinois de la fin du XIX^e et du début du XX^e siècle. On retrouve dans ces dossiers les courriers des

¹⁵⁴ De même qu'elle reste un des trois facteurs majeurs expliquant l'abandon des enfants à la fin du XIX^e siècle, avec la réprobation et l'infériorité civique de la femme. I. JABLONKA, *op. cit.*, Le Seuil, 2009. La proportion de la moitié des admissions qui seraient de nature charitable est également celle évoquée par David Wright à Earlswood. D. WRIGHT, *op. cit.*, p. 201.

¹⁵⁵ Archives APHP, Registre d'observations médicales, 6R-113, Certificat du Dr Cancalon fait à Charenton le 11 août 1888.

¹⁵⁶ Archives APHP, Registre d'observations médicales, 6R-113, Certificat du Dr Cancalon fait à Charenton le 11 août 1888.

¹⁵⁷ D. WRIGHT, "Family Strategies and the Institutional Confinement of "Idiot" Children in Victorian England", *op. cit.*, p. 201.

parents ou de leurs représentants dans la « commission des pauvres » (*Armenkommission*) du district berlinois correspondant, qui statuent sur un placement des enfants. C'est ce qui se passe pour l'ouvrier Gustav B., qui fait l'objet d'une demande de prise en charge d'Ernst B. par le biais d'une assistante sociale signalant le cas à l'*Armenkommission*. Les parents d'Ernst B. sont « totalement sans ressources » (*völlig mittellos*) et la demande est justifiée par les éléments suivants :

Je me permets d'appuyer cette demande pour les raisons suivantes : la mère est pratiquement aveugle [...] Sur ses 6 enfants, seuls 2 sont en âge d'être scolarisés, les 4 derniers dépendent encore entièrement de la mère. Leur médecin personnel, le Dr Maerkel m'a dit que toute la famille était malade des poumons et que tôt ou tard leur état allait se délabrer ; le mari gagne environ 2,70 à 2,90 Mrk par jour. La maladie de la mère est la plus avancée : cette femme est prise dans un combat entre les dettes et la faim, et ne pourra bientôt plus assurer le lourd fardeau des travaux domestiques et des soins donnés aux enfants. Il est ainsi à souhaiter qu'elle soit au moins délestée dans les plus brefs délais de son enfant faible d'esprit¹⁵⁸.

On voit que la précarité de la situation est mise en valeur dans ces cas-là : les dettes et la disette rendent l'assistance nécessaire. Dans ces cas, la demande ne part pas directement de la famille, mais d'une assistante sociale, qui doit être accompagnée d'un certificat du médecin de la caisse d'assurance (*Kassenarztes*) attestant de l'état mental problématique de l'enfant. Pourtant, la demande est doublée ici par une lettre du père qui explique qu'il n'est « pas en mesure de garder l'enfant au sein de son foyer » en raison de sa pauvreté et de la maladie de sa femme¹⁵⁹. A ce titre, la demande est liée à l'essence de l'assistance elle-même, en ce que l'*Armenkommission* soustrait d'un l'enfant — ici présentant une déficience mentale afin de le protéger d'un milieu délétère et aussi d'alléger la famille d'une prise en charge qu'elle n'est pas en mesure d'assurer. Le fait que la demande d'internement n'émerge pas directement de la famille a été lu dans l'histoire de la psychiatrie comme une donnée précisément liée à la situation économique de la famille. Contrairement au modèle des « stratégies » familiales, on peut suggérer que les foyers modestes semblent moins susceptibles de recourir à l'institution psychiatrique pour négocier une admission, ou en tout cas semblent attendre une situation plus extrême¹⁶⁰. Ce constat renforce aussi d'autres études

¹⁵⁸ „Ich gestatte nur diesen Antrag zu befürworten : die Mutter ist fast blind [...] Von den 6 Kindern sind erst zwei schulpflichtig, die letzten 4 noch gänzlich auf die Mutter angewiesen. Der sie behandelnde nur persönlich bekannte Arzt Dr Maerkel, sagt mir, die ganze Familie sei lungenkrank und früher oder später der Schwindeldruck verfallen ; der Mann verdient 2,70 – 2,90 Mrk täglich. Die Krankheit bei der Mutter am meisten fortgeschritten : die Frau ist denn besonderen Kampf gegen Schulden und Hunger und der schweren Last der Hausarbeit und Kinderversorgung bald nicht mehr gewachsen. Um so driengender wäre zu wünschen, dass ihr wenigstens das schwachsinnige ganz hilflose Kind abgenommen würde“. Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n°5801, Lettre de l'assistante sociale Helene Febens à l'*Armenkommission* du 319^e district de Berlin au sujet du placement d'Ernst B., 31 décembre 1892.

¹⁵⁹ Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n°5801, Lettre du père d'Ernst B., Gustav B., 2 novembre 1894.

¹⁶⁰ Tandis que pour les foyers demandant une prise en charge de type « privée », David Wright montre qu'il n'y a pas d'événement spécial à l'origine de la demande d'internement. D. WRIGHT, “Family Strategies and the Institutional Confinement of “Idiot” Children in Victorian England”, *op. cit.*, p. 201.

sur des institutions assistant le paupérisme, qui montre que « les aliénés pauvres, y compris les idiots, étaient très probablement des membres intégrés d'une famille primaire antérieure à l'internement psychiatrique »¹⁶¹. La folie est certes souvent associée dans les sources à la pauvreté de la personne atteinte et les soins sont toujours intriqués avec un enjeu d'assistance aux pauvres¹⁶². Le contexte d'industrialisation et d'urbanisation entraînant une augmentation du paupérisme en général a eu une importance cruciale dans ce phénomène en alimentant la croissance d'un prolétariat aussi bien en France qu'en Allemagne¹⁶³. Néanmoins, il y a lieu de croire que de nombreuses familles ne sont privées de leur enfant arriéré qu'en dernier recours¹⁶⁴.

Dans des cas plus graves où l'autorité parentale est retirée, c'est la justice qui intervient pour soustraire l'enfant déficient mental à son foyer. La décision de placer l'ensemble des six enfants B. du conducteur de tramway Rudolf B. est prise par le tribunal administratif de Berlin. Les six enfants doivent être pris en charge « dans les plus brefs délais » pour les raisons suivantes révélées dans cet extrait du jugement du tribunal d'instance du quartier central de *Mitte* :

Ils présentent un état de faiblesse mentale et corporelle visible et à cause des soins [ill.] qui leurs ont été prodigués au domicile des parents, sont en danger sur le plan de leur santé. Toute la famille habite dans une seule pièce sombre, humide et froide. Les lits, les habits, la propreté sont totalement inexistantes. Le père est atteint de maladie vénérienne, la mère est totalement sans volonté, si bien qu'il existe peu de chance d'une amélioration de leurs comportements misérables. Le placement immédiat de tous les enfants au complet pour la correction de leurs lacunes civiles et intellectuelles jusqu'à ce en faire des gens utiles et instruits est souhaité¹⁶⁵.

op. cit., p. 195 ; Voir aussi Joseph Melling. Joseph MELLING, "Family matters? Psychiatry, kinship and domestic responses to insanity in nineteenth-century England", *History of Psychiatry*, 2007, vol. 18, n° 2, p. 102. Il ne s'agit toutefois pas de tomber dans l'écueil longtemps dominé l'histoire de la psychiatrie d'associer l'internement à une décision dépendant uniquement de la classe sociale.

¹⁶¹ D. WRIGHT, "Family Strategies and the Institutional Confinement of "Idiot" Children in Victorian England", *op. cit.*, p. 201.

op. cit., p. 201.

¹⁶² Sur le thème de l'association entre pauvreté et folie, voir Jens GRÜNDLER, *Armut und Wahnsinn: "arme Irre" und ihre Familien im Spannungsfeld von Psychiatrie und Armenfürsorge in Glasgow, 1875 - 1921*, München, Oldenbourg, 2013.

¹⁶³ Dans des sociétés marquées par leur aspect inégalitaire — ce que Hans-Ulrich Wehler nomme la *Marktklassengesellschaft* pour l'Allemagne d'avant 1914, le prolétariat forme près des deux tiers de la population totale. Voir Hans-Ulrich WEHLER, *Deutsche Gesellschaftsgeschichte*, München, C.H. Beck, 2008 ; Hans-Ulrich WEHLER, *Deutsche Gesellschaftsgeschichte*, Vierter Band, Vom Beginn des Ersten Weltkriegs bis zur Gründung der beiden deutschen Staaten, 1914-1949, Bonn, Bundeszentrale für Politische Bildung, 2009 ; Hans-Ulrich WEHLER et Christophe CHARLE, *Essais sur l'histoire de la société allemande: 1870-1914*, Paris, Éd. de la Maison des sciences de l'homme, 2003.

¹⁶⁴ Dans un contexte de montée des idées communistes et socialistes. A ce titre, on peut relire la somme du journaliste Jules Huret, publiée à la fin du XIX^e sous le titre d'*Enquête sur la question sociale en Europe*.

¹⁶⁵ Les enfants : Rudolf né le 1^{er} mars 1905 ; Johanna née le 8 mai 1910 ; Otto geb 28.2.12 ; Sophia née le 18 mars 1913 ; Georg né le 28 août 1915 ; Wilhelm né le 26 juin 1919. „Sie müssen nur aus dem Grunde schleunigst untergebracht werden, weil sie zum großen Teil schon an sich körperlich und geistig schwach sind und durch die [ill.] Pflege, die ihnen im Elternhaus zu Teil wird, gesundheitlich aufs äußerste gefährdet sind. Die ganze Familie wohnt in einer dunkelen, feuchten, kalten Einzimmerwohnung. Bette, Kleidung, Sauberkeit sind ganz und gar unzureichend. Der Vater ist Gechlechtskrank, des Mutters gänzlich willensschwach, sodass sie zur Besserung des elenden Verhältnisse nicht das

Outre l'intérieur délabré, « ils ne reçoivent de la part de la mère ni les soins élémentaires, ni la moindre éducation ». Celle-ci est d'ailleurs qualifiée de « mentalement inférieure » et serait « totalement incapable de tenir son foyer et d'assurer l'éducation de ses enfants »¹⁶⁶. Au départ, deux enfants de la fratrie sont jugés « arriérés » (*idiotisch*) mais seul Otto est jugé éduicable par le médecin de l'assistance. Sophie, faible d'esprit (*schwachsinnig*) est immédiatement placée à l'*Erziehungsanstalt* de Dalldorf, tandis qu'Otto, plus jeune, est d'abord placé dans une maison d'éducation (*Erziehungsheim*) à Zehlendorf en raison de son jeune âge, puis déclaré également arriéré et admis à Dalldorf quelques mois plus tard. Ainsi la décision de placement est motivée par le danger encouru par les enfants et met en valeur la menace que représente potentiellement le milieu délétère dans lequel ils évoluent au quotidien. Le rôle de l'assistance est de soustraire les enfants à ces influences néfastes pour leur santé physique et mentale.

b) Pallier la famille : placement d'orphelins et de victimes de maltraitance

Jusqu'à la fin du XIX^e siècle, l'abandon d'enfant n'a rien d'une pratique exceptionnelle, mais est au contraire une pratique fréquente qui doit être contextualisée par l'historien du fait que l'assistance a une vocation de « réceptacle des enfants surnuméraires »¹⁶⁷. L'assistance aux arriérés concerne ainsi parfois des orphelins, mais aussi des enfants dont la mère a été abandonnée par le père dans leur petite enfance, ce qui crée ici un contexte de conflit intra-familial conduisant au placement de l'enfant. A Berlin, Wanda L. est admise à Dalldorf. Répondant aux questions du médecin des admissions, elle déclare à propos de son père :

Père ? Nous a abandonné depuis plusieurs années, rentrait souvent ivre à la maison, se chamaillait avec ma mère, nous a souvent battu. Ne sais pas où il est.

Mère ? Sophie L.

Mère gentille ? Oui, maman voulait me garder à la maison, mais l'oncle ne voulait pas.

mindestens teil [...] Die sofortige Hilfe an desweilige Unterbringung sämtlicher Kinder unter Berichtigung ihrer schweren bürgerlichen und geistlichen Mängel lediglich zu dem Grade, sie zu gesunden brauchbaren Menschen auszubilden ist daher dringend nötig“. Toutefois, le placement ne signifie pas une rupture totale avec la sphère familiale pour ces enfants, qui retournent chez leurs parents à l'occasion des fêtes de fin d'année. Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier administratif n°5843, Extrait du jugement du tribunal d'instance du quartier de Mitte (*Amtsgericht Berlin Mitte*) pour l'enfant Sophie B., signé Dr Wilgend.

¹⁶⁶ Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier administratif n°5844, Lettre de l'assistante sociale B. Fürz à propos du placement d'Otto B., mars 1920.

¹⁶⁷ Ivan Jablonka parle même d'une banalisation de l'abandon comme « mode de régulation familial, supervisé par l'Etat ». I. JABLONKA, *op. cit.*, p. 291.

Comment s'appelle l'oncle ? Gaspar S., habite chez nous à la maison, [je] ne sais pas, pourquoi il voulait que je parte de la maison¹⁶⁸

Les remarques naïves de l'enfant illustrent encore une fois l'importance de l'équilibre du foyer dans la décision de se tourner vers l'institution. Le placement peut aussi être un moyen temporaire de mettre les enfants à l'abri de violences domestiques ou d'« abandon moral »¹⁶⁹. Walter A. entre à l'*Idiotenanstalt* le 24 juin 1912, pour n'y rester que jusqu'en décembre où il est envoyé dans le pavillon IX de l'*Irrenanstalt*. Son dossier médical contient des documents issus de la députation municipale pour les enfants orphelins (*städtische Waisendeputation zu Berlin*) qui décide de sa prise en charge car l'enfant arriéré est de surcroît victime de maltraitance. Le dossier mentionne que la garde a été retirée aux parents suite à d'importantes violences perpétrées à son encontre. Il aurait été « frappé sur tout le corps à tel point que son développement physique serait menacé par ces châtiments corporels permanents »¹⁷⁰. Son dossier mentionne également que l'enfant se trouve dans un état de délabrement important et que son placement est souhaitable. Il atterrit ainsi dans un orphelinat municipal en mars 1911, avant d'être pris en charge à l'*Idiotenanstalt* l'année suivante. Au cours de son séjour à Dalldorf, on retrouve dans ses antécédents les mentions des violences dont il a fait l'objet dans le passé, par exemple le 4 mars 1913 le médecin qui l'examine mentionne qu'il lui a confié que « son beau-père le frappait continuellement »¹⁷¹. Les violences domestiques administrées à l'enfant déficient sont parfois le fait de la fratrie. Ainsi Marta H. est prise pour cible et « se laisse frapper par ses frères et sœurs plus jeunes »¹⁷².

Parfois, l'assistance arrive pourtant trop tard pour sauver les enfants déficients mentaux de la maltraitance qui existe à leur égard. L'affaire dite de la « séquestrée de Combourg », relatée dans la presse et consignée par Bourneville dans ses archives, offre un cas extrême de dénuement d'une jeune fille arriérée après l'échec d'une demande à une institution psychiatrique. Marie-Joséphine Eon, décrite comme atteinte d'« idiotisme » est maltraitée et battue par sa belle-mère depuis

¹⁶⁸ „Vater ? Hat uns vor mehreren Jahre verlassen, kam oft betrunken nach Hause, Mutter zankte, hat uns oft geschlagen. Weiß nicht, wo er ist. / Mutter ? Sophie L. / Mutter gut ? Ja, Mutter wollte mich zu Hause behalten, aber der Onkel wollte nicht. / Wie heißt Onkel ? Gaspar S., wohnt bei uns im Hause, weiß nicht, weshalb er mich forthat wollte“. Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n°5954, Questionnaire (*Fragebogen*) rempli par les parents de Wanda L., admise le 31 mars 1911 à Dalldorf.

¹⁶⁹ Une loi sur les enfants moralement abandonnés est votée le 24 juillet 1889 qui « prévoit de déchoir de leurs droits les parents d'enfants négligés, maltraités ou insoumis, et de confier ces derniers à l'Assistance publique ». Mais Ivan Jablonka note que le texte de cette loi est ambigu, en raison du rapprochement effectué entre enfance abandonnée et enfance coupable. I. JABLONKA, *op. cit.*, p. 18-19.

¹⁷⁰ Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n°5603, Antécédents extraits des dossiers de la députation municipale pour les orphelins concernant l'admission et la prise en charge de l'enfant Walter A., daté du 23 juin 1911.

¹⁷¹ „Teilt mit, dass der Stiefvater ihn fortwährend geschlagen habe“. Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n°5603, Antécédents, 4 mars 1913.

¹⁷² „Ließ sich von den jüngeren, kleinen Geschwistern schlagen“. Landesarchiv Berlin, A Rep 0003-04-04, Dossier médical n°5969, Antécédents donnés par la mère de Martha H., 18 octobre 1922.

plusieurs années, et ce dans l'indifférence du père. Pour fuir le foyer familial, elle se réfugie d'abord chez son oncle, puis trouve à s'employer à garder des bestiaux dans la commune. Mais après une rechute de son état, elle doit revenir au domicile parental, ce que ne souhaitent sans doute pas les époux Eon qui « après avoir consulté un médecin, tentèrent de la faire entrer dans un asile d'aliénés ». C'est suite à l'échec de cette demande que de plus graves sévices débutent :

La malheureuse eut d'abord pour se coucher une paille, puis dans la suite, une paille immonde, rarement renouvelée. Elle y croupissait dans ses excréments. La femme Eon la privait presque complètement de nourriture sous le prétexte, par elle imaginé, d'une diète prescrite par le médecin. Les voisins, pris de compassion, lui apportaient, ou lui faisaient passer en secret, par une fenêtre, des aliments qu'elle dévorait avec avidité, demandant toujours qu'on lui en donnât d'autres. La femme Eon, qui s'était aperçue de ces communications, condamna la fenêtre. L'appartement était fermé à clé et la clef habituellement déposée à l'intérieur de l'habitation¹⁷³.

Cette description montre un exemple extrême — bien que rare — de maltraitance subie par certains déficients mentaux. La situation dramatique débouche sur la mort de la jeune fille des suites des effets conjugués de l'inanition et des mauvais traitements. Mais on peut aussi mentionner que les coups reçus par la femme enceinte ou l'enfant en bas âge constituent parfois la cause supposée de l'arriération, comme on le verra dans le chapitre 3 puisqu'il n'est pas rare que des femmes le mentionnent au moment de l'admission de l'enfant. Ainsi les motifs du retrait de l'autorité paternelle ou de placement des enfants, y compris arriérés, sont nombreux. Ils ne manquent pas d'ambiguïté comme le relève Ivan Jablonka qui montre qu'il s'agit de protéger les « enfants martyrs », « ces orphelins dont les parents sont vivants », en les soustrayant à l'influence d'une famille défaillante par une procédure de déchéance paternelle, avec un but éducatif. Selon lui, on ne peut toutefois détacher cette volonté éducative d'une lutte contre « la maraude et le vagabondage », qui sont alors vu comme la conséquence directe de l'abandon et la déchéance morale dans laquelle les ont laissé leur famille¹⁷⁴.

Ces exemples illustrent des enjeux sanitaires et sociaux importants à l'époque. Les problèmes de l'alimentation, de l'aérisation et du milieu de vie, mais aussi du paupérisme et son influence sont des points auxquels les Etats industrialisés et la médecine sont de plus en plus attentifs à la fin du XIX^e siècle, en particulier par le développement de la puériculture et d'une « politique de la petite

¹⁷³ On n'a pas ici anonymisé le nom de famille de Marie-Joséphine étant donné que son histoire a été relatée dans la presse. Archives APHP, Articles de presse 646 FOSS 24, « Malveillance : un enfant martyr — la séquestrée de Combours », *La Lanterne*, 28 février 1888.

¹⁷⁴ I. JABLONKA, *op. cit.*, p. 18-19.

enfance », même incomplète. Par l'alliance du savant et du législateur, la mortalité infantile doit continuer à reculer, et l'enfant soustrait aux causes environnementales de l'arriération¹⁷⁵.

3. Interner l'arriéré pour protéger la société : le pôle judiciaire

a) L'asile comme outil de contrôle des enfants dangereux pour eux-mêmes ou leur entourage

Les parcours de certains des jeunes gens internés en France et en Allemagne au motif de l'arriération font état de démêlés avec la justice suite à des délits. Concernant des délits comme le vol — rendu pathologique sous l'appellation de « kleptomanie » fréquemment utilisée à Bicêtre — ou d'autres violences, de tels individus sont supposés dangereux et peuvent donc prétendre à un placement d'office d'après la loi de 1838. Selon les termes des registres de Bicêtre, Alphonse W. admis à dans le service des idiots pour « instabilité mentale et kleptomanie » le 8 juillet 1913. Le préfet de Police justifie la procédure de placement d'office de l'enfant atteint « de débilité mentale avec perversions instinctives » par les raisons suivantes :

Niveau intellectuel médiocre mais acquisitions scolaires suffisantes. Esprit éveillé et mobile. Instabilité, inattention, indifférence avec crises d'excitation coléreuse épisodiques. Impulsions continuelles et incoercibles au vol, surtout de pièces de monnaie, fugues fréquentes hors du domicile paternel. Rebelle à toutes les tentatives de correction, l'enfant déclare être poussé au vol « par sa cervelle », « par sa tête ». Crises nocturnes de somnambulisme. Accès épisodique de perte de connaissance avec chute sans autre symptôme comitial [II] est en conséquence dans un état d'aliénation mentale qui compromet l'ordre public ou la sécurité d'autrui et rend nécessaire son internement dans un asile¹⁷⁶.

Dans la description de son état faite par le Dr Dupré dans le cadre de la procédure de la préfecture de police, Alphonse W. est décrit davantage comme un petit voleur « incoercible » que comme un enfant arriéré ayant besoin d'une prise en charge médicale et pédagogique. Son niveau scolaire est dit « suffisant », et Alphonse est de surcroît décrit comme « éveillé ». Il est pourtant interné dans le service des idiots de Bicêtre, ce qui témoigne du rôle d'appoint joué par les asiles en l'absence de structures alternatives. Surtout, l'asile paraît être la seule solution face à cet enfant que

¹⁷⁵ Dans le contexte des découvertes de Pasteur dans le domaine de l'obstétrique, la nutrition, la prévention par la vaccination. Voir Catherine ROLLET, *La politique à l'égard de la petite enfance sous la IIIe République*, op. cit.

¹⁷⁶ Archives AHP, 6R-128, Registre d'observations médicales, Attestation de placement d'office du Préfet de Police, 6 juillet 1913.

les « tentatives de correction » ne suffisent à dissuader du vol. La confusion théorique à l'époque entre déficients mentaux et enfants ou adolescents « délinquants » semble ici notable, aboutissant dans la pratique au mélange dans un service médical de malades nécessitant des soins et de jeunes délinquants ayant des problèmes essentiellement disciplinaires. Mais ce flou a finalement une utilité pratique, puisqu'il sert à l'autorité policière et judiciaire à régler le plus rapidement possible une question de sécurité publique, comme l'ont expliqué les travaux dans la filiation de Michel Foucault¹⁷⁷.

Le constat est semblable du côté allemand : l'adolescent Ernst C., apprenti, est diagnostiqué « imbécile ». Il est placé à Dalldorf le 26 novembre 1889 sur ce motif. Or son dossier médical nous apprend qu'il a tiré au revolver sur sa mère, ce qui pousse au placement, l'adolescent étant considéré comme « visiblement dérangé mental » (*offenbar geistesgestört*)¹⁷⁸. Pourtant, le fait qu'il soit placé moins d'un an plus tard dans plusieurs institutions privées (*Filiale*) puis renvoyé dans sa famille peut laisser penser qu'il n'a non seulement pas fait l'objet d'une éducation destinée à améliorer sa déficience mentale, mais qu'il a plutôt été maintenu à l'intérieur de l'asile à défaut de pouvoir être enfermé ailleurs, donc à des fins de contrôle social à un moment où il représente un danger pour sa famille et la société en général.

Force est de constater que de tels exemples illustrent l'association de plus en plus systématique entre arriération et délinquance qui est faite de manière croissante à fin du XIX^e siècle. Il n'est pas fortuit que le chef du service de Bicêtre Jacques Roubinovitch ait choisi de développer ce thème précis en ouverture de son cours sur la psychiatrie infantile à la faculté de médecine de Paris en 1906. Le futur chef du service des idiots de Bicêtre explique que

C'est parmi ces 40000 anormaux que se recruteront les futurs criminels, vagabonds, mendiants, infirmes et aliénés. Si on ne s'occupe pas d'eux d'une façon spéciale pour les redresser tous, sous une forme ou sous une autre pendant qu'ils seront encore éducatibles, ils se tourneront contre la société et tomberont entièrement à sa charge¹⁷⁹.

¹⁷⁷ Sur ce thème de l'interpénétration entre folie et question de la sécurité publique et donc de la justice, voir Philippe CHEVALLIER et Tim GREACEN (dir.), *Folie et justice : relire Foucault*, Toulouse, Érès, 2009 ; Sur la question spécifique de la délinquance juvénile : Michael W. SHERRADEN et Susan Whitelaw DOWNS, "Institutions and Juvenile Delinquency in Historical Perspective", *Children and Youth Services Review*, 1984, vol. 6, n° 3, p. 155-172 ; Pour la période précédent notre étude, voir la thèse de Laurence GUIGNARD, « Juger la folie: la justice pénale et la folie des criminels à l'âge de l'aliénisme 1791-1865 », Thèse, Paris, 2006.

¹⁷⁸ Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n°5828, Lettre de la police extraite des archives de la Charité à propos d'Ernst C., 1er novembre 1889.

¹⁷⁹ Jacques ROUBINOVITCH, *Les enfants anormaux en France : extrait de la conférence d'ouverture du cours libre de psychiatrie infantile et juvénile*, professé en 1906 à la faculté de médecine de Paris, p. 12.

Outre les voleurs et délinquants, l'association dans la citation des vagabonds et mendiants est significative, et apparaît également dans les descriptions médicales, associé à toutes sortes de conduites considérées comme pathologiques. Ainsi Georges L. admis en 1889 à Bicêtre après avoir « fait des fugues » et ouvert « les meubles chez ses parents ». Le garçon de 8 ans « mendie le long des routes » et « s'est à plusieurs reprises fait ramasser pour vagabondage »¹⁸⁰.

Voilà pourquoi la question des enfants anormaux est cruciale : il convient d'agir alors qu'ils sont « encore éducatibles », et leur admission sert aussi l'autorité médicale à légitimer l'utilité de services qui sont d'emblée contestés, comme on a pu le voir dans le chapitre 1. Le *leitmotiv* de Bourneville sur l'impératif d'une prise en charge précoce de l'arriération est un argument alourdi par la crainte du danger encouru en terme de sécurité publique. Ainsi la possible transformation de la problématique médicale en enjeu de danger social s'avère partiellement créée par les aliénistes pour justifier leur action. La politique de constructions des nombreux asiles dans le Berlin de la fin du XIX^e siècle est également interprétée par l'historiographie comme l'expression d'un passage d'une *Reformpsychiatrie* caractéristique du premier XIX^e siècle à l'*Armut- und Ordnungspsychiatrie*, c'est-à-dire vers un aliénisme visant davantage le maintien de l'ordre social que la guérison des malades mentaux¹⁸¹. Comme en France, l'Etat allemand est préoccupé par la part des « fous pauvres » (*armen Irren*). Le règlement de leur sort représenterait un moyen de résoudre en partie la question sociale à l'égard de laquelle les « anormaux » dont parle Roubinovitch constituent un enjeu croissant, puisqu'on cherche par là à prévenir les « futurs criminels, vagabonds, mendiants, infirmes » qu'ils représentent en puissance. L'association entre arriération et délinquance voire criminalité que l'on relève dans nos sources correspond à la tendance générale à une pathologisation de la folie. Laurence Guinard a par exemple montré pour France de la fin du Second Empire comment l'argument de l'irresponsabilité est de plus en plus débouté par les magistrats au profit d'un questionnement sur la moralité de l'accusé¹⁸².

Pour ces adolescents ou jeunes adultes qualifiés d' « arriérés » mais qui dans les faits relèvent davantage de questions de déviance, il faut souligner que leur orientation vers un asile particulier semble faite de manière peu compréhensible. En effet, « l'allocation d'une institution pour un imbécile adulte relève de la loterie », ce qui tend à confirmer l'hypothèse d'un règlement de la

¹⁸⁰ Archives AHP, 6R-113, Registre d'observations médicales, Certificat du Dr Blaise, 23 mai 1889.

¹⁸¹ Dirk BLASIUS, « *Einfache Seelenstörung* »: *Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800 - 1945*, Francfort-sur-le-Main, Fischer Taschenbuch Verlag, 1994.

¹⁸² Sur le cas spécifique des arriérés, l'historienne relève que « les déficiences intellectuelles sont, dans le même temps, mises en question dans leur capacité à déresponsabiliser les accusés » après 1850. Laurence GUIGNARD, « L'expertise médico-légale de la folie aux Assises 1821-1865 », *Le Mouvement Social*, 2001, no 197, n° 4, p. 57-81. Voir aussi son ouvrage plus récent Laurence GUIGNARD, *Juger la folie. La folie criminelle devant les Assises au XIX^e siècle*, Paris, Presses universitaires de France, 2010.

question sociale entraînée par beaucoup de jeunes délinquants par l'internement sous prétexte d'arriération à la fin du XIX^e siècle¹⁸³. Les décisions arbitraires quant au choix de l'établissement sont nombreuses, mettant en évidence le peu d'attention témoigné par la police et la magistrature à l'égard de la pertinence du diagnostic de la faiblesse d'esprit. C'est en tout cas ce qui permet d'expliquer les aberrations de certains dossiers, qui voient se succéder établissements carcéraux et asiles pour un même individu pouvant être tantôt classé parmi les arriérés et tantôt parmi les délinquants et par là même prétendre aux institutions associées aux deux cas de figure, ce qu'on étudiera de manière plus détaillée dans le chapitre 3 au sujet du concept d' « imbécile moral ».

b) Délits sexuels et irresponsabilité pénale : interner ceux qu'on ne peut emprisonner ?

Les sources judiciaires et policières renseignent sur un autre versant de ce qu'on qualifie en France de « placement d'office » concernant certains arriérés. Dans certains rares cas sur plusieurs centaines de cas passés en revue en France et en Allemagne, des délits graves commis par de jeunes individus entraînent le recours à l'asile au motif de l'irresponsabilité pénale. Cette possibilité est actée par la tenue d'un conseil judiciaire pour les prodigues et les faibles d'esprit¹⁸⁴.

Pour Dalldorf, une faible partie des adolescents placés dans l'asile le sont au motif qu'ils représentent un danger pour la sécurité d'autrui lié à des situations d'agression sexuelle. Ces dossiers sont en général accompagnés de longues dépositions effectuées par l'accusé, la victime et les témoins au *Königlichen Polizei-Präsidium*. Le dossier très touffu d'Alexander C. sert ici d'exemple. Alors qu'il a déjà fait deux séjours d'environ un an et demi dans l'*Idiotenanstalt* entre 1902 et 1909 associés à un diagnostic d'imbécillité, le jeune homme de 17 ans est placé une nouvelle fois à Dalldorf, mais cette fois-ci au sein de l'*Irrenanstalt*. Ce n'est toutefois pas tant son âge qui justifie qu'il ne soit plus admis dans la structure dédiée aux arriérés que le délit qu'il a commis. En effet, la déposition d'Adeline S. détaille le viol dont sa fille Gertrud a fait l'objet. Elle explique qu'Alexander aurait commis un attentat aux mœurs (*Sittlichkeitverbrecher*). Il aurait entraîné Gertrud dans des toilettes pour y tenir des « comportements obscènes » (*unzüchtige Handlungen*)¹⁸⁵, puis violer sa

¹⁸³ Comme le constate Anne Digby pour les enfants arriérés vers 1900 en Angleterre.

¹⁸⁴ En France, cette décision est régie par le code civil de 1804 établissant l'interdiction judiciaire pour les aliénés (chapitre II, art. 489 à 512). Selon l'article 64 du Code pénal de 1812, « il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pas pu résister », à entre comme l'absence de crime punissable par la justice. La notion de démence est à prendre ici au sens large et inclut notamment l'idiotie. Si le malade pénalement irresponsable est considéré comme dangereux comme c'est fréquemment le cas dans les dossiers évoqués plus loin, le préfet prend la mesure d'internement du placement d'office (régit par la loi du 30 juin 1838).

¹⁸⁵ Landesarchiv Berlin, A Rep 0003-04-04, Dossier médical n°5828, Extrait du dossier du *königliche Polizei-Präsident* à propos d'Alexander C., 13 septembre 1911.

filles. Elle témoigne ainsi à la police pour témoigner du préjudice subi par la fillette qui laisse également une déposition¹⁸⁶. Le rapport mentionne que son passé à Dalldorf empêche la procédure normale de se dérouler :

Alexander est idiot et était interné de 7 à 16 ans dans l'*Idiotenanstalt* dans la section des idiots. Depuis environ deux ans, il se trouve en soins (*in Pflege*) chez sa mère la veuve Bertha G. Une audition concernant sa responsabilité n'est pas possible car le jeune homme est malade mental¹⁸⁷;

La reconnaissance de l'irresponsabilité pénale du jeune homme fait qu'on ne peut procéder à un interrogatoire, et c'est l'internement d'Alexander à Dalldorf qui règle *de facto* le délit. Le parcours d'Alexander illustre aussi les limites du retour à domicile des arriérés qui dépassent l'âge limite de prise en charge dans les structures spécifiques telles que l'*Idiotenanstalt*. Une fois adultes, à moins d'être admis dans un service d'« incurables », ils retournent à la charge de leurs parents. Il montre aussi la complexité du jeu d'acteurs aboutissant à l'entrée dans un asile puisque dans le processus judiciaire, le témoignage d'une voisine est mis à contribution pour corroborer les propos de la mère. En effet, celle-ci a aperçu les événements depuis sa fenêtre donnant sur l'aire de jeu au moment où le garçon a « retroussé la robe de l'enfant et s'est mis sur elle dans une position semi-couchée »¹⁸⁸. Le fait qu'elle puisse décrire l'événement en détail montre en tout cas dans quelle mesure les individus ensuite internés sont dans la plupart de leurs gestes et comportement non seulement sous la surveillance des parents et la fratrie, mais aussi sous le regard du voisinage. Tous ces acteurs jouent ainsi un rôle tout à fait crucial dans l'identification de l'arriération et en définitive sont au cœur de ce que David Wright nomme le « processus de certification médicale »¹⁸⁹.

¹⁸⁶ C'est seulement en examinant les organes génitaux de cette dernière après que celle-ci se rende uriner de manière inhabituellement fréquente que sa mère a eu la preuve du délit commis sur Gertrud. Elle obtient alors une explication de sa fille qu'elle restitue devant la police : « Alex hat an meine Musch - den Ausdruck hat sie für ihre Geschlechtsteile - gespielt, und dann hat er seine Wurst in meine Musch gesteckt ». Landesarchiv Berlin, A Rep 0003-04-04, Dossier médical n°5828, Extrait du dossier du *königliche Polizei-Präsident* à propos d'Alexander C., 13 septembre 1911.

¹⁸⁷ „Alexander C. ist Idiot, und war von seinem 7. bis 16. Lebensjahr in der Irrenanstalt Dalldorf in der Idiotenabteilung interniert. Seit ca. 2 Jahren befindet er sich in Pflege bei seiner Mutter, Witwe Bertha C. [...] Von einer verantwortlichen Vernehmung ist abgesehen worden, weil der Bursche geisteskrank ist“. Landesarchiv Berlin, A Rep 0003-04-04, Dossier médical n°5828, Rapport de police, 13 septembre 1911.

¹⁸⁸ „Er hatte dem Kinde die Röcke hochgehoben, und sich vorn in halbliegender Stellung auf sie gelegt“. Landesarchiv Berlin, A Rep 0003-04-04, Dossier médical n°5828, Déposition de la voisine d'Adeline S.

¹⁸⁹ David WRIGHT, *Mental Disability in Victorian England*, *op. cit.*

4. Le goulet d'étranglement de l'école

a) L'éviction de l'institution scolaire

Un certain nombre d'enfants ou de jeunes adultes arrivent dans les services ou les établissements pour arriérés après une première expérience scolaire non concluante. Il s'agit alors le plus souvent de cas présentant un niveau d'arriération relativement léger, mais insuffisant à permettre le maintien dans une classe sans divers problèmes. Ainsi, les cas où l'exclusion de l'école est motivée par des raisons purement médicales ne sont pas les plus fréquents, mais ils existent. L'internement de Marcel B. est décidé en raison des crises d'épilepsie dont la fréquence croissante ont « entraîné l'exclusion de l'enfant de l'école »¹⁹⁰. Néanmoins, ce cas de figure s'avère plutôt rare comparé au motif pédagogique expliquant la trajectoire des enfants passant de l'école à l'asile.

Le premier motif de placement demandé par l'institution scolaire concerne le niveau trop faible de l'enfant. Louis K., admis en 1910 à Bicêtre, « est atteint d'imbécillité avec incapacité absolue d'apprendre quoique ce soit dans les écoles ordinaires »¹⁹¹. De la même façon, Robert F. intègre le service de Bicêtre en octobre 1889, avec la justification suivante : « Au point de vue de l'intelligence, il n'a pu encore rien apprendre à l'école où il avait été placé, il ne peut que répéter la dernière syllabe de la question qu'on lui pose »¹⁹².

A Berlin, le retard de Heinz B. apparaît au moment de sa scolarisation. Décrit comme assez vif, il confie au médecin scolaire qui l'examine en 1922 qu'il veut « devenir serrurier ou ramoneur ». Pourtant d'après ce que déclare sa mère, « il peut écrire très joliment, mais n'est pas en mesure de calculer ; il est malmené par ses camarades, et n'aime pas par conséquent jouer avec d'autres, mais aime bien rester assis avec ses jeux de construction, n'a pas de signe de susceptibilité excessive ». Cette difficulté à s'intégrer à la classe semble accentuer son retard scolaire puisqu'à 9 ans, il est resté au cours élémentaire, ce qui entraîne la décision de l'admission à l'*Idiotenanstalt*. De la même façon à Berlin, Emil J. est passé par la Charité et l'établissement privé Bethanien avant de passer plus de cinq ans à Dalldorf à l'instigation de la *Deputation für die städtische Irrenpflege*. L'ensemble de son dossier mentionne le fait qu'il a été scolarisé auparavant : le questionnaire rempli par ses parents en

¹⁹⁰ Archives APHP, Bicêtre, Registre d'observations médicales, 6R-126, Procès-verbal établi par le Dr Picard, octobre 1910.

¹⁹¹ Archives APHP, Bicêtre, Registre d'observations médicales, 6R-126, Procès-verbal concernant l'enfant Louis K., 14 avril 1910.

¹⁹² Archives APHP, Bicêtre, 6R-128, Registre d'observations médicales, Attestation du Dr Lemoine pour Robert F., admis le 4 octobre 1889 à Bicêtre.

vue de l'admission à Bethanien — un établissement privé berlinois — montre qu'il a été scolarisé à l'école, puis plus tard dans une *Nebenklasse* « sans succès »¹⁹³.

De manière générale, on constate ainsi dans les deux pays que la démocratisation de l'institution scolaire engendre un goulet d'étranglement pour les individus atteints d'une arriération légère. Alors qu'ils n'auraient pas été détectés avant la fin du XIX^e siècle et l'obligation scolaire, ceux que les aliénistes qualifient la plupart du temps de « débilés légers » sont envoyés dans un service spécial mécaniquement, lorsque leur niveau de compréhension trop faible les empêche de profiter de l'instruction. Pour éviter les propos redondant, on reviendra plus longuement sur ce phénomène dans le chapitre 4. Toutefois, on peut mentionner dès à présent que les sources montrent très nettement que le « niveau » au sens scolaire n'est pas le seul critère faisant passer des enfants de l'école à l'asile.

b) Un moyen de régler la question disciplinaire ?

Les écrits des instituteurs et les motifs de sortie de l'institution scolaire invoqués par les parents mettent en évidence le caractère central de certains comportements rédhibitoires invalidant une poursuite de la scolarité classique chez leurs enfants. Il peut s'agir d'un défaut d'attention comme c'est le cas de Lucien F. « débile mental avec incapacité à se livrer à une occupation suivie », mais dont « l'intelligence paraît normale ». Les atteintes portées à la discipline de la classe paraissent centrales. C'est après injonction de l'instituteur que les parents de Hardy C. écrivent à la direction de l'assistance pour demander une prise en charge partielle des frais d'admission de l'enfant :

Notre fils Hardy, âgé de 12 ans, fréquentait encore la 9^e *Hilfschule*. Comme d'après ce dont nous a informé Monsieur Hungelman, il perturbe fréquemment la classe, il nous est demandé urgemment d'amener notre enfant à l'asile pour idiots de Dalldorf. Nous nous sommes immédiatement présentés à l'inspecteur pédagogique Piper et nous demandons poliment l'admission de notre fils¹⁹⁴.

De manière semblable — mais là uniquement en ce qui concerne les classes ordinaires puisque les classes de perfectionnement ne sont créées que plus tard en France, comme on le verra dans le chapitre 4 — l'examen des répertoires d'observations médicales de Bicêtre montre que

¹⁹³ Landesarchiv Berlin, A Rep 0003-04-04, Dossier médical n°5586, Commentaire des antécédents d'Emil J., admis sur initiative de la *Deputation für die städtische Irrenpflege*, 27 avril 1914.

¹⁹⁴ „Unser Sohn Hardy C der im 12. Lebensjahr steht besuchte die 9. Hilfschule. Da er nach Mitteilung der Herrn Hungelmann den Unterricht häufig stört, so ist uns der dringende Rat gegeben unseren Sohn in die Idiotenanstalt nach Dalldorf zu bringen. Wir haben uns bereits dem Herrn Erziehungsinspektor Piper vorgestellt und bitten höflichst um Aufnahme unseres Sohns“. Landesarchiv Berlin, A Rep 0003-04-04, Dossier médical n°5827, Lettre du père Max C. à la direction de l'assistance, 23 avril 1913.

certains enfants sont placés dans le « service des idiots » au bout d'un long parcours dans l'institution scolaire qui n'est pas déterminé uniquement par leur inaptitude à atteindre un niveau leur permettant de suivre l'enseignement dispensé. André L., interné à Bicêtre sur placement d'office du préfet de Police « n'a pu être conservé à l'école à cause de son agitation » qui nécessite une « surveillance continuelle que la mère dit ne pouvoir exercer »¹⁹⁵.

Qui plus est, certains cas limites se trouvent à la frontière entre mise en danger de la sécurité publique et indiscipline perturbant la classe, à l'image de Gaston M., admis à Bicêtre en 1903 :

Ce petit malade a été renvoyé de toutes les écoles qu'il a fréquentées et dans lesquelles sa présence constituerait un danger permanent pour ses camarades. Sous l'influence d'impulsions dont il ne peut expliquer le mobile et auxquelles il lui est impossible de résister, il précipite du haut des escaliers les enfants qui se trouvent devant lui. Il est dangereux pour la sécurité publique, ne peut vivre au dehors et doit être enfermé dans un établissement d'enfants aliénés¹⁹⁶.

Ingérable dans l'école publique, il est exclu de toutes les classes au motif du danger qu'il représente pour la sécurité de ses camarades. Il est ainsi placé dans le service des arriérés avec pour diagnostic une « dégénérescence mentale avec impulsions violentes et mauvais instincts ». Le motif de la violence scolaire est souvent associé à d'autres éléments considérés comme pathologiques telles que celles décrites pour Maurice J. :

Je soussigné Dr Sion [...] certifie avoir été appelé à visiter le jeune Maurice J., âgé de 7 ans 1/2. Cet enfant est sujet à des accès de somnambulisme ; il se lève et marche la nuit en sommeil, il répond aux questions posées tout en dormant. De plus, il est fréquemment atteint de cauchemars. C'est un enfant névrosé, fils d'alcoolique qui a été interné à Villejuif à deux reprises différentes. Il part le matin et reste sorti pendant des jours entiers, il vole à l'étalage. Il est très brutal avec les animaux qu'il martyrise. Il est exclu de l'école où sa conduite était insupportable, les fois où il s'y présentait¹⁹⁷.

Les causes de l'exclusion de l'école restent pour le moins floues puisque l'enfant est simplement décrit comme « insupportable ». La lecture de ce certificat médical souligne comment tout un faisceau de motifs semblent être invoqués par les instituteurs pour éliminer les élèves problématiques de leur classe à des fins disciplinaires. Certains des enfants concernés cumulent ainsi les deux problèmes, comme dans le procès-verbal du dossier de Jean M. mentionne également que son « insuffisance manifeste des notions scolaires » mais surtout ses « perversions instinctives (violence, il a essayé de frapper sa sœur avec des ciseaux et son jeune frère avec un couteau) [...]

¹⁹⁵ Archives APHP, Bicêtre, 6R-127, Registre d'observations médicales, Arrêté de placement d'office du préfet de Police pour André L., né en 1903.

¹⁹⁶ Archives APHP, Bicêtre, 6R-118, Registre d'observations médicales, Dossier de Gaston M., admis le 13 mars 1903.

¹⁹⁷ Archives APHP, Bicêtre, 6R-121, Registre d'observations médicales, Certificat médical du Dr Sion pour l'admission de Maurice J. à Bicêtre, 12 août 1907.

rend impossible son éducation dans des conditions normales » et qu'on « ne veut plus le garder à l'école »¹⁹⁸. Pour certains enfants, la section de l'asile est même l'aboutissement d'un périple de l'école publique aux institutions privées jusqu'aux maisons de redressement :

Mis à l'école communale, [Fernand C.] n'a pu apprendre qu'avec beaucoup de difficultés ; il a ensuite été successivement dans une école privée, dans une pension comme interne. Il était très distrait, paresseux, il ne faisait que de simples progrès [...] Ses parents, invités à le retirer de la pension, l'ont placé dans une colonie des Sables d'Olonne. Il y est resté 8 mois ; on n'a pu le garder plus longtemps¹⁹⁹.

A Berlin aussi, on note plusieurs passages d'enfants d'une maison de redressement au service pour enfants arriérés de Dalldorf, et ce pour des motifs disciplinaires qui se surajoutent à ceux de nature pédagogique. Par exemple, Wilhelm A. « très mauvais à l'école » et « agressif envers les autres enfants » est placé dans une maison de redressement (*Strafgefängniss*) à Plötzensee dans la banlieue de Berlin. Son dossier mentionne des « tendances négatives (menteur, fainéantise, tendance au vol) ». Il est ensuite pris en charge à l'*Idiotenanstalt* de 1898 à 1900. A son arrivée, le médecin qui établit le *status praesens* lui demande d'expliquer la cause de sa présence dans l'asile. L'adolescent répond alors la chose suivante : « J'ai volé une paire de bottes à mon maître (*Meister*), alors il m'a battu et moi je l'ai frappé en retour, et là je me suis retrouvé au tribunal. Et là ils m'ont amené ici »²⁰⁰. Cette déclaration lapidaire illustre l'usage de contention sociale de l'asile, et ce particulièrement pour les individus délinquants et mineurs.

Enfin, la répression de la sexualité dans l'enceinte scolaire se retrouve à plusieurs reprises en tant que cause d'entrée à l'asile. Un enfant admis à Bicêtre en 1903 à 6 ans n'a par exemple pas « pu être gardé à l'école à cause de sa tendance à l'onanisme » d'après la déclaration de sa mère à l'admission. La tendance à la masturbation de soi ou d'autrui représente d'ailleurs un motif d'éviction classique de tous les établissements, qui fait atterrir invariablement à l'asile. Ainsi le jeune L., aveugle de naissance, « a des habitudes de masturbation pour lesquelles il aurait été renvoyé de l'Institut des jeunes aveugles », ce qui est « une raison suffisante pour demander son placement dans un asile spéciale (sic) » qui s'ajoute au fait qu'il « est hors d'état de subvenir d'une façon quelconque à ses besoins »²⁰¹.

¹⁹⁸ Archives APHP, Bicêtre, 6R-126, Registre d'observations médicales, Procès-verbal du 11 mars 1911 pour le placement de Jean M.

¹⁹⁹ Archives APHP, Bicêtre, 6R-127, Registre d'observations médicales, Procès-verbal concernant Fernand C., 21 juillet 1912.

²⁰⁰ Landesarchiv Berlin, A Rep 0003-04-04, Dossier médical de Wilhelm A., admis à l'*Idiotenanstalt* le 8 octobre 1898.

²⁰¹ Archives APHP, Bicêtre, 6R-126, Registre d'observations médicales, Certificat médical du Dr Vallat, 9 novembre 1907.

L'institution scolaire a donc contribué à la médicalisation de divers troubles du comportement et déviances. Exigeant une soumission de l'ensemble des enfants à une discipline, elle ferme les portes de l'école aux enfants désobéissants ou au comportement problématique²⁰². Le rôle joué par les instituteurs dans ce placement disciplinaire des enfants est d'ailleurs rappelé dans de nombreuses sources de l'époque :

Quand au contraire, il s'agit d'un enfant sans énergie, sans volonté, d'un désarmé qui sans être idiot est en retard sur les enfants de son âge, d'un malheureux petit dernier qui apprend mal ce qu'on ne lui enseigne pas toujours bien, l'instituteur déclare que l'enfant est paresseux, qu'il ne peut rien faire, qu'il faut le placer. Et les parents n'ont d'autre ressource que de faire admettre le petit arriéré dans un hospice²⁰³.

La « paresse » et le manque de volonté sont ici interprétées comme des motifs valades, mais ici du point de vue de l'institution scolaire, et correspondant à des catégories que les médecins invoquent également. C'est d'ailleurs un état de fait confessé par certains aliénistes, à l'image du médecin-chef de Hoerdt dans l'entre-deux-guerres. Le Dr Arsimoles rapporte en effet que

Les grandes villes pourvues de classes d'arriérés retiennent ces derniers, comme il est naturel, quand ils n'ont pas d'autres anomalies. L'institut médico-pédagogique est destiné à recevoir les arriérés originaires des petites localités sans ressources pour leur instruction : trop de ces derniers végètent dans des classes d'écoliers anormaux, où ils n'apprennent que le dégoût d'études au-dessus de leur portée intellectuelle. La plupart des arriérés d'âge scolaire (8 sur 10) étaient des instables, troublent la classe par leur agitation continuelle, et dont les instituteurs étaient heureux d'être débarrassés »²⁰⁴.

Ce rapport souligne le rôle joué par les instituteurs : le médecin-chef de l'asile de Hoerdt suggère clairement que l'internement représentait une aubaine pour eux, notamment pour des raisons disciplinaires. La part jouée par la profession dans le processus d'internement a certes fait débat en France, mais en ce qui concerne notre corpus, il est évident qu'on peut répondre par l'affirmative à la

²⁰² On peut nuancer ce constat en mentionnant que dans de rares cas, l'internement est également conçu comme une mesure de sortie de l'institution scolaire à des fins de protection de l'enfant des autres écoliers et des inimitiés que sa situation particulière génère. Le retard de Heinz B. apparaît au moment de sa scolarisation. Décrit comme assez vif, il confie au médecin scolaire qui l'examine en 1922 qu'il veut « devenir serrurier ou ramoneur ». Pourtant d'après ce que déclare sa mère, « il peut écrire très joliment, mais n'est pas en mesure de calculer ; il est malmené par ses camarades, et n'aime pas par conséquent jouer avec d'autres, mais aime bien rester assis avec ses jeux de construction, n'a pas de signe de susceptibilité excessive ». Cette difficulté à s'intégrer à la classe semble accentuer son retard scolaire puisqu'à 9 ans, il est resté au cours élémentaire, ce qui entraîne la décision de l'admission à l'*Idiotenanstalt*. Landesarchiv Berlin, A Rep 0003-04-04, Dossier administratif de Heinz B., Attestation du Dr Elkisch, 7 avril 1922.

²⁰³ L'auteur relève d'ailleurs l'effet iatrogène qui découlerait de cet internement de beaucoup d'enfants à l'origine scolarisés : « là, il est en contact avec toutes les maladies nerveuses, avec toutes les déchéances mentales, et malgré le grand dévouement de ceux qui le soignent, l'enfant « baisse » souvent de plus en plus, jusqu'au jour où, irrémédiablement perdu, il atteint l'âge de passer définitivement dans le quartier des aliénés adultes. Et la collectivité paiera bien cher à entretenir en plein fonctionnement le tube digestif ». Archives AHPH, Bicêtre, Articles de presse 9L 23, « Pour l'enfance : les enfants anormaux. Les indisciplinés. Le rôle de l'éducateur. Un nouvel établissement médico-pédagogique », Article de presse de E. Bois-Clément, s.d.

²⁰⁴ Archives départementales du Bas-Rhin AL 121 828, Rapport dactylographié du Dr Arsimoles sur l'institut médico-pédagogique – Fonctionnement et résultats depuis sa création, 21 septembre 1927.

question du rôle tenu dans l'entrée à l'asile de toute une catégorie de retardés mentaux légers²⁰⁵. La plupart des aliénistes semblent favorables à accueillir la population renvoyée par les instituteurs, car finalement celle-ci représente une population pour laquelle les tentatives éducatives apparaissent plus réalisables.

En définitive, ce processus témoigne ainsi d'une montée de la prérogative des instituteurs face au pouvoir médical — à laquelle s'ajoute celle des psychologues comme on le verra dans le chapitre 4. Cette rivalité est d'ailleurs visible dans les sources tirées de la pratique aliéniste du début du XX^e siècle. En 1912, alors que les écoles de perfectionnement ont été créées trois ans plus tôt en France, le directeur de Bicêtre rappelle au nouveau chef de service de la section des idiots que la 5^e et la fondation Vallée sont « des services d'aliénés ». A ce titre,

Avant de leur appliquer la loi sur l'enseignement du 11 avril 1909, il convient de respecter la loi du 30 juin 1848 qui régit leur fonctionnement en ce qui concerne notamment le maintien de l'autorité du médecin auquel on ne peut opposer l'autorité de l'éducateur, ce dernier devant toujours recevoir l'impulsion du premier, seul juge du degré d'instruction ou d'éducation qu'il y a lieu de donner aux jeunes malades.²⁰⁶

L'introduction possible d'instituteurs au sein de services tels que celui de Bicêtre est envisagée par l'institution psychiatrique comme « des étrangers introduits dans la bergerie »²⁰⁷. Ces considérations témoignent d'une concurrence explicite entre les deux champs disciplinaires.

Malgré l'existence de cette rivalité, les dossiers exploités montrent toutefois l'insuffisance de la thèse de Monique Vial et Jacqueline Gâteau selon lesquelles la question de l'anormalité est importée uniquement par les médecins aliénistes dans le champ scolaire. Les sources détaillant les motifs d'admission montrent l'irénisme de cette thèse qui veut que « la formulation des problèmes scolaires en terme d'anormalité ne fait pas partie des préoccupations des maîtres d'école qui ne cherchent pas à exclure des enfants du circuit normal mais bien plutôt à y inclure ceux qui ne la

²⁰⁵ Selon Francine Muel, l'école obligatoire a ainsi « inventé » l'enfance dite « anormale » et les classes spécialisées. Après 1882 émerge ainsi une frange d'enfants inaptes à l'enseignement ou rétifs à la discipline. Francine MUEL DREYFUS, *Enseignement primaire et éducation spécialisée : origines, mémoires, filiations*, Thèse, Paris, 1982. Cette thèse a agité le débat post-1968 et a été reprise par la sociologie : voir Patrice PINELL et Markos ZAFIROPOULOS, *Un siècle d'échecs scolaire s: 1882-1982*, Paris, Éditions ouvrières, 1983.

²⁰⁶ Archives APHP, Bicêtre, 9L49, 5^e et Fondation Vallée, Lettre du directeur de Bicêtre au chef de service Roubinovitch, 12 octobre 1912.

²⁰⁷ L'expression est employée la même année par M. Champroux à propos de la proposition Fleurot qui vise à permettre aux instituteurs à faire des stages au sein des sections d'anormaux placés en asiles. La réaction du directeur de Bicêtre montre que l'institution asilaire craint des critiques sur un éventuel « défaut de méthode pédagogique » ou un « défaut de résultats ». Archives APHP, Bicêtre, 9L49, 5^e et Fondation Vallée, Lettre du directeur de Bicêtre M. Champroux à André Mesureur, 12 août 1912.

fréquentent pas encore régulièrement » dans la pratique²⁰⁸. L'école, comme l'armée, représente dans une certaine mesure une institution « normative » œuvrant en faveur de ce que Michel Foucault nomme l'« orthopédie sociale »²⁰⁹. Selon Patrice Pinell, l'obligation scolaire entraînerait de ce fait « l'apparition de deux nouvelles figures d'enfants anormaux, l'instable et le débile, repérés socialement par l'école, et constitués comme anormaux par rapport aux normes scolaires » qui ont par là la propriété de révéler les anomalies dans la masse²¹⁰, hypothèse que nous examinerons dans le chapitre 4.

5. *Les demandes volontaires de parents payants ou hors secteurs*

Peu présentes dans notre corpus, en particulier à Bicêtre où les admissions volontaires restent moins fréquentes que pour les pathologies mentales concernant les adultes si l'on en croit une remarque du médecin chef, le Dr Naegeotte, dans un rapport de 1906, on peut essayer d'esquisser les motivations de ces requêtes atypiques. Ces demandes rares sont presque toujours issues de familles aisées écrivant de manière volontaire au directeur, parfois après avoir lu un prospectus vantant les mérites de l'établissement, ce qui n'est nullement surprenant puisque la démarche en elle-même suggère au moins une motivation spécifique. A Cernay, on rencontre ce cas de figure après la publication d'une brochure mettant en avant le « traitement médico-pédagogique » mis en place à l'IMP, offre qui motive la demande de la mère de Camille G. :

En prenant connaissance de votre programme d'éducation, plutôt un remède rééducatif qui lui peuvent apporter une amélioration de son état [...] Aussi voyant ces divers tics nerveux, ces différentes fautes de caractère, j'ai compris que l'enfant, plus tard, pouvant dans un accès de nervosité, nous porter préjudice et nous causer des désagréments, ne tenant pas en place, j'ai

²⁰⁸ Thèse qui reste par ailleurs la vulgate dans des ouvrages généraux. « Contrairement aux schémas habituels, ce n'est pas l'obligation de l'instruction primaire, instaurée en 1882, qui mène directement à la loi de 1909 sur les écoles et classes de perfectionnement pour enfants arriérés ». Agnès HENRIOT-VAN ZANTEN (dir.), *Dictionnaire de l'éducation*, Paris, Presses universitaires de France, 2008, p. 208.

²⁰⁹ On peut citer cette phrase célèbre pour appuyer le parallèle : « quoi d'étonnant si la prison ressemble aux usines, aux écoles, aux casernes, aux hôpitaux, tous qui ressemblent aux prisons ? ». Voir Michel FOUCAULT, *Surveiller et punir*, op. cit., p. 236. Dans le cas de l'école comme de l'armée, il s'agit, dans des contextes et des buts très différents, de contraindre l'écolier ou le militaire à l'application, la discipline et l'obéissance. Pour assurer leur mission, ces institutions quadrillent ainsi les individus, afin de les rendre dociles et utiles en leur renvoyant une exigence de l'ordre d'un devoir-être. D'ailleurs selon Stéphane Legrand, il n'y aurait pas de normes réellement existantes comme telles, mais seulement « la dispersion, la dissémination des énoncés matériellement existant susceptibles d'être déterminés comme normes aux termes d'un certain code et de fonctionner effectivement comme tels dans le cadre de certaines pratiques ». Voir Stéphane LEGRAND, *Les normes chez Foucault*, Paris, Presses universitaires de France, 2007, p. 11

²¹⁰ Patrice PINELL, « L'invention de l'échelle métrique de l'intelligence », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 108, n°1, 1995, p. 28.

conclu au vu de vos renseignements, que l'enfant dans vos mains pouvait devenir un homme, dans toute l'acception du terme : travaillant et se conduisant bien²¹¹.

La brochure consultée par les parents de Camille G témoigne d'une démarche volontariste de recherche de la meilleure institution. Les motifs invoqués rendent compte d'une volonté de choix optimal de l'asile pour les familles en mesure d'assumer la charge financière du placement. On peut interpréter une telle demande — certes minoritaire mais croissante — de placement volontaire comme une véritable « stratégie » qui suggère une certaine familiarité avec l'institution psychiatrique au sein de certains foyers.

Les familles avaient intégré l'asile dans leur système de traitement bien établi pour les déficients mentaux ou les malades chroniques, un système qui faisait un usage habile de diverses ressources formelles ou informelles disponibles dans la famille, le voisinage, et la communauté au sens large. Quand ces ressources échouaient, elles se tournaient vers l'asile, mais pas forcément comme une alternative permanente ou de long terme²¹².

L'écueil réside dans l'inadéquation entre l'espoir porté par les parents faisant des démarches poussées pour placer leur enfant dans le meilleur établissement possible, et l'aptitude de ce dernier à être à la hauteur des attentes. Suite à sa communication autour de l'IMP, des parents écrivent à l'institut en parlant de « publicité mensongère », de manière semblable à la communication faite au sujet d'un « traitement miraculeux » qui motive certaines demandes volontaires hors secteurs pour l'établissement d'Earlswood étudié par David Wright. Libres de la décision d'admission, les admissions volontaires impliquent aussi la possibilité de retirer le patient de l'établissement à l'importe quel moment, ce que ne se privent pas de faire bien des parents déçus de l'absence de guérison de leurs enfants.

A Cernay, les patients dont le prix de pension est entièrement payé par la famille peuvent bénéficier de dispositions particulières. Pendant la période allemande, le prix de 100 Mark monte à 320 dans le cas où la famille exige des prestations spéciales, par exemple une chambre individuelle ou des soins particuliers. De telles mesures permettent d'attirer un public aisé désireux d'individualiser les soins. Les directives laissées par le capitaine L. et son épouse expriment à ce titre une tentative de compensation de l'absence de soins personnalisés qu'implique la prise en charge institutionnelle, qu'ils se déclarent prêts à monnayer. Domiciliés place Kléber à Strasbourg, la relative distance empêche les parents de Jean L. d'être présents souvent. Pour compenser cette situation, l'admission de l'enfant s'accompagne de conseils très précis donnés au personnel de Saint-

²¹¹ Cette brochure sera analysée en détail dans le chapitre 5. Archives Cernay, 7M1 (dossiers personnels de malades), Carton 1927, Lettres K-Z, Lettre manuscrite de la mère de Camille G. à Madame la Supérieure directrice de Saint-André, s.l., s.d.

²¹² Patricia E. PRESTWICH, "Family Strategies and Medical Power", *op. cit.*, p. 810.

André, consignés sur une fiche de « renseignements spéciaux » tout à fait unique et donc vraisemblablement produite à leur propre initiative : « Dort souvent la nuque tendue en respirant difficilement. Sécher la sueur et ramener lentement la tête en avant malgré la résistance qu'elle oppose. Fermer la bouche »²¹³. Le capitaine L. estime demander « peu de choses », mais ses requêtes paraissent assez inhabituelles par rapport à la prise en charge dispensée aux autres patients. Le père envoie ainsi un questionnaire destiné au personnel soignant qui doit être renvoyé « au plus vite ». Il concerne des inquiétudes comme savoir si son fils s'est « déjà habitué à sa nouvelle vie », si on « le laisse se défouler sur le sol chaque jour », ou encore si ses nuits ou son appétit sont satisfaisantes. Tendanciellement, les travaux de Nancy Tomes esquissent un changement d'attitude envers le traitement en institution, montrant que « l'effet bénéfique accordé au traitement des troubles mentaux dans des institutions construites dans ce but apparaît être l'un des domaines majeurs dans lesquels les familles étaient prêtes à tenter les bénéfices réputés du traitement en isolement »²¹⁴. Cette démarche directive témoigne toutefois ici des limites de la confiance en l'institution. Les questions du père sont de son propre aveu destinées à conjurer le « désespoir de [sa] pauvre femme » du fait de la séparation, mais aussi de tenter de limiter la peur face à l'institution. En effet, le premier contact de la famille avec l'intérieur de la section des idiots en dit long sur le choc de la découverte de l'univers situé dans l'enceinte de l'asile et sa réalité quotidienne:

Ma femme veut aller à toutes forces vendredi ou samedi cette semaine à St-André. Ce qui l'a désespéré surtout, c'est qu'on lui a laissé visiter des salles de malades qu'il aurait mieux valu lui cacher, et que la Sœur Rosaire lui a dit qu'on n'essayait pas de faire marcher les 3 pauvres petits qui sont à l'infirmerie... et qu'il en serait pour le sien comme pour les autres (croit-elle). Croyez-vous qu'il ne serait pas possible à certaines heures du jour d'habiller un peu ces 4 pauvres petits et de les placer sur le sol de leur chambre recouverts d'une grosse couverture, sur laquelle ils se débattraient et s'amuseraient un peu. Ce serait peu de travail, je pense et le mien réclame certainement cette distraction à grands cris²¹⁵.

On sait peu de choses quant aux attitudes populaires face à la folie et en particulier l'arriération, et la façon dont la déficience mentale était intégrée au quotidien des familles. Cette source montre les sentiments et réactions qui étaient sans doute le lot de beaucoup de parents à l'occasion du premier contact avec l'institution asilaire : la peur de l'impuissance du personnel et de l'incurabilité, la souffrance et l'empathie pour les autres malades, le souci pour son propre enfant et le doute au sujet des chances de guérison qui s'offrent à lui. Les demandes d'admission payantes et

²¹³ Archives Cernay, 7M1 (dossiers personnels des malades), Carton 1927, lettres K-Z, Fiche de renseignements spéciaux concernant Jean L. émise par le capitaine L., s.l., le 11 juillet 1927.

²¹⁴ David WRIGHT, "Family Strategies and the Institutional Confinement of 'Idiot' Children in Victorian England", *op. cit.*, p. 197.

²¹⁵ Archives Cernay, 7M1 (dossiers personnels des malades), Carton 1927, lettres K-Z, Lettre manuscrite du capitaine L. à l'aumônier de l'institut, Strasbourg, 13 juillet 1927.

hors secteur font état d'une position plus exigeante qui correspond tout à fait à une remarque de Michel Foucault à propos des internements payants. Il souligne en effet que « si on demande à ta famille de payer pour que tu sois interné ailleurs que chez elle, il faut bien entendu qu'on garantisse à ta famille qu'on lui rendra quelque chose à son image »²¹⁶.

On retrouve à travers ces demandes le dénominateur commun qu'elles ne surviennent en général pas dans un contexte de crise ou suite à un événement indésirable vécu au sein du foyer. En cela, ce sont sans doute le seul type de demandes pour lesquelles on peut véritablement parler de « stratégies familiales ». Elles correspondent en effet au constat fait par David Wright :

En l'absence d'un incident particulier accélérateur [de la demande], la décision de familles aisées de recourir à la prise en charge institutionnelle reste une étude de cas fascinante sur la lente évolution du recours aux soins privés de la maladie mentale à domicile au traitement institutionnel formel²¹⁷.

En effet, ce ne sont pas tant les contraintes géographiques mais l'offre de soin particulière à certaines institutions qui sont à l'origine de la demande spécifique de certains parents.

Le chemin amenant à l'admission d'un malade arriéré met en jeu des demandes multiples de la part d'individus aux ressources et motifs divers, ou d'institutions assurant les intérêts conjoints du malade et de la société. Si l'on a étudié le chemin qui mène les malades considérés comme présentant un retard mental plus ou moins grave vers l'asile en France et en Allemagne, il est à présent nécessaire de s'intéresser au trajet inverse, pour comprendre brièvement que deviennent les patients qui sortent de chaque établissement.

²¹⁶ Michel FOUCAULT, *Le pouvoir psychiatrique*, *op. cit.*, p. 114.

²¹⁷ David WRIGHT, "Family Strategies and the Institutional Confinement of 'Idiot' Children in Victorian England", *op. cit.*, p. 197.

C. Après l'asile : devenir des malades à la sortie des sections pour arriérés

A la fin du XIX^e siècle, l'aliénisme présente des taux de guérison structurellement bas qui expliquent la rapide congestion de l'ensemble des asiles construits au cours du siècle. Les mentions de guérison des enfants placés dans des sections pour arriérés sont rarissimes²¹⁸. Ce constat explique la relative brièveté de cette partie consacrée à la sortie de l'asile par rapport à celle étudiant les motifs d'entrée à l'asile. Les sources sont en effet moins éclairantes sur ce point, hormis dans les cas où la sortie du malade est déterminée par un incident majeur. Malgré cette nuance, il convient de donner un aperçu des trajectoires de ces derniers alors qu'ils quittent l'établissement.

1. Le retour au domicile des parents

Le retour du malade au domicile des parents est fréquent et a lieu dans plusieurs cas de figure : lorsque l'état de l'enfant semble ne plus nécessiter une prise en charge institutionnelle, quand celui-ci dépasse l'âge normalement toléré pour la prise en charge sans que son état de santé ou son comportement soit jugé problématique ou dans une dernière configuration lorsque les parents réclament sa sortie de l'établissement.

Le retour au domicile semble souvent intervenir quand l'état de l'enfant s'avère trop peu sérieux pour qu'on lui offre une place à long terme dans une section spécifique aux arriérés, qui sont rares et par suite réservées aux cas les plus graves à la fin du XIX^e siècle. Ainsi Abel G. est admis à Bicêtre sur placement volontaire au motif de l'existence de « troubles nerveux avec excitation génitale » en 1903, raison pour laquelle il « n'a pu être gardé à l'école ». Il s'agit d'un enfant vraisemblablement valide, dont la prise en charge dans une institution se justifie donc moins que pour un autre qui cumulerait handicap physique et mental. Trois ans plus tard, il est rendu à sa famille et son dossier est clôt, ce qui atteste d'une absence dans l'asile²¹⁹. A Berlin, la durée moyenne d'hospitalisation moyenne calculée pour l'ensemble des patients de Dalldorf est de 300

²¹⁸ Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, N°5830, Dossier administratif de Fritz B., né le 20 novembre 1907 à Berlin, Rapport d'inspection du 4 février 1927.

²¹⁹ Archives APHP, Bicêtre 6R-118, Registre d'observation médicale (1903-1904), Abel G., Observation du Dr Magnan à l'Asile clinique, 16 juin 1903.

jours, et le retour au domicile justifié dans près de la moitié des cas par la mention « amélioré » (*gebessert*)²²⁰. De très rares dossiers médicaux portent même la mention « guéri ». Le dossier administratif de Fritz B. est l'un des rares dans lesquels on trouve la mention de « sortie de prise en charge guéri » (*geheilt aus des Pflege entlassen*). Il a été pris en charge à l'âge de 20 ans, ce qui laisse penser à une moindre gravité de son état. Pourtant, si les arriérés rendus au domicile des parents sont nombreux, force est de constater qu'une telle mention est rarissime dans les dossiers. L'arriération présente en cela une particularité au sein de la psychiatrie puisque les services qui lui sont dédiés présentent les taux de sortie généralement les plus bas²²¹.

Dans d'autres cas, ce sont les parents qui choisissent de reprendre l'enfant. Andrew Scull émet l'hypothèse que les familles fragiles sur le plan économique cherchent à « maximiser les revenus de leur foyer en déposant les membres improductifs, dépendants et perturbateurs dans les nouvelles institutions » créées dès milieu du XIX^e siècle²²². Mais on observe aussi l'inverse : certaines familles cherchent visiblement à récupérer les enfants ou adolescents dont la présence dans le foyer peut améliorer son fonctionnement. Les mentions de retour au domicile contre l'avis du médecin sont relativement nombreuses à Berlin. Dans beaucoup de cas, il est difficile de savoir si ce retour est choisi car la famille se trouve dans une situation plus apte pour s'occuper du déficient, ou pour d'autres motifs. Le rôle productif des enfants au sein du foyer est prouvé par certaines demandes pressantes de parents exigeant le retour de l'adolescent dans un but pragmatique. Même minime, son aide manque au fonctionnement de la cellule familiale. La mère de Heinz qui est pris en charge à l'*Idiotenanstalt* écrit à Piper qu'elle « aimerait bien l'avoir de nouveau à la maison » car, entré fréquemment, elle a « la conviction que l'enfant s'est déjà amélioré ». Elle demande ainsi à l'*Erziehungsinspektor* de permettre la sortie de Heinz car elle « est de plus toute seule [dans le foyer et] qu'il pourrait parfois [l'] aider »²²³. En effet, la perte d'un membre productif au sein du foyer et le manque matériel qui s'en suit peut être vécu comme un véritable drame au sein de la cellule familiale, ce qui explique la lutte de certaines familles pour récupérer certains individus encore capables de fournir un travail plutôt que de les laisser avoir une activité productive au sein de l'établissement. Ainsi, la présence ou non de l'enfant au sein de la famille semble bien déterminée

²²⁰ Andreas Dörries relève l'aspect galvaudé du terme : la mention « amélioré » (*gebessert*) n'implique en effet nullement que les phases dépressives ou les crises aient disparu du comportement du patient. T. BEDDIES (dir.), *op. cit.*, p. 337.

²²¹ D'après les statistiques élaborées par l'équipe de Thomas Beddies Voir l'ouvrage de T/ BEDDIES (dir.), *op. cit.*, annexes.

²²² J. MELLING, *op. cit.* p. 248. Voir aussi sur le sujet de la famille et des liens avec le malade mental A. SCULL, *op. cit.* ; Andrew SCULL, *The Insanity of Place - the Place of Insanity : Essays on the History of Psychiatry*, Londres, Routledge, 2006.

²²³ Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, N°5660, Dossier administratif de Heinz B., né le 15 août 1915 à Berlin, Lettre de la mère à H.Piper, 17 octobre 1924.

« autant par les préoccupations du foyer en vue de l'auto-suffisance que par un intérêt médical plus abstrait concernant les capacités mentales » comme le note Wright²²⁴.

A d'autres reprises, c'est suite à des observations négatives concernant la prise en charge que l'enfant est retiré. Ainsi le père de Hermann E. reprend précipitamment son fils suite aux échos négatifs qu'il reçoit de sa femme passée visiter l'enfant :

Monsieur Pieper (sic), je vous informe par la présente que j'ai retiré mon fils de l'asile mardi le 14 juillet entre 10h et 12h. Veuillez vous organiser. Ma femme a fait une visite à mon fils samedi et m'a confié que mon fils régressait de plus en plus, en se promenant dehors à l'air il ne reconnaissait même pas les choses qu'il portait sur lui, ne pouvait même pas marcher, si bien que la visite s'est [ill.] Mon fils va encore plus mal que lorsqu'il était à la maison²²⁵.

A Cernay, Marie-Antoinette F. est retirée après quelques semaines seulement de prise en charge, car « le père s'impatiente de ne pas voir de progrès »²²⁶. Les placements volontaires ou à plus forte raison payants induisent particulièrement ce type de réaction étant donné que l'accord du médecin n'est pas nécessaire pour sortir l'individu arriéré de l'asile. Ainsi, on peut postuler un certain comportement de consommation de l'institution, du fait d'un recrutement allant au-delà du public souvent contraint des asiles de Bicêtre et Dalldorf.

2. *Apprentissage et intégration dans une famille d'accueil : la Familienpflege*

Le système de la *Familienpflege* est effectif pratiquement dès le début du fonctionnement de Dalldorf, puisque le William Sander, futur directeur de Dalldorf, l'introduit dès 1884. Ce type de prise en charge hors des murs de l'asile qu'on abordera avec plus de détails dans le chapitre 5 constitue un débouché important vers lequel sont orientés les individus internés dans l'*Erziehungsanstalt*. En plus d'être un type de thérapie occupationnelle, les familles d'accueil sont aussi un bon moyen pour limiter la surpopulation de l'institution. Le système concerne particulièrement les déficients mentaux, qui représentent plus de la moitié des patients pris en charge par ce biais, alors qu'en moyenne sur la période la proportion est de seulement 7% des patients asilaires toutes pathologies confondues. Selon G.Kolb,

²²⁴ D. WRIGHT, *op. cit.*, p. 126-127.

²²⁵ Voir Andrew T. SCULL, *The Insanity of Place - the Place of Insanity: Essays on the History of Psychiatry*, Londres, Routledge, 2006.

²²⁶ Archives Cernay, 7M1 (dossiers personnels des malades), Carton 1938, lettres A-L, Certificat médical du Dr Stoeber adressé au préfet du Haut-Rhin à propos de Marie-Antoinette F., Cernay, le 29 juin 1938.

Les imbéciles et les idiots [sont] les formes qui sont les plus compatibles avec la *Familienpflege* et qui représentent véritablement une population asilaire stable de sorte qu'ils peuvent être acceptés prioritairement dans le système asilaire ouvert [...]. Quantitativement les imbéciles et les idiots sont fondamentalement les plus concernés par la FP²²⁷.

Toutefois, il faut bien noter que tous les enfants de l'*Idiotenanstalt* ne sont pas proposés pour aller en *Familienpflege*. Cette solution exige en effet qu'ils soient aptes au travail (*leistungsfähig*), ce qui est mentionné par le médecin dans certains dossiers à l'issue de l'examen à l'entrée dans l'asile. Le médecin mentionne alors dans le dossier l'incompatibilité du patient à la prise en charge en famille d'accueil, en général en raison de critères de l'ordre du caractère agité ou de faiblesse trop grande de l'enfant. Le dossier d'Helmut D. mentionne d'emblée à son entrée à l'asile que « l'enfant est très diminué mentalement et n'est pas apte à être en famille d'accueil »²²⁸.

La décision de réinsertion dans la société une fois que l'adolescent déficient a atteint d'âge de travailler ne se passe pas toujours bien. Des conflits existent entre autorité médicale et judiciaire quant à cette décision importante. Sorti de l'institut Saint-André à l'âge de 15 ans, Ernest F. est arrêté deux ans plus tard pour vol. Dans ce contexte, le juge d'instruction demande des renseignements à l'établissement :

Au moment de son admission, le médecin traitant a demandé l'admission dans l'institut médico-pédagogique (l'enfant étant très difficile à élever et arriération très prononcée). Au départ [...], l'arriération mentale ne s'était guère modifiée. A 14 ans, notre médecin spécialiste l'a classé parmi les débiles mentaux et a noté dans son dossier médical la remarque suivante : « lecture très hésitante, écriture satisfaisante, calcul : sait faire les additions, les soustractions avec retenue, les multiplication par un chiffre, pas les divisions ». Son caractère également ne s'est guère amélioré. A la fin du séjour, l'enfant a montré des tendances de perversion et de brutalité répugnantes pour les animaux. D'après notre opinion, F. était un sujet antisocial qu'on aurait dû laisser dans l'établissement pour lui faire apprendre un métier et ne le laisser sortir qu'après mûres réflexions. Notre médecin l'avait destiné pour le métier de cordonnier²²⁹.

On voit par cette description en quoi les acteurs gravitant autour de la décision de faire entrer ou au contraire de sortir l'arriéré de l'asile s'opposent. La logique institutionnelle veut que dans le cadre du développement du système de la *Familienpflege*, on tente autant que possible un désenfermement pour désengorger l'établissement d'un maximum de malades dont les pathologies leur permettent de travailler au dehors. Au contraire, le propos du juge résume bien en quoi cette logique s'oppose à l'impératif de sûreté et de préservation de l'espace publique. Le magistrat regrette

²²⁷ „Imbezille und Idioten [...] diejenigen Formen, welche für die Familienpflege am geeignetsten sind und ein durchaus stabiles Krankenmaterial repräsentieren [und] in die einheitliche öffentliche Irrenfürsorge einbezogen sind [...]. Quantitativ wesentlich bedeutender wird stets die Familienpflege der Imbezillen und Idioten sein“. KOLB, *op. cit.*, p. 282.

²²⁸ Landesarchiv Berlin, A Rep 0003-04-04, Dossier médical n°5900, Rapport de l'expert médical à propos de Herlmüt B., 17 février 1915.

²²⁹ Archives Cernay, 7M1 (dossiers personnels des malades), Carton 1938, lettres A-L, Rapport à M. le Juge d'Instruction du Tribunal de Première Instance de Sarlat en Dordogne, s.l., s.l.

que l'enfant, qu'il décrit comme un « sujet antisocial », soit sorti de l'établissement. Ainsi pour chaque malade, souvent plusieurs parcours sont possibles, du maintien à la décision de sortie, mais varient en fonction d'un arbitrage qui laisse plus de poids. A l'échelle de l'institution, une autre possibilité plutôt que d'assumer la remise en liberté du malade peut aussi être de plutôt le faire transférer dans un autre établissement, pour préserver l'espace public tout en se débarrassant des cas difficiles à l'échelle de chaque asile.

3. *Le transfert vers un autre établissement ou une autre section*

Le transfert des malades entre les différents établissements est une pratique courante. En France comme en Allemagne, on retrouve la trace d'individus aux aller-retours fréquents entre différents établissements à l'échelle régionale. Il s'agit toujours de malades pour lesquels est évoqué un changement de comportement brutal et problématique, pour lesquels des accès de violence, de débauche sexuelle ou des tentatives de fugues s'ajoutent au diagnostic posé à l'arrivée. De telles trajectoires sont désignées du côté allemand de l'expression parlant de « carrières d'asiles » (*Anstaltskarriere*). Il semble que les aliénistes cherchent prioritairement à se délester de ces cas problématiques, qui représentent un enjeu de gestion majeur au sein de l'établissement. Mais les changements d'établissement peuvent aussi survenir sans égard pour la gestion de la population de l'asile, en raison de l'âge du malade arriéré, qui est un point particulièrement épineux qu'il est nécessaire de traiter ici.

a) Une question d'âge ?

Etudier les individus atteints de retard mental a cela de problématique pour l'historien qu'il se trouve devant une population qui semble à jamais figée dans un stade enfantin et immature si l'on se réfère aux expressions et aux attitudes des contemporains. La représentation des malades mentaux comme d'éternels enfants est un *topos* dans les sources, utilisé le plus souvent sur un ton paternaliste²³⁰. Leur état mental amoindri et inférieur à celui d'un adulte dit « normal » n'est pas le seul motif de cette assimilation de l'arriéré à l'enfant. Pour certains, diverses infirmités ont un impact sur leur physique voir leur croissance, ainsi un nain décrit par un visiteur de Saint-André « a 87 ans

²³⁰ Ainsi Michel Foucault situe le début de cette idée que « le fou est comme un enfant » vers les années 1850-1860, idée qui est complétée à la même époque par celle de « le fou doit être placé dans un milieu analogue à la famille bien que ce ne soit pas la famille ». M. FOUCAULT, *Le pouvoir psychiatrique, op. cit.*, p. 109.

et ne mesure pas plus d'un mètre de taille », ce qui ne manque pas de provoquer l'étonnement²³¹. Les témoignages de surprise quand à leur apparence plus juvénile que leur âge ne le laisserait penser sont nombreux. Par exemple pour ce journaliste relatant une visite dans le « service des enfants épileptiques, idiots, fous et gâteux » :

Quand je dis : les enfants, je ne suis pas dans la vérité stricte, car, parmi les malheureux traités dans ce service de Bicêtre, il en est qui ont vingt, vingt deux et vingt quatre ans, mais qui, — c'est leur affreuse infirmité qui en est la cause — ne paraissent pas avoir dépassé leur 14^e année²³².

La confusion du journaliste est représentative de l'ambiguïté qui est permanente dans l'évocation du statut des malades arriérés à tous les stades de leur vie. Evoquant à leur propos les « petits infortunés » pris en charge dans le service, il narre leur réaction à l'arrivée du surveillant général du service en disant qu'ils se dirigent vers lui « en courant comme des poussins vers la poule ». Certes, de tels propos font écho à une conception générale de la maladie mentale qui, endommageant l'esprit et la réflexion, rend le malade de fait mineur, ce qui est d'ailleurs acté sur le plan juridique lors de son internement²³³. Néanmoins, on ne trouve dans nulle autre pathologie un tel accent mis sur l'éternelle minorité que pour la déficience mentale, et ce en France et en Allemagne. A cet égard, Bruno E. est décrit comme un « malade au niveau mental très bas. Malgré ses 19 ans, il donne l'impression d'être un enfant de 11 ou 12 ans »²³⁴, ce qui explique sans doute son admission dérogatoire à l'*Idiotenanstalt* à l'âge de 20 ans. A Cernay aussi, les malades restent toujours des enfants dans la plupart des discours, et ce quel que soit leur âge. Ainsi dans leurs correspondances avec les familles alsaciennes, les Sœurs évoquent les malades d'une manière enfantine, indifféremment de leur âge réel. Ils sont toujours désignés de termes protecteurs tels que les « petits protégés », faisant référence à la faiblesse physique qui les touche également, et leur besoin d'être « couvés. Leurs pathologies diverses leur confèrent pour toujours le statut de mineur. L'absence d'achèvement dans le processus de croissance ou la présence d'infirmités explique aussi l'assimilation fréquente de l'arriéré à un enfant, même lorsqu'il est devenu plus âgé. « L'idiot est une sorte d'enfant, ce n'est pas un malade ; c'est quelqu'un qui est plus ou moins enfoncé à l'intérieur

²³¹ A.S.C., CE 3M, Dossier 19 : « Lettres, rapports, comptes-rendus émanant d'autres personnes et concernant l'activité de l'institut », Louise Huber, « Le placement des enfants anormaux dans les trois départements recouverts », mémoire dactylographié, s.l., 1931, p. 26.

²³² Archives AHP, 646 FOSS 49, Article de presse de Jean Khiry, « Une visite à Bicêtre », *La Petit R.F.*, 1887.

²³³ L'idée que « le fou doit être traité comme un enfant » émerge selon Foucault à partir des années 1860. Par exemple, c'est à cette époque commence la prise en charge familiale dans la colonie de Gheel en Belgique, comme on le verra dans le chapitre 5 : « Nous pensons que l'homme malade a besoin de cette sympathie que cette vie de famille fait naître toute la première ». J. PARIGOT, *Thérapeutique naturelle de la folie. L'air libre et la vie de famille dans la commune de Gheel*, Bruxelles, J.B. Tircher, 1852, p. 13.

²³⁴ Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier administratif n°5670, Questionnaire rempli par les parents de Bruno E., 28 juin 1906.

d'une enfance qui est l'enfance normale elle-même »²³⁵. En effet, leur attitude est souvent jugée comme « anormale » par rapport leur âge biologique, mais compréhensible pour un âge plus jeune, ainsi que l'illustre ce récit d'une visite à Cernay à l'heure du goûter :

Ces petits ne mangent pas très proprement ; en voici un qui a renversé sa timbale, le café se répand sur la table, sur le plancher déjà parsemé de miettes. Voilà donc les enfants de 10, 11 ans n'ayant pas encore acquis les plus élémentaires habitudes de propreté. Sur un banc se tiennent quelques enfants qui ne peuvent pas marcher, un petit paralysé des jambes et des mains, attend son goûter²³⁶.

L'image de l'arriéré comme enfant découle d'une conception de la « normalité » intrinsèquement rattaché à la notion d'âge. A 10 ans, il est ainsi considéré comme inapproprié de manger sans respecter les habitudes de propreté qui sont considérées comme « élémentaires », c'est-à-dire représentant le premier degré de ce qui doit être su.

Or ce réel « enfoncement » au stade infantile qu'on constate dans les discours a des enjeux pratiques très importants. Sur le plan de l'admission et du maintien au sein d'un établissement, l'âge n'est pas du tout un paramètre anecdotique dans les sections mettant en place des actions de nature éducative destinées aux arriérés. En effet, l'IMP de Bicêtre tout comme les services pour idiots de Berlin et Cernay définissent une fourchette en terme d'âge d'admission en-dehors de laquelle les demandes ne sont acceptées qu'à titre exceptionnel. Elle va partout d'environ 7 ans jusqu'au début de ce qu'on appelle l'âge adulte²³⁷. A Berlin, les écarts face à cette règle semblent être dictés par la nécessité de trouver une place à un malade dans un contexte de surpopulation chronique de l'asile attenant. Ainsi en 1883, le malade le plus âgé a 33 ans, mais on le garde dans l'*Idiotenanstalt* car le nombre de pensionnaires est encore inférieur à la centaine. A Bicêtre, le règlement indique qu'« à 18 ans, si leur développement physique est insuffisant, ils sont passés aux adultes dans les 3 sections de l'asile pour moitié ; l'autre moitié, composée de malades le moins visités, est destinées à l'Asile de

²³⁵ Michel FOUCAULT, *Le pouvoir psychiatrique: cours au Collège de France, 1973-1974*, Paris, Seuil Gallimard, 2003, p. 207.

²³⁶ A.S.C., CE 3M, Dossier 19 : « Lettres, rapports, comptes-rendus émanant d'autres personnes et concernant l'activité de l'institut », Louise Huber, « Le placement des enfants anormaux dans les trois départements recouvrés », mémoire dactylographié, s.l., 1931, p. 26.

²³⁷ L'emploi du concept d'adolescence est certes un peu anachronique. On ne la retrouve dans aucune des sources étudiées, ce qui n'est pas surprenant étant donné que les arriérés sont considérés globalement comme des enfants, n'empruntant jamais le chemin vers l'âge adulte. Néanmoins étant donné que la notion apparaît dans les écrits des pédagogues et médecins à la fin XIX^e siècle dans le contexte de la Révolution industrielle, puis dans les écrits judiciaires après 1900 concernant la criminalité adolescente, nous nous autorisons à l'utiliser à quelques occasions pour parler de la période précédant l'âge (biologique) adulte des patients évoqués. Voir Agnès THIERCE, *Histoire de l'adolescence, 1850-1914*, Paris, Belin, 1999

Villejuif»²³⁸. On place ainsi dans un asile plus éloigné ceux dont il est peu probable que leurs parents habitant à Paris viennent les visiter. Ainsi Jacques L. passe « aux vieillards » — selon l'expression consacrée dans les dossiers des malades — pour les raisons suivantes :

Atteint d'arriération intellectuelle, est actuellement amélioré au point de pouvoir sortir de la section, mais qu'en raison de ses infirmités (syndactylie, polydactylie, myopie, tics) qui le mettent dans l'impossibilité de gagner sa vie et que, en conséquence, il convient de le faire passer dans une des divisions de l'hospice²³⁹.

Symboliquement, le passage à l'âge adulte est une sorte de vieillissement augmenté à Bicêtre, puisqu'il signifie l'entrée à l'hospice. La comparaison avec Berlin est ici particulièrement éclairante : dans une logique similaire à ce qui se passe à l'IMP, l'*Idiotenanstalt* limite également sa prise en charge à l'intervalle de 7 à 16 ans. Par contre, il n'y a pas de pavillon dit des adultes à Dalldorf : celui dans lequel sont envoyé les malades dont l'âge excède celui toléré est le pavillon 10, c'est-à-dire celui des incurables et infirmes (*Siechen*)²⁴⁰. A Cernay, la division se fait de manière similaire dès que la structure est assez grande : dans l'entre-deux-guerres, la césure majeure se fait entre pavillon des « incurables » et IMP.

Ce qui est dit et organisé de manière plus explicite à Berlin ou à Cernay dès les années 1920 montre pourtant un point commun significatif entre les deux établissements français et allemands : l'abandon de toute démarche thérapeutique ou éducative une fois l'âge dit « adulte » atteint. Ainsi l'âge a un sens en réalité, puisque contrairement à leur appellation « d'enfant », les arriérés de plus de 18 ans ont cela d'adulte qu'ils n'ont plus droit d'aller à l'école et d'être éduqué. La plupart des aliénistes rappellent d'ailleurs dans leurs conseils aux parents que l'admission la plus précoce possible est celle qui garantit le meilleur taux de réussite. Bourneville par exemple le répète dans de nombreuses publications. Ce dernier rappelle ce sens institutionnel de l'âge est rappelé à la Commission de surveillance des asiles de la Seine en 1905 :

Il n'est pas possible de déclarer, dès l'entrée, si tel enfant sera ou non un incurable (sauf bien entendu le cas où un certain âge est atteint : on ne dresse pas un vieux cheval, on ne dirige pas un vieil arbre, on ne palisse pas une vieille vigne)²⁴¹.

La restriction faite par le médecin-directeur est capitale : elle montre en effet que même un aliéniste refusant tout déterminisme quant à l'éducabilité des arriérés la refuse pourtant à ceux ayant

²³⁸ Archives APHP, Bicêtre, 9L49 : Rapports d'inspection et renseignements, Notes et renseignements sur le service des enfants arriérés du Dr Nageotte par le Directeur de Bicêtre M. Mulheim, 19 juin 1909.

²³⁹ Archives APHP, Bicêtre 6R-113, Registre d'observations médicales, Rapport de Bourneville pour le passage de Jacques L. à l'hospice de Bicêtre, 1899.

²⁴⁰ Voir en annexe le plan de Dalldorf.

²⁴¹ Archives de Paris, D1 X3 14-54 : Procès-verbaux de la Commission de Surveillance des asiles publics d'aliénés du département de la Seine (1885-1934), Rapport de 1905, p. 120.

dépassé un « certain âge ». L'argument invoqué est de l'ordre de la sagesse populaire et pourrait être exprimée en ces mots : on ne guérit pas un vieil arriéré. Mais où commence alors la vieillesse pour des individus qu'on assimile par ailleurs à des enfants ? La limite d'âge n'est pas absolue en pratique. Certains individus sont tolérés dans les sections au-delà de l'âge réglementaire quand ils peuvent y apprendre un métier. Ainsi Wilhelm B. entre à l'*Idiotenanstalt* à 17 ans, c'est-à-dire d'emblée un an après la limite supérieure fixée²⁴². Dans un de ses écrits, Bourneville évoque la question du passage entre service des enfants et des adultes en faisant le constat qu'en 1900, le service compte « 70 enfants ayant plus de 18 ans ». Le chiffre illustre une certaine souplesse dans les pratiques. Surtout, l'antiphrase employée par Bourneville témoigne de l'ancrage fort de la vision des arriérés comme des enfants.

C'est en réalité l'intérêt pour l'institution qui semble être le critère le plus déterminant. Les restrictions en terme d'âge, qui paraissent aller de soi puisqu'elles se basent globalement sur l'âge de l'obligation scolaire, représentent pour les médecins un outil permettant de gérer l'effectif des asiles. On l'observe à l'échelle de l'institution : dans une lettre au préfet de la Seine, le successeur de Bourneville, le Dr Nageotte, signale un autre « mode d'assistance ». Il déclare en effet au responsable administratif de la décision d'internement à l'échelle du département de la Seine qu'on peut agir par « le dégagement rigoureusement régulier des services d'enfants par le passage aux adultes de ceux qui ont plus de 18 ans et ont un développement physique en harmonie avec leur âge »²⁴³. Il n'est pas question ici de développement intellectuel ou d'éducabilité, mais seulement physique. L'évaluation sur l'incurabilité de l'individu paraît peu importer par rapport aux impératifs de l'institution qui impose le « dégagement » des plus de 18 ans s'ils sont aptes à changer de section. On observe le même phénomène à l'échelle individuelle. Dans un certificat médical établi à Cernay en vue de l'envoi d'une pensionnaire âgé de plus de vingt ans dans un établissement pour vieillards en raison de son état stationnaire, le médecin responsable motive sa demande d'admission par le fait que le départ de cette malade lui permettra « d'obtenir de la place pour les enfants plus jeunes »²⁴⁴. Là aussi, c'est un enfant qui part vers un asile de vieillard, pour être remplacé par un enfant plus jeune. On l'a compris, il n'est pas tant question d'âge que d'incurabilité. L'avancement en âge est

²⁴² Après un an de formation, le jeune homme est placé en *Familienpflege*, où les retours sont enthousiastes. Travaillant chez un vannier de Bernau, il fabrique des corbeilles à linge dans l'atelier et Piper a la certitude dès la première visite qu'il pourra « devenir un vannier utile » (*brauchbarer Korbmacher*). Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier administratif n°5665, Questionnaire rempli par la mère de Wilhelm B., s.d.

²⁴³ Archives APHP, 646 FOSS 1: Diplômes et lettres D.-M. Bourneville, Lettre manuscrite au préfet de la Seine, p. 6.

²⁴⁴ Archives Cernay, 7M1 (dossiers personnels des malades), Carton 1938, lettres A-L, Questionnaire pour la visite médicale de Jeanne C. dont l'admission à l'Hospice Départementale de Vieillards et Incurables de Gorze doit être proposée, Cernay, s.d.

moins synonyme d'entrée dans l'âge adulte que dans celui de l'incurabilité. Le pavillon des « adultes » est à Bicêtre un euphémisme qui désigne celui des incurables. Un journaliste parisien relate le basculement que représente le passage des individus « irrémédiablement perdus » dans ce quartier :

Là [dans l'asile] il est en contact avec toutes les maladies nerveuses, avec toutes les déchéances mentales, et malgré le grand dévouement de ceux qui le soignent, l'enfant « baisse » souvent de plus en plus, jusqu'au jour où, irrémédiablement perdu, il atteint l'âge de passer définitivement dans le quartier des aliénés adultes. Et la collectivité paiera bien cher à entretenir en plein fonctionnement le tube digestif²⁴⁵.

La chronicité de l'arriération doit donc également être située dans le contexte institutionnel. Ces services conçus comme éducatifs deviennent en réalité l'entre-chambre de l'installation définitive dans le secteur psychiatrique pour les individus qui y entre, du fait des logiques institutionnelles et d'ordre médical, ce qu'on étudiera plus en détail dans le chapitre 5.

b) Un moyen de se débarrasser de ceux que la direction juge « indésirables »²⁴⁶ ?

A Berlin, l'âge est loin d'être le critère principal de sortie de l'*Idiotenanstalt*. On a vu plus haut qu'après une période d'observations, un premier tri était effectué afin d'envoyer les épileptiques à Wuhlgarten et les cas les plus graves d'arriération sans danger pour la sécurité publique à Buch. Plus tard dans la prise en charge, des réorientations peuvent néanmoins intervenir qui créent des mouvements dans la population de l'asile de Dalldorf.

Le comportement problématique d'un pensionnaire joue un rôle encore plus important. L'impossibilité de le guérir arrive au premier chef. Hermann Piper écrit par exemple au père de Georg C. pour lui demander s'il l'autorise à faire passer rapidement l'adolescent de l'institut à l'asile lui-même car il ne serait « plus adapté à l'*Idiotenanstalt* et dommageable pour son entourage »²⁴⁷. Décrite comme souffrant d'une « arriération avancée » (*fortgeschrittene Verblödung*), Else C. sort de l'asile de Dalldorf après l'échec de son éducation à l'*Idiotenanstalt*. Dans un état toujours stationnaire, elle est ensuite hospitalisée dans une maison de santé à Schöneberg. La suite de son dossier médical offre un instantané stéréotypé et lapidaire : chaque 1^{er} avril, un rapport médical est établi par un médecin de l'établissement, qui atteste simplement de l'état d'idiotie persistant de la patiente (*vollständig blöde Kranke*) maintenant adulte, qui est « mis à part cela calme » (*sonst ruhig*)

²⁴⁵ Archives APHP, Bicêtre, 646 FOSS 46 : Articles de presse 1878-1888. *Varia*.

²⁴⁶ Un enjeu essentiel qu'on abordera de manière plus détaillée dans le chapitre 5.

²⁴⁷ „Da sich derselbe für die Idiotenanstalt nicht mehr eignet und erschädlich auf seine Umgebung wirkt“. Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n°5813, Lettre de Hermann Piper à propos de Georg C., s.d.

et n'est toujours pas propre (*unsauber*)²⁴⁸. De tels constats laconiques sont la règle pour tous les patients jugés incurables et transférés vers des maisons de santé de long séjour. Ils témoignent du fait que l'état d'idiotie, considéré comme immuable une fois la majorité atteinte, donne lieu à des soins uniquement corporels mais plus du tout en vue d'éduquer les sens.

La violence ou l'agitation soudaine d'un pensionnaire est un autre motif de transfert. A Cernay, Louise Huber mentionne « un homme qui a déjà été interné dans 7 établissements différents, d'où on l'avait toujours renvoyé »²⁴⁹, au sujet d'un arriéré particulièrement ingérable par les crises d'agressivité. De nombreux dossiers témoignent de l'apparition de problèmes au moment de l'adolescence. Les médecins notent pour d'Edouard B., admis à l'âge de 10 ans, une dégradation de son état nerveux se manifestant progressivement par des ongles rongés aux quatre membres, des jeux nocturnes gênant les autres patients et enfin une désobéissance et agressivité :

Brutal, irritable, bouscule et frappe les enfants. Il faut le surveiller continuellement. Quand on l'enferme, il démolit les murs. Il ne se passe pas une semaine qu'il ne commette un acte délictueux. A frappé un camarade sur la tête avec une paire de ciseaux. Il faut souvent l'enfermer pendant plusieurs jours²⁵⁰.

Ce comportement oblige le médecin de l'établissement à demander son transfert à l'asile de Rouffach alors qu'il a vingt-deux ans. Le basculement dans un comportement provoquant le transfert dans un asile peut toutefois apparaître inopinément à tout moment de la vie. Ainsi Charles B. est à Saint-André depuis 1906 et a presque 40 ans quand son attitude provoque sa sortie de l'établissement vers un asile d'aliéné.

Troubles mentaux. Ceux-ci sont caractérisés par une imbécillité profonde avec troubles graves du caractère : accès de colère, violences envers son entourage, haines envers certains de ses camarades, dont il lacère les vêtements et auxquels il dérobe ou démolit les objets personnels, dans un esprit de vengeance et pour leur créer des difficultés en cherchant à les faire accuser des méfaits commis par lui. En outre, B. s'est évadé à plusieurs reprises, dans les derniers mois. Il émet aussi, lorsqu'on lui fait des observations, des idées de suicide. Il est à considérer comme dangereux pour lui-même et pour son entourage et l'on doit redouter un mauvais coup de sa part. Est inaccessible au raisonnement et depuis quinze jours [si bien qu'] on est obligé de le maintenir enfermé. Pour ces motifs je déclare qu'il est nécessaire de faire placer Jules B. d'urgence dans un asile d'aliénés²⁵¹.

²⁴⁸ Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n°5822, Rapport du Médecin-chef de la maison de santé de Schöneberg à propos d'Else C., 1^{er} avril 1906.

²⁴⁹ A.S.C., CE 3M, Dossier 19 : « Lettres, rapports, comptes-rendus émanant d'autres personnes et concernant l'activité de l'institut », Louise Huber, « Le placement des enfants anormaux dans les trois départements recouverts », mémoire dactylographié, s.l., 1931, p. 18.

²⁵⁰ Archives Cernay, 7M1 (dossiers personnels des malades), Carton 1937, lettres A-L, Rapport médical du Dr Stoeber à propos d'Auguste B., Cernay, 29 décembre 1924.

²⁵¹ Archives Cernay, 7M1 (dossiers personnels des malades), Carton 1937, lettres A-L, Certificat médical du Dr Stoeber au sujet de Jules B., Cernay, 8 janvier 1936.

On le voit, la dangerosité attribuée au malade est déterminante, et la limite entre arriération et maladie mentale pure et simple ténue. La lecture des dossiers médicaux des patients laisse parfois apparaître de manière totalement inattendue des accès de violence soudain chez des arriérés ayant été paisible pendant des années, voire des décennies comme c'est le cas pour Charles B.

Tous les patients ne sortent pas de l'établissement pour être transférés ailleurs. Certains sont simplement transférés de l'*Idiotenanstalt* à l'asile. Le parcours d'un jeune homme transféré de l'*Idiotenanstalt* au pavillon 9 de l'asile de Dalldorf alors qu'il est encore en âge scolaire suffit à illustrer les enjeux d'une telle décision. Fritz D. est âgé de 13 ans et pris en charge à la fin du mois d'avril 1902 à l'*Idiotenanstalt* dans lequel il fait un séjour pour le moins rapide de seulement deux mois. Son comportement trop agité explique le choix de l'envoyer à l'asile :

Le patient s'endort tardivement [...] Il est très agité, court ci et là, émet des sons gutturaux, ne parle pas du tout. Il a déjà essayé de goûter de l'urine et des selles, est très sale au moment des repas, attrape tout avec ses mains [...] Il réagit immédiatement aux appels, tend la main sur demande, très maladroit dans ses déplacements. Le patient joue souvent avec ses parties génitales, enlève à chaque instant ses chaussures²⁵².

Chaque manifestation d'agitation dans les dossiers médicaux des malades représente un pas de plus vers l'abandon de toute tentative d'éducation, et surtout figure comme motif majeur de transfert vers une section réservée aux agités et incurables. Il semble ainsi que les critères disciplinaires pèsent autant que les paramètres pédagogiques dans la décision de sortie de l'*Idiotenanstalt* vers l'asile lui-même. Il faut souligner que la décision n'est pas irrévocable, et que les allers et venues sont fréquents. Ainsi Emil K. accumule les aller-retours entre l'*Idiotenanstalt* et l'asile, justifiés notamment par le fait qu'il « se masturbe sans gêne devant les autres patients et le personnel, déchire ses habits et ceux d'autres malades ». Il est finalement gardé à l'asile après l'âge limite de ses 16 ans, et au bout de dix ans passe à nouveau dans l'*Idiotenanstalt*, ce qui est inhabituel²⁵³. A Bicêtre enfin, on peut faire le même constat. Maurice L., admis en octobre 1913, passe à la section des adultes quelques mois plus tard. Ce changement intervient non en raison de son âge, mais de son comportement devenu violent. La force physique de l'adolescent explique également la décision prise par le médecin-chef du service de Bicêtre :

²⁵² „Pat. schläft spät ein[...] Er ist sehr unruhig, läuft hin und her, gibt grunzende Töne von sich, spricht gar nichts. Er hat bereits Urin und Kot zu geniessen versucht, ist sehr unsauber beim Essen, fasst immer mit den Händen [...] Auf Anruf reagiert Pat. gleich, reicht auf Aufforderung die Hand hin, in seinen Bewegungen sehr ungeschickt. Pat. spielt häufig an seinen Geschlechtsteilen, zieht sich alle Augenblick die Schuhe auf“. Landesarchiv Berlin, A Rep 0003-04-04, N°5923, Dossier médical de Fritz T., né le 19 février 1888 à Berlin, *Krankengeschichte* du 23 avril 1902.

²⁵³ Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n°5966, Certificat de réadmission d'Emil K. à l'*Idiotenanstalt*, 1892.

Est atteint de débilité mentale avec épilepsie et troubles mentaux consécutifs aux accès. Ce malade âgé de 15 ans et demi jouit d'une force physique très considérable et se livre pendant ses crises d'excitation à des actes violents très dangereux pour son entourage. Il détruit tous les objets qui se trouvent à sa portée : mobilier, literie, etc. Dernièrement, il a arraché une barre de fer de son lit et en a menacé l'infirmière. Le service d'enfants n'étant pas organisé pour traiter des sujets aussi violents et dangereux, j'estime qu'il y a lieu de transférer le malade Loiseau dans une section d'aliénés adultes. Signé : Dr J.Roubinovitch²⁵⁴.

L'évaluation de la force physique joue ici un rôle vraisemblablement important. Les anticipations de l'éducabilité du malade se retrouve en permanence en balance avec la potentielle éducabilité. Le fait qu'elle soit employée à mauvais escient pour Maurice L. et le fasse apparaître comme un patient « menaçant » et « dangereux » pour son entourage et le personnel soignant. Celui-ci doit passer à un service qui serait organisé pour répondre à de tels accès, sans doute grâce à des moyens de contention ou la présence de gardiens hommes, ce qui n'est pas le cas du personnel du service de Bicêtre, composé majoritairement d'infirmière. La pratique de l'emploi de personnel de sexe féminin, choisi en priorité à cause des vertus maternelles qu'il incarne, montre à ce titre ses limites dans des situations violentes qui mettent elles aussi à l'épreuve la notion d' « enfance » et l'imaginaire d'innocence qui y est associé.

²⁵⁴ Archives APHP, Bicêtre, 6R-121, Registre d'observations médicales, Rapport du Dr Roubinovitch demandant le transfert de Jacques L. à la section des adultes, février 1914.

D. Vivre dans l'institution

1. Choisir l'institution

a) L'asile comme moyen de régler un problème familial et social

Les correspondances entre la famille et la personne internée qu'on a pu aborder témoignent de liens d'affections qui sont entretenus par l'écriture, qui permet de maintenir un lien familial vivace par la création d'une proximité proscrite par le traitement en institution.

Pourtant, on a vu que la présence d'un déficient mental parfois de degré très lourd est génératrice de grandes tensions au sein du foyer. C'est en ce sens qu'il faut comprendre la remarque la mère supérieure qui dirige l'institut Saint-André qui explique que son établissement « a le double but de débarrasser les familles de ces pauvres anormaux incurables et insupportables et de faire l'éducation des anormaux éducatibles dans [l'] institut médico-pédagogique »²⁵⁵. Cette fonction de l'asile de « débarrasser » les familles de la charge liée à l'arriération contribue à comprendre le succès croissant des asiles et la surpopulation rapide des sections pour idiots une décennie seulement après leur création. La dureté de la tâche peut l'expliquer, car nombre de patients « demandent pour arriver à la délivrance de la mort, un dévouement de tous les instants et une somme de sacrifices devant lesquels la plupart des hommes reculeraient épouvantés »²⁵⁶. Dans certains cas toutefois, le recours à l'institution relèverait d'un moyen de régler des tensions familiales fortes.

Ce sujet paraît difficile à aborder en dehors de l'utilisation de sources institutionnelles mettant forcément en exergue les conflits et violences à des fins d'internement. Ainsi, les familles qui utiliseraient l'asile comme « bouche-trou structurel » — pour reprendre l'expression de l'historien Thomas Droske — paraissent être moins susceptibles que d'autres de garder des relations avec l'individu interné, épistolaires notamment. Pourtant, à de rares occasions, la rancœur restituée par voie écrite des relations envenimées avec la famille. Wilhelm A. est interné dans plusieurs asiles dont l'*Idiotenanstalt* de Dalldorf de 1898 à 1900. Son dossier médical le décrit comme atteint d'imbécillité ou de « faiblesse d'esprit » (*Schwachsinn*). Il a eu à faire avec la police plusieurs fois suite à des vols, et à ce propos son dossier mentionne ses « mauvaises tendances (mensonge,

²⁵⁵ A.S.C., CE 5M1, Dossier 20/2 : « Relations avec les instituts similaires », Lettre de la mère supérieure à M. Schumann, Cernay, le 13 juin 1939.

²⁵⁶ A.S.C., CE 3M1, Dossier 19 : « Lettres, Rapports comptes-rendus émanant d'autres personnes et concernant l'activité de l'institut », Article « La charité en action à Saint-André. Les Sœurs de la Croix, 100 ans au service de la misère », signé F.W., s.l., 1948.

fainéantise, tendances au vol) »²⁵⁷. Pouvant « lire de manière fluide » (*kann fliessend lesen*) et sachant résoudre des opérations de calcul complexes d'après un rapport de l'*Erziehungsinspektor*, il est pourtant placé à Dalldorf au motif de sa déficience mentale (*Idiotie*). Alors qu'il est interné dans le pavillon 5 de l'asile, il écrit à sa famille pour demander de lui envoyer des cigarettes. La longue lettre qu'il reçoit alors de son frère permet de prendre la mesure de l'exaspération de la famille de Wilhelm face à ses ennuis avec la justice et la dépendance qui en résulte :

Tu écris à Papa et Maman qu'ils doivent encore une fois pardonner ce qui est déjà arrivé cent fois. Tu sais quel est le sort de nos parents, et toi ! Si tu restes parmi nous, tu nous entraînes tous à six pieds sous terre ! Tu écris pour demander des cigarettes, n'as-tu pas honte ! Tu as tout eu. Tu ne peux pas supporter la bonté [...]. Tu as reçu 9-10 Mark. Ce n'était pas assez. Alors tu as encore pompé 3 Mark et Papa a de nouveau dû payer. Tu es une personne qui revient toujours quémander comme les chiens, et qui ne sait pas chérir le bien²⁵⁸.

Son internement a sans doute servi à désamorcer un problème familial, sans grand succès toutefois. Outre les cas d'arriération lourds, la dépendance ou l'« anormalité » du comportement de certains individus qualifiés d'arriérés est générateur de tensions au sein du foyer, qui sont vraisemblablement une raison pour les familles de les tenir éloignés du cercle familial. A l'instar des travaux d'Akihito Suzuki pour l'Angleterre victorienne, cet exemple montre comment

La prétention à l'harmonie domestique était urgemment requise par une société nourrissant le mythe puissant de l'amour familial et du refuge de la vie privée à l'intérieur de la maison familiale, renforcé par la croyance forte dans les obligations familiales qui distinguent ces années comme l'« âge d'or » de la vie familiale révéralent les liens de parenté comme l'ancrage le plus important d'une « société en bouleversement et en danger de désintégration »²⁵⁹.

Ainsi cet exemple permet d'illustrer en quoi l'existence de tensions à l'intérieur de la famille entraînées par la coexistence avec l'individu déficient — sur le plan physique, mental, et même social comme on le voit ici — a offert un terreau favorable au recours de plus en plus fréquent à l'institution²⁶⁰.

²⁵⁷ « Schlechte Neigungen (Lügner, Faulheit, Neigung zum Diebstahl) », Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n°5604, Rapport extrait de la *Krankengeschichte* de Wilhelm A. lors de son passage dans l'asile de Landsberg, 8 août 1903.

²⁵⁸ Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n°5604 de l'enfant Wilhelm A., Lettre de son frère Fritz, 4 octobre 1903.

²⁵⁹ Joseph MELLING, „Family Matters? Psychiatry, Kinship and Domestic Responses to Insanity in Nineteenth-Century England“, *History of Psychiatry*, 2007, vol. 18, n° 2, p. 248

²⁶⁰ Ces tensions intrafamiliales sont reliées au handicap dans le cinéma d'Ingmar Bergman : « D'où qu'il vienne, le conflit existe en famille. Par la nature même de la famille, en tant qu'institution sociale, reproduction des catégories ou spirale infernale de la détestation et du non-dit. Toute l'originalité de Bergman est que ses films ne développent quasiment jamais, au sein du drame, l'idée de non-dit. Ce dernier est présent, toujours, mais explose, trouve sa fin dans la parole, et dans la violence de cette parole. Du simple fait que la famille soit naturelle *stricto sensu*, elle engendre une sorte de dégénérescence physique et mentale : l'enfant malade, handicapé mental, handicapé du sentiment, handicapé de la pensée, n'est pas rare [...] L'enfant malade médicalement, la fille souvent, est toujours là pour rappeler que les deux faces du lien parent/enfant, père/ fille ou mère/fille. Dans *Sonate d'automne* (1973), Léna ne marche pas, ne parle

De la même façon que les récits de crimes commis par des déficients mentaux mettraient l'accent sur leur dangerosité qui est construite dans bien des cas, l'affaire Eon n'a d'utilité que de mettre en avant un cas extrême d'enchaînement entre une demande institutionnelle insatisfaite et un déchaînement de violence toutefois rarissime. Dans beaucoup de cas, si l'on se penche sur les sources issues des familles elles-mêmes après l'internement du proche arriéré, c'est non de haine mais simplement de souffrance et d'impuissance dont il est question, vis-à-vis d'une pathologie contre laquelle la science médicale reste totalement impuissante.

b) La nécessité médico-juridique : isoler pour guérir

Il apparaît que dans leur organisation même, les mécanismes d'assistance obligent parfois les parents à exagérer la nuisance afin d'obtenir une place dans des services qui sont sans cesse plus congestionnés. En France, l'article 8 de la loi de 1838 concernant les placements volontaires organise la procédure de placement volontaire à la condition suivante :

Un certificat de médecin constatant l'état mental de la personne à placer, et indiquant les particularités de sa maladie et la nécessité de faire traiter la personne désignée dans un établissement d'aliénés, et de l'y tenir renfermée.

Or si les places viennent à manquer, ce sont avant tout les cas d'arriération tenus pour des menaces pour la sécurité publique auxquels on gardera des places en priorité puisque « les hospices et hôpitaux civils seront tenus de recevoir provisoirement les personnes qui leur seront adressées »²⁶¹. Les placements d'office sont prioritaires et commandés par l'autorité administrative.

Michel Foucault cite les exemples de la radicalisation induite par ces dispositions dans la description de l'arriération par les médecins

Pour qu'un conseil général, une préfecture, une mairie acceptent et soutiennent l'internement d'un idiot, il fallait que le médecin garantisse à l'autorité en question que non seulement l'idiot était idiot, que non seulement il n'était pas capable de subvenir à ses propres besoins [...], il fallait, et c'était à cette seule condition que les collectivités ou les autorités locales

quasiment pas. Alors que la mère de Léna et d'Eva revient après sept ans d'absence, elle refuse de voir sa fille, épreuve trop douloureuse pour cet être égoïste et coupable [...] l'enfant est ici un poids pour les parents, affectif, financier parfois ». Ariane Beauvillard, « Famille je vous hais : Ingmar Bergman », Site du journal *Critikat*, <http://www.critikat.com/panorama/dossier/ingmar-bergman.html>, consulté le 28 juillet 2015.

²⁶¹ Selon l'article 24 de la loi de 1838, qui précise que « dans toutes les communes où il existe des hospices ou hôpitaux, les aliénés ne pourront être déposés ailleurs que dans ces hospices ou hôpitaux. Dans les lieux où il n'en existe pas, les maires devront pourvoir à leur logement, soit dans une hôtellerie, soit dans un local loué à cet effet. Dans aucun cas, les aliénés ne pourront être ni conduits avec les condamnés ou les prévenus, ni déposés dans une prison ».

acceptaient de l'assister, il fallait dire de plus qu'il était dangereux, c'est-à-dire qu'il était capable de commettre incendies, homicides, viols, etc²⁶².

L'internement jouerait par là un rôle « par défaut », qu'on observe particulièrement bien au sujet de la catégorie des enfants, pour laquelle aucune structure n'était prévue à l'époque. Plus, on retrouve dans cette analyse une limite propre aux mécanismes qu'on vient d'examiner, à savoir que l'érection de la dangerosité comme critère de l'assistance promue par l'Etat entraîne mécaniquement une exagération de celle-ci afin de maximiser les chances d'internement.

L'expédient joué par des services, à l'origine dédiés à des tentatives d'éducation nécessitant patience et temps de la part du personnel, a un impact certain sur le fonctionnement des institutions et l'efficacité qui leur est attribuée, comme on le verra dans le chapitre 5. Pourtant cet effet pervers contenu dans le principe même de l'assistance a aussi des conséquences en terme de biais dans l'image de nuisance associée aux arriérés, très certainement amplifiée par l'exaspération de cette réputation de dangerosité. Les mécanismes du placement d'office exigent que les médecins sont progressivement obligés de certifier la dangerosité de l'idiot pour espérer obtenir son assistance :

La notion de danger devient la notion nécessaire pour faire passer un fait d'assistance en phénomène de protection, et pour permettre à ce moment-là que ceux qui sont chargés de l'assistance l'acceptent [or] ce problème du coût de l'anomalie va avoir une incidence formidable, parce que, à partir de ces plaintes des médecins qui, en 1840-1850, se plaignent d'être obligés d'accuser les idiots d'être dangereux, vous voyez se développer petit à petit toute une littérature médicale qui va se prendre elle-même de plus en plus au sérieux, qui va, si vous voulez, stigmatiser le débile mental et en faire effectivement quelqu'un de dangereux²⁶³.

Bourneville n'est pas le dernier à participer à ce processus de certification de la dangerosité de l'idiotie, écrivant en 1895 que « l'anthropologie criminelle a démontré qu'une grande proportion des criminels, des ivrognes invétérés et des prostituées est, en réalité, des imbéciles de naissance que l'on n'a jamais cherché à améliorer ou à discipliner »²⁶⁴.

On peut ajouter à ce qu'en dit Foucault que tabler sur la dangerosité de l'idiot sert bien à protéger les arriérés sur le plan social, mais peut-être aussi à légitimer l'existence de ses services contestés de Bicêtre et de la fondation Vallée, partant du postulat que « d'une façon ou d'une autre les anormaux tomberont à notre charge et si nous ne prévoyons pas des annexes pour les classes et

²⁶² Michel FOUCAULT, *Le pouvoir psychiatrique*, op. cit., p. 217.

²⁶³ *Ibid.*, p. 218.

²⁶⁴ D-M Bourneville, *Assistance, traitement et éducation des enfants idiots et dégénérés*, Paris, Imprimerie des enfants, 1895 .

les asiles, nous serons obligés d'en prévoir pour les hospices, les asiles d'aliénés et les prisons »²⁶⁵. Il s'agit d'une idée globalement admise par la plupart des médecins et politiques.

Obligeant certains médecins à exagérer leurs déclarations et dramatiser le danger représenté par l'arriéré afin d'obtenir un placement d'office, à l'inverse l'aveu de non-dangerosité entraîne le rejet de la demande de recours à la structure asilaire. Ainsi dans l'affaire Eon qu'on a déjà évoqué plus haut, malgré les maltraitances subies, Marie est inoffensive et de surcroît « jouissait d'ailleurs d'une robuste santé ». Quand ses parents visiblement peu enclins à s'occuper de la jeune femme de vingt-deux ans s'adressent à un médecin pour la faire admettre dans un asile, la demande est refusée car « son état parfaitement inoffensif ne permit pas de l'admettre d'office »²⁶⁶. Ce refus entraîne une radicalisation de la situation :

C'est alors qu'ils la renfermèrent dans un bâtiment inhabité attenant à leur demeure [...] Celle-ci [sa belle-mère] la frappait malgré ses plaintes et lui adressait des invectives grossières, lui reprochant de ne pas mourir assez vite ... La séquestration de Marie Eon dura ainsi jusqu'au 19 septembre. Lorsqu'à cette date ses parents vinrent s'établir à Combourg, elle était d'une faiblesse telle qu'elle dut être portée. Les époux Eon l'installèrent dans un hangar clos seulement de trois côtés ; logée dans une armoire défoncée, elle était vêtue d'une misérable chemise et couchée sur une paille infecte. La nourriture et les soins les plus simples lui faisaient défaut, comme à Saint Léger. Elle avait toujours à subir les mauvais traitements de sa belle-mère et, bien que sa situation empirât visiblement, elle resta ainsi jusqu'au dernier jour et mourut sans qu'un médecin ait été appelé²⁶⁷.

Il faut garder à l'esprit que, parmi les familles demandeuses, toutes n'obtiennent pas une place pour leur enfant idiot à l'asile. Les requêtes à répétition sont courantes, et souvent plusieurs mois voire plusieurs années sont nécessaires. Le fait divers de la famille Eon illustre à ce titre une radicalisation extrême de la situation de demande institutionnelle non aboutie²⁶⁸.

Toutefois, on ne peut étudier l'histoire de l'arriération par l'unique biais de sources décrivant des faits divers sordides, qui donneraient une image distordue de la place des déficients mentaux

²⁶⁵ A.S.C., CE 3M, Dossier 19 : « Lettres, rapports, comptes-rendus émanant d'autres personnes et concernant l'activité de l'institut », Louise Huber, « Le placement des enfants anormaux dans les trois départements recouverts », Mémoire dactylographié, s.l., 1931, p. 5.

²⁶⁶ Archives APHP, Articles de presse 646 FOSS 24, « Malveillance : un enfant martyr - la séquestrée de Combourg », La Lanterne, 28 février 1888.

²⁶⁷ *Ibid.*

²⁶⁸ L'article de presse joue volontairement sur les ficelles du genre à des fins de dramatisation : le journaliste accentue la situation familiale en recourant abondamment à la figure de la marâtre chère aux contes de fée. Celle-ci se serait « immédiatement montrée d'une brutale dureté pour les 3 enfants du premier mariage, surtout pour Marie Josèphe, que son infirmité lui rendait plus odieuse encore. L'épouse Eon sera condamnée aux travaux forcés à perpétuité par la cour. Archives APHP, Articles de presse 646 FOSS 24, « Malveillance : un enfant martyr - la séquestrée de Combourg », La Lanterne, 28 février 1888.

dans la société, et surtout au sein de leur famille. S'il est inhérent aux sources aboutissant à la décision d'internement de mettre en avant le négatif de la relation, les correspondances tenues entre les parents et le proche maintenu en institution montrent une toute autre image de la place de l'arriéré au sein de la famille.

2. *Pénétrer dans l'institution : arrachement à la famille et attachement épistolaire*

Pendant longtemps, le domaine de l'écriture de l'histoire de la santé mentale — et par là du handicap — a été une histoire essentiellement tournée vers les institutions et les concepts mobilisés par les médecins. Des thèmes comme ceux contrôle social ou l'importance du rôle des familles dans l'internement, mais aussi le manque de sources, conduit à négliger une autre facette des rapports de l'entourage avec l'institution et ceux qui y sont pris en charge. Depuis quelques décennies se manifeste néanmoins une tendance, en France comme en Allemagne, à aller vers une histoire de la vie quotidienne (*Alltagsgeschichte*). Pour l'établissement de Cernay, on a eu la chance de trouver de nombreux courriers dans les dossiers médicaux de patients. Ces correspondances tenues entre la famille de l'arriéré et le nouveau foyer du proche — *via* l'aide des Sœurs rédigeant la plupart du temps les courriers de réponse à la place de l'enfant — représentent une source particulièrement précieuse. L'interface que représentent ces documents entre les deux instances qui se complètent temporellement pour prendre soin de l'individu déficient représente une fenêtre originale dans l'histoire du handicap. Certes, les malades restent des acteurs muets dans l'écriture de cette histoire du quotidien, écueil indépassable puisque dans la plupart des cas incapable d'écrire. Néanmoins le malade, et par là son état de santé, son confort, ses progrès, représente le sujet central des courriers qui sont échangés²⁶⁹. Comme l'ont fait valoir certains chercheurs depuis la fin des années 1980, il est nécessaire que les historiens « prennent en considération les relations entre les familles, les asiles et l'Etat afin de donner une image plus nuancée du confinement et de l'internement »²⁷⁰.

²⁶⁹ Voir Catharine COLEBORNE, "Families, Patients and Emotions: Asylums for the Insane in Colonial Australia and New Zealand, c. 1880–1910", *Social History of Medicine*, vol. 19, n° 3, 2006, p. 425-442 ; A. SCULL, *The Most Solitary of Afflictions*, *op. cit.*

²⁷⁰ Voir Mark FINNANE, "Asylums, Families and the State", *Historical Workshop Journal*, vol. 20, n°1, 1985, p. 134-148.

a) « Se substituer au cocon protecteur de la famille »²⁷¹ : les échanges épistolaires

« L'entrée à l'asile, la vie à l'asile impliquent nécessairement la rupture avec la famille » selon Michel Foucault. Andrew Scull qualifie quant à lui la maladie mentale de « plus solitaire des maladies »²⁷². Pourtant, les arriérés pris en charge dans les services étudiés ne sont pas toujours seuls : dans une minorité de cas, ils font l'objet de visites, reçoivent parfois du courrier, voire dans de rares cas des présents. A Berlin et Cernay, la grande majorité des patients semblent sans nouvelles — en tout cas sur le plan écrit — de leurs parents et proches. Il faut d'emblée interroger la nature de l'établissement quant au fait que le fonds de l'institut Saint-André de Cernay représente la quasi-totalité des correspondances exploitées. Michel Foucault établit une distinction entre la maison de santé payante qui fonctionne sur le modèle familiale avec la famille qui continue à jouer son rôle à l'extérieur, par opposition à l'asile qui lui impose « un type de contrainte qui est entièrement extra-familial »²⁷³, mais qui n'est pas suffisante à comprendre cette asymétrie²⁷⁴.

Ce type de source est ainsi peu fréquente eût égard à la masse d'archives explorée. Néanmoins, quand elles existent, les correspondances des familles s'enquérant de la santé d'un proche interné donnent l'image de liens forts existant malgré la séparation. Les souffrances engendrées par le placement de l'enfant déficient mental sont manifestes et montrent l'importance des relations de parenté sur le plan émotionnel ainsi que l'influence de la famille sur le déroulement et l'issue de la prise du patient arriéré²⁷⁵. Ne pouvant lui-même répondre dans la plupart des cas, celui-ci reste au centre des lettres échangées entre la famille et les personnes travaillant dans l'institution. Elles contournent par là un principe fondamental de la cure psychiatrique — l'isolement du malade — qui ne se justifie qu'imparfaitement pour la catégorie des arriérés²⁷⁶. Ce sont parfois aussi les frères et sœurs qui écrivent.

²⁷¹ „Eine Stätte bereit werden, welche ihren die fürsorgende Elternliebe nach Kräften ersetzen“. On reprend ici une expression employée par Hermann Piper pour qualifier l'action de l'établissement. Hermann Piper cité par Wolf STENDER, *Hundert Jahre „Klinik Wiesengrund“: Eine medizinhistorische Untersuchung zur Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie*, Berlin, 1982, p. 12.

²⁷² Andrew SCULL, *op. cit.*

²⁷³ Michel FOUCAULT, *Le pouvoir psychiatrique*, *op. cit.*, p. 108-115.

²⁷⁴ Et ce pour plusieurs raisons : d'une part, on a retrouvé des correspondances multiples des familles d'accueil avec l'*Erziehungsinspektor*, ce qui prouve bien que l'institut réservé aux idiots n'excluaient pas la correspondance avec l'extérieur même si celle-ci paraît peut-être davantage être une nécessité du traitement en famille. D'autre part, la question de la taille de la structure n'est pas un paramètre explicatif : seuls une centaine d'arriérés étaient pris en charge dans l'*Erziehungsanstalt* de Dalldorf au début de la période étudiée (l'asile dans sa totalité est bien plus grand), contre d'emblée plusieurs centaines à Cernay.

²⁷⁵ Ce constat est également fait par Nancy Tomes dans son travail sur les asiles américaine. Voir Lynn GAMWELL et Nancy TOMES, *Madness in America : Cultural and Medical Perceptions of Mental Illness before 1914*, New York, Cornell University Press, 1995.

²⁷⁶ Il s'agit du principe de distraction, selon lequel tout doit être mis en œuvre pour tenter d'éloigner le malade mental de sa folie, ce qui implique qu'elle ne soit pas vue par des témoins. Cette séparation d'avec la famille s'explique aussi par le fait que les aliénistes la voient comme l'environnement dans lequel la folie a écloué, dont on doit ainsi éloigner le malade.

Contrairement à Bicêtre où les sources ont disparues, les indices d'un contact avec les parents au cours de la prise en charge à Dalldorf existent. Les demandes de vacances à domicile des enfants ne sont pas rares. Par contre, les exemples de correspondances suivies dans les dossiers berlinois représentent l'exception. A Berlin, la mère de Paul B. envoie plusieurs cartes postales où elle confie qu'elle se « languit beaucoup de lui » (*großer Sehnsucht nach ihm*)²⁷⁷. Suite au placement de sa fille à l'*Idiotenanstalt*, la mère de Gerda D. entretient une correspondance pendant près de vingt ans avec l'*Erziehungsinspektor*. Repartie à Munich avec son mari trompette dès 1914, elle demande régulièrement des nouvelles de sa fille par courrier, en donne du frère de la patiente et de leur lieu de séjour (« le bonjour des montagnes ») et agrmente la correspondance de cartes postales à caractère souvent religieux. Elle dit avoir « une grande nostalgie de son enfant » (*Habe große Sehnsucht nach meinem Kinde*) et hésite à la reprendre avec elle.

A l'inverse, les cas d'enfants arriérés écrivant à leurs parents sont rarissimes pour des raisons évidentes. Courts, ces courriers demandent sont le plus souvent écrits pour demander des visites voire réclamer aux parents le retrait de l'asile, à l'image de la lettre de Reinhold S. à son père :

Mon cher Pappa (sic),
Je te dis que je veux retourner à la maison [...]. Ecris à l'assistance que je veux voir Maman [...]. Et dis à l'assistance que je veux aller à la maison.
Cher Papa je ne veux pas d'argent. Et je veux Maman. Cher Pappa je veux aller tout de suite à la maison écris vite à la direction.
Plein de baisers de ton fils Reinhold²⁷⁸

De même, Hans B. écrit à sa « chère mère » une carte postale : « viens donc pour Noël en vacances si tu as le temps. Je suis en bonne santé êtes vous en bonne santé venez me saluer »²⁷⁹. Portant la mention « retourné à Wittenau », on peut douter du fait que la famille de Hans ait lu cette lettre un jour.

En tant que pathologie souvent congénitale, l'arriération semble ainsi moins conditionnée par ces principes qui justifient un éloignement de la famille. Michel FOUCAULT, *Le pouvoir psychiatrique*, op. cit., 100.

²⁷⁷ Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier administratif n°5656, Carte postale manuscrite de la mère de Paul B., s.d.

²⁷⁸ „Mein lieber Pappa, /Dass ich wieder zu Hause will, sag ich [...], schreibe nach der Fürsorge und will Mamma sehen [illisible]. Und so nach der Fürsorge zu Hause will. /Lieber Papa will keinen des Geld nicht. Und will Mamma. Lieber Pappa so fort will ich zu Hause schreibe so fort nach der Direktion. /Viele Grüßen von deinem Sohn Reinhold“. Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n°5944, Lettre (*Feldpostbrief*) de Reinhold F. à son père écrite lors de son séjour au pavillon 9, 1917.

²⁷⁹ „Liebe Mutter, Kommt doch zu Weihnachten auf Urlaub [ill.] wenn du Zeit hast. Ich bin gesund seid ihr doch gesund kommt mich zu grüßen“. Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier administratif n°5836, Carte postale écrite par Hans B., s.d.

Les correspondances sont pratiquement toujours tenues par l'intermédiaire d'un tiers étant donné que les enfants ne sont pas capables de déchiffrer ni d'écrire de longues lettres. Ce sont alors des membres du personnel — Herman Piper à Berlin ou les sœurs de la Croix à Cernay — qui lisent en principe les lettres aux enfants, puis répondent. A la mère de Jean M. demandant des nouvelles de l'état de santé de son fils, la Sœur Artémia répond que :

Jean a bien grandi, mais malgré les bons soins que nous lui donnons il ne peut ni marcher ni parler. Il est toujours bien gai dans son lit. Pour le faire profiter du beau temps, nous le transportons sur la terrasse²⁸⁰.

L'établissement de relations épistolaires régulières donne parfois l'occasion aux parents de se confier sur leurs sentiments et états d'âme quant à la maladie qui touche leurs enfants. Ainsi la mère de Gerda D. revient sur l'origine supposée de la déficience mentale de sa fille, qu'elle pense due à des mauvais traitements.

Ai demandé à monsieur le directeur de me donner des nouvelles de l'état de Gerda et si elle est toujours à l'hôpital [...] Si j'avais su ce que je sais à présent, que la seconde femme de mon ancien mari est de cette sorte, et je peux en apporter les preuves n'importe quand, je ne l'aurais pas laissé entre de telles mains prêtes à battre et à maltraiter un enfant jusqu'à ce qu'elle devienne idiote, car aussi longtemps que j'avais mon enfant [avec moi] elle était parfaitement normale²⁸¹.

Contrairement aux lettres qui ne sont pas lues par les enfants, les cadeaux font souvent l'objet d'une joie particulière des enfants. Wanda est arrivée à Dalldorf alors que sa mère, abandonnée par un mari alcoolique et violent, souhaitait la garder chez elle. Pour pallier l'éloignement — en dehors de vacances passées au domicile, elle lui envoie à plusieurs reprises des cadeaux, comme par exemple une poupée qu'elle reçoit par l'entremise d'une visite en avril 1912²⁸². A Cernay aussi, les enfants reçoivent des présents par voie postale, par exemple Marcel A. à qui la mère annonce :

Papa t'a envoyé un petit colis et puis il t'en enverra encore un pour le jour de l'an dedans nous t'avons mis un harmonica que tu avais demandé à Papa quand il avait été te voir, je pense que

²⁸⁰ Archives Cernay, 7M1 (dossiers personnels des malades), Carton 1937, lettres A-N, Lettre dactylographiée de Sœur Artemia à la mère de Jean M., Cernay, le 17 mai 1934.

²⁸¹ „Habe an das Krankenhaus geschrieben, bin aber bis heute noch ohne Antwort. Möchte Herrn Direktor untertänigst gebeten haben, mir Nachricht zukommen zu lassen, wie es der Gerta geht, und ob sie noch im Krankenhaus ist [...] Hätte ich gewusst was ich jetzt weiß, dass die zweite Frau meines ehemaligen Mannes eine diese ist, den Beweis hierfür kann ich jederzeit erbringen, hätte ich es nie in solchen Händen gelassen, die ein Kind geschlagen und misshandelt hat bis es blödsinnig wurde, so lange ich mein Kind hatte war es ganz normal“. Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier administratif n°5861, Lettre manuscrite de la mère de Gerda D., Munich, s.d.

²⁸² „Vater ? Hat uns vor mehrere Jahre verlassen, kam oft betrunken nach Hause, Mutter zankte, hat uns oft geschlagen. Weiß nicht, wo er ist. / Mutter ? Sophie L. / Mutter gut ? Ja, Mutter wollte mich zu Hause behalten, aber der Onkel wollte nicht. / Wie heißt Onkel ? Gaspar S., wohnt bei uns im Hause, weiß nicht, weshalb er mich forthaten wollte“. Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n°5954, Questionnaire (*Fragebogen*) rempli par les parents de Wanda L., 31 mars 1911 à Dalldorf.

tu vas bien être content. Tu nous écriras une lettre pour nous faire savoir de tes nouvelles et puis aussi si tu as reçu le colis²⁸³.

Dans de telles situations, ce sont alors les religieuses qui, à Saint-André, attestent aux parents de la bonne réception des colis envoyés aux pensionnaires, et vont jusqu'à narrer la réaction des enfants à l'ouverture des présents.

Le colis envoyé en date du 13 du mois dernier a fait plaisir à ce cher petit Jean, également les chaussettes lui ont été agréables ; merci pour le contenu de ce paquet avec une affectueuse caresse de la part de votre cher enfant²⁸⁴.

Le personnel soignant représente un intermédiaire pouvant dispenser l'attention qui ne peut l'être par la famille en raison de l'internement, et ce à des moments comme les anniversaires :

Dans une vaste salle une vingtaine de petits garçons sont assis à une grande table. C'est le goûter. Une religieuse distribue le café dans des tasses en aluminium. Chaque petit a un énorme morceau de gâteau (c'est jour de fête) [...] De temps en temps un enfant se retourne, lève son gâteau pour le montrer et pousse un cri de joie. Ces petits ne mangent pas très proprement ; en voici un qui a renversé sa timbale, le café se répand sur la table, sur le plancher déjà parsemé de miettes. Voilà donc les enfants de 10, 11 ans n'ayant pas encore acquis les plus élémentaires habitudes de propreté. Sur un banc se tiennent quelques enfants qui ne peuvent pas marcher, un petit paralysé des jambes et des mains, attend son goûter²⁸⁵.

Les qualités manifestées dans cette scène restent ici indexées sur les vertus maternelles traditionnelles : patience, attention, empathie. Ainsi les religieuses de Cernay oscillent entre le statut de mères de substitution et d'intermédiaires. Dans l'incapacité d'avoir une correspondance avec l'enfant interné, ce sont à elles que s'adressent les familles pour les besoins du quotidien, à l'image de la mère de Jean M. qui s'excuse : « c'est avec beaucoup de retard que je vous envoie un peu de tissu pour lui faire quelques chemises car je ne sais plus ses mesures et un peu de friandises »²⁸⁶. D'autres s'enquière d'éventuels manques : « Dites-moi chère Sœur Artémia ce qu'il faut pour notre petit Jean pour ses étrennes et ce qu'il lui faut je vous ferai un petit colis »²⁸⁷. Un visiteur narrant une

²⁸³ Archives Cernay, 7M1 (dossiers personnels des malades), Carton 1938, lettres A-L, Lettre du frère de Marcel A., Dôle, 11 janvier 1930.

²⁸⁴ Archives Cernay, 7M1 (dossiers personnels des malades), Carton 1937, lettres A-N, Lettre manuscrite de la mère de Jean M.-C., Charny, le 9 novembre 1933.

²⁸⁵ A.S.C., CE 3M, Dossier 19 : « Lettres, rapports, comptes-rendus émanant d'autres personnes et concernant l'activité de l'institut », Louise Huber, « Le placement des enfants anormaux dans les trois départements recouverts », mémoire dactylographié, s.l., 1931, p. 26.

²⁸⁶ Archives Cernay, 7M1 (dossiers personnels des malades), Carton 1937, lettres A-N, Lettre manuscrite de la mère de Jean M., Fontaine Ste Anne, le 12 mai 1939.

²⁸⁷ Archives Cernay, 7M1 (dossiers personnels des malades), Carton 1938, lettres A-L, Lettre manuscrite de la mère de Jean M. aux Sœurs, Dijon, le 19 décembre 1932.

scène de jeu dans l'institut évoque, dans le cadre familial de l'intérieur de Saint-André, les cadeaux reçus et la joie des malades de les brandir et les montrer :

Là encore des tables autour desquelles les malheureux portant les stigmates de l'imbécillité sont assis avec leurs jouets. L'un fait tourner une toupie d'un air béat, un autre construit une tour avec des blocs, un autre encore, homme d'une trentaine d'années, fièrement, nous fait admirer un chien en peluche²⁸⁸.

Les Sœurs de la Croix tiennent donc à Saint-André le rôle qu'ont sans doute les infirmières à Bicêtre ou Dalldorf : elles soignent, mais elles sont aussi camarades de jeu, surveillantes, mères de substitution, intermédiaires des familles pour s'occuper au quotidien de ces enfants arriérés qui ne sont plus tous des « enfants » au sens biologique, mais qui ont l'attitude, les occupations et la dépendance à autrui qui caractérise les années précédant « l'âge de raison ».

Au final, cette partie vient nuancer les interprétations faites auparavant. L'enfant arriéré placé en institution n'est pas qu'une charge pour l'entourage. Au contraire, son départ en institution est un drame qui laisse un vide dans la sphère familiale. Pourtant les scènes de bonheur existent tout de même au sein de l'institution. Elles sont quasiment inaccessibles à l'historien, et pourtant l'une d'elle est parvenue à nous par l'intermédiaire du récit qu'en a fait un des rares visiteurs ayant pénétré à Saint-André :

La rencontre avec l'intérieur du service et de la population internée suscite de la part des rares visiteurs surprise et parfois effroi, comme cette narration de Louise Huber : « Nous avons encore à voir les adultes « les plus terribles » m'affirme-t-on et l'on me conseille de prendre courage si je suis impressionnable, car ici on voit peut-être la plus grande des misères humaines. Quand nous sommes entrées, il y a eu dans cette salle une seconde de silence, puis nous avons été assaillis par tout un groupe d'idiots, curieux de voir une visite. Ils se précipitent sur nous, me prennent par la main, caressent ma fourrure, les souliers, le sac à main et poussent des cris de joie. L'un d'eux me montre son tablier neuf ; il ne peut pas parler, il a de petits cris comme un bébé. Un autre, un géant, me pousse du coude plusieurs fois et puis répète chaque fois la même phrase : « nous n'avons plus de charbon ». Que se passe-t-il dans ce pauvre cerveau, il a une idée fixe. On entend passer le train dehors et aussitôt tous sont à la fenêtre puis un homme imite le bruit de la locomotive et les autres rient aux éclats, sautent de joie et gesticulent. Ils me font penser à de tous jeunes enfants qui s'amuse à des jeux bruyants²⁸⁹.

Ces moments de joie sont rares. Par un biais des sources, ceux de conflit sont bien plus documentés. Et en effet, les heurs entre l'institution et les familles ne sont jamais loin pour des

²⁸⁸ A.S.C., CE 3M1, Dossier 19 : « Lettres, Rapports et comptes-rendus émanant d'autres personnes et concernant l'activité de l'institut », Article du *Journal de Cernay* : « Une visite à l'institut médico-pédagogique de Saint-André (près Cernay) », signé P.H., Cernay, 21 avril 1934.

²⁸⁹ A.S.C., CE 3M, Dossier 19 : « Lettres, rapports, comptes-rendus émanant d'autres personnes et concernant l'activité de l'institut », Louise Huber, « Le placement des enfants anormaux dans les trois départements recouverts », Mémoire dactylographié, s.l., 1931, p. 17.

établissements qui trouvent leurs limites dans les espoirs non exaucés et les déceptions de celles-ci face à l'état souvent détérioré, ou au mieux stable, dans lesquelles elles retrouvent leur proche malade.

b) Conflits avec l'institution : espoirs de guérison et déceptions

La présence seule d'une correspondance témoigne toujours d'un souci pour le proche placé. Mais les courriers représentent également un bon moyen d'évaluer le rapport des parents à l'institution. A Cernay, dans une majorité des lettres, on peut voir un fort lien créé avec les religieuses de l'institut, qui sont considérées comme de véritables mères de substitution :

C'est vous, ma sœur, dans cette épreuve que Dieu m'avait envoyé, dans l'impossibilité où j'étais de garder cette pauvre enfant près de moi, c'est vous qui l'avez soignée, c'est à vous qu'elle s'est attachée. Ses yeux si doux ont dû si souvent vous regarder aller et venir, vous avez dû lui apprendre des chansons [...] et c'est vous ma sœur qui l'avez soignée avec tant de tendresse- jusqu'à la fin²⁹⁰.

La relation de confiance nouée par les religieuses est constamment évoquée par le biais d'un vocabulaire religieux, qui est aussi celui employé pour exprimer le langage de l'affection et de la sensibilité dans les correspondances. Si l'on ne trouve pas ce type de source dans les autres fonds d'asiles publics et non confessionnels, sans doute s'y est-il également exprimé de la gratitude à destination des parents²⁹¹. Pour les parents des pensionnaires de Cernay, l'arriération de l'enfant est vécu comme une épreuve divine pour les parents, dans laquelle les sœurs sont vues comme ayant une fonction d'intercession. Les éloges de la famille témoignent souvent d'une forte estime pour l'œuvre des sœurs et le lien personnel créé avec le patient, tel que le décrit le frère de Marcel A. :

Vous avez été si gentille pour nous ainsi que toutes les chères Sœurs et si dévouées avec mon cher petit frère, je vous en remercie amplement [...]. Vous avez bien gagné votre ciel et comme Papa nous disait vous êtes un privilège sur terre [...]. Nous garderons toujours un très profond souvenir de notre voyage à St-André et nous n'oublierons jamais votre grande bonté ma Sœur²⁹².

Les religieuses sont souvent décrites dans les correspondances comme des mères de substitution, ce qui prouve que l'internement de l'idiot n'a rien ici d'un système fondamentalement opposé à l'instance familiale. La prise en charge à Cernay représente un modèle de la

²⁹⁰ Nous n'avons pas pu identifier le nom de l'enfant dont la mère écrit ici.

Archives Cernay, 7M1 (dossiers personnels des malades), Carton 1927, lettres A-J, Lettre manuscrite d'une mère aux sœurs, Mulhouse, le 28 janvier 1928.

²⁹¹ On le voit dans l'article de Catharine Coleborne, qui restitue les remerciements de patients écrits au médecin-chef (*medical super-indendant*) d'asiles australiens et nouveaux-zélandais. C. COLEBORNE, *op. cit.*, p. 436-437.

²⁹² Archives Cernay, 7M1 (dossiers personnels des malades), Carton 1927, lettres A-J, Lettre manuscrite du frère de Marcel A. aux sœurs, Dôle, le 12 juin 1936.

« familiarisation » de la maison de santé payante qui est une

Quasi-famille qui se trouve donc jouer un rôle de sur- et de sous-famille. C'est une sur-famille dans la mesure où elle est la famille idéale, qui fonctionne à l'état pur, la famille telle qu'elle devrait toujours être ; une famille telle qu'elle devrait toujours être ; et c'est dans la mesure où elle est la vraie famille, qu'elle a bien la fonction orthopédique qu'on lui prête. Et, deuxièmement, c'est une sous-famille dans la mesure où son rôle, c'est de s'effacer devant la vraie famille, de n'activer, par son mécanisme interne, les sentiments familiaux que pour que la vraie famille en soit la bénéficiaire²⁹³.

Au contraire, certains parents — peu nombreux toutefois — n'hésitent pas à exprimer leur déception ou leur mécontentement. Hermann E. ne passe que quelques mois à Dalldorf, mais son père le retire et n'hésite pas à écrire à l'inspecteur Piper pour lui faire part de sa déception comme on l'a vu plus haut, constatant que l'état de « [s]on fils devient plus mauvais que lorsqu'il était à la maison »²⁹⁴. A Cernay également, le père de Marie-Antoinette F. atteinte d'« idiotie mongolienne » exprime son mécontentement peu de temps après l'admission de la fillette. En effet, son dossier médical mentionne le fait que « le père s'impatiente de ne pas voir de progrès » et en conséquence choisit de la retirer de l'établissement au bout de quelques semaines²⁹⁵. Enfin, on peut citer le courrier d'une tante à un inspecteur de l'Assistance publique, qui exprime la déception devant les résultats de près de 10 ans de prise en charge à Saint-André :

Le pauvre garçon est aujourd'hui âgé de 19 ans, et n'a pas d'autre fonction que simple garçon d'étable. Il est contraint de se lever à 2h du matin en été et 4h en hiver afin de traire une douzaine de vaches. On ne lui a jamais donné ne serait-ce qu'un pfennig, bien qu'il travaille comme un véritable esclave!²⁹⁶.

Si ce n'est pas exactement le cas pour le père de Jean L., le capitaine veille à intervenir dans la prise en charge afin de l'adapter à sa propre expérience de l'enfant et de la rendre ainsi moins traumatisante pour son fils de quatre ans :

Après avoir quitté St André, nous avons été un peu peiné, Madame L. et moi de voir que vos pauvres petits malades n'étaient pas protégés contre les mouches. Inutile de vous dire que ma

²⁹³ M. FOUCAULT, *Le pouvoir psychiatrique*, op. cit., p. 115.

²⁹⁴ Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Nr. 5868, Dossier administratif de Hermann E., né le 20 décembre 1906 à Berlin, Lettre du père à l'inspecteur Piper, Berlin, 12 juillet 1914.

²⁹⁵ Archives Cernay, 7M1 (dossiers personnels des malades), Carton 1938, lettres A-L, Certificat médical du Dr Stoeber adressé au préfet du Haut-Rhin à propos de Marie-Antoinette F., Cernay, le 29 juin 1938.

²⁹⁶ „Aber der arme Knabe ist heute 19 Jahre alt, und ist nichts anders als Stallknecht. Um zwei Uhr Morgens, im Sommer, und um 4 Uhr im Winter musste er 12 Kühe melken,[...] und man hat ihm niemals nur ein Pfennig bezahlt, indem er arbeiten musste wie ein Sklav ! ». ADHR, 8AL1/1837, Lettre manuscrite de la tante d'Heinrich S. à Herr Martin, Waiseninspektor, s.d., s.l. Suite à ce courrier, les sœurs en réfèrent au *Bezirkspräsidium*, puisque l'établissement n'est pas tenu de rémunérer un malade au travail. ADHR, 8AL1/1837, Lettre manuscrite de sœur Apollonia Zeller, le 10 avril 1902.

femme a eu une grosse crise de désespoir et voulait dès le lendemain venir reprendre son enfant. Je vous adresse donc aujourd'hui même, une moustiquaire pour couvrir le lit de notre petit et le protéger contre les mouches²⁹⁷.

Un croquis détaillant les étapes d'installation du moustiquaire accompagne la lettre, qui témoigne d'une inquiétude forte vis-à-vis du mode de l'internement et la séparation qu'il implique. Il est assez représentatif de la correspondance du gradé avec l'établissement, qui devient un véritable « mode d'emploi » de la prise en charge du petit Jean :

Je vous le rappelle, ma sœur, et je vous en prie. S'il est impossible de l'exercer à marcher par manque de personnel, étendez une couverture sur le sol de la chambre et mettez le tout habillé sur cette couverture avec seulement un petit oreiller sous la tête. Et il criera beaucoup moins. Si vous le laissez au lit sans répit, il sera insupportable. S'il crie c'est en général 1° qu'il veut être nettoyé, 2° ou qu'il a faim, 3° ou qu'il veut qu'on le sorte. S'il faut envisager une dépense supplémentaire, je suis près à la mettre. L'idée qu'il pourrait rester au lit, et de ce fait perdre les petites forces qu'il a dans ses jambes nous désole²⁹⁸.

Cette intervention est représentative du « processus de négociation du sens de la déficience » évoqué par David Wright, dans lequel la famille a effectivement un part très importante²⁹⁹. Qui plus est, ces écrits d'un père de famille montrent aussi que l'expression des sentiments et le langage de la tendresse pour le petit malade n'est pas l'apanage des femmes, mais aussi un mode d'expression des affects utilisés par les pères pour exprimer leur souci de l'internement et ses inconvénients.

Il est difficile de donner un sens à ces écrits intimes venant de la famille des pensionnaires. A Cernay, on peut supposer que la religion joue sans doute un rôle de pacificateur quant au faible nombre de réclamations des parents vis-à-vis de l'institution. Les références à la piété catholique sont omniprésentes dans la correspondance avec l'institut Saint-André. Presque toujours prise dans un cadre religieux, les échanges se font souvent sur des cartes postales représentant la vierge Marie ou le Christ. Plus, l'espoir mis dans le rôle d'intercesseur des sœurs et la croyance en un miracle sont palpables. La mère de Jean M., qui tient une correspondance très dense avec les religieuses, leur déclare dans une lettre :

Je n'ai jamais pensé à demander s'il disait quelques mots et s'il ne se tient mieux [...]. Quand mes enfants seront absents, s'il le faut, je ferai le sacrifice, j'irai prier à Lourdes. Je verrai cet endroit, et ce sera peut-être pour notre bonheur³⁰⁰.

²⁹⁷ Archives Cernay, 7M1 (dossiers personnels des malades), Carton 1927, lettres K-Z, Lettre manuscrite du capitaine L. à la sœur Rosaire, Strasbourg, le 12 juillet 1927.

²⁹⁸ Archives Cernay, 7M1 (dossiers personnels des malades), Carton 1927, lettres K-Z, Lettre manuscrite du capitaine L. à la Sœur Rosaire, Strasbourg, 12 juillet 1927.

²⁹⁹ D. WRIGHT, *op. cit.*, p. 127.

³⁰⁰ Nous avons ici corrigé la ponctuation et l'orthographe-grammaire pour une meilleure compréhension.

Le pèlerinage de Lourdes est évoqué dans plusieurs correspondances comme ultime recours à la maladie, palliant l'inefficacité de la médecine à résoudre la déficience mentale. A l'inverse, pour la mère de Camille D., c'est la guérison envisagée qui sera rétribuée par une visite du lieu saint :

Il y a quelque temps, j'ai vu dans le journal que l'on préparait la cause de la bienheureuse Bernadette Soubirou pour la canonisation. Et l'idée me vint que puisque N.D. de Lourdes a miraculé ma mère un an avant que je vienne au monde donc au mois de février 1883, la Bienheureuse Bernadette Soubirou guérirait bien mon fils Camille qui a aussi une maladie que la science est nulle à résoudre [...] S'il arrive de l'amélioration ou la guérison, je fais le vœu de conduire Camille au Pèlerinage à Lourdes [...] A son retour de Lourdes, ma mère répondit à mon père qu'elle était toute guérie et six semaines après elle faisait le ménage et au printemps elle a tout bêché le jardin toute seule et a continué à faire le ménage comme avant la maladie³⁰¹.

Sainte Bernadette est ici évoquée comme intercesseur possible auprès de Dieu pour la guérison de l'arriération de l'enfant arriéré. L'hagiothérapie — ou recours aux saints pour soigner la maladie — a été le principal concurrent de la médecine pendant la période médiévale et de l'ancien régime, et subsiste encore au début du XX^e siècle. L'échec de la médecine à guérir l'arriération explique en partie la coexistence de la pratique avec la conscience d'être face à « une maladie que la science est nulle à résoudre »³⁰², comme l'a été l'arriération pendant toute la période que nous étudions.

Entre espoirs déçus et période de deuil, les religieuses servent de guides spirituels aux familles. Leur liens avec les enfants et leurs proches semblent désamorcer la défiance vis-à-vis de l'institution, qui apparaît moins comme un asile impersonnel qu'une maison de substitution dans les expressions qui sont employés dans les correspondances. Qu'ils expriment de la reconnaissance ou soient au contraire en porte-à-faux avec l'institution, les diverses situations que nous avons relaté montrent en tout cas un rapport de pouvoir bien plus nuancé que l'approche de l'institution comme instance impersonnelle qui écrase malades mentaux et famille par sa totalité. Comprendre l'internement « à partir de la perspective de la famille » — comme l'appelle David Wright — permet cette prise de distance par rapport à une telle représentation. Les correspondances de la famille aux

Archives Cernay, 7M1 (dossiers personnels des malades), Carton 1937, lettres A-N, Lettre manuscrite de la mère de Jean L., La-Fontaine-Sainte-Anne, 18 novembre 1934.

³⁰¹ Archives Cernay, 7M1 (dossiers personnels des malades), Carton 1937, lettres A-N, Lettre manuscrite de Léon F., père de Camille F., Nevers, le 21 juin 1933.

³⁰² Le thème de l'échec et des limites de la science connaît par ailleurs un succès particulièrement important au début du XX^e siècle, qu'on retrouve chez des intellectuels de domaines divers comme Paul Claudel, Célestin Bouglé ou Henri Poincaré. Voir Anne RASMUSSEN, « Critique du progrès, « crise de la science » : débats et représentations du tournant du siècle », *Mil neuf cent*, vol. 14, n° 1, 1996, p. 89-113. Sur les rapports entre médecine et religion, voir Hervé GUILLEMAIN, *Diriger les consciences, guérir les âmes. Une histoire comparée des pratiques thérapeutiques et religieuses (1830-1939)*, Paris, La Découverte, 2006 ; Hervé GUILLEMAIN, « Les Débuts de la médecine catholique en France. La Société médicale Saint-Luc, Saint-Côme et Saint-Damien (1884-1914) », *Revue d'Histoire du XIX^e siècle*, n° 26-27, 2003, p. 227-258.

malades et aux personnes qui s'occupent d'eux au quotidien permettent d'aborder des versants encore peu explorés des « aspects de l'expérience émotionnelle [qui] sont des sujets légitimes pour l'enquête historique »³⁰³. Contrairement aux sources issues de l'assistance ou de l'asile qui mettent en relief les raisons — violence, paupérisme, abandon — motivant le placement en institution, les lettres conservées dans certains dossiers de patients offrent à voir une autre facette de la relation des enfants à la famille et « offre une vision intérieure du monde émotionnel des familles » dans lequel la souffrance y reste exprimée, mais sans être exempte d'amour filial et de témoignages d'attachement au proche interné³⁰⁴.

3. Mourir dans l'institution

Les décès dans les services consacrés aux enfants arriérés sont particulièrement importants en raison de la mortalité qui accompagne en particulier les cas les plus graves. Ainsi, à Bicêtre, sur vingt-et-un malades morts dans le service consacré aux arriérés en 1892, vingt d'entre eux appartiennent à la catégorie des « idiots ». Ces derniers meurent souvent avant l'âge de douze ans, essentiellement de consommation — ils « cessent de vivre » selon l'expression d'un interne de Bourneville — ou décèdent des suites des complications dues au mauvais fonctionnement de leur organisme ou de leurs lésions cérébrales. A Cernay, les décès ainsi que les retraits par transferts représentent 65 à 95% des sortants selon les années³⁰⁵. La gravité de beaucoup de pathologies prises en charge dans les établissements étudiés explique la surmortalité notable des services.

Hormis les causes de décès et leur fréquence particulièrement élevées, on retrouve peu de chose dans les archives du service de Bicêtre comme de celui de Dalldorf. Pour la minorité de malades dont les documents conservés témoignent d'un contact suivi avec la famille, la mort biologique des enfants signe la fin de l'évocation des enfants dans les sources écrites. La situation est différente pour Saint-André, où les religieuses se voient parfois confier le rôle de gardiennes du

³⁰³ Peter Stearns évoque d'ailleurs l'histoire de la santé comme un domaine pour lequel ces pistes sont particulièrement importantes. Peter N. STEARNS, *American Cool: Constructing a Twentieth-century Emotional Style*, New York, New-York University Press, 1994, p. 832. Sur la catégorie de l'émotion et étudiée par le biais de types d'archives spécifiques et éclairée par l'approche de la psychologie cognitive, voir William M. REDDY, *The Navigation of Feeling : A Framework for the History of Emotions*, Cambridge, Cambridge University Press, 2001 ; Carol Zisowitz STEARNS et Peter N. STEARNS, *Anger: The Struggle for Emotional Control in America's History*, Chicago, University of Chicago Press, 1989 ; sur une période plus ancienne mais qui offre des considérations intéressantes sur l'asile comme lieu d'expression des émotions, voir Barbara H. ROSENWEIN, *Emotional Communities in the Early Middle Ages*, Cornell University Press, 2007.

³⁰⁴ C. COLEBORNE, *op. cit.*, p. 434.

³⁰⁵ D'après les chiffres tirés de l'ouvrage d'E. ROUBY, *op. cit.*, p. 91.

souvenir de l'enfant à travers la voie écrite. Elles consolent par exemple la famille de Marcel A. par ces quelques mots à l'attention après son décès soudain : « Votre cher enfant est maintenant au ciel et certainement il ne se lassera pas de prier pour ces êtres chéris laissés dans cette triste vallée de larmes »³⁰⁶. Sollicitées pour fleurir les tombes des défunts, elles en font mention en retour aux parents : « Nous n'avons pas du tout oublié nos chers disparus et pour la fête de la Toussain, ainsi que pour les jours suivants, nous avons bien garni avec des fleurs la tombe de votre cher enfant disparu », déclare l'une des sœurs à la mère du même enfant, qui est enterré dans le cimetière attenant comme la plupart des patients³⁰⁷. A l'occasion, les familles n'hésitent pas à s'adresser à elles afin que le souvenir de leur proche soit bien entretenu. Dans un courrier très cordial, les parents de Raymonde T. font une demande particulière au sujet de l'entretien de l'endroit où repose leur fille :

À une visite récente sur la tombe de notre fille, j'ai remarqué que la croix tombale est bien abîmée et que l'on ne peut presque plus y déchiffrer l'inscription portée dessus. Selon renseignement reçu au bureau de votre Etablissement, vous seriez disposé à vous charger du remplacement de la croix abîmée. En conséquence, je voudrais vous prier de bien vouloir avoir l'obligeance de faire mettre une nouvelle croix, évidemment toute simple avec inscription du nom et prénom, ainsi que l'année de naissance et de décès³⁰⁸.

Ainsi, dans le cas spécifique de l'institut privé de Saint-André de Cernay, on observe comment les rites catholiques servent de liant entre famille et institution pour entretenir le souvenir de l'enfant décédé.

A de rares occasions pourtant, la mort est néanmoins l'occasion pour les parents de remettre en cause l'institution, voire de déverser leur colère sur les médecins et le personnel soignant. Ainsi, après seulement quelques semaines à Saint-André, Jean L. décède d'un infarctus faisant suite à une crise d'épilepsie. Quelques jours après le drame, les parents de Jean L. accusent l'établissement de négligence, mettant en question les soins apportés par le personnel. « Ne s'est-il pas étouffé involontairement la nuit, et ne l'a-t-on pas trouvé mort le matin, ses cris n'ayant éveillé personne ? », interroge le père dans une lettre au ton accusateur³⁰⁹. Ils contestent à ce titre la version du décès fournie par le médecin de l'établissement : « Il n'a jamais eu de crises d'épilepsie. Je ne veux pas

³⁰⁶ Archives Cernay, 7M1 (dossiers personnels des malades), Carton 1938, lettres A-L, Lettre manuscrite de la famille de Marcel A. aux Sœurs, Dôle, le 24 juin 1938.

³⁰⁷ Archives Cernay, 7M1 (dossiers personnels des malades), Carton 1938, lettres A-L, Lettre dactylographiée des Sœurs à la famille du défunt Marcel A., Cernay, le 4 novembre 1938.

³⁰⁸ Archives Cernay, 7M1 (dossiers personnels des malades), Carton 1937, lettres M-Z, Lettre manuscrite de la mère de Raymonde T. au Directeur de l'institut, Mulhouse, le 21 août 1950.

³⁰⁹ Archives Cernay, 7M1 (dossiers personnels des malades), Carton 1927, lettres K-Z, Lettre manuscrite du père de Jean L. à l'aumônier de Saint-André, Strasbourg, s.d.

qu'un pareil argument soit employé »³¹⁰. La confiance vouées par les familles à l'institution s'effrite ainsi parfois à épreuve de la perte soudaine du proche chéri.

4. Bilan : enjeux de la fonction de « creuset » conférée à l'asile

Au final, les correspondances entre le malade en institution et la famille démontrent que le placement n'a souvent rien d'une solution de pure commodité ou stratégique pour la famille, mais représente une décision longue et douloureuse souvent prise après de maints incidents. Par ailleurs, au sujet de la quantité faible de correspondance retrouvée dans les dossiers de patients et la déduction qu'on peut tirer d'une faiblesse des liens familiaux, il s'agit de souligner pour le cas spécifique de l'arriération qu'il existe une « zone grise » importante. En effet, le fait que les malades ne peuvent souvent lire ou écrire a sans doute un rôle inhibant sur l'utilisation de l'écrit par la famille, en particulier dans des structures de grande taille comme Bicêtre ou Dalldorf. Dans ces services, le faible nombre d'infirmières empêche sans doute de pouvoir compter sur une lecture régulière et attentive des courriers aux malades, contrairement aux relations plus personnelles déployées dans l'établissement privé de Cernay. La pratique des visites ainsi que des « vacances [occasionnelles] dans la famille » (*Beurlaubung in der Familie*) a sans doute été un moyen plus important que les correspondances pour garder un lien avec le proche institutionnalisé. Reste que nous ne pouvons saisir ce versant.

Malgré les hypothèses et les zones d'ombre qui restent présents dans ce récit du quotidien des familles des malades arriérés passés par les institutions que nous étudions, il n'en reste pas moins que les divers écrits mobilisés au cours de ce chapitre ont une valeur certaine. Pendant longtemps, l'historiographie a survalorisé le versant des médecins et de l'institution dans l'histoire de la psychiatrie. Ce chapitre montre comment l'asile n'est pas seulement agent d'un pouvoir d'enfermement des arriérés, mais est aussi agi par les demandes de confinement provenant de

³¹⁰ La réponse de l'institution par le biais de l'aumônier est détaillée mais sans appel : « nous n'avons pas l'habitude de nous laisser dicter des règlements pareils par des gens non compétents ». Archives Cernay, 7M1 (dossiers personnels des malades), Carton 1927, lettres K-Z, Lettre manuscrite du père de Jean L. à l'aumônier de St André, Strasbourg, s.d., p. 2. Le père de Jean L. s'excuse ensuite de ses accusations : « J'ai été tellement désespéré par la mort de mon enfant, survenue si rapidement que j'en ai un peu perdu la tête. Sachant les soins incessants qui lui étaient nécessaires, les exigences constantes de nuit comme de jour, je n'avais pas dû suivre les indications du professeur Rohmer. Seuls les parents peuvent s'astreindre au travail qu'il exigeait. Seuls les parents, en ce cas ont été coupables. Mais le malheur est arrivé, toute récrimination est vaine ».

différents pôles, au premier chef desquels la famille. L'institution asilaire garde pour les arriérés un rôle de contrôle social de certains individus n'arrivant pas à s'employer ou commettant des délits. Mais les nouveaux services pour idiots qui sont ouverts à la fin du XIX^e siècle ont cela de nouveau qu'ils proposent et communiquent autour d'une offre de prise en charge devant permettre — en théorie — de soigner l'arriéré en le formant pour qu'il ressorte de l'asile. Cet enjeu de la sortie et la politique des admissions adoptée par chacun des services et établissements étudiés sera au cœur de notre chapitre 5 sur les enjeux et les échecs de la mise au travail des arriérés en France et en Allemagne.

Toutefois, si le *Heil- und Pflegeanstalt* de Berlin comme le service de Bicêtre ne sont pas conçus comme des lieux de détention, l'étude de la pratique quotidienne à travers les documents extraits des dossiers de patients et des registres d'observations médicales montrent qu'ils peuvent être utilisés comme tels par la justice ou certaines familles pour régler le problème de jeunes enfants ou gens délictueux ou au comportement moralement répréhensible. Applicable pour l'Allemagne comme la France, ce rôle de « bouche-trou structurel » joué par la psychiatrie institutionnelle à cette période, est particulièrement prononcé pour la période de l'enfance. Ce constat sert à rappeler le manque de structures à destination de ce qu'on nomme plus tardivement la délinquance juvénile. A cause de cette situation, l'institution psychiatrique fait donc office de « creuset » (*Auffangbecken*) selon l'expression de Thomas Barrow³¹¹.

L'internement de l'arriéré est un moindre mal qui arrange tout le monde, mais les services spécifiques créés se retrouvent vite saturés. Dans ce contexte, le mécanisme même de la demande — qui demande à la famille de décrire la dangerosité du proche arriéré, fait qui est ensuite médicalisé par sa certification via l'autorité d'un médecin — contient en germe les conditions de possibilité d'une construction du déficient mental en ennemi familial et social. Il n'est pas toujours un problème : les courriers des familles montrent comment l'enfant arriéré interné reste choyé. Pourtant, comment obtenir un place en institution si l'on n'atteste pas de la charge, voire du danger qu'il représente ? Cet état de fait contribue sans doute à construction à cette époque d'une image de « nuisance sociale » qui résulte certes d'un discours médical moralisant, qu'on étudiera dans le chapitre suivant, mais qui est aussi une conséquence du fonctionnement même de l'assistance aux faibles d'esprit.

³¹¹ „Angesichts fehlender gemeindenaher (heil)pädagogischer Einrichtungen der Geistigbehindertenhilfe fungierte die Psychiatrie als „Auffangbecken“ für diese Menschen [...] strukturelle Lückenfüllerfunktion der Anstaltspsychiatrie“. Thomas BAROW, *Kein Platz im Volksheim? : die „Schwachsinnigenfürsorge“ in Schweden 1916 - 1945*, Bad Heilbrunn, Klinkhardt, 2009.

On a pu prendre la mesure de la part des familles dans l'internement, qui intervient ainsi dans le cadre d'une médicalisation de la déficience mentale dont les aspects seront examinés dans les chapitres suivants. Ce processus apparaît comme ayant une dynamique de nature dialectique, négociée entre demande des familles et accord des médecins. Aliénistes et familles n'ont pas des intérêts forcément opposés. A ce titre, Patricia Prestwich souligne la satisfaction des aliénistes parisiens devant la demande sociale qu'exprimait la croissance des admissions volontaires. Pour les psychiatres de l'époque, le plébiscite dont faisait l'objet ces nouvelles sections est vu par les aliénistes comme un signe de la confiance d'une partie croissante de la société envers l'institution asilaire, contrebalançant peut-être les soubresauts de l'anti-aliénisme de la décennie 1880. Les familles sont en tout cas loin d'être des « usagers passifs » (*passive users*) de l'asile, si bien que cette demande sociale constitue un facteur explicatif important de la surpopulation des asiles au tournant des XIX^e et XX^e siècles.

Par ailleurs, Michel Foucault montre dans des écrits tardifs comment, loin de s'opposer, institution et famille en viennent à opérer une logique de complémentarité. A la « familiarisation du milieu thérapeutique » constaté dans les maisons de santé répond une « disciplinarisation de la famille » qui devient « instance d'anomalisation des individus » de manière croissante au cours du XIX^e siècle et qui explique jusqu'aux demandes d'admission sur des motifs plus scolaires :

Tout comme le modèle familial se transfère à l'intérieur des systèmes disciplinaires, vous avez des techniques disciplinaires qui viennent se greffer à l'intérieur de la famille [...] Elle devient une micro-maison de santé qui contrôle la normalité ou l'anomalie du corps, de l'âme ; elle devient caserne en petit format³¹².

Ainsi la famille ne se trouve ni complètement dans une stratégie autonome de placement, ni totalement sous la coupe du pouvoir médical. Il s'avère qu'à la fin du XIX^e siècle, la famille moderne a globalement intégré ses logiques pour les dispenser à son tour :

Je crois qu'on peut dire que la souveraineté familiale va se trouver, à partir des systèmes disciplinaires, assignée à l'obligation suivante : « il faut nous trouver des fous, des débiles, des mauvaises têtes, des vicieux, et que vous les trouviez vous-même, par l'exercice, à l'intérieur de la souveraineté familiale, de contrôles de types disciplinaires [...] Et c'est ainsi que le pouvoir disciplinaire parasite la souveraineté familiale, requiert la famille de jouer le

³¹² Le processus décrit par Foucault sert aussi à expliquer des tendances plus contemporaines qui font aussi écho au thème de l'école, des plaintes disciplinaires et de leur relai par les parents jusqu'à intégration de cette logique scolaire, tel qu'on l'a constaté dans certains dossiers de patients d'enfants internés pour leur retard mental : « Et la famille commence à fonctionner [...] comme une petite école : c'est là qu'apparaît la curieuse catégorie de parents d'élèves, c'est là où commencent à apparaître les devoirs chez soi, le contrôle de la discipline scolaire par la famille ». Michel FOUCAULT, *Le pouvoir psychiatrique: cours au Collège de France, 1973-1974*, Paris, Gallimard Seuil, 2003, p. 115-116.

rôle d'instance de décision du normal et de l'anormal, du régulier et de l'irrégulier, demande à la famille qu'on lui envoie ces anormaux, ces irréguliers, etc³¹³.

Les demandes d'admission étudiées expriment des choses très diverses : souvent de l'ordre de la nécessité, elles correspondent parfois en même temps à une stratégie familiale. Quant aux présupposés qui motivent certaines demandes — les questions de morale, de contrôle de la sexualité de l'enfant, de caractère mauvais et sa contagion, de discipline scolaire ou au sein du foyer — montrent avec acuité une articulation entre la discipline asilaire et le modèle familial. L'arriération représente ainsi une pathologie pour laquelle les demandes faites à l'institution sont multiples, ce qui permet aussi de comprendre la surpopulation qui caractérise les services quelques années même après leur ouverture. Pour autant, nous ne pouvons parler d'une « stratégie de confinement » (*strategic confinement*) telle que David Wright en fait le constat au sujet des demandes d'admissions charitables en Angleterre. Comment qualifier des décisions d'internement qui sont loin d'être un rejet unilatéral du membre malade commandé par la seule rationalité utilitaire ? Certains des exemples abordés montrent que le terme de « stratégie » familiale est problématique en dehors des placements volontaires opérés par quelques familles argentées pouvant se permettre d'envisager une période de « test » dans l'institution avant d'éventuellement retirer l'enfant arriéré. Dans bien des cas, les demandes d'internement ressemblent davantage à des tentatives — parfois désespérées — de « désamorçage » d'une situation de crise.

Au final, le constat que l'asile n'est pas seulement agent d'un pouvoir d'enfermement des arriérés, mais est aussi mu par les demandes de confinement provenant de différents pôles, parmi lesquels on trouve en premier lieu la famille. Pourtant, cette approche considérant les rapports de force — et qui s'inscrit pour part dans la filiation foucauldienne d'études mettant les luttes de pouvoir au cœur du recours à l'institution asilaire — paraît insuffisante. Elle suppose en effet que les familles ne soient non pas en demande de soin et guérison pour leur proche, mais simplement de résolution d'un conflit interne. Andrew Scull interprète la tentation de certaines familles de délester de la charge représentée par un membre improductif ou dérangeant sur le plan de la discipline comme un

³¹³ Michel FOUCAULT, *Le pouvoir psychiatrique: cours au Collège de France, 1973-1974*, Paris, Gallimard Seuil, 2003, p. 116.

indice de délitement des liens familiaux³¹⁴. Akihito Suzuki également parle des décisions d'internement qui seraient révélatrices d'une déstabilisation des familles. Ceci semble souvent vrai mais dans le cas précis de l'arriération, insuffisant à comprendre la demande de prise en charge qui émerge dans beaucoup de cas en raison de la lourdeur des soins consécutifs à cette pathologie précise³¹⁵.

Ainsi, il est nécessaire d'aborder à présent le versant médical de la prise en charge de l'arriération, à travers la nosographie élaborée par les aliénistes et les points qui leur servent à caractériser la pathologie. Au XIX^e siècle³¹⁶, mais encore au début du XIX^e, les familles construisent la définition de l'arriération avant même l'intervention des médecins, et ce en apportant leurs observations dans les premières années de la vie. Le prochain chapitre consistera à mettre en évidence les déterminants employés par les médecins non-spécialistes et surtout les aliénistes en vue de certifier la nécessité d'une admission dans un service consacré aux arriérés. Si l'entrée dans l'asile peut être signalé par la famille ou l'entourage, l'internement fait place à l'œil du médecin comme instance d'observation, de définition et de caractérisation de ce qui est regroupé sous le terme d'arriération. Sur ce thème, il s'agira d'analyser comment les aliénistes construisent une légitimation scientifique d'un diagnostic de l'arriération en réalité largement basé sur des paramètres sociaux et moraux qui apparaissent dans les dossiers médicaux, observations et photographies qu'ils produisent sur les malades autour de 1900.

³¹⁴ Andrew SCULL, *The Most Solitary of Afflictions: Madness and Society in Britain, 1700-1900*, Yale University Press, 2005.

³¹⁵ C'est toute la critique qui est faite à l'école post-foucauldienne qui selon E.Shorter n' « apparaît pas intéressée dans les interactions entre culture et biologie et la réalité inévitable de la maladie ». Pour Suzuki et d'autres, on n'internerait pas parce que des personnes sont malades, mais uniquement pour délester de problèmes domestiques, critique de Shorter qui nous paraît tout à fait pertinente. Edward SHORTER, « Akihito Suzuki. Madness at Home: The Psychiatrist, the Patient, and the Family in England, 1820–1860. Berkeley, University of California Press, 2006. xii, 260 pp. », *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 2007, vol. 62, n° 1, p. 103.

³¹⁶ Voir D.Wright

Chapitre 3 : Sous le regard médical. Décrire, diagnostiquer et définir le retard mental

Le rôle de la famille dans la décision de faire admettre le proche malade mental — au sens large — était au centre du chapitre précédent. Mais l'admission, le diagnostic puis la prise en charge de l'arriéré sont conditionnés par une décision médicale¹. Le médecin auquel s'adresse la famille, puis les aliénistes qui vont examiner le malade prennent cette décision qui se matérialise à travers la formulation d'un diagnostic. Celui-ci est entendu communément comme « l'art d'identifier une maladie d'après ses signes, ses symptômes »². Si son usage paraît lié à l'expertise d'un médecin en tant que moment où est déterminé la nature et la cause d'une affection dont un patient est atteint au cours de l'acte médical, le concept de diagnostic implique l'identification de la nature d'une situation, d'un mal ou d'une difficulté par l'interprétation de signes extérieurs dans un usage courant. L'approche contemporaine de la médecine entend le diagnostic dans un mouvement vertical du médecin vers le patient, sans apport extérieur :

C'est le médecin qui assigne une maladie au patient. Celui-ci consulte un médecin pour déterminer pourquoi il se sent souffrant. On procède à un examen médical, puis le médecin crée une réalité en attachant un nom au faisceau infini de symptômes dont le patient cherche à se défaire³.

Dans le discours clinique ou classificatoire propre à l'aliénisme, « il s'agit de décrire la folie comme une maladie ou comme une série de maladies mentales ayant chacune sa symptomatologie, son évolution propre, ses éléments diagnostiques, ses éléments pronostiques, etc »⁴. Mais pour effectuer cette reconstitution, le médecin ne peut agir seul : nul test, nul appareillage ne peut, à la fin du XIX^e siècle, remplacer l'apport extérieur des renseignements sur l'apparition et l'évolution de la pathologie postulée. La formulation du diagnostic implique donc fortement la présence d'éléments

¹ Le diagnostic est le raisonnement menant à l'identification de l'origine d'une maladie. Le terme vient du grec *dia*, diviser ou distinguer, et *gnosis*, la connaissance : il s'agit d'acquérir la connaissance d'une pathologie à travers les signes observables. Le pronostic désigne lui les chances de guérison.

² D'après la définition du *Trésor de la langue française*.

³ Stanley J. REISER, Article « diagnostic », in D. LECOURT (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, Presses universitaires de France, 2004, p. 328.

⁴ Michel FOUCAULT, *Le pouvoir psychiatrique : cours au Collège de France, 1973-1974*, Paris, Gallimard Seuil, 2003, p. 133

anamnestiques fournis par les proches du malade. Les éléments de ce diagnostic négocié représentent ici la première partie de l'étude.

Ensuite, et à la différence de ce qui a été décrit dans le chapitre 1, il ne s'agit pas uniquement d'évaluer l'adéquation des descriptions des malades de nos établissements à celles de la littérature consacrée à l'arriération. Au-delà des détails de chaque description des antécédents et de l'état du malade, il s'agit ici de s'interroger sur les éléments sur lesquels le corps médical de l'époque fonde son diagnostic. Beaucoup d'éléments sont amenés par les descriptions fournies par l'entourage, quand il est présent. Mais l'analyse des premières années de la vie et de l'apparition de signes distinctifs d'une évolution « normale » chez l'enfant ou l'adolescent passe par le filtre des demandes et de l'interprétation médicale de la pathologie, qu'il convient de mettre en perspective. De plus, la certification de l'arriération a des enjeux classificatoires qui ne relèvent pas seulement de la nosologie, mais aussi de l'affectation pratique dans une section particulière des établissements. Ainsi le cœur de ce chapitre est d'envisager les enjeux pratiques du diagnostic. En effet, l'instance médicale a le pouvoir de certifier la pathologie dans la pratique. En filigrane, il est donc nécessaire ici de questionner les postulats d'un discours psychiatrique sur l'arriération qui est aussi un pouvoir de vérité « par lequel le réel est imposé à la folie au nom d'une vérité détenue une fois pour toutes par ce pouvoir sous le nom de science médicale »⁵. Ce pouvoir se manifeste certes par la formulation d'un discours nosographique et de définition de l'étiologie de la maladie qui reste finalement la partie la plus étudiée de l'histoire de cette pathologie. Or ce « maquis nosographique » n'est important en soi que dans les enjeux pratiques qui en découlent. On montrera ici en quoi les catégories de l'arriération dont les aliénistes débattent en France et Allemagne ne sont pas si importantes. Au contraire, la logique d'assigner à chacun une place dans l'asile est un enjeu pratique qui rationalise les débats sans fin sur la définition de la pathologie. Il s'agit également de mettre en valeur comment le diagnostic a des enjeux pratiques forts par la construction d'une image de l'arriéré forgée en fonction de considérations morales et idéologiques. Dans les deux pays, l'étude de la figure de l' « imbécile moral » (*moralischer Imbezill*) dans les dossiers médicaux servira à démontrer l'ambiguïté d'une discipline se réclamant de l'objectivité scientifique tout en puisant — et renforçant tout à la fois — bon nombre de stéréotypes sur le déficient mental.

Ce chapitre s'ouvre ainsi sur la réduction de la diversité des plaintes et symptômes possibles rapportés par l'entourage à un nombre limité de catégories cliniques sous laquelle est entendue l'arriération au début du XX^e siècle, c'est-à-dire la tripartition débile/imbécile/idiot. La seconde partie interroge ensuite la tension entre volonté d'un diagnostic scientifique de l'arriération (une

⁵ Michel FOUCAULT, *Le pouvoir psychiatrique*, op. cit., p.132.

nososcopie à l'image de celle de la Salpêtrière) dans une volonté d'essentialiser la pathologie sans y mettre le quelconque affect, et d'autre part le jugement porté par les observateurs et en particulier les médecins, qui s'avère utiliser fortement des considérations du domaine de l'apparence voire de l'esthétique, et ce pour en déduire des jugements de l'ordre du moral et du social.

A. Critères d'évaluation pratiques de l'arriération autour de 1900

Il s'agit d'abord de considérer l'apport des parents et des proches comme instance primaire, ou autrement dit source d'information première du diagnostic de l'arriération dans une perspective d'histoire culturelle de la pathologie⁶. Ensuite, d'étudier ce qui se joue dans le passage sous l'œil du psychiatre, c'est-à-dire le passage d'un individu marqué par une situation familiale et sociale particulière jusqu'à l'identification en tant que « cas clinique », c'est-à-dire caractéristique d'une pathologie spécifique. Le trouble nommé par un tiers — la famille, l'assistante sociale, le policier ou l'instituteur — se trouve ainsi incorporé dans une symptomatologie induisant une classification nosographique. Mais si attribuer un diagnostic a un but classificatoire en soi, l'enjeu est davantage de trier pour attribuer une place au malade au sein d'une institution. La première partie de ce chapitre doit montrer en quoi il ne s'agit pas tant de déterminer quels soins seront administrés à l'enfant ou l'adolescent que de savoir avant tout où il sera affecté dans l'asile. L'enjeu du regard médical relève en cela d'une logique de tri médico-institutionnel qui a souvent été minorée dans la plupart des travaux de langue française concernant l'histoire du handicap, qui restent focalisés sur les discussions savantes concernant des querelles nosographiques autour des catégories de l'arriération, qui s'avèrent en fait négligeables dans la réalité quotidienne de la pratique asilaire. Le fil directeur sera donc dans ce chapitre de voir si les catégories habituellement mobilisées dans la nosographie de l'arriération sont celles mobilisées par les aliénistes dans la pratique.

⁶ Kevin MYERS, "Contesting certification: mental deficiency, families and the state in interwar England", *Paedagogica Historica*, vol. 47, n° 6, 2011, p. 749-766.

1. Sources utilisées et pertinence d'une comparaison nosographique

Au préalable, il est important de décrire les dossiers d'admission et autres sources dont nous disposons et qui nous permettent de comprendre comment se construit le regard et le jugement médical dans des établissements pour arriérés à la fin du XIX^e et au début du XX^e siècle. Les dossiers médicaux et administratifs nous fournissent l'essentiel des informations concernant les établissements de Berlin et de Cernay⁷. Pour Bicêtre, l'absence de ces sources est compensée — certes en partie seulement — par celles des registres d'observations médicales. Toutes ces sources correspondent en partie à celles mobilisées dans le chapitre 2, à la différence près qu'un type de document nouveau s'y rajoute et nécessite pour cela une explication spécifique, à savoir les « questionnaires médicaux » (*Fragebogen*) remplis en vue de l'arrivée dans l'institution.

Plusieurs types d'informations sont étudiés dans ces sources. L'origine supposée de l'arriération : les questionnaires médicaux (*Fragebogen*) ainsi que les répertoires de Bicêtre mentionnent parfois, si la pathologie n'est pas considérée congénitale, le moment où les premiers signes de retard mental sont détectés. Les antécédents familiaux sont presque toujours renseignés du côté allemand comme français, ainsi que le *status somaticus*, c'est-à-dire l'état de santé du patient. Ensuite, l'évaluation de l'intelligence du patient est souvent présente dans les dossiers médicaux de Berlin et Cernay au travers de questions relevant de la logique, de calcul ou d'interrogations dans les domaines moraux et religieux. On peut supposer que ces questions posées aux patients dans le but d'évaluer leur intelligence étaient sans doute présentes à Bicêtre aussi, eût égard à leur présence dans les sources imprimées médicales de l'époque. Vers la fin de notre période, cette évaluation de l'intelligence évolue de manière chiffrée, avec l'émergence de l'utilisation par les médecins de Cernay de l'échelle métrique de l'intelligence mise en place au début du siècle par Binet, et qui sera étudiée dans le chapitre 4.

La comparaison d'entités cliniques exprimées dans des langues différentes entraîne des problèmes méthodologiques. On a expliqué dans l'introduction la pertinence d'une comparaison entre les termes utilisés dans les nosographies françaises et allemandes. Sur cette base acquise grâce à l'analyse des écrits théoriques, il s'agit de confronter les données issues de la pratique quotidienne

⁷ Les dossiers médicaux se composent d'un double feuillet imprimé contenant les informations sur le patient, puis à l'intérieur divers documents : courbes de poids et de température, antécédents du patient, suivi médical du patient, lettres de la famille ou des familles d'accueil, extraits des demandes des parents à l'organisme d'assistance berlinois, tests d'intelligence et questions posées au patient ou encore rapports de police. Mentionnons que les mêmes formulaires de renseignements étaient utilisés dans les asiles publics de la ville, ce que nous avons pu constater en consultant des dossiers médicaux de l'asile de Buch dans le fonds. Le terme *Irren-Anstalt* est parfois barré à la main, et remplacé par *Idiotenanstalt*.

pour comparer les critères en jeu dans le quotidien des institutions et les différences que l'on peut dégager par rapport à la théorie sur les catégories de l'arriération. Comparer les déterminants de la prise en charge asilaire des malades considérés comme arriérés implique dans un premier temps d'établir si les signes d'arriération recherchés chez les individus admis sont semblables — et donc comparables — et s'ils déterminent une même répartition au sein de l'établissement. Une difficulté majeure réside ici dans l'hétérogénéité de la nosographie dans chacun des pays évoquée dans le chapitre 1 sur le plan théorique. Dans la pratique, il s'avère que l'élaboration du diagnostic constitue une procédure mobilisant des informations globalement comparables entre les institutions étudiées. En effet, la procédure mêle partout des éléments variés tels que les renseignements donnés par la famille lors de l'entretien d'admission, souvent un questionnaire rempli au préalable avec l'aide d'un médecin, ainsi que les notes prises au cours de l'entretien avec les parents et/ou l'examen médical effectué par le psychiatre responsable des admissions dans chaque établissement, et à l'occasion les rapports des médecins vus auparavant. La méthode comparative des termes mobilisés dans nos institutions respectives dans le cadre d'une prise en charge médico-pédagogique d'arriération doit pourtant ici être justifiée méthodiquement afin d'attester de la validité d'une comparaison entre sources allemandes et françaises sur les enjeux de la nosographie.

Un type de source est apparu comme spécifiquement approprié pour trouver une solution au biais que représente la traduction, à savoir les questionnaires (*Fragebögen*) distribués aux parents faisant admettre leur enfant dans l'institution. On a pu retrouver dans les sources allemandes et alsaciennes différentes occurrences de ces questionnaires de la fin des années 1880 à la fin des années 1920. Ces sources représentent une solution au problème de la traduction et de l'équivalence des concepts dans la perspective transfrontalière adoptée. A cette fin, il nous a semblé pertinent de confronter ces sources comparables car formalisées — sous forme de questionnaire médical ou *Fragebogen* en allemand, qui sont imprimés, reproduits à l'identique pour chaque dossier, et souvent en usage plusieurs décennies dans chaque établissement — dans un tableau. De cette façon et de manière succincte, il est possible d'avoir un aperçu de différentes entrées qui étaient des critères importants dans l'élaboration du diagnostic. Remplis par un médecin en présence des parents, ces questionnaires constituaient ainsi une pièce du dossier médical. Ces questionnaires médicaux avaient une grande valeur pour les médecins, comme on peut le lire dans la remarque préliminaire introduisant celui utilisé dans les années 1920 à Cernay :

Il est de la plus grande importance pour le diagnostic et le pronostic de l'infirmité d'avoir des renseignements aussi précis et complets que possible sur les antécédents familiaux et personnels de celui dont l'admission est proposée. D'autre part la description détaillée de l'infirmité est indispensable pour permettre d'apprécier l'opportunité et l'urgence de

l'admission. Il est par conséquent recommandé de faire remplir ce questionnaire avec le plus grand soin par un médecin qui devra examiner personnellement l'intéressé⁸.

Les établissements pour lesquels nous avons retrouvé des questionnaires médicaux dans la période sont Dalldorf et le Sonnenhof, établissement protestant alsacien dont les archives ont disparu pendant la Seconde Guerre mondiale mais qu'on retrouve dans certains dossiers médicaux de Cernay à la faveur du parcours de quelques malades d'un établissement à l'autre. Les sources sont donc hétérogènes puisque nous n'avons pas un tel questionnaire pour le service de Bicêtre⁹. On rencontre donc ici un problème d'asymétrie des données, qui ne nous semble toutefois pas indépassable¹⁰. En effet, l'ensemble des entrées du questionnaire correspondent en grande partie aux informations relevées dans les rapports médicaux conservés dans les registres d'observation médicales de Bicêtre¹¹. De plus, certaines informations qui ne sont pas communes à l'ensemble des questionnaires ont des occurrences fréquentes dans les registres de Bicêtre. Par exemple, l'état des parents lors de la conception et celui de la mère pendant la grossesse sont très fréquemment mentionnés à Bicêtre mais jamais recherchés dans les *Fragebögen* berlinois. Il est ainsi nécessaire de souligner que le tableau représente un outil synthétique mais imparfait. Il permet de réaliser la grande similitude transfrontalière — frontière entendue comme barrière linguistique ou limite administrative — dans les questionnements relatifs à la genèse et l'évolution de la pathologie, néanmoins son aspect formalisé empêche de saisir l'ensemble des réalités présentes dans l'ensemble des sources, écueil qu'on s'efforcera de pallier au fil du chapitre¹².

Deux raisons motivent l'emploi de ces documents : d'une part, ils représentent une source formalisée particulière car imprimée, reproduite à l'identique pour chaque dossier et souvent en usage durant plusieurs décennies dans chaque établissement. Sur le plan méthodologique, cette formalisation sert la comparaison à la fois par le fait que les entrées sont fixes dans le temps et en

⁸ Archives des Soeurs de la Croix (A.S.C.), CE-2M, Dossier 18-1 : « Documentation générale relative à l'activité de l'institut », Questionnaire médical à remettre avec la demande d'admission », s.l., vers 1920.

⁹ Les dossiers médicaux des patients ayant été détruits.

¹⁰ Bettina Séverin-Barboutie relève dans un article sur l'histoire croisée qu'« il est plutôt rare en effet de disposer d'une documentation homogène et complète et ce même en histoire contemporaine ». Bettina SEVERIN-BARBOUTIE, « Entre idéal et réalité. L'histoire comparée face aux sources », in M. ZANCARINI-FOURNEL et S. BABY, *Les Cahiers Irice. Histoires croisées*. Paris, CNRS, 2010, p. 83.

¹¹ A.P.H.P., Registres d'observations médicales, série 6R-Bicêtre, n°112 à 137 (1884-1924).

¹² On pourrait croire par exemple que des points comme l'état de la mère pendant la grossesse (4^e colonne) n'est développé que dans les dossiers du Sonnenhof et de Cernay dans les années 1930. Or le fait que le questionnaire d'un établissement n'offre pas d'entrée à une question ne signifie pas que celle-ci n'est pas prise en compte par le médecin. Nous avons ainsi essayé de corriger ce biais en colorant en vert les cases vides (indiquées par une croix) dans les cas où il s'agisse d'une entrée qui tienne une place récurrente dans les rapports médicaux que nous avons pu consulter, bien qu'elle n'apparaisse pas dans le questionnaire en question.

raison le caractère bilingue de ces sources¹³. Quelques limites existent toutefois, en particulier le fait que la liquidation des dossiers médicaux de Bicêtre empêche d'en bénéficier pour Paris, ce qu'on palliera par l'utilisation des remarques consignées dans les répertoires d'observations médicales. Le deuxième écueil réside dans l'aspect rigide du questionnaire qui fait parfois écran à une saisie l'ensemble des réalités décrites¹⁴. Toutefois, la grande permanence dans ces critères d'appréhension de l'arriération des années 1880 aux années 1920 est le meilleur gage de l'utilisation de ces sources, dans un domaine où globalement les connaissances stagnent. Comme le souligne l'historien David Wright en conclusion de son étude de l'asile anglais d'Earlswood, les avancées dans le savoir médical arrivent seulement très graduellement et épisodiquement, et sont souvent le résultat de l'intérêt personnel — et atypique — d'un médecin particulier.

Enfin, un commentaire particulier s'impose sur la présence d'un questionnaire bilingue dans les archives de Cernay, qui augmente considérablement la solidité de notre comparaison¹⁵. L'évolution linguistique s'effectue sur une temporalité longue, et dans le fonds alsacien l'utilisation de la langue allemande connaît une permanence remarquable, puisqu'utilisée dans les correspondances jusqu'au milieu des années 1930. Cette inertie explique la mise en place d'un questionnaire rédigé certes prioritairement en français, mais prenant en compte les réalités de l'usage d'une langue qui a fut celle de l'administration pendant près d'un demi-siècle dans la région¹⁶. L'originalité d'une telle source bilingue montre bien la place de choix de cette région frontalière dans le cadre de notre analyse. L'intégration de cette dernière représente une véritable aubaine en terme de comparatisme. Le biais alsacien permet d'atténuer le problème de la variance des catégories d'analyse si complexes dans le champ de l'arriération, variables dans le temps et dans l'espace. L'apport de l'exemple alsacien, en temps que région ayant employé tour à tour allemand puis français dans la

¹³ Il faut mentionner un écueil dans la comparaison puisqu'on n'a pas pu retrouver d'occurrences d'un tel questionnaire pour le service de Bicêtre. Toutefois l'ensemble des entrées du questionnaire correspondent tout à fait aux informations relevées dans les rapports médicaux conservés dans les registres d'observation médicales de Bicêtre qu'on mettra donc malgré tout en œuvre dans le tableau en annexe. Par contre, on utilise le questionnaire d'un autre établissement alsacien confessionnel, celui du Sonnenhof protestant, car il a été retrouvé en sa version allemande qui est précieuse pour la comparaison. Ainsi si on ne peut totalement l'effacer, l'asymétrie des sources n'est pas indépassable. Comme le note Bettina Séverin-Barboutie, « il est plutôt rare en effet de disposer d'une documentation homogène et complète et ce même en histoire contemporaine ». Sur le problème de la langue et de l'équivalence des concepts déjà évoqués dans l'introduction, il s'agit de trouver une solution à l'obstacle de la langue dans la perspective transfrontalière adoptée. Dans ce but, il est cohérent de confronter ces sources comparables dans un tableau. De cette façon et de manière succincte, il est possible d'avoir un aperçu de différentes entrées qui étaient des critères importants dans l'élaboration du diagnostic. B. SEVERIN-BARBOUTIE, *op. cit.*, p. 83.

¹⁴ L'absence d'item sur un certain point n'empêche pas qu'il apparaisse dans d'autres sources relatives à la pratique médicale. Ainsi seuls les questionnaire du Sonnenhof et de Cernay dans la période française proposent une entrée sur l'état de la mère pendant la grossesse, tandis que le questionnaire berlinois ne propose pas d'entrée sur ce thème. Or cela ne signifie nullement que cet aspect ne soit pas une préoccupation des médecins allemands par ailleurs.

¹⁵ Représenté en 2 colonnes distinctes, une en allemand, l'autre en français.

¹⁶ La taille des caractères supérieure pour le texte français exprimant la primauté réservée au français en tant que langue administrative.

période mais aussi les deux langues simultanément, constitue un moyen de clarifier le problème d'équivalence conceptuel dans le sens donné aux propos médicaux de nos sources.

Ainsi, face au constat de la persistance dans toute la période de catégories nosographiques toujours floues et variables, comparer dans un premier temps les critères de diagnostic français et allemand paraît davantage significatif en vue de s'assurer de la possibilité d'avoir un propos rigoureux sur la question du diagnostic et de la catégorisation de l'arriération :

Un chercheur est amené à travailler avec une langue, des concepts et des catégories qui ne relèvent pas de son univers de socialisation. Dans le cas des comparaisons et des transferts, il en résulte une asymétrie des rapports entre le chercheur et ses différents terrains ou sources. En toute vraisemblance, un chercheur formé en France, qui s'engage dans une recherche franco-allemande, ne pourra traiter de manière symétrique les deux côtés, ne serait-ce qu'en raison des effets induits par la maîtrise des subtilités de la langue et des catégories qu'elle véhicule, plus généralement en raison de sa propre insertion dans la société française¹⁷.

De plus, on peut dire que la formulation et l'emploi des termes qualifiant l'arriération se situent à l'interface de « l'expertise familiale » et du savoir médical sur l'arriération. Les questionnaires offrent un espace sur lequel les parents sont invités à réfléchir aux modalités de l'émergence des troubles depuis leur apparition jusqu'à leur manifestation présente et à les livrer de façon détaillée, ce qu'on va à présent restituer.

Après s'être assuré de la pertinence de la démarche comparative — qui s'assimile davantage à une histoire croisée de la prise en charge de l'arriération, il convient à présent d'étudier dans la pratique les critères et les fondements sur lesquels s'appuient les médecins français et allemands pour motiver la certification de l'arriération.

2. *« Je voyais bien qu'il n'était pas comme les autres » : expertise familiale et filtre médical*

Avant même l'expertise du regard médical au moment d'une demande d'institutionnalisation, ce sont les familles qui à la fin du XIX^e siècle construisent la définition primaire de l'arriération. Par le relevé qu'elles font des diverses incapacités de leur enfant, elles témoignent des décalages multiples qui s'offrent à eux au fil du temps par rapport à une « normalité » de l'évolution et du

¹⁷ Michaël WERNER et Bénédicte ZIMMERMANN, « Penser l'histoire croisée : entre empirie et réflexivité », in M. WERNER et B. ZIMMERMANN (dir.), *De la comparaison à l'histoire croisée*, Paris, Le Seuil, 2004, p. 26.

comportement attendu d'un enfant. Cette anormalité peut être reconstruite à travers divers éléments qui sont livrés au praticien au moment de la première consultation ou au médecin des admissions de l'établissement, comme on a déjà pu en restituer dans le chapitre 2. Ces plaintes servent à motiver une admission ou à prouver à l'assistance publique l'aide nécessaire à la famille lorsque la situation devient insupportable pour l'entourage. Mais les témoignages montrent comment la reconnaissance de l'état pathologique de l'enfant s'est construite à travers un processus plus long d'accumulation d'indices permettant à l'entourage de supposer l'existence d'une déficience quelconque chez le proche. La littérature dans le champ de l'histoire de la maladie mentale insiste sur le fait que la détermination de l'arriération n'est pas établie en premier lieu par le médecin à la fin du XIX^e siècle. L'utilisation de sources comme les correspondances des parents avec l'Assistance publique pour demander une place en institution ou les dossiers de patients contenant les questionnaires médicaux remplis par les parents au moment des demandes d'admission permet de prendre la mesure de la part du pôle familial dans l'identification et la description des troubles. Dans le chapitre précédent, on a vu que la demande d'aide et de soins n'est pas non plus formulée par les individus arriérés eux-mêmes. Dans un premier temps, ce sont les personnes de l'entourage qui relèvent des signes particuliers pour les interpréter comme des explications possibles d'une situation anormale constatée chez le proche. Ce n'est qu'alors que vient le moment de s'adresser à un médecin qui éventuellement valide ce constat et précise un diagnostic dont les éléments sont grandement apportés par la famille.

On peut souligner le biais présent dans de telles déclarations. La pudeur ou la honte éprouvées par certains parents à l'égard de certains éléments de leur intimité doivent être considérées. La formulation d'informations personnelles et parfois relevant de l'intime au moment de la visite médicale précédant ou conditionnant l'admission inhibe sans doute bien des détails. Les sources issues des dossiers médicaux de patients qui sont utilisées ici ont donc leurs limites méthodologiques, qui sont relatées avec lucidité par un visiteur extérieur dans l'établissement de Cernay :

Pour établir le diagnostic, le médecin a besoin de renseignements sur la famille et les antécédents. Il ne doit pas toujours être facile d'obtenir ces renseignements. Le manque de sincérité peut provenir d'une certaine gêne ou d'un aveuglement facile à comprendre de la part d'une maman pour son enfant¹⁸.

Bien des violences domestiques commises sur l'enfant ou la mère restent sans doute tues, peut-être en raison de la présence de celui qui la commet au moment de l'entretien. Il arrive dans de

¹⁸ A.S.C., CE 3M, Dossier 19 : « Lettres, rapports, comptes-rendus émanant d'autres personnes et concernant l'activité de l'institut », Louise Huber, « Le placement des enfants anormaux dans les trois départements recouverts », mémoire dactylographié, s.l., 1931, p. 16.

rare dossiers que la maltraitance soit toutefois évoquée. La formulation du diagnostic et la classification effectuée par le médecin ne peuvent être que partielles et tronquées.

a) De la sphère familiale à la sphère médicale : une certification empirique des premiers signes de la déficience mentale

La demande de prise en charge faite à une institution doit être justifiée par des observations motivant l'impression — au départ souvent confuse — des parents de l'existence d'un trouble mental chez leur enfant. Les questionnaires remplis à l'attention du corps médical de l'établissement ont pour objectif d'appréhender la gravité de la déficience mentale supposée à l'aide des remarques parentales. Elles figurent sous l'item « indications de maladie mentale selon les parents » dans les questionnaires, et sont elles-mêmes recueillies par un médecin non-spécialiste, le plus souvent le médecin référent de chaque famille. Lors de la consultation qui donne lieu à l'émission du questionnaire, un des deux parents au moins est présent dans une majorité d'admissions à Cernay comme en Allemagne. A Bicêtre également, les certificats des médecins mentionnent le plus souvent la présence d'un proche. Leur parole rapportée est signalée de manière systématique avant d'entamer tout propos sur l'enfant (« d'après le père » dans les registres d'observations médicales de Bicêtre, *nach Angabe des Vaters* à Berlin). Au moment de l'entrée du proche dans l'établissement, les parents s'entretiennent souvent avec le médecin responsable des admissions. Un visiteur de l'institut Saint-André de Cernay raconte :

Après avoir passé au service administratif, je vais avec le petit à l'infirmerie, pour la consultation du Médecin-Chef. J'y trouve encore un bon nombre de personnes devant être admis. La plupart des parents accompagnent leurs enfants, car leur présence est sinon indispensable, du moins exigée¹⁹.

La pratique de l'entretien avec les parents semble moins systématique dans les grands établissements publics de Berlin et Bicêtre, sans doute en raison du plus grand nombre de placements effectués d'office et de cas de malades dépendants de l'assistance publique car soustraits à la tutelle familiale.

Les descriptions faites par l'entourage sont toujours restituées de manière chronologique. Pour la famille, les premiers mois de la vie de l'enfant sont souvent l'occasion de relever des détails successifs qui finissent par former un faisceau de preuves attestant d'un problème dans le

¹⁹ A.S.C., CE 3M, Dossier 19 : « Lettres, rapports, comptes-rendus émanant d'autres personnes et concernant l'activité de l'institut », Louise Huber, « Le placement des enfants anormaux dans les trois départements recouvrés », mémoire dactylographié, s.l., 1931, p. 16-17.

développement. Parmi ces critères, on retrouve celui de l'attention. L'indifférence aux objets ou l'inaptitude à suivre du regard figurent parmi les premiers éléments identifiables chez le nourrisson d'un comportement atypique. Ils sont souvent associés à un comportement anormalement agité, ou au contraire à une apathie décrite comme suspecte par les parents. L'absence de réactions aux sensations représente un autre indice parlant pour les parents qui, comparativement à l'expérience empirique qu'ils ont eu du déroulement « normal » du développement de l'enfant, soupçonnent un trouble quelconque sans pouvoir le qualifier clairement ou avoir encore la certitude de sa présence²⁰.

Avec la croissance de l'enfant dans les premières années, le faible développement de l'enfant du point de vue physique et son manque d'autonomie dans des tâches quotidiennes les plus simples émergent au regard des parents. Ces derniers font face aux incapacités pratiques à se nourrir, faire sa toilette, ses besoins ou encore s'habiller. Très vite, c'est le retard ou l'absence de tout langage qui est relevé, ou au moins l'incapacité à produire autre chose que des sons inarticulés. Dans le *Fragebogen* qu'il envoie en 1914 à l'asile de Dalldorf, le père d'Else E. décrit l'état de santé de ses cinq enfants. Celle qui est admise à l'asile est la troisième de la fratrie. Les parents relatent qu'elle « se développe normalement » et « joue et se comporte comme les autres enfants » jusqu'à l'âge de quatre ans. Elle est alors victime de convulsion, et au bout de quelques années, les parents remarquent qu'elle présente une certaine « faiblesse mentale » (*geistige Schwäche*). Une telle qualification est justifiée dans le questionnaire par le fait que la fillette présente un « langage mauvais et dénué de sens » (*schlechtes und sinnloses Sprechen*)²¹.

La comparaison avec les autres enfants est centrale dans l'identification de l'arriération. La différence nette dans le développement de l'enfant, souvent déjà supposée dans les premiers mois de la vie, s'en trouve alors confirmée et souvent décrite comparativement à l'évolution d'autres membres de la fratrie ou d'enfants du voisinage. Ce constat est d'ailleurs souligné dans les écrits de plusieurs aliénistes faisant mention de l'importance du regard parental dans l'anamnèse de la

²⁰ Paul Sollier est particulièrement attentif à ce détail qui atteste d'un degré d'arriération futur sans doute grave car attestant d'une cause sans doute organique. Cette considération témoigne de l'importance du sensualisme dans la compréhension des mécanismes amenant au retard mental : « le point de départ de tout développement intellectuel, de toute connaissance est dans la sensation ». Plus loin il précise : « D'idées, il n'en a pas ; de sentiment, il n'en a pas ; de sensations, il en a à peine. *Le seul besoin qu'il ressente vaguement est celui de la faim. Le sentiment du besoin satisfait qui s'associe avec la sensation du contact du mamelon, constituent presque seules ses connaissances [...] L'idiot ne va pas plus loin. Il a beau grandir, se développer, son horizon intellect et sensitif ne paraît pas s'élargir* ». Cette considération explique aussi l'attention de Bourneville à l'éducation à la sensation. Paul SOLLIER, *Psychologie de l'idiot et de l'imbécile*, Paris, F. Alcan, 1891, p. 44 et 65. On retrouve de telles remarques de la part de l'entourage de manière similaire et intéressante dans l'ouvrage *My Left Foot* de l'écrivain irlandais Christy Brown. Voir la bibliographie pour plus de détails sur l'ouvrage.

²¹ Landesarchiv Berlin, A Rep 0003-04-04, Dossier administratif n°5865, Questionnaire à propos de l'enfant Else C., 30 février 1914.

pathologie. Ainsi Paul Sollier, ancien interne de Bourneville, cite une phrase courante entendue chez les parents des enfants qu'il dans le service de Bicêtre, et qui correspond tout à fait à ce qu'on trouve dans les dossiers médicaux : « je voyais bien qu'il n'était pas comme les autres »²². Dès les premières étapes du développement, des signes de dépendance sont relevés. Par comparaison avec le comportement d'autres enfants en bas âge, des différences sont constatées. L'écart avec l'évolution attendue construit en creux la suspicion des parents quant à son anormalité. Ainsi, « en tant que condition, l'idiotie n'est pas identifiée de manière isolée, mais plutôt définie dans un contexte interactif »²³, par l'intermédiaire d'une confrontation — souvent inconsciente — avec ce qui est envisagé comme un développement « normal ».

Outre la comparaison, la présence d'un trouble émerge aussi en raison des excès ou défauts au niveau du caractère de l'enfant. Son comportement interpelle parfois : l'absence d'émotion ou la présence de traits qualifiés de méchants, sadiques ou de malfaisants envers l'entourage sont des motifs souvent invoqués dans les propos des parents. Des éléments considérés comme originaux voire bizarres sont aussi cités par les parents qui manifestent leur surprise devant un enfant parlant tout seul ou trop peu. Ainsi, son médecin rapporte comment la mère de Marta H. « a remarqué que la patiente, quand elle était encore toute petite, était anormalement silencieuse » (*auffalend still war*)²⁴.

En grandissant, l'enfant se trouve confronté à ses camarades de jeu, qu'il s'agisse des autres enfants du foyer, de la famille élargie, du voisinage ou de l'école où il est parfois scolarisé. Les conséquences fâcheuses de son caractère sont alors largement invoquées par les professeurs pour expliquer des événements indésirables repris par les parents comme autant de motivations pour demander un internement comme on a pu le voir dans le chapitre 2, mais aussi comme des preuves d'une « anormalité » qui n'a pas encore été validée par l'autorité médicale. Les descriptions formulées par certains parents manifestent une attention au détail très importante. L'ensemble du caractère et de l'état actuel de l'enfant se retrouve alors décrit avec précision, fournissant une masse d'information conséquente dans laquelle le médecin des admissions prélève alors simplement les éléments qu'il estime important pour formuler l'état de l'enfant figurant dans son dossier médical au moment de l'entrée en institution. Cette longue lettre envoyée à l'institut Saint-André le montre :

L'enfant, comme je vous le dit plus haut, pas méchant, en ce moment, quoique [...] toujours près à se rendre utile a de brusques écarts de mouvements lorsque l'on lui commande quelque chose, malgré lui il nous répondait, ce qui lui occasionnait souvent une mesure corrective. D'un caractère absolument immature, il n'arrive pas à se rendre compte de la portée des

²² P. SOLLIER, *op. cit.*, p. 42.

²³ D. WRIGHT, *op. cit.*, p. 124.

²⁴ Landesarchiv Berlin, A Rep 0003-04-04, Dossier médical n° 5969, Antécédents donnés par la mère de de Marta H., 18 octobre 1922.

choses. A essayé de travailler dans quelques maisons, qui n'ont pas pu le garder, suite de son caractère, plutôt indifférent, aussi bien à la menace d'une punition, qu'à la promesse de récompense (apathie). En un mot, c'est un enfant doué d'un fort appétit, ne pouvant au vu de son tempérament indifférent, que jouer, manger et dormir [...] Peut avoir envie de travailler ou de faire n'importe quoique ce soit, mais il est sans suite dans les idées. N'a pas son instruction très étendue mais sait bien lire, écrire et compter modérément. N'est pas sot, a même des réflexions qui dénotent chez lui la place à cultiver. Aime à rendre service, fort, et quoique maigre, sauf son encéphalite, n'est jamais malade, ni quoique ce soit, pas frileux.²⁵

Cette description illustre comment certains parents sont en mesure de qualifier précisément tant l'évolution de l'enfant que son caractère et son aptitude au travail. Ici on voit bien comment la sphère familiale adopte un prisme d'évaluation de type institutionnel, mettant en avant la docilité et l'affection manifestée par l'enfant, qui sont des qualités valorisées chez le « bon patient »²⁶. Dans cette lettre, les parents évaluent les qualités de l'enfant d'un point de vue scolaire et jaugent par avance la présence chez l'enfant d'atouts pouvant encourager l'institution à l'admettre en son sein. On voit aussi que les informations à caractère sanitaire sont loin de dominer : la part du caractère de l'enfant — suggéré à travers les qualificatifs de sociable, méchant, timide, obéissant, taciturne, excité ou bruyant dans les lettres envoyées aux asiles ou à l'assistance — représente un point important qui est abordé de manière spontanée par la famille. Ceci dénote une connaissance au moins partielle des normes scolaires et des exigences en terme de comportement, liée aussi à l'origine de la source qui provient d'une demande hors secteur et mobilise donc des stratégies particulières²⁷. Ces propos attestent néanmoins de l'existence chez certains parents d'une « culture psychiatrique domestique » au sens d'Akihito Suzuki, c'est-à-dire une attitude de la famille qui n'est pas vierge de tout présupposé concernant la maladie mentale²⁸.

Les soupçons d'arriération émergent ainsi en comparant l'état de l'enfant avec le développement ou l'attitude d'autres enfants considérés comme étalon. Il n'est donc « pas surprenant que beaucoup de parents identifient le début de la déficience au premier âge plutôt qu'à partir de la

²⁵ Qui se manifeste ici par l'usage de la litote, d'un optimisme réel (il est « sans suite dans les idées » mais a « la place à cultiver ») et reste imperméable à la contradiction (l'enfant est fort, mais maigre). Plus prosaïquement, l'atténuation parfois de la pathologie de l'enfant peut simplement être le reflet de l'amour maternel et de l'espoir de guérison. Archives Cernay, 7M1 (dossiers personnels de malades), Carton 1927, Lettres K-Z, Lettre manuscrite de la mère de Camille G. à Madame la Supérieure directrice de Saint André, s.l., 1927.

²⁶ Voir sur ce thème l'article d'Hervé GUILLEMAIN, « La fonction du « bon patient » dans l'institution psychiatrique (1910-1970) », in L. GUIGNARD, H. GUILLEMAIN et S. TISON (dir.), *Expériences de la folie: criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIXe - XXe siècles)*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2013.

²⁷ Cet exemple représente néanmoins une minorité de cas et s'explique ici de manière claire par la situation de parents désireux d'obtenir une admission « hors secteur ». La valeur dérogoire de la source explique sa précision, mais qui témoigne aussi de la grande attention des parents au développement et état de leur enfant. La date du document, 1927, est un autre motif de voir ici une évolution par rapport à des dossiers de la fin du XIX^e siècle où l'institution psychiatrique faisait peut-être moins partie du paysage des familles.

²⁸ Akihito SUZUKI, *Madness at Home : The Psychiatrist, the Patient, and the Family in England, 1820-1860*, Berkeley, University of California Press, 2006.

naissance »²⁹. L'origine du trouble semble finalement peu importer dans les écrits, et si beaucoup de familles s'interrogent sans doute sur les raisons de l'anormalité de leur enfant, les sources restituant le discours spontané de l'entourage évoque principalement l'état actuel de l'enfant et les problèmes concrets que ses troubles posent à la cellule familiale. Hormis dans certains rares cas, les discours sur les cause du trouble émergent par le formatage médical imposé par les thèmes du questionnaire à remplir en vue de l'admission à l'asile, ou directement lors de l'entretien avec les parents à l'admission de l'enfant.

b) L'entourage face aux hypothèses sur l'origine du trouble

Dans les demandes des familles adressées aux institutions, on trouve souvent les « causes supposées d'arriération ». Le terme de causes « supposées » montre à quel point la connaissance des causes du retard mental reste de l'ordre de l'hypothèse pour les familles comme pour le médecin, à travers la formulation de diverses hypothèses dont on va aborder les plus fréquentes retrouvées dans les dossiers des patients ainsi que les questionnaires. On peut remarquer qu'ici aussi, on traitera les exemples allemands et français ensemble, en raison des causes d'arriération semblables postulées.

1) *Causes précédant ou accompagnant la naissance*

Les causes concernant l'origine des troubles semblent rarement abordées de manière spontanées dans les écrits des parents. Ces informations émergent après passage par un filtre médical. Ce formatage médical orientant la parole de la famille peut être celui du questionnaire rempli et envoyé à l'institution, et dont les items aiguillent les proches vers certains événements particuliers, ou par les questions posées directement par le médecin des admissions³⁰.

Du côté français, l'hérédité est le premier élément abordé dans les sources à une époque où l'arriération est conçue dans le cadre plus global de la théorie de la dégénérescence, comme on le verra plus longuement dans le chapitre 6. Les répertoires d'observations médicales de Bicêtre mettent en évidence l'existence d'une généalogie pathologique qui constitue un élément important pour les médecins consignait les informations sur les antécédents familiaux de l'enfant. Admis dans le « service des idiots » de Bicêtre en mars 1901, Adrien C. est décrit comme « atteint de débilité mentale avec paralysie infantile consécutivement à des convulsions » avec « absence de notions

²⁹ D. WRIGHT, *op. cit.*, p. 28.

³⁰ Les registres d'observations médicales parisiens ainsi que les dossiers médicaux berlinois et alsaciens contiennent souvent la retranscription des éléments principaux abordés lors d'entretiens avec les parents, qui sont consignés dans un « sommaire » dans les registres de Bicêtre, et une rubrique nommée « antécédents » (*Vorgeschichte*) à Berlin et à Cernay.

élémentaires » et incapacité à « se conduire au dehors »³¹. Sorti de l'asile pendant quelques années, il repasse à Sainte-Anne, et à propos de ses antécédents familiaux, le Dr Magnost relève les éléments suivants :

Père – syphilis à 19 ans. Caractère violent ; céphalgies. Gd. Père paternel (sic) : alcoolique mort probablement d'un cancer de l'estomac ; Arrière Gd. Père paternel – alcoolique paralytique ; arrière Gd. Mère paternelle : probablement morte d'un cancer du rectum ; Gde. tante paternelle : choréique dans l'enfance ; Tante paternelle : morte à 3 ans de méningite ; Cousine bègue. Petits cousins choréiques. Cousin strabique, cousin pied bot ; Mère : chorée de l'enfance, caractère un peu sombre, migraineuse ; Gd. Père maternelle – mort de tuberculose ; Gd. Mère maternelle – morte de tuberculose ; Arrière Gde. Tante maternelle – paraplégique à la suite de convulsions ; Cousin germain épiléptique. Cousins alcooliques³².

La reconstitution *in extenso* d'une telle généalogie morbide est fréquente et illustre l'attention particulière accordée à toutes les occurrences de maladies nerveuses chez les aïeux de l'enfant examiné, ainsi que toutes les pathologies considérées comme des « fléaux sociaux » à l'époque — l'alcoolisme, la syphilis et tuberculose — et dont la présence est souvent mentionnée non seulement pour les parents, mais si possible recherchée à l'échelle de toute la lignée familiale, des grands-parents aux collatéraux³³. Le soin pris dans la recherche de toute sorte de pathologies à la fois organiques et nerveuses est remarquable en France. L'hérédité constitue en effet l'élément central dans le « sommaire » des registres de Bicêtre autour de 1900. A Paris en particulier, les éléments familiaux pathologiques sont consignés avec une telle exhaustivité que l'importance de cet élément héréditaire pour les aliénistes ne peut être mis en doute. On retrouve cette tendance à Cernay dès les années 1920. Le rapport de Marie E., admise en 1927, mentionne des « Antécédents très chargés : mère morte à 30 ans complètement idiote, l'oncle mort à Stephansfeld, aliéné, un autre mort idiot »³⁴

L'attention à l'hérédité existe bien dans les dossiers de patients alsaciens et berlinois, mais devient significative dans une période postérieure par rapport à Bicêtre. Le cas de l'Alsace semble intermédiaire : à Cernay, même si les descriptions de généalogies pathologiques n'occupent pas une place prépondérante, les médecins en font mention dans les dossiers, et surtout le questionnaire

³¹ Archives APHP, Bicêtre, 6R-119, Registre d'observations médicales, Immédiat de la préfecture de police concernant Adrien C., 5 mars 1901.

³² Archives APHP, Bicêtre, 6R-119, Registre d'observations médicales, Sommaire du Dr Magnost à l'asile Sainte-Anne concernant Adrien C., 27 juillet 1905.

³³ Le sens de la présence fréquente de ces fléaux sociaux et leur lien avec la théorie de la dégénérescence en Allemagne et surtout en France sera développé dans le chapitre 6. Voir Dominique DESSERTINE et Olivier FAURE. *Combattre la tuberculose : 1900-1940*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1988 ; Claude QUETEL, *Le mal de Naples : histoire de la syphilis. Médecine et histoire*. Paris, Seghers, 1986.

³⁴ A.I.S.A., Dossiers personnels des malades, Carton 1927, Lettres A-N, Rapport médical du Dr Stoeber au sujet de Marie E.

médical utilisé à Saint-André présente une catégorie consacrée aux antécédents familiaux, où sont posées les questions suivantes : « Des maladies particulière, maladies mentales, cérébrales ou nerveuses sont-elles reconnues comme héréditaires dans la famille ? » (*Sind etwa gewisse Krankheiten, Geistesstörungen, Gehirn- oder Nervenleiden, Epilepsie etc. in der Familie erblich ?*). Ce constat est confirmé par la présence notable dans le questionnaire utilisé entre 1911 et 1918 dans l'autre asile alsacien du Sonnenhof d'une catégorie similaire, formulée de surcroît de manière plus précise, peut-être en raison de son élaboration plus tardive :

Les parents sont-ils en bonne santé ou alors de quelles maladies souffrent-ils (nerfs, rhumatismes, tuberculose, syphilis ?). Des cas de maladies mentales, suicide, alcoolisme, épilepsie, tendances délictueuses, surdi-mutité, de bizarreries comportementales remarquables, faiblesse d'esprit ou de capacités défectueuses à l'école sont-ils connus chez les parents et leurs collatéraux ?³⁵.

On peut souligner que la formulation de la question n'est pas ouverte, puisqu'on suggère en les nommant des maladies particulières qui sont celles le plus souvent associées à l'hérédité. On peut noter que les éléments suggérés par les items de ce questionnaire utilisé juste avant la Première Guerre mondiale ressemblent fortement à ceux recherchés à Bicêtre. Par contre, à Berlin, on ne trouve dans un premier temps nulle trace de tels éléments dans la première version du *Fragebogen* utilisé à Dalldorf, qui interroge successivement la « description de l'état corporel » (*Schilderung des körperlichen Verhaltens*), puis de l'état psychique (*geistigen Verhalten*) dans les premières années de la vie et creuse surtout les aptitudes et connaissances actuelles de l'enfant. Le seul élément suggérant une origine héréditaire de la pathologie est l'allusion à l'épilepsie et l'item sur l'origine de la maladie qui amène les parents à se demander si « des causes particulières de la maladie peuvent [...] être mentionnée et lesquelles » (*Können bestimmte Ursachen des Leidens angegeben werden und welche*)³⁶. Quelques éléments pathologiques familiaux sont parfois relevés par les médecins au cours de l'entretien avec les parents, mais de manière brève et peu fréquente jusqu'à l'entre-deux-guerres. Dans le questionnaire de l'*Idiotenanstalt*, pratiquement aucun élément n'invite à voir dans l'hérédité la cause de l'arriération. Et quand bien même, ce constat ne tient aucune importance alors pour le personnel de l'*Idiotenanstalt*. En dehors d'une pénétration plus tardive de la théorie de la dégénérescence en Allemagne qu'on explicitera dans le chapitre 6, ce constat est sans doute à relier avec la direction de l'établissement accolé à l'asile, qui appartient encore à la sphère pédagogique à

³⁵ „Sind die Eltern körperlich gesund oder woran leiden sie (Nerven, Rheumatismus, Tuberkulose, Lues)? Sind Geisteskrankheiten Selbstmord, Trunksucht, Epilepsie, Neigung zu Straftaten, Taubstummheit, auffalende Charaktereigentümlichkeiten, Schwachsinn oder mangelhafte Leistungen in der Schule vorgekommen bei den Eltern?“, Archives Cernay, Exemple type du questionnaire (*Fragebogen*) utilisé au Sonnenhof entre 1911 et 1918.

³⁶ Landesarchiv Berlin, A Rep 0003-04-04, Questionnaire (*Fragebogen*) standardisé vierge retrouvé dans plusieurs dossiers médicaux.

la fin du XIX^e siècle. Dans le questionnaire déjà utilisé pour les patients de l'asile de Dalldorf *stricto sensu* entre 1883 et 1925, la piste héréditaire est déjà mentionnée de la manière suivante : « des maladies mentales ou nerveuses, l'alcoolisme, le suicide, les délits, des comportements atypiques sont-ils déjà apparus chez le père ? La mère ? Les collatéraux ? »³⁷. Cette différence fondamentale entre le questionnaire de l'institut pour idiots et l'asile dans sa totalité permet d'affirmer que l'appartenance des cas d'arriération à la sphère pédagogique en Allemagne a pu retarder la conception de l'arriération fondamentalement reliée à la théorie de la dégénérescence.

Ensuite, dans l'ensemble des questionnaires d'admission comme dans les répertoires d'observations médicales de Bicêtre, l'état de santé des parents figure presque systématiquement. Un premier élément recherché par les médecins français et allemands réside en une éventuelle consanguinité des parents. La suite du sommaire d'Adrien C. à Sainte-Anne l'illustre bien : le Dr Magnan mentionne qu'il n'y a « pas de consanguinité » et une « inégalité d'âge de 13 mois » entre les parents. De la même façon dans les différents questionnaires retrouvés en Alsace et à Berlin, on recherche la consanguinité. A Berlin, on demande si « le père et la mère ont des liens de parenté » (*Sind Vater und Mutter miteinander verwandt?*) et à quel degré (*In welchem Grade?*). A Cernay, le questionnaire d'avant 1918 demande aussi s'ils sont en parenté (*miteinander verwandt*), tout comme au Sonnenhof où l'on parle avant 1918 de « consanguinité » (*blutsverwandt*). Cet élément reste présent après le retour de l'Alsace à la France dans les questionnaires, le facteur de la consanguinité reste donc important pour le diagnostic sur toute la période 1880-1930 en France comme en Allemagne.

L'état de santé des parents au moment précis de la conception semble par contre être un élément tout à fait spécifique à la France. La question apparaît souvent à Bicêtre : par exemple, la mère d'Alexandre P. mentionne sa « conception probable dans l'alcool » en 1904³⁸. D'autres éléments de nature environnementale sont mentionnés, qu'on ne retrouve que peu en Allemagne. En effet, ce point n'est présent dans aucun des questionnaires recueillis à Dalldorf, ni à Cernay ou au Sonnenhof. Par contre, après le retour de l'Alsace à la France, la question de savoir si l'un des deux parents était « atteint d'une intoxication ou maladie chronique comme l'éthylisme, syphilis, tuberculose, épilepsie, aliénation mentale ? » au moment de la conception fait son apparition dans le document.

³⁷ „Sind Geistes- oder Nervenkrankheiten, Trunksucht, Selbstmord, Verbrechen, auffalende Charaktere vorgekommen bei Vater? Mutter?“. Landesarchiv Berlin, A Rep 0003-04-04, Questionnaire standardisé vierge utilisé à Dalldorf (1883-1925 environ).

³⁸ Archives APHP, Bicêtre, 6R-118, Registre d'observations médicales (1903-1904), Antécédents d'Alexandre P., 24 juillet 1904.

L'attention à l'alcoolisme et aux autres « fléaux sociaux » dont pourraient être atteints les parents est un point commun majeur dans tous les documents produits par les aliénistes français et allemands dans les fonds étudiés. Les registres d'observation de Bicêtre tout comme les questionnaires et descriptions produites après entretien des médecins des admissions allemands (*Aufnahmenarzt*) recherchent la présence chez les parents et collatéraux de cas d'alcoolisme, et très souvent aussi de syphilis ou de tuberculose. Ces deux dernières pathologies ne sont explicitement mentionnées que dans le questionnaire du Sonnenhof pendant la période allemande, ainsi que celui Cernay utilisé après le milieu des années 1920, néanmoins l'occurrence de leur mention dans les observations de tous les médecins français et allemands autorise à les considérer comme fondamentales dans le diagnostic. Néanmoins, c'est l'alcoolisme (*Trunksucht*) qui apparaît de loin comme le facteur le plus activement recherché par les médecins. Vers 1900, il est fortement lié dans les registres de Bicêtre à des généalogies morbides, comme on l'a vu précédemment. A Berlin aussi, l'alcoolisme est recherché par les médecins comme une preuve pathologique souvent associée à des idées de milieu délétère et de comportements violents ou immoraux. Ainsi à Berlin, la mère de Herbert G. confie en 1926 dans les antécédents (*Vorgeschichte mitgeteilt von der Mutter*) que son premier mari duquel elle est maintenant divorcée était alcoolique au point d'avoir des accès de *delirium tremens*. Elle mentionne que père « l'obligeait à avoir des relations sexuelles quand il avait fortement bu » (*übte Geschlechtsverkehr aus wenn er stark angetrunken war*). Elle y voit la cause de l'arriération de l'enfant pris en charge en 1926 à Wittenau, que le dossier médical qualifie littéralement de la mention « enfant d'ivrogne » (*Säufer-Kind*)³⁹. L'alcool n'est par ailleurs pas la seule boisson considérée comme pathologique : à Bicêtre, on retrouve plusieurs fois le terme de « caféisme », qui désigne probablement la consommation excessive ou pathologique de café, sans qu'on ait pour comprendre l'objet de ce qualificatif. De manière générale, on peut penser qu'il est significatif d'une médecine mentale qui relève tout excès comme pathologique, considéré comme facteur potentiel d'une affection dont on peine à comprendre la genèse. L'attention à l'état de santé des parents est souvent mise en relation avec leur moralité et leur éventuelle déviance, également considérée comme origine éventuelle de la morbidité de l'enfant.

Ensuite, les maladies et accidents de la mère pendant la grossesse sont recherchés en tant que facteurs extérieurs possibles du retard mental de l'enfant. Ils sont suggérés aux parents comme cause éventuelle par le « formatage » du questionnaire médical venant mobiliser leur mémoire des faits

³⁹ Landesarchiv Berlin, A Rep 0003-04-04, Dossier médical n°5977, Antécédents communiqués par la mère d'Herbert G., 29 juin 1926.

significatifs ayant pu toucher la femme enceinte. Certains éléments figurent parmi les détails spontanément mentionnés par les parents. La survenue d'une peur ou à une anxiété chez la mère au cours de la grossesse est souvent évoquée. A propos des antécédents de son fils arriéré admis à Bicêtre, la mère d'Alexandre P. cite les « émotions fréquentes » ressenties pendant la grossesse, en raison de « l'ivresse et des sévices fréquents du mari »⁴⁰. Dans le procès verbal précédent l'admission de Léon B. à Bicêtre, le médecin mentionne une cause plus surprenante encore liée à une émotion forte, à savoir que « l'état d'idiotie de cet enfant est attribué à une peur que la mère a eue alors qu'elle était enceinte depuis 5 mois — une personne en crise d'épilepsie est morte dans ses bras »⁴¹. La mère de Gaston T. relate deux « émotions » : l'une avant la naissance due à l'occasion de « la chute de son fils aîné dans la Seine », l'autre « au 7^e mois de l'allaitement, émotion due à une scène violente du père en état d'ivresse »⁴². D'une manière similaire, les émotions fortes sont associées à l'arriération en Allemagne aussi. Ainsi une mère berlinoise relie la déficience mentale de son fils aux frayeurs éprouvées pendant les bombardements sur la ville lors de la guerre de 1914-1918. La mère d'Armand V. mentionne dans l'entretien avec le médecin des « émotions à 5-6 mois par la vue d'un chien en attaque d'épilepsie »⁴³. L'importance de cette cause supposée témoigne sans doute d'une tentative de donner du sens à une pathologie dont elles ne peuvent expliquer l'origine, mais peut-être aussi le signe d'une certaine culpabilité maternelle. Ainsi la mère d'Armand V. poursuit son allusion aux problèmes subits pendant sa grossesse en évoquant des « ennuis parce qu'elle n'était pas mariée ». Erigées en cause possible de l'arriération, les émotions de la mère sont un élément consigné par les médecins et figurent de surcroît de manière formalisée dans les questionnaires utilisés à Cernay comme à Berlin. Celui de l'établissement privé du Sonnenhof en vigueur sous la période allemande fait allusion au thème des émotions de la mère, ainsi que celui distribué pour Cernay dans les années 1920, interrogeant si la mère a eu « des chagrins ou des soucis graves ». Si elle n'est que ponctuellement mentionnées dans nos données, beaucoup de sources secondaires issues des aliénistes mentionnent cet élément, ce qui montre l'accord de la profession médicale de l'époque devant cette croyance populaire qui existait déjà au début de l'époque moderne⁴⁴. Spécialiste du retard mental au XIX^e siècle, l'historien David Wright voit dans le motif

⁴⁰ Archives APHP, Bicêtre, 6R-118, Registre d'observations médicales, Antécédents d'Alexandre P., 24 juillet 1904.

⁴¹ Archives APHP, Bicêtre, 6R-118, Registre d'observations médicales, Procès-verbal établi à la préfecture de police par le Dr Garnier, 25 mars 1903.

⁴² Archives APHP, Bicêtre, 6R-117, Registre d'observations médicales (1903-1904), Sommaire établi à Sainte-Anne, mars 1902.

⁴³ Archives APHP, Bicêtre, 6R-128, Registre d'observations médicales, Antécédents d'Armand V., 31 octobre 1900.

⁴⁴ Dès cette période, on détaille les précautions à prendre par la mère pendant la grossesse pour préserver la santé du futur bébé : « Il lui faut notamment éviter les spectacles effrayants ou seulement insolites qui risqueraient de provoquer la naissance d'un monstre ». Les croyances voulaient aussi que la femme ne contraigne pas ses envies de nourriture, pour

des émotions de la mère la cause la plus fréquente citée par les parents jusqu'au dernier tiers du XIX^e siècle pour expliquer l'arriération de leur enfant. Présente chez toutes les classes sociales, cette cause montre que les questions des médecins rencontrent parfois les représentations populaires sur la maladie et ses causes.

Ensuite, les sources issues du champ médical montrent que la recherche de causes organiques ayant pu altérer la santé de l'enfant lors de la grossesse est systématique. Ainsi le questionnaire distribué à Cernay dans les années 1920 et 1930 demande : « A-t-elle eu une maladie infectieuse ? Eclampsie ? Vomissements ? Hémorragies ? ». Les chocs de la mère durant la grossesse représentent une question récurrente des médecins, et figurent notamment en lien avec des violences domestiques. Des coups portés sur la femme sont parfois mentionnés. A l'admission de Marta H., les antécédents (*Vorgeschichte*) récoltés mentionnent le fait que « la mère de la patient aurait été/prétend avoir été (*soll/will*) malmenée de manière très brutale par son mari pendant la grossesse »⁴⁵. L'hésitation dans la manière de retranscrire ce cas de maltraitance montre le scepticisme du médecin, ce qui laisse à penser que bien d'autres situations semblables sont sans doute restées tues. Les complications durant la naissance sont mentionnées aussi, causées par une taille excessive de la tête qui entraîne alors des altérations éventuelles de sa forme lors de l'accouchement. A ce titre, l'emploi du forceps lors de l'accouchement figure aussi parmi les causes invoquées de retard mental. Ainsi dans le cas de Hans S., le récit de l'accouchement mentionne à la fois l'âge élevé de la mère et surtout l'usage du forceps (*Zange*) qui aurait peut-être entraîné une compression de la boîte crânienne du bébé (*der Kopf war ganz klein*). La déformation de la boîte crânienne est ainsi reconnue comme une action mécanique néfaste ayant un impact délétère sur la santé mentale de l'enfant. D'autres complications au moment de l'accouchement sont relevées. Par exemple, la mère d'Adrien C. rapporte au Dr Magnan une asphyxie de l'enfant au moment de la naissance, ainsi de des « engourdissement des bras et de la langue » pendant la grossesse⁴⁶. Ces éléments extérieurs sont considérés comme des facteurs ayant altéré le développement mental de l'enfant en France comme en Allemagne.

éviter l'apparition de taches de vin, de café ou de fruits qui témoigneraient de ses envies refoulées. François LEBRUN, *Se soigner autrefois, Médecins, saints et sorciers aux XVII^e et XVIII^e siècles*, Paris, Le Seuil, 1995, p. 137. Voir aussi Georges VIGARELLO, *Histoire des pratiques de santé: le sain et le malsain depuis le Moyen Age*, Paris, Le Seuil, 1999.

⁴⁵ « Mutter d Pat (sic) soll / will von ihrem Mann während der Schwangerschaft sehr brutal behandelt worden sein ». L'emploi des deux verbes modaux, qui indiquent des niveaux de crédibilité différents (*will* étant utilisé en cas de doute évident dans l'affirmation émise) montre l'absence de crédit donné par le médecin en question aux dires de la mère, autre aspect du « filtre » médical à travers lequel passent les paroles des parents. Landesarchiv Berlin, A Rep 0003-04-04, Dossier médical n° 5969, Antécédents donnés par la mère de Martha H., 18 octobre 1922.

⁴⁶ Archives APHP, Bicêtre, 6R-119, Registre d'observations médicales, Sommaire du Dr Magnan à l'asile de Sainte-Anne concernant Adrien C., 27 juillet 1905.

2) « Il est tombé hors de son berceau sur la tête » : causes postpartum

Alors qu'une majorité des cas d'arriération sont considérés comme congénitaux, un certain nombre s'explique par des causes extérieures qu'on qualifierait aujourd'hui d'environnementales, c'est-à-dire liée à divers événements traumatiques survenus dans l'enfance. Ainsi le questionnaire utilisé à Cernay dans l'entre-deux-guerres pose les questions suivantes : « l'arriération mentale existait-elle dès la naissance ou est-elle survenue à la suite d'une maladie ? », « l'enfant possédait-il certaines aptitudes au moment de l'apparition de la maladie ? » et « comment se fit l'évolution ultérieure au point de vue intellectuel ? ». Ces questions reprennent la distinction fondamentale entre arriération « innée » (*angeborene*) et « acquise » (*erworbene*), qui existe en France comme en Allemagne dès la fin du XIX^e siècle, même si elle est parfois qualifiée différemment⁴⁷. A la recherche d'éléments significatifs ayant eu lieu lors de la petite enfance, les médecins vont ainsi examiner à l'aide des souvenirs parentaux le déroulement des premières années de la vie de l'enfant qu'on estime arriéré. En premier lieu, on peut relever l'apparition de la dentition, qui symbolise la fin de la première année et sert aux médecins à savoir si des manifestations pathologiques significatives telles que l'existence de convulsions ou d'une paralysie existaient déjà chez l'enfant dans la petite enfance ou non.

Bien qu'on ne traite pas spécifiquement de l'épilepsie dans ce travail, il faut mentionner qu'elle est très présente dans les questions des médecins, puisque la survenue de convulsions est tenue comme une cause majeure d'arriération en raison des dommages qu'elles provoquent sur le cerveau. Ainsi à Berlin, la mère de Georg B. mentionne que « le père du garçon, un Japonais, était nerveux de haut grade. L'enfant aurait été normal jusqu'au 7^e mois, puis aurait souffert de convulsions fréquentes, 10 à 15 fois par jour (épilepsie ?). Depuis l'enfant aurait changé »⁴⁸.

Les médecins sont aussi à la recherche d'éventuelles maladies constatées dans la première enfance qui sont associées à la survenue des troubles mentaux. A Berlin, les parents de Wilhelm K.

⁴⁷ En Allemagne, les sources secondaires parlent volontiers de *andogenen* et *exogenen Schwachsinn* vers 1900, termes qui sont encore ceux utilisés dans les écrits médicaux des années 1930 ainsi que les travaux de génétique psychiatrique (cf. chapitre 4 et étude de Pleger à Dalldorf). Voir Oswald BERKHAN, *Über den angeborenen und früh erworbenen Schwachsinn, Geisteschwäche des Bürgerlichen Gesetzbuches, für Psychiater, Kreis- u. Schulärzte dargest. von Dr O(swald) Berkhan*, Braunschweig, F. Vieweg & Sohn, 1904. En France, on distingue en général l'arriération (ou idiotie) congénitale des déficiences mentales acquises. La distinction entre les deux n'empêche pas, comme le signale Paul Sollier dans son ouvrage sur la *Psychologie de l'idiot et de l'imbécile* que les deux types présentent tous les degrés de gravité. Voir P. SOLLIER, *op. cit.*, p. 3. En Allemagne comme en France, une des problématiques centrales concernant ce thème est d'évaluer les chances de guérison en fonction du type d'arriération reconnue, d'où sa présence dans les questionnaires médicaux à l'admission des enfants. Les débuts de la génétique vont néanmoins contribuer à faire évoluer les termes utilisés : la distinction devient celle des causes génétiques et environnementales.

⁴⁸ „Auch die Mutter giebt an (sic), dass der Vater der Kinder, ein Japaner, hochgradig nervös gewesen sei. Das Kind sei bis zum 7. Monat normal gewesen, habe dann an häufigen Krämpfen, 10/15 Mal täglich (Epilepsie?) gelitten, die bis zum 3. Jahr angehalten hätten. Seit dem sei das Kind verändert“. Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n°5766, Attestation du médecin de l'assistance aux pauvres E. Schneider (*Armenarzt*) pour Georg B., 27 avril 1904.

expliquent en 1881 au médecin de l'asile que « dans la 2^e année [il a eu] une maladie infectieuse grave (scarlatine) » et qu'il « est resté depuis retardé mental »⁴⁹. La méningite reste la maladie la plus citée dans les sources. Ainsi à Cernay, sur trente-six questionnaires examinés pour l'année 1927 dont douze renseignés au sujet de la cause de l'arriération — il est fréquent que rien ne figure à cet endroit — on retrouve à quatre reprises la mention d'une méningite. La maladie est associée à un changement brutal dans l'état de santé de l'enfant, comme c'est le cas pour ce patient de Bicêtre pris en charge en raison de son imbécillité :

Le jeune garçon, sain de corps et d'esprit jusqu'à 6 ans, présenta alors des symptômes de méningite qui arrêterent le développement intellectuel. Actuellement la faiblesse de son intelligence et le manque d'énergie de son caractère mettent ce garçon dans un état d'infériorité et de médiocrité qu'il lui est impossible de concevoir ou d'exécuter de lui-même la moindre idée ou actes raisonnables et qu'il est incapable de s'élever à la moyenne de connaissances et du raisonnement commun aux enfants de son âge⁵⁰.

La méningite représente un épisode pathologique marquant que les médecins tentent d'identifier. Cette cause est établie par le contraste entre l'état « sain de corps et d'esprit » du garçonnet jusqu'à l'apparition de la maladie et la « faiblesse de son intelligence » qui en découle. A Cernay aussi, le cas d'un enfant devenu arriéré à la suite d'une méningite est relaté par lors d'une visite :

J'aperçois un garçonnet de 13 ans dont la figure frappe. On dirait un enfant normal, il a le regard absent, il est vrai, mais dans ce milieu de pauvres difformes il incarne le repos, l'innocence. Il y a dans cette figure au teint si frais une douceur qui contraste fortement avec l'expression parfois un peu bestiale de ses camarades. Dans ses mouvements rien de saccadé, de la main droite il fait de temps en temps le geste d'effacer quelque chose devant ses yeux. La sœur m'apprend que, ce pauvre petit ayant été atteint d'une méningite, son idiotie n'est pas héréditaire comme celle de la plupart des autres, mais acquise par maladie. Extérieurement j'aurais déjà pu m'en rendre compte : il n'est pas frappé des « stigmates de la dégénérescence » et dans ce pavillon des incurables, il est le seul de son espèce⁵¹.

La description de ce malade dont l'arriération résulte d'un épisode méningitique aigu illustre de manière frappante la dichotomie entre origine innée et acquise de la maladie. Le retard mental du garçonnet est associé à une origine non « pas héréditaire », mais résultant d'une cause extérieure. « Acquise par maladie », ce type d'arriération est par ailleurs qualifiée en Allemagne d' « exogène »

⁴⁹ „Im 2. Lebensjahr schwere Infektionskrankheit (Scharlach); seitdem blieben geistig zurückgeblieben”. Landesarchiv Berlin, A Rep 0003-04-04, Dossier médical n°5962, Antécédents d'après la mère de Wilhelm K.

⁵⁰ Archives APHP, Bicêtre, 6R-124, Registre d'observations médicales, Certificat médical du Dr Raoul à Saint-Ouen, 23 mars 1908.

⁵¹ A.S.C., CE 3M, Dossier 19 : « Lettres, rapports, comptes-rendus émanant d'autres personnes et concernant l'activité de l'institut », Louise Huber, « Le placement des enfants anormaux dans les trois départements recouverts », mémoire dactylographié, s.l., 1931, p. 24-25.

(*exogen*) en référence à cette extériorité. L'apparence de l'arriéré est jugée différente d'après ce témoignage, car ressemblant à « un enfant normal » extérieurement.

Par ailleurs, certains épisodes pathologiques se retrouvent parfois associés à une aggravation d'un état déficient déjà attesté. Ainsi à Bicêtre juste avant la Première Guerre mondiale, c'est la typhoïde qui est la cause attribuée par le médecin pour expliquer l'accentuation de l'arriération que présentait déjà Marius L. :

Cet enfant a contracté il y a un mois environ une fièvre typhoïde dont il est actuellement guéri, mais les troubles mentaux qu'il présentait avant cette fièvre typhoïde se sont accusés au point que l'enfant crie jour et nuit et est en proie à une agitation extrêmement marquée.⁵²

Mises à part les maladies contractées, ce sont les causes accidentelles qui sont les motifs recherchés par les médecins le souvent mentionnés par les parents. Un choc subi au niveau de la boîte crânienne reste l'événement le plus fréquemment cité, et interprété comme cause possible par le corps médical, spécialiste ou non. Ainsi à Cernay, sur trente-six dossiers renseignés pour l'année 1927, on trouve à cinq reprises la chute de l'enfant en bas âge comme cause attribuée à la déficience mentale⁵³. A Berlin aussi, le choc représente une part importante des éléments auxquels les médecins accordent le statut de cause probable de l'arriération. Ainsi les parents de Warry D. mentionnent explicitement sa « chute sur la tête » (*Fall auf dem Kopf*) dans la colonne des causes de la maladie mentale dans le questionnaire rempli en vue de l'admission de l'enfant, tout comme le dossier de Wanda L. qui rapporte en 1894 qu'elle serait tombée sur le crâne à l'âge de huit ans⁵⁴. Toujours du côté allemand, la cause de l'arriération de Louise L. est semblable puisqu'elle « est tombée d'un escalier » (*sturz von einer Treppe*). Certains dossiers mentionnent explicitement un « traumatisme crânien » (*Kopftrauma*), à l'image de celui de Marta H. qui est tombée du premier étage d'une maison à l'âge de neuf ans, « s'est relevée tout de suite et a ri », mais n'a pu être scolarisée ensuite⁵⁵. La chute sur la tête représente ainsi un événement marquant, qui parfois est même rapporté par de rares déficients mentaux dans leur entretien avec les psychiatres, comme Wilhelm A. qui, arrivé à Dalldorf suite à divers problèmes de discipline et de vol, explique au médecin que « ces choses ne

⁵² Archives APHP, Bicêtre, 6R-128, Registre d'observations médicales, Sommaire établi à l'admission de Marius L., 1913.

⁵³ Il faut mentionner que si les dossiers cités pour Cernay sont plus tardifs que Berlin et Bicêtre, cela ne pose nullement un problème dans la comparaison des sources, puisque c'est seulement au milieu des années 1920 qu'un médecin neuropsychiatre arrive à l'institut, et que les dossiers médicaux s'enrichissent alors de nombreux détails. L'arrivée du Dr Stoeber en 1927 constitue ainsi le début de la production de rapports et de dossiers médicaux similaires aux propos qu'on retrouve ailleurs dans nos sources. Leur utilisation est donc justifiée par la continuité (certes pas temporelle, mais disciplinaire) dont leur organisation et leur contenu témoigne.

⁵⁴ Landesarchiv Berlin, A Rep 0003-04-04, Dossier médical n°5954, Antécédents de Wanda L.

⁵⁵ Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n°5969, Antécédents donnés par la mère de Marta H., 18 octobre 1922.

seraient pas arrivées, mais quand j'avais trois ans, je me suis fait renverser et c'est ce qui a dû me rendre attardé »⁵⁶. On peut sans doute voir dans cette déclaration qui semble spontanée l'effet du passage du garçon dans de multiples institutions asilaires et disciplinaires, puisqu'il passe successivement par Dalldorf, Herzberge et la maison de redressement (*Strafgefängnis*) de Plötzensee, où il a sans doute été question à plusieurs reprises de l'origine de son arriération. Le fait que le jeune homme signale de lui-même cet accident au médecin montre que le passage devant un nombre probablement important de médecins lui a sans doute fait intérioriser la cause de sa déficience mentale. Dans la rubrique « causes » de l'arriération figurant dans le questionnaire (*Ursachen*), les parents de Wanda L. mentionnent même deux chutes sur la tête (*Fall auf dem Kopf*) :

A l'âge de 6 ans, elle tombe sur la tête dans les escaliers, ce n'est pas grave, à 6 ans elle apprend bien à l'école, à l'âge de 8 ans elle tombe une deuxième fois sur la tête. Était 4 semaines à l'hôpital à Friedrichshain, est ensuite affectée en *Nebenklasse*, aurait tout désappris, est allée jusqu'à 14 ans et demi à l'école, pouvait écrire mais pas lire, et pas non plus calculer [...] Sait tricoter⁵⁷.

On voit à travers ces propos que le choc sur la tête ne représente pas un événement immédiatement mis en lien avec la survenue d'une pathologie. Même si les parents réussissent souvent à le situer dans le temps, les chutes sont assez courantes pour de petits enfants et ne sont suivies d'une altération de la fonction cognitive que dans une minorité de cas. Parfois pourtant, la chute lèse le cerveau et est suivie de convulsions, comme le rapporte le père de Paul B. au médecin admettant l'enfant à Dalldorf : il serait « tombé sur la tête un jour caniculaire pendant l'été, a eu des convulsions et de l'écume aux lèvres. Depuis lors épisodes convulsifs »⁵⁸. Sa déclaration, qui situe l'événement temporellement et dans son contexte météorologique montre là aussi la part traumatique d'un tel événement dans la mémoire parentale dès lors qu'il est immédiatement suivi d'une altération de la santé de l'enfant. Dans de rares cas, c'est parfois spontanément que les parents citent le traumatisme crânien comme origine des troubles, ainsi la mère d'Edwig H. explique dans au médecin que « l'enfant était en bonne santé et mentalement normal jusqu'à sa troisième année »⁵⁹. Les troubles seraient apparus suite à un séjour chez sa tante, à l'issue duquel les parents remarquent au

⁵⁶ „Das wäre ja alles nicht gekommen, aber wie ich 3 Jahre alt war, bin ich überfahren worden u da soll ich was zurückbehalten haben“. Landesarchiv Berlin, A Rep 0003-04-04, Dossier médical n°5947, Wilhelm A., 8 octobre 1898.

⁵⁷ „Mit 6 Jahren zu Hause von einer Treppe auf den Kopf gefallen, nicht schlimm gewesen, mit 6 Jahren zur Schule gegangen, mit 8 Jahren zum zweites Mal auf den Kopf gefallen, war 4 Wochen in Krhaus (sic) am Friedrichshain, kam danach in die Nebenklasse, sollte alles verlernt haben, ging dann bis 14 ½ J. in die Schule, konnte schreiben, lesen nicht, auch nicht rechnen [...] kann stricken ». Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n° 5954, Questionnaire (*Fragebogen*) rempli par les parents de Wanda L., 31 mars 1911.

⁵⁸ Landesarchiv Berlin, A Rep 0003-04-04, Dossier médical n°5749, Antécédents de Paul B. d'après le père.

⁵⁹ „Bis zum 3. Lebensjahr ganz gesund und geistig normal“; „Der Arzt soll dran geäußert haben, das Kind müsse auf den Kopf gefallen sein oder geschlagen worden sein“. Landesarchiv Berlin, A Rep 0003-04-04, Dossier médical n°5246, Antécédents d'après la mère (*Vorgeschichte nach Angaben der Mutter*).

retour de l'enfant qu'il ne prononce plus d'autre mot que « maman ! ». La mère confie que c'est leur médecin de famille qui leur a suggéré que « l'enfant a du tomber sur la tête ou alors être battu », ce sont d'autres témoins qui rapportent le choc, à l'image du curé d'un village alsacien qui donne son avis sur l'origine de la maladie d'un enfant dont la mère décédée était sans doute une de ses paroissiennes :

Cet enfant est né normal deux jours après l'opération de la mère qui est morte quand il avait quelques mois ; confié alors à une bonne, il est tombé hors de son berceau sur la tête quand il avait un an. Après cette chute, il donnait des indices anormaux⁶⁰.

Cette déclaration illustre très clairement comment, dans le cas de la cause extérieure, le diagnostic d'arriération met en jeu un avant et un après situés par rapport à un événement charnière. A ce titre, l'intoxication représente un motif plus rare, mais néanmoins présent à quelques reprises dans la sphère germanique en particulier. Les parents de Heinrich D. confient qu'il « a reçu beaucoup de *Schnaps* de sa nourrice quand il était nourrisson » (*hat als Säugling von einer Amme viel Schnaps bekommen*)⁶¹. Quelques dossiers relèvent des cas d'intoxication alcoolique suite à une prise d'alcool par les enfants eux-mêmes ayant trouvé et absorbé en excès de l'alcool fort. Consommé en bas âge et en trop forte dose, l'alcool est ainsi reconnu comme une cause possible d'arriération.

La formulation d'un diagnostic engage donc la connaissance de l'entourage reformatée par les orientations qu'implique le questionnement du médecin de famille, puis des aliénistes responsables de l'admission de l'enfant. En cela, on peut parler d'un diagnostic dont la genèse est polyphonique. Pourtant, contrairement à ce que constate David Wright pour l'époque victorienne, les familles n'occupent plus vraiment une « sphère séparée d'interprétation » de la déficience mentale. Le discours de l'entourage sur l'arriération ne s'applique pas qu'à l'aptitude ou non de l'enfant à réaliser des tâches de nature productive et autres devoirs attendus dans la sphère familiale, mais semble déjà avoir intégré certains liens de cause à effet, comme la connexion parfois spontanée qui est fait entre traumatisme crânien et arriération. Dans la pratique institutionnelle telle qu'elle est réalisée des années 1880 jusqu'à l'entre-deux-guerres, l'apport des connaissances familiales dans l'anamnèse et la constitution des antécédents reste bien une nécessité dans la formulation du diagnostic médical. Les propos de l'entourage, certes parfois exagérés ou flous, représentent la

⁶⁰ Archives Cernay, 7M1 (dossiers personnels des malades), Carton 1927, lettres K-Z, Lettre manuscrite du père Issler, curé dans un village de Moselle, à la Supérieure générale de l'institut, s.l., s.d.

⁶¹ Landesarchiv Berlin, A Rep 0003-04-04, Dossier médical n° 5884, Heinrich D., Rapport médical, 19 octobre 1907.

matière essentielle dont ne peut se passer le praticien formulant son diagnostic, dont on va à présent analyser les enjeux dans la pratique.

3. Une tripartition commune à la nosographie française et allemande : la hiérarchie idiot/imbécile/débile

Face aux catégories multiples qui forment le « maquis nosologique » propre au classement de l'arriération, il s'agit ici aussi de tirer profit de documents tirés en majorité non du corpus théorique, mais de la pratique des aliénistes et des médecins qui certifient l'arriération préalablement à l'admission dans un établissement spécialisé. Celle-ci nous pousse à limiter les catégories étudiées à trois principales, qui sont celles significatives dans nos sources. En effet, l'exploitation systématique de plusieurs centaines de dossiers de patients à Berlin et Cernay, ou de cas consignés dans les répertoires d'observations médicales à Bicêtre a permis de pouvoir ici présenter une tripartition plus synthétique que les approches nosographiques présentées par les aliénistes français et allemands dans leur traités, articles ou débats de sociétés savantes. Si les sources secondaires de nature médicale s'égarèrent souvent dans d'innombrables catégories d'arriérés, ne sachant comment synthétiser la diversité des cas, la palette des termes utilisés pour désigner les malades s'avère plus réduite. Les catégories utilisées dans la pratique peuvent être raisonnablement réduites pour les deux pays aux trois grands ensembles formés par les termes d'idiot, d'imbécile et de débile. Il s'agit des trois grandes catégories mobilisées dans la pratique institutionnelle du tri et du placement des arriérés dans les différentes sections au moment de l'entrée dans les asiles. Les sources secondaires des aliénistes seront néanmoins mises à profit en contrepoint des dossiers, afin de fournir des éléments de mise en contexte de la naissance et la conception propre à chaque catégorie dans l'histoire de l'aliénisme depuis le début du XIX^e siècle. Il s'agira de croiser certains courts extraits avec des observations consignées dans les dossiers médicaux français et allemands, afin de comparer les diagnostics établis à Bicêtre, Dalldorf et Cernay entre 1890 et l'entre-deux-guerres.

a) L'idiotie

Les descriptions contenues dans les dossiers médicaux utilisent généralement la catégorie de l'idiotie pour qualifier le degré le plus grave du retard mental. Le service des idiots de Bicêtre accueille par exemple en février 1900 Georges R., un « idiot, gâteux et épileptique ». Le rapport justifiant un placement volontaire dans le service, établi au préalable par un certain Dr Raoul, est

riche en détails nous permettant de cerner les critères caractéristiques qui motivent l'utilisation du terme « idiotie » :

Je soussigné Docteur de la faculté de Paris, demeurant 57 avenue des Batignolles à Saint Ouen, certifie que l'enfant R. Georges âgé de 3 ans, domicilié chez ses parents Boulevard Biron à Saint Ouen est atteint d'idiotie caractérisée par l'absence complète des facultés intellectuelles et affectives. Cet enfant privé dès sa naissance de la plus petite parcelle d'intelligence ne possède même pas trace de l'instinct dont sont doués les plus informes des animaux incapable qu'il est de reconnaître les personnes qui l'entourent de tendresse et de soins journaliers.

La déchéance physique chez cet enfant égale la décrépitude morale. Les forces musculaires de cet enfant sont considérablement diminuées, bien qu'âgé de près de 3 ans et demi, il est incapable de marcher et même de se tenir debout, les sphincters affaiblis ne remplissent pas leurs fonctions, la salive s'écoule constamment en abondance de sa bouche. Les organes des sens paraissent à peine exister chez lui, ou n'exister qu'à l'état rudimentaire. Il avale gloutonnement sans que ses aliments lui paraissent avoir de l'odeur ou du goût, ni aucune saveur, il ne paraît pas voir, ni entendre, ni rien ressentir de ce qui se passe autour de lui.

J'estime donc que cet enfant est atteint d'idiotie congénitale et qu'il y a lieu de le faire admettre dans une maison de santé où l'on traite les enfants atteints de cette infirmité congénitale⁶².

Ce certificat médical est rédigé par un non-spécialiste, ce qui est notable par l'aspect lyrique de la description par rapport aux observations faites par les aliénistes qui sont en général plus succinctes. Malgré tout, ce document incorporé dans les observations médicales des médecins de Bicêtre est d'une grande utilité car il témoigne avec précision de la plupart des éléments caractéristiques de l'idiotie⁶³. En effet, on y trouve les critères majeurs : un niveau de gravité extrême de l'arriération, le caractère inné de la maladie, la présence de troubles physiques se surajoutant à l'arriération mentale, l'imperfection des sens ou encore indifférence à l'entourage et absence de toute émotion. Reçu dans le service de Bourneville, ce dernier ne note pas à son arrivée — alors que c'est la plupart du temps le cas — la mention « capable d'amélioration » dans le répertoire d'observations médicales. Un tel cas est représentatif de la notion d'incurabilité associée aux cas sévères, et ce parfois même pour les médecins ou pédagogues les plus optimistes.

Dans l'asile de Dalldorf, les patients diagnostiqués comme *Idiot* sont nombreux. Toutefois il faut distinguer le concept d'idiot de la clé de diagnostic « Id. » (*Idiot*)⁶⁴, qui elle figure sur la couverture de quasiment tous les dossiers médicaux servant à désigner l'ensemble des déficients

⁶² Archives A.P.H.P., 6R 114, Bicêtre, Registre d'observations médicales, Rapport de placement volontaire du Dr Raoul pour l'enfant Georges R., 12 février 1900.

⁶³ Plus jeune que l'âge minimum d'admission à Cernay ou Dalldorf qui est fixé à 7 ans. Mais là-bas aussi, cette règle a des exceptions, que nous évoquons dans le chapitre 2.

⁶⁴ Dans le cadre des diagnostics formulés dans une grille d'une dizaine de chiffres, par exemple 1a pour l'idiotie ou 13 pour l'héboïdophrénie. Cette formalisation devient en 1932 la "Wurzburger Schlüssel", mais nous ne savons comment la nommer pour notre période. Voir Beddies, Thomas, *Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin: 1919 – 1960*, Berlin, Matthiesen, 1999.

mentaux affectés principalement aux deux pavillons dévolus aux arriérés à Berlin⁶⁵. Le dossier d'Anna B. est représentatif du diagnostic d'idiotie. Née en 1886, elle est placée à l'*Idiotenanstalt* en 1894 où elle reste jusqu'en 1898, date à laquelle elle est transférée dans le pavillon 10⁶⁶. Son père écrit à l'assistance publique de la commune de Berlin (*Armendirektion zu Berlin*) afin de plaider en faveur de son placement dans un établissement spécial⁶⁷, sur le motif qu'elle n'a pas encore acquis d'aptitude langagière à l'âge de 8 ans. Transféré dans l'*Idiotenanstalt* le 21 octobre 1894, le Dr Thorwith constate que :

Anna B. est développée complètement et de façon normale, capacités à marcher, se tenir debout etc. sont suffisamment présentes [...] La faiblesse d'esprit remonte à la tendre enfance. Cette dernière se manifeste à travers une insuffisance de la parole, elle ne restitue que des bredouillements et des sons incompréhensibles. Le niveau mental la qualifiant est l'IDIOTIE.

L'enfant est plein de vie, facilement excitable, la faculté de distinction est insignifiante et peu développée, l'enfant sait manger seule, est propre, joue seule.

Les questions simples attirent son attention, mais seulement par des mots, des bruits et des gestes. Elle ne peut pas répondre. Elle ne reconnaît ni les couleurs, ni les formes, ni les nombres.

Elle a quelques connaissances vagues en lecture, écriture, dessin et tricot, mais ne les a pas acquises et maîtrisées. De temps à autre, est très obstinée⁶⁸.

On voit ici que l'idiotie n'est pas toujours corrélée avec la présence d'infirmités physiques. Moins grave que celui de Georges R. ci-dessus, le cas d'Anna présente toutefois de nombreux dénominateurs communs avec ceux évoqués précédemment : l'absence de parole, l'impossibilité de formuler un jugement discursif et la difficulté à acquérir des techniques telles que la lecture ou celle nécessaire à divers travaux manuels.

A Cernay, la description d'Eugène B. illustre elle aussi les caractéristiques pouvant amener au diagnostic de l'idiotie chez un patient. Selon les termes rapportés dans le questionnaire rempli par ses

⁶⁵ Respectivement l'*Idiotenanstalt* pour ceux qu'on estime « éducatibles » (*bildungsfähig*) et dans le pavillon 10 (*Haus 10*) pour les incurables (*Siechen*) ou les malades violents (voir annexe).

⁶⁶ Un tel « parcours » au sein de l'asile est courant : on tente d'abord une éducation dans la structure de l'*Idiotenanstalt*, puis au moment de l'adolescence (ici, à 12 ans), souvent après plusieurs années (ici 4 ans), on transfère les patients dans le pavillon des incurables, ce qui est souvent synonyme dans les dossiers d'abandon de toute tentative d'éducation et de « progrès » (pour Anna B., le 1er novembre 1898, son dossier mentionne le terme de „*bildungsunfähig*”). A l'inverse, les patients montrant une quelconque aptitude au travail, même très basique, sont eux placés en *Familienpflege* (« soins en famille »), sorte de familles d'accueil où le chef de famille est souvent un artisan qui sert de maître à son apprenti venant de l'*Idiotenanstalt*. On reviendra sur ce thème dans le chapitre 5.

⁶⁷ „Carl B., Vater der Anna B. ersucht den Magistrat in einem Schreiben seine 7 ½ jährige Tochter, die bis jetzt noch nicht in den Besitze der Sprache gelangte, in eine Anstalt aufnehmen zu lassen“, Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04 Dossier médical, Lettre du père d'Anna B. à la direction de l'assistance à Berlin, 10 février 1894.

⁶⁸ Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical, Extrait du questionnaire d'Anna B. pour admission à l'*Idiotenanstalt*, 24 février 1894.

parents à destination du médecin responsable des admissions, « les premiers symptômes de l'idiotisme ont été remarqués à la naissance [...], pas de facultés mentales, ne parle pas et ne comprend pas ce qu'on lui dit ; caractère bon, mouille quelques fois le lit ». Ces données médicales sont suivies d'informations sur le caractère et le comportement de l'enfant : « physionomie stupide, indifférence, de caractère timide, regarde vers les côtés comme s'il avait peur, ne parle pas un mot, pas même son nom, fonctions intellectuelles pour ainsi dire anormales. L'enfant n'est pas toujours propre pour ses besoins naturels ». Eugène est au final évalué comme atteint d'idiotisme d'origine héréditaire⁶⁹, diagnostic appuyé par le médecin sur le constat de symptômes vus dès la naissance.

Dans certains dossiers, on trouve aussi le diagnostic plus particulier d' « idiotie profonde ». Paul K., qui reste seulement un mois à Saint-André de Cernay :

Pas de stigmates physiques, pupilles de grandeur égales, réagissant à la lumière, réflexes tendineux normaux, cœur et poumons ok (sic), pas de ganglions ni lésions cutanées (eczéma de la tête guéri depuis l'admission). Ne sait absolument ni lire, ni écrire, ni même compter à 2, ne sait pas le répéter lorsqu'on lui a dit « 1,2,3,4,5 ». Connaît les objets courants et en indique l'usage, mais en phrases d'un ou deux mots seulement, est peu loquace, mais comprend tout ce qu'on lui dit. N'est pas toujours obéissant ; tendance à la méchanceté, à détruire. De nuit n'est pas propre, de jour pas toujours. Diagnostic : Idiotie profonde (hérédo-syphilis), incurable, essais d'éducation⁷⁰.

On reconnaît certaines caractéristiques de la définition habituelle de l'idiotie⁷¹. Stade gravissime, l'idiotie se résume partout au cumul des inaptitudes qui viennent s'ajouter au retard mental important. On peut dire qu'une telle description montre une évolution depuis celle formulée par des aliénistes tels que Pinel ou Esquirol au début du XIX^e siècle. En effet, près d'un siècle plus tard, la référence aux aptitudes de type scolaire de la lecture ou de l'écriture est devenue quasi-systématique. On peut rappeler la remarque de Séguin par rapport à l'étymologie du mot : l'idiot est *idios* en grec, *solitarius* en latin, c'est-à-dire l'homme seul, et avant tout seul dans ses perceptions et ses sensations. Le peu d'interaction avec son entourage est une des choses essentielles mises en avant

⁶⁹ Archives de l'Institut Saint-André (A.I.S.A.), 7M1, Carton 1927, lettres K-Z, Rapport médical du Dr Lutringer à propos d'Eugène B., admis à l'institut le 29 septembre 1923.

⁷⁰ A.I.S.A., 7M1, Carton 1927, lettres K-Z, Rapport du Dr Lutringer à propos de Paul K., juillet 1927.

⁷¹ A titre de comparaison, on peut citer ce qu'en dit l'aliéniste Carl Griesinger, qui décrit l'état physique des « idiots profonds » ainsi : « Les idiots profonds ont souvent une taille lourde, massive, mal proportionnée ; leurs traits sont épais et plus vieux que ceux de leur âge ; la lourdeur de leurs mouvements, l'état de leur passivité, de stupidité dans lequel ils se trouvent constamment et dont rien ne peut les tirer, font qu'ils ont toujours l'air plongés dans un état de somnolence ; beaucoup d'entre eux ont un aspect sombre, mélancolique ; d'autres au contraire, ont la physionomie absolument indifférente. Ils ont l'air de ne penser à rien. Leur intelligence est complètement muette ». Griesinger cité par P. SOLLIER, *op. cit.*, p. 142.

par les diagnostics des aliénistes au début du XIX^e siècle⁷². L'idiotie est alors conçue comme un état plus qu'une pathologie, à la fois innée et incurable :

L'idiotie commence avec la vie ou dans cet âge qui précède l'entier développement des facultés intellectuelles et affectives ; les idiots sont ce qu'ils doivent être pendant tout le cours de la vie. Tout décèle en eux une organisation imparfaite ou arrêtée dans son développement. On ne conçoit pas la possibilité de changer cet état. Rien ne saurait donc donner aux malheureux idiots, même pour quelques instants, plus de raison et plus d'intelligence⁷³.

Les premiers symptômes de ce que les aliénistes nomment alors plus fréquemment « idiotisme » sont une indifférence profonde et apathique pour les personnes et les objets environnants. Pour Jean-Marc Gaspard Itard, auteur de la première tentative éducative d'un individu considéré comme retardé mental sous le Directoire, « nous pouvons entrer en communication avec eux [les idiots], mais jamais eux ne rentrent en communication avec nous [...] si ce n'est pour les objets de leurs premiers besoins »⁷⁴. Dès la fin du XIX^e siècle, les critères scolaires se surajoutent à l'aptitude à entrer en contact avec autrui dans les descriptions qu'on retrouve dans la pratique, sans doute là aussi à mettre en lien avec la démocratisation scolaire tant en France qu'en Allemagne.

b) L'imbécillité

Sauf dans le cas de « l'imbécillité morale » qu'on abordera spécifiquement dans la dernière partie du chapitre, la catégorie de l'imbécillité est entendue dans les descriptions des médecins et aliénistes comme signalant la présence d'un stade intermédiaire d'arriération. Autrement dit, il s'agit de la catégorie médiane entre idiotie et débilité mentale. Les dossiers médicaux des établissements étudiés permettent de cerner les critères expliquant l'utilisation de cette catégorie nosographique dans les diagnostics en pratique entre la fin du XIX^e siècle et l'entre-deux-guerres. Lucien D. arrive à Bicêtre en 1912. La description clinique résultant de la quinzaine de jours d'observation de l'enfant mobilise alors la catégorie d'imbécile. Son cas est particulièrement parlant ici car, passé par plusieurs établissements dans les années qui précèdent, il s'avère que l'ensemble des observations faites à son égard le range dans cette catégorie. Ainsi la consignation de l'état de l'enfant dans l'immédiat rédigé à l'Asile Clinique de Sainte-Anne parle à propos du cas de Lucien d'« imbécillité » en mai 1909. La justification du Dr Magnan réside dans le fait que le garçon « est longtemps allé à l'école sans pouvoir apprendre à lire ; il n'a pas pu travailler et se perd dans les rues ». Lors de son évaluation

⁷² C'est la clé du propos de Sollier sur l'idiot comme « asocial », contrairement à l'imbécile qui serait « extrasocial ». Mais cette pensée est plus tardive (1890) et nous réservons ces considérations à la 3^e partie du chapitre.

⁷³ Étienne ESQUIROL, *Des maladies mentales : considérées sous les rapports médical, hygiénique, et médico-légal*. Tircher, 1838, p. 76.

⁷⁴ Jean-Marc Gaspard ITARD, cité par Claude WACJMAN, *Anthologie de textes fondamentaux sur l'enfance inadaptée*, Paris, Editions Privat, 1993, p. 59.

dans l'asile de Vaucluse par un autre aliéniste, le Dr Blin recourt également à cette catégorie pour classer l'enfant. Il justifie principalement son diagnostic par le fait que Lucien présente une « instruction nulle ». Mais c'est un procès verbal de mai 1909, alors que l'enfant est âgé de 12 ans et demi, qui détaille son état en des termes inhabituellement précis :

Bien conformé physiquement et jouissant d'une bonne santé, présente au point de vue mental des signes d'insuffisance cérébrale qui se traduisent :

1) Par un défaut de mémoire qui ne lui permet pas de sortir des deux ou trois rues voisines de sa demeure, sans s'égarer complètement, il ne peut aller chercher plus d'un objet à la fois chez les différents fournisseurs.

2) Par une incapacité absolue d'associer plus de deux idées ensemble, notamment pour calculer. Si on lui demande combien font 5 et 1, il répond 6, mais si on lui demande 5 et 2, il ne répond plus.

3) Par l'impossibilité d'apprendre à lire. Il ne connaît que certaines lettres de l'alphabet mais ne peut les assembler, toutefois il copie exactement d'après un modèle des mots simples de 4 à 5 lettres, et quelques chiffres, il répond tout bas et quand il veut, assez exactement aux questions simples de la vie usuelle. Il est souriant, son caractère semble très doux. Il n'a pas de convulsions, mais il aurait manifesté autrefois des accidents choréiques. Si on le contrarie, il presse son poing sur ses lèvres. Il montre, du reste, de l'incurie en ce qui concerne les soins corporels et la tenue.

De tout ce qui précède, je conclus que le jeune D. est un enfant arriéré, que son insuffisance cérébrale est susceptible d'amélioration et qu'il est nécessaire de l'admettre dans un établissement d'aliénés pour qu'il puisse recevoir le traitement spécial qui lui convient. J'ajoute qu'il pourrait y avoir péril pour lui et pour les siens à le laisser dans sa famille⁷⁵.

On peut ici faire le même constat que pour la catégorie de l'idiotie, à savoir que ce sont des critères d'ordre scolaire qui semblent dominer dans la description, et ainsi déterminer le diagnostic. Lucien D. n'arrive absolument pas à lire, peut effectuer uniquement des calculs simples. En revanche, il sait répondre aux questions simples et manifeste aussi des capacités d'imitation. Il est néanmoins en bonne santé, ce qui illustre le fait que la catégorie implique une moindre prévalence des infirmités physiques. Toutefois, on peut relever le caractère plus social pris par les « insuffisances mentales » manifestées par Lucien : l'incapacité à la livraison d'objet, à s'orienter seul et le caractère probablement débraillé de son apparence figurent en bonne place. On peut confronter cette description à celle faite par le Dr Stoeber de l'état de santé d'une jeune malade qualifiée d'imbécile à son arrivée à l'institut Saint-André. La description de son état nous paraît là aussi représentative de la manière de décrire beaucoup d'imbéciles en France comme en Allemagne dans les premières décennies du XX^e siècle :

⁷⁵ Archives A.P.H.P, Bicêtre, 6R-114, Registre d'observations médicales, Certificat médical.

Marie M. est physiquement bien constituée et en bon état de santé. L'expression de la physionomie dénote le manque d'intelligence et le crâne présente des stigmates de dégénérescence. Elle est atteinte d'incontinence nocturne des urines. Au point de vue psychique la malade possède une somme restreinte d'intelligence. Elle sait parler, entend et comprend ce qu'on lui dit, sait un peu lire et écrire. Elle donne des réponses assez promptes, mais peu intelligentes ; elle est assez bien orientée sur sa personne et sur son entourage. Par contre, elle est incapable de fournir le moindre travail efficace, même si elle est dirigée. Somme toute elle n'a qu'une conception légère et superficielle de toutes les choses et rentre dans le cadre des imbéciles⁷⁶.

Cette description montre en quoi l'imbécillité tient une place médiane en terme de gravité. Sans infirmités, la fillette a quelques aptitudes communicationnelles, mais qui restent peu développées et « superficielle ». Plus frappant, on voit ici que le critère de l'aptitude au travail est déterminant, comme on le mettra en évidence dans le chapitre 5. Ainsi la catégorie relève d'un certain retard mental, mais qui n'implique pas forcément la présence de pathologies organiques graves. Par contre, les imbéciles sont souvent associés dans les descriptions des aliénistes à la présence de « stigmates de dégénérescence », comme c'est le cas d'Adrien C., pris en charge dans le service de Bourneville. On peut observer la photographie de l'enfant de 12 ans en annexe, illustrant la présence dans son dossier médical du terme de « stigmates physiques » comme l'hydrocéphalie (peu visible), qui ont leur importance dans le diagnostic formulé. A ce titre, la différences dans la nosographie ne sont pas toujours nettes avec d'autres cas qualifiés eux d'idiots. Les distinctions entre catégories de l'arriération sont ténues. D'ailleurs, il faut souligner que les diagnostics d'idiotie ou d'imbécillité peuvent être émis pour un même sujet, non seulement d'un médecin à l'autre, mais de surcroît chez le même médecin.

De telles variations d'une catégorie à l'autre dans les diagnostics médicaux sont visibles d'une manière identique en Allemagne. Le meilleur exemple est le dossier d'Otto B., admis à l'*Idiotenanstalt* en 1889 à l'âge de huit ans. Ses aptitudes et réactions sont consignées un mois avant son admission par le médecin de l'assistance publique à Berlin qui le classe parmi la catégorie des imbéciles (*Imbezill*) :

L'enfant fait une impression d'être absolument incapable. Il répond aux questions quand elles concernent la nourriture. En lui demandant son âge, on obtient la réponse de « huit ». En parlant davantage, on réussit à lui faire dire « je suis âgé de huit ans ». Le garçonnet présente ses mains sur demande et répond qu'il a deux mains. Il ne connaît pas par cœur le nombre de ses doigts ; il compte ensuite la rangée, et commence à compter plus lentement de 7 à 10. Il répond à peine aux questions suivantes. On arrive difficilement à lui faire émettre une réponse. Il réagit seulement à l'affirmation que le soleil brille. A la question de savoir ce qu'était le soleil, il répond : « la lune » [...] De la même façon, il ne sait répondre à la question de la ville dans laquelle il se trouve. Les couleurs sont seulement reconnues partiellement, le

⁷⁶ A.I.S.A., 7M1, Carton 1927, lettres K-Z, Lettre dactylographiée du Dr Stoeber au directeur de l'Assistance publique, Commissariat Général de la République, Cernay, le 12 juin 1928.

bleu est nommé, le blanc est désigné comme bleu, les chiffres et les moments de la journée sont nommés mais là aussi, comme si le garçonnet disait volontairement quelque chose de faux. Il ne peut pas du tout lire. Il peut seulement déchiffrer quelques lettres à partir de syllabes. L'écriture est de toute manière très insuffisante. Les lettres qu'il dessine au tableau sont certes très belles, mais il y a des inversions dans les syllabes⁷⁷.

Les termes sont forts : l'enfant serait « absolument incapable », pourtant il peut répondre à des questions basiques, quand bien même avec confusion. Il est manifeste ici aussi que les critères scolaires remplissent un grand rôle dans l'évaluation. Or si dans l'extrait que nous venons de citer, le diagnostic d'imbécillité est posé en conclusion de l'examen, deux ans plus tôt, on peut lire dans ses antécédents qu'un autre médecin juge son niveau intellectuel normal « en tous points »:

Le garçonnet Otto B. [...] est un enfant chétif, mais pour lequel on ne constate encore aucune malformation corporelle. Le garçonnet est très timide et beaucoup d'énergie est nécessaire pour arriver à lui tirer quelques mots. Le niveau de développement mental paraît correspondre en tous points au niveau moyen d'un enfant de l'âge de 7 ans⁷⁸.

A ce titre, le Dr Günther, le tient lui pour tout à fait éduicable et même « normal ». Mais l'année suivante, il se fait renvoyer de l'institut privé où il était éduqué sur le motif de l'insuffisance de ses capacités, raison évoquée dans son dossier par le directeur de l'établissement, qui le qualifie d'« idiot » dans son propos:

Le 13 octobre de cette année le fils de l'ouvrier B. Otto, âgé de 6 1/2 ans, a été admis dans notre institut. L'enfant a l'apparence d'un idiot. Malheureusement ce que nous craignions s'est confirmé. L'enfant s'est avéré inéducable dans les conditions de l'institut Wadzeck. Après un an, il n'est pas arrivé loin, et ne sait toujours pas aujourd'hui combien de doigts il possède, mais peut toutefois compter jusqu'à 20. Hier à l'école, il ne pouvait pas dire combien de mains

⁷⁷ „Das Kind macht [...] einen absolut unfähigen Eindruck. Er antwortet auf die Frage nach seinen Normen auf die Nahrung. Die Frage nach dem Alter wird mit „acht“ beantwortet. Auf weiteres Zureden erfolge „ich bin acht Jahr“. Der Knabe zeigt aber auf Verlangen seine Hände, sagt ohne Wortes, dass es 2 Hände sind. Die Zahl der Finger weiss (sic) er ohne Weiteres nicht auswendig; er zählt sie aber der Reihe nachher und benennt von 7 an etwas langsam bis zu 10. Auf weitere Fragen aber fördert er kaum noch eine Antwort zu sagen [...] Er lässt sich schwer nach zu eingenen Antworten bringen. Er sagt nur auf Befragen an, dass die Sonne scheint. Auf die Frage, was denn die Sonne sei, sagt er: „der Mond“ [...] Ebenso bleibt er die Wort auf die Frage [schuldig], in welcher Stadt er sich befindet. Farben werden nur theilweise (sic) erkannt, blau wird genannt, weiss wird ebenfalls als blau bezeichnet, Zahlen und Tageszeit werden genannt, aber auch hier als ob der Knabe absichtlih etwas Falsches sagt. Lesen geht garnicht. Nur einzelne Buchstaben der Sielben werden gelesen. Schreiben ist ebenfalls sehr mangelhaft. Die einzelnen Buchstaben auf der Tafel werden zwar ganz schön gemalt, aber es kommen Buchstabenverwechslungen vor“. Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n°5800, Extrait du questionnaire médical d'Otto B., 1889.

⁷⁸ „Am 13. Oktober v J. wurde der 6 ¾ Jahre alte Sohn des Arbeiters Brener, Otto B., in unserer Anstalt aufgenommen. Das Kind hat den Anblick eines Idioten [...] Leider hat sich unsere von vornherein gehegte Befürchtung bestätigt. Das Kind hat sich als bildungsunfähig für die Verhältnisse der Wadzeck-Anstalt erwiesen. Er ist nach einem Jahr nicht weiter gekommen, und weiss heute noch nicht wieviel Finger er hat, kann aber bis 20 zählen. Beim gestrigen Schule[jill.] wusste er nicht anzugeben, wieviel Hände er hat. Das Kind gehört in die Idiotenanstalt in Dalldorf. Das gesammte Lehrer collegium unserer Anstalt bittet mit mir gehorsamst um Rückgabe des B an seinen Vater“. Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n°5800, Lettre du directeur de l'institut Wadzeck à propos d'Otto B., 14 novembre 1887.

il avait. L'enfant aurait sa place dans l'institut pour idiots de Dalldorf. L'ensemble du collège des enseignants de notre institut me demande le renvoi de B. à son père⁷⁹.

En conséquence, il est renvoyé de l'institut où il se trouvait et ce au motif de son « inéducabilité » (*Bildungsunfähigkeit*), mais « aux conditions de l'institut », ce qui montre la relativité de ce qualificatif. Au fil de son dossier, on constate que les évaluations diffèrent grandement selon le moment et les observateurs : l'enfant est tantôt vu comme idiot, d'autres fois d'imbécile, et à une autre occasion « normal ». Cet exemple illustre ainsi la réelle difficulté de cerner tout diagnostic de manière ferme et arrêtée, notamment pour la catégorie intermédiaire de l'imbécillité. Qualifié tour à tour de perfectible puis d'incurable, d'idiot et d'enfant dont le développement mental correspond à celui d'un enfant de son âge, Otto B. est un cas représentatif de l'imprécision de la nosographie de l'arriération et de la variabilité des critères selon les structures institutionnelles. Rejeté de plusieurs institutions privées, le parcours d'Otto illustre ce qu'on approfondira dans le chapitre 5, à savoir le statut de dernier refuge que représentent de manière croissante les services réservés aux idiots par rapport aux rejets successifs des autres établissements destinés à la prise en charge de l'arriération dont font l'objet beaucoup de cas graves au fil du temps.

Au sujet de l'utilisation de la catégorie de l'imbécile, on peut enfin rappeler qu'il est déjà employé au début du XIX^e siècle. Il est souvent associé à la pensée d'Esquirol, qui aurait exprimé le premier la différence entre idiotie et imbécillité⁸⁰. Pour l'aliéniste, alors que les idiots sont totalement privés des sens et figés à un stade mentalement faible, les imbéciles peuvent eux faire preuve de capacités de combinaison et de comparaison, bien qu'ils ne puissent maîtriser de notions générales et abstraites. Le terme est compris de la même manière outre-Rhin : dans *l'Enzyklopädischen Handbuch der Heilpädagogik* de 1911, le mot-clé « faiblesse d'esprit » (*Schwachsinn*), on peut lire que l'imbécillité est définie de manière générique comme le « degré de gravité moyen du retard mental » (*mittlerer Schweregrad geistiger Behinderung*). Mais cette place médiane commune à l'Allemagne et à la France est à relativiser par l'aspect variable des diagnostics posés. Le même constat peut être formulé pour la dernière catégorie qu'il nous reste à expliciter, à savoir la débilité mentale.

⁷⁹ Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n°5800, Lettre du père d'Otto B. à la direction de l'assistance publique de Berlin, 29 mars 1889.

⁸⁰ Dans son article consacré à l' « idiotisme », Esquirol précise sur la différence entre idiot et imbécile : « Dans la première [catégorie], les facultés intellectuelles et affectives, n'ont pu se développer, que jusqu'à un certain point : ce défaut de développement caractérise l'imbécillité » tandis que « dans la seconde, la manifestation des facultés est nulle ou presque nulle ; les individus, dans cet état sont appelés idiots ou crétins ». Voir Étienne ESQUIROL, *Dictionnaire des Sciences médicales*, 1818.

c) La débilité mentale

Au sujet de la débilité mentale, il faut mentionner d'emblée qu'il s'agit d'un concept bien plus récent que l'idiotie et l'imbécillité, du moins dans son utilisation pour désigner un état de faiblesse mentale. Cette dernière catégorie a cela de spécifique qu'elle n'est utilisée dans la pratique qu'à partir de la fin du XIX^e siècle. Dans les sources de Bicêtre et Berlin, elle semble présente dès les premiers rapports établis, bien que moins fréquemment employée alors. A Cernay, on la rencontre par contre de manière privilégiée après le retour à la France, ce qui montre que d'un point de vue institutionnel, elle ne fait pas sens dans tous les établissements. Cette catégorie renvoie aussi à la question de la « limite » dans la pratique : elle exprime aussi une indétermination qui se manifeste par un grand nombre d'enfants qui se retrouvent ballotés entre scolarité ordinaire et renvoi dans des structures spécialisées pour le retard mental, comme on a pu le voir dans le chapitre précédent. A Berlin par exemple, c'est après un passage à l'école primaire (*Gemeindeschule*) que Willy B. se retrouve placé dans l'*Idiotenanstalt* de Dalldorf en 1906. Il y entre en tant que débile — le formulaire d'admission précise de manière inhabituelle « pas idiot » (*kein Idiot*) dans l'en-tête. L'enfant a été retiré de son école seulement lors de son année de 7^e (*7. Klasse*, soit à environ 11 ans) au motif d'un retard de développement mental (*in geistiger Entwicklung zurückgeblieben*) selon le médecin scolaire (*Schularzt*). Ce cas illustre bien l'indétermination fréquente pour le stade de la débilité mentale, qui se trouve véritablement à l'interface entre normalité et retard mental supposé⁸¹.

A Saint-André aussi, la labilité du diagnostic de la débilité est manifeste selon les médecins : Elisabeth W. est admise à Cernay sur le motif d'une intelligence qualifiée de « médiocre » par le Dr Lutringer. « Elle sait dire son âge et apprend un peu à écrire à l'école. Sait un peu lire, sait manger et s'habiller seule. Est propre »⁸². Sa physionomie est qualifiée de « peu intelligente » et elle est désignée comme débile mentale par le médecin. Quelques mois plus tard, le Dr Stoeber complète le rapport :

Ecrit son nom entre autres, calcule jusqu'à 10, lecture syllabique avec prononciation défectueuse [...]. Pendant son interrogatoire ne comprend rien sauf demande de son âge et de son nom. Fréquente l'école depuis 3 mois. Fait quelques progrès⁸³.

Il la classe alors parmi les imbéciles. Ce cas tiré de la pratique du neuropsychiatre alsacien montre concrètement à quel point il est ardu de cerner le concept ambigü de débilité⁸⁴. Toutefois

⁸¹ C'est toute la thèse de Jacqueline Gateaux dans *La débilité légère, une construction idéologique* (1990), ou de Martine Ruchat au sujet de la Suisse dans son ouvrage : *Inventer les arriérés pour créer l'intelligence* (2003).

⁸² A.I.S.A., 7M1, Carton 1927, lettres S-Z, Rapport médical du Dr Lutringer sur la patiente Elisabeth W., Cernay, 14 novembre 1926.

⁸³ A.I.S.A., 7M1, Carton 1927, lettres S-Z, Rapport médical du Dr Lutringer sur la patiente Elisabeth W., Cernay, 14 novembre 1926.

dans son usage le plus courant, la débilité reste utilisée pour qualifier le niveau le plus léger de l'arriération intellectuelle. Au début du siècle, Eugène Chazal définit le débile comme « un enfant qui, sans être idiot, ni imbécile, présente cependant un retard assez marqué du développement de ses facultés intellectuelles, comparativement à celui d'autres enfants du même âge »⁸⁵. La débilité apparaît dans les textes des spécialistes de l'époque comme étant appréhendée négativement : est débile ce qui n'est ni idiot, ni imbécile, mais qui n'atteint tout de même pas une certaine norme scolaire⁸⁶. Et en effet, on trouve le terme dans les sources de la fin du XIX^e siècle comme stade non pas comme une infirmité mentale à part entière, mais comme un retard par rapport à une « moyenne » ou une norme comme on l'évoquera plus longuement dans le chapitre 4. C'est à ce titre qu'on peut comprendre la phrase de Georges Canguilhem : « Normal est le terme par lequel le XIX^e siècle va désigner le prototype scolaire et l'état de santé organique »⁸⁷. La débilité mentale est précisément à l'intersection de ces deux enjeux, puisque la catégorie émerge tant du côté médical comme stade le moins grave dans la clinique de l'arriération, que du côté de l'institution scolaire comme les sujets incapables de s'adapter aux prérequis tant intellectuels que disciplinaires :

L'étude de la déficience dans le contexte d'une assimilation entre la déficience et l'état normal, réduisant la différence entre ces états à ne plus être qu'une variation d'ordre quantitatif affectant un mécanisme fonctionnel commun : l'intelligence, [définie] pour l'occasion comme un *continuum* de degrés⁸⁸.

Dans certains cas, la limite avec une intelligence normale semble bien tenue, puisque pour quelques enfants qualifiés de débiles mentaux, on retrouve la mention d'une intelligence « normale », paradoxe qu'on éclairera à la fin du chapitre.

Ainsi, on a pu voir comment les classifications des deux pays sont effectuées avec des critères divers, sans qu'aucun consensus soit réellement trouvé au cours du XIX^e siècle. L'évolution des discours le résume bien : les termes varient, les concepts et critères changent, sans que la « polyphonie » des points de vue sur le malade — entre famille, école, justice et corps médical — ne cesse de caractériser la formulation des facteurs ou des critères. Pinel part de l'idée de la « nullité

⁸⁴ C'est aussi le constat fait par Monique Vial : « à elle seule, la notion de débilité mentale exigerait un travail lourd. Contrairement à des idées couramment reçues, son emploi ne se réduit alors ni aux déficiences les moins graves, ni aux écoliers », précise-t-elle au niveau du manque de consensus au sein même de la communauté scientifique de l'époque. M. VIAL, *op. cit.*, p. 61.

⁸⁵ E. CHAZAL, *op. cit.*, 1907, p. 60.

⁸⁶ C'est pourquoi la catégorie de la débilité sera institutionnalisée avec les tests Binet-Simon, qui fixent une norme chiffrée, qui devient un niveau en-dessous duquel la personne est qualifiée de débile.

⁸⁷ Georges CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses universitaires de France, 1966, p. 72.

⁸⁸ C. NETCHINE, « De l'idiotie à la débilité mentale », in R. ZAZZO, *Les débilités mentales*, Paris, Armand Colin, 1979, p. 53.

morale et intellectuelle » de l'idiot. Esquirol voit dans l'absence de parole le critère majeur et établit lui cinq catégories de l'idiotie à l'imbécillité. Morel table sur les trois catégories allant de l'idiot au simple d'esprit, tandis que Félix Voisin différencie l'idiotie complète de celle de degré moindre et des imbéciles « qui se rapprochent davantage de l'homme ordinaire ». A la fin du siècle, Bourneville introduit des éléments anatomo-pathologiques dans son approche, faisant de l'idiotie non une maladie mais un symptôme de lésions organiques. Son interne Paul Sollier place lui le degré d'attention comme critère nosographique majeur, divisant son approche entre idiotie absolue, simple et imbécillité dans laquelle l'attention est respectivement absente, faible et instable. Du côté allemand, Spielmann traite des idiots apathiques et stupides des imbéciles, tandis que Hoffbauer divise lui aussi la nosographie en cinq catégories. Griesinger distingue les cas graves dans lesquels l'intelligence est nulle des cas légers où il y a simplement faiblesse intellectuelle, puis spécifie encore une forme apathique différente d'une forme agitée et versatile. Schüle enfin voit une césure essentielle entre idiotie absolue et imbécillité, grandes classes au sein desquelles il établit ensuite de nombreuses sous-catégories.

Au final, on peut dire que les termes employés dans la pratique sont en nombre réduits et n'ont pas une valeur pronostique absolue. Pour preuve, même un enfant qualifié d'idiot, stade le plus grave, peut être mentionné par le médecin comme « capable d'éducation ». La diversité et les nuances de ces classifications sont décrites dans tous les ouvrages consacrés à l'arriération dans les deux pays. Le fait d'aborder les détails de toutes les subtilités qui les différencient pose pourtant un écueil auquel ne résiste pas l'approche pratique proposée ici : se perdre dans les méandres des sources secondaires ne permet pas une compréhension des enjeux institutionnels des diagnostic d'arriération posés dans la pratique. L'étude des dossiers médicaux de patients permet de résumer ces approches en trois grandes catégories qui apparaissent comme relativement stables dans les certificats établis par les médecins et aliénistes de la période étudiée pour attester d'un état d'arriération, et ce à la fois France comme en Allemagne.

Les trois catégories nosographiques renvoient à des termes très anciens. Etymologiquement, l'idiot désigne à partir du XII^e siècle l'ignorant, tout comme l'imbécile qui renvoie à une faiblesse des facultés intellectuelles, mais aussi une faiblesse de manière générale (le latin *imbecillus* signifiant « faible »). Par contre, l'adjectif débile est emprunté au latin classique *debilis* qui évoque la faiblesse, et jusqu'au XIX^e siècle, le terme nécessite un complément d'information quant à la partie atteinte. Ce n'est qu'au XX^e siècle que son substantif subit un rétrécissement sémantique pour désigner presque exclusivement une déficience intellectuelle.

Mais si ces termes ont une histoire riche, la fin du XIX^e siècle voit la fixation d'une hiérarchisation de l'acception médicale de ces concepts. L'idiot va dans la pratique être réservé aux cas les plus graves, tandis que le débile, encore utilisé pour désigner une faiblesse physique, va devenir la catégorie nosographique juste en-dessous de la normalité intellectuelle, tandis que l'imbécile va servir le plus souvent à nuancer l'un des deux diagnostics, lorsque le médecin ne peut se décider absolument quant à la gravité de la pathologie. La catégorie de la débilité répond ainsi à un besoin nosographique qui surgit consécutivement à la démocratisation scolaire, à savoir les individus ne présentant généralement pas d'atteintes organiques, mais qui toutefois attestent d'un retard sur le plan intellectuel. Ainsi pour l'aliéniste Paul Chavigny,

L'étude des débilés n'a pris en pédagogie toute son importance qu'à une époque récente, avec la loi sur l'instruction obligatoire, avec la période des déceptions de cette loi, quand on s'est aperçu que tous les sujets n'étaient pas également aptes à profiter de l'instruction qu'on leur donnait⁸⁹.

Le terme d'imbécile se révèle excessif pour désigner ces individus à la limite de la normale. L'existence d'un *continuum* allant de l'idiotie à la débilité dite « légère » manifeste une représentation des niveaux d'arriération qu'on pourrait qualifier de « continu » au sens mathématique, c'est-à-dire où il n'y a pas de rupture fondamentale entre les différentes catégories d'arriérés, comme le formulait déjà Itard⁹⁰. Pendant l'essentiel du XIX^e siècle, les deux catégories utilisées par les aliénistes restent l'idiotie et l'imbécillité. La généralisation de scolarité obligatoire — en Prusse dès la fin du XVIII^e siècle et en France en 1882 — a une part certaine dans l'émergence de cette nouvelle catégorie de l'arriération comme on a pu le voir⁹¹. C'est ce qui explique qu'on ne restituera pas ici le contexte de débilité mentale dans l'aliénisme du XIX^e siècle, puisque le concept apparaît à sa toute fin et sera par ailleurs largement évoqué dans le chapitre 4.

Il ne reste que si la pratique a permis de réduire les catégories exposées ici à une tripartition minimale, l'une d'entre elles semble particulièrement problématique. En effet, le problème de déviance morale sont ramenés à une pathologie d'ordre mental. Ainsi, le retour sur l'évolution historique des catégories aujourd'hui regroupé sous le terme de « handicap mental » apparaît plus complexe encore que le défi comparatiste posé à l'origine par la nosographie franco-allemande. Les catégories de l'arriération ne désignent pas seulement des réalités floues, mais bien plus diverse que

⁸⁹ Paul CHAVIGNY, « Les débilés intellectuels, leur situation dans l'armée », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 4, n°11, 1909, p. 409.

⁹⁰ Pour Itard, il n'y a pas de différence fondamentale de nature entre l'idiot profond et un génie tel que Newton : « le maximum et le minimum de l'esprit humain ne diffèrent que par d'insensibles degrés que l'on ne peut même pas déterminer », remarque qu'il fait dans son *Rapport sur Victor de l'Aveyron* en 1801.

⁹¹ Sur les débats historiographiques, français surtout, concernant cette affirmation, on revoie au chapitre 1 et au début du chapitre 4.

ce qu'on entend aujourd'hui par déficience intellectuelle. De plus, la nosographie utilisée dans le champ médico-pédagogique de l'arriération ne vise parfois pas du tout une déficience sur le plan des capacités intellectuelles. Il s'agit à présent de démontrer en quoi l'arriéré est souvent entendu comme un déficient sur le plan moral autant qu'un arriéré au sens cognitif, et en quoi ces jugements moraux sont indissociables d'un regard médical qui reste moralisant malgré les tentatives d'objectivation qui sont tentées par les médecins.

4. Diagnostiquer un niveau d'arriération : enjeux médicaux et institutionnels

a) Critères diagnostics retenus par les médecins et aliénistes des deux pays

La procédure d'admission implique plusieurs décisions en vue de la prise en charge de l'enfant arriéré. Il s'agit de déterminer à quelle catégorie nosographique appartient chaque entrant et évaluer son éducatibilité. L'élaboration du diagnostic n'a pas dans la pratique pour but essentiel de déterminer un certain traitement pour le nouveau patient. Sur l'ensemble de la période, on ne trouve jamais dans les dossiers la mention d'un médicament ou traitement particulier, hormis ceux administrés pour guérir une affection annexe d'ordre somatique. L'enjeu véritable du diagnostic est d'affecter l'arriéré dans une section particulière de l'asile. Il s'agit de classer pour trier les déficients mentaux dans une optique avant tout institutionnelle. L'aptitude qu'on lui attribue à pouvoir tirer partie d'un enseignement — même sommaire — ainsi que des éléments en lien avec son caractère plutôt calme, ou au contraire agité voire violent représentent les déterminants essentiels qui orientent l'arriéré vers une certaine section de l'asile.

Le diagnostic posé par l'aliéniste au sein d'un établissement destiné à la prise en charge de l'arriération prend en compte des données hybrides. Le regard médical posé au moment des observations pratiquées en vue de l'admission de l'enfant s'ajoute aux informations livrées par les parents à un médecin non spécialiste au sujet de la chronologie des troubles et des causes supposées de l'arriération et de son comportement. Tout d'abord, il faut mentionner que cet examen sert à compléter les propos, voire à les corriger, comme le signale une observatrice à Cernay qui relate avoir « entendu une mère affirmer que son petit garçon de huit ans parle bien, alors qu'en réalité il ne parvient pas à dire une phrase tout seul. Cette mère était de bonne foi, mais l'affection qu'elle porte à

son fils déforme la vérité »⁹². Ainsi le médecin questionnant la famille au sujet des antécédents et des aptitudes des enfants admis ne peut être certain de la véracité des réponses données.

Ensuite, on peut noter que ce regard médical est pluriel selon les lieux et situations d'internement. Dans la majorité des cas, l'examen pratiqué par le médecin des admissions au sein de l'asile à Berlin (*Aufnahmenarzt*), ou au poste de tri à l'Asile clinique où c'est souvent Valentin Magnan — aliéniste renommé dont on abordera les écrits dans le chapitre 6 — qui rédige une grande partie des observations et pose le premier diagnostic dans les registres d'observation de Bicêtre autour de 1900 lorsqu'il s'agit d'un cas d'admission d'office, qui constituent la grande majorité des entrées. A Cernay, le fonctionnement est différent : en raison de la moindre envergure de la structure, le médecin qui détermine le diagnostic est le même que celui qui assure le suivi médical dans l'institution⁹³. Dans tous les cas, les *Fragebögen* offrent ici aussi la possibilité de tenir un propos général concernant plusieurs institutions confrontées, le propos sur Bicêtre en étant toujours tiré des données des répertoires d'observations médicales.

On peut résumer la procédure à quelques grandes étapes qui sont globalement les mêmes partout, car comme le souligne Benoît Majerus, au début du XX^e siècle les dossiers psychiatriques et les procédures ont déjà suivi un processus de formalisation et donc d'uniformisation. Ce processus de « mondialisation » — pour reprendre le terme employé par l'historien de la psychiatrie — qui touche la santé mentale facilite ainsi la comparaison entre les établissements et les parcours des malades⁹⁴. Le bilan effectué sur l'état de l'enfant début par une évaluation de l'état de l'enfant d'un point de vue physique. Plus le degré de déficience intellectuelle est important, plus on constate la présence de pathologies annexes qui accompagnent les troubles. La déficience mentale de haut grade se double souvent d'un handicap physique. Les capacités d'autonomie de l'enfant sont ainsi évaluées — s'il sait marcher seul, s'habiller, faire ses besoins. Ainsi, à l'arrivée de Jules M. à Bicêtre, Bourneville relève dans ses observations que l'enfant

⁹² A.S.C., CE 3M, Dossier 19 : « Lettres, rapports, comptes-rendus émanant d'autres personnes et concernant l'activité de l'institut », Louise Huber, « Le placement des enfants anormaux dans les trois départements recouvrés », mémoire dactylographié, s.l., 1931, p. 17.

⁹³ D'autres propos médicaux sont consignés dans le dossier. Dans le cas d'une admission volontaire, on bénéficie également d'un certificat du médecin de famille décrivant l'état de l'enfant. Lorsque la famille de l'individu utilise le canal de l'assistance pour obtenir l'institutionnalisation du proche, on peut aussi avoir à faire à un médecin de l'assistance, de la même façon que la police et la justice dans de plus rares cas. Néanmoins, on laissera pour l'instant ces regards médicaux volontairement de côté, puisqu'ils sont tributaires d'une institution autre avec un biais dans le regard porté sur le patient.

⁹⁴ Benoît MAJERUS, *Parmi les fous : une histoire sociale de la psychiatrie au XX^e siècle*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2013.

Est atteint d'idiotie complète, caractérisée par l'absence de parole, l'incapacité de manger, de s'habiller, de se déshabiller, de se laver seul ; par la salacité, le gâtisme, et l'épilepsie caractérisée par des vertiges⁹⁵.

De telles données sont déterminantes dans l'évaluation du niveau d'arriération, mais on surtout des implications institutionnelles. Le degré de dépendance détermine l'intensité de la prise en charge nécessaire, et par conséquent le pavillon dans lequel sera affecté le patient. Par exemple à Bicêtre, il existe une section spéciale dévolue aux gâteux — c'est-à-dire ici les arriérés paralysés et de ce fait atteints d'incontinence sphinctérienne — ce qui n'est pas le cas à Cernay ou Berlin où ils font néanmoins l'objet de soins spécifiques, mais sans qu'ils soient localisés dans un lieu particulier.

Le périmètre crânien est également un critère mobilisé puisqu'il permet de rendre compte des cas d'hydrocéphalie ou de microcéphalie, pathologies qui sont elles aussi le signe d'un handicap mental souvent lourd, comme on peut l'observer dans la photographie en annexe. Ces premières données permettent déjà d'amorcer un probable pronostic sur le patient, jugé capable d'amélioration ou au contraire probablement jugé « incurable » si l'on constate malformations ou lésions organiques. A Dalldorf en 1919, le Dr Boehm conclut l'examen d'Elisabeth C. par le diagnostic suivant : « le résultat de l'examen montre chez C. une hydrocéphalie de haute grade ». Ce constat est immédiatement suivi d'un pronostic en terme d'éducation jugeant qu' « une amélioration semble exclue »⁹⁶. L'évaluation de l'éducabilité possible et du développement de l'enfant est fondamental dans le jugement du médecin, comme on le verra dans la suite du chapitre. Toujours est-il que la présence de lésions organiques sévères ou d'anomalies anatomiques transforme souvent le diagnostic en pronostic, étant donné qu'on ne sait guérir les cas d'hydrocéphalie par exemple. Par ailleurs, l'état de l'enfant d'un point de vue intellectuel fait l'objet d'une évaluation de nature logique et pédagogique. Son attention est testée : suit-il un objet des yeux ? Réagit-il quand une personne prononce son nom ? A Berlin, un médecin de l'asile décrit ainsi les capacités d'attention d'une enfant de sept ans : il tend à l'enfant une clé et relève qu'elle « se lève, agite sa main et semble éprouver de la joie »⁹⁷.

Le regard médical se nourrit également de l'observation des caractéristiques physiques paraissant pathologiques. L'observation du médecin et les qualificatifs sur l'apparence de l'enfant

⁹⁵ Archives AHPH, Registres d'observations médicales, 6R-113, Certificat d'admission dans le service de Bicêtre de Jules M. signé par Bourneville, 1879.

⁹⁶ „Nach dem Untersuchungsergebnis handelt es sich bei der C. um den höheren Grad eines Wasserkopfes. Eine Besserung erscheint mir ausgeschlossen“. Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n°5822, Elisabeth C., Observations médicales du Dr Boehm, 8 juillet 1919.

⁹⁷ Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n° 5822, Observations médicales à propos d'Else C., 31 mai 1904.

constituent souvent dans les sources un jugement déterminant sur l'intelligence de l'enfant. A propos d'Eugène B., le Dr Lutringer consigne dans son dossier médical en 1924 une

irrégularité de la formation crânienne, asymétrie du visage, expression idiote de la figure, sourire, léger strabisme convergent des deux yeux, membres très larges en disproportion avec le corps, pas d'anomalie constatable des organes internes⁹⁸.

L'harmonie du visage et du corps en général fait donc partie des indices retenus par les médecins. A Berlin aussi, les paramètres visuels jouent un rôle non négligeable dans le diagnostic, ou au moins l'appréciation du niveau d'intelligence supposé de l'enfant ou du jeune adulte. De manière très similaire à la description du médecin de Cernay, l'*Aufnahmenarzt* relève pour Ewald S. une « expression du visage stupide » lors de l'examen en vue d'une admission à l'*Idiotenanstalt* en 1921. La remarque est assortie de quelques mentions sur le niveau scolaire du jeune homme de dix-sept ans : « a fréquenté une *Hilfsklasse*. Ne sait pas résoudre des exercices de calcul simples »⁹⁹.

Pour vérifier le niveau intellectuel de l'enfant, le médecin ne se contente toutefois pas des simples éléments relatifs à l'apparence du malade, mais apprécie ensuite aptitudes de l'enfant, comme le fait de comprendre ce qu'on lui dit, la faculté de parler, l'exécution d'ordres simples, la capacité de mimétisme, l'appétence au jeu, le fait de pouvoir nommer des parties de son corps ou des objets usuels. Ces points sont communs à l'ensemble des établissements, mais il faut noter que l'évaluation des aptitudes pédagogiques prend une importance bien plus importante dans les rapports des médecins allemands. Alors que les descriptions françaises sont lapidaires sur le plan pédagogique hormis l'évocation rapide de l'aptitude à parler, lire ou écrire, une part importante des mêmes rapports établis au moment de l'admission d'un enfant dans l'asile de Dalldorf se révèle bien plus détaillées. Ainsi en 1921, le médecin des admissions interroge Max B. sur des connaissances scolaires telles que le fleuve qui arrose Berlin ou le nom du chancelier de l'époque. Les notes du médecin consignent les réponses de l'enfant :

Peut donner son nom. Il serait né dans l'asile et aurait 50 ans !

Quel asile ? Oden-Anstalt (*Idiotenanstalt*)

Quel jour sommes-nous ? Mardi (lundi)

2 fois 2 ? 3

Ne peut pas résoudre des calculs simples.

⁹⁸ A.I.S.A., Carton 1924, lettres A-J, Rapport médical du Dr Lutringer pour Auguste B., 12 novembre 1924.

⁹⁹ „Blöder Gesichtsausdruck. Hat Hilfsklasse besucht. Kann die einfachsten Rechenaufgaben nicht lösen“. Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n° 5947, Rapport du médecin des admissions de Dalldorf à propos d'Ewald H., 5 janvier 1921.

Ne peut pas nommer les objets comme un stylo, mais sait ce qu'on peut faire avec. Connaît les objets qui sont dans un livre d'illustration. Mots souvent inaudibles et inexacts.

Ne peut pas exprimer des différences correctement.

Combien de souliers ? Deux. Il suppose qu'il peut réciter, mais ce n'est pas le cas. Il connaît les lettres i et e.

Montre le ciel et dit « c'est là qu'est Dieu ».

Qu'est-ce que Dieu ? Notre empereur Guillaume !

Il ne connaît pas l'heure, il ne peut pas dire quelle heure il est.

Il ne sait pas compter¹⁰⁰.

Les réponses fantaisistes ne doivent pas masquer le fait que l'enfant capable de répondre est d'emblé classé dans le niveau supérieur en terme d'arriération. Certaines descriptions se révèlent très précises quant aux aptitudes de l'enfant. Ainsi celle établie par le médecin des admissions de l'asile de Charlottenburg, retrouvée dans le dossier médical de Georg B. :

L'enfant Georg B. souffre de syphilis, a une tête grosse, est retardé dans sa croissance, son visage a une expression stupide. Il se fait immédiatement remarquer par son agitation [qui se manifeste] par des cris de colère, lors desquels il se frappe lui-même [...] En particulier se manifeste sa voracité. Concernant la parole, il fait des tentatives inachevées et n'arrive aujourd'hui qu'à prononcer des sons tels que « ei, ei », « ja, ja », mais il réussit parfois à répéter ce qu'il entend prononcé par d'autres enfants. Ses souhaits et l'assouvissement de ses besoins, par ex. à l'occasion des repas, ne se font que par le biais de cris. Il ne comprend pas ce qu'on lui dit, mais reconnaît toutefois les objets qu'on lui montre. Il ne fait rien aux autres enfants. Quand on lui montre un objet brillant, il tente de l'attraper. De ce fait, et aussi à cause de ses tentatives de se nourrir seul sans se salir soi-même, je pense être en droit de conclure qu'on est en présence d'un grade faible d'idiotie ou imbécillité et que par une éducation raisonnable et des soins nombreux, donc dans un asile, un succès favorable n'est pas à exclure¹⁰¹.

¹⁰⁰ Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n° 6545.

¹⁰¹ „Das Kind Georg B. leidet an englischer Krankheit, hat einen großen Kopf, ist im Wachstum zurückgeblieben, hat einen etwas stupiden Gesichtsausdruck. Er fällt sofort durch seiner Unruhe [auf], durch wütenders Geschrei, wobei er aus sich selbst einschlägt. Auch die Mutter giebt an, dass der Vater der Kinder, ein Japaner, hochgradig **nervös** gewesen sei. Das Kind sei bis zum 7. Monat normal gewesen, habe dann an häufigen Krämpfen, 10/15 Mal täglich (Epilepsie?) gelitten, die bis zum 3. Jahr angehalten hätten. Seit dem sei das Kind verändert. Besonders falle seine Fressgier auf. Beim Sprechen macht er unbehaltene Versuche und bringe nur Laute wie „ei ei“, „ja, ja“ vor, doch gelinge ihm zuweilen nachzusagen, was er von anderen Kindern hört. Seine Wünsche z. B. nach Nahrung, Befriedigung seiner Bedürfnisse tun er nur durch Schreien kund. Was man zu ihm spricht, verstehe er nicht, wohl etwa aber erkennt er die Gegenstände, die man ihm zeigt. Anderen Kindern tue er nichts. Wenn man ihm einen glänzenden Gegenstand zeigt, greift er zu. Aus diesem Umstande, sowie daraus, dass die Versuche zu sprechen, aus der erworbenen Fähigkeit, allein zu essen und sich nicht zu verunreinigen, glaube ich schließen zu dürfen, das hier z.Z ein geringerer Grad von Idiotie, Imbecillität, vorliegt und dass bei vernünftiger Erziehung und großer Pflege, also in einer Anstalt, ein günstiger Erfolg nicht ausgeschlossen ist. Nach Angabe der eigenen Mutter dürfte in der Erziehung durch unangebrachte Strenge gefehlt worden sein“. Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n° 5766, Attestation du médecin de l'assistance aux pauvres à propos de Georg B., 27 avril 1904.

Sont décrits ici de nombreux éléments qu'on retrouve dans la plupart des dossiers : la voracité, l'aptitude à parler et communiquer ses besoins, la compréhension d'ordres simples, l'agressivité, l'autonomie quant à la prise de nourriture. Cette description des aptitudes de l'enfant qui de surcroît est âgé de seulement quatre ans témoigne de la précision en terme pédagogique qui caractérise davantage les aliénistes allemands que français. En effet, l'attention supérieure du côté allemand aux paramètres d'ordre pédagogique — qui n'a rien de surprenant étant donné que la prise en charge médicale de l'arriération y est historiquement bien plus attachée à la discipline pédagogique — constitue un point commun avec d'autres nations européennes, comme le suggère ces propos du Dr Georges Heuyer datant de 1914 :

Si on accorde une importance justifiée à l'examen médical anthropométrique et viscéral, par contre l'examen pédagogique de l'écolier est complètement négligé. L'examen médical des anormaux des classes de perfectionnement n'est point différent de celui qui est exigé par l'écolier normal [...] A l'étranger, en Allemagne, en Belgique, aux Etats-Unis, en Grande-Bretagne, un examen médical spécifique des anormaux est pratiqué et réclamé en France¹⁰².

Et en effet, les écrits des aliénistes consignés dans les répertoires d'observations médicales de Bicêtre sont assez peu riches en évaluation de type pédagogique. Ce ne sont guère que quelques médecins de famille qui, dans le cadre d'un certificat médical demandant l'admission de l'enfant dans le service des idiots de l'asile, vont prendre la peine de détailler les aptitudes pédagogiques de l'enfant, sans doute pour des raisons d'ordre argumentatif dans ce cas de figure. Ainsi à Saint-Ouen, le Dr Raoul établit une description à la tournure littéraire de l'état de Henri C., dans le but d'obtenir son admission volontaire à Bicêtre. L'enfant présenterait

Une grande faiblesse des facultés intellectuelles et affectives, le défaut de coordination des actes et la mobilité des idées. La faiblesse de l'intelligence et l'absence d'énergie de son caractère le mettent dans un état de médiocrité et d'infériorité qu'il lui est impossible de concevoir et d'exécuter de lui-même la moindre idée ou acte raisonnable et qu'il est incapable de s'élever à la connaissance. Cet enfant présente en un mot tous les symptômes de l'affaiblissement intellectuel congénital désigné sous le nom d'imbécillité¹⁰³.

Les détails de cette description au *pathos* remarquable sont sans doute à relier au genre de la demande d'admission, pour laquelle il s'agit de donner un maximum d'argument en vue de l'internement. Les écrits des aliénistes concernant les enfants malades dont il s'agit de déterminer la place et le niveau d'intelligence sont en général bien moins bavards. Les rapports médicaux consignés à Cernay pendant la période allemande sont également lapidaires en raison de l'absence

¹⁰² Georges HEUYER, *Enfants anormaux et délinquants juvéniles : nécessité de l'examen psychiatrique des écoliers*, Paris, G. Steinheil, 1914, p. 19.

¹⁰³ Archives AHP, Bicêtre, 6R-120, Registre d'observations médicales, Certificat médical du Dr Raoul en vue d'un placement volontaire, Saint-Ouen, 17 mars 1907.

d'un médecin spécialiste sur place. Par contre, à partir des années 1920, les sources médicales se font plus fournies, notamment du point de vue pédagogique. Admis à Cernay en 1924, Gustave B. serait seulement « propre à faire quelques syllabes incompréhensibles »¹⁰⁴. Ne sachant ni lire, ni écrire, et ayant besoin de quelqu'un pour s'habiller et faire ses besoins, il est qualifié d'idiot en raison d'une apparente « intelligence nulle »¹⁰⁵. Celle d'Auguste B., cité plus haut, est elle jugée « très restreinte : n'est pas orienté, entend et comprend ce qu'on lui dit – parle- ne sait pas calculer – sait compter jusqu'à 20 – ne sait ni lire, ni écrire – sait s'habiller et manger seul – fait beaucoup de tapage – incontinence des urines »¹⁰⁶.

Tous les questionnaires présents à Cernay et à Berlin doivent aussi servir à une évaluation pédagogique, puisqu'il y figure systématiquement un item pour savoir si l'enfant a déjà été scolarisé. C'est aussi un point presque toujours mentionné dans les courriers demandant l'admission d'un enfant, précisément pour justifier la nécessité du placement en raison de l'inaptitude de l'enfant à profiter de l'enseignement classique, et connaître ses aptitudes éventuelles. L'absence des dossiers médicaux de patients à Bicêtre n'empêche pas de remarquer que ce point-là est également pris en compte par les médecins à l'admission dans l'asile parisien :

Au point de vue de l'intelligence, il n'a pu encore rien apprendre à l'école où il avait été placé, il ne peut que répéter la dernière syllabe de la question qu'on lui pose, ou ne prononce que quelques sons inintelligibles ; Il ne comprend à peu près rien. La mémoire fait complètement défaut¹⁰⁷.

Lorsque l'enfant a été à l'école, le médecin mentionne quels ont été les acquis éventuels de sa scolarisation. A Berlin par exemple, la connaissance des formes, chiffres, des moments de la journée ou les phénomènes naturels comme le lever ou le coucher du soleil sont détaillés¹⁰⁸. Dans le cas d'enfants faiblement déficients — alors souvent amenés pour des raisons disciplinaires, de danger de l'ordre public ou par l'assistance — des questions plus spécifiques ou poussées sont posées sur le plan des connaissances déjà acquises. Dans l'*Idiotenanstalt* de Berlin comme à Cernay, les médecins testent la parole, le calcul et l'aptitude à l'écriture (*Schriftprobe*) par des

¹⁰⁴ Les rapports médicaux étant rédigés en style télégraphique, nous essayerons dans la mesure du possible de les rendre le plus « digeste » possible pour le lecteur.

¹⁰⁵ A.I.S.A., Carton 1927, lettres A-J, Rapport médical de Gustave B., entré le 18 novembre 1924 à l'institut.

¹⁰⁶ A.I.S.A., 7M1, Carton 1937, lettres A-L, Rapport médical du Dr Lutringer à propos d'Auguste B., 29 décembre 1924.

¹⁰⁷ Archives AHP, Bicêtre, 6R-113, Registre d'observations médicales, Rapport du Dr Lemoine à propos de Robert F., 4 octobre 1889.

¹⁰⁸ Davantage de précision seront données dans le chapitre consacré à la pédagogie. Sur le long terme, les deux tomes d'Ingenkamp seront d'une grande utilité : Karlheinz INGENKAMP, *Pädagogische Diagnostik in Deutschland : 1885 – 1932*, Weinheim, Dt. Studien Verlag, 1990.

dictées et exercices¹⁰⁹. De telles évaluations nous sont connues par les dictées parfois préservées dans les dossiers médicaux de patients, ou quelques dessins, traces qui demeurent par contre impossibles à connaître pour les patients pris en charge à Bicêtre.

Les informations d'un point de vue disciplinaire, évoquées par la formule de « l'état de l'enfant d'un point de vue moral », sont aussi évaluées et transformées en données prises en compte dans le diagnostic. On abordera ces questions très largement dans la seconde partie du chapitre à propos de la figure de l' « imbécile moral » et l'évolution qu'indique la diffusion de cette catégorie dans la nosographie française et allemande quant aux présupposés du regard médical. On peut signaler que dans les deux pays, une attention particulière est portée à tous les éléments pouvant être reliés à l'instinct sexuel. Lorsqu'il est jugé excessif, il est considéré comme un signe supplémentaire d'arriération — voire un signe suffisant pour le cas de l'homosexualité, alors désignée par le terme de « pédérastie ». De manière plus générale, les médecins relèvent sur le plan moral le fait que l'enfant cherche à faire le mal ou a des pulsions ou des habitudes particulières comme l'attirance pour le sexe opposé, l'homosexualité, l'envie de détruire des objets ou l'onanisme. « L'énorme majorité des idiots se masturbent » selon Paul Sollier qui rapporte qu' « à Bicêtre [est prise en charge une idiote] qui, à force de se masturber en se frottant les cuisses l'une contre l'autre, avait fini par se déterminer un érythème sur la face interne des deux cuisses »¹¹⁰. Fait particulièrement intéressant, certaines données sont changées par le biais du regard médical en pathologies : ainsi les tendances au vol ou l'appétence pour le feu deviennent la kleptomanie et la pyromanie, comme on le verra plus longuement ci-après. Pour résumer, on peut dire citer ces mots de Paul Sollier, qui définit l'arriération comme l'impossibilité de réfréner ses instincts :

[L'instinct, chez] les individus éduqués, intelligents et moraux, au lieu de se manifester ouvertement comme chez l'animal, est au contraire l'objet de nombreux freins. Chez l'idiot, ces freins intellectuels et moraux n'existent pas, il se donne libre cours ; mais le plus souvent, il présente des anomalies ou des perversions. Il peut en effet être rudimentaire ou nul, exagéré ou perversi¹¹¹.

De tels présupposés font le consensus dans la psychiatrie de la fin du XIX^e siècle et du début du XX^e siècle, et ce en France comme en Allemagne.

¹⁰⁹ De telles dictées ou essais d'écriture ont-ils été pratiqués à Bicêtre ? L'absence de conservation des dossiers médicaux empêche de répondre à cette question, même si c'est probable.

¹¹⁰ P. SOLLIER, *op. cit.*, p. 83.

¹¹¹ *Ibid.*, p. 82.

b) Une finalité pratique : attribuer une place à chaque malade dans l'institution

« En donnant un nom à ces troubles, le médecin, de fait, assigne une maladie au patient »¹¹². Pourtant, à se perdre dans le dédale de la restitution des spéculations théoriques et des classifications foisonnantes, le danger est bien d'en oublier la finalité pratique. Cet écueil inhérent à la lecture des écrits médicaux est rappelé par l'historien de la psychiatrie Benoît Majerus : « De par sa production écrite surabondante, [le psychiatre] livre un matériel certes fascinant mais qui risque de nous tenir éloigné de réalités significatives. Dans l'espace psychiatrique, le médecin n'a guère de présence physique »¹¹³. Et en effet, dans le cas d'individus se trouvant devant le regard d'un aliéniste à l'entrée d'un établissement dévolu à l'éducation et à la prise en charge de l'arriération, la finalité est avant tout pratique. Il s'agit de déterminer dans quel pavillon ou section l'enfant sera admis. En ce sens,

Des différents pouvoirs du médecin, celui qui l'autorise à placer les malades dans une catégorie pathologique donnée est le plus significatif. Cette opération de classification lie le patient à des milliers d'autres malades présentant les mêmes troubles dans le passé – et l'intègre ainsi à une communauté nouvelle¹¹⁴.

Les éléments récoltés par les médecins ont ainsi une utilité pratique de « placer » et de classer les individus dans les différentes catégories de la déficience mentale. Mais cette opération n'a pas pour simple but d'assigner chacun d'entre eux dans une catégorie abstraite. Elle est en réalité un préalable obligatoire dans des établissements qui se doivent de trier leurs pensionnaires pour les répartir dans des pavillons spécifiques à chaque pathologie. Il s'agit à la fois d'offrir à chacun un traitement et une prise en charge la plus adaptée possible, mais aussi ne pas mettre certains malades en danger par l'isolement et la contention des cas les plus agités¹¹⁵. Chaque détail est donc avant tout interprété à cette fin. Pour preuve, cette description de l'état d'un enfant rédigé par un médecin de Dalldorf à partir des éléments contenus dans le questionnaire utilisé pour l'admission à l'*Idiotenanstalt* d'Anna B. (*Auszug aus dem Fragebogen der Idiotenanstalt*) :

Anna B. est développée complètement et normalement, capacité à marcher, se lever, etc. [...] Des maladies épidémiques ou transmissibles ne sont pas connues dans l'entourage de l'enfant. La faiblesse mentale remonte à la petite enfance. Celle-ci se manifeste par des manques dans

¹¹² Stanley J. REISER, Article « diagnostic », in D. LECOURT (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, Presses universitaires de France, 2004, p. 328.

¹¹³ Benoît MAJERUS, *Parmi les fous : une histoire sociale de la psychiatrie au XX^e siècle*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2013, p. 68.

¹¹⁴ Article « diagnostic », *op. cit.*, p. 329.

¹¹⁵ L'organisation pavillonnaire de chacun des établissements (présente également à Cernay bien qu'à une échelle plus réduite puisqu'il ne s'agit pas là d'un asile mais d'un établissement uniquement consacré à l'arriération, donc de taille inférieure) sera traité dans la première partie de la thèse, qui explique la fondation et la structure de chaque établissement. En l'absence de ces chapitres essentiels, nous donnons un aperçu rapide de ces différentes conformations dans l'annexe 1.

l'expression ; elle n'émet que des sons bredouillants et incompréhensibles. L'état mental peut être décrit comme étant de l' « IDIOTIE ». L'enfant est vive, facilement irritable, la capacité de différenciation est restreinte et peu développée, elle peut manger de manière autonome, est propre, joue seule dans son coin. Les questions courtes sont remarquées à travers des mots, sons ou murmures, mais ne peut pas répondre. Ne connaît pas les couleurs, les formes, les nombres, les moments de la journée. Elle n'a pas acquis la moindre connaissance en lecture, écriture, dessin, tricot, etc. Elle est jusque-là très obstinée. N'a pas de mauvaises habitudes (*Neigungen zu Untugenden*). Cause de l'idiotie : soi-disant des convulsion dans la première année. Aucune action médicale ou pédagogique n'a encore eu lieu¹¹⁶.

Cette source de 1894 est un exemple inhabituellement développé des informations consignées par l'autorité médicale et/ou pédagogique à l'admission d'un patient arriéré dans l'établissement. Anne B. peut ainsi être admise à l'*Idiotenanstalt* car malgré son caractère « obstiné » et « facilement irritable », elle fait preuve d'autonomie pour assurer ses besoins élémentaires et ne présente apparemment pas de tendances à la violence ou à l'insoumission. Elle ne nécessite ainsi pas d'être prise en charge dans le pavillon de Dalldorf réservé aux malades dits « agités », et pas non plus parmi les « infirmes » (*Siechen*) puisqu'elle est valide et autonome. La qualification du niveau d'arriération au stade le plus grave pour elle — l'idiotie — est donc en pratique de faible impact par rapport aux paramètres évoqués la rendant éligible à l'éducation au sein de l'*Idiotenanstalt*. C'est aussi ce qu'on constate pour la conclusion des observations apportées par un médecin de l'assistance à Berlin à propos du cas de Georg B. :

Concernant la parole, il fait des tentatives inachevées et n'arrive aujourd'hui qu'à prononcer des sons tels que « ei, ei », « ja, ja », mais il réussit parfois à répéter ce qu'il entend prononcé par d'autres enfants. Ses souhaits et l'assouvissement de ses besoins, par ex. à l'occasion des repas, ne se font que par le biais de cris. Il ne comprend pas ce qu'on lui dit, mais reconnaît toutefois les objets qu'on lui montre. Il ne fait rien aux autres enfants. Quand on lui montre un objet brillant, il tente de l'attraper. De ce fait, et aussi à cause de ses tentatives de se nourrir seul sans se salir soi-même, je pense être en droit de conclure qu'on est en présence d'un grade faible d'idiotie ou imbécillité et que par une éducation raisonnable et des soins nombreux, donc dans un asile, un succès favorable n'est pas à exclure¹¹⁷.

¹¹⁶ „Anna B. ist vollständig normal entwickelt, Fähigkeit zum Gehen, Stehen u.s.w. [...] Epidemisch oder sonst ansteckende Krankheiten sind in der [...] Umgebung des Kindes nicht vorhanden. Die geistige Schwäche datiert von frühester Kindheit an. Dieselbe zeigt sich durch Mangel der Sprache; sie giebt nur lallende, unverständliche Töne von sich. Der geistige Zustand ist als "IDIOTIE" zu bezeichnen. Das Kind ist lebhaft, leicht erregbar, das Unterscheidungsvermögen ist gering u. unentwickelt, es kann selbständig essen, ist reinlich, spielt für sich allein. Einfache Fragen auffallend erst durch Worte, Laute oder Gebärden, beantworten kann es nicht. Farben, Formen, Zahlen, Tageszeiten kennt es nicht. Irgendwelche Kenntnisse ins Lesen, Schreiben, Zeichnen, Stricken etc hat es nicht erworben. Bisweilen ist sie sehr eigensinnig. Neigungen zu Untugenden (=gros défaut, mauvaises habitudes) hat es nicht. Ursache des Blödsinns sind angeblich Krämpfe in 1. Lebensjahre. Eine ärztliche oder pädagogische Einwirkung hat noch nicht stattgefunden". Landesarchiv Berlin, A Rep 0003-04-04, Extrait du questionnaire de l'*Idiotenanstalt* (*Auszug aus dem Fragebogen der Idiotenanstalt*), 24 février 1894.

¹¹⁷ „Beim Sprechen macht er unbehaltene Versuche und bringe nur Laute wie „ei ei“, „ja, ja“ vor, doch gelinge ihm zuweilen nachzusagen, was er von anderen Kindern hört. Seine Wünsche z. B. nach Nahrung, Befriedigung seiner Bedürfnisse tut er nur durch Schreien kund. Was man zu ihm spricht, verstehe er nicht, wohl etwa aber erkennt er die Gegenstände, die man ihm zeigt. Anderen Kindern tue er nichts. Wenn man ihm einen glänzenden Gegenstand zeigt,

Georg est jugé atteint d'imbécillité voire d'idiotie, et ce en raison de l'incapacité à parler autrement que « par le biais de cris » et à comprendre des paroles simples qui lui sont adressées. Malgré le stade d'arriération grave, la demande d'affectation dans une section éducative apparaît motivée là aussi par la volonté manifeste de « se nourrir seul sans se salir soi-même » et par l'absence d'agressivité vis-à-vis des autres enfants. Ainsi malgré les « soins nombreux » suggérés, le médecin se prononce tout de même pour envisager un « succès favorable » en cas de tentative éducative.

A contrario, d'autres malades, pourtant eux aussi qualifiés d' « idiots » en terme diagnostic, sont eux contraints d'avoir recours à l'aide d'autrui pour assouvir leurs besoins vitaux, et nécessitent en cela des soins particuliers qui orientent différemment leur destinée dans l'asile. On peut comprendre l'enjeu du tri à effectuer en terme de prise en charge de ceux diagnostiqués au stade le plus grave de l'arriération à travers la description que fait un visiteur du pavillon qui leur est réservé à Cernay :

Beaucoup d'entre eux [les idiots] sont des infirmes, paralysés ; ils restent immobiles dans leurs fauteuils et c'est pitié de les voir ainsi affligés en même temps d'idiotie et de souffrances physiques [...] En voici un autre qui se promène sans arrêt dans la salle ; sa marche n'est pas normale. Pour faire un pas, il pose toujours le pied gauche en avant, puis ramène le pied droit à côté ; il a les bras liés, croisés sur le dos, parce que s'il avait les mains libres, il arracherait tous les vêtements de son corps. La religieuse l'appelle, lui défait le lacet et lui croise les bras en avant. Il faut ainsi alterner les attitudes pour ne pas gêner la circulation du sang¹¹⁸.

L'inaptitude à se nourrir et à faire ses besoins seuls, qualifiés par l'auteur de « vie quasi-végétale » est donc le premier critère de classement car un tel état nécessitant des soins de tous les instants détermine l'affectation dans un autre lieu que les malades autonomes. Par ailleurs, la tâche relative à la contention effectuée par l'une des membres de la congrégation évoque un autre critère majeur que constitue l'agitation du malade. Elle est aussi un paramètre important par les dispositifs de contention qu'elle nécessite, qui ont eux aussi un effet chronophage comme on le voit ici. Enfin, la présence de symptômes liés à l'épilepsie détermine elle aussi l'affectation dans un pavillon spécifique à Bicêtre et à Cernay lors des reconstructions consécutives à la Première Guerre mondiale. A ces dispositifs d'ajoute le fait qu'à Bicêtre « dans chaque classe et chaque atelier, se trouve un

greift er zu. Aus diesem Umstande, sowie deraus, dass die Versuchen zu sprechen, aus der erworbenen Fähigkeit, allein zu essen und sich nicht zu verunreinigen, glaube ich schließen zu dürfen, das hier z.Z ein geringerer Grad von Idiotie, Imbecillität, vorliegt und dass bei vernünftiger Erziehung und großer Pflege, also in einer Anstalt, ein günstiger Erfolg nicht ausgeschlossen ist. Nach Angabe der eigenen Mutter dürfte in der Erziehung durch unangebrachte Strenge gefehlt worden sein“. Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier medical n° 5766, Attestation du médecin de l'assistance aux pauvres E. Schneider à propos de Georg B., 27 avril 1904.

¹¹⁸ A.S.C., CE 3M, Dossier 19 : « Lettres, rapports, comptes-rendus émanant d'autres personnes et concernant l'activité de l'institut », Louise Huber, « Le placement des enfants anormaux dans les trois départements recouverts », mémoire dactylographié, s.l., 1931, p. 26.

cabinet, où, sur un matelas placé dans une caisse aux bords élevés, sont placés les malheureux que l'accès d'épilepsie vient surprendre dans leur travail »¹¹⁹. A Dalldorf par contre, il n'y a pas de pavillon prévu pour les épileptiques : ceux-ci sortent et sont affectés spécifiquement à l'asile de Wuhlgarten dès son ouverture en 1894. Au final, les cas les plus graves d'arriération « demandent pour arriver à la délivrance de la mort un dévouement de tous les instants et une somme de sacrifices devant lesquels la plupart des hommes reculeraient épouvantés »¹²⁰. L'emphase de cette remarque teintée de piété doloriste ne saurait cacher la réalité d'une prise en charge qui est donc très lourde pour les cas cumulant retard mental et paralysie physique, qui nécessite donc un tri préalable.

Enfin, à l'impératif de trier entre ceux qui pourront profiter d'une éducation et ceux que l'infirmité destine à une prise en charge de tous les instants, s'ajoute la nécessité de limiter tout trouble inutile en séparant par exemple les agités des malades calmes, comme c'est le cas dans la plupart des asiles classiques, et ce dans une optique tout à fait pragmatique de gestion de la population asilaire. Le diagnostic du médecin peut aboutir à un tri destiné à sortir le malade de l'établissement à vocation éducative. Cela implique de changer le malade de section à Bicêtre ou Dalldorf, voire même de lieu comme à Cernay. En effet, l'institut Saint-André est destiné aux arriérés sans être accolé ou rattaché à un asile. De ce fait, des malades devenant dangereux font l'objet d'une nouvelle certification de leur pathologie destinée à entraîner leur transfert dans un autre établissement:

Je soussigné, Dr R. Stoeber, médecin-chef de l'institut médico-pédagogique Saint-André, certifie par la présente que le nommé B. Antoine, né le 8 décembre 1918 à Wissembourg admis à l'IMP le 15 octobre 1926 est atteint d'imbécillité avec violence, tendance aux fugues [...] Il s'est évadé à plusieurs reprises déjà et menace constamment de se sauver à nouveau ou de faire un mauvais coup pour pouvoir quitter l'établissement. A une fois tenté d'étrangler une sœur. Dans le dernier temps, a plusieurs fois déchiré sa literie, ses vêtements, éparpillé les plumes de son édredon, souillé sa chambre avec ses excréments. Masturbateur invétéré et incorrigible, qui exerce son vice sans aucune pudeur, devant n'importe qui et est sous ce rapport particulièrement dangereux, parce qu'il essaye d'entraîner ses camarades à des masturbations collectives. Pour ces motifs je déclare que B. ne peut plus être gardé à l'IMP et qu'il est nécessaire de le faire interner dans un asile d'aliénés, étant dangereux pour lui-même et pour son entourage¹²¹.

¹¹⁹ Archives A.P.H.P., Bicêtre, 646 FOSS 49, Jean Khiry, « Une visite à Bicêtre », *La petite R.F.*, 8 août 1887.

¹²⁰ A.S.C., CE 3M1, Dossier 19 : « Lettres, Rapports comptes-rendus émanant d'autres personnes et concernant l'activité de l'institut », Article « La charité en action à Saint-André. Les Sœurs de la Croix, 100 ans au service de la misère », signé F.W., s.l., 1948.

¹²¹ Archives Cernay, 7M1 (dossiers personnels des malades), Carton 1937, lettres A-N, Certificat médical du Dr Stoeber au sujet du patient Antoine B., Cernay, le 7 octobre 1936.

Antoine B., pris en charge dans la partie IMP, représente pourtant un danger pour ses camarades mais aussi le personnel soignant qu'il a déjà « tenté d'étrangler ». Il engendre de surcroît un excès de travail en raison des dégâts qu'il occasionne sur le mobilier. Ainsi la violence et la tendance aux fugues sont des paramètres entrant dans une logique certes institutionnelle, mais qui apparaît aussi importante pour les décisions éducatives que le diagnostic en lui-même qui a peu de poids par rapport au comportement et à l'aptitude du patient à se conformer à une certaine discipline institutionnelle. Sur ce point, Michel Foucault a montré l'importance de la dimension spatiale dans le système asilaire notamment¹²². Cette problématique reste centrale dans la manière de comprendre l'organisation d'une institution psychiatrique et du discours véhiculé par la dénomination des bâtiments, qui sont désignés en fonction du comportement des malades — agités ou calmes — et non du diagnostic qui est posé à leur égard¹²³. C'est aussi sur des arguments d'ordre pratique que les médecins peuvent demander la sortie d'un malade de l'établissement, comme par exemple Albert W. qui souffre de « crises d'agitation motrice violentes » et qu'il s'est notamment infligé des « automutilations au cours d'un accès de fureur ». On le retire finalement de Saint-André en 1927 au motif qu'« il [...] est impossible de garder ce garçon, parce que [l'établissement n'a] pas les installations requises pour soigner de pareils malades » qui « doit plutôt être placé dans un asile d'aliénés »¹²⁴. Cet exemple montre ici à quel point le comportement détermine le « type » de malade, et donc le diagnostic. A ce titre, ce paramètre ne peut être détaché de son application tout à fait pratique : assigner un bâtiment, un espace à chaque malade. L'espace est en effet instrument de classification en soi. Comme le relève Benoît Majerus, les frontières se font en fonction des sexes, mais aussi du « degré d'évidence de la maladie mentale » et de la dangerosité attribuée au patient¹²⁵. Cela revient à relever la fonction également disciplinaire de la classification : dans une optique institutionnel, le diagnostic « crée de l'ordre dans un chaos apparent »¹²⁶.

c) Un progressif durcissement des enjeux pronostics du classement

Des différences existent ainsi entre les établissements quant aux critères de classement des malades dans la pratique, eux-mêmes différents de la nosographie que l'on trouve dans les sources secondaires de nature médicale. Il convient de les rappeler ici pour en comprendre les enjeux. A

¹²² Michel FOUCAULT, *Surveiller et punir : naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1974.

¹²³ James E. MORAN, Leslie Elizabeth TOPP et Jonathan ANDREWS (dir.), *Madness, Architecture and the Built Environment : Psychiatric Spaces in Historical Context*, Londres, Routledge, 2007.

¹²⁴ Archives Cernay, 7M1 (dossiers personnels des malades), Carton 1927, lettres S-Z, Lettre d'Albert Eberhart au préfet du Bas-Rhin, Cernay, le 27 octobre 1927.

¹²⁵ B. MAJERUS, *op. cit.*, p. 52.

¹²⁶ *Ibid.*, p. 52.

Bicêtre, si le principe de répartition pavillonnaire existe aussi, la dénomination est quelque peu différente : on parle de « section des adultes » — qui est appelée la 5e division, 3^e section — dans laquelle sont en fait transférés non seulement les arriérés passés à l'âge « adulte »¹²⁷, mais aussi ceux qui n'ont plus leur place dans la section des « idiots », soit parce qu'ils n'effectuent aucun progrès à l'école, soit parce qu'ils deviennent violents et ainsi dangereux pour leurs petits camarades. Toujours dans le service de Bourneville et ce dès la fondation, un pavillon spécifique est dédié aux « gâteux », mais qui ne sont pas qualifiés du terme d'incurables¹²⁸. Le bâtiment des épileptiques existe également à Bicêtre et Cernay, tandis qu'à Dalldorf cette catégorie est orientée vers l'asile de Wuhlgarten après sa construction. A Berlin, il n'existe pas non plus de « section des adultes », mais des « infirmes » (*Siechen*)¹²⁹, où sont pris notamment en charge les idiots gâteux, mêlés aux incurables des pavillons 9 et 10, comme on peut l'observer sur le plan en annexe. On constate la même organisation à Cernay après les reconstructions de la fin des années 1910 : la distinction essentielle illustrée architecturalement, outre la division entre sexes, est la division entre « pavillon des incurables » et l'institut médico-pédagogique — dont l'appellation est explicitement reprise du service de Bourneville — réservé aux « éducatibles »¹³⁰.

On ne peut que constater avec le temps le durcissement de la distinction entre « incurables » et « éducatibles », qui tend à se superposer à celle d'« infirmes » et « éducatibles » qui était basée sur un critère fonctionnel, à savoir la paralysie et le fait d'avoir besoin d'une prise en charge spécifique centrée sur des soins infirmiers. Ce glissement peut être analysé à la lumière du terme de pronostic, qui implique l'idée d'un diagnostic futur. En effet, dans le cas des établissements ou sections pour arriérés, il apparaît que la disposition pavillonnaire témoigne d'une autre finalité pratique qui revient souvent à choisir entre la section des « éducatibles » (*bildungsfähig*) où les enfants et adolescents sont alors scolarisés puis apprennent un métier, et la section ou pavillon des « incurables » (*unheilbar*), où

¹²⁷ Intéressante différence entre la conception de l'âge biologique et de l'âge mental (on peut en parler avant même que Binet et Simon se saisissent de la notion) : à Cernay, les malades restent toujours des enfants, comme on l'a esquissé dans le chapitre 2. Simplement, certains ne sont plus curables. Les sources (écrits des Soeurs de la Croix, correspondances...) en parlent toujours d'une manière enfantine. Ils sont les petits protégés des Soeurs et leur pathologie (et par là leur âge mental correspondant à celui d'un enfant) semble les figer pour toujours dans le statut d'enfant. A Bicêtre, à l'inverse, l'incurabilité ne les fige pas dans le statut d'enfant, mais d'adulte. C'est à ce moment là, alors que leur âge mental n'a précisément pas crû mais leur âge biologique oui, que s'ouvrent pour eux le pavillon des adultes. C'est donc à Bicêtre l'âge biologique qui l'emporte sur les représentations enfantines portées par l'âge mental, contrairement à Cernay. A Berlin, il n'y a pas non plus de pavillon des adultes : le pavillon 10 est celui des incurables/grabataires.

¹²⁸ Voir la sous-partie suivante consacrée aux tentatives éducatives menées sur les enfants, et la rééducation sensorielle spécifique consacrée par Bourneville aux enfants gâteux qui ne maîtrisent pas leurs sphincters.

¹²⁹ Voir le plan en annexe: *sieche Irre Männer* (Haus 10) et *sieche irre Frauen* (Haus 9).

¹³⁰ Organisation qu'on retrouve aussi pour l'établissement de Vitry-sur-Seine ouvert en 1893 sous la houlette de Bourneville.

sont placés ceux pour lesquels le pronostic d'amélioration est défavorable¹³¹. Ainsi, à l'espace conçu comme instrument de classification s'ajoute l'espace pensé comme instrument de guérison. D'une manière performative, les appellations des bâtiments formulent explicitement le pronostic posé pour chaque patient. Cette répartition pavillonnaire résulte le plus souvent du diagnostic qui est établi dans les premiers jours de l'internement de l'enfant ou de l'adolescent. L'entrée de l'individu dans l'établissement est soumise à condition et à ce titre une période d'observation est prévue dans tous les établissements. Elle donne parfois lieu à l'établissement d'un second rapport du médecin-chef ayant pour but de confirmer le diagnostic et attester du maintien dans la section, comme c'est le cas à Bicêtre où est établi un « certificat de quinzaine » après les deux premières semaines d'internement dans le service des idiots. Ce certificat vient confirmer ou infirmer « l'immédiat » qui est l'appellation réservée au premier diagnostic posé à l'arrivée du patient. Par exemple, le certificat de quinzaine concernant Louis R., admis le 25 mars 1903, signale qu'il « est atteint d'arriération intellectuelle, à maintenir, susceptible d'amélioration » et est signé de l'initiale de Bourneville. Il vient confirmer l'immédiat rédigé le jour de l'admission, dont la formulation était plus prudente : « paraît atteint d'un certain degré d'arriération mentale, déformation dentaire. N'a pas eu de crise depuis son entrée ». Souvent, l'immédiat est rédigé par un interne du service — dans ce cas précis, le Dr Nageotte, qui deviendra chef du service après la mort de Bourneville — tandis que le certificat de quinzaine est la plupart du temps établi par le médecin-chef.

L'enjeu est similaire à Cernay ou Dalldorf : créer une section spécifique réservées aux personnes présentant un retard intellectuel, il s'agit de procéder à un tri rapide destiné à classer les enfants en évaluant leurs aptitudes peu de temps après leur arrivée. A cette fin, l'institut Saint-André met en place un « poste de triage » après la Première Guerre mondiale dans ce but :

Il existe à notre infirmerie pour chaque sexe un poste de triage où sont logés les enfants qui nous arrivent. Tout d'abord ce poste nous permet d'empêcher l'invasion de maladies contagieuses et ensuite d'observer les capacités intellectuelles, le degré d'éducabilité et de sociabilité de chaque enfant pendant un certain temps. Les enfants reconnus non éducatibles passent d'emblée à la section d'idiots correspondant à leur âge et à leur degré d'idiotie. Les enfants éducatibles passent au deuxième poste de triage qui est représenté par notre classe préparatoire¹³².

Georges Heuyer utilise dans sa thèse la même partition pour classer les arriérés en deux groupes : d'un côté les inéducables, qui sont les idiots et partie les imbéciles, d'un autre les

¹³¹ Voir le chapitre 1 pour la configuration de ces sections dans l'asile, et le chapitre 5 pour la question du travail des arriérés dans l'asile et en *Familienpflege*. Voir aussi le tableau comparatif entre les services de Bicêtre et Dalldorf présenté en annexe.

¹³² A.S.C., CE-7M, Dossier « Education », Mémoire des Docteurs Stoeber et Lutringer à la Préfecture du Haut-Rhin, Cernay, janvier 1927.

éducables¹³³. L'adjectif *erziehungsunfähig* ou *bildungsfähig* est constamment évoqué dans les sources berlinoises, et correspond bien à ce qu'on entend par « éduicable » dans les sources françaises. Le groupe des *bildungsfähig* est subdivisé entre ceux qui ne peuvent apprendre qu'un travail manuel (*beschäftigungsfähig*), c'est-à-dire la majorité des imbéciles et une partie des débiles¹³⁴, et les enfants susceptibles d'instruction (*bildungsfähig*), uniquement des débiles ou « faibles d'esprit » (*geistesschwach*). Ce sont donc sensiblement les mêmes critères pronostics qui organisent la répartition des enfants dans chacun des établissements avant le milieu des années 1920.

Ainsi le classement de l'arriéré a un enjeu double, qui relève à la fois du constat de l'état présent et de la projection vers une évolution possible de cet état. Selon le Dr Heuyer, il s'agit d'étudier non seulement l'état actuel de l'enfant, mais aussi de « se préoccuper de son passé et de son avenir : de son passé, parce que ses antécédents héréditaires et personnels nous éclairent sur l'étiologie ; de l'avenir, parce que la solution à chercher est celle de l'adaptabilité sociale et des mesures à prendre pour y atteindre »¹³⁵. On peut donc parler d'un élargissement constant de cette fenêtre réservée à la médecine, aussi bien vers le passé avec théorie de la dégénérescence qu'en direction du futur — avec la montée de l'idée d'incurabilité et les prolongements que cette tendance connaît dans la psychiatrie française et allemande avec la problématique de la surpopulation asilaire, et spécifiquement en Allemagne dans l'hygiène raciale, où la certitude d'un pronostic négatif pour les arriérés conduit à leur stérilisation forcée en tant que malades incurables, comme on le verra dans les deux derniers chapitres.

On peut donc remarquer que la disposition pavillonnaire de chacun des établissements, si elle a des fondements organisationnels et hygiénistes¹³⁶, inscrit le pronostic dans l'espace asilaire¹³⁷, ce qui implique une responsabilité lourde de l'aliénisme dans l'avenir des arriérés pris en charge¹³⁸, car

¹³³ G. HEUYER, *op. cit.*, p. 32.

¹³⁴ Ceux qui se situent entre les *Beschäftigungsfähigen* et les *Bildungsfähigen* sont nommés *schwerbegabt*, c'est-à-dire ceux qui s'appliquent dans le programme scolaire, sans être assez doués pour être instruits.

¹³⁵ G. HEUYER, *op. cit.*, p. 34.

¹³⁶ Voir Catherine FUSSINGER et Deodat TEVAEARAI, *Lieux de folie, monuments de raison : architecture et psychiatrie en Suisse romande, 1830-1930*, Lausanne, Presses polytechniques et universitaires romandes, 1998.

¹³⁷ Même si Heuyer lui-même mettait déjà en avant les limites de cette approche en terme de pronostic. Toutefois, au début du siècle, certains travaux de pédopsychiatrie montrent déjà que le pronostic d'éducabilité était insuffisant à définir un niveau d'arriération. Selon G. Heuyer, « les progrès pédagogiques seuls ne peuvent servir à la classification des anormaux : la notion de l'éducabilité est incomplète et parcellaire si elle ne se confond pas avec l'adaptation sociale. Le but de toute éducation est d'adapter l'enfant au milieu dans lequel il doit vivre et il est impossible, dans la notion d'adaptation, de séparer l'un de l'autre les deux éléments qui la constituent. Le critérium d'une éducabilité pédagogique est insuffisant si on n'y ajoute pas l'élément nécessaire de la non nocivité ». Pour le psychiatre, les débiles simples peuvent être « recueillis, adaptés, dressés et même « retrouver un équilibre compromis ». G. HEUYER, *op. cit.*, p. 33.

¹³⁸ Dans leur mémorandum, les Dr Lutringer et Stoeber se déclarent « émus de l'espoir et de la confiance touchante, avec laquelle ceux-ci nous remettent leurs enfants, et nous sentons le poids de la responsabilité morale que nous prenons en leur promettant de faire de notre mieux pour améliorer l'état de ceux qu'ils nous confient » A.S.C., CE 2M, Dossier 18 :

Si cette identité, cette « étiquette » qu'on lui appose, peut aider le patient, elle peut aussi lui nuire. Elle l'aide en lui permettant de bénéficier d'une aide sociale [...] ; en le dégageant de ses responsabilités familiales et sociales ; et en lui donnant accès à une thérapie adaptée à son cas¹³⁹.

Le terme d'incurable à l'opposé exprime le « regard négatif que la société porte sur les dangers qu'il pose à autrui », mais aussi les chances d'amélioration postulées par le corps médical dans un contexte institutionnel¹⁴⁰. Le fait que n'existe pas dans le service des « idiots de Bicêtre » de pavillon des incurables est à cet égard édifiant sur les postulats de Bourneville qui refuse une approche déterministe quant aux malades dont il s'occupe. On peut toutefois nuancer la question de l'évolution vers un pessimisme de plus en plus marqué dans le regard médical sur la curabilité de l'arriération en élargissant la fenêtre temporelle. Au début du XIX^e siècle, l'aliéniste Philippe Pinel emploie une métaphore parlante à propos des arriérés, déclarant que « l'homme en démence est privé des biens dont il jouissait autrefois : c'est un riche devenu pauvre », tandis que « l'idiot a toujours été dans l'infortune et la misère ». Contrairement à la folie qui surgit elle à un âge précis de la vie, le caractère inné de l'arriération entraîne *de facto* son incurabilité. Structurellement, le pronostic de l'arriération est sombre, ce qui n'est visible qu'en adoptant une certaine distance critique par rapport au biais des écrits de quelques aliénistes philanthropes.

On a pu le voir très nettement, les critères entrant en compte dans la certification médicale de l'arriération changent très peu entre la fin du XIX^e et le début des années 1920. Beaucoup d'éléments scolaires viennent trouver une place nouvelle dans les éléments relevés par les médecins et aliénistes avant 1900, mais sont donc déjà présents au début de notre période qui se caractérise donc par une relative stabilité de l'évaluation de l'arriération à travers l'examen mental et physique. C'est en revanche sur le plan de la morale que se situe la principale évolution selon nous. En effet, la dernière décennie du XIX^e siècle voit la multiplication de références explicites à une arriération justifiée par des éléments relevant de défauts liés non à la cognition, mais aux mœurs. Le regard médical évolue alors dans des directions contradictoires. D'une part, la pratique des aliénistes est marquée par une recherche de toujours plus de scientificité et d'objectivité dans la certification de l'arriération. Mais dans le même temps, les descriptions et certifications de l'arriération évaluent de manière croissante l'adéquation à des normes morales. Y déroger constitue de plus en plus un motif de suspicion qui est associé à l'arriération, et ce à plus forte raison que les autres pathologies relevant

« Documentation générale relative à l'activité de l'institut », Mémoire des médecins de Saint-André concernant le développement médico-pédagogique de l'institut, Cernay, le 24 novembre 1929.

¹³⁹ Article « Diagnostic », in T. BOURGEOIS, *op. cit.*, p. 328.

¹⁴⁰ *Ibid.*

de la nosographie aliéniste ne peuvent être appliquée à l'enfant. Tout enfant déviant est considéré par défaut enfant arriéré, comme on va le montrer à partir de la catégorie de « l'imbécile moral ». Mais commençons au préalable par un aspect de la revendication scientifique qui est celle des aliénistes autour de 1900 qu'on étudiera à partir de l'objectivation de l'arriération tentée par Bourneville grâce à l'utilisation de la photographie.

B. Sous l'œil du médecin : trouver la part « visible » de l'arriération (fin du XIX^e siècle – années 1910)

La fin du XIX^e siècle voit un changement majeur dans le regard médical porté sur l'arriéré. Certes, les critères diagnostics restent globalement les mêmes, témoignant ainsi de l'absence d'évolution quant aux connaissances concernant l'arriération jusqu'au début du XX^e siècle. Pourtant à charnière des deux siècles, certains médecins s'érigent en véritables experts de la déficience mentale. Jusqu'à cette période, articles et traités en parlent « en creux », et la catégorie des « idiots » semble définie comme un effectif restant pour lequel on ne propose ni traitement, ni solution. Partout, la pathologie est associée par définition à l'idée de mal congénital et renforce en cela le désintérêt des aliénistes qui restent pour la grande majorité convaincus de son incurabilité, et par suite de l'inutilité de toute tentative autre que le simple maintien en vie. En Allemagne, le retard mental est aussi volontiers rattaché à la sphère du pédagogique plutôt qu'au domaine médical *strico sensu*. Certes, des débats sur quelques questions ponctuelles liées à l'arriération existent depuis le XVI^e siècle, comme par exemple les discussions sur l'étiologie du crétinisme. Son origine thyroïdienne est identifiée la fin du XIX^e siècle seulement, peu après celle du syndrome de Downs en 1866¹⁴¹. En dehors de ces maigres découvertes, les progrès restent rares quant à la compréhension de l'arriération, tant sur le plan étiologique que thérapeutique. La pathologie, réputée incurable, est loin de susciter l'enthousiasme des médecins, à l'image de Paul Sollier qui déclare en 1890 à propos des idiots qu'« à la vérité, ils sont peu intéressants »¹⁴². De manière plus générale, toute l'histoire de la psychiatrie du XIX^e et du premier XX^e siècle est tournée vers une lutte pour attester de la valeur de la pratique aliéniste et des effets avérés que la science médicale peut avoir sur les patients. Comme le note Benoît Majerus,

Les psychiatres sont engagés tout au long du XX^e siècle dans une course pour la reconnaissance par leurs confrères du caractère médical et de la scientificité de leur profession. Pendant longtemps cet effort semble vain : l'hétérogénéité de la maladie, l'absence de traitements clairement définis, la difficulté de mesurer les résultats des thérapies...ne sont que quelques uns des obstacles¹⁴³.

¹⁴¹ David WRIGHT, *Downs : The History of a Disability*, Oxford, Oxford University Press, 2014.

¹⁴² P. SOLLIER, *op. cit.*, p. 142.

¹⁴³ B. MAJERUS, *op. cit.*, p. 187.

Le changement qui s'opère quant à l'intérêt accordé par la science médicale à l'arriération est significatif. Dès l'entre-deux-guerres, les arriérés deviennent l'objet d'un savoir psychiatrique spécifique. La part de l'organique devient plus grande grâce aux approches offertes par de nouvelles disciplines telles que la génétique ou la biochimie comme on le verra dans le chapitre 6. Ici, c'est en quelque sorte le prélude de cette tentative d'objectivation de l'arriération qu'on tentera de mettre en évidence à travers la question des « stigmates de dégénérescence » et plus largement de l'aspect « visible » pouvant être convoqué pour identifier le retard mental. A un moment où la théorie de la dégénérescence est déjà ancrée dans la conception de la santé mentale, l'aspect héréditaire des pathologies mentales représente peu à peu une préoccupation grandissante pour la science psychiatrique, et la prophylaxie en général. Dans ce contexte, l'attention des aliénistes se tourne de manière impérieuse vers la recherche de signes cliniques permettant de repérer des éléments associés à la définition du « dégénéré ». Par là, l'idiotie devient objet de préoccupation car elle est tout à la fois le symptôme parlant et la preuve paroxystique d'un mal non plus seulement individuel, mais d'une pathologie qui touche la Nation entière. Ainsi, la nécessité du repérage des « lignées de dégénérescence » tourne l'intérêt de l'aliénisme sur les patients les moins intéressants d'un point de vue curatif, mais qui représentent soudain un maillon essentiel d'un point de vue prophylactique. Le regard nouveau des médecins face aux stades les plus graves de l'arriération ne peut en effet se comprendre que dans l'optique de la prévention d'une pathologie interprétée comme une épidémie grave, soit la propagation de la dégénérescence dans l'ensemble de la population. Par là, l'aliénisme trouve son enjeu curatif : il faut dépister l'arriéré pour éviter l'affaiblissement global. On va illustrer ici en quoi cet enjeu se traite à la fin du XIX^e siècle sur un mode visuel. C'est le stigmaté, le signe visible de l'arriération qui est dans un premier temps traqué et exprimé de manière récurrente dans les descriptions des malades présents dans les établissements de l'époque¹⁴⁴.

Cet intérêt pour le corps de l'arriéré comme « terrain » de recherche n'est pas une spécificité propre au service des idiots de Bicêtre. A Berlin aussi, Hermann Piper utilise son service comme une sorte de laboratoire lui donnant accès à de nombreux objets de recherches qui sont traités dans ses nombreuses publications, souvent en lien avec aliénistes d'ailleurs. Ainsi l'*Idiotenanstalt* comme le service de Bicêtre peuvent être considérés comme des instruments d'observation sur un plan

¹⁴⁴ L'étape suivante étant le moment où de toute manière, on ne croit plus au visuel, puisque celui-ci peut tromper, et où c'est le test organique (urinaire, sanguin) et la science génétique qui sont vus comme les véritables moyens d'identifier avec la génétique psychiatrique sur laquelle s'appuie fortement l'hygiène raciale nazie, et du côté français les travaux sur la phénylcétonurie à Cernay, ce qu'on abordera dans le dernier chapitre.

scientifique¹⁴⁵. On examinera à ce titre deux études menées à Berlin et Cernay dans la suite de ce travail : l'une concernant les malades du service berlinois au début des années 1930 dans le chapitre 4 et mobilisant l'outil statistique. L'autre menée grâce aux malades haut-rhinois dans le chapitre 6 et mettant en œuvre une approche novatrice de génétique psychiatrique. Ici, il sera seulement question des malades de Bicêtre et de l'approche visuelle de la déficience mentale développée par le Dr Bourneville au moment où il est médecin-chef du service, soit jusqu'en 1905 où il prend sa retraite. Une telle orientation est ici guidée avant tout par les sources, Bicêtre étant le seul établissement où nous avons retrouvé un fonds iconographique important créé à des fins de recherche médicale. A Berlin et Cernay, des clichés ont été pris, mais pas dans un but explicitement étiologique, question qui guide cette partie consacrée au regard médical avant le début du XX^e siècle et l'invention d'autres outils — statistiques ou génétiques — qui vont ensuite modifier la façon de comprendre et d'étudier les causes et les manifestations de l'arriération.

1. Photographie et nososcopie du retard mental : l'arriéré face à la « rétine de la science » (vers 1900)

Dans les institutions prenant en charge des malades mentaux, on a vu dans la première partie du chapitre que l'élaboration du diagnostic consiste principalement à recueillir et compiler des informations et indices permettant de classer le malade dans une catégorie de l'arriération, c'est-à-dire évaluer son niveau plus ou moins élevé de retard mental. Par la procédure classique du diagnostic,

Les médecins rassemblaient des informations symptomatiques en observant les patients, leur position, leur mobilité, leurs expressions, etc ainsi qu'en les écoutant exprimer ce qu'ils ressentaient de la maladie et ce qui se passait quand elle se manifestait à eux¹⁴⁶.

Dans l'aliénisme, le diagnostic représente donc un aspect fortement statique et d'utilité institutionnelle : il faut « consoler et classer », c'est-à-dire à la fois soigner l'esprit mais également affecter une place dans l'asile, comme on a pu le voir¹⁴⁷. Pourtant, la médecine mentale évolue dans le dernier tiers du XIX^e siècle : à l'instar d'autres spécialités, elle s'approprie la photographie comme

¹⁴⁵ Ainsi Hermann Piper collabore avec de nombreux médecins, intégrant totalement l'optique médicale à son action pédagogique, comme on l'a déjà souligné dans le chapitre 1. Voir Gerhardt NISSEN, „Hermann Piper - Promotor einer Kinderspsychiatrisch orientierten Heilpädagogik“, *Zeitschrift für Jugendpsychiatrie*, Bd. VII, 1969, p. 11-15.

¹⁴⁶ Stanley J. REISER, Article « diagnostic », in D. LECOURT (dir.), *op. cit.*, p. 330.

¹⁴⁷ D'après l'expression de Jan Ellen GOLDSTEIN, *Consoler et classer: l'essor de la psychiatrie française*, Le Plessis-Robinson, Synthélabo, 1997.

nouvel outil d'objectivation pathologique¹⁴⁸. La standardisation des photographies — par la fixation d'une distance constante au patient par exemple — représente l'une des conditions de possibilité de la comparaison des photos entre elles. La plaque photographique devient ainsi « rétine de la science » selon l'expression de l'historien du handicap Markus Dederich, et constitue pour les arriérés un nouveau mode d'objectivation nosographique au sein du service de Bicêtre. L'étude des supports visuels mis à profit dans le domaine de l'aliénisme est récente¹⁴⁹. En lien avec notre sujet, l'histoire visuelle dans le domaine de la médecine a montré que la psychiatrie et la neurologie figurent parmi les spécialités ayant utilisé le plus précocément l'outil pictural, qu'il s'agisse de photographie ou des films à but institutionnel, par exemple à la Salpêtrière au début du XX^e siècle afin de mettre en scène les affections neurologiques qui touchent les patients hospitalisés. L'objet de cette partie est précisément d'aborder en quoi l'image a été un outil approprié pour objectiver des signes visibles des pathologies affectant les malades. Il faut remarquer au préalable que notre corpus ne nous a pas offert la possibilité de traiter cette question sur le versant allemand, même si l'on sait que les aliénistes y ont mis à profit les prises de vue sensiblement au même moment¹⁵⁰.

a) La plaque photographique, un outil d'objectivation des types d'arriération à but argumentatif :

Le service des idiots de Bicêtre s'insère pleinement ce mouvement par lequel l'aliénisme met à sa disposition des outils aptes à rendre visible des éléments concrets dont la représentation doit mettre relief le caractère pathologique, et ainsi élargir la compréhension de l'arriération. A l'instar de ce qui se passe à l'asile de la Salpêtrière après 1870, la représentation photographique acquiert dans

¹⁴⁸ Outre le cas de l'aliénisme, la photographie acquiert en effet un rôle important en médecine dès les années 1870 notamment dans le domaine de la bactériologie grâce à son utilisation par l'Allemand Robert Koch. La fin du siècle voit de plus la découverte des rayons X par le physicien allemand Wilhelm Röntgen en 1895.

¹⁴⁹ On parle à ce titre de *pictorial turn* pour désigner l'amorce de l'utilisation de divers supports visuels comme objets de l'histoire médicale. Pour une étude classique sur l'utilisation de l'image en histoire médicale, voir Lisa CARTWRIGHT, *Screening the body. Tracing medicine's visual culture*, Minneapolis, University of Minnesota Press, 1995. Pour deux travaux consacrés à l'image du corps déficient à travers le support des films médicaux, voir Martin PERNICK, *The Black Stork : Eugenics and the Death of 'Defective' Babies in American Medicine and Motion Pictures since 1915*, New York/Oxford, Oxford University Press, 1996 ; Christian BONAÏ et Vincent LOWY, « D'*Erbkrank* (1934-36) à *Opfer der Vergangenheit* (1937) : les représentations du handicap mental dans le cinéma de propagande nazi », in C. MEYER, *Normes et normalisation du travail*, Annecy, GEPSO, 2010, p. 35-49.

¹⁵⁰ « Paul Schuster organise en 1897 à Berlin une première 'présentation de mouvements pathologiques à l'aide du cinématographe avec une explication de ceux-ci' et Emil Kraepelin à Munich, Otfried Foerster à Breslau, Alexandre Westphal et Hans Hennes à Bonn poursuivent cette initiative ». Pour davantage de détails sur la diffusion de l'utilisation du film à des fins documentaires dans la psychiatrie du début du XX^e siècle, voir Maïke ROTZOLL et Christian BONAÏ, « Psychopathologie en mouvement. Histoire des films psychiatriques à Strasbourg et Heidelberg », in C. BONAÏ (*et alii*), *Le pré-programme : film d'enseignement/film utilitaire/film de propagande/film inédit dans les cinémas et archives de l'interrégion du Rhin supérieur 1900-1970. Une étude comparée franco-allemande*, Strasbourg, Editions A25 RhinFilm, 2015.

le service de Bourneville le statut d'« organe de la perception » (*Wahrnehmungsorgan*)¹⁵¹. L'aliéniste a en effet une grande expérience dans ce domaine, puisque c'est lui qui est chargé par Charcot de photographier les épileptiques et les hystériques pris en charge à la Salpêtrière¹⁵². C'est à ce moment que se forge l'intérêt pour la photographie dans le travail de l'aliéniste, pour lequel elle est « LA preuve des preuves »¹⁵³. Après quelques tâtonnements et aidé par son interne Paul Régnaud, le médecin-chef publie entre 1876 et 1880 les trois tomes de *l'Iconographie photographique de la Salpêtrière*¹⁵⁴, dans lesquels on retrouve les fameux clichés figeant dans leur crises certaines des femmes hospitalisées dans l'asile. Après son départ de la Salpêtrière et l'interruption de l'édition de *l'Iconographie*, le médecin continue son œuvre à Bicêtre dans son nouveau service, et ce dans une démarche double d'objectivation de la maladie et de légitimation des progrès accomplis dans son service.

On l'a déjà mentionné, les évolutions en terme de technique de diagnostic sont pratiquement nulles dans le domaine de l'arriération jusqu'à l'entre-deux-guerres. La démarche de Bourneville a un but semblable à celle effectuée pour l'hystérie. Elle relève d'une logique d'identification d'une maladie mentale qui se manifesterait visuellement. A la Salpêtrière, les photographies avaient un but nosologique par le biais de la mise en évidence de l'étrangeté d'une expression ou d'une posture caractéristique. De la même façon, la recherche d'un faciès ou d'une lésion exprimant la spécificité d'un type d'arriération doit être illustrée et fixée par les photographies, afin de constituer une documentation « exacte » permettant de fixer sur la pellicule un résumé pathologique de chaque cas d'arriération. Comme on peut l'observer sur les documents mis en annexe, les malades photographiés sont identifiés sur le bas du cliché par la catégorie ou le type d'arriération qu'ils présentent, et pour lesquels le cliché doit servir à reconnaître les symptômes ou lésions caractéristiques. Ainsi, les « types mongoliens » — c'est-à-dire ceux qu'on appellerait aujourd'hui

¹⁵¹ Dans la seconde moitié du XIX^e siècle, plusieurs aliénistes se lancent dans une entreprise de catalogue photographique des pathologies mentales. En 1863, l'aliéniste Legrand du Saulle envisage le premier la constitution de séries photographiques systématiques. Il envisage de prendre « le portrait de chaque malade curable à son entrée dans l'asile, puis, à diverses époques de son affection mentale ». Les photographies en question devront toutefois être brûlées en présence de la famille en cas de guérison du patient. Cité par Monique SICARD, *À corps et à raison: photographies médicales 1840-1920*, Paris, Marval, 1995, p. 18. Voir aussi Monique SICARD, *La fabrique du regard: images de science et appareils de vision (XV^e-XX^e siècle)*, Paris, Éd. O. Jacob, 1998.

¹⁵² Qui lui-même emprunte l'idée à Henri Dagoget, inspiré par les planches photographiques de Darwin sur l'expression des émotions. Voir Henri DAGONET, Jules DAGONET et G. DUHAMEL, *Traité des maladies mentales : ouvrage contenant 42 photographies en couleur et une carte des asiles d'aliénés*, Paris, J.-B. Baillière, 1894. Voir la thèse de Stéphanie DUPOUY, « Le visage au scalpel: l'expression faciale dans l'oeil des savants (1750-1880) », Thèse, Paris, 2007.

¹⁵³ Philippe GALANOPOULOS, « Le Dr Bourneville, l'hystérie et l'anticléricalisme au début de la Troisième République: un médecin à l'assaut des superstitions et des croyances religieuses », Thèse, Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, 2005.

¹⁵⁴ Désiré Magloire BOURNEVILLE et Paul REGNAUD, *Iconographie photographique de la Salpêtrière (service de M. Charcot)*, Paris, Le Progrès médical, 1876.

les malades trisomiques — sont regroupés ensemble et photographiés devant le bâtiment réservé au service des « idiots de Bicêtre ». Ces photographies prises par Bourneville en 1903 ont pour vocation de rendre visible des détails anthropologiques considérés comme caractéristiques. Ce type précis d'arriération est baptisé du terme de « mongole » par le médecin britannique John Langton Downs en 1866 précisément par analogie avec les caractéristiques ethniques associés par l'anthropologie au peuple mongol¹⁵⁵ :

Un très grand nombre d'idiots congénitaux sont typiquement mongols [...] Les cheveux ne sont pas noirs, comme chez les vrais Mongols, mais de couleur brune, raides et étriqués. La face est plate et large, et dénuée de proéminence. Les joues sont rondes et élargies latéralement. Les yeux sont placés en oblique [...] Les lèvres sont larges et épaisses avec des fissures transversales. La langue est longue, épaisse, et râpeuse. Le nez est petit. La peau a une teinte légèrement jaunâtre, déficiente en élasticité, donnant l'apparence d'être trop large pour le corps.

On retrouve dans cette description le soin du détail anatomique qui doit résumer un type racial. La notion de « type » est entendue à la fin du XIX^e siècle comme « un ensemble de caractères se répétant sur un grand nombre de sujets, ce qui laisse supposer un certain lien, une communauté quelconque de sang »¹⁵⁶. Par l'entremise de la théorie de la dégénérescence, cette notion ethnologique sert aussi à qualifier une catégorie spécifique d'arriération, dont la plaque photographique doit révéler l'essence. En effet, cette mise à profit de la photographie dans l'identification de l'arriération se fait d'une manière semblable à la façon dont l'anthropologie a utilisé ce nouvel outil dans la seconde moitié du XIX^e siècle afin de mobiliser une « approche physique de l'Autre »¹⁵⁷. Ce *medium* sert précisément à l'anthropologie à revendiquer sa scientificité, et intéresse particulièrement les anatomistes comme Paul Broca qui entendent procéder par une « observation matérielle du corps »¹⁵⁸, mais aussi dans les mesures anthropométriques créées par

¹⁵⁵ Le titre de cet article, *Observations sur une classification ethnique des idiots*, est intéressant du point de vue de « l'infériorité » assignée aux arriérés à la fin du XIX et au début du XX^e siècle et ses parallèles avec le raciste de l'époque. Downs parle de « mongolisme » au sujet des malades atteints de ce qu'on appelle aujourd'hui le « syndrome de Downs » : [...] il ne peut y avoir aucun doute que ces caractéristiques ethniques sont le résultat d'une dégénérescence [...] Le type mongolien d'idiotie représente plus de 10% des cas qui se sont présentés à moi. Ce sont toujours des idiots congénitaux, et jamais la conséquence d'accidents après la vie intra-utérine [...] Ils ont une capacité considérable d'imitation [...] Ils sont comiques [...] Ils sont habituellement capables de parler ; le langage est simplet et indistinct, mais peut être amélioré grandement par une méthode bien dirigée de gymnastique de la langue. La faculté de coordination est anormale, mais pas si déficiente qu'elle ne puisse être grandement renforcée ». De plus longs développements seront consacrés à la pathologie dans le chapitre 6.

¹⁵⁶ Paul Topinard, secrétaire général de la Société d'anthropologie en 1881, cité par Pierre-Jérôme JEHEL, « Une illusion photographique », *Journal des anthropologues. Association française des anthropologues*, n° 80-81, 2000, p. 52.

¹⁵⁷ P.-J. JEHEL, *op. cit.*, p. 47.

¹⁵⁸ « Paul Broca, chirurgien anatomiste réputé, crée la Société d'anthropologie de Paris [...] Broca et ses coéquipiers, dix-neuf membres fondateurs issus en grande partie de la Société de biologie, refusent toute spéculation d'ordre philosophique ou politique ; ils entendent aborder l'étude de l'homme par des faits tangibles, en partant de l'observation matérielle du corps pour remonter à la compréhension du comportement ». P.-J. JEHEL, *op. cit.*, p. 48.

Alphonse Bertillon¹⁵⁹. Toutes ces techniques sont, au même titre que les photographies de Bourneville, des tentatives de mettre en évidence des « types » indiscutables permettant de caractériser et classer les corps humains. « L'image photographique vient donc ici au service de l'anthropométrie selon un principe « ontologique » qui traverse tout le XIX^e siècle : la représentation photographique semble pouvoir se substituer au sujet représenté »¹⁶⁰.

La mise à profit de l'instrument relève ainsi de présupposés faisant de l'arriération — entendue à son stade le plus sévère de l'idiotie — une pathologie reconnaissable dans l'apparence du malade, devenant par là observable. Par suite, son amélioration doit elle aussi être rendue « visible », mobilisant un travail philosophique d'argumentation qui participe à la construction de l'image scientifique. Dans cette optique, Bourneville met lui aussi en scène les arriérés de son service pour convaincre des progrès constatés chez ses malades :

Les enfants de Bicêtre, vêtus de l'uniforme trois pièces en vigueur, apparaissent aujourd'hui étrangement sérieux : assis sur une chaise, figés, les bras croisés, visages fermés, soumis à de strictes consignes. Tous identiques, tous différents [...] Collées dans des albums sans textes, les photographies des enfants de Bicêtre, à peine soulignées d'un nom et d'une date, ne sont pas destinées à être publiées. Du moins attestent-elles des identités¹⁶¹.

Il veut montrer à la Commission de surveillance des asiles de la Seine que des enfants idiots améliorés dans des services hospitaliers sont des candidats valables pour ce type de classes en « plaçant devant [eux] un certain nombre d'enfants [qu'il a] améliorés ». Dans ce but, la photographie constitue un médium à valeur de preuve qui vient appuyer son argumentation en convoquant l'œil des observateurs :

M. Bourneville montre une vingtaine de ces enfants, avec leurs cahiers scolaires et leurs photographies prises à diverses époques depuis leur entrée, qui met bien en relief les améliorations obtenues chez eux¹⁶².

L'image de la guérison doit être rendue visible par l'entremise de la plaque photographique, qui donne un surcroît de légitimité mise en scène d'une expérimentation soucieuse d'objectivité, à l'image des protocoles d'observation des crises d'hystérie décrites à la Salpêtrière, dont Georges

¹⁵⁹ Le service d'identification qu'il crée à la préfecture de Paris est contemporain de ces faits puisqu'il est ouvert à la fin des années 1880. Voir Laurent MUCCHIELLI (dir.), *Histoire de la criminologie française*, Paris, L'Harmattan, 1995.

¹⁶⁰ P.-J. JEHEL, *op. cit.*, p. 58.

¹⁶¹ M. SICARD, *op. cit.*, p. 19.

¹⁶² Archives AHP, B 5745, Désiré-Magloire BOURNEVILLE, *Création de classes spéciales pour les enfants arriérés*, Paris, Progrès médical, 1898, p. 4.

Didi-Hubermann montre le but argumentatif¹⁶³. Et en effet, les rapports issus de la Commission de surveillance des asiles de la Seine soulignent à quel point le médecin-chef du service de Bicêtre utilisait ces documents comme des preuves tangibles du pouvoir infini de la science psychiatrique en terme de guérison :

Les progrès de ces enfants sont rendus sensibles par les photographies prises sur chacun d'eux depuis leur arrivée à la section. A ce sujet, M. Bourneville fait remarquer que certains enfants dont la physionomie et l'apparence étaient très défavorables, ont pu être développés plus rapidement que d'autres qui se présentaient cependant comme des sujets plus éducatibles. Cette remarque a la plus grande importance [...] en raison de ce qu'elle permet de constater que le classement dès le début en curables et incurables est impossible. Il n'est pas possible de déclarer, dès l'entrée, si tel enfant sera ou non un incurable (sauf bien entendu le cas où un certain âge est atteint : on ne dresse pas un vieux cheval, on ne dirige pas un vieil arbre, on ne palisse pas une vieille vigne)¹⁶⁴.

L'aliéniste tente de donner des preuves sensibles objectives des progrès des enfants hospitalisés dans son service, et ce précisément dans une visée optimiste du point de vue pronostic¹⁶⁵. La remarque contenue dans le procès-verbal de 1905 est capitale en ce qu'elle montre comment la photographie est mise en pratique ici pour fournir des preuves invalidant l'apparence « défavorable » de certains malades, invitant les membres de la commission à transcender celle-ci. Il plaide pour une vision non-déterministe de l'arriération, ce qui correspond au militantisme incessant qu'il développe jusqu'à son départ pour l'affirmation de l'éducabilité de tous les enfants « idiots », et qui a été mis en évidence dans plusieurs travaux¹⁶⁶. On peut aussi noter qu'on retrouve ici les catégories de la curabilité et de l'incurabilité qui prédominent au final dans la pratique. Le croisement des clichés de Bourneville et du témoignage de la Commission — qui représente les deniers publics, et donc détermine les moyens alloués à la prise en charge de l'arriération — montre la valeur argumentative forte de la photographie ici. Elle est véritablement conçue comme outil servant à relativiser le verdict sur la part visible de l'incurabilité attribuée aux cas sévères d'arriération. La pose des arriérés qu'on retrouve sur ces clichés manifeste une « immédiateté d'une

¹⁶³ Georges DIDI-HUBERMAN, *Invention de l'hystérie : Charcot et l'iconographie photographique de la Salpêtrière*, Paris, Macula, 2012.

¹⁶⁴ Archives de Paris, D1 X3 14-54 : Procès-verbaux de la Commission de Surveillance des asiles publics d'aliénés du département de la Seine (1885-1934), Rapport de 1905, p. 120.

¹⁶⁵ Il faut garder à l'esprit que l'interprétation du test ou de la photographie dépend essentiellement du but argumentatif qui est derrière. Georges Didi-Huberman aborde la question de la puissance des images, notamment les images « extrêmes », c'est-à-dire porteuses de violence, d'opacité. Voir Georges Didi-Huberman, *Essayer voir*, Paris, Éditions de Minuit, 2014.; Georges DIDI-HUBERMAN, *Images in Spite of All : Four Photographs from Auschwitz*, Chicago, University of Chicago Press, 2008.

¹⁶⁶ Voir Jacqueline GATEAUX-MENNECIER, *Les médecins aliénistes, les psychopédagogues et la déficience mentale à la fin du dix-neuvième siècle : étude du service des enfants idiots de Bicêtre*, Thèse, Paris, 1986, p. 170-175.

extériorisation spectaculaire et physiognomonique ». Ainsi, leur expression, leur faciès saisis et figés afin d'en extérioriser le symptôme, tout en « faisant tableau » malgré tout¹⁶⁷.

b) Un enjeu étiologique : localiser, observer et conserver les lésions expliquant le retard mental

Dans la démarche de Bourneville, la photographie a donc valeur de preuve pour objectiver les marques laissées par la pathologie sur les corps vivants. A ce titre, elle est utilisée dans un but argumentatif servant à la fois la théorie scientifique mais aussi la pratique quotidienne de la prise en charge de l'arriération. Elle doit la légitimer en montrant son efficacité. Mais l'aliéniste va aussi mettre à profit la photographie concernant l'anatomie du corps mort de l'arriéré. En effet, le médecin-chef poursuit sa « capture » des corps des arriérés de Bicêtre au stade *post-mortem* en cherchant à découvrir où se trouve le *locus* de l'arriération par l'étude des cerveaux des idiots et leurs lésions anatomiques. A cette fin, la photographie représente une technique de construction d'images à vocation scientifique dans le domaine anatomo-pathologique de l'arriération. En tant que technique nouvelle réinvestie par le champ psychiatrique, l'œil de l'appareil photographique va servir de substitut à Bourneville pour tenter d'objectiver les lésions qui accompagnent la pathologie, au niveau du cerveau mais aussi d'autres parties du corps, dans le contexte de pathologies dont on a vu précédemment qu'elles étaient souvent accompagnées d'infirmités diverses. Au moment où Bourneville travaille encore sous ses ordres, Charcot remarque à propos de la Salpêtrière qu'elle est

Un grand asile [qui] renferme une population de 5000 personnes, parmi lesquelles figurent en grand nombre, sous le titre d'incurables admis à vie, des sujets de tous âges [constituant] une sorte de musée pathologique vivant dont les ressources sont considérables¹⁶⁸.

L'expression de « susée pathologique » employée par l'aliéniste est reprise par son ancien interne qui recrée dans le service des idiots de Bicêtre un calque du modèle de son maître. Les photographies déjà évoquées sont réalisées dans le cadre d'un projet plus vaste qui mobilise un laboratoire, un atelier photographique et un atelier de moulage. Plus de 3200 photographies sont effectuées chaque année à l'initiative de Bourneville afin de suivre l'évolution de ses malades, mais aussi une trentaine de bustes en plâtre et autres moulures réalisés *post-mortem*. Cette méthode

¹⁶⁷ Ces clichés ont été critiqués par le philosophe pour leur « cynisme iconographique », car selon lui Jean-Martin Charcot veut par la photo construire l'idée d'hystérie et surtout en « fonder la prévalence clinique et historique ». On remarque que, sans le vouloir, Bourneville a produit des photographies à la qualité esthétique certaine. Georges DIDI-HUBERMAN, « Le cynisme iconographique », *Études françaises*, vol. 21, n° 1, 2007, p. 71.

¹⁶⁸ Cité par M. SICARD, *op. cit.*, p. 19

s'insère dans un contexte d'utilisation accrue des moulages dans de nombreux travaux anthropométriques de l'époque. Le musée à proprement parler se trouve dans une grande salle de Bicêtre contenant sur les côtés deux rangées de vitrines superposées, dont l'une accessible par un escalier¹⁶⁹. L'inventaire de 1903 y recense plus de 600 bustes en plâtre, 67 squelettes entiers, ce à quoi s'ajoutent environ 250 crânes et près de 500 cerveaux d'idiots et d'épileptiques¹⁷⁰. Cette collection anatomo-pathologique est donc un exemple parfait de recensement de pièces dont l'enjeu pour Bourneville est de comprendre l'étiologie de l'arriération par la mise en évidence du rapport entre l'idiotie — puisque c'est ce stade qui concerne avant tout l'approche anatomo-pathologique par les lésions nombreuses qui l'accompagnent souvent — et l'identification d'une lésion neurologique expliquant la pathologie. De telles conclusions devant « servir de garant matérialiste à la pratique psychiatrique » pour reprendre les termes de Michel Foucault¹⁷¹.

C'est l'interne Paul Sollier qui est en charge de la fonction de conservateur du Musée. Un catalogue est édité à partir de 1880, et se présente sous forme de registre dressant la liste alphabétique des enfants autopsiés, des lésions anatomiques observées lors de celle-ci et des « pièces existantes », c'est-à-dire les parties du corps ayant été conservées après autopsie. Par exemple pour Auguste G., entré le 14 juin 1881 et atteint d'épilepsie et d'imbécilité, le registre consigne les observations lors de son autopsie : « asymétrie cérébrale. Adhérences méningées. Consistance scléreuse de l'hémisphère gauche ». On a conservé le buste, la tête et le cerveau de cet enfant de 7 ans, sous forme de moulages pour les deux premières parties, tandis que le cerveau est photographié une fois coupé de manière transversale¹⁷². Au sujet des autopsies, elles sont pratiquées dans les jours suivant la mort du patient. Ce délai court donne d'ailleurs lieu à une grave affaire : en 1907, le petit André est admis dans le service. Epileptique, il est âgé de 5 ans et présente de fréquentes convulsions. Malheureusement, le garçon décède seulement deux jours après son arrivée. Une lettre est envoyée à sa mère, pour lui annoncer le décès. Mais cette dernière, exploitante de théâtre dans des fêtes foraines, n'ayant pas d'adresse fixe, arrive avec du retard. Se rendant à Bicêtre quatre jours plus tard, elle constate que le corps de son fils n'est plus là : « on m'avoua qu'on ne m'avait pas dit la vérité, qu'en réalité le corps avait été envoyé à la faculté de médecine afin d'y être disséqué ! »¹⁷³. Elle note dans une lettre au procureur de la République qu'elle aurait non seulement refusé

¹⁶⁹ De manière surprenante, on ignore toujours aujourd'hui où était l'emplacement exact de cette salle.

¹⁷⁰ A la fermeture du service en 1924, le musée est démantelé et les collections dispersées entre plusieurs institutions. Certaines pièces sont ensuite restituées plus tard à l'Assistance publique, comme les 56 bustes visibles sur le site internet de la BIU-Santé.

¹⁷¹ M. FOUCAULT, *Le pouvoir psychiatrique*, op. cit., p. 133.

¹⁷² Voir les photos présentées en annexe pour toute cette partie iconographique.

¹⁷³ Archives AHP, 9L 48 : carton « Affaires et plaintes » ; liasse « accidents et incidents », Lettre d'Henriette F. au procureur de la République, Paris, 12 octobre 1907.

l'autorisation, mais qu'en plus on lui demande de payer pour finalement obtenir le corps. Une telle affaire montre en tout cas que la collection du « Musée pathologique » et les recherches qui l'entourent sont poursuivies même après le départ en retraite de Bourneville en 1905.

En terme de mise en évidence et d'argumentation, l'entremise du moulage et surtout de la plaque photographique apparaît comme une tentative d'atteindre une objectivité qu'on pourrait qualifier avec Lorraine Daston de « non interventionniste » dans le diagnostic de l'arriération¹⁷⁴. L'utilisation d'un tel *medium* est représentative des tendances de l'époque mises en évidence par Henri Poincaré, qui parle de la « valeur symbolique » acquise par la technique photographique : « La finesse de son grain et l'égalité de ses détails en sont venues à suggérer l'objectivité ; la vision photographique est devenue la métaphore fondamentale de la vérité objective »¹⁷⁵. Dans l'épistémologie de la fin du XIX^e siècle, ce qui confère sa valeur à la photographie — et à l'objectivité de type mécanique en général — n'est pas tant sa qualité supérieure par rapport au dessin que son apparent affranchissement de toute intervention humaine, qui lui confère son aspect *a priori* neutre¹⁷⁶.

Mais bien que la photographie permettent en apparence de saisir un instantané qui serait obtenu de façon objective, « c'est-à-dire sans faire appel aux sentiments subjectifs ni aux partis pris personnels »¹⁷⁷, la rétine de l'appareil photographique produit un artefact toujours témoin d'un parti pris, et ce même dans une utilisation à des fins scientifiques. « Le savoir médical peut, dans cette perspective, ne constituer qu'un prétexte au déploiement d'un imaginaire préexistant, ou, au mieux, l'amorce d'une reconfiguration de cet imaginaire »¹⁷⁸. Ainsi, l'enjeu de la prise de clichés d'enfants idiots pour Bourneville — la production d'une certaine vérité de la guérison de l'arriéré — est illusoire. La photographie doit transformer les cas cliniques en objets naturels, au sens de la « perfection analogique » d'un message sans code, faisant apparaître la pathologie et sa régression selon l'approche de Roland Barthes¹⁷⁹. Bon nombre de scientifiques au début du XX^e siècle parviennent d'ailleurs à la conclusion que la subjectivité reste irréductible à toutes ces tentatives. Le

¹⁷⁴ Lorraine J. DASTON et Peter Louis GALISON, *Objectivité*, Dijon, les Presses du réel, 2012.

¹⁷⁵ Henri POINCARÉ, *La Science et l'hypothèse*, Paris, Flammarion, 1968, p. 168.

¹⁷⁶ Affirmation évidemment contestable et contestée, mais qui était au moment des débuts de la photographie au milieu du XIX^e siècle au cœur de la fascination mais aussi de l'inquiétude des artistes pour cet outil qu'on pensait capable de d'imiter la nature de manière parfaite et indépassable.

¹⁷⁷ D. LECOURT (dir.), *op. cit.*, p. 331.

¹⁷⁸ Bertrand MARQUER, « Le « pouvoir d'une description bien faite » : Charcot et Huysmans », *Romantisme*, vol. 145, n°3, 2009, p. 137-148.

¹⁷⁹ « Or, ce statut purement « dénotant » de la photographie, la perfection et la plénitude de son analogie, bref son « objectivité », tout cela risque d'être mythique (ce sont les caractères que le sens commun prête à la photographie) : ce en fait, il y a une forte probabilité [...] pour que le message photographique soit lui aussi connoté ». En effet, la photographie en soi est un objet travaillé et construit selon des normes, et d'autre part elle est vue selon un certain nombre de codes. Roland BARTHES, « Le message photographique », *Communications*, vol. 1, n° 1, 1961, p. 129-130.

physicien allemand Rudolf Virchow souligne à ce titre ses difficultés à s'abstraire de ses opinions et représentations afin d'atteindre une objectivité sans écran qui reste en réalité « une destination qui se dérobaît toujours plus loin à l'horizon »¹⁸⁰. Et en effet, le danger de cette pratique réside peut-être dans la fascination pour une certaine puissance de la photographie, dont « l'évidence spectaculaire » dont parle Georges Didi-Huberman doit permettre non seulement de constater les progrès possibles dans le traitement médico-pédagogique de l'arriération, mais aussi de résoudre l'énigme de son origine. Il s'agit pour Bourneville et ses internes de « voir clairement », comment trouver les « preuves objectives » sur le plan anatomique. En ce sens, l'approche correspond tout à fait à cet attachement chez les scientifiques de la dernière décennie du XIX^e siècle à une objectivité de type mécanique mis en évidence par Lorraine Daston. L'enjeu de « laisser parler la nature » représente le nouveau mot d'ordre de cette nouvelle objectivité scientifique qui est au cœur de l'idée du musée pathologique de Bicêtre :

En tant qu'êtres humains faillibles, les scientifiques devaient désormais apprendre à se retenir d'imposer à la nature leur propres injonctions [...], synonymes d'une volonté mal maîtrisée à l'égard de la nature. Il fallait résister à la tentation esthétique, à l'attrait des théories séduisantes, au désir de schématiser, d'embellir, de simplifier [...] Se méfiant de la médiation humaine entre la nature et sa représentation, les chercheurs se tournèrent vers les images produites mécaniquement. Là où l'autodiscipline humaine montrait des signes de faiblesse, les machines — ou les hommes travaillant comme des machines sans volonté — devaient prendre le relais. Les scientifiques s'assurèrent le concours d'instruments d'enregistrement automatiques, d'appareils photos, de moules en cire et d'une multitude d'autres dispositifs, dans le but quasi-fanatique de créer toutes sortes d'images d'atlas : oiseaux, fossiles, flocons de neige, bactéries, corps humain, cristaux ou fleurs. L'objectif était de débarrasser les images de toute intervention humaine¹⁸¹.

L'enjeu d'éviter toute distance schématique dans la description de l'arriéré par l'entremise de la plaque photographique est manifeste chez Bourneville. Plus, il s'agit même à travers les moulages en plâtre de rendre le malade — et ses lésions — présent en trois dimensions de la manière la plus réaliste possible. L'« objectivité mécanique » de la méthode vise ici la mise à distance de toute approche subjective par l'aliéniste, qui doit être annulée par le recours à la machine, qui permet dans l'intention de « conserver l'aspect du spécimen sans que celui-ci [soit] déformé par les goûts, les penchants ou les ambitions de l'observateur »¹⁸². Une telle vision s'impose de manière nette dans la médecine au cours de la décennie 1880-90, et la science psychiatrique n'y échappe pas. Le diagnostic qu'on pourrait qualifier d'intentionnel ou subjectif doit dans l'idéal être remplacé par une

¹⁸⁰ L. DASTON et P. L. GALISON *op. cit.*, p. 222.

¹⁸¹ Elle prend l'exemple de Camillo Golgi dans son étude du système nerveux, qui lui valent le prix Nobel. Le débat déclenché par ces représentations avec Cajal, étudié en détail par Daston, concerne précisément la question de l'objectivité des images produites. L. DASTON, *op. cit.*, p. 144.

¹⁸² L. DASTON et P. L. GALISON, *op. cit.*, p. 144.

reproduction mécanique de l'arriéré, et ce dans le but pragmatique d'attester de sa guérison. En cela, on n'est jamais loin d'un part morale de cette vision des choses, qui tend à construire une image de discipline dans l'utilisation des machines qui rendrait invulnérable aux tentations d'un jugement orienté.

Mais avant d'en venir aux évolutions dans l'évaluation de l'arriération dans les chapitres 4 et 6, il s'agit de clore ici la question du diagnostic en montrant d'autres limites de son aspect scientifique et objectif. L'arriération et d'une possible nososcopie comme catalogue pathologique se retrouve ainsi constamment biaisée par l'œil de l'aliéniste, porteur de préoccupations morales et sociales grandissantes dès la fin du XIX^e siècle. Notre hypothèse consiste à situer à ce moment précis la construction de l'image de l'arriéré comme danger social. Cette affirmation naît dans la médecine française et allemande précisément parce qu'elle se trouve affirmée et soutenue par un discours psychiatrique revendiquant un statut scientifique. Derrière son objectivité revendiquée, un tel discours médical se fait en réalité le relais de préoccupations disciplinaires diverses. A ce titre, la figure de l'arriéré acquiert un rôle de repoussoir : le déficient mental est un déficient moral constituant l'antithèse de ces valeurs par la désignation d'un ennemi social dans la figure de l'« imbécile moral » (*moralisches Imbezill*) en Allemagne et en France, dont on verra la cristallisation à la fin du chapitre.

2. Le « stigmaté » comme trace visible de l'arriération (après 1900)

a) Les « stigmates de dégénérescence », signe d'une pathologie individuelle et collective

On a pu voir que l'arriération s'accompagne de possibles paralysies ou infirmités dans ses cas graves. Par contre, on remarque que les médecins font référence de manière croissante à des problèmes morphologiques pourtant sans incidence sur la santé dans les certifications de l'arriération présentes dans les dossiers médicaux étudiés à la charnière des XIX^e et XX^e siècles. En effet, les altérations de nature physique, même peu visibles ou significatives, sont mentionnées de plus en plus fréquemment — au début de notre période, davantage en France qu'en Allemagne — et ce même avant le passage devant un spécialiste. Ainsi les médecins sollicités pour attester d'un cas d'arriération mobilisent des caractéristiques anatomiques particulières au service de leur diagnostic. Appelées « stigmates », un certain nombre de signes corporels servent à justifier que l'individu est

arriéré. Ainsi, le médecin de la préfecture de police de Paris qualifie de « stigmates » le fait que Stanislas H. ait subi une « intervention chirurgicale sur les fosses nasales ». De la même façon, le diagnostic d'imbécillité d'Henri P. est motivé par la présence d'une « asymétrie faciale marquée ». D'autres identifient une « voûte du palais ogivale », un bec-de-lièvre ou une dentition déficiente en tant que « stigmates de dégénérescence ». Le relevé de tels détails pourrait s'avérer fortuit s'il n'était systématiquement associé avec des éléments d'ordre moral ou disciplinaire. Ainsi les méfaits de Georges L., âgé de 8 ans, sont introduits par le médecin qui atteste de la nécessité de son internement comme suit :

Est atteint d'asymétrie faciale avec mauvais instincts, perversion sexuelle, etc. Il ouvre les meubles chez ses parents, vole de l'argent, fait des fugues, mendie le long des routes, s'est à plusieurs reprises fait ramasser pour vagabondage. Il y a 3 ans, s'étant emparé d'une bouteille de vin de gentiane, il en a bu jusqu'à ce qu'il fut gris¹⁸³.

La fréquence de l'association faite entre comportements considérés comme délictueux et l'apparence atypique de l'enfant — sans qu'elle constitue une infirmité ou un symptôme lié à l'arriération *stricto sensu* — illustre selon nous la forte association qui se crée dans la pratique entre irrégularité physique et irrégularité morale du sujet. A cette époque, les sources de la pratique montrent comment l'œil du médecin est attiré par tout vice de conformation, toute lésion pouvant amener au vice intérieur. Etudiant les dossiers médicaux de l'asile de Vaucluse, Claude Bénichou fait un constat similaire « au moins au niveau des troubles morphologiques, peu dangereux pour autrui ou pour le sujet, la clinique s'y prend pour les dramatiser de telle sorte qu'ils deviennent des éléments remarquables de la gravité d'un cas »¹⁸⁴. Le commentaire de l'historien de la psychologie vaut pour les années 1930, ce qui atteste par ailleurs de la permence de cette évolution du regard sur l'arriération. Des altérations physiques de la face ou des membres peu ou pas handicapantes, sont tenues comme signifiantes par un grand nombre de médecins dès la fin du XIX^e siècle et acquièrent ainsi une valeur diagnostique signifiante dans les observations des médecins en France autour de 1900.

A ce titre, on peut dire que la clinique de l'arriération évolue à la fin du XIX^e siècle. Comme on le verra dans le dernier chapitre, les descriptions des médecins se chargent d'éléments visuels en lien avec la théorie de la dégénérescence. Le regard de l'aliéniste mais aussi du médecin non-spécialiste s'avère de plus en plus marqué par la présence de signes morphologiques qui sont

¹⁸³ Archives AHP, Bicêtre, 6R-128, Registre d'observations médicales, Attestation du Dr Blaise au sujet de l'enfant Georges L., mai 1889.

¹⁸⁴ Claude BENICHO, « Etude du concept d'arriération dans les dossiers du Perray-Vaucluse de la période 1937-1948 », Mémoire de psychopathologie, Paris, 1973, p. 21.

interprétés comme autant de traces d'une arriération vue comme mal héréditaire et dont les tares se manifestent de manière visible. Ainsi Jacques Roubinovitch, futur médecin-chef du service de Bicêtre, souligne en 1896 que « les fameux stigmates de dégénérescence deviennent chaque jour plus nombreux et il sera bientôt impossible de trouver un être humain non dégénéré »¹⁸⁵.

Née au milieu du XVIII^e siècle de l'investigation anatomique, la science de l'expression migre au XIX^e siècle en direction de la biologie, de la physiologie et de la psychologie, et est toujours vivace aujourd'hui au sein de disciplines variées : psychologie, linguistique, neurosciences, biologie du comportement ou anthropologie¹⁸⁶.

Présents dans les dossiers de patients, ces stigmates sont évoqués dans la plupart des écrits secondaires des aliénistes de l'époque, attestant de l'attention particulière à des tels signes physiques — qui ne relèvent pourtant pas de l'infirmité — dans la symptomatologie de l'arriération. La théorie du médecin et criminologue italien Cesare Lombroso s'impose au même moment en Europe. Elle interprète des signes tels que l'asymétrie du visage ou d'autres détails comme révélateurs du « criminel-né »¹⁸⁷. Si les conclusions ne sont pas aussi radicales chez les deux aliénistes français Magnan et Legrain, les traces morphologiques ont un sens qui apparaît dans leurs rapports pratiques comme dans leur ouvrage théorique consacré aux « dégénérés » :

Le dégénéré est, par suite des transformations morbides successives qu'il résume en lui, une personnalité nouvelle, c'est-à-dire qu'il jouit au physique, comme au moral, d'attributs qui caractérisent la tare dont il est porteur et qui en sont les stigmates exclusifs¹⁸⁸.

Leur pensée est marquée par la théorie de la dégénérescence et en utilise considérablement les termes et le mécanisme. Ainsi pour eux, « toutes les monstruosité tératologiques » sont révélatrices du dégénéré dont la « tare » est identifiable par un défaut d'harmonie visible. Son l'apparence trahit ainsi sa nature : « c'est un déséquilibré, un irrégulier, un asymétrique ». De tels stigmates s'inscrivent toujours dans le corps sur le plan physiologique — par la « régression de l'espèce » vers la stérilité dans la théorie de Morel — mais aussi par les « traces » laissées qui sont relevées par les médecins dans les descriptions cliniques. Interne de Bourneville à Bicêtre au début du XX^e siècle, Paul Sollier évoque lui aussi l'apparence remarquable propre aux arriérés :

Ce qui frappe tout d'abord dans l'attitude des idiots [...] c'est l'absence complète de grâce, et du côté du visage, c'est la laideur. Les idiots incurables ne sont pas toujours les plus laids, car la laideur se développe surtout avec l'âge, lorsque les traits prennent une forme plus accusée et

¹⁸⁵ Jacques ROUBINOVITCH, « Hystérie male et Dégénérescence » Thèse, Paris, 1890, p. 261.

¹⁸⁶ Concernant les théories de l'expression dans première moitié du XIX^e siècle, puis sous la plume de Darwin, voir les 2^e et 3^e parties de la thèse de Stéphanie DUPOUY, *op. cit.*, p. 2.

¹⁸⁷ Cesare LOMBROSO, *L'uomo delinquente studiato in rapporto all'antropologia, alla medicina legale ed alle discipline carcerarie*, Bologna, il Mulino, 1887.

¹⁸⁸ Valentin MAGNAN et Paul-Maurice LEGRAIN, *Les dégénérés*, Rueff et C^{ie}, 1895, p. 86.

définitive [...] un certain nombre qui résistent malgré leur incurabilité offrent alors le faciès le plus laid et le plus repoussant de tous et portent tous les stigmates d'une dégénérescence profonde. La conformation de la tête et de la face est des plus défectueuses¹⁸⁹.

La clinique de l'arriération apparaît donc très marquée par de telles considérations, qui semblent même fournir des arguments pour motiver un diagnostic difficile à poser :

La notion de laideur ou de misère physique ont ainsi une résonance scientifique ; il faut constater en effet, que la fréquence des termes signalant les atteintes de la face ou des membres sont nettement les plus élevées¹⁹⁰.

Sans qu'ils soient significatifs, certains aspects physiques sont interprétés de manière pathologique par le terme générique de « stigmates de dégénérescence ». Pourtant le seul dénominateur commun de ces éléments réside dans la valeur de symptôme qui leur est alors conférée. La présence de malformations physiques ne suffit en rien à définir l'arriération, on l'a vu précédemment. *A contrario*, l'absence de malformation chez l'arriéré provoque en 1931 la surprise chez ce visiteur de l'établissement de Cernay, comme si l'idée de stigmatisme était une évidence :

J'aperçois un garçonnet de 13 ans dont la figure frappe. On dirait un enfant normal, il a le regard absent, il est vrai, mais dans ce milieu de pauvres difformes il incarne le repos, l'innocence. Il y a dans cette figure au teint si frais une douceur qui contraste fortement avec l'expression parfois un peu bestiale de ses camarades. Dans ses mouvements rien de saccadé, de la main droite il fait de temps en temps le geste d'effacer quelque chose devant ses yeux. La sœur m'apprend que ce pauvre petit ayant été atteint d'une méningite, son idiotie n'est pas héréditaire comme celle de la plupart des autres, mais acquise par maladie. Extérieurement j'aurais déjà pu m'en rendre compte : il n'est pas frappé des « stigmates de la dégénérescence » et dans ce pavillon des incurables, il est le seul de son espèce¹⁹¹.

Le cas décrit est gravissime du point de vue intellectuel, néanmoins l'apparence de l'enfance justifie dans ce témoignage la douceur des propos qui sont tenus à son égard, et en particulier sur le plan moral. Beau et normal, il est aussitôt paré de vertus telles que « l'innocence », la « douceur », la fraîcheur, opposé à l'air de ses camarades à « l'expression un peu bestiale ». La difformité ou la laideur de l'arriéré sont donc des données intervenant dans la détermination du diagnostic¹⁹². A ce titre, on peut dire que la notion de stigmatisme permet de « faire porter une présomption de culpabilité ou de folie sur tout ce qui s'écarte d'un type normal qu'à la rigueur il n'est pas nécessaire de

¹⁸⁹ P. SOLLIER, *op. cit.*, p.139.

¹⁹⁰ Claude BENICHOU, *op. cit.*, p. 22.

¹⁹¹ A.S.C., CE 3M, Dossier 19 : « Lettres, rapports, comptes-rendus émanant d'autres personnes et concernant l'activité de l'institut », Louise Huber, « Le placement des enfants anormaux dans les trois départements recouverts », mémoire dactylographié, s.l., 1931, pp. 24-25.

¹⁹² Sur la question de la laideur et son interprétation morale, Cesare Lombroso se réfère dans la préface de là des théories anciennes sur la question de la « marque » infamante comme signe valable de culpabilité. Il se réfère notamment à un édit du Moyen-Âge qui prescrivait « dans les cas où deux individus seraient soupçonnés, d'appliquer la torture au plus laid des deux ». C. LOMBROSO, *op. cit.*, 2011.

spécifier »¹⁹³. Ainsi le stigmaté, popularisé par le traité de Morel et les écrits de Magnan et Legrain, se construit à cette époque comme l'un des *topoi* de l'arriéré en France. La déficience mentale est entendue comme devant se manifester dans son apparence, comme le rappelle également Paul Sollier évoquant « de malheureux êtres dont la tête en pain de sucre ou aux dimensions énormes et monstrueuses, indique trop clairement l'irréparable déchéance ». De telles considérations posent néanmoins des questions de légitimité dans l'usage scientifique qui est revendiqué par leurs auteurs à l'époque :

Les visages, et notamment les expressions émotionnelles, font naître chez l'observateur des réactions affectives, des jugements esthétiques et des jugements moraux dont la pertinence et la légitimité peuvent (ou non) être mises en question par le savoir scientifique. Lieu d'accès le plus concret à l'individualité et à l'intériorité des personnes, souvent crédité d'une capacité privilégiée à manifester le vrai « soi », le visage (et l'expression) peut sembler réfractaire à la démarche généralisante et objectivante de la science¹⁹⁴.

L'objectivité est si peu présente en réalité dans les descriptions des arriérés du début du XX^e siècle que lorsque les signes d'arriération manquent ou s'avèrent peu visibles, la psychiatrie de l'époque va les chercher chez l'arriéré dans toutes sortes de déséquilibre ou troubles du discours et du contrôle de soi. De là aussi la fascination pour les manies, les impulsions et autres débordements qui expliquent des pathologies aux suffixes éloquents (-manie, -lalie, etc) qu'on rencontre abondamment dans les répertoires d'observations médicales de Bicêtre. On ne conçoit pourtant pas que ces symptômes s'expriment de manière purement psychique : ils doivent s'exprimer d'une manière ou d'une autre dans l'aspect physique du malade, trahissant son état par des stigmates visibles. Alors que le symptôme donnait « à voir ou à connaître quelque chose qui était la réalité de l'essence morbide, son identité propre, le stigmaté lui donne à voir en premier le fait de la différence du porteur, l'évidence de son altérité », et notamment dans leur dissemblance¹⁹⁵.

Enfin, on peut noter que la notion de « stigmaté de dégénérescence » est également associée à des caractères de l'ordre du stigmaté « psychique ». En France, les certificats médicaux établis au début du XX^e siècle parlent alors de « stigmates psychiques/morales de dégénérescence », parfois associées aux idées de « dégénérescence psychique » ou « dégénérescence nerveuse ». Ainsi Charles W., admis à Bicêtre sur placement volontaire est décrit par le Dr Dufour, médecin de la famille comme

¹⁹³ Stéphane LEGRAND, « Portrait du dégénéré en fou, en primitif, en enfant et finalement en artiste », *Methodos*, vol. 2, 2003, p. 7.

¹⁹⁴ S. DUPOUY, *op. cit.*, p. 4.

¹⁹⁵ S. LEGRAND, *op. cit.*, p. 6.

Atteint de sclérose cérébrale, se traduisant par une hémiparésie du côté droit [...], par des modifications du caractère qui en font un enfant dangereux pour les autres et pour lui-même. Il casse, il brise tous les objets qui sont à sa portée, il jette par la fenêtre des ustensiles de ménage et risque aussi de blesser les passants. Il joue avec le feu et manque de se brûler ou d'être la cause d'un incendie involontaire. Son affectivité est à peine développée. Le jeune W présente donc des stigmates de dégénérescence mentale qui nécessitent un traitement dans un asile d'aliénés¹⁹⁶.

L'enjeu pratique est pour le médecin de la famille de Charles W. d'obtenir l'internement de l'enfant. Tous les éléments d'ordre comportementaux en lien avec l'idée de déviance telle qu'elle est conçue à l'époque sont ici assimilés à des signes de dégénérescence. Celle-ci n'est donc pas seulement visuelle mais également appréhendée sur le plan moral, et ce par l'entrée de l'apparence physique. Mais à la recherche et la qualification de stigmates dans les dossiers médicaux des patients vient s'ajouter l'emploi d'un vocabulaire dépréciatif assimilant l'arriéré à un être inférieur voire animal, légitimant d'autant un isolement de cette catégorie de malades mentaux.

b) L'apparence comme non-appartenance au genre humain : l'arriéré déshumanisé

L'analyse des termes employés par les médecins dans la pratique du diagnostic de l'arriéré permet de remarquer une banalisation du recours à la métaphore ou la comparaison animale dans les descriptions concernant les individus atteints de déficience mentale. Au sujet d'un enfant de trois ans que ses parents cherchent à faire placer dans le service de Bicêtre, un médecin de Saint-Ouen remarque qu'il a été « privé dès sa naissance de la plus petite parcelle d'intelligence [et] ne possède même pas trace de l'instinct dont sont doués les plus informes des animaux »¹⁹⁷. Dans cette description, l'infériorité à l'animal du garçonnet est justifiée par l'absence de « facultés intellectuelles et affectives » dont témoignerait son incapacité à reconnaître son entourage. L'animalité est aussi fondée sur le caractère incurable attribué à la déficience mentale, comme l'expriment les propos de ce témoin décrivant le service de Bicêtre :

La plupart des enfants admis d'office à Bicêtre sont déjà trop avancés dans la maladie pour pouvoir être traités avec un complet succès [face à cette] terrible maladie qui, pour peu qu'on la laisse s'invétérer, défie les efforts de la science et réduit en quelque sorte à l'état d'animal ces infortunées victimes¹⁹⁸.

La comparaison avec l'animal apparaît de manière frappante dans les discours médicaux puisque de nombreux aliénistes ont recours à la métaphore animale pour décrire les déficients

¹⁹⁶ Archives APHP, Bicêtre 6R-120, Registre d'observations médicales, Certificat du Dr Dufour pour le placement volontaire de Stanislas W., 6 mars 1905.

¹⁹⁷ Archives APHP, Bicêtre, 6R-118, Registre d'observations médicales, Certificat du Dr Raoul pour le placement volontaire de Georges R., 12 février 1900.

¹⁹⁸ Othenin d'HAUSSONVILLE, « Etude de l'enfance à Paris », *Revue des Deux Mondes*, mars 1877, p. 73.

mentaux, et y ont d'autant plus recours que la gravité de l'arriération est forte. Pour Magnan et Legrain, les « grands idiots [sont] ravalés avec une particulière évidence au niveau de l'animal »¹⁹⁹. L'individu au stade le plus grave de l'arriération est un « être instinctif par excellence » et son attitude rappelle pour les aliénistes « la manière des animaux les plus inférieurs »²⁰⁰. Paul Sollier voit en lui une anormalité irréductible qui l'exclut totalement du genre animal : « L'idiot même éduqué est un être anormal qui n'a pas d'équivalent absolu au point de vue psychologique dans la série animale normale »²⁰¹. Pour lui, « l'idiot occupe un des rangs inférieurs de la série animale »²⁰². La question de la volonté paraît être un motif central sur lequel est fondé cette comparaison dans les discours des aliénistes français à la fin du XIX^e siècle. Par ailleurs, le lien est souvent fait par métaphore de l'arriéré comme automate, qui justifie le glissement de l'homme à l'animal. Figurant l'absence de réflexion chez l'arriéré : si l'enfant dit normal « se meut spontanément, l'idiot est un automate qui se meut suivant l'impulsion qu'on lui donne »²⁰³. Pour Magnan et Legrain, l'idiot est « une machine automatique », et cette figure est utilisée pour les imbéciles également, dont l'intelligence supérieure à l'idiot, mais minime si bien que « les simples rouages les rapprochent de l'animalité »²⁰⁴.

Du côté allemand en revanche, les allusions à l'animalité sont peu présentes dans les dossiers médicaux des patients berlinois avant la fin des années 1920. On trouve pourtant quelques comparaisons entre les arriérés, mais qui sont à la fois très ponctuelles et tardives par rapport à celles relevées en France, et reposent essentiellement sur l'apparence. Par exemple, Marie D. est décrite à son admission à Wittenau en 1928 comme « marmonnant les mots prononcés par le médecin à sa suite comme un perroquet (*papageienartig*) ». De même, le médecin décrivant l'état de Frieda D. à son admission parle d'une « physionomie simiesque (*affenartig*) » qu'il qualifie de « typique des idiots »²⁰⁵. On peut voir dans leur occurrence tardive un signe de la montée de l'eugénisme et de dégradation de la vision de l'arriération dans le corps médical au motif que toutes ces tournures n'existent qu'à partir de la fin des années 1920 et au début des années 1930.

Ces propos ne font qu'illustrer un *topos* répandu dans les propos des contemporains décrivant l'intérieur des services pour idiots. En effet, le discours médical ne recourt qu'à des éléments tirés

¹⁹⁹ Roger MISES, « Attitudes et idées face aux débilités mentales », in René Zazzo (dir.), *Les débilités mentales*, Paris, A. Colin, 1969, p.45.

²⁰⁰ Valentin MAGNAN et Paul-Maurice LEGRAIN, *Les dégénérés*, Rueff et C^{ie}, 1895, p. 105.

²⁰¹ P. SOLLIER, *op. cit.*, p. 4.

³ Cité par Jacqueline GATEAU-MENNECIER, *La débilité légère, une construction idéologique*, Paris, CNRS Editions, 1990, p. 34

²⁰³ P. SOLLIER, *op. cit.*, p. 4.

²⁰⁴ V. MAGNAN et P.-M. LEGRAIN, *op. cit.*, p. 106.

²⁰⁵ Landesarchiv Berlin, A Rep 0003-04-04, Dossier médical n° 5883, Anamnèse de Frieda D. à l'hôpital Virchow de Berlin, 20 septembre 1925.

d'une longue tradition d'assimilation de l'arriéré à un simple animal. L'écrivain Maxime du Camp visitant Bicêtre en 1876 parle d'une « hideuse renfermerie » qui offre un spectacle navrant d'« animaux à face humaine, chez lesquels rien d'humain ne subsiste », qualifiant les arriérés de « singes maladroits et malfaisants »²⁰⁶. De la même façon, un visiteur l'année suivante parle des arriérés du service comme d'êtres « grouillants » qui « ne vivent manifestement que de la vie animale »²⁰⁷. Plus tard, la comparaison systématique avec l'animal est largement utilisée dans une description détaillée des patients les plus atteints de l'établissement de Cernay :

Je suis frappée de l'expression bizarre de sa figure. La place et la forme des yeux me font penser à un oiseau [...] Et ici encore quelles malformations ! Voici une femme dont les yeux semblent sortir de la tête. Sa figure me fait penser à une tête de grenouille ; elle n'a pas de doigts aux mains et aux pieds. Une autre, 17 ans, a une figure de singe. Elle est paralysée, a des mains de bébé. La parole lui manque complètement. Je lui parle, elle ne réagit absolument pas [...] Tout à coup un son comme un beuglement d'une vache, je m'effraie : c'est une de ces femmes qui émet ce son, la parole lui manque²⁰⁸.

Ce « bestiaire » des arriérés renvoie à la construction de leur anormalité et l'affirmation de leur étrangeté, qui conduit à une certaine déshumanisation des déficients lourds. Néanmoins, la présence de cette thématique dans une source au ton loin d'être pamphlétaire atteste d'une probable banalité dans l'emploi de ces mots qui frappent aujourd'hui. Par là, on peut nuancer la violence provoquée par la lecture de ces termes à l'époque. A l'époque, le parallèle avec l'animal n'est pas utilisé uniquement par des adversaires de l'assistance aux déficients mentaux. Le statut d'infériorité de l'idiot et sa ressemblance avec l'animal (*Tierähnlichkeit*) figure donc parmi les poncifs concernant la déficience mentale. Elle pose différence d'autant plus radicale et infranchissable que la déficience est grave.

La parenté entre hommes et animal est utilisée de longue date sans forcément une valeur péjorative de la mise en parallèle des deux, à l'image des dessins de Charles Le Brun au XVII^e siècle. En revanche, au début du XX^e siècle, l'assimilation de l'arriéré à l'animal procède toujours de la dénonciation d'un comportement jugé inadéquat. Ainsi, la mise en avant de la « glotonnerie », la « voracité » ou l'émission de bave représente le complément habituel de cette déshumanisation de l'arriéré dans les descriptions des contemporains. Un médecin relève pour un enfant interné à Bicêtre :

²⁰⁶ Maxime DU CAMP, *Paris, ses organes, ses fonctions et sa vie, dans la seconde moitié du XIX^e siècle*, Paris, 1875, p. 367.

²⁰⁷ O. D'HAUSSONVILLE, « Etude de l'enfance à Paris », *Revue des Deux Mondes*, mars 1877, p. 73.

²⁰⁸ A.S.C., CE 3M, Dossier 19 : « Lettres, rapports, comptes-rendus émanant d'autres personnes et concernant l'activité de l'institut », Louise Huber, « Le placement des enfants anormaux dans les trois départements recouverts », mémoire dactylographié, s.l., 1931, p. 18.

La salive s'écoule constamment en abondance de sa bouche. Les organes des sens paraissent à peine exister chez lui, ou n'exister qu'à l'état rudimentaire. Il avale gloutonnement sans que ses aliments lui paraissent avoir de l'odeur ou du goût, ni aucune saveur, il ne paraît pas voir, ni entendre, ni rien ressentir de ce qui se passe autour de lui²⁰⁹.

De tels éléments découlent des altérations sensorielles qui atteignent les déficients les plus lourds, mais sont souvent teintés de jugement moral. Robert F., admis le 4 octobre 1889, apparaît comme ayant non seulement « le regard éteint » et en état d'hébétude, mais aussi « très vorace, il ne paraît jamais rassasié et arrache des mains des autres enfants les aliments qu'il voit et entre en fureur lorsqu'on veut les lui prendre »²¹⁰. Le moment du repas est décrit fréquemment dans le discours médical et présenté comme un élément renforçant l'étrangeté et l'altérité de l'arriéré :

Il est peu de spectacles aussi repoussants que de les voir plonger à pleines mains dans leurs aliments, les promener sur la table, s'en barbouiller la figure, les introduire gloutonnement et les avaler sans se donner le temps ni la peine de les mâcher²¹¹.

L'idiot n'est pas doué d'appétit ou de sens gustatif, il dévore sans discernement et en dehors de toute notion de politesse ou de pudeur. Du symptôme, on passe ainsi à la faute morale. De là, on glisse parfois vers la déshumanisation de l'arriéré d'autant plus vif que le niveau d'arriération est sévère :

J'entends parler d'un homme qui a déjà été interné dans 7 établissements différents, d'où on l'avait toujours renvoyé. Je me demande s'il est possible à un homme de tomber aussi bas, en dessous de la bête même [...] On amène une femme d'un aspect horrible, un véritable monstre²¹². Son visage ne ressemble plus à une face humaine. Il est complètement asymétrique, on dirait que ce sont deux figures ou plutôt deux moitiés de figure, chacune orientée différemment. La personne est petite, une déviation de la colonne vertébrale accentue sa laideur. La peau est épaisse et jaune²¹³.

Alors que Bourneville entendait, par l'entremise de la photographie, inviter à ne pas considérer l'apparence parfois repoussante comme un critère de leur curabilité, ici c'est l'inverse qui se passe. L'« aspect horrible » des arriérés de l'établissement de Cernay motive la monstruosité qui leur est conférée. « Lorsqu'on les regarde, on prend la création en flagrant délit d'erreur et l'on se demande pourquoi l'existence a été infligée à ces créatures qui doivent rester closes dans un non-être

²⁰⁹ Archives APHP, Bicêtre, 6R-118, Registre d'observations médicales, Certificat du Dr Raoul pour le placement volontaire de Georges R., 12 février 1900.

²¹⁰ Archives APHP, Bicêtre, 6R-113, Registre d'observations médicales, Rapport du Dr Lemoine, 4 octobre 1889.

²¹¹ P. SOLLIÉ, *op. cit.*, p. 49.

²¹² A.S.C., CE 3M, Dossier 19 : « Lettres, rapports, comptes-rendus émanant d'autres personnes et concernant l'activité de l'institut », Louise Huber, « Le placement des enfants anormaux dans les trois départements recouverts », mémoire dactylographié, s.l., 1931, p. 28.

²¹³ A.S.C., CE 3M, Dossier 19 : « Lettres, rapports, comptes-rendus émanant d'autres personnes et concernant l'activité de l'institut », Louise Huber, « Le placement des enfants anormaux dans les trois départements recouverts », mémoire dactylographié, s.l., 1931, p. 28.

permanent », constate encore Joëlle Huber devant leur spectacle²¹⁴. Ce type de représentation prend racine dans une vision de l'arriéré qui outre le cours de la nature : elle est immonde au sens étymologique, comme l'évoque l'historien du handicap Henri-Jacques Stiker²¹⁵.

L'anthropologie remarque que le laid est souvent lié à une pensée de l'altérité, puisque ce qualificatif est attribué à « l'autre », à l'étranger, au non-familier. La laideur est un stigmaté en soi, comme l'a montré Erving Goffmann. Or c'est précisément de stigmaté dont il est question concernant la pratique des aliénistes de la fin du XIX^e et du début du XX^e siècle. La symptomatologie du retard mental mobilise fortement le regard du médecin. L'enjeu de ce regard est la découverte d'un ensemble de stigmatés diverses de la pathologie dont la mise en relation est conçue comme autant de preuves du processus de dégénérescence dans lequel s'inscrit l'arriéré. Et à ce titre, la « dégénérescence » que prouve la mise en évidence de l'arriération est liée à une interprétation tout à la fois morale et sociale dont se nourrit fortement la psychiatrie de l'époque et qu'il convient d'étudier maintenant.

3. *Une nosographie moralisante en France et en Allemagne (1890-début du XX^e siècle)*

Parmi les paramètres pris en compte dans le diagnostic psychiatrique concernant l'arriération, le comportement et la moralité au sens large apparaissent comme fondamentaux. Dans de nombreux dossiers, on a vu que certains comportements comme la tendance au vol, au mensonge, à l'onanisme, au vagabondage ou à l'homosexualité sont décrits comme des symptômes de l'arriération. Qui plus est, dans une part non négligeable des dossiers, l'intelligence des enfants ou adolescents est qualifiée de « normale » par les médecins, voire dans quelques cas de supérieure. On va montrer ici en quoi l'anormalité sur le plan du comportement et du respect de la moralité de l'époque est considérée en soi comme pathologique. Puis on développera l'hypothèse de cette forte emprise de l'attention aux mœurs dans le diagnostic des aliénistes et médecins par l'exemple d'une catégorie nosographique spécifiquement créée pour y classer les individus aux capacités cognitives normales, mais qui par

²¹⁴ M. DU CAMP, *op. cit.*, p. 367, cité par D.-M. BOURNEVILLE, *Histoire de la section des enfants de Bicêtre (1879-1892)*, Paris, Bataille, 1892.

²¹⁵ Cette évocation du « monstre » correspond précisément à la définition que donne qu'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire de la monstruosité dans son *Traité de tératologie* : « toute déviation de type spécifique, ou en d'autres termes, toute particularité organique que représente un individu comparé à la grande majorité de son espèce, de son âge, de son sexe, constitue ce qu'on peut appeler une anomalie. Le mot monstruosité a souvent été employé comme anomalie ». Cité par Henri-Jacques STIKER, *Corps infirmes et sociétés. Essais d'anthropologie historique*, Paris, Dunod, 1982, p. 286.

contre sortent du cadre moral attendu sur le plan moral. La catégorie de « l'imbécile moral » viendra ainsi clore le chapitre consacré au diagnostic autour de 1900 en nuancant encore une fois la scientificité de l'évaluation des niveaux d'arriération.

a) « L'intelligence paraît être normale » : la pathologisation des comportements « déviants »

Le niveau d'intelligence est loin d'être le seul critère d'évaluation dans les documents qui motivent l'admission dans des établissements destinés aux arriérés au début du XX^e siècle, et ce en France comme en Allemagne. Tout d'abord, le comportement sexuel est abondamment cité. En 1903, le Dr Charpentier, aliéniste travaillant à l'Asile clinique, certifie l'imbécillité de Jean A. Atteint d'attaques épileptiques, le médecin mentionne dans son procès-verbal que « cette forme de folie s'accompagne d'instincts vicieux, enlève au malade la conscience de ses actes, ne permet pas à ses patrons de le garder et nécessite son admission dans un établissement spécial pour enfants idiots et épileptiques » pour justifier la demande d'internement dans le service de Bicêtre. Mais dans le certificat établi pour lui à Sainte-Anne et qui établit que Jean est atteint de débilité mentale, le médecin ajoute que Jean est également atteint de « perversion instinctive [et] habitudes d'onanisme »²¹⁶. C'est aussi l'onanisme qui paraît motiver le placement à Bicêtre d'Abel G., interné en 1903 car il « paraît être atteint d'arriération mentale » selon le Dr Nageotte, son dossier ne mentionnant que le symptôme « d'excitation génitale ». De la même façon à Berlin, le médecin d'Elizabeth A. mentionne dans les antécédents servant à son admission dans l'*Idiotenanstalt* qu'elle « se masturbe très fort et dans aucune gêne »²¹⁷. Il insiste aussi sur le fait qu'elle « a des tendance à soulever les jupes des autres petites filles ».

Ensuite, un certain nombre de dossiers mentionnent de petits larcins, tels que quelques pièces dérobées dans le porte-monnaie maternel ou un « vol de groseilles » à Bicêtre. A propos de Lucien P., le rapport de Sainte-Anne mentionne le « vol de pomme de terre ». Il est qualifié de « débile mental avec perversions instinctives ». Le certificat de quinzaine de l'asile de Vaucluse précise :

Débilité mentale avec notions bornées, sait un peu écrire, à peine lire et compter. Perversions instinctives (kleptomanie, lacération de ses effets). Très réticent vis-à-vis de nous, se vante auprès des autres malades de ses vols et de ses vagabondages²¹⁸.

²¹⁶ Archives APHP, Bicêtre, 6R-119, Procès-verbal établi à la Salpêtrière par le Dr Charpentier, 16 juin 1903.

²¹⁷ „Onaniert sehr stark und ohne alle Scham“; „Hat Neigung, andere kleineren Mädchen die Röcke hochzuwickeln“, Landesarchiv Berlin, A Rep 0003-04-04, Dossier médical n°5577, Antécédent d'Elizabeth A., 22 novembre 1913.

²¹⁸ Archives APHP, Bicêtre, 6R-119, Certificat de quinzaine de l'asile de Vaucluse, 10 juillet 1904.

Il n'est pas rare que la description des larcins soit associée à celle de l'apparence des jeunes voleurs. Ainsi le rapport mentionne pour Lucien P. les « nombreux tatouages » sur son bras. D'une manière similaire, la description faite par Bourneville d'Alexandre P., « atteint d'arriération intellectuelle, d'instabilité mentale avec perversion des instincts » associe les mêmes éléments de la « kleptomanie » et des « tatouages sur les mains et les bras, qu'on est ainsi porté à considérer comme des critères du diagnostic. Réintégré à Bicêtre après une première fugue, la description d'Alexandre P. accumule l'évocation de toutes sortes de « tares morales ». Dans la description dressée par Bourneville en 1904 lors du retour du jeune homme dans le « service des idiots », il est paradoxal de constater qu'aucun élément n'est directement en lien avec l'intelligence de l'adolescent :

1ère condamnation pour vol en janvier 1904. Deuxième condamnation à 3 mois de prison pour vol en août 1904. Onanisme à partir de 8 ans. Rapports sexuels prétendus. Appétence alcoolique. Rentré 2 fois ivre. Ecolage très irrégulier. Instruction presque nulle. Apprentissages multiples. Rougeole vers 4 ans. Traumatisme à la tête à 11 ans. Etait agité, extravagant, tatoué²¹⁹.

Ce constat est général au sujet de la façon dont l'aliéniste considère l'arriération, mais il faut souligner que les certifications établies par les médecins non-spécialistes sont tout autant caractérisées par une hypertrophie des éléments en lien avec la morale et la déviance. Ainsi la description que fait le Dr Blaise en 1889 à propos de Georges L., âgé de huit ans et ensuite interné à Bicêtre, est un bon résumé de ce qu'on vient d'évoquer :

Est atteint d'asymétrie faciale avec mauvais instincts, perversion sexuelle, etc. Il ouvre les meubles chez ses parents, vole l'argent, fait des fugues, mendie le long des routes, s'est à plusieurs reprises fait ramasser pour vagabondage. Il y a 3 ans, s'étant emparé d'une bouteille de vin de gentiane, il en a bu jusqu'à ce qu'il fût gris²²⁰.

Une partie des enfants et jeunes adultes intégrés aux services pour arriérés présenteraient ainsi davantage des problèmes disciplinaires qu'intellectuels. Grâce à la lecture des registres d'observations médicales et des dossiers de patients, on remarque qu'une catégorie particulière leur est réservée : en effet, le diagnostic d' « imbécillité morale » est le plus souvent employé pour qualifier ces cas, plus rarement remplacé par l'expression de « débilité morale avec perversions instinctives ». Ainsi Marius J. est diagnostiqué imbécile en 1901. L'immédiat de Bourneville à Bicêtre mentionne qu'il est atteint d'arriération intellectuelle et d'imbécillité morale (perversion des instincts, fugues, violences) ». De la même façon, la préfecture de police certifie qu'il

²¹⁹ Archives APHP, Bicêtre, 6R-119, Rapport de Bourneville à l'admission d'Alexandre P., 24 juillet 1904.

²²⁰ Archives APHP, Bicêtre, 6R-113, Rapport du Dr Blaise, 23 mai 1889.

Est atteint de débilité mentale et probabilité d'accidents comitiaux vertigineux. Fugues répétées. Vagabondage instinctif. Asthénie morale le faisant rester indifférent à toutes les remontrances de ses parents. Actes de brutalité envers les animaux et violences envers l'un de ses camarades d'atelier. Aptitude au mensonge²²¹.

La mythomanie, la brutalité avec les animaux, le vagabondage ou les mauvais instincts sont d'autres traits qu'on retrouve de manière fréquente dans les observations médicales des asiles et sections pour arriérés, au point de motiver parfois l'arrêt de toute tentative éducative. A Cernay, Antoine B. est considéré comme éduicable, et pourtant retiré de l'Institut médico-pédagogique en raison de sa propension aux « mauvais coups ». Le Dr Stoeber décrit quelques-uns des aspects ayant motivé la décision :

A une fois tenté d'étrangler une sœur. Dans le dernier temps, a plusieurs fois déchiré sa literie, ses vêtements, éparpillé les plumes de son édredon, souillé sa chambre avec ses excréments. Masturbateur invétéré et incorrigible, qui exerce son vice sans aucune pudeur, devant n'importe qui et est sous ce rapport particulièrement dangereux, parce qu'il essaye d'entraîner ses camarades à des masturbations collectives²²².

Cette assimilation de l'immoralité et de la méchanceté à l'arriération n'est pas l'apanage des aliénistes. Les certificats médicaux des médecins sollicités pour des placements volontaires témoignent d'un vocabulaire à connotation fortement moralisante. Paul P., de son propre aveu adepte de l'onanisme et s'étant à l'occasion « essuyé le fondement avec les serviettes de ses parents » serait un « menteur animé de mauvaises intentions » dont les comportements sont explicitement qualifiés de « symptômes morbides » par le médecin de la famille P. « Il est certain que c'est un anormal qui a besoin d'être surveillé et étudié, surveillé car il serait capable de nuire à son entourage et à lui-même, étudié car il est à espérer qu'un traitement longtemps poursuivi pourra peut-être l'aider à le remettre sur la voie normale »²²³. Ainsi, la teneur moralisante des diagnostics se rencontre aussi bien chez les spécialistes de la santé mentale que chez les médecins classiques.

C'est pour étayer cette hypothèse mais aussi tenter d'affiner les différences qu'on peut noter de part et d'autre du Rhin que nous allons à présent aborder la genèse du concept d' « imbécile moral » et de sa dissémination outre-Rhin. Cette étude de cas nous servira à illustrer ce constat fait à travers les dossiers médicaux de patients d'une science médicale se servant largement de l'argument

²²¹ Archives APHP, Bicêtre, 6R-119, Immédiat de Bourneville à Bicêtre, 28 août 1901 et procès-verbal de la préfecture de police, 19 septembre 1901.

²²² Archives Cernay, 7M1 (dossiers personnels des malades), Carton 1937, lettres A-N, Certificat médical du Dr Stoeber au sujet du patient Antoine B., Cernay, le 7 octobre 1936.

²²³ Les termes soulignés sont ceux qui le sont dans le texte original. Archives APHP, Bicêtre, 6R-123, Registre d'observations médicales, Certificat du Dr Laval pour demander le placement volontaire de Paul P. dans le service des idiots de Bicêtre, 23 janvier 1914.

moral pour définir — et élargir — les catégories incluant tout ce qu'on regroupe dans les catégories relatives à l'arriération.

b) La catégorie nosographique de l' « imbécile moral » (*moralischer Imbezill*)

En France et en Allemagne, le concept d' « imbécile moral » est présent à la fin du XIX^e siècle. Il l'est dans les dossiers médicaux de patients comme on vient de le mettre en évidence par les descriptions cliniques qui aboutissent à ce diagnostic, mais aussi dans la littérature médicale secondaire. L'ouvrage de Paul Sollier intitulé *La psychologie de l'idiot et l'imbécile* est publié en 1890²²⁴. Le livre est écrit alors que l'auteur est interne au sein du service des idiots de Bicêtre dont il tire la plupart de ses exemples. Offrant un tableau différencié de ces deux catégories majeures, il est novateur en ce qu'il pose une césure fondamentale entre l'idiot et l'imbécile qui se joue non pas sur les aspects cliniques, mais sociaux et moraux. Après l'utilisation des sources de la pratique médicale, il nous paraît utile de mobiliser cet outil théorique car d'un part, l'ouvrage semble être l'un des premiers à poser ces catégories comme critère explicite dans le diagnostic de l'arriération. D'autre part, car certains travaux allemands d'histoire de la psychiatrie ont montré que cet ouvrage représentait le canal de transmission probable du concept d' « imbecillité morale » de la France à l'Allemagne²²⁵.

Selon Paul Sollier, l'idiot représente un être « extrasocial » car ses capacités presque nulles le rendent absent à toute participation à la société, conformément à l'étymologie du terme qui en fait un être fondamentalement « seul » (*idios* en grec). La caractérisation de l'idiot faite par l'interne de Bourneville rejoint les écrits déjà existant sur le sujet, en valorisant même les facettes attachantes de l'idiot comme les signes de joie qu'il manifeste à l'occasion²²⁶. En revanche, la catégorie de l'imbécile est décrite par Sollier comme un véritable « double négatif » de l'idiot dans sa nature même d'a-social et de véritable ferment de danger pour la société toute entière par les déviances morales auquel il est associé. En effet, l'imbécile se distinguerait de l'idiot en ce qu'il ressentirait la douleur physique — contrairement à certains idiots de haut grade indifférent à la chaleur, au froid ou à toute blessure même profonde — mais serait par contre indifférent à la douleur morale.

²²⁴ P. SOLLIER, *op. cit.*, .

²²⁵ Wolfgang JANTZEN, *Die Entwicklung des Begriffs Imbezillität als Beispiel des gesellschaftlichen Umgangs mit Minderheiten*, <http://bidok.uibk.ac.at/library/jantzen-imbezillitaet.html>, consulté le 7 août 2015.

²²⁶ L'idiot est décrit comme un être primitif, arrêté à un stade antérieur du développement. Ses organes sexuels sont ainsi atrophiés et sa fonction sexuelle entravée, tandis que ses sens sont émoussés (la douleur physique et morale est peu ressentie). Le rire est exceptionnel chez les idiots profonds, qui sont en général impassibles, craintifs, et chez qui les signes d'affection souvent superficiels et fonction de la quantité de friandise apportée selon Sollier. P. SOLLIER, *op. cit.*, p. 92-107.

L'énumération des sentiments ressentis ou ignorés par l'imbécile est particulièrement pertinente si on les confronte aux dossiers de patients évoqués plus haut. Sans affect, il oublierait ainsi la plupart des personnes, quand bien même il s'agirait de ses parents, les insulterait de manière grossière et perverse. Il se forcerait aussi à rire sans motif car « l'imbécile croit tout comprendre »²²⁷. Insouciant, il ne chercherait que le « plaisir sans discernement ». Instable et égoïste, il serait indifférent à tout sentiment d'amitié et ne chercherait que l'association intéressée pour « faire des mauvais coups ». Manifestant sa cruauté aussi bien sur les animaux que sur ses semblables, l'imbécile serait ignorant à tout sentiment de solidarité et se féliciterait d'une bagarre éclatant parmi ses camarades. Parfois fort peu craintif, il reste pourtant lâche²²⁸.

Mélangeant instincts et sentiments individuels et sociaux, cette description de l'imbécile représente un véritable « portrait-robot » de l'ennemi social par excellence. Sollier propose ainsi une description moralisante de la catégorie nosographique de l'imbécillité. Théorique, elle a pourtant ceci d'utile dans la pratique qu'elle permet de cataloguer tous les déviants au sens large comme un type particulier de l'arriération mentale identifiable dans les dossiers de patients sous le terme d'« imbécile moral » (*moralischer Imbezill*), ou à d'autres occasions en France de « débile mental à perversions instinctives ». Que Sollier ait été en France le premier ou non à aborder ainsi cet aspect de la différence entre idiot et imbécile importe peu ici. L'essentiel est de pointer comment l'ouvrage fait écho de manière remarquable à la conception de l'« imbécile moral » qu'on retrouve de manière semblable dans les sources françaises et allemande. A cet égard, l'aliéniste mentionne le paradoxe que représente d'intelligence de l'imbécile, qui est précisément de « se rapproche[r] de celle de l'homme normal ». Atrophiée pour certains, elle est « hypertrophiée » chez d'autres individus, mais pas sous tous les rapports. Là aussi, le parallèle avec nos sources pratiques est manifeste, dans l'outil

²²⁷ *Ibid.*, p. 104.

²²⁸ Laurence Guignard avait déjà fait une telle remarque concernant la période précédente, à partir des décisions des magistrats dans les procès d'assises. En effet, l'historienne perçoit « un glissement des interrogations sur les « facultés morales », exact synonyme des facultés intellectuelles, à un questionnement sur la moralité de l'accusé qui met en jeu des notions plus traditionnelles pour ces magistrats empreints de culture classique et de spiritualisme [...] Les incertitudes sur l'état mental et le degré de volonté de l'accusé laissent place à l'exploration de son degré de conscience, de son libre arbitre, liberté d'esprit ou liberté morale, de ses capacités à « discerner le bien du mal », toutes notions qui devant la loi permettent d'annuler ou le plus souvent de construire la culpabilité d'un criminel ». Les arriérés sont relevés par Laurence Guignard dans ce processus. Elle note que « les déficiences intellectuelles sont, dans le même temps, mises en question dans leur capacité à déresponsabiliser les accusés. L'idiotie ou l'imbécillité, jouxtant souvent la misère, avaient souvent été avancées pour susciter la pitié et justifier un acquittement. Dans les années 1850 au contraire, le thème du coupable « peu éclairé sans doute mais assez pour comprendre une mauvaise action et la moralité du châtement ». Laurence GUIGNARD, « L'expertise médico-légale de la folie aux Assises 1821-1865 », *Le Mouvement Social*, 2001, n° 197, n° 4, p. 57-81. Voir aussi l'ouvrage plus récent de Laurence GUIGNARD, *Juger la folie. La folie criminelle devant les Assises au XIX^e siècle*, Paris, Presses universitaires de France, 2010.

que cette catégorie représente pour légitimer même les cas internés selon le critère en apparence contradictoire d'une intelligence normale.

La traduction quasi-immédiate de l'ouvrage en langue allemande montre l'intérêt pour ce thème outre-Rhin. La première édition date de 1891, sous le titre *Der Idiot und der Imbezill*²²⁹. Cet ouvrage a un certain écho en Allemagne puisqu'il entraîne une importation rapide du concept qui est traduit littéralement par la catégorie de « débilité morale » (*moralischer Schwachsinn*) et le diagnostic d' « imbécillité morale » (*moralischer Imbezill*). Le thème de la morale avait déjà pénétré les nosographies psychiatriques allemandes avant Sollier. Les sources témoignent d'un intérêt fort de la psychiatrie allemande pour le thème de l'imbécillité morale : en 1888, l'aliéniste Heinrich Schüle classe parmi les « folies héréditaires des dégénérés » l'idiotie, mais aussi « l'insanité morale » dans la réédition de son « Traité clinique des maladies mentales » (*Handbuch der Geisteskrankheiten*). Deux ans plus tard, Richard von Krafft-Ebing bâtit lui aussi une nosographie comprenant à côté de l'idiotie et de l'imbécillité la « folie morale congénitale » dans son traité de psychiatrie clinique²³⁰. Sollier est cité dès 1893 à la « 7^e conférence des établissements pour idiots » (*7. Konferenz der Idiotenanstalten*), qui représente la tribune la plus importante de la prise en charge des arriérés en Allemagne²³¹. Ce concept particulier d'imbécillité devient aussi une référence pour les défenseurs des « écoles de perfectionnement » (*Hilfschule*)²³², sans que son ouvrage rencontre toutefois une adhésion unilatérale. Mais surtout, les écrits de Sollier sont au centre de la 10^e « conférence sur l'idiotie » de 1901, à propos de laquelle l'historien de la pédagogie spéciale Wolfgang Jantzen a démontré comment la modification du concept d'imbécillité qui est alors actée prend largement appui sur la description de l'imbécile faite par l'ancien interne de Bourneville. Réappropriée aussi dans un ouvrage consacré aux « Enfants faibles d'esprit » (*schwachsinnige Kinder*) au début du XX^e

²²⁹ P. SOLLIER, *op. cit.* Cette traduction rapide n'a rien d'anecdotique ou de commun. Pour d'autres auteurs français, des mécanismes de contre-tranfert semblent jouer. Ainsi la résistance à la pensée de Séguin (lui-même inspirateur de Bourneville, qui baptise en son nom un des pavillons de Bicêtre) est manifeste dans le milieu des aliénistes français, contrairement à l'Allemagne qui accueille les écrits de Séguin avec beaucoup plus d'enthousiasme, probablement du fait de sa plus grande ouverture aux travaux de nature pédagogique. Le premier à mentionner son oeuvre est le pédagogue Max Kirmsse en 1912 : contrairement à sa postérité extraordinaire aux Etats-Unis, Séguin reste méconnu en Allemagne. Ce n'est qu'en 2009 que son ouvrage est finalement traduit. Voir Winfried BÖHM, *Hauptwerke der Pädagogik*, Paderborn, Schöningh, 2009. Voir aussi Dagmar HÄNSEL, „Die „physiologische Erziehung“ der Schwachsinnigen: Edouard Séguin (1812-1880) und sein Konzept einer medizinischen Pädagogik“, *Freiburger Forschungen zur Medizingeschichte*, Fribourg, 1974.

²³⁰ J. ROUBINOVITCH, *op. cit.*, p. 39-40.

²³¹ W. JANTZEN, *op. cit.*.

²³² L'un commente : « Sollier nomme tous les imbéciles des antisociaux. Nous tenons cette position comme beaucoup d'autres des siennes pour partielle et exagérée. Une grande part de vérité s'y trouve néanmoins ». J. TRÜPER, *Psychopathische Minderwertigkeiten im Kindesalter. Ein Mahnwort für Lehrer, Eltern und Erzieher*. Gütersloh, 1893.

siècle²³³, l'approche de Sollier concernant l'imbécile « reste un modèle, un concept central par le biais de tous les aspects du dysfonctionnement moral » mis en exergue par l'aliéniste français d'après Jantzen. L'ouvrage de Sollier a pu avoir un impact en accentuant le lien entre arriération et amoralité, plaçant la focale sur l'immoralité de l'imbécile, et plus seulement du « fou » en général. Ainsi, une des premières évaluations de l'adaptabilité des idiots dans la société est publiée en 1906 en Allemagne avec un titre évocateur : « L'arriération morale » (*der moralische Schwachsinn*)²³⁴.

De plus, la traduction rapide et le succès du livre de Paul Sollier en Allemagne illustre l'attention qui existe entre les communautés scientifiques des deux pays, qui semblent sur ce thème aussi être davantage dans un rapport de communication que concurrentiel. Les aliénistes allemands lisent l'ouvrage d'un ancien interne de Bicêtre, qui a lui-même abondamment parcouru les auteurs anglo-saxons qui ont inspiré son ouvrage²³⁵. On retrouve d'ailleurs de manière précoce des idées semblables à celles développées par Sollier aux Etats-Unis. Dès le début des années 1880 apparaissent les expressions de « d'imbécile criminel » (*criminal imbecile*), de « délinquance d'attardé » (*defective delinquency*) ou de « dégénéré moral » (*moral delinquency*). En 1884, Isaac Kerlin, médecin-chef dans une institution américaine réservée aux faibles d'esprits (*feeble-minded*) ajoute à ces concepts la notion de « fous moraux » et divise en trois niveaux la faiblesse d'esprit, dont l'imbécile moral (*moral imbecile*), qu'il qualifie de « monstres moraux ». Sur le plan nosographique, Kerlin décrit la symptomatologie de ces « monstruosité morales » dont la principale caractéristique réside dans l'absence de volonté :

La volonté d'être autre chose que ce qu'ils sont ou de faire autrement que ce qu'ils font [...] Il y a [chez eux] une incapacité inhérente à reconnaître les requêtes des autres, qui sont les fondements mêmes du devoir, de la vérité, du respect de la propriété, de la prudence, de la discrétion et de toutes les vertus primaires des sociétés civilisées²³⁶.

Le constat des parallèles importants entre sphères nord-américaine, allemande et française dans le domaine de la santé mentale vient confirmer les approches récentes de l'histoire culturelle

²³³ Arno FUCHS, *Schwachsinnige Kinder, ihre sittlich-religiöse, intellektuelle und wirtschaftliche Rettung. Versuch einer Hilfsschulpädagogik*, 1922.

²³⁴ Heinrich SCHAEFER, *Der moralische Schwachsinn : Allgemeinverständlich dargestellt für Juristen, Ärzte, Militärärzte und Lehrer*, Halle, C. Marhold, 1906. Voir aussi Salina BRAUN, *Heilung mit Defekt: psychiatrische Praxis an den Anstalten Hofheim und Siegburg 1820-1878*, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 2009.

²³⁵ « La bibliographie de l'Idiotie, assez pauvre en France, très riche au contraire en Amérique et en Angleterre, est composée surtout de documents sur les causes, les classifications, les signes physiques, l'anatomie pathologie et l'éducation des idiots. On s'occupe peu du côté psychologique, ou on répète ce qui a été dit déjà, quoique en Allemagne on commence à étudier les troubles intellectuels de ces sujets ». P. SOLLIER, *op. cit.*, p. 2.

²³⁶ "The willpower to be other than they are or to do otherwise than they do [...] there is an inherent failure to recognize the claims of others, which is the foundation of duty, truth, respect of property, prudence, discretion, and all the primary virtues of civilized societies". Cité par James W. TRENT, *Inventing the Feeble Mind : a History of Mental Retardation in the United States*, Berkeley, University of California Press, 1994, p. 45.

croisée dans le domaine qui soulignent précisément l'internationalisme régnant dans la psychiatrie de 1900. Les travaux de Volker Roelcke, Paul Weindling et Louise Westwood insistent ainsi sur les transferts et les adaptations en terme de diagnostic et de thérapies psychiatriques, soulignant que ces idées ne circulent pas selon un modèle centre-périphérie, mais subissent des processus de mélange et d'hybridation²³⁷. Ces travaux récents

Indiquent un phénomène d'importance générale ; à savoir les liens croisés globaux à l'intérieur du domaine de la psychiatrie, qui transcendent les frontières nationales dans les premières décennies du XX^e siècle [...] Simultanément, à la fois les spécificités des caractéristiques locales ou régionales sont négligées, et en particulier le degré élevé de l'efficacité des interactions internationales dans la forme d'une attention mutuelle, de communications, coopération et même d'une dépendance résultant du flot de concepts, matériel et ressources humaines, sont marginalisés voire même ignorés²³⁸.

La mise en évidence du succès d'un concept très utilisé en France à la fin du XIX^e siècle constitue la preuve de la pertinence de « l'imbécillité morale » à désigner un « objet » crucial pour les aliénistes de l'époque. Cette catégorie nosographique représente un exemple de cet internationalisme d'une science psychiatrique qui communique et progresse selon des faisceaux d'influences mutuelles. L'évolution dans la classification de l'arriération recèle en cela une globalité : que ce soit en Allemagne, en France ou aux Etats-Unis, la façon de considérer une partie des déficients mentaux légers renvoie toujours à l'idée d'individus que ne rencontrent pas les exigences de la société. L'infirmité de l'imbécile morale serait en cela une incapacité sociale. L'idiot est incomplètement développé, tandis que l'imbécile l'est « anormalement », par ses instincts décrits comme « pervers ».

Ces affirmations sont soutenues à la fin du XIX^e siècle par la croyance que les relations entre êtres humains peuvent être réduites à des principes scientifiques, qui procèdent par analogie avec un « ordre naturel » perturbé tel que le décrit Sollier. Au début du XX^e siècle, un théoricien comme Goddard ne fait que reprendre ce terreau de crainte du danger des déficients mentaux légers, qui forment chez lui la catégorie des *morons*, regroupant débiles et imbécile dans une strate plus large qui, selon lui, fait passer à 2% la part des déficients dans la population contre 1% auparavant²³⁹. Or

²³⁷ Volker ROELCKE, Paul WEINDLING et Louise WESTWOOD (dir.), *International Relations in Psychiatry : Britain, Germany, and the United States to World War II*, Rochester, University of Rochester Press, 2010.

²³⁸ "Are indicative of a phenomenon of general importance ; namely, that of the comprehensive cross-linking within the field of psychiatry that transcended national boundaries in the first decades of the twentieth century [...] Simultaneously, both the specificities of local or regional features are neglected, and in particular, the high degree of effectiveness of international interactions in the form of mutual awareness, communication, cooperation, and even mutual dependance resulting from the flow of conceptual, material and personnel resources is marginalized or even ignored". V. ROELCKE, P. WEINDLING et L. WESTWOOD (dir.), *op. cit.*, p. 2.

²³⁹ L'idée d'une menace envahissant la société atteint ainsi un « pic d'hystérie » dans la conscience américaine entre 1910 et 1920 selon James Trent.

le danger semble encore plus grand car ces enfants ont une apparence normale. A la charnière du siècle, la question se pose dans les mêmes termes au sein de la plupart des pays industrialisés : « les déficients mentaux étaient-ils la plus grande source de vice humain, de la misère et de la corruption, altérant la fabrique sociale par leur stupidité amoral et leur promiscuité ? Ou étaient ils simplement des enfants perpétuels, qui avaient seulement besoin de joie et d'amour pour s'ajuster à un ordre social confus »²⁴⁰.

Ainsi, la clinique de l' « imbécile moral » atteste de la création par les psychiatres de la fin du XIX^e siècle d'une entité nosographique en grande partie basée sur des critères d'ordre moral. Le respect des valeurs de l'époque, le polissage social et le conformisme en terme de mœurs, d'occupation ou encore de sexualité sont au cœur de cette figure. Son rattachement à l'arriération mentale et l'infirmité physique est parlant : dans ses conséquences potentiellement pénalisantes pour la société, la déficience morale doit être identifiée, redressée et réduite. A ce titre, l'expression de « fou moral » qu'on trouve dans les écrits scientifiques de Magnan — mais qu'on a écarté car on n'a pas trouvé d'occurrence dans les observations médicales pratiques, sde manière remarquable — correspond à l'idée de l' « imbécile moral », mais qui serait cette fois appliquée à la maladie mentale en général :

Certains déséquilibrés du sentiment naissent conformés de telle sorte, que jamais ils ne peuvent s'assimiler les règles de morale en vigueur dans leur milieu habituel. S'ils les connaissent, ils ne les sentent jamais, elles ne répondent à rien dans leur esprit, c'est pour eux une langue qu'ils ne comprennent pas. Ces dégénérés, qui forment un groupe des plus intéressants, surtout au point de vue social, ont été justement qualifiés du nom de fous moraux.

Le retard « moral » semble ainsi inquiéter mais aussi fasciner les aliénistes. Si Magnan qualifie ces cas d' « intéressants », c'est sans doute parce que la compréhension des sentiments moraux restent un horizon non atteint pour l'aliénisme, ce qui lui confère d'autant plus de valeur. La manière dont l'aliénisme se sait de la question de la moralité a des enjeux pratiques qu'il faut aborder avant de clore ce chapitre.

²⁴⁰ “Were mental defectives the greatest source of human vice, misery, and corruption, staining the social fabric with their amoral, promiscuous stupidity? Or were they perpetual children, who only needed happiness and love to adjust to a confusing social order?”. J. TRENT, *op. cit.*, p. 141.

c) La construction d'un « anormal » à redresser

Autour de 1900, la classification envisagée dans cette optique semble opérer un glissement vers un point de vue social et non plus clinique chez les théoriciens de la déficience mentale. Les individus présentant un déficit surtout intellectuel souvent accompagné de stigmates somatiques en viennent à être qualifiés de plus en plus fréquemment du terme d' « inéducables ». Les catégories de la déficience légère — débilité mentale et aussi imbécillité — permettent ainsi de regrouper non seulement les cas légers d'arriération, mais aussi tous les individus dont le déficit porte sur des éléments de l'ordre du caractère et du sens moral faisant d'eux des êtres pervers, fainéants et dangereux, ou autrement dit asociaux.

Il apparaît en effet que certains des sujets placés dans des services pour arriérés présentent un niveau d'intelligence qualifié de « normal ». René R. est interné dans le service des idiots de Bicêtre sous le diagnostic d' « imbécillité avec impulsions violentes ». Pourtant, le certificat médical de sortie mentionne qu'il est « intelligent » mais « comme atteint d'arriération intellectuelle » de l'aveu même du médecin. Il ne doit en réalité sa sortie qu'au mauvais exemple qu'il représente pour les enfants du service. De la même façon, la description du de Lucien F. établie à son entrée en novembre 1910 par le Dr Nageotte, qui dirige alors le service, évoque elle aussi une intelligence « normale » :

Présente quelques malformations physiques, retard dans le développement de l'appareil génital, oreilles décollées, traces de rachitisme. L'intelligence paraît être normale. Dans un premier séjour à Bicêtre, l'enfant s'est montré assez indiscipliné, mais n'a présenté aucun trouble mental caractérisé.

L'absence de « trouble mental » chez un enfant interné dans un service destiné à des arriérés et où les places sont de surcroît rares paraît surprenant. Le fait que l'enfant n'ait pas de retard mental est d'ailleurs confirmé par le certificat de quinzaine de décembre 1910, qui relate que Lucien F. est « atteint de perversions instinctives avec intelligence sensiblement normale. Maintenir ». Et en effet, trois ans plus tard, ce dernier est toujours pris en charge dans le service des idiots de Bicêtre et qualifié par le nouveau chef de service, le Dr Roubinovitch, de « débile mental avec de nombreuses perversions instinctives ». Il est ensuite gardé dans le service des incurables pour des raisons morales et non cérébrales : « En raison de cet état doit passer dans la section des adultes »²⁴¹. Dans un contexte de surpopulation asilaire chronique, il paraît surprenant que des individus sans retard d'intelligence soient maintenus malgré tout dans des services réservés aux arriérés.

²⁴¹ Archives A.P.H.P, Bicêtre, 6R 120, Registre d'observations médicales de l'année 1910, Rapport de placement volontaire de l'enfant Lucien F., 1910-1913.

Pour comprendre ce paradoxe apparent, il s'agit de placer ce diagnostic moral fréquemment posé à propos de l'arriération autour de 1900 dans le contexte de la pathologisation des comportements considérés comme déviants et de ses enjeux pratiques. Ce processus est à l'origine de la transformation de l'arriéré en « anormal ». Cette tendance est connue pour le secteur de l'aliénisme en général, en particulier grâce aux travaux fondateurs de Michel Foucault. Le philosophe décrit en effet un mouvement d'« anomalisation » connu mais qui doit particulièrement retenir notre attention ici. Car c'est précisément dans la nature des diagnostics portés sur les enfants que Foucault situe l'origine de ce mouvement de pathologisation de la déviance qui va ensuite contaminer tout le champ de l'aliénisme :

La catégorie d'anomalie est une catégorie qui, dans l'ordre de la psychiatrie [...] n'a pas du tout au XIX^e siècle affecté l'adulte, elle a affecté l'enfant [...] Fondamentalement, au XIX^e siècle, c'est l'adulte qui est fou ; en revanche, celui qui est anormal, c'est l'enfant. L'enfant a été porteur d'anomalie, et autour de l'idiot, des problèmes pratiques que posait l'exclusion de l'idiot, on a constitué toute cette famille qui, du menteur à l'empoisonneur, du pédéraste à l'homicide, de l'onaniste à l'incendiaire — tout ce champ général qui est celui de l'enfant idiot²⁴².

Cette description correspond tout à fait à la catégorie particulière de « l'imbécile moral », qui apparaît dans les sources françaises et allemandes de manière quasiment simultanée. La « famille » théorique qu'évoque Foucault au sein du champ de l'enfant idiot, qui regroupe tous les individus pouvant être assimilés peu ou prou à des déviants ou à ce qu'on appellera dans l'entre-deux-guerres l'enfance en « danger moral », correspond dans les sources de la pratique à la catégorie des « imbéciles moraux », comme on a pu le voir dans des exemples concomitants en France et en Allemagne.

Or le danger moral attribué à l'arriéré par les médecins, ou déjà suggéré dans les descriptions des familles, a un enjeu tout à fait pratique. Michel Foucault émet d'hypothèse qu'à la fin du XIX^e siècle,

C'est à travers les problèmes pratiques posés par l'enfant idiot que la psychiatrie est en train de devenir quelque chose qui est non plus le pouvoir qui contrôle, qui corrige la folie, elle est en train de devenir quelque chose d'infiniment plus général et plus dangereux qui est le pouvoir sur l'anormal, pouvoir de définir ce qui est anormal, de le contrôler, de le corriger²⁴³.

Et en effet, pour tous les enfants et adolescents appartenant à la catégorie des « imbéciles moraux » et « débiles avec perversions instinctives », la description clinique est immédiatement

²⁴² M. FOUCAULT, *Le pouvoir psychiatrique*, op. cit., p. 219.

²⁴³ M. FOUCAULT, *Le pouvoir psychiatrique*, op. cit., p. 219.

suivie de mesures disciplinaires et correctrices. Paul H., diagnostiqué « débile mental avec excitation par intervalles, idées de richesses et de grandeurs, violences et injures », ne peut encore sortir du service de Bicêtre, non pour des motifs médicaux ou sociaux, mais bien de l'ordre du disciplinaire :

S'est amélioré notablement sous le rapport du caractère, de la tenue, il se salit moins, est moins débraillé, moins taquin, est devenu serviable, travaille bien à la gymnastique ; peu d'application aux exercices scolaires, ferait mieux s'il apportait plus de bonne volonté. L'amélioration obtenue permet d'espérer qu'il fera mieux et se perfectionnera encore, mais plusieurs années sont encore nécessaires. Signé : Bourneville²⁴⁴.

On retrouve le même type de remarque chez les médecins alsaciens. Par exemple au sujet Louise B., qualifiée de débile mentale, « a au surplus un langage malpropre, recherche la société masculine avec insistance et constitue un danger moral pour son entourage, n'étant pas à même de discerner la portée de sa conduite et agissant par impulsion instinctive »²⁴⁵. Ce certificat débouche sur le placement de l'intéressée dans une maison d'éducation pour redresser sa moralité, comme le précise le neuropsychiatre de l'institut.

On peut ainsi affirmer que l'anormalité et la déviance sont ainsi évaluées et façonnées « par la conception qu'en font les médecins et par le besoin du contrôle social qu'ils s'attribuent pour faire régner l'ordre public et assurer le bien être de la population »²⁴⁶. La question de la localisation de la « fêlure » propre aux arriérés prend de l'importance au moment où se cristallise la figure de « l'imbécile moral ». Sa tare ne s'exprime pas de manière visible — physiquement, mais aussi intellectuellement, puisque nombre d'entre eux sont décrits comme « très intelligents », mais sur le plan de la volonté et de moralité uniquement. Il s'agit d'aller « à la traque des fous lucides, des fous moraux » selon l'historien Claude-Olivier Doron. Il souligne en quoi ceux-ci sont décrits comme d'autant plus dangereux qu'ils ne paraissent pas fous et se mêlent à la société sans pouvoir a priori être repérés²⁴⁷. L'ouvrage de Magnan et Legrain consacré aux dégénérés en 1895 témoigne d'une crainte naissante de la présence d'une hérédité morbide même dans ce qui semble sain. Claude-Olivier Doron dans sa thèse montre comment au tournant du siècle, l'obsession de l'hérédité est telle

²⁴⁴ Les termes sont soulignés dans le texte. Archives APHP, Bicêtre, 6R-119, Registre d'observations médicales, Certificat de situation établi par Bourneville au sujet de Paul B., 28 mai 1903.

²⁴⁵ Le dossier cité concerne ici l'entre-deux-guerres, mais ce décalage avec la majorité des autres sources citées ici pour Bicêtre et Berlin (qui sont un peu plus anciennes) ne semble pas problématique puisqu'on constate une constance dans le discours médical dans l'entre-deux-guerres. Archives Cernay, 7M1 (dossiers personnels des malades), Carton 1927, lettres A-J, Certificat médical établi par le Dr Stoeber, Cernay, le 20 mars 1930.

²⁴⁶ Jean-Yves DUFORT, *La déficience intellectuelle au Québec entre 1867 et 1921 : De l'idiotie à l'arriération mentale*, Mémoire de maîtrise, Québec, 1998, p. 88.

²⁴⁷ Cette idée est déjà présente chez B.-A. Morel et Moreau de Tours qui remarquent dans les premiers stades de la dégénérescence « un état général de prédisposition tel qu'il peut rester latent et s'allier avec une excellente santé général », rendant le prétendu danger ainsi indiscernable. Cité par Claude-Olivier DORON, « Races et dégénérescence: l'émergence des savoirs sur l'homme anormal », Thèse, Paris, 2011, p. 1341.

qu'elle jette la suspicion sur l'ensemble de la lignée potentiellement pathologique. Germe d'un éventuel arriéré, cette hérédité morbide « peut se cacher partout, elle est presque insaisissable ; et pourtant, il faut d'autant plus la débusquer qu'elle peut produire une infinité de pathologies, dont les plus terribles ou les plus dangereuses : folie ou idiotie »²⁴⁸. D'ailleurs, l'apparente innocence ou la bonhomie les fait apparaître comme d'autant plus dangereux :

Les doigts dans la bouche, les yeux fermés, un pauvre idiot dodeline de la tête pendant des heures, tandis que son voisin se pavane dans un fauteuil, l'air heureux. « Ne vous y fiez pas – nous glisse un infirmier- il peut être très méchant et mord alors comme un chien »²⁴⁹.

L'imbécile moral représente ainsi un concept manié par les médecins qui leur a donné un outil qui permet de réguler la population asilaire. A l'inverse, l'ancrage de la déviance morale comme critère dans la psychiatrie de l'enfance semble avoir abouti à une utilisation de tels arguments pour faire interner le proche arriéré. La dissémination de ces idées est notable, et le chapitre 2 a montré que les familles se tournent parfois vers l'institution psychiatrique pour des questions de morale et de crainte de la contagion. Le classement de l'individu en « imbécile moral » ou « débile avec perversion instinctive » se rattache à toute une symptomatologie et des éléments pronostiques de dangerosité que l'entourage a intégré vers 1900 et qui lui sert de motif d'internement. Cette suspicion de dangerosité se trouve d'autant plus renforcée qu'elle est induite par le fonctionnement même de l'assistance aux aliénés, dont le mécanisme implique la certification de la dangerosité du malade mentale par l'autorité médicale. Logique institutionnelle et nosographique se rejoignent pour faire de l'imbécile ennemi social. Or une telle affirmation a valeur de « vérité » médicale en tant qu'elle est construite autour de la pathologisation des comportements déviants légitimée par l'autorité médicale du médecin. Tandis que l'apparence de l'idiot infirme ou mal-formé sert de signe anatomo-pathologique révélant sa nature de dégénéré, la potentielle dangerosité des retardés légers devient à cette époque une donnée progressivement assimilée par les familles. Ainsi « le discours psychiatrique, le discours qui naît donc de l'exercice du pouvoir psychiatrique va pouvoir devenir le discours de la famille, le discours vrai de la famille, le discours vrai sur la famille »²⁵⁰. Le discours médical est particulièrement apte à construire la dangerosité attribuée dès lors à l'arriéré, en tant qu'il sous-entend selon Foucault être détenteur, « sinon de la vérité dans son contenu, du moins dans tous les critères de la vérité » et de surcroît, de ses critères de vérification en

²⁴⁸ Claude-Olivier DORON, « Races et dégénérescence : l'émergence des savoirs sur l'homme anormal », Thèse, Paris, 2011, p. 1368.

²⁴⁹ A.S.C., CE 3M1, Dossier 19 : « Lettres, Rapports et comptes-rendus émanant d'autres personnes et concernant l'activité de l'institut », Article du *Journal de Cernay* : « Une visite à l'institut médico-pédagogique de St André (près Cernay) », signé P.H., Cernay, 21 avril 1934.

²⁵⁰ M. FOUCAULT, *op. cit.*, p. 96.

tant que savoir scientifique. « C'était à l'abri de ces deux discours que la pratique psychiatrique se développait, mais elle ne s'en servait jamais, ou elle ne s'en servait jamais, ou elle ne s'en servait que par référence, par un système de renvois, et, en quelque sorte, d'épinglage »²⁵¹.

Au final, on peut remarquer que cette catégorie est créée de toute pièce par les aliénistes de la fin du XIX^e siècle pour qualifier l'inadapté absolu. La figure de l' « imbécile moral », vagabond instable, sexuellement déviant, voleur et sournois s'oppose en tout point à l'être laborieux, stable, propriétaire, irréprochable moralement et manifestant des sentiments comme l'amitié, l'empathie ou la commisération qui fait figure d'idéal à l'époque²⁵². Les dossiers médicaux de patients comme les écrits théoriques des aliénistes illustrent ainsi la fonction de « gouvernement des corps » opérée par le corps médical qui se voit ainsi déléguer une biopolitique dans le domaine de l'aliénisme qui se fait le véhicule du « tu ne dois pas faire cela »²⁵³. L'arriéré, dans les discours comme la pratique, apparaît ainsi comme une antithèse de l'idée de progrès, qui sous-entend la perfectibilité que cette maladie vient précisément contredire. De plus, l'aspect moral qui entre en compte dans cette définition de l'arriération est une donnée importante, qu'on retrouvera dans le dernier chapitre.

Mais le regard médical, loin d'être un regard neutre, est aussi un regard qui est principalement organisateur. Il détermine où ira chaque arriéré dans l'établissement qui le prendra en charge, bien plus qu'il ne soigne l'arriéré. La vocation curative des médecins en contact avec les enfants et adolescents atteints d'arriération apparaît comme relativement réduite entre la fin du XIX^e et le début du XX^e siècle : aucun traitement n'existe, et son statut de maladie semble évoquer pour beaucoup un état en raison de la gravité de la pathologie. Pourtant, les actions existent, impulsées par ceux que la littérature nomme les « pionniers », et dont on a vu des exemples à travers Bourneville à Bicêtre ou Piper à Berlin. Le terme de « pionnier » ne pouvait être mieux choisi, tentant de se lancer dans un domaine vierge dans lequel nul autre médecin ne cherche à s'aventurer. Le regard sur l'arriéré, au-delà de la famille ou des médecins qui évoluent autour de lui, est donc polyphonique, mais surplombé par la logique institutionnelle.

²⁵¹ *Ibid.*, p.133.

²⁵² On retrouve en cela la figure du dégénéré tel qu'il est décrit dans la Clinique de la dégénérescence qu'on explore au chapitre 6. L'arriéré, aboutissement de la lignée dégénérée est à ce propos décrit par Armand Zalosyc comme le « chiasme » absolu, l'antithèse. Armand ZALOSZYC, « Eléments d'une histoire de la théorie des dégénérescences dans la psychiatrie française », Thèse, Strasbourg, 1975.

²⁵³ Cours de Michel Foucault au Collège de France : Naissance de la biopolitique, consulté en version sonore, <http://michel-foucault-archives.org/?Naissance-de-la-biopolitique> ; Voir aussi Paolo NAPOLI, « Foucault et l'histoire des normativités », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, vol. 60, n°4, 2014, p. 29-48 ; Corinne DELMAS, « Didier Fassin & Dominique Memmi, Le Gouvernement des corps », *L'Homme. Revue française d'anthropologie*, vol. 177-178, 2006, p. 556-558.

Or ce regard est amené à changer autour de 1910 : du diagnostic dont la finalité est en réalité uniquement pragmatique — l'affectation dans une section ou un pavillon précis de l'asile — on va passer à la montée en puissance de l'expertise d'un regard médico-cognitif. Le développement de la psychologie expérimentale à cette époque change en effet l'approche du regard sur l'arriéré, dont la portée prospective se renforce de manière considérable. Alors que Bourneville luttait encore autour de 1900 contre une vision entièrement déterministe de l'arriération, la question de l'évolution du patient va se trouver modifiée en profondeur par l'émergence d'une méthode nouvelle offerte au regard spécialiste. L'idée des premiers tests d'intelligence émerge dans plusieurs pays à partir d'un questionnement de nature non curative mais institutionnelle, c'est-à-dire qui admette dans un établissement pour arriérés. C'est en France que cet outil nouveau est développé pour la première fois de manière formalisée, connaissant un succès considérable qui va jouer un rôle de catalyseur de plusieurs tendances qu'on avait déjà pu constater dans le champ de la médecine mentale de la fin du XIX^e siècle.

Chapitre 4 : Mesurer et normaliser l'intelligence.

Naissance et diffusion de la psychométrie

On a pu voir dans le chapitre précédent les critères pris en compte par les aliénistes à la fin du XIX^e siècle pour établir un diagnostic d'arriération. En France comme en Allemagne, l'étiologie et les antécédents sont envisagés dans le cadre de la formulation d'un diagnostic. Celui-ci a une utilité toute pratique dans chaque établissement puisqu'il sert à assigner à chaque patient une place correspondant au plus près aux exigences et contraintes liées à sa pathologie. Le diagnostic se caractérise par la formulation de jugements de nature qualitatifs par un ou plusieurs médecins examinant le patient. Les catégories dans lesquelles chaque individu est assigné au sein de l'asile et qui qualifient le type d'arriération présentent des difficultés qui ont été mises en évidence dans les pages précédentes, mais qui restent liées à une description de la médecine comme « art » et non science. Le regard de l'aliéniste a une dimension statique, puisqu'il constate un état. En cela, les photographies des malades et leur utilisation pour objectiver la pathologie s'accordent avec le statique de l'institution asilaire qui implique un classement comme préalable à tout traitement.

La question du statique de l'institution est aussi celle de la guérison : dans le contexte de services progressivement congestionnés, l'enjeu devient l'anticipation par l'évaluation des fonctions et des capacités d'acquérir des connaissances, autrement dit le pronostic quant à l'éducabilité de chaque malade pris en charge. Cette anticipation du processus d'apprentissage et l'expertise possible à ce niveau donne lieu à une lutte de champs. Le classement aux critères flous des aliénistes suscite les critiques et les tenants d'une approche psychologique contestent les définitions de l'arriération posées par la science médicale. Discipline naissante à l'époque, sa construction se fait clairement en opposition à la démarche classificatoire des aliénistes. Le premier à élaborer un test d'intelligence formalisé utilisé dans le domaine de l'évaluation du retard mental au début du XX^e siècle est le psychologue Alfred Binet, resté célèbre pour cet instrument. Le travail du psychologue français est diffusé dans toute l'Europe, et fait notamment des émules en Allemagne où le test sera adapté sous le nom de Binet-Boberag, ainsi qu'aux Etats-Unis où il sera la principale source d'inspiration de Herbert H. Goddard, concepteur des premiers tests psychométriques outre-Atlantique. La diffusion rapide de cette méthode originellement née en France explique donc l'organisation de ce chapitre,

qui commence par le prisme français. Autour de 1910, la nouvelle discipline psychologique se bat pour imposer ses méthodes dans le champ de l'enfance déficiente. Ce combat procède d'une forte critique de l'approche psychiatrique du diagnostic qu'on a étudié dans le chapitre précédent. On se tournera ensuite vers l'étranger pour envisager la diffusion et la réinterprétation des instruments par les psychologues américains et allemands. Pour la France comme pour l'étranger, il ne s'agit pas de viser une exhaustivité impossible dans ce domaine qui a déjà été abondamment exploré, et ayant suscité des propos souvent polémiques¹. Ces débats s'expliquent notamment par les implications liées à la démarche du test, qui doit servir à déterminer à qui peut profiter l'apprentissage, c'est-à-dire littéralement « mettre à profit » les efforts investis dans la démarche éducative. Ce constat peut être fait du point de vue de l'éducateur, du médecin mais aussi de l'Etat, pour lequel la décision de dépenser de l'argent est en partie déterminée par l'utilité apparente des deniers concédés à une action telle que l'éducation des faibles d'esprit. Cette finalité implique le plus souvent une conséquence pragmatique liée à la logique de l'institution : entre école et l'asile, il faut trier entre les « éducatibles », qui peuvent avoir un intérêt thérapeutique par leur potentiel d'évolution, et les « incurables », pour lesquels on détermine qu'il n'y a plus rien à faire.

Dans un premier temps, il est nécessaire d'aborder les reproches d'Alfred Binet et son acolyte le psychiatre Théodore Simon à l'ensemble des aliénistes, afin de comprendre les postulats méthodologiques par lesquels la psychologie entend améliorer la méthode diagnostique mise en œuvre par la médecine mentale. La critique formulée permet non seulement de comprendre en quoi la mesure et l'objectivité ambitionnées au début du XX^e siècle sont représentatives de l'illusion heuristique de vouloir combler les insuffisances des aliénistes². La « méthode Binet-Simon » doit permettre la mise en œuvre d'un *modus operandi* neutre et reproductible pour classer chaque enfant par rapport à une norme qui serait en fait la moyenne. De ce fait, c'est à la définition même de la science que les psychologues font appel pour espérer aboutir à une définition générale et fixe de chaque stade d'arriération, bouleversant considérablement la conception du retard mental et la définition qui lui est assignée.

¹ Raymond E. FANCHER, *The Intelligence Men: Makers of the I.Q. Controversy*, New York, Norton, 1987.

² Dans l'analyse de cette rhétorique, on peut relire avec profit l'article de Bruno Latour dans les Actes de la Recherche en Sciences Sociales (ARSS). Le sociologue des sciences montre notamment que l'utilisation d'un registre agonistique permet de contester le droit de dire (qu'on pourrait qualifier d'autorité intellectuelle) de « l'adversaire » critiqué, conférant un « pouvoir de convaincre qui, par l'intermédiaire de la reconnaissance qu'il suscite, fonde à son tour un nouveau droit (professionnel) de dire ». Voir Bruno LATOUR et Paolo FABBRI, « La rhétorique de la science. Pouvoir et devoir dans un article de science exacte », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 13, février 1977, p. 81-95.

A. Identifier la limite entre intelligence « normale » et pathologique en France et en Allemagne

1. La nécessité de repérer les enfants « anormaux » entre école et asile, une conséquence de la démocratisation scolaire

On a pu voir dans le chapitre 2 qu'un certain nombre d'enfants arrivant dans les établissements pour arriérés sont admis après un passage par l'institution scolaire. Certains y arrivent pour des raisons purement médicales. Ainsi Marcel B. est interné à Bicêtre dans le service des idiots en raison de ses fréquentes crises d'épilepsie qui ont « entraîné l'exclusion de l'enfant de l'école »³. Néanmoins, ce cas de figure s'avère plutôt rare comparé à l'inadéquation croissante de beaucoup d'enfants avec les exigences scolaires. Parmi les motifs d'admission, le passage de l'école à l'asile figure ainsi en bonne place. Mais il est plutôt rare après 1900 qu'un enfant arrive directement de l'école à l'asile. Les dossiers administratifs montrent qu'ils passent par des structures intermédiaires.

a) En Allemagne, le recours à l'asile pour ceux dont le niveau est trop faible pour les *Hilfsschulen*

Le niveau scolaire trop bas est constaté dans la pratique de manière graduelle, par une descente de tous les échelons séparant l'école élémentaire classique de l'asile. A Berlin, Emil J. est d'abord scolarisé dans une école puis plus tard dans une *Nebenklasse* « sans succès »⁴, pour laquelle figure une attestation du médecin scolaire (*Schularzt*). Il fréquente ensuite l'établissement privé Bethanien avant de passer plus de cinq ans à Dalldorf à l'instigation de la *Deputation für die städtische Irrenpflege*. De la même façon, Rudolf C. a fréquenté une « école de perfectionnement » (*Hilfsschule*) avant son arrivée en 1913, mais son père indique lors de l'entretien qu'il demande le placement de son fils à l'*Idiotenanstalt* car « après un entretien avec la maîtresse d'école et monsieur le directeur et une période transitoire, la meilleure solution serait [de placer l'enfant] dans un asile »⁵.

³ Archives APHP, Bicêtre, 6R-126, Registre d'observations médicales, Procès verbal établi par le Dr Picard, octobre 1910.

⁴ Landesarchiv Berlin, A Rep 0003-04-04, Dossier médical n°5586, Antécédents d'Emil J. admis le 27 avril 1914 à Dalldorf à l'instigation de la *Deputation für die städtische Irrenpflege*.

⁵ Landesarchiv Berlin, A Rep 0003-04-04, Dossier médical n°5821, Lettre du père de Rudolf C. pour demander son admission à l'*Idiotenanstalt*, 10 février 1913.

L'étude des dossiers médicaux et administratifs permet donc de constater qu'une partie des enfants passent de manière graduelle par les différents échelons de l'institution scolaire avant d'être internés.

Les documents contenus dans le dossier permettent de saisir les justifications qui sont données par l'institution scolaire. Mme Raedsch, une institutrice berlinoise, demande d'abord une dispense d'enseignement (*Befreiung von Schulunterricht*) pour Herbert B. et un placement dans la 5^e *Hilfschule* qui doit l'accueillir « à l'essai » (*versuchterweise*) :

Les capacités de l'enfant — il n'en n'a en fait aucune — sont si réduites qu'une réussite est inconcevable. Tout ce qu'il a appris jusque-là, c'est écrire un « i » indiscernable qu'il place partout sauf sur la ligne. Il ne répond à aucune question, même aux plus simples. Il n'obéit pas aux avertissements, même quand je fais l'effort d'aller le plus loin possible et d'essayer de sortir quelque chose de lui [...] Ses contributions au cours sont dérangeantes, il rit souvent fort, se lève de sa place, cherche sa chemise à documents, la regarde, se couche sur le banc, gigote⁶.

Les motifs relèvent ainsi tant de capacités d'apprentissage que de discipline. Pourtant une fois dans la *Hilfschule* où il est placé après sa sortie de l'école communale, son « niveau » s'avère également insuffisant, c'est-à-dire que ses capacités s'avèrent en-deçà de celle que l'enseignant jugé nécessaire pour faire partie d'une telle classe. Son instituteur fait alors le rapport suivant :

Herbert B. fait l'impression d'un enfant nerveux et stupide [...] L'enfant ne comprend aucune question ni le contenu d'une demande à son égard. Il ne présente aucune connaissance par ailleurs. Son intelligence est si minorée que l'enfant ne fait aucun progrès dans une école de perfectionnement. Ses parents se plaignent et veulent son admission dans un asile pour idiots [...] Il doit être sorti du cours pour inaptitude mentale complète à la scolarisation⁷.

Les propos de l'instituteur montre en quoi la *Hilfschule* se différencie d'un simple service pour idiots : des connaissances minimales paraissent y être déjà attendues. Par ailleurs, le paramètre de la capacité à progresser, et donc à « profiter » au sens de mettre à profit l'enseignement qui y est

⁶ „Herbert B. Geboren 19.6.07, Sohn des Schlossers Max B. [...] ist versuchterweise der XIV Hilfschule überwiesen (1.4.16) die Fähigkeiten des Knaben – er hat eigentlich keine – sind aber ja gering, dass Erfolge nicht zu verzeichnen waren. Ein kaum erkennbares „i“ an irgendeiner Stelle, aber nie auf der Linie, ist alles, was er bisher gelernt hat. Auf keine Fragen gibt er Antwort, wenn sie auch noch so leicht sind; selbst seine Mahnung nennt er nicht, obgleich ich zuweilen mit ihm bis zu dieser gehe u. Dabei den Versuch mache, etwas aus ihm herauszufragen [...] sein Betragen für den Unterricht aber sehr störend ist – er lacht oft laut, steht auch, geht vom Platz, sucht auf falschen Plätzen dann seine Mappe, guckt sie aus, legt sich auf die Bank, zappelt u spielt unausdauerlich – Stelle ich den Antrag, ihn im Interesse der anderen Kinder bald vom Unterricht zu befreien“. Landesarchiv Berlin, A Rep 0003-04-04, Dossier administratif n°5842, Lettre de l'institutrice de Herbert B. à la XV^e *Hilfschule* de la ville de Berlin,

⁷ „Herbert B macht den Eindruck eines stupiden u überaus nervösen Kindes [...] Der Knabe versteht keine Frage und vermag auch den Inhalt einer Aufforderung nicht zu erfassen. Weitere Kenntnisse und auch Fähigkeiten sind nicht vorhanden. Die Intelligenz ist derart herabgemindert, dass der Knabe z. Z. (sic) einer Hilfschule gar keine Fortschritte machen würde. Es sollte ihn der Idiotenanstalt zuzuführen, weigern sich die Eltern. Es dürfte angebracht sein, den Herbert B. wegen geistiges gänzlicher Schulungsfähigkeit vorläufig (noch) auf ein Jahr von der Teilnahme an jeglichen Schulunterricht zu befreien“. Landesarchiv Berlin, A Rep 0003-04-04, Dossier administratif n°5842, Lettre de M. Herbel, instituteur de la XIV^e *Hilfschule*, 30 mars 1914.

dispensé est aussi au centre du mécontentement affiché par le professeur. Emil J. entre lui à l'école communale à 6 ans où il n'arrive pas à suivre le cours. Son instituteur le décrit comme un enfant « très méchant » (*boshaftig*) et prenant « tout ce qu'on lui donne ou qu'il reçoit et le jette ou frappe avec ». Il aurait « à l'âge de 6 ans et demi jeté un enfant dans la Spree », le fleuve arrosant la ville de Berlin, en invoquant ensuite le motif que son camarade de classe « voulait lui prendre sa veste »⁸. Il est alors exclu de l'école et placé en *Hilfschule*, d'où il est également retiré car il aurait tenté de mettre le feu à un cahier en pleine leçon. Au moment de son admission à Dalldorf, la mère rapporte que, de retour chez ses parents, son fils est surpris entrain de voler dans son porte-monnaie de la mère pour s'acheter des allumettes, ce qui est rapporté comme un motif supplémentaire du besoin d'internement de l'enfant dont l'enchaînement des comportements considérés comme inadéquats le mènent au total de l'école communale au service pour « idiots » d'un asile.

Comme dans d'autres pays européens, la démocratisation scolaire est l'un des facteurs de la mise en place par le *Reich* allemand dès le dernier tiers du XIX^e siècle de structures scolaires spécifiques pour les débiles mentaux, les *Hilfschulen*⁹. Prenant en charge les « enfants arriérés éducatifs », ces écoles dont la première naît à Dresde en 1867 sont majoritairement urbaines. Elles ont pour vocation d'accueillir une partie des écoliers suivant des cours dans des instituts pour idiots, mais aussi de résoudre le problème de l'hétérogénéité de classes des écoles communales parfois surchargées¹⁰ :

Les villes allemandes qui avaient créé des écoles de perfectionnement au début de ce siècle constituèrent un pôle d'attraction pour les visiteurs étrangers et l'Allemagne servit d'exemple et de modèle pour différents pays quant à la scolarisation des enfants retardés ou arriérés¹¹.

La création de ce type de classes n'est pas exempte de débats en Allemagne, auxquels participe activement Hermann Piper qui rejette cette structure selon lui inutile¹². Les *Hilfschulen* se

⁸ „Nimmt alles, was er gerade hat oder bekommt, und schlägt und werft damit“ ; „Hat im Alter von ½ 6 Jahren (24.7.1913) ein Kind in d. Spree geworfen, weil er ihm d. (sic) Mütze weggenommen hatte. Der Knabe (2 Jahre jünger) wurde gerettet“. Landesarchiv Berlin, A Rep 0003-04-04, Dossier médical d'Emil J., Antécédents d'après la mère.

⁹ La traduction française est « écoles auxiliaires » ou plus souvent « écoles de perfectionnement », mais leur équivalent sont plutôt les écoles de perfectionnement. Sur cette question qui implique une connaissance de la situation allemande pour saisir en quoi la France propose un modèle différent, voir Dominique LERCH et Jean-Thomas SCHMIDT, « Aux origines de l'enseignement spécialisé en Alsace : les *classes auxiliaires* à Strasbourg de 1889 à 1919 », *Handicap*, N°105-106, Janvier - juin 2005, p. 7-19.

¹⁰ Parmi les autres facteurs, la mise en place d'une législation sociale allemande avec par exemple l'interdiction du travail des enfants en 1891 et celle des écoles d'usines dès 1894. Sur les débats, voir les chapitres 1 et 2. Voir Sieglind ELLGER-RÜTTGARDT, *Geschichte der Sonderpädagogik: eine Einführung*, München, Reinhardt, 2008, p. 152-153.

¹¹ Sieglind ELLGER-RÜTTGARDT, « La scolarisation d'enfants arriérés et handicapés mentaux en France et en Allemagne : étude historique comparative », *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, vol. 4, n°2, décembre 1993, p. 153.

¹² Plusieurs articles rédigés par Hermann Piper sont proposés dans le volume suivant et mis en parallèle avec ceux de son principal opposant sur la question, à savoir Max Kielhorn, voir Georg ANTOR et Ulrich BLEIDICK, *Handlexikon der*

développent néanmoins et on en dénombre une trentaine au début des années 1890, ce qui explique pourquoi on trouve souvent dans le parcours des enfants de Dalldorf le passage préalable par une classe de perfectionnement. Pour ceux ayant un retard mental léger, c'est ainsi graduellement que ce fait leur éviction de l'institution scolaire.

b) En France, un phénomène similaire mais diachronique

On peut faire un constat similaire à Bicêtre, mais de manière décalée. En effet, l'étude des parcours des enfants arrivant dans le service des idiots entre 1883 et la Première Guerre mondiale pour un motif de trop faible niveau scolaire permet de voir que ce n'est qu'à la fin de la première décennie du XX^e siècle que cette raison commence à être invoquée. On la trouve de manière particulièrement récurrente dans les sources de la pratique des années 1909 et 1910. Ainsi, Louis K. arrive dans le service de Bicêtre en 1910 car il « est atteint d'imbécillité avec incapacité absolue d'apprendre quoique ce soit dans les écoles ordinaires », comme le mentionne le répertoire d'observations médicales de l'établissement concernant le motif d'admission¹³. Jean M. est admis la même année en raison de « l'insuffisance manifeste des notions scolaires » et un comportement qui « rend impossible son éducation dans les conditions normales ». Le procès verbal affirme sans détour que pour ces motifs, « on ne veut plus le garder à l'école et il est nécessaire qu'il soit placé dans un établissement spécial »¹⁴. En 1911, un arrêté de placement d'office est pris pour André L. qui, âgé de 7 ans, « n'a pu être conservé à l'école à cause de son agitation »¹⁵. Les familles sont toujours obligées de se tourner vers des institutions privées lorsque l'école publique classique ne veut plus de leur enfant, comme c'est le cas pour Fernand C. dont le retard mental est vraisemblablement faible :

Il a marché à 1 an, mais n'a couru que très tard ; Il n'a jamais uriné au lit. Mis d'abord à l'école communale, il n'a pu apprendre qu'avec beaucoup de difficultés ; il a été ensuite successivement dans une école privée, dans une pension comme interne. Il était très distrait, paresseux, il ne faisait que de simples progrès¹⁶.

Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis, Stuttgart, Kohlhammer, 2006. Pour davantage de détails sur la position défendue par Hermann Piper et les débats relatifs à la mise en place des *Hilfsschulen* en Allemagne, voir Sieglind ELLGER-RÜTTGARDT, « Geschichte der heil- und sonderpädagogischen Institutionen im schulischen Bereich », in *Inklusion in Schule und Unterricht : Wege zur Bildung für alle*, Stuttgart, Kohlhammer, 2012, p. 27-79.

¹³ Archives APHP, Bicêtre, 6R-126, Registre d'observations médicales, Procès verbal du 14 avril 1910 concernant l'enfant Louis K.

¹⁴ Archives APHP, Bicêtre, 6R-126, Registre d'observations médicales, Procès verbal du 11 mars 1910 concernant l'enfant Jean M.

¹⁵ Archives APHP, Bicêtre, 6R-126, Registre d'observations médicales, Arrêté de placement d'office concernant l'enfant André L., 4 janvier 1911

¹⁶ Archives APHP, Bicêtre, 6R-127, Registre d'observations médicales, Procès verbal concernant l'enfant Fernand C., 21 juillet 1912.

On voit que hormis la mention de la course tardive, aucun détail ne semble avoir empêché les parents de Fernand d'inscrire leur enfant à l'école communale. C'est une fois dans la classe que des difficultés de différents ordres se révèlent par l'incapacité décrite à se conformer à un niveau et à un fonctionnement exigés. L'enfant suit alors un parcours classique : envoyé d'abord dans le secteur privé, il en est rejeté pour des questions d'assiduité et de discipline, et finit de ce fait par entrer dans le « service des idiots » de Bicêtre. Il est remarquable que la multiplication des remarques en lien avec l'échec scolaire apparaisse dans les motifs invoqués pour être admis à Bicêtre au moment même où est créé l'équivalent français des *Hilfschulen* en 1909. En effet, c'est précisément au début du XX^e siècle que le Ministère de l'éducation crée une commission dont l'objectif est d'arriver à ce qu'aucun écolier ne soit sorti de l'enseignement « normal » et mis dans une « classe de perfectionnement » sans qu'il ne soit soumis à un examen médico-pédagogique¹⁷. Alors que le diagnostic des personnes atteintes d'une infirmité physique telle que la cécité ou la surdi-mutité ne pose que peu de problèmes en terme de définition, il n'en va pas de même pour les anormaux du point de vue de l'intelligence. La question des enfants atteints de retard mental, et du tri de ceux qui seront sortis de l'institution scolaire classique représente un enjeu par rapport à la mesure de la démocratisation scolaire. Conçue comme générale lorsqu'elle est mise en place, son caractère « universel » fait justement émerger le problème des « enfants anormaux » au début du XX^e siècle, faisant ainsi entrer de nouveaux individus dans ce que l'aliénisme définissait jusque-là dans sa nosographie¹⁸.

Certains contemporains relèvent vite le lien qui s'établit entre démocratisation d'une institution républicaine et émergence d'une catégorie d'exclus de fait du processus. Par exemple, le Dr Chavigny remarque en 1909 l'existence d'un tel processus tant pour l'armée que pour l'école :

L'étude des débiles n'a pris en pédagogie toute son importance qu'à une époque récente, avec la loi sur l'instruction obligatoire, avec la période des déceptions de cette loi, quand on s'est aperçu que tous les sujets n'étaient pas également aptes à profiter de l'instruction qu'on leur donnait. Dans l'armée, cette étude ne s'est imposée qu'avec l'application du service

¹⁷ « Cette commission, dans plusieurs séances, a réglé ce qui est relatif au type d'établissement à créer pour les anormaux, aux conditions de leur admission dans ces écoles, au personnel enseignant, aux méthodes pédagogiques. Elle a décidé qu'aucun enfant suspect d'arriération ne serait éliminé des écoles ordinaires et admis dans une école spéciale sans avoir subi un examen pédagogique et médical attestant que son état intellectuel le rend inapte à profiter, dans la mesure moyenne, de l'enseignement donné dans les écoles primaires ». Alfred BINET et Théodore SIMON, *Sur la nécessité d'établir un diagnostic scientifique des états inférieurs de l'intelligence*, Paris, Masson, 1905.

¹⁸ Tout comme celle des sujets qui d'un point de vue physique ne se trouvent pas dans les conditions normales pour recevoir l'enseignement commun : les aveugles et les sourds-muets. En tout, 5 catégories sont définies comme devant être dénombrées : 1° Aveugles, 2° Sourds-Muets, 3° Anormaux médicaux, 4° Arriérés, 5° Instables.

obligatoire compliqué par une instruction intensive (service plus court). Partout le débile devient d'autant plus insuffisant qu'on multiplie ses obligations¹⁹.

De fait, la France arrive bien après l'Angleterre, l'Allemagne, la Suisse ou le Danemark en ce qui concerne la création d'institutions scolaires destinées aux déficients mentaux. La démocratisation de l'enseignement représente un enjeu majeur pour la III^e République avec les lois Ferry et Paul Bert²⁰. Par contre, cette législation instituant la scolarité obligatoire pour tous ne mentionne à aucun moment le cas des enfants arriérés ou idiots. Ignorés par le législateur, aucune mesure pratique n'est prise alors pour systématiser leur instruction de manière obligatoire, qui dépend des initiatives privées. Un des principaux facteurs pouvant expliquer cette diachronie réside dans l'existence, contrairement au cas allemand, d'une tutelle psychiatrique sous laquelle se trouve la population des arriérés :

Le handicap mental dut, contrairement aux handicaps visuel et auditif, s'extirper du milieu psychiatrique de l'époque avant que l'on puisse parler d'éducation. Esquirol, fondateur de la clinique et de la nosographie psychiatriques françaises, à l'origine aussi des institutions psychiatriques de notre pays, disait que l'idiotie commence avec la vie et qu'ensuite il n'y a plus de changement possible²¹.

Pendant longtemps, ni l'Etat, ni les communes ne s'intéressent donc à la question des classes pour arriérés légers²². Néanmoins le processus de massification de l'enseignement constitue un défi pour l'institution scolaire du simple fait d'une généralisation des attentes de l'école, comme le rappelle Hervé Guillemain :

Après l'adoption de la loi d'obligation scolaire de 1882, l'intégration dans les classes d'enfants incapables de se soumettre aux nouvelles exigences de l'institution crée de fait une catégorie d'inadaptés bientôt considérés comme des anormaux scolaires. La réflexion sur le tri institutionnel des enfants, à laquelle les médecins et les psychologues contribuent, conduit à la création de nouveaux outils au début du XX^e siècle, dont le fameux test Binet-Simon

¹⁹ L'école et l'armée sont deux institutions où émerge particulièrement l'idée de norme, et dans les sources le parallèle entre les institutions est souvent indiqué, aussi bien dans sa dimension chronologique individuelle, c'est-à-dire en tant qu'étapes de la vie, qu'historiquement, puisque qu'elles sont généralisées à l'ensemble d'une classe d'âge successivement. Paul CHAVIGNY, « Les débilés intellectuels, leur situation dans l'armée », in *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 4, n°11, 1909, p. 409.

²⁰ En mettant en place des principes devant démocratiser l'école : obligation scolaire avec en retour la responsabilité pour l'Etat de créer une école dans chaque commune, gratuité de l'enseignement et enfin laïcité.

²¹ Remy BUTTERLIN, « Contributions à l'histoire des grands courants confessionnels et laïques en Alsace dans le travail éducatif et social du Moyen Age au XX^e siècle », in *Actes du Colloque du CNAHES, 1^{er} juin 2002, Centre Européen de la Jeunesse à Strasbourg*, 2003, p. 34.

²² Yves Pélicier et Guy Thuillier relèvent un fait parlant : l'absence de statistiques du Ministère de l'Intérieur français sur la population des déficients intellectuels. A propos de l'enseignement spécialisé, l'historien de l'éducation Jean-Noël Luc évoque ainsi de « la statistique impossible » car « il faut attendre la fin des années 1950 pour trouver, dans les publications statistiques officielles sur le premier degré, des informations relatives aux classes spécialisées ». Jean-Noël LUC, *La statistique de l'enseignement primaire, XIX^e-XX^e siècles, politique et mode d'emploi*, Paris, Economica, 1985, p. 199.

destiné à évaluer le niveau d'intelligence des enfants scolarisés ainsi que la création (encore théorique) des classes de perfectionnement²³.

Ce besoin d'outils de tri lié à la diffusion de l'égalitarisme déjà remarqué par Georges Canguilhem entraîne mécaniquement « la pratique généralisée de l'expertise, au sens large, comme détermination de la compétence »²⁴. Les moins capables doivent alors être affectés dans des structures adaptées. De telles écoles de perfectionnement sont créées en France après un travail de la commission Bourgeois qui aboutit à la loi du 15 avril 1909²⁵. Ceci explique l'écart constaté entre les deux pays sur ce plan : en 1912, il existerait dans 305 villes allemandes 1670 classes prenant en charge 34 300 élèves arriérés contre seulement trente classes de perfectionnement accueillant 720 élèves en France. Cet engouement très limité s'explique notamment par « la liberté des communes et départements pour créer ou non des classes de perfectionnement et des écoles autonomes pour les arriérés des deux sexes [qui] a restreint excessivement l'application de la loi »²⁶. L'Alsace constitue à cet égard une exception à son retour à la France en 1918 puisqu'elle bénéficie des structures créées pendant la période allemande²⁷.

Pour autant, l'enjeu pratique existe en France autant qu'en Allemagne à partir du début du XX^e siècle d'identifier non plus maintenant les arriérés en tant que catégorie globale, mais de trouver une technique permettant de différencier les cas de retard mental léger, qui pourraient eux être admis dans une classe de perfectionnement, des cas considérés plus graves et qu'on réserve le plus souvent à l'asile. C'est ce qu'ambitionne de faire la jeune discipline de la psychologie, afin d'améliorer un diagnostic qui ne semble pouvoir être posé de manière précise par la médecine mentale :

Il est d'une utilité capitale de réserver les écoles d'anormaux aux anormaux perfectibles [...]. Il vaudrait mieux remplacer le terme de perfectible par la phrase suivante, plus précise : capables d'arriver à gagner partiellement leur vie [...]. Conséquemment, on ouvrira toutes

²³ Hervé GUILLEMAIN et Stéphane TISON, *Du front à l'asile. 1914-1918*, Paris, Alma Editeur, 2013, p. 100-101.

²⁴ Georges CANGUILHEM, « Qu'est-ce que la psychologie? », in G. CANGUILHEM, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, Paris, Vrin, 1968, p. 376.

²⁵ La loi met en place deux types d'écoles de perfectionnement : celles annexées aux écoles publiques et d'autres autonomes. On s'autorise ici à rester bref sur le sujet puisqu'en réalité, peu sont créées car elles doivent l'être sur demande de la commune ou du département. Le contexte de ces débats n'est pas sans lien avec l'affranchissement de l'éducation spéciale de sa tutelle asilaire en France, ce qu'on abordera dans le chapitre 4. Sur le travail préliminaire de la Commission Bourgeois, voir Monique VIAL et Marie-Anne HUGON (dir.), *La commission Bourgeois (1904-1905) : documents pour l'histoire de l'éducation spécialisée*, Paris, Éd. du CTNERHI, 1998.

²⁶ Georges HEUYER, *Enfants anormaux et délinquants juvéniles. Nécessité de l'examen psychiatrique des écoliers*, Paris, G. Steinheil, 1914, p. 17.

²⁷ L'Alsace bénéficiant de la mise en place de l'obligation scolaire dès 1871, plusieurs *Hilfschule* y sont ouvertes à Mulhouse en 1895, à Strasbourg en 1897 et à Colmar en 1903. On s'inspire dans la région des exemples suisse et allemand : « M. Reuschert, directeur de l'Institut protestant des Sourds-Muets de Strasbourg-Bruckhof, publie en 1895 une brochure de huit pages intitulée 'Nos Faibles', (*Unsere Schwachen*) et y rapporte ses impressions de visite dans divers établissements et institutions allemands ou suisses et sa propre expérience avec ses élèves sourds-muets. Il préconise l'ouverture de petites écoles, voire d'internats pour des *Nachzügler* c'est-à-dire des 'attardés' », in D. LERCH et J.-T. SCHMIDT, *op. cit.*, p. 9.

grandes les portes de l'école aux débilés, et au contraire on les fermera aux idiots [...]. Pour cela, il faudra déterminer dans quelle mesure et au pris de quels efforts un imbécile peut être instruit au point d'apprendre par exemple à lire²⁸.

Dans une optique utilitariste, la préoccupation grandit au début du XX^e siècle d'éviter d'investir du temps dans les cas considérés comme « incurables » afin de réserver l'éducation aux arriérés susceptibles de progrès. Ainsi l'enjeu est tout à fait pratique ici : il s'agit de faire le tri entre sujets destinés à l'asile, et les autres réservés à l'école. La psychologie forge un outil au service de cette ambition de mesurer l'intelligence pour orienter au mieux les individus dont la place est problématique entre l'école et l'asile, et ce dans une posture opposée à l'approche qui est celle des aliénistes d'alors.

2. « *Le vague de leurs formules révèle le vague de leurs idées* »²⁹ : la psychométrie comme réponse à l'aliénisme

La naissance de la psychologie en tant que discipline se fait à la fin du XIX^e siècle en France. Parmi les différentes branches qui la composent, la psychologie dite individuelle va tôt s'intéresser aux limites du diagnostic et de l'évaluation de l'intelligence tels qu'ils sont formulés par la psychiatrie³⁰. Cette préoccupation surgit dans le champ de la psychiatrie en réponse à une demande institutionnelle de tri scolaire, mais qui se fait en forte réaction à la discipline psychiatrique. Dans un article de 1905, Binet et Simon mettent en cause directement le chef du service des idiots, mettant en cause tant ses réalisations dans le service que la façon dont l'aliéniste classe ses patients de Bicêtre :

En synthétisant les diagnostics portés par M. Bourneville sur ses malades, quand ceux-ci sortent de Bicêtre, on trouve que, dans l'espace de quatre ans, il n'est sorti de son service que 2 individus atteints de débilité mentale, alors que le service de l'admission a dû lui en envoyer pendant ce laps de temps plus de 30. Rien ne montre mieux que ce changement d'étiquette le désarroi des nomenclatures³¹.

Les auteurs distinguent deux grands types de nosographie en vigueur dans la psychiatrie de l'époque : les classifications « anatomo-pathologiques » ou « étiologiques » d'une part, les

²⁸ Alfred BINET, *Ecrits psychologiques et pédagogiques*, Toulouse, Privat, 1972, p. 89-94.

²⁹ A. BINET, *op. cit.*, p. 178. Par une formule proche, Binet et Simon critiquent ce que Nicolas Boileau pointait déjà du doigt au Grand Siècle : « Selon que notre idée est plus ou moins obscure, /L'expression la suit, ou moins nette, ou plus pure. /Ce que l'on conçoit bien s'énonce clairement, /Et les mots pour le dire arrivent aisément ».

³⁰ Pour une histoire synthétique de cette nouvelle discipline en France, voir Jacqueline CARROY, Annick OHAYON et Régine PLAS, *Histoire de la psychologie en France : XIX^e - XX^e siècles*, Paris, La Découverte, 2006.

³¹ Alfred BINET et Théodore SIMON, *Sur la nécessité d'établir un diagnostic scientifique des états inférieurs de l'intelligence*, Paris, Masson, 1905, p. 165.

« classifications symptomatiques » d'autre part³². Les premières sont illustrées par l'exemple du travail de Bourneville pour trouver une origine organique aux cas d'arriération profonde et d'épilepsie³³. La seconde correspond aux diverses classifications et terminologies élaborées par les aliénistes tout au long du siècle précédent. De Pinel à Sollier, en passant par Belhomme, Voisin ou Séguin, les auteurs les détaillent et les confrontent à des exemples étrangers, allemands et anglais essentiellement³⁴. Cette démarche n'a pas une finalité simplement documentaire. L'énumération de nosographies dont aucune n'est effectivement semblable à l'autre est d'autant plus remarquable qu'aucune d'entre elles ne fasse véritablement autorité. Elle a en définitive comme but d'interpeler tout lecteur sur la labilité et la diversité des concepts utilisés par les aliénistes, tels qu'on l'évoquait déjà dans le chapitre précédent³⁵.

Pointer cette inaptitude propre à la médecine mentale de cerner l'arriération et ses degrés a un enjeu précis pour Binet. Il s'agit de justifier le nécessaire recours à une autre démarche diagnostic, une alternative qui ne serait pas une pratique « au petit bonheur », d'après sa propre expression³⁶. Pour lui « la classification de l'idiotie est une classification clinique à faire par la psychologie », refusant ainsi à la médecine mentale son monopole sur la question³⁷. La démonstration, tournant souvent en dérision les propos des aliénistes spécialistes de l'arriération, même si elle s'avère toujours biaisée et railleuse, pointe pourtant des problèmes qu'on a déjà pu aborder dans le chapitre précédent. Ainsi l'ironie est palpable lorsque les auteurs feignent de s'étonner : « nous voudrions bien savoir quelle différence il faut établir entre *la lueur d'intelligence* et le *degré très incomplet* des facultés intellectuelles ». Ou encore : « on nous apprend encore que, dans l'idiotie profonde, *l'attention est fugitive*, tandis que dans l'imbécillité, *l'attention est fugace*. Nous ne saisissons pas la nuance »³⁸. Néanmoins, le propos de Binet et Simon touche une problématique persistante et irrésolue : l'aporie terminologique caractérisant le domaine de l'arriération. L'absence de critères fixes et l'utilisation de catégories aux contours flous représentent des travers qui synthétisent à eux

³² *Ibid.*

³³ Cette approche organiciste est explorée à la fin du chapitre 3.

³⁴ Les différences dans ces nosologies relèvent véritablement de la nuance et a peu d'intérêt à être reproduit ici. On trouvera ces considérations reprises de manière exhaustive dans tout chapitre consacré à l'histoire de l'arriération dans un livre plus général sur l'histoire de la psychiatrie. Voir notamment Jacques POSTEL et Claude QUETEL (dir), *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Paris, Dunod, 2004.

³⁵ Celle de Félix Voisin comprend 4 types : idiotie complète et absolue, idiotie incomplète, imbécillité et débilité mentale, tandis que dans celle qu'ils donnent de Bourneville, les degrés sont au nombre de 6 (idiotie complète absolue/idiotie profonde/imbécillité « proprement dite »/ imbécillité légère ou arriération intellectuelle/ instabilité mentale / imbécillité morale).

³⁶ A. BINET et T. SIMON, *Sur la nécessité d'établir un diagnostic scientifique des états inférieurs de l'intelligence*, *op. cit.*, p. 164.

³⁷ *Ibid.*, p. 176-177.

³⁸ *Ibid.*, p. 176.

seuls la problématique paralysant la caractérisation d'une pathologie fuyante qui se subdivise en différents grades d'intelligence qui sont en nombre indéfinis :

La classification de Magnan n'est point celle de Voisin, et celle-ci, à son tour, diffère de celle de Bourneville [...] Chacun place à sa guise la ligne frontière séparant l'idiotie, l'imbécillité et la débilité [...] Le seul fait que des spécialistes ne s'entendent pas sur l'emploi des termes techniques de leur science, met en suspicion tous leurs diagnostics, et empêche tout travail de comparaison³⁹.

Au reproche du manque de rigueur dans la nosographie s'ajoute le constat de diagnostics variables dans le temps, les auteurs se fondant sur l'existence de certificats contradictoires à quinze jours d'intervalle pour un même sujet⁴⁰. Et de fait la lecture des sources de la pratique quotidienne, à savoir les répertoires de diagnostics médicaux du «service des idiots» de Bicêtre⁴¹, confirme tout à fait ce constat. Par exemple, Adrien C., lorsqu'il est vu le 6 mars 1901 à l'Asile Clinique de Sainte-Anne, est qualifié par le Dr Magnan de « débile mental ». Transféré dans le « service des idiots » de Bicêtre, il est examiné le 22 mars par le Dr Bourneville, qui le diagnostique dans son premier certificat de quinzaine comme « atteint d'imbécillité »⁴². Malgré leur vision critique, Binet et Simon reconnaissent qu'il est compréhensible que des incohérences aient lieu lorsque l'on confronte le diagnostic d'un aliéniste et du médecin qui produit le certificat demandant un placement volontaire. Ainsi ils soulignent que « les médecins qui ne sont pas dans la spécialité sont autrement sévères et voient dans tout arriéré un idiot »⁴³. Mais l'exemple du diagnostic du petit Adrien C. montre en quoi de telles contradictions paraissent plus problématiques lorsqu'elles concernent deux des aliénistes les plus reconnus du début du XX^e siècle. Le reproche fait à la science psychiatrique est clair : elle serait inapte à saisir avec précision une quelconque idée de gradation dans l'intelligence des sujets qu'elle cherche à classer. « Le vague de leurs formules révèle le vague de leurs idées »⁴⁴ : cette phrase lapidaire synthétise la volonté de Binet et Simon de rationaliser la méthode d'évaluation de l'intelligence — au sens d'accroître la logique aussi bien que l'efficacité. Car pour les psychologues,

³⁹ *Ibid.*, p. 168.

⁴⁰ Un constat qui est partagé par le Dr Blin, aliéniste exerçant dans la colonie de Vaucluse au début du XX^e siècle, ainsi que beaucoup d'autres praticiens de l'époque. Voir Alfred BINET et Théodore SIMON, « Définition de l'idiotie et de l'imbécillité », *Annales médico-pédagogiques*, mai-juin 1910, p. 5.

⁴¹ Nous avons notamment étudié ceux du service de Bicêtre de 1883 à 1924. Conservés aux archives de l'APHP, ils ne témoignent pourtant pas seulement des diagnostics des médecins de Bicêtre, mais des autres établissements parisiens, puisqu'on y trouve les noms de Naegotte, Blin, Roubinovich, Magnan ou Damaye.

⁴² Archives A.P.H.P., Bicêtre, 6R-114, Registres d'observations médicales, Adrien C., interné à Bicêtre le 22 mars 1901.

⁴³ A. BINET et T. SIMON, « Définition de l'idiotie et de l'imbécillité », *op. cit.*, p. 7.

⁴⁴ Binet à propos des aliénistes. *Ibid.*, p. 178. Par une formule proche, Binet et Simon critiquent ce que Nicolas Boileau pointait déjà du doigt au Grand Siècle : « Selon que notre idée est plus ou moins obscure, /L'expression la suit, ou moins nette, ou plus pure. /Ce que l'on conçoit bien s'énonce clairement, /Et les mots pour le dire arrivent aisément ».

les aliénistes ne porteraient aucun diagnostic objectif mais se laisseraient uniquement guider par des impressions subjectives :

Nous ne dirons jamais assez combien ces procédés empiriques sont éloignés des méthodes scientifiques. Les différences quantitatives [...] n'ont aucune valeur si elles ne sont pas mesurées, ne fût-ce que grossièrement⁴⁵.

Binet et Simon disqualifient la plupart des écrits des aliénistes en raison de leur valeur qui serait davantage « littéraire » que « clinique ». De tels reproches sont classiques dans l'optique d'une idéologie scientiste valorisant une éthique scientifique de l'objectivité qui doit permettre de discipliner le jugement intérieur de chaque scientifique au moyen de méthodes de travail appropriées et de l'aide de la mesure⁴⁶. Précisément, la nosographie de l'arriération resterait floue car trop peu quantitative, de sorte qu'« un peu plus d'intelligence, c'est l'imbécile ; un peu moins, c'est l'idiot »⁴⁷. Binet et Simon prennent l'exemple du Dr Régis, pour lequel un imbécile est doué d'une « somme plus ou moins restreinte d'intelligence », formule aussi peu éclairante que de déclarer qu'« une somme plus ou moins grande d'argent, voilà ce qui caractérise un riche », exemple choisi pour montrer l'aspect tautologique des diagnostics⁴⁸.

Les médecins critiqués ne sont d'ailleurs pas seulement des aliénistes français. Les écrits d'Emil Kraepelin sont eux aussi examinés et critiqués au final, au titre de leur caractère trop vague. Ces procédés pour enlever du crédit au champ psychiatrique montrent de manière remarquable de quelle manière des forces l'opposent au domaine psychologique au moment de sa construction. Les psychologues cherchent à gagner en scientificité et par là en légitimité sur le front de la recherche concernant l'arriération⁴⁹. Les seuls aliénistes à trouver grâce aux yeux de Binet et Simon sont les Dr Blin et Damaye⁵⁰, ce qui ne relève pas du hasard puisqu'ils sont en fait les premiers à avoir tenté de mettre en place une méthode « scientifique » de diagnostic de l'arriération, au sens où l'entend Binet. A l'asile de Vaucluse, ils tentent vers 1900 de mettre en place une méthode d'examen

⁴⁵ *Ibid.*, p. 179.

⁴⁶ Voir sur la question de la quantification et son interprétation dans une approche d'épistémologie des sciences l'ouvrage de Lorraine J. DASTON et Peter Louis GALISON, *Objectivité*, Dijon, Presses du réel, 2012, p. 218.

⁴⁷ A. BINET et T. SIMON, « Définition de l'idiotie et de l'imbécilité », *op. cit.*

⁴⁸ *Ibid.*, p. 5.

⁴⁹ « Lorsque le statut d'un énoncé tend vers un fait sous l'impulsion d'une série de forces agonistiques, il est d'autres forces qui au contraire tendent à en faire un artefact [...]. Le statut local d'un énoncé à tout moment dépend de la résultante de ces forces ». Voir Bruno LATOUR et Steve WOOLGAR, *La vie de laboratoire: la production de faits scientifiques*, Paris, La Découverte, 2008, p. 184.

⁵⁰ Voir Serge NICOLAS, « Le Binet-Simon et les origines de la mesure de l'intelligence », in S. NICOLAS et B. ANDRIEU, *La mesure de l'intelligence, Conférences à la Sorbonne à l'occasion du centenaire de l'échelle Binet-Simon (1904-2004)*, Paris, L'Harmattan, p. 26-28.

formalisée qui est testée sur 250 enfants idiots, imbéciles et débiles de la colonie⁵¹. Or l'utilisation de telles séries de vingt questions graduées dans leur difficulté correspond précisément aux critères nouveaux par lesquels Binet et Simon entendent renouveler la méthode diagnostique⁵².

Enfin, il est nécessaire de souligner que les aliénistes ne sont pas les seuls ciblés par la critique de Binet et Simon. En effet ces derniers remettent en cause la démarche même de toute évaluation, tant médicale que pédagogique. Leur attention particulière à viser l'objectivité dans le diagnostic traduit aussi leur volonté de corriger un travers d'ordre général : le fait que dans toute procédure d'évaluation, l'objet ne soit pas jugé selon des critères fermes, mais de manière partielle du fait de l'irréductible subjectivité de l'évaluateur. Cette préoccupation est récurrente dans leurs écrits. D'une part, les examinateurs — aliénistes ou instituteurs⁵³ — sont pointés du doigt comme se contentant de « prendre une impression subjective » ou encore d'agir de manière instinctive. A l'occasion, ils sont même soupçonnés de partialité, influencés même par la « mauvaise humeur » ou la « mauvaise digestion »⁵⁴. Une telle critique a un sens méthodologique, dont la solution est pour Binet et Simon la rationalisation de l'examen sous forme de test par souci d'éliminer toute aspérité ou inégalité⁵⁵.

D'autre part, les psychologues veulent aussi limiter l'impact que peut avoir un paramètre tel que l'apparence de l'enfant, susceptible de peser même involontairement dans le jugement de celui qui diagnostique, de sorte que certains sont « si pauvrement vêtus que l'on pourrait soupçonner qu'ils étaient arriérés, car misère et arriération vont souvent ensemble »⁵⁶. C'est d'ailleurs une des principales critiques qui est faite à Blin et Damaye pour leur ébauche de test formalisé à l'asile de Vaucluse : un des items évalués est « l'aspect plus ou moins intelligent de la physionomie ». Or il semble à Binet que cette appréciation est non seulement trop arbitraire, mais surtout laisse pénétrer

⁵¹ Binet et Simon reproduisent un exemplaire de ce test dans leur article *Sur la nécessité d'établir un diagnostic scientifique des états inférieurs de l'intelligence* (p. 182).

⁵² A l'étranger aussi, des tentatives sont lancées à la charnière du siècle : un premier test d'écriture (le *Wundt-Schüler Rice*) est publié en 1894 aux Etats-Unis, tandis qu'en Allemagne le psychologue Hermann Ebbinghaus fait une première tentative d'élaboration d'un test en 1897 ; voir Hermann EBBINGHAUS, *Methoden der Beobachtung und Modellierung elementarer Lern- und Gedächtnisprozesse*, Berlin, ZeE, 2001.

⁵³ Et sans doute chronologiquement d'abord les aliénistes dans leurs premiers écrits sur le sujet (vers 1904-1905), puis les instituteurs autour de 1910, les deux catégories devenant tour à tour la « bête noire » des deux psychologues.

⁵⁴ A. BINET et T. SIMON, *Sur la nécessité d'établir un diagnostic scientifique des états inférieurs de l'intelligence*, op. cit., p. 190.

⁵⁵ Car « quand un interrogateur cote 5 un ensemble de réponses, il n'est pas certain qu'un autre interrogateur ne coterait pas 4 ». *Ibid.*, p. 189. On peut aussi réfléchir à l'influence et la puissance de l'impératif démocratique et égalitaire que défendent -certes parfois bien maladroitement- Binet et Simon, et son lien avec la mise en place d'une instruction pour tous. Or plus le spectre concerné est large, plus la dispersion et les soupçons de partialité augmentent.

⁵⁶ Alfred BINET, « Signes physiques de l'intelligence chez les enfants », in *L'Année psychologique*, vol. 16, 1909, p. 26.

dans le jugement un « élément variable » tel qu'il s'agit justement d'en éliminer le plus grand nombre. Le discours de Binet et Simon se situe en creux dans une revendication d'objectivité dans la dénonciation de la subjectivité offerte par le diagnostic psychiatrique⁵⁷. Le discours de la nouvelle discipline qu'est la psychologie relève ainsi d'une volonté d'opposition systématique à une psychiatrie décrite comme floue, par opposition à la revendication de scientificité affichée par le champ psychologique.

⁵⁷ La subjectivité est l'ennemi à l'aune duquel les mesures extraordinaires d'objectivité mécanique furent inventées et entraînées au combat. Ce n'est pas un hasard si ces mesures en appellent souvent à la maîtrise de soi, à l'autodiscipline et à la modération : le danger épistémologique le plus flagrant n'était plus la nature variable ni l'artiste rebelle mais le soi scientifique. Ce soi scientifique si suspect était aussi nouveau que l'objectivité ; il en était le symétrique inverse, son négatif photographique en quelque sorte ». Sur l'histoire de ce « soi scientifique » et notamment une explication remarquable sur les aspects du soi scientifique en lien avec la pensée d'Emmanuel Kant, voir le chapitre éponyme dans l'ouvrage de L. DASTON et P. GALISON *op. cit.*, p. 231.

B. Théorie et mise en pratique des tests psychométriques au début du XX^e siècle en France

1. « *Savoir si un enfant a l'intelligence de son âge* » : l'invention de l' « *âge d'intelligence* »

Binet et Simon visent la formulation d'un diagnostic de l'arriération qui ne soit pas soumis à des variables externes. Cette exigence explique l'intérêt pour un test formalisé déjouant les biais liés à la partialité de l'examineur. Binet définit de quelle manière il espère arriver à une évaluation plus précise de l'intelligence :

Si on arrive à mettre la main sur une épreuve facile à répéter, et bien précise, qui montre un développement bien parallèle à celui de l'intelligence, on aura rendu à la pédagogie un service très grand, en lui fournissant un test d'intelligence, un critérium avec lequel il sera possible de juger et de mesurer l'intelligence des gens⁵⁸.

Il appelle ainsi dans un autre article de 1904 à une formalisation de la « ligne frontière séparant l'idiotie, l'imbécillité et la débilité » à l'image de l'unification qui eut lieu pour le mètre⁵⁹. L'ambition de Binet représente un impératif récurrent dans la volonté de distinguer de manière assurée entre normal et pathologique dans le domaine médical. Une solution métrique apparaît comme une solution apte à sortir de l'incertitude diagnostique qui caractérise les catégories de l'arriération. Car comme le note Georges Canguilhem, l'ambition de rendre la pathologie scientifique en tentant de l'objectiver n'a de sens que

si d'abord une définition purement objective pouvait être donnée du normal comme d'un fait, si de plus on pouvait traduire toute différence entre l'état normal et l'état pathologique dans le langage de la quantité, car la quantité seule peut rendre compte à la fois de l'homogénéité et de la variation⁶⁰.

En cela, l'enjeu de la psychométrie est de fixer une norme d'intelligence « moyenne ». Pourtant on peut noter d'emblée une pétition de principe⁶¹ : devant définir et donc borner

⁵⁸ A. BINET, « A propos de la mesure de l'intelligence », *op. cit.*, p. 72.

⁵⁹ A. BINET et T. SIMON, *Sur la nécessité d'établir un diagnostic scientifique des états inférieurs de l'intelligence*, *op. cit.*, p. 163-190.

⁶⁰ Georges CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses universitaires de France, 2013, p. 33.

⁶¹ Ce qui n'empêche pas le succès d'une théorie. Le meilleur exemple étant le diallèle de Descartes dans les *Méditations métaphysiques*, qui fait reposer la vérité (et toute la science) sur de Dieu, alors qu'il prouve celle-ci précisément grâce au postulat de la perfection et donc de la véracité divine. Il est intéressant de voir qu'Armand Zaloszyk relève lui aussi l'obstacle de la pétition de principe dans tout diagnostic sur le thème de la dégénérescence: c'est pour lui

l'intelligence, la démarche par laquelle Binet créa sa grille d'épreuves est paradoxalement fondée elle-même sur un postulat normatif. Il détermine des « épreuves type » en interrogeant des centaines d'enfants « normaux et anormaux d'hospice et d'école primaire », processus au cours duquel le niveau exigible pour chaque âge est postulé à partir d'un échantillon désigné comme « normal » :

Nous ne connaissions aucun enfant [...] ; Nous savions cependant que tous étaient normaux. Les maîtres ont été priés de désigner uniquement des enfants d'intelligence moyenne, qui ne seraient ni en avance ni en retard sur leurs camarades du même âge⁶².

Comme le relève Pascal Pinell à propos de cette méthodologie paradoxale, Binet ne peut construire son test que parce qu'il tient les normes scolaires pour des normes naturelles, qu'il va de soi de maîtriser, comme par exemple le fait de copier un triangle, donner la date du jour ou encore lire à voix haute⁶³.

Les versions des tests Binet-Simon sont au nombre de trois⁶⁴. Bien que ces tests ne soient pas identiques entre eux quant à la mesure d'un retard mental, car ils utilisent un nombre d'épreuves différent et des questions variables selon les versions, la démarche reste globalement la même de 1905 à 1911. Ce qui fait le caractère novateur de celle-ci n'est pas son aspect quantitatif ou normalisant. L'apport de Binet et Simon réside davantage dans le constat effectué au contact des écoliers du lien entre certaines aptitudes à un âge particulier du jeune enfant. Standardisées sous la forme d'épreuves, elles s'avèrent extrêmement discriminantes dans l'optique de classer ceux-ci selon leur intelligence à un âge donné⁶⁵. Cette notion clé est celle de « l'âge d'intelligence », dont la moyenne est fonction de l'âge biologique. Quand ce dernier est par contre en inadéquation avec l'âge d'intelligence, on pourra parler de « retard mental », calculé par le biais d'une soustraction⁶⁶. Une telle conception de l'intelligence correspond à une discipline psychologique qui se voit comme « une biologie du comportement humain » qui imite la démarche calculatoire de la physique pour

la particularité de la clinique des dégénérescences que de fonctionner par diallèle, puisqu'elle « trouvera son objet dans les « faits » évidents qui en « vérifient » le bien-fondé ». Armand ZALOSZYC, *Eléments d'une histoire de la théorie des dégénérescences dans la psychiatrie française*, Thèse, Strasbourg, 1975, p. 164.

⁶² Alfred BINET et Théodore SIMON, « Application des méthodes nouvelles au diagnostic du niveau intellectuel chez des enfants normaux et anormaux d'hospice et d'école primaire », *L'Année psychologique*, 1904, vol. 11, p. 246.

⁶³ Patrice PINELL, « L'invention de l'échelle métrique de l'intelligence », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 108, n°1, 1995, p. 32.

⁶⁴ 1905, 1908 et 1911 (année du décès d'Alfred Binet). L'échelle métrique de l'intelligence apparaît elle en 1907.

⁶⁵ Par exemple, certaines épreuves pour lesquelles presque tous les enfants de 4 ans échouent, alors que ceux âgés de deux ans de plus réussissent presque tous. L'âge de 5 ans sera ainsi associé à un item « type », censé être validé par la moitié au moins des enfants de cet âge.

⁶⁶ C'est l'Allemand William Stern qui fera de ce chiffre un quotient, qui donnera ce qu'on connaît aujourd'hui sous le nom de « QI » ou « quotient intellectuel ». On reviendra sur cette réinterprétation de la méthode Binet-Simon dans la suite du chapitre.

« déterminer des constantes quantitatives de la sensation et les relations entre ces constantes » pour reprendre les mots de Georges Canguilhem à propos de la psychologie⁶⁷.

Dans l'échelle de 1905, l'examen a encore un caractère hybride. Il se déroule en trois étapes : il s'agit d'examiner l'enfant sur le plan médical (mesures diverses, recherche de stigmates de dégénérescence ou traces de l'arriération dans la physionomie pour les cas les plus graves), pédagogique (étude du retard scolaire) et psychologique (par l'échelle métrique). La finalité du test est décrite comme simple et novatrice⁶⁸ : il s'agit de « savoir sommairement si un enfant a l'intelligence de son âge, s'il est avancé ou en retard »⁶⁹ à partir d'épreuves simples standardisées. Le corollaire de l'évaluation d'un âge d'intelligence et du nombre d'années de retard - ou d'avance, même si l'on n'en trouve guère la trace dans les sources - que possède un enfant par rapport à son âge biologique est le fait d'établir une « norme » de l'intelligence correspondant à chaque année de la vie. Dans l'échelle de 1907, la méthode évolue. Les psychologues élaborent là une échelle non plus seulement destinée à séparer enfants arriérés et normaux, mais qui peut servir à tout âge, puisqu'elle attribue à chaque individu, enfant ou adulte, ce qu'ils appellent un « âge d'intelligence » entièrement distinct de l'âge biologique. Par exemple, le critère qui est fixé pour choisir les individus susceptibles d'entrer dans une classe de perfectionnement est le suivant :

Qu'on considère, jusqu'à preuve du contraire, comme arriéré tout enfant qui est en retard de 3 ans dans ses études, à la condition que ce retard ne s'explique ni par la maladie, ni par un défaut de scolarité, en un mot par aucune cause indépendante de l'intelligence et du caractère de l'enfant [...]. Nous avons remplacé une appréciation subjective et arbitraire du savoir de l'élève par un examen objectif, une véritable mesure de ce savoir⁷⁰.

Le but visé est donc bien de « mesurer » l'intelligence d'une manière quantitative. Dans *Le développement de l'intelligence chez les jeunes enfants*, Binet détaille la procédure d'un test. Il relate l'examen qu'il fait passer à René T., âgé de 7 ans. Le psychologue commence par lui faire subir les épreuves correspondant à son âge « chronologique », passant aux échelons supérieurs ou inférieurs en fonction des résultats de l'enfant, en notant « + » quand l'épreuve est réussie et « - » lorsque la réponse n'est pas satisfaisante. L'évaluation est ensuite réalisée comme suit :

⁶⁷ Georges CANGUILHEM, « Qu'est-ce que la psychologie? », in G. CANGUILHEM, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, Paris, Vrin, 1968, p. 370.

⁶⁸ On peut mentionner que cette volonté de la discipline psychologique d'en faire une réalité épistémologique novatrice a fait florès, puisque le « test Binet-Simon » a été classé (en tant que prélude au test de Q.I.) parmi les 20 découvertes scientifiques les plus importantes au XX^e siècle par la revue américaine « Science ».

⁶⁹ A. BINET et T. SIMON, « Le développement de l'intelligence chez les jeunes enfants », *op. cit.*, p. 82.

⁷⁰ Alfred BINET, « Les nouvelles classes de perfectionnement », *Bulletin de la Société Libre pour l'Etude Psychologique de l'Enfant*, 7^e année, n°41, juillet-août-septembre 1907, p. 170-183.

Il a fait toutes les épreuves de sept ans, moins une. Donc, il est au moins du niveau de sept ans. En outre, il fait 8 épreuves des âges suivants : il est donc largement en avance sur son âge. Nous le notons : +1 »⁷¹.

La finalité du test est effectivement de « savoir sommairement si un enfant à l'intelligence de son âge, s'il est avancé ou en retard »⁷². Ainsi, Binet espère corriger un des travers reprochés aux aliénistes, à savoir d'ignorer les aptitudes scolaires qu'on peut espérer pour chaque âge du développement.

Ces premières tentatives pour arriver à une mesure « scientifique » de l'intelligence et leur réception ont été excessivement commentées et critiquées par les contemporains⁷³. On peut relever en particulier l'indifférence générale du milieu médical français : il semble que les recherches des psychologues n'aient été citées dans aucun des ouvrages de référence publiés par les aliénistes du début du siècle. Ni l'ouvrage de Jacques Roubinovitch sur les aliénés et les anormaux de 1910, ni celui de Jean Philippe et Georges-Paul Boncourt en 1922 ne font mention des tests. Et quand ils en parlent, ce sont en des termes très virulents et défavorables. Il faudrait au final sortir du territoire français pour trouver des voix positives, comme celle de l'aliéniste belge Ovide Decroly, qui recommande la méthode. Et en effet, il est généralement admis que les tests sont une innovation n'ayant donné lieu qu'à très peu de réalisations pratiques dans l'Hexagone, mais davantage à l'étranger comme on le verra dans la dernière partie. Ainsi Patrice Pinell rappelle que « ce n'est pas en France que la mesure de l'intelligence allait trouver ses applications pratiques. Conçu pour aider les pédagogues à dépister les débiles, le test ne va guère être utilisé et la loi de 1909 créant les classes de perfectionnement restera lettre morte jusqu'aux années 1950 »⁷⁴. Pourtant, l'étude de sources périphériques offre l'occasion de s'interroger sur la validité de cette affirmation. En effet, on retrouve dans les archives de Cernay de nombreuses mentions de l'utilisation du test Binet-Simon par le neuropsychiatre exerçant dans un établissement pour arriérés dès le milieu des années 1920, questionnant l'idée d'une réception uniforme au sein du champ psychiatrique dans l'entre-deux-guerres. Ainsi notre exemple permet ici de relativiser les postulats d'une histoire des pratiques écrite de manière essentiellement centrée sur la capitale, qui gagne donc à être enrichie par des exemples périphériques venant nuancer l'homogénéité postulée au départ.

⁷¹ A. BINET et T. SIMON, « Le développement de l'intelligence chez les jeunes enfants », *op. cit.*, p. 72.

⁷² *Ibid.*, p. 82.

⁷³ Voir Michel HUTEAU, « La réception de l'échelle métrique de l'intelligence en France », in B. ANDRIEU et S. NICOLAS, *op. cit.*, p. 41-67.

⁷⁴ P. PINELL, *op. cit.*, p. 35.

2. *L'exemple de l'utilisation des tests à Cernay dans l'entre-deux-guerres*

S'il est effectivement paradoxal que la France soit le pays où les tests ont été le plus mal accueillis et peu utilisés, le refus en bloc des aliénistes a été généralisé à outrance. Au-delà de cette vision tirée en grande partie de ce qui s'est passé dans quelques établissements les plus connus, l'exploitation des dossiers de patients d'un établissement « périphérique » montre que cette hypothèse de la résistance à la méthode de l'échelle métrique de l'intelligence dans son pays de naissance reste peut-être due à un point de vue trop focalisé sur la psychiatrie parisienne⁷⁵. Dans l'institut Saint-André de Cernay, il s'avère que l'apparition des tests d'intelligence dans les dossiers médicaux correspond à l'arrivée d'un nouveau « neuropsychiatre » — d'après le terme qu'on trouve à partir de ce moment dans les sources. L'étude des dossiers de patients montre que le Dr Stoeber, arrivé en 1927, introduit progressivement la méthode Binet-Simon dans sa pratique, jusqu'à ce qu'elle devienne systématique entre 1930 et 1935.

Dans un premier temps, il s'agit de comprendre comment sont appliqués ces tests dans la pratique quotidienne d'un établissement. A Cernay, les formulaires utilisés sont une simple reproduction du protocole de 1911 reproduit plus haut. Lors de l'examen, le neuropsychiatre invite l'enfant à se remémorer une suite de mots, à chercher un problème de logique dans une phrase ou encore à compter des pièces de monnaie, en fonction de l'âge biologique de l'enfant et de l'intelligence que lui attribue le médecin après un examen clinique et la prise en compte de ses antécédents. Comme dans le protocole de Binet, le Dr Stoeber note à côté de chaque item le signe « + » ou « - », qui lui permet de calculer le retard mental éventuel, ce qu'on voit sur le formulaire concernant Marcel A : âgé de 10 ans au moment de l'examen, le psychiatre l'évalue à 7,4 ans d'âge mental dans son bilan⁷⁶. On peut noter que Stoeber semble utiliser des items dans un spectre plus large que celui de Binet : les items concernés vont de 4 à 9 ans d'âge mental dans ce cas, peut-être grâce à une contrainte en temps moins importante que dans le protocole de Binet. Dans ce cas, les épreuves définies semblent véritablement efficaces : l'enfant répond de manière satisfaisante à l'ensemble des 5 items correspondant à l'âge mental de 6 ans et 7 ans. Les épreuves relatives à la barre des 8 ans apparaissent au contraire comme hautement discriminantes. Seule une sur les 5 est réussie, tout comme pour les questions correspondant à 9 ans : l'enfant arrive à donner la date du jour, mais pas à compter de 20 à 0 ni répéter 5 chiffres ou encore nommer des figures.

⁷⁵ Il en va de même pour la thèse d'un « grand sommeil » dans le secteur de l'éducation spécialisée de 1909 à 1945 développée par exemple par Pascal Brier qui reste uniquement fondée sur la lecture de sources imprimées.

⁷⁶ Nous renvoyons ici en annexe pour observer quelques-uns de ces documents.

Après l'examen et une fois l'âge d'intelligence calculé, le Dr Stoeber le reporte sur un graphique. La succession des évaluations permet au médecin de représenter l'évolution de l' « âge d'intelligence » dans le temps. Une telle pratique correspond là aussi à l'échelle métrique de l'intelligence créée en 1908 par Binet et Simon, dans laquelle les capacités intellectuelles sont une fonction linéaire de l'âge biologique. Voici la légende qui figure sur le document utilisé par le Dr Stober, et qui indique la méthode :

Le développement de l'intelligence classe les adultes en idiots, imbéciles, débiles et normaux. Parmi les normaux eux-mêmes, plusieurs groupes peuvent être distingués. Pour déterminer à quelle catégorie appartient un enfant, on peut utiliser le graphique ci-contre. La situation de l'enfant sera donnée par le point d'intersection de la ligne qui correspond à son âge réel et de celle qui correspond à son âge mental⁷⁷.

Ces tests d'intelligence sont pratiqués au moment de l'examen médical à l'entrée dans l'institut, puis dans la plupart des cas environ une fois par an ensuite. Dans le cas de Marcel A., on dispose par exemple d'un test du 31 janvier 1931, à peu près un an et demi avant le précédent. Agé de 8,5 ans à l'époque, la comparaison avec ce test précédent permet a priori au médecin d'avoir confirmation des progrès de l'enfant, dont l'âge d'intelligence a suivi une évolution positive et proportionnelle à l'âge chronologique puisqu'il passe de 6 à 7,4 ans.

La présence de documents émanant directement des protocoles élaborés par Binet et Simon prouve donc que certains psychiatres français mettent à profit les innovations récentes autour des techniques de psychométrie dès l'entre-deux-guerres, contrairement à ce qu'on peut lire le plus souvent⁷⁸. Même si les débats furent âpres entre les praticiens faisant autorité dans chaque domaine, l'exemple de Cernay montre que dans l'entre-deux-guerres, le champ psychiatrique n'a pas été totalement imperméable à une intégration des innovations de la psychologie dans sa pratique clinique. Ainsi, l'exploration de dossiers médicaux « périphériques » au sens géographique comme sur le plan de la notoriété de la structure concernée prouve que la réaction de rejet des psychiatres ne fut pas partagée par l'ensemble du corps psychiatrique français dans les années 1910 à 1930. L'observation des pratiques relativise donc une vision uniforme essentiellement tirée des discours de quelques aliénistes influents.

⁷⁷ A.I.S.A., 7M1, Carton 1939, lettres A-L, Courbes de croissance intellectuelle du dossier médical de Marcel A. Après cette légende figure la signature « Th. S. », ce qui indique sans aucun doute que cette phrase est une citation de Théodore Simon.

⁷⁸ Il faut évidemment prendre cet exemple isolé pour ce qu'il représente : un cas pas forcément représentatif. Dans le contexte alsacien, on peut aussi émettre l'hypothèse que le crédit accordé à la méthode Binet-Simon par le neuropsychiatre de Cernay a été favorisé par l'influence germanique ayant bercé l'Alsace dans les décennies précédentes, avec une ouverture plus favorable aux approches des psychologues et pédagogues. Dans l'absence d'autres occurrences en France et ignorant la formation du Dr Stoeber, tout ceci reste donc à l'état d'hypothèses.

Pour autant, il faut remarquer que dans la pratique, les protocoles de Binet et Simon présentent une forme nouvelle hybridée plus que copiée, qui n'a que peu d'incidence dans la pratique institutionnelle du tri. Près de deux décennies après leur dernière version des tests, on constate ainsi que la méthode a évolué en fonction des modifications subies par les tests à l'échelle internationale. Ainsi, alors que Binet et Simon obtenaient un « âge d'intelligence » par la soustraction des mois ou années de retard, le Dr Stoeber calcule un quotient intellectuel en divisant « âge d'intelligence » par l'âge biologique de l'enfant, chaque QI correspondant à un grade d'arriération⁷⁹. Par exemple, pour Marcel A., le Dr Stoeber mesure un « âge d'intelligence » de 6 ans le 31 janvier 1931. Un tel résultat, si on en juge par l'échelle métrique de l'intelligence, devrait faire de lui un débile mental (Q.I. : 0,70). Un an et demi plus tard, le 12 octobre 1932, le même enfant, âgé d'un peu plus de 10 ans, atteste d'un âge d'intelligence de 7,4 ans. On voit donc qu'à Cernay, si les formulaires Binet-Simon sont utilisés tels quels, le psychiatre a tenu compte des recherches allemandes et américaines transformant la mesure de l'intelligence en un quotient⁸⁰. Par une focale à priori réduite, on entrevoit tout d'abord toute la richesse des transferts d'échelle internationale ayant maillé les recherches dans le domaine de la psychologie de l'intelligence dans les premières décennies du XX^e siècle, et qu'on détaillera davantage dans la dernière partie du chapitre.

Ensuite, l'appréhension de ce qui se passe dans la pratique quotidienne permet aussi de contredire les discours sur le statut des tests. A lire les écrits d'Alfred Binet ou de certains de ses commentateurs contemporains, on serait tenté de croire que la méthode de ce dernier change radicalement l'approche diagnostique des niveaux d'intelligence. A Saint-André de Cernay, on a pu voir que les tests Binet-Simon servent d'outil supplémentaire à la fonction diagnostique, sans qu'ils soient automatiques. Il faut bien noter que ces tests n'étaient pratiqués à l'institut Saint-André que sur les sujets les moins déficients, et n'étaient en ce sens pas systématiques : il est très rare de les trouver dans les dossiers médicaux d'enfants diagnostiqués « idiot » ou « imbécile ». De ce fait, on peut dire que leur pratique correspond bien à l'esprit de la dernière version du test datée de 1911, c'est-à-dire

⁷⁹ L'idiot est généralement associé à un Q.I. de 0 à 0,45, l'imbécile de 0,45 à 0,60 et le débile de 0,60 à 0,80. Voir *Encyclopédie Universalis*, article « arriération ».

⁸⁰ C'est un psychologue allemand qui est à l'origine de la transformation de « l'âge d'intelligence » élaboré par Binet en « quotient intellectuel ». Membre fondateur de la Société allemande de psychologie mais aussi tournée vers des approches plus philosophiques, il suit avec attention les recherches des Français. Il se reconnaît notamment dans leurs recherches en ce que pour lui, une des clés de la connaissance de l'intelligence est l'étude de l'individualité de chacun. Le courant de pensée représentant cette conception est celui de la psychologie différentielle. Il développe ainsi une méthode de calcul du « quotient intellectuel », rapport entre « l'âge d'intelligence » ou âge mental et âge « biologique » ou « chronologique », qu'on multiplie par 100. Cette méthode sera ensuite reprise par Terman, l'auteur du test Stanford-Binet qui est utilisé pour tester les recrues de l'armée américaine pendant la Première Guerre mondiale. Sur ses recherches sur l'intelligence ; Voir William STERN et Otto WIEGMANN, *Methodensammlung zur Intelligenzprüfung von Kindern und Jugendlichen*, Leipzig, Barth, 1920.

tester le degré « d'éducabilité », autrement dit de savoir dans quelle mesure le suivi d'un enseignement peut leur être profitable⁸¹. Dans ce qu'on observe de la pratique en vigueur à Cernay, il semble que les tests aient pu déterminer dans certains cas quels enfants seraient aptes à entrer dans l'une des classes de l'établissement pour y être éduqués.

Reste que la méthode psychologique semble constituer davantage un outil supplémentaire plus qu'une innovation qui aurait révolutionné le diagnostic de l'arriération. Le cas d'Alois B. confirme que les tests d'intelligence ne sont qu'un critère parmi d'autres dans l'élaboration du diagnostic par le médecin. Né en 1913, le garçon est admis à Cernay en juin 1919 et suit un enseignement régulier. Quelques années plus tard, le Dr Stoeber rédige un bilan de l'évolution du patient dans son dossier médical :

Lors de son entrée à l'établissement, Aloïs B. ne parlait pas spontanément. Il apprit l'usage du langage ; son articulation est un peu défectueuse. Il fréquente l'école de l'établissement depuis 5-6 ans. Il présente des tics des membres. Etat intellectuel : appartient au cours élémentaire. Lecture : son syllabique avec omissions, sans compréhension ; est incapable d'exécuter un ordre très simple donné par écrit. Ecriture : copie l'allemand et le français ; comprend l'allemand, guère le français. Niveau intellectuel (Binet Simon) : 7,1 ; Âge réel : 13,33 ; Retard : 6,33 ; Quotient : 0,54. Corriger langage! Etablir l'association entre le langage écrit et le langage parlé! Diagnostic : imbécillité (par son quotient B. se classe parmi les idiots)⁸².

Les commentaires du neuropsychiatre sur ce cas précis soulignent le statut marginal qu'il accordait aux tests. Le psychiatre pratique ce test sur un pensionnaire qui a un niveau intellectuel bien inférieur à la limite généralement admise pour les débiles mentaux (0,80). Le Dr Stoeber en a pleinement conscience, comme le prouve sa parenthèse. Dans la pratique, cette mesure n'est qu'un critère contrebalancé par les particularités individuelle : ici par exemple, le fait que l'enfant, peu de temps après le retour de l'Alsace à la France, ne maîtrise que très peu le français pèse davantage que le protocole du test Binet-Simon. Son résultat chiffré, délivré sous la forme du quotient intellectuel, n'est qu'un élément parmi d'autres dans l'établissement du diagnostic. Dans la pratique, la « mesure » de l'intelligence et son impact en terme de classification nosographique n'ont rien de dogmatique et s'avèrent malléables selon des constats concrets tels que la capacité de l'adolescent à lire ou comprendre des ordres simples. D'autres cas confirment cette distance pratique adoptée par le médecin, par rapport au potentiel de « mesure » permis par le test. Si l'on reprend le cas de Marcel A., on voit que l'enfant suit une évolution plutôt favorable a priori : son dossier montre une évolution positive de son âge d'intelligence, qui passe de 4,6 ans en 1927 à 6 ans en 1930 et 7,4 ans 18 mois

⁸¹ Les catégories inférieures des degrés d'arriération étant elles aussi éducatibles, mais après Bourneville il semble que peu d'éducation physiologiques et sensorielle soit tentée, et que partout on se contente d'une prise en charge uniquement de l'ordre du soin.

⁸² A.I.S.A., 7M2, Carton 1938, Lettres A-L, Rapport médical du Dr Stoeber sur le patient Alois B., 23 mars 1927.

plus tard. Pourtant, la lecture de son dossier médical invalide ce constat. De 1930 à 1932, les constats de Stoeber sont peu encourageants : l'enfant est « très lent et peu éveillé » (juin 1930), « a baissé notablement » (janvier 1931), « pas d'amélioration notable, devient plus idiot » (février 1931), « est difficile, ne fait pas de progrès » (octobre 1932). Malgré les progrès dont semblent attester son Q.I., il est finalement renvoyé de l'IMP en janvier 1936 en raison d'un « état incurable », mais aussi de troubles du caractère. Ces remarques successives démontrent bien qu'il existe un hiatus entre le niveau intellectuel attesté par le calcul du quotient intellectuel et le pronostic fait par le psychiatre de l'institut Saint-André quant à l'éducabilité de l'enfant.

Au final, ce constat corrobore celui fait également dans la pratique au niveau de l'utilisation des jeunes hommes considérés débiles mentaux et malgré tout employés dans l'armée. Marie Derrien tire un enseignement similaire des pratiques d'évaluation de l'intelligence des recrues grâce à l'emploi de tests à l'hôpital du Val-de-Grâce pendant la Première Guerre mondiale⁸³, par exemple pour un jeune chaudronnier dont « l'âge d'intelligence » correspond à celui d'un enfant de 9 ans et qui est décrit par le Dr Simonin comme un « arriéré pédagogique ». Néanmoins, loin d'être dispensé, l'aliéniste souligne même dans son dossier que « dans le rang, il était un bon soldat »⁸⁴. Ainsi le calcul de l'intelligence apparaît ici aussi comme un critère négligeable dans le dossier médical du patient par rapport à ce que le Dr Simonin évalue de son « adaptabilité »⁸⁵. Ainsi, on voit bien que les tests d'intelligence ont un statut négligeable en ce qu'ils ne suffisent pas à décider du destin d'un patient à Cernay⁸⁶. Ces exemples issus de pratique psychiatrique quotidienne d'un institut d'échelle régionale montrent une image moins manichéenne que la seule lecture des discours des protagonistes débattant sur le sujet entre 1905 et la Première Guerre mondiale. La méthode de l'échelle métrique de l'intelligence est bien utilisée par certains praticiens, mais davantage sous une forme réinterprétée.

⁸³ Marie DERRIEN, « Éliminer ou récupérer ? L'armée française face aux fous du début du XX^e siècle à la Grande Guerre », *Le Mouvement Social*, 2015, n° 253, p. 13-29.

⁸⁴ Jules SIMONIN, « Essai des tests psychiques scolaires pour apprécier l'aptitude intellectuelle au service militaire », *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*, Nantes, A. Dugas, 1910, p. 238.

⁸⁵ J. SIMONIN, -, *op. cit.*, p. 238-239.

⁸⁶ A.I.S.A., 7M2, Carton 1938, Lettres A-L, Rapport médical du Dr Stoeber sur le patient Marcel A., admis à l'IMP le 18 octobre 1927. Un autre cas va dans le même sens. Admis à l'institut en 1929 à l'âge de 7 ans, Edouard M. est décrit comme vif, obéissant et capable d'intégrer l'école. Il semble ensuite suivre l'enseignement dispensé à Cernay avec brio puisque le Dr Stoeber souligne deux ans plus tard dans son dossier qu'il est « beaucoup plus éveillé ». Il mesure pour cet enfant un Q.I. de 0,86, ce qui correspond d'après les notes du psychiatre à une « légère débilité mentale, avec bon quotient » (souligné dans le document). Le bilan rédigé en 1932 atteste de cette amélioration sur le plan scolaire : à ce moment, la lecture d'Edouard est qualifiée de « courante et fluide ». Quant à son écriture, elle est correcte, et à 10 ans il se révèle capable de compter jusqu'à 1000 [!] sans erreur. En outre, il sait faire des additions à 4 chiffres, maîtrise les soustractions avec et sans retenue, ainsi que les multiplications et divisions à un chiffre. En décembre 1933, son Q.I. Atteint 1, ce qui correspond en théorie à celui d'un enfant « normal ». Pourtant, il reste à l'école jusqu'en 1937, date à laquelle on lui propose un apprentissage en boulangerie à Strasbourg. Pourquoi garder cet adolescent aussi longtemps ? Le commentaire de Stoeber dans son dossier est révélateur : « Pas d'arriération, à instruire, retardé scolaire. Tare familiale ». Là encore, le quotient intellectuel semble négligeable dans la décision du médecin.

Mais c'est en définitive par ses conséquences les moins visibles, c'est à dire sur la pratique institutionnelle, que le test d'intelligence et la définition d'une nouvelle « normalité » qu'il implique, a peut-être eu les conséquences les plus importantes⁸⁷.

3. Conséquences pratiques de l'utilisation du test : amorce d'une bipolarisation accrue entre « incurables » et « éduçables » ?

Le principe de la psychométrie renforce l'ancrage d'une approche normative de la conception des degrés de l'intelligence. L'échelle métrique de l'intelligence, par son caractère gradué, matérialise une conception interindividuelle et hiérarchique de l'intelligence de chacun. Chaque individu peut potentiellement être comparé et classé par rapport à un autre, et il devient en outre possible de mesurer cet écart interindividuel. Cette normativité de la méthode psychométrique avait déjà été relevée par ses auteurs, pour lesquels « l'idée de mesure se ramène [...] à celle de classement hiérarchique ; de deux enfants est le plus intelligent celui qui réussit le mieux un certain ordre d'épreuves »⁸⁸. La logique nosographique qui existait déjà dans l'approche psychiatrique de l'arriération évolue ainsi vers une classification qui tourne autour d'une mesure de l'écart à un « idéal-type » de la normalité, qui est synthétisé par le chiffre « 1 » introduit plus tard dans le calcul du QI (avant qu'on multiplie le QI par 100). L'enfant normal est entier, cela va de soi. Symboliquement, l'arriéré est l'incomplétude mathématique, l'inférieur à l'unité.

Mais le sujet n'est pas seulement susceptible d'être comparé aux autres et classé. La normativité posée par les tests d'intelligence confronte l'arriéré à ses propres résultats, qui se constituent temporellement comme norme à surpasser pour témoigner de progrès. Les dossiers médicaux des patients soumis aux tests d'intelligence contiennent en creux des indices de cette normativité. A Cernay, le quotient intellectuel d'Edouard B. est évalué à plusieurs reprises dans le cadre de l'observation médico-pédagogique réalisée par le neuropsychiatre de l'institut⁸⁹. L'âge d'intelligence mesuré passe de 11 ans en avril 1927 (2 ans de retard) à 9,5 ans en juin 1929, ce qui correspond respectivement à 2 ans puis 5 ans de retard sur l'intelligence « normale » attendue à chaque âge. La baisse mesurée est aggravée par l'expression sous forme de quotient : d'un quotient

⁸⁷ Pour une approche récente et plurielle de cette question du côté allemand en histoire de la médecine, voir Eva BRINKSCHULTE, Mariacarla GADEBUSCH BONDIO et Heinz-Peter SCHMIEDEBACH (dir.), *Norm als Zwang, Pflicht und Traum: normierende versus individualisierende Bestrebungen in der Medizin*, Francfort-sur-le-Main, Peter Lang, 2015.

⁸⁸ Alfred BINET, *Les idées modernes sur les enfants*, Paris, Flammarion, 1910, p. 124.

⁸⁹ A.I.S.A., Extrait du dossier médical d'Edouard B., Observations médico-pédagogiques du Dr Stoeber, 20 mars 1930.

de 0,85, l'adolescent passe à 0,65 un an et demi plus tard⁹⁰. Son Q.I. de 1929 est donc à la fois inférieur à la « moyenne » et à sa propre « norme », ce qui est explicité par la remarque du Dr Stoeber à la suite du dossier : « n'a pas maintenu son quotient, ne fait plus de progrès importants (sauf en calcul) ».

Ce chiffre du Q.I. en baisse semble suffire pour motiver le diagnostic de l'arrêt du développement intellectuel du jeune homme et l'orientation vers des travaux manuels (« jardinage pour le fortifier ») au détriment de tout espoir d'élever son entendement. Une conclusion qui semble presque « logique » dans le dossier à l'égard d'un intellect refusant de se développer de manière « chronologique ». La signification objective attribuée à la moyenne rend la recherche d'un progrès ou au moins d'une constance chez le sujet lui-même obligatoire, au sens de mesurable, constatable et souhaitable. En cela, l'absence de changement dans l'intelligence mesurée (ou pire : sa baisse) représente symboliquement une invalidation d'aspect objective de la démarche éducatrice⁹¹. Cette méthode se fonde sur une « naturalisation » des connaissances scolaires en tant que normes objectives. A ce titre, comme le montre Patrice Pinell, la méthode est restituée sous « la forme objectale d'un tableau statistique présentant comme autant de faits 'exacts' les niveaux 'normaux' d'acquisition de connaissances auxquels parviennent les élèves 'normaux' d'un âge donné »⁹², alors qu'elle relève de la construction. La méthode « exacte » apparaît en cela un instrument de normalisation et surtout de légitimation des distinctions sociales qui apporte finalement peu par rapport aux classements qui sont ceux de l'institution scolaire.

Il faut remarquer une première déviation par rapport à « l'esprit » des tests psychologiques de Binet et Simon. Comme ils le remarquent dans un article de 1905, la méthode qu'ils proposent « ne permet pas à proprement parler la mesure de l'intelligence, mais un classement, une hiérarchie entre des intelligences diverses et, pour les besoins de la pratique, ce classement équivaut à une mesure »⁹³ :

Le procédé que nous préconisons consiste à appliquer à l'enfant, sans aucune idée préconçue, la totalité des épreuves, et à le comparer à la série des normaux, sans tenir compte de son âge. Comme nous possédons une sériation qui commence à devenir complète des résultats d'épreuve pour chaque âge d'enfant normal, il est facile de trouver la place du candidat dans

⁹⁰ A.I.S.A., Extrait du dossier médical d'Edouard B., Formulaire Binet-Simon, examens du 16 mai 1927 et du 20 avril 1929.

⁹¹ Patrice Pinell évoque cet effet pervers : « l'échelle métrique de l'intelligence stabilisera cette tentative d'arrachement scientifique au sens commun en la matérialisant dans des tableaux de chiffres à double entrée ». Patrice PINELL, « L'invention de l'échelle métrique de l'intelligence », in *Actes de la recherche en sciences sociales*, 108-1, 1995, p. 30.

⁹² *Ibid*, p. 32.

⁹³ Alfred BINET et Théodore SIMON, « A propos de la mesure de l'intelligence », *L'Année psychologique*, 1905, t. XI.

chaque série. La considération de son âge permet ensuite de savoir s'il est en retard, et de combien, sur la moyenne⁹⁴.

Le présupposé épistémologique sur lequel repose la démarche est la normalité de la moyenne. Dans ce cadre, la présence des « anormaux » étaient nécessaire dans la création du test : miroir renversés du normal, faisant l'exception qui valide la « loi normale » d'un test qui légitime des exigences relative à chaque âge de la vie de l'enfant et de l'adolescent. Ainsi l'émergence d'un « élève moyen » ni en retard, ni en avance est celle de l'élève « normal », mais surtout normatif. Il apparaît maintenant que l'échelle métrique de l'intelligence s'est construite non seulement historiquement à partir de l'appréhension des capacités des arriérés, mais ontologiquement. En cela, le test Binet-Simon « multiplie la règle en même temps qu'il l'indique. Il requiert donc hors de lui, à côté de lui et contre lui, tout ce qui lui échappe encore. Une norme tire son sens, sa fonction et sa valeur du fait de l'existence en dehors d'elle de ce qui ne répond pas à l'exigence qu'elle sert »⁹⁵.

Pourtant, il n'existe pas de bouleversement majeur ni de rupture dans l'émergence de la psychométrie. La catégorisation antérieure était également basée sur une limite « conventionnelle » et la césure entre « normal » et « anormal » bien présente dans les sources. Pourtant il semble que l'émergence de la psychométrie soit un facteur supplémentaire accentuant le phénomène attesté de dépréciation de l'intérêt pour la prise en charge médico-pédagogique des arriérés. En instituant et institutionnalisant le concept d'enfant « normal », l'objectivité supposée de l'élève « moyen » concourt à durcir les lignes de fracture⁹⁶. Mais en se focalisant sur la nécessaire création de classes spéciale pour les « anormaux d'école », Binet et ses contemporains ont concouru à mettre la normalité, ou plutôt l'acceptabilité (sociale notamment) du côté de l'éducabilité. A l'intérieur même de « l'anormalité », où se trouvaient des catégories « floues » à la succession continue, il semble que dans l'entre-deux-guerres la frontière se renforce entre anormaux d'asile et d'école.

En effet, il faut faire le lien avec les implications de cette méthode en terme de prise en charge, et par là sur le rôle de l'aliéniste et les conséquences de son diagnostic. Cette nouvelle procédure constitue une évolution par rapport au diagnostic psychiatrique classique. Alors que ce dernier constate un état, et sert en cela le statique de l'institution, le test d'intelligence évalue des fonctions et capacités d'acquérir des aptitudes dans leur dimension dynamique de processus. Il

⁹⁴ Alfred BINET et Théodore SIMON, « Application des méthodes nouvelles au diagnostic intellectuel chez les enfants normaux et anormaux d'hospice et d'école primaire », *L'Année psychologique*, t. 11, p. 312.

⁹⁵ G. CANGUILHEM, *op. cit.*, p. 227.

⁹⁶ Il faut citer le travail récent de Steeves Demazeux consacré au DSM et aux catégories en psychiatrie. Il relève la problématique du seuil en psychiatrie dans sa conclusion : « on peut se demander, pour chaque trouble mental, si la limite entre normal et pathologique est conventionnelle (modèle de l'hypertension) ou naturelle (modèle de la grippe) ». La tentative de Binet est un des premiers essais de découpage fait en fonction des discontinuités statistiques. Voir Steeves DEMAZEUX, *Qu'est-ce que le DSM? Genèse et transformations de la bible américaine de la psychiatrie*, Paris, Les Éditions d'Ithaque, 2013, p. 223.

confère en cela un rôle plus important au médecin, qui devient acteur de la décision de poursuite des soins, c'est-à-dire du pronostic. Le prix de cette approche rencontre les préoccupations de l'époque : il faut trier entre les incurables — ceux pour lesquels on estime qu'il n'y a plus rien à faire — et ceux qui ont des intérêts thérapeutiques ou un potentiel d'évolution quelconque.

Pourtant, il apparaît que les conséquences concrètes des présupposés de la méthode de Binet vont à l'encontre de cette volonté républicaine qui fonde sa démarche et qui a été louée par un nombre considérable de commentateurs. Gould loue Binet pour son refus du dogmatisme du chiffre et de tout déterminisme héréditaire, ce qui est rigoureusement exact pour les enfants « normaux » comme pour les « arriérés » les plus légers. Toutefois on oublie bien souvent sa position concernant les cas les plus graves d'arriération, qui illustre les contradictions de l'époque entre impératif éducatif et optimisation du « rendement social » de chaque individu, question que sera discutée dans le chapitre 5. A cet égard, affirmer que « les antihéréditaristes comme Binet font passer des tests pour mieux connaître les enfants et les aider »⁹⁷ n'est que partiellement exacte. Cela revient à omettre de prendre en considération toute une partie des enfants : ceux qui ne seront effectivement jamais testés car considérés par le psychologue et progressivement par une grande partie du corps médical et des pédagogues comme incurables.

La volonté d'éduquer les « débilés légers » par la création des classes de perfectionnement n'est pas douteuse dans la démarche de Binet et de la commission Bourgeois, même si dans les faits la loi de 1909 a peu d'effets concrets. De maintes citations expriment son optimisme pédagogique à l'égard des moins « attardés »⁹⁸. Pourtant, le corollaire de cette extension du domaine de l'enseignement semble être dans l'esprit de Binet la relégation des strates inférieures de l'arriération à l'hospice, sans que soit tentée aucune éducation :

Il est nécessaire de ne recevoir dans les écoles spéciales que les anormaux perfectibles⁹⁹. C'est là un principe de bon sens. Tout le monde sait [...] que cette épithète d'enfant anormal ne répond pas à un type unique. Il en existe de diverses catégories, qui s'échelonnent entre deux

⁹⁷ Les citations choisies par l'auteur sont effectivement celles d'un Binet optimiste : « Binet raconte ensuite qu'en passant son baccalauréat, l'examineur lui déclara qu'il n'aurait jamais 'l'esprit philosophique' : 'Jamais ! Quel gros mot ! Quelques philosophes récents semblent avoir donné leur appui moral à ces verdicts déplorables en affirmant que l'intelligence d'un individu est une quantité fixe, une quantité qu'on ne peut pas augmenter. Nous devons protester et réagir contre ce pessimisme brutal. Nous allons essayer de montrer qu'il ne se fonde sur rien ». Binet cité par Stephen Jay GOULD, *La mal-mesure de l'homme*, Paris, O. Jacob, 1983, p. 190.

⁹⁸ Par exemple cette citation de 1909 : « Si on ne fait rien, si on n'intervient pas activement et utilement, il va continuer à perdre son temps et [...] il finira par se décourager. L'affaire est très grave pour lui, et comme il ne s'agit pas ici d'un cas exceptionnel, mais que les enfants qui ont une compréhension défectueuse sont légion, on peut bien dire que la question est grave pour nous, pour la société ; l'enfant qui perd en classe le goût du travail risque fort de ne pas l'acquérir au sortir de l'école ».

⁹⁹ Souligné par nous.

extrêmes ; l'idiot dit végétatif, qui ne possède pour ainsi dire aucune fonction de relation, qui ne peut ni parler, ni marcher, ni même se nourrir seul, et le débile supérieur, qui tend à se confondre avec le normal. Malgré toute la sympathie que nous éprouvons pour ces pauvres êtres envers qui la nature a été si cruelle, nous ne pouvons songer à leur accorder indistinctement à tous les bienfaits de l'instruction. C'est pure folie d'apprendre, pendant 6 et 8 années d'efforts, les lettres [...] Il s'agira moins d'écoles que de garderies. Elles coûteront moins cher à établir¹⁰⁰.

L'année 1909 est celle de l'adoption de la loi sur les écoles de perfectionnement¹⁰¹, mais aussi de la mort de Bourneville. Dans cette période, les sources témoignent bien d'un infléchissement dans la prise en charge des arriérés correspondant à un basculement vers une période de pessimisme accru dans le secteur du handicap mental¹⁰². Le médecin-chef du service de Bicêtre, archétype de l'alliance entre science et pouvoir sous la III^e République poursuit des objectifs qui sont révolus après 1910¹⁰³. Malgré la bataille menée par certains de ses anciens internes comme Maurice Royer qui affirme à l'intention de Binet en 1907 qu'« il est impossible d'affirmer a priori qu'on ne peut pas éduquer dans une certaine mesure et parfois complètement un enfant anormal », le refus de tout fatalisme dans le pronostic de l'arriération ne survit pas au départ de Bourneville¹⁰⁴. On assiste en effet à un rejet institutionnel massif des catégories inférieures du champ de l'arriération qui n'est pas sans lien avec une évolution vers un pessimisme pronostic général concernant la catégorie « d'anormaux d'asile » dont les fondements économiques et sociaux seront étudiés dans le chapitre suivant. La préférence des aliénistes va au mieux aux éducatibles, seuls à trouver grâce par rapport aux idiots et imbéciles dont l'état par trop souvent décevant paraît inéluctable, et donc incurable. L'incurable, dont l'inéducabilité est apparue renforcée par l'émergence de la bipartition entre « anormaux d'asile » et « anormaux d'école », est devenu repoussoir. « Ainsi toute référence à un ordre possible s'accompagne, le plus souvent implicitement, de l'aversion de l'ordre inversement possible. Le différent du préalable, dans un domaine d'évaluation donné, n'est pas l'indifférent, mais le repoussant, ou plus exactement le repoussé, le détestable¹⁰⁵ ». Contrairement à ce que pouvait

¹⁰⁰ Alfred BINET et Théodore SIMON, *Les enfants anormaux : guide pour l'admission des enfants anormaux dans les classes de perfectionnement*, Paris, A. Colin, 1907, p. 107-108.

¹⁰¹ Voir chapitre 5.

¹⁰² Certains chercheurs parlent à cet égard de « grand sommeil » de l'éducation spéciale de 1909 à 1945, ce qui, sans être infondé, nous semble à la fois excessif et trop centré sur le cas parisien. Voir Pascal BRIER, « Genèse de l'éducation et de l'instruction générale, morale et physique des enfants idiots: approche socio-historique de la trajectoire d'Edouard Séguin, de 1838 à 1850 », Mémoire, Lyon, 2004.

¹⁰³ En tant que la carrière du médecin se déroule sous le double signe caractéristique du XIX^e siècle du progrès conjoint de la science médicale et du pouvoir en tant que député du Ve arrondissement de Paris notamment. Jacques LEONARD, *La médecine entre les savoirs et les pouvoirs : histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIX^e siècle*, Paris, Aubier Montaigne, 1981.

¹⁰⁴ Maurice ROYER, *De l'absolue nécessité de l'assistance des enfants anormaux et de ses résultats au point de vue social*, Paris, Jacques, 1907, p. 129.

¹⁰⁵ G. CANGUILHEM, *op. cit.*, p. 228.

laisser penser l'exemple d'un Bourneville, la majorité des aliénistes évoluent vers une vision moins ambitieuse de la prise en charge.

4. *Psychologie, quantification et mesure de l'esprit au début du XX^e siècle*

Au final, l'enjeu de la revendication d'une objectivité scientifique accrue est contenu explicitement dans les critiques de Binet et Simon et devant les exigences qu'ils posent. La volonté de supprimer tout élément variable de l'évaluation de l'intelligence appartient précisément à l'histoire de ce que Lorraine Daston nomme « l'histoire du soi scientifique à supprimer »¹⁰⁶. Ainsi ce plaidoyer pour un diagnostic plus objectif est marqué par un fort aspect moralisant dans sa tentative de créer un « soi scientifique » :

L'interprétation, l'esthétisation et la démesure théorique étaient suspectes, non parce qu'elles étaient avant tout caractéristiques personnelles, mais parce qu'elles étaient perçues comme des troubles de la volonté interférant avec la représentation fidèle. Ce soi scientifique imposait une retenue, une volonté suffisamment forte pour se brider elle-même. Le manque de discipline était l'indice d'un défaut de caractère — d'une suffisance, d'une impatience, d'opinions préconçues, d'une paresse, voire d'une malhonnêteté — qu'il était préférable de corriger à la racine, en endossant un point de vue très critique sur soi-même, même dans la fièvre de la découverte¹⁰⁷.

On a vu dans le chapitre précédent que le but d'objectivité n'avait pu être atteint par l'emploi de la photographie, sensée pourtant apporter objectivité et distance. Devant cet échec de l'aliénisme, tout l'enjeu des tests psychométriques est d'offrir une technique pouvant résoudre ce problème méthodologique. Or la synchronie entre les propos de Binet et Simon et l'élaboration de premiers tests standardisés à Vaucluse comme à l'étranger est une preuve que cette innovation répond à une préoccupation scientifique forte. Le début du XX^e siècle se caractérise du point de vue épistémologique par un engouement pour la science mathématique et plus particulièrement la recherche de régularités statistiques dans les phénomènes humains. La loi d'écart à la moyenne a été formulée par Quételet en 1835, mais représente encore au début du siècle suivant une sorte d'idéal épistémologique permettant de trouver un ordre caché dans un apparent chaos¹⁰⁸. Mais l'astronome

¹⁰⁶ L. DASTON et P. GALISON, *op. cit.*, p. 230.

¹⁰⁷ *Ibid.*, p. 218-219.

¹⁰⁸ Considération non exempte d'une sorte d'idéal esthétique, à l'image du sens du sublime se dégageant chez Galton à propos de la loi de Quételet qu'il voit comme « loi suprême de la déraison » : « Plus grande est la cohue, plus grande est l'apparente anarchie, plus parfait est son empire [...] Partout où un grand échantillon d'éléments chaotiques sont disposés selon l'ordre de leur grandeur, une forme insoutenable et très belle de régularité se révèle avoir été latente depuis longtemps ». Francis GALTON, *Natural Inheritance*, Londres, Macmillan and Co., 1998, p. 66.

belge s'intéresse à un hypothétique « homme moyen »¹⁰⁹ et non à la distribution relative des hommes non moyens. Galton est le premier à orienter la loi de distribution normale comme loi de déviation servant à classer les individus, de telle sorte que « les faits pertinents sont désormais les écarts par rapport à la moyenne, qui cessent d'être des parasites à éliminer [...] Il devient important de ranger les individus selon des critères ordonnés »¹¹⁰. Ainsi à la fin du XIX^e siècle émerge une volonté de mesure des aptitudes humaines, parmi lesquelles l'intelligence. En cela, le souci de Binet et Simon de traduire l'intelligence en l'étalonnant sur une échelle continue — qui deviendra « échelle métrique de l'intelligence » — est en filiation directe avec les travaux de Galton en Angleterre¹¹¹, même si ceux-ci se situent à l'autre extrémité de l'échelle des aptitudes intellectuelles puisqu'il étudie lui des « génies ». Il théorise cette possibilité en termes mathématiques en supposant qu'à l'instar de la taille ou du poids, les aptitudes intellectuelles sont distribuées selon la loi binomiale. Le pas décisif effectué par Binet et Simon est en fait de trouver une solution pratique pour évaluer les degrés d'aptitudes des enfants, en commençant par les degrés inférieurs de l'intelligence¹¹².

Les conséquences sur le statut du sujet sont importantes. A ce sujet, Kurt Danziger explore la question des changements méthodologiques dans la discipline neuve qu'est la psychologie expérimentale à la fin du XIX^e et au début du XX^e siècle¹¹³. L'enjeu de l'ouvrage n'est pas tant de retracer des évolutions en terme de technique scientifique utilisée mais de comprendre ces évolutions comme des pratiques sociales construisant une image nouvelle du sujet¹¹⁴. La sociologie des sciences

¹⁰⁹ A cet égard, Georges Canguilhem relève l'interprétation métaphysique qu'en avait déjà tiré Quételet, pour qui cet « homme moyen » est un « homme impossible ». G. CANGUILHEM, *op. cit.*, p. 33.

¹¹⁰ Alain DESROSIERES, *La politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*, Paris, La Découverte, 1993, p. 141. Sur la biométrie et les statistiques en lien avec eugénisme et darwinisme social, voir aussi André PICHOT, *Aux origines des théories raciales: de la Bible à Darwin*, Paris, Flammarion, 2008, p. 284-302.

¹¹¹ A ceci près de différent que pour Galton, c'est l'étude des génies (avec l'ouvrage *Hereditary Genius* de 1869) de qui sert de propédeutique à la formulation d'une échelle de comparabilité des individus, alors que Binet et Simon étudient eux les écarts à la moyenne sur son versant négatif. Les conséquences idéologiques des travaux de Galton sur la conception de l'hérédité de l'intelligence et d'une régression de l'espèce vers la moyenne, qui offrent par des arguments importants à l'eugénisme, seront abordées dans le chapitre 6 consacré à l'évolution de l'idée de dégénérescence et aux débats sur l'hérédité de l'intelligence.

¹¹² Les personnes ayant des aptitudes très faibles, tout comme celles « anormalement » intelligentes, sont situées aux deux extrémités de la courbe de Gauss, puisque les effectifs des catégories ordonnées y sont distribués de manière symétriques en forme de « chapeau », c'est-à-dire avec une fréquence très faible pour les paramètres exceptionnellement élevés ou faibles, et très importante autour de la moyenne. C'est ainsi que le critère de la taille donne lieu à une courbe gaussienne par exemple. Dans cette veine mathématique qui imprègne leurs travaux, il convient par ailleurs de noter que la méthode elle-même fût élaborée avec le concours du physicien et physiologiste Victor Henri, et perfectionnée par le mathématicien See, par la « méthode du rang » (statistique) qui sert à trouver une formule pour calculer la corrélation entre les rangs aux différentes épreuves (histoire, géographie, etc). Voir Serge NICOLAS, « Qui était Victor Henri? (1872-1940) », *L'Année psychologique*, 1994, 94, p. 385-402.

¹¹³ Kurt DANZIGER, *Constructing the Subject : Historical Origins of Psychological Research*, Cambridge, Cambridge University Press, 1994.

¹¹⁴ «Conventionally, empirical methods in psychology are conceived simply as tools for the achievement of certain technical goals. Thus, they need be evaluated only in terms of a logic of means and ends, where the ends are taken as existing in terms of a logic of means and ends, where the ends are taken as existing independently of and prior to the means. For instance, we may choose the measurement of a particular psychological quality, such as intelligence, as an

a montré que la connaissance scientifique est marquée par les processus sociaux, et les techniques mises en œuvre en psychologie ne sont pas exclues de ce constat. Selon les termes de Ian Hacking, « on a affaire à une expansion du laboratoire qui s'étend au monde des affaires, au militaire, à l'enseignement [...] où les gens sont considérés comme des sujets à tester »¹¹⁵. En effet, par la mise en place des tests d'intelligence, le « sujet » qu'est l'individu à tester est dépersonnalisé pour littéralement « objectiver » un potentiel cognitif, par un processus rendu possible par

La sujétion de l'action individuelle à un cadre analytique imposé d'avance et à des mesures cumulatives de performance. La comparaison quantitative et l'évaluation des performances individuelles évoquées ont ensuite conduit à une mise en ordre des individus en référence à des normes statistiques.¹¹⁶

Mais le corollaire de l'élimination de tout aspect « subjectif » du côté de l'examineur semble être la disparition de l'individualité du sujet testé, qui doit devenir « objet » de la même manière que dans une expérimentation de laboratoire. La disparition de l'individualité doit permettre la conception d'agrégats, essentiels en statistiques. La fin doit être la production d'un diagnostic qui soit un « fait » objectif, contrairement à la labilité des jugements habituellement formulés à l'égard des arriérés qui relèvent davantage de l'artefact que de la science¹¹⁷. Cette évolution vers une autre forme d'objectivité éloignant le sujet tout en bannissant des images — telles que celles produites par Bourneville sous forme de « musée pathologique » vers 1900 vues dans le chapitre précédent — recoupe les enjeux de l'« objectivité structurale ». En effet, on peut tout à fait inclure la psychologie expérimentale dans le tournant épistémologique observé en mathématique, physique et philosophie à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle. Ces disciplines se mettent alors à concevoir les structures observées

Comme des séquences de signes équivalentes à des lois, d'autres comme des équations différentielles, d'autres encore comme des relations logiques. Certains partisans de l'objectivité structurale pratiquaient une recherche expérimentale, voire appliquée, d'autres hantaient les hautes sphères de la logique mathématique¹¹⁸.

end, and then trace the effectiveness of various instruments for achieving this end. Or we may take it as an end that we want to assess the simultaneous contribution of a number of factors to psychological effects and then attribute the growing popularity of certain statistical techniques to their superior effectiveness in achieving this preexisting goal". K. DANZIGER, *op. cit.*, p. 4.

¹¹⁵ Ian HACKING, *Entre science et réalité : la construction sociale de quoi ?*, Paris, La Découverte, 2008, p. 77.

¹¹⁶ K. DANZIGER, *op. cit.*, p. 170.

¹¹⁷ Alors que comme l'a montré Bruno Latour, les faits sont toujours socialement construits : « les faits et les artefacts ne correspondant pas à des énoncés respectivement vrais et faux. Les énoncés se situent en réalité sur un continuum à leur position dépend du degré auquel ils font appel aux conditions de leur construction ». Voir Bruno LATOUR et Steve WOOLGAR, *La vie de laboratoire e: la production de faits scientifiques*, Paris, la Découverte, 2008, p. 178-179.

¹¹⁸ L. DASTON et P. GALISON, *op. cit.*, p. 294.

Il s'agit de produire une science abstraite et indépendante de la subjectivité individuelle. Comme dans ces autres disciplines, Binet et Simon cherchent en développant un test qui serait universel et reproductible à franchir les obstacles qui étaient posés par la clôture du langage psychiatrique. Il s'agit de créer les possibilités d'une objectivité dérivée de la logique mathématique, donc détachée des défauts associés alors à la part de jugement individuel que recèle le diagnostic. D'ailleurs, Georges Canguilhem décrit le psychologue contemporain comme un « praticien professionnel dont la 'science' est tout entière inspirée de la recherche de 'lois' de l'adaptation à un milieu socio-technique [...] ce qui confère toujours à ces opérations de 'mesure' une signification d'appréciation et une portée d'expertise »¹¹⁹. A cet époque plus que jamais auparavant,

Sans être tout à fait stabilisé, le mot 'objectivité' était pour sa part devenu incontournable. Tous les scientifiques [de l'époque] l'invoquent avec insistance et dans le même sens, pour désigner les aspects de la connaissance scientifique résistants à la traduction, à la transmission, aux évolutions théoriques et aux disparités des êtres pensants dues à la physiologie, à la psychologie, à l'histoire et à la culture, à la langue¹²⁰.

Et en effet, le danger de la cacophonie concernant la caractérisation de l'arriération intellectuelle et la perception fine de ces différents grades est au centre de la préoccupation de Binet et Simon. La démarche s'intègre à cet égard dans l'histoire des tentatives de la physiologie et de la psychologie à explorer l'esprit dans le cadre de conditions de laboratoire. La « nouvelle objectivité » qui naît à la fin du XIX^e siècle a pour enjeu de fonder une science qui se définit comme véritable dans la « foi dans les nombres »¹²¹. Cette préoccupation est au cœur de la psychologie expérimentale en construction. En tant que discipline en demande de reconnaissance et soucieuse d'exprimer dans un langage mathématique ce que le diagnostic psychiatrique classique n'avait pu formaliser, l'un des enjeux forts de la psychologie est de souligner la part de jugement interprétatif dans l'approche psychiatrique et son absence de preuves scientifiques, dans un contexte où d'autres branches de la médecine revendiquent une objectivité par le chiffre ou la photographie dans la même période¹²².

¹¹⁹ Georges CANGUILHEM, « Qu'est-ce que la psychologie? », in G. CANGUILHEM, *op. cit.*, p. 379.

¹²⁰ L. DASTON et P. GALISON, *op. cit.*, p. 294.

¹²¹ Voir Theodore M. PORTER, *Trust in Numbers : The Pursuit of Objectivity in Science and Public Life*, Princeton, Princeton University Press, 1995.

¹²² «Medical knowledge meant skill in interpreting signs, rather than, as modern doctrines of evidence-based medicine would have it, processing information [...] The campaign for a scientific medicine accelerated in the late nineteenth century and continued throughout the twentieth. Its core was then and to a large degree remains the laboratory sciences, beginning with physiology and bacteriology». Theodore M. PORTER, «Medical Quantification : Science, Regulation, and the State», in G. JORLAND, A. OPINEL et G. WEISZ (dir.), *Body Counts, Medical Quantification in Historical and Sociological Perspectives*, McGill-Queen's University Press, p. 394-401.

C. Diffusion et réinterprétation des tests psychométriques en Allemagne (1912-1935)

Binet espérait trouver une solution pratique pour faire le tri entre enfants relevant de l'enseignement « normal » et arriérés. La maniabilité du test est attestée par le succès de la méthode au-delà des frontières française grâce à son caractère innovant associant âge biologique et âge mental, l'existence d'une échelle chiffrée et son côté standardisé qui permet son exportation et de nombreux remaniements à l'étranger. Le manque de technique au service du classement et du tri des déficients mentaux reste pourtant la cause majeure de la rapidité et la latitude de la diffusion de la méthode imaginée par Binet. Aux Etats-Unis, pays dans lequel la psychométrie a eu le plus profond impact, cet aspect est manifeste. La méthode de Binet y est traduite et adaptée par Henri H. Goddard à l'occasion d'un voyage en France dès 1909¹²³. La raison de cette adaptation rapide est en grande partie pratique : un psychologue s'occupant de l'éducation des déficients mentaux tels que l'est Goddard ne pouvait être qu'intéressé par les tests, qui représentent une innovation majeure par rapport aux techniques anthropométriques qui restent encore utilisée alors par défaut. La psychométrie constitue en cela une technique venant pallier les manques manifestes de la craniométrie¹²⁴.

La traduction de Goddard conduit à différentes versions dont la plus connue reste celle de Lewis M. Terman publiée en 1916 sous le nom de la *Stanford Revision of the Binet-Simon Scale*¹²⁵. Les tests ont une formidable postérité outre-Atlantique, notamment car « l'EMI [Echelle métrique de l'intelligence] allait trouver aux Etats-Unis un ensemble de conditions idéologico-culturelles et sociales favorisant son importation »¹²⁶. Ils y trouvent une application immédiate comme outil de tri des recrues dès 1917, sous l'appellation des tests Alpha et Bêta mis en place à la fin de la Première

¹²³ Son étude de la famille Kallikak notamment est particulièrement pertinente pour comprendre les ponts entre la volonté de mesurer l'intelligence et les débats sur les aspects héréditaires de la question. Elle sera examinée dans le chapitre 6. Henri. H. GODDARD, *The Kallikak Family : A Study in the Heredity of Feeble-Mindedness*, New York, Macmillan, 1912.

¹²⁴ « Appliquée au crâne humain, la biométrie a prétendu aussi saisir en mesure le réel obscur ou invisible, le territoire inaccessible et rétif de la pensée. Ceci explique le passage aux travaux de la psychométrie. Si nous poursuivions une perspective historique, nous aurions pu faire état des travaux de Binet [qui] s'attache aux proportions du crâne chez les aveugles, les sourds-muets, les anormaux ». Jacques J. ROZENBERG, Gilles BOETSCH et Christian HERVE, *Corps normalisé, corps stigmatisé, corps racialisé*, Bruxelles, De Bœck Supérieur, 2012, p. 46.

¹²⁵ Voir May V. SEAGOE, *Terman and the Gifted*, Kaufmann, 1975.

¹²⁶ P. PINELL, *op. cit.*, p. 35.

Guerre mondiale¹²⁷. L'abondante littérature concernant les tests d'intelligence et ses liens avec l'eugénisme témoigne de l'importance de ce mouvement aux Etats-Unis¹²⁸, mais aussi en Angleterre¹²⁹. Les approches récentes en histoire de la psychologie appelant précisément à l'internationalisation de l'histoire du test d'intelligence¹³⁰.

Si l'on passera par le cas américain dans le dernier chapitre consacré à l'eugénisme en raison de son impact sur l'hygiène raciale allemande, il n'est pas justifié d'étudier ici le courant de la « science de l'intelligence » américain car il n'influence pas directement le cas allemand. Le chemin suivi par la méthode dans l'entre-deux-guerres est plus sinueux, la question de la réception des tests Binet-Simon en Allemagne s'est posée spontanément en raison des mentions de Binet dans plusieurs sources primaires issues de la pratique. Ce constat n'a pas été immédiat, car il s'avère que dans l'établissement de Dalldorf, dans les centaines de dossiers examinés, aucun aliéniste ou pédagogue n'a apparemment utilisé un test d'intelligence chiffré à la manière du protocole calculatoire décrit par Binet et Simon. De même, on ne retrouve aucune mention de pratiques de tests de quotient intellectuel ni d'échelle métrique d'intelligence sur la période. Par contre, on trouve des mentions faites du « Binet-Bobertag » dès le milieu des années 1920 dans les dossiers médicaux des patients de Dalldorf passés par d'autres établissements, ce qui montre que s'il est absent de la pratique de l'établissement principal étudié, il a tout de même connu une diffusion en Allemagne qu'il s'agit de comprendre avant d'étudier le maniement du test dans la pratique.

¹²⁷ Dans *La mal-mesure de l'homme*, Stephen Jay Gould rend d'ailleurs hommage à la distance critique de Binet par rapport à sa méthode, par opposition à l'appropriation qui en sera faite outre-Atlantique par les eugénistes : « Binet était certain d'une chose : quelle que soit la cause des faibles résultats obtenus en classe, le but de son échelle était de détecter afin d'apporter de l'aide et des améliorations, non de cataloguer pour imposer des limitations. Certains enfants pouvaient bien être congénitalement incapables d'une réussite normale, mais tous pouvaient s'améliorer s'ils bénéficiaient d'une aide spéciale ». S. J. GOULD, *op. cit.*, p. 189.

¹²⁸ Pour les Etats-Unis, voir Ann Gibson WINFIELD, *Eugenics and Education in America: Institutionalized Racism and the Implications of History, Ideology, and Memory*, Peter Lang, 2007 ; Leila ZENDERLAND, *Measuring minds : Henry Herbert Goddard and the origins of american intelligence testing*, Cambridge, Cambridge university press, 1998. Pour l'Angleterre, voir Roy LOWE, "Eugenics and Education: a Note on the Origins of the Intelligence Testing Movement in England", *Educational Studies*, 1980, vol. 6, n° 1, p. 1-8 ; Gillian SUTHERLAND, "The Magic of Measurement: Mental Testing and English Education 1900-40", *Transactions of the Royal Historical Society*, 1977, vol. 27, p. 135-153.

¹²⁹ Pour une approche d'histoire globale, voir John CARSON, "Mental Testing in the Early Twentieth Century : Internationalizing the Mental Testing Story", *History of Psychology*, 2014, vol. 17, n° 3, p. 249-255. Les autres articles offrent des perspectives intéressantes sur l'Espagne des années 1920, l'Italie et la réinterprétation des tests de Binet par De Sanctis, les mesures psychométriques dans le Brésil de l'entre-deux-guerres.

1. La diffusion en Allemagne : création du test Binet-Bobertag et application (1912-fin des années 1920)

a) Du Binet-Simon au Binet-Bobertag

En Allemagne, avant que la psychologie s'institutionnalise, l'évaluation de l'intelligence a d'abord été le monopole des aliénistes à la fin du XIX^e siècle, comme ce fut le cas en France¹³¹. Des deux côtés de la frontière, distinguer les individus sur le plan des capacités intellectuelles représente un enjeu contemporain quasi-simultané, influençant aussi la naissance des diagnostics d'intelligence par la science pédagogique. Ces propos de 1905 du pédagogue et psychologue Ernst Meumann illustrent la véritable proximité avec les enjeux qui animent Binet et Simon, l'année même où ces derniers publient la première version de leur test :

Il serait de la plus grande importance d'un point de vue pratique si l'on savait sur quoi reposaient les différences d'intelligence entre les différents écoliers, et pourquoi tel enfant est plus intelligent que l'autre. Cette connaissance permettrait de montrer au professeur à quels enfants il pourrait donner un coup de pouce de manière individuelle¹³².

Ces deux domaines ont considérablement influencé la naissance de la psychologie expérimentale, qui s'intéresse en particulier au facteur de l'âge de l'enfant¹³³. Pourtant aucune innovation remarquable n'est à mentionner au tournant du siècle, ce qui explique en partie pourquoi la méthode Binet-Simon est diffusée rapidement chez le voisin : elle comble un manque en ce qui concerne les fondements théoriques d'une évaluation empirique de l'intelligence¹³⁴. Certes des « diagnostics d'intelligence » (*Intelligenzdiagnostik*) existaient ainsi déjà avant le transfert de la méthode Binet-Simon, à cela près qu'ils n'offraient pas une grille d'interprétation standardisée¹³⁵. Ce critère a sans doute été central dans la rapidité et la porosité de cette théorie dont l'aspect le plus remarquable est sans doute la facilité qu'elle offre en terme d'adaptation à l'étranger, en particulier grâce à la formulation d'une hiérarchie par paliers de Binet (*Binets Staffelsystem*). Dès 1905, le psychologue allemand Ernst Meumann juge les travaux de Binet sur l'attention et l'adaptation comme

¹³¹ Citons les recherches pionnières de Conrad Rieger (1855-1939) ou d'Emil Kraepelin (1856-1926) sur ce sujet.

¹³² „Es wäre [...] für die Praxis des Unterrichts von größter Bedeutung, wenn wir wüßten, worauf die Unterschiede der Intelligenz der einzelnen Schüler beruhen, warum das eine Kind intelligenter ist als der andere. Diese Erkenntnis würde es ermöglichen, dem Lehrer zu zeigen, wo er mit seiner individualisierenden Nachhilfe beim Kinde einsetzen kann“.

¹³³ La figure d'Ernst Meumann représente bien ce glissement, puisque ce dernier est passé de la pédagogie expérimentale à la psychologie pédagogique et expérimentale. Voir Paul PROBST, « Ernst Meumann », in *Bibliographisch-Bibliographisches Kirchenlexicon*, Band 25, Nordhausen, 2005, p. 923-927.

¹³⁴ Ingekamp note que des tests comprenant des grades standardisés d'intelligence existaient déjà dans la Chine vers 1000 av. J.-C., et qui selon lui dépassaient de loin les tests utilisés par les psychiatres allemands de l'époque.

¹³⁵ Pour le détail des méthodes utilisées par les psychologues expérimentaux allemands (par exemple, Meumann en 1905, Stern en 1912 ou Hylla en 1927), voir Karl-Heinz INGENKAMP et Hermann LAUX, *Geschichte der pädagogischen Diagnostik*, Weinheim, Dt. Studien-Verlag, 1990 p. 112-113.

étant la « première étude directe concernant l'intelligence des écoliers ». Selon lui, « c'est sous l'influence des recherches de Binet que se situent presque toutes les utilisations postérieures de la méthode des tests du côté français et américain »¹³⁶. Et en Allemagne aussi, le psychologue français a été lu tôt et surtout de manière intensive. C'est Otto Bobertag qui vulgarise la méthode en Allemagne par son ouvrage *Über Intelligenzprüfungen (nach der Methode Binet-Simon)*, publié dans le *Zeitschrift für angewandte Psychologie* en 1911-12¹³⁷. Le cœur de la méthode est pour le psychologue allemand la notion d'« échelle métrique de l'intelligence » (*Stufenmass der Intelligenz*)¹³⁸.

Cet enthousiasme ne signifie pas que ce transfert se soit fait sans regard critique outre-Rhin. Comme en France, l'influence de l'anthropométrie notamment est encore sensible, et modère chez certains une adhésion sans réserve à la méthode des Français ; à ce titre, Karlheinz Ingenkamp rappelle bien qu'on ne peut donc pas parler d'« euphorie des tests » (*Testeuphorie*)¹³⁹. Mais la réaction des contemporains reste globalement un accueil favorable à cette technique nouvelle, ce qui fait supposer qu'elle recélait une utilité allant bien au-delà de la simple demande institutionnelle formulée par la commission Bourgeois. Si l'on examine les réactions des contemporains outre-Rhin, les louanges se concentrent essentiellement sur les avantages pratiques, en particulier la rapidité des tests et leur simplicité d'utilisation¹⁴⁰. L'explication de l'écho large et transnational de cette méthode réside ainsi dans trois motifs principaux : l'innovation que représente l'association entre âge biologique et âge mental, la relative standardisation de la méthode et la mise en place d'une échelle de mesure. C'est donc l'aspect pratique, la *Praktikabilität* qui explique la circulation internationale de cet outil dans un domaine où les théories sont pléthoriques mais les instruments diagnostics rares.

Si les Etats-Unis ont modulé la méthode de Binet en « Stanford-Binet » en fonction des applications eugénistes et de tri des conscrits et des immigrants qu'ils envisageaient, un processus similaire de réappropriation a eu lieu en Allemagne, donnant naissance à une version « germanisée » du test, le « Binet-Bobertag ». On peut donc certes parler de transfert, mais davantage en tant que

¹³⁶ K.-H. INGENKAMP et H. LAUX, *op. cit.*, p. 116.

¹³⁷ Otto Bobertag (1879-1934).

¹³⁸ „Ihr [Binet et Simon] Grundgedanke ist ein Stufenmass der Intelligenz (échelle métrique de l'intelligence), d.h. eine Serie von Prüfungsmitteln ('tests'), die an Schwierigkeit zunehmen, und zwar so, dass die ersten Glieder der Serie dem niedrigsten Intelligenzniveau, das zu beobachten ist, angepasst sind, die letzten aber eine normalen Durchschnittsniveau“. Otto Bobertag cité par K.-H. INGENKAMP et H. LAUX, *op. cit.*, p. 124.

¹³⁹ *Ibid.*, p. 114

¹⁴⁰ Meumann déclare : „Andererseits sind aber die Testmethoden wegen der Schnelligkeit und Einfachheit, mit der sie in der Praxis des kinderpsychologischen Experimentes zum Ziele einer annähernden Intelligenzmessung führen, so wichtig, dass wir sie nicht entbehren können“.

réinterprétation de la théorie que simple translation de manière intacte. Bobertag revendique d'ailleurs une telle approche critique :

Les résultats avantageux auxquels sont arrivés les auteurs français et les attentes élevées liées à la propagation de leur méthode m'ont poussé à tenter une transcription (Übertragung) de leur tests en allemand, et par la même occasion de soumettre tout leur protocole à une vérification critique¹⁴¹

Les passages parfois hagiographiques dans l'œuvre de Bobertag ne sont pas incompatibles avec une volonté de révision et d'amélioration de travaux certes reçus avec enthousiasme, mais pas considérés comme figés. Le psychologue envisage de corriger et adapter les travaux français, et surtout de les soumettre ensuite à l'épreuve de la pratique. Tout comme plusieurs autres psychologues et instituteurs¹⁴², après avoir pris soin d'apporter certaines variations, il procède dès 1911 à une vérification empirique des tests sur plusieurs centaines d'élèves entre 5 et 12 ans, dont 80 élèves issus des *Hilfsschule* de Breslau¹⁴³. Ainsi dans les années suivant la traduction de la méthode française, on assiste à une véritable émulation du côté de la psychologie et pédagogie expérimentale allemande qui élabore une multitude de variantes du test. On est donc loin d'une logique systématique d'opposition et de compétition. Au contraire, la recherche allemande se nourrit de l'impulsion française afin de saisir les capacités et performances des élèves de manière potentiellement exacte et chiffrée pour y intégrer ses propres innovations. Enfin, à plus grande échelle, il convient également de situer cette simultanéité de l'intérêt pour la mesure de l'intelligence dans le cadre de la compétition internationale des puissances industrielles. Au cœur de l'« ère des empires », chacune des nations phares de l'époque s'interroge sur le meilleur moyen d'utiliser au mieux chaque talent au service de la mère patrie¹⁴⁴. Dans cette optique, valoriser les élèves doués n'est que l'envers de l'impératif conduisant à chercher à dépister les individus attardés, mais n'est envisagé que dans un second temps. On parle aujourd'hui beaucoup des « surdoués », mais avant de vouloir distinguer les bons, on a voulu à l'époque, en France comme en Allemagne, détecter avant tout les « mauvais »¹⁴⁵.

¹⁴¹ „Die günstigen Resultate, zu denen die französischen Autoren gelangt sind, und die hohen Erwartungen, die sie an die Verbreitung ihrer Methode knüpfen, haben mich bewogen, eine Übertragung der von ihnen vorgeschlagenen Tests in Deutsche zu versuchen und damit zugleich ihr ganzes Verfahren einer kritischen Nachprüfung zu unterziehen“. Otto BOBERTAG, *Über Intelligenzprüfungen nach der Methode von Binet und Simon*, Leipzig, Verlag von Johann Ambrosius Barth, 1928, p. 33.

¹⁴² Par exemple, William Stern (l'inventeur du Q.I.) en 1916, à Breslau ou le psychiatre Bloch en 1913 à Kattowitz.

¹⁴³ Il obtient par ailleurs un coefficient de corrélation de 0,95 à l'occasion des épreuves réitérées en 1912 sur 83 enfants, ce qui atteste d'un haut degré de fiabilité de la méthode. Voir O. BOBERTAG, *op. cit.*, p. 34.

¹⁴⁴ Eric John HOBSBAWM, *L'ère des empires: 1875-1914*, Paris, Pluriel, 2012.

¹⁴⁵ A des fins de disciplinarisation, pour leur offrir un suivi plus individualisé ou en vue de les mettre plus efficacement au travail ? Nous chercherons à répondre à ces questions dans le chapitre 5.

Quant aux modifications apportées, elles montrent les limites perçues dans la méthode Binet-Simon et la volonté de perfectionner cet outil. Bobertag explique par exemple qu'il s'agit de « trouver le juste milieu entre exactitude et possibilités d'application »¹⁴⁶. Il rejette tout automatisme dans l'évaluation des performances testées, sans pouvoir toutefois s'affranchir de la notion de « niveau normal ». Et de la même façon qu'en France, on s'inquiète de la subjectivité éventuelle et du parti pris de l'examineur. La principale différence dans l'approche de Bobertag par rapport à celle de Binet semble se trouver dans la volonté de fixer une simple limite entre « normalité » et « arriération » plus que de positionner sur une échelle linéaire continue différents grades de niveau mental. Bobertag le résume ainsi : « on souhaite bien distinguer facilement les enfants arriérés des normaux, et non pas esquisser de fines différences d'aptitude à l'intérieur même de la normalité ». On peut relever le fait que le psychologue met l'accent sur l'importance du rapport à la valeur moyenne (*Durchschnittszensur*), qu'il envisage avec un seul enjeu : celui de distinguer les arriérés des normaux.

Le constat de l'absence de toute mesure chiffrée dans nos sources ne doit toutefois pas laisser penser à un total rejet de la « mesure » quantitative de l'intelligence du côté allemand. D'autres praticiens comme William Stern se sont tout à fait réappropriés l'outil de manière quantitative. Ce dernier plaide dès 1912 en faveur du calcul d'un quotient d'intelligence, ce qu'il élabore dès 1916, selon la définition suivante :

Le QI est le rapport de l'âge d'intelligence (Intelligenzalter) d'un enfant en fonction de son âge biologique (Lebensalter). L'IA et le LA doivent être calculés jusqu'à la première décimale, le QI jusqu'à la deuxième décimale. Le QI est inférieur à 1 pour les enfants arriérés¹⁴⁷.

Stern affecte à chaque catégorie un QI moyen : 0,80 pour les enfants des écoles de perfectionnement, 0,75 pour les débiles et moins de 0,70 pour les imbéciles. Bobertag affiche une certaine ambiguïté quant au statut de toute mesure chiffrée dans le domaine de la psychologie. D'un côté pour lui, « les coefficients de corrélation sont en soi très jolis ; pour les possibilités d'application, sans lesquelles une méthodologie des tests d'intelligence reste impossible, autant dire qu'ils ne représentent en soi rien du tout »¹⁴⁸. Il s'oppose en cela à la démarche de Galton, Pearson ou Spearman, qui dans le dernier quart du XIX^e siècle ont produit les travaux en faveur d'une résolution quantitative et statistique de la problématique de la mesure et du diagnostic d'intelligence. D'un autre

¹⁴⁶ „Die richtige Mitte zu finden zwischen Exactheit und Anwendbarkeit”, cité par K.-H. INGENKAMP et H. LAUX, *op. cit.*, p. 129.

¹⁴⁷ „Der IQ ist das Verhältnis des Intelligenzalters eines Kindes zum Lebensalter. IA und LA werden hierbei bis zu ersten, der IQ bis zur zweiten Dezimale berechnet. Der IQ ist bei Kindern stets kleiner als 1”. *Ibid.*

¹⁴⁸ „Korrelationskoeffizienten sind ja an sich sehr schön ; für praktische Verwendbarkeit, ohne die doch eine Methodik der Intelligenzprüfung nicht denkbar ist, leisten sie für sich allein so gut wie gar nichts”, cité par K.-H. INGENKAMP et H. LAUX, *op. cit.*, p. 120.

côté, son adaptation de la méthode Binet-Simon datant de 1912 reprend l'échelle métrique de l'intelligence des Français et est en outre enrichie par l'utilisation du quotient intellectuel formulé par Stern la même année¹⁴⁹. La courbe issue de ce double apport est à ce titre un remarquable mélange entre les innovations les plus récentes de la psychologie expérimentale française et allemande, ce qui relativise de manière éclatante les domaines d'opposition entre les deux « ennemis héréditaires ». Il n'y a pas de « crise allemande de la pensée française » dans ce domaine, pour paraphraser l'essai de l'historien Claude Digeon¹⁵⁰ : si la France est « à l'apprentissage de l'Allemagne », la réciproque est aussi valable. Si les nations s'opposent sur le plan politique ou économique, on voit que les idées scientifiques circulent de manière remarquable. La rapidité du transfert de la méthode Binet-Simon montre que l'on se tient au courant des méthodes et réalisations françaises de manière aussi attentive en Allemagne qu'aux Etats-Unis, et ainsi la circulation rapide des idées dans la communauté scientifique à l'échelle mondiale¹⁵¹.

A l'image de ce qui s'est passé dans d'autres pays industrialisés au même moment, le transfert de la méthode française consiste non pas en une traduction de l'œuvre de Binet et Simon, mais d'une réappropriation. Une fois importée en Allemagne, elle prend le nom de « Binet-Bobertag », ce qui résume bien une des raisons du succès de cet outil, à savoir sa plasticité. L'effervescence provoquée par l'arrivée de cette méthode dans le milieu scientifique allemand ne relève pas d'un simple transfert, mais d'un enrichissement d'un outil très lisible et adaptable, qui présente donc un intérêt pratique fort. La véritable innovation n'est ainsi peut-être pas tant le test en lui-même que la démarche de fabrication d'un outil standardisé, dont la plasticité explique sa diffusion immédiate et remarquable dans l'espace, comme sa permanence extraordinaire dans le temps, ce que confirme l'histoire globale du test d'intelligence qui met en valeur sa dissémination, son appropriation et en même temps les transformations au début du XX^e siècle¹⁵².

¹⁴⁹ Voir les courbes en annexe.

¹⁵⁰ Claude DIGEON, *La crise allemande de la pensée française (1870-1914)*, Thèse, Paris, 1959.

¹⁵¹ Sur les transferts rapides à l'échelle mondiale des idées dans le domaine de la psychiatrie entre le monde anglo-saxon et l'Allemagne, voir Volker ROELCKE, Paul WEINDLING et Louise WESTWOOD (dir.), *International Relations in Psychiatry: Britain, Germany, and the United States to World War II*, Rochester, University of Rochester Press, 2010.

¹⁵² John CARSON, *op. cit.* ? p. 249-255.

b) Occurrence du test Binet-Bobertag dans l'évaluation de l'intelligence en pratique avant 1933

A l'échelle de nos sources, les exercices chiffrés ne sont présents nulle part, en revanche les épreuves de type interprétatives sont utilisées par les psychiatres scolaires (*Schulnervenarzt*) berlinois. Elles sont à ce titre explicitement mentionnées dans les écrits consignés par ceux-ci à l'issue d'un entretien avec l'enfant. Par exemple, le Dr Mager note dans le dossier de Fritz H. :

Au cours du présent examen, l'explication d'image (Binet-Bobertag) a montré que le garçon ne pouvait tout d'abord formuler aucun contexte logique ou alors le faisait dans le cadre de représentations totalement erronées. Les couleurs sont aussi encore totalement inconnues aujourd'hui. Les allumettes ne sont comptées correctement qu'au moyen du toucher ; Malgré une connaissance des chiffres, la capacité de représentation des nombres n'est pas acquise. Etant donné que l'enfant est visiblement faible d'esprit, l'admission dans un foyer ou dans une école normale n'a pas de sens¹⁵³.

Ce dossier montre qu'on utilise dans la pratique la version Binet-Bobertag du test d'intelligence à la fin des années 1920 à Berlin, ou au moins une partie de ce test qui se nomme *Bilderklärung*. Le but premier de cette explication d'image apparaît donc d'être un prétexte pour amener l'enfant examiné à formuler un propos organisé de manière à décrire un contenu visuel, les détails qui y figurent, et ainsi de tester à la fois sa logique et l'étendue de son vocabulaire. A propos des gravures et de leur réception par les enfants, Binet distingue trois processus en jeu : l'énumération des personnages et des objets et leur identification, la description, et enfin l'interprétation. Ces trois degrés correspondent pour le psychologue à des aptitudes qui s'échelonnent temporellement, et correspondent à des degrés de développement attendus pour un certain âge (3, 7 et 12 ans respectivement). Cette épreuve est directement reprise du protocole élaboré par Binet et Simon en 1907¹⁵⁴. Le but que lui assigne Binet est le suivant :

Avec les enfants, elles [les images] rendent des services inappréciables. L'enfant le plus distrait a un éclair dans les yeux quand on lui montre une image. C'est un moyen presque certain de le capter. L'image peut servir à bien des fins [...]. Non seulement il va parler, développer ce qu'il a de langage au service des idées, mais on lui laisse la liberté de regarder et de choisir dans l'image ce qui lui plaît ; il va donc nous apprendre ce qui le frappe le plus, et en même temps quelle idée le dirige, quelle mentalité il a, comment il perçoit, comment il interprète, comment il raisonne¹⁵⁵.

C'est ainsi en raison de son caractère ouvert que l'explication d'image est plébiscitée par le psychologue. Il s'agit d'une méthode privilégiée par les psychologues, mais non par les aliénistes,

¹⁵³ Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n°5992, Fritz H., Description de l'examen pratiqué à son arrivée à Wittenau, 16 décembre 1927.

¹⁵⁴ A. BINET ET T. SIMON, « Le développement de l'intelligence chez les enfants », *op. cit.*, p. 1-94.

¹⁵⁵ *Ibid.*, p. 8.

comme le remarque Bobertag : « on sait que l'utilisation d'images est très appréciée pour des examens psychologiques »¹⁵⁶. Or le milieu de l'éducation spéciale a structurellement fait une place plus rapide et plus grande aux pédagogues et aux psychologues¹⁵⁷. A l'asile de Dalldorf, la méthode est mentionnée uniquement à partir de la période nazie, et est constatée uniquement dans les dossiers passés par d'autres établissements avant 1933. Mais dans les deux cas, le constat est similaire : une seule partie du protocole du test est mise en œuvre pour évaluer l'intelligence, en l'occurrence l'épreuve de la *Bilderklärung* (explication d'images). Mais contrairement à la France où l'explication d'image a été souvent utilisée de manière annexe mais sans entrer en compte dans l'évaluation de « l'âge mental »¹⁵⁸, celle-ci semble non seulement subsister dans tout l'entre-deux-guerres en Allemagne, mais être un outil fréquemment utilisé dans le diagnostic pédagogique de l'arriération. Alors que Binet pensait en 1907 avoir trouvé dans l'explication d'images « un test d'une valeur exceptionnelle » qu'il met « au-dessus de tous les autres », ensuite l'épreuve est éliminée de la dernière version du test¹⁵⁹. Au contraire, Bobertag la conserve dans son ouvrage *Über Intelligenzprüfungen nach der Methode von Binet und Simon*¹⁶⁰. Il lui concède une valeur parlante dès 1911 :

La description et l'explication d'images est selon Binet et Simon d'une valeur particulière. On peut être d'accord avec eux à la condition que l'image concernée corresponde à son but. On sait que l'utilisation d'images pour des recherches psychologiques est très appréciée, et a mené à de nombreux résultats intéressants¹⁶¹.

Elle respecte le même schéma que celle de Binet — 3 gravures à partir desquelles les enfants doivent tirer des interprétations — à la différence près que Bobertag a changé les gravures servant à effectuer le test. A titre de comparaison, on a fait figurer ci-dessous les trois situations qui sont mises en scène dans le test original et sa réinterprétation outre-Rhin.

¹⁵⁶ O. BOBERTAG, *op. cit.*, p. 69.

¹⁵⁷ En France, l'hostilité du champ psychiatrique tourné au moment de l'émergence des premiers travaux de psychologie sur l'arriération, peut expliquer pourquoi, contrairement au voisin, les tests Binet-Simon en général et plus particulièrement ceux s'appuyant sur des explications d'images n'apparaissent pas dans nos sources, qui sont essentiellement issues du domaine asilaire. S. ELLGER-RÜTTGARDT, *Geschichte der Sonderpädagogik, op. cit.*

¹⁵⁸ Alors que dans son article de 1907, Binet parle de cette méthode comme ayant « l'avantage remarquable de servir au diagnostic de trois niveaux intellectuels différents », à savoir 3, 7 et 12 ans. *Ibid.*, p. 8.

¹⁵⁹ A. BINET ET T. SIMON, « Le développement de l'intelligence chez les enfants », *op. cit.*, p. 8.

¹⁶⁰ O. BOBERTAG, *op. cit.*. Notons qu'on dispose de la 3e édition, mais comme mentionné sur la couverture cette version concorde avec les 1ères et 2èmes éditions.

¹⁶¹ „Das Beschreiben und Erklären von Bildern ist nach B.-S. allen anderen Tests an Wert überlegen. Dem kann man zustimmen, unter den Voraussetzung, dass die betreffenden Bilder für ihren Zweck geeignet sind. Die Verwendung von Bildern zu psychologischen Untersuchungen ist bekanntlich sehr beliebt und hat bereits zu vielerlei interessanten Ergebnissen geführt”. O. BOBERTAG, *op. cit.*, p. 69.

	Image 1	Image 2	Image 3
Version Binet-Simon	Un homme âgé et barbu tire une charrette. Il est aidé par un jeune homme, plié vers l'avant par l'effort.	Couple assis sur un banc. Ambiance de semi-pénombre. L'homme paraît assez âgé, il a une barbe blanche. La femme est recroquevillée contre lui.	Pénombre. Un homme moustachu se tient debout face à une fenêtre, seule source de lumière dans la pièce. Sur le côté droit, on distingue deux tables gigognes.
Version Binet-Bobertag (1912)	Un homme élégant en haut de forme salue depuis la rue deux femmes à l'intérieur d'une maison. A ses pieds, un enfant est à terre sans qu'il y prête attention. Sa mère tente de le ramasser.	“Bauernstube” La scène se passe à l'extérieur. Un épais manteau neigeux recouvre le sol. Deux écoliers ont fait une bataille de boules de neige, et on observe les conséquences : une vitre est brisée. Un homme réprimande l'un en le prenant par les cheveux. L'autre rit sous cape, caché derrière une palissade.	4 enfants jouent à Colin-maillard. Ils rient, celui qui a les yeux bandés tatonne et tire sur une nappe. On voit la vaisselle tomber de la table avec en arrière-plan une femme plus âgée (la mère) affolée.

Force est de constater que les gravures choisies par Bobertag ont un contenu pouvant être interprété de manière bien plus moralisatrice que celles initiées par Binet. Certes, ce dernier n'exclut pas dans la phase d'interprétation que la personne testée puisse y ajouter un commentaire qui « dépasse le tableau visible » selon ses mots¹⁶². Il relève par exemple pour la 2^e gravure : « c'est la misère » ou « ce sont des malheureux qui sont assis sur un banc, et qui n'ont pas de domicile pour aller se coucher », mais sans pour autant valoriser une réponse moralisante ou émotionnelle. Par contre, les trois gravures de Bobertag appellent *a priori* à une interprétation bien plus manichéenne. Dans sa transcription, le psychologue allemand explique n'avoir pas été satisfait des gravures de Binet et Simon, et en avoir choisi d'autres, certes « vieillottes » (*altmodisch*)¹⁶³, mais prêtant moins à confusion. Pour le psychologue, les interprétations riches pouvant découler de ces planches d'aspect

¹⁶² A. BINET ET T. SIMON, « Le développement de l'intelligence chez les enfants », *op. cit.*, p. 13.

¹⁶³ Elles sont tirées d'un album de planche munichois intitulé « le malchanceux » (*der Pechvogel*).

plus moralisant sont justifiées comme un simple moyen de stimuler les enfants, « alors que les images de Binet et Simon ne suscitent qu' « un état d'indifférence léthargique » selon lui. On assiste donc ici à une adaptation des épreuves en fonction des limites constatées jusqu'alors.

D'apparence anecdotique, cette utilisation de l'épreuve de l'explication d'images à des fins moralisatrices va se révéler particulièrement parlante car mise en œuvre de manière bien plus large et approfondie dans la période du III^e Reich comme on l'examinera dans la dernière partie. Il faut d'abord expliciter comment se joue une désaffection croissante pour les tests d'intelligence dans l'entre-deux-guerres en Allemagne, comme on va le montrer à présent.

2. L'évolution du rapport au test dans l'entre-deux-guerres : vers un primat de l'héréditaire (1931)

L'enthousiasme réel soulevé par les tests Binet-Bobertag en Allemagne est partiel par une sélection des épreuves réutilisées, mais aussi parce que son utilisation est courte durée. Les raisons de cette désaffection pour les tests sont différentes de celles explicitées du côté français. L'évolution du diagnostic d'intelligence dans les années 1920 prend un chemin différent son voisin. C'est vers la fin de cette décennie qu'on peut distinguer dans nos sources les premières affinités avec les schémas qui formeront l'ossature idéologique du III^e Reich. En effet, la démarche du test d'intelligence témoigne d'une ambition initiale de mesurer une aptitude mentale sur le plan individuel. On peut certes contester certains travers subjectifs ou sanctionnant une classe sociale particulière sur le plan des questions et épreuves. Il n'en reste pas moins qu'ils permettent de partir d'un protocole ouvert et non déterministe en vue de la mesure d'une intelligence « individuelle » pour chaque enfant, c'est-à-dire indépendamment de l'origine sociale, la santé ou le métier de ses parents et collatéraux. Il semble que cette vision s'affaisse au fil des années 1920. L'aspect quantitatif demeure, mais la mesure individuelle laisse place à des statistiques familiales sur la probabilité *a priori* d'être héréditairement frappé de retard mental en raison d'une transmission héréditaire de l'arriération. Les sources de l'asile de Dalldorf offrent une très belle illustration de cette hypothèse. Il s'agit d'un véritable retour à l'étiologie comme cause de l'arriération, optique qui avait été abandonnée par l'approche psychologique. Qui plus est, cette manière d'envisager les causes de l'arriération diverge fortement du test fonctionnel qui fait lui abstraction des causes de l'arriération pour s'intéresser à la seule pratique du tri, qu'il soit scolaire ou asilaire. Par conséquent, on peut parler d'une

remédicalisation de la compréhension de l'arriération en Allemagne au début des années 1930, renforcée par un éloignement des questions éducatives vers une interrogation centrée sur les causes héréditaires. On assiste par là à un glissement de l'aspect individuel du test à une question qui représente un enjeu de santé publique.

Le 27 mars 1931, l'asile de Dalldorf — renommé *Wittenauer Heilstätten der Stadt Berlin* depuis 1928 — est le lieu d'une « étude sur hérédité chez les enfants faibles d'esprit » (*Erblichkeitsuntersuchungen an schwachsinnigen Kindern*) qui est pratiquée sur 75 enfants issus de l'*Erziehungsheim für schwachsinnige Kinder der Wittenauer Heilstätten*. Il s'agit des 75 enfants et adolescents des deux sexes¹⁶⁴ qui sont pris en charge dans cette part de l'asile en mars 1931. Ceux-ci ont des degrés d'arriération très variés, recoupant tout le spectre de la nosologie, puisqu'on va de l'*Idiot* au *Debil* en passant par les *schwer* et *leicht Imbezill*. Au centre de l'étude figure la famille des patients, mais aussi leur emploi et cadre de vie, connue par une visite au domicile dont le but assigné est de « se faire une image de leur milieu social ». ¹⁶⁵ . Une telle étude est similaire sur le plan de la méthode et des objectifs à d'autres études de ce type menées au même moment, en ce qu'elle se propose de démontrer le fondement héréditaire de l'arriération mentale en étudiant les profils des collatéraux de patients de l'asile¹⁶⁶. Or cette étude montre une évolution intéressante quant au crédit apporté aux tests d'intelligence, en lien avec la progression de l'*Erbbiologie* — thème qui sera analysé en tant que tel dans le dernier chapitre. Le « matériel » (*Material*) qui sert à son étude est divisés en deux catégories : arriération endogène, c'est-à-dire congénitale, et exogène, au sens d'un retard mental dont on a pu identifier une cause extérieure ayant provoqué l'arriération au moment de l'accouchement ou dans la petite enfance¹⁶⁷. Parmi le protocole décrit par Pleger pour l'évaluation de l'intelligence de chacun des participants, les « tests d'intelligence habituels » (*die üblichen Intelligenzprüfungen*) sont évoqués, ce qui montre qu'ils font partie du protocole. Pourtant les termes employés par l'auteur témoignent d'une forte contestation d'une telle méthode pour deux raisons. Tout d'abord, des paramètres comme l'autonomie de chaque enfant et surtout de son utilité sociale semblent primer sur l'évaluation des capacités cognitives de l'enfant — « Nous attachons une bien

¹⁶⁴ Âgés de 8 à 18 ans, il s'agit de 51 garçons et 24 filles, dont 1 paire de jumeaux et 5 paires de frères et sœurs.

¹⁶⁵ Werner PLEGER, « Erblichkeitsuntersuchungen an schwachsinnigen Kindern », *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, vol. 135, n°1, décembre 1931, p. 225-252.

¹⁶⁶ Alfons Lokay publie en 1929 un article intitulé „Über die hereditären Beziehungen der Imbezillität“, vraisemblablement en lien avec le *Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie* à Munich. Son article est publié dans le même journal de neurologie et psychiatrie que Pleger. L'année suivante, Carl Brugger publie une „Genealogische Untersuchungen an Schwachsinnigen“ après son étude dans l'asile de Stadtroda en Thuringe de juin 1930. L'asile de Dalldorf a par ailleurs accueilli d'autres études de ce type, : Pleger cite les études de Balluff-Blumenthal et Panse, toutes deux publiées dans l'*Allgemeine Zeitung für Psychiatrie* mais dont la date et le titre restent introuvables

¹⁶⁷ Comme on a pu le voir dans le chapitre 3, il s'agit soit de complications pendant l'accouchement (forceps, manque d'oxygène...), soit de maladies (méningite) ou traumatisme (chute sur la tête) pendant la petite enfance.

plus grande importance à ces critères qu'aux résultats des tests d'intelligence imposés de toute manière », explique Pleger¹⁶⁸.

Surtout, l'étude montre pleinement comment l'interprétation en fonction de l'hérédité prend une importance bien plus grande que n'importe quel autre facteur, et que toute mesure de l'arriération par un quelconque test n'a plus qu'un statut négligeable.

Nous avons perdu progressivement notre conviction de départ de la grande valeur de tels tests d'intelligence uniques et uniformisés et nous avons approfondi notre recherche psychiatrique, par laquelle nous avons essayé d'esquisser oralement une image du cercle d'intérêt, du grade d'intelligence et des capacités intellectuelles des collatéraux¹⁶⁹.

Alors qu'autour de 1910, l'innovation semblait être du côté de la psychologie et de l'outil du test, on voit ici que la recherche psychiatrique — par les branches qui se sont développées du côté de la génétique psychiatrique notamment, comme on le verra dans le chapitre 6 — change considérablement la valeur accordée à une évaluation immédiate. D'après Pleger, « l'hérédité doit être regardée comme le facteur le plus important dans la genèse de l'arriération »¹⁷⁰.

Or les propos de Pleger s'insèrent parfaitement dans l'évolution qu'on constate en Allemagne au cours des années 1920. Après une période d'institutionnalisation des tests psychologiques, s'installe peu à peu un scepticisme à l'égard de ces procédés qui sont rejetés par certains en raison de leur éloignement d'une « manière de faire allemande » dont se réclament les extrémistes *völkisch*, par opposition aux épreuves scolaires chiffrées qui sont progressivement décrits comme ayant une « affinité à la pensée juive »¹⁷¹. L'abandon progressif d'un véritable crédit donné aux tests d'intelligence au profit du retour à une vision déterministe, basée sur la certitude que les aptitudes cognitives s'acquièrent par l'hérédité, est un élément parmi d'autres expliquant la progression des idées d'hygiène raciale quelques années déjà avant la fin de la République de Weimar. Cette étude de l'évolution des idées sur l'intelligence et la façon de l'évaluer, et l'exemple détaillé de l'étude menée à Dalldorf permettent ainsi d'observer de quelle manière l'évolution idéologique bien connue du

¹⁶⁸ „Auf diese Kriterien legten wir größeren Wert als auf die Ergebnisse der in jedem Falle vorgenommenen Intelligenzprüfungen“. W. PLEGER, *op. cit.*, p. 227.

¹⁶⁹ „...verließ uns allmählich unsere anfängliche Überzeugung von dem großen Werte derartiger einmaliger einheitlicher Intelligenzprüfungen und wir gingen mehr zu larvierten psychiatrischen Untersuchungen über, indem wir uns gesprächsweise ein Bild von dem Interessenkreis, dem Intelligenzgrade und dem Auffassungsvermögen der Angehörigen zu machen versuchten“. *Ibid.*, p. 228.

¹⁷⁰ „Wir glauben die Erblichkeit als wichtigsten Faktor in der Genese des Schwachsinnigen ansehen zu müssen“. *Ibid.*, p. 230.

¹⁷¹ „Bereits beim ersten größeren schulpraktischen Einsatz von Prüfungsexperimenten klingt das Thema der völkisch-ganzheitlichen Extremisten an, die Behauptung, Tests hätten eine besondere Affinität zu jüdischem Denken und seien deutscher Art wesensfremd“, cité par Hermann LAUX, *Pädagogische Diagnostik im Nationalsozialismus 1933-1945*, Weinheim, Deutscher Studien Verlag, 1990, p. 35.

régime avant même 1933 infiltre chaque branche particulière de la science de l'époque¹⁷². Ce changement de paradigme au niveau des tests d'intelligence gagne donc à être resitué dans une prolifération plus large des thèses héréditaristes dès le milieu des années 1920. L'historien Volker Roelcke décrit ce phénomène qu'il désigne du terme de « biologisation » et qui se fait au détriment de l'éducatif après 1933, comme on le verra plus en détail dans le chapitre 6¹⁷³. Plus, la perte de la vision pronostique qui était celle du test à un corollaire logique qui est l'importance donnée non au futur — l'évaluation de l'éducabilité de l'enfant, du potentiel qu'il contient — mais au passé de l'individu. L'étude des collatéraux et de la qualité de chaque lignée devient plus importante que l'évaluation individuelle présente. En effet, l'hérédité représente un outil de « prédiction » du futur succès ou non de l'éducation des déficients mentaux car elle est une manière de pronostiquer l'avenir de la génération qui suit. Il s'agit donc d'un futur collectif — la reproduction des individus et la mise au monde d'une descendance elle aussi déficiente puisque la pathologie est conçue comme héréditaire — qu'il s'agit d'empêcher d'advenir, et non un simple destin individuel dans l'évolution personnelle qu'il connaîtra. Ces constats sur la volonté impérieuse de « prédire » ce que peut être l'évolution d'un enfant donné correspondent à ceux de Michael Kölch sur la psychiatrie infantile du Berlin de l'entre-deux-guerres¹⁷⁴. L'historien démontre dans sa thèse l'importance accrue que prend le concept de futur de l'enfant dans la théorie et la pratique psychiatrique pendant cette période. Il souligne le rôle de l'Etat — et par là aussi de l'institution scolaire — qui se fait peu à peu le pilote de l'analyse du développement de l'enfant, soutenant d'autant plus la démarche qu'elle a une signification cruciale dans le contexte social et démographique de l'époque, ce qu'on abordera de manière plus détaillée dans le chapitre 5. Il analyse également comment le concept de « descendance menaçante » (*drohende Descendenz*) peut être rattaché à une peur de la dégénérescence progressive que les enfants sont censés porter en eux, et qui accentue significativement la pensée biologique dans la psychiatrie. Ce thème, qui sera au cœur du chapitre 6, peut toutefois déjà être évoqué dans son lien avec la désaffection pour les tests d'intelligence dans la médecine de l'époque. On assiste ainsi à une vision collective de l'intelligence comme paramètre intrinsèquement héréditaire et collectif, et non plus présent et individuel. L'évaluation déterministe et fermée des capacités des malades de Wittenau dans l'étude de Werner Pleger en est le corollaire logique.

¹⁷² Paul WEINDLING, *L'hygiène de la race. Hygiène raciale et eugénisme médical en Allemagne, 1870-1932*, Paris, La Découverte, 1998. Peter WEINGART, Jürgen KROLL et Kurt BAYERTZ, *Rasse, Blut und Gene : Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland*, Francfort-sur-le-Main, Suhrkamp, 1992.

¹⁷³ Sur le concept de la « biologisation » des faits sociaux, voir Volker ROELCKE, "Biologizing social facts : An early 20th century debate on Kraepelin's concepts of culture, neurasthenia, and degeneration", *Culture, Medicine & Psychiatry*, 1997, vol. 21, n° 4, p. 383-403. On reviendra largement sur cet article dans le dernier chapitre de la thèse.

¹⁷⁴ Michael KÖLCH, „Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Berlin 1920-1935“, Thèse, Berlin, 2006, p. 423.

Enfin, les tendances repérées à travers cet article témoignent aussi d'une évolution épistémologique quant à l'évaluation du degré d'arriération. L'article de Pleger procède par un calcul complexe. Elle cherche à établir un coefficient de corrélation entre l'arriération et l'hérédité (w) selon une formule dont les différents facteurs sont s pour l'effectif total (*Gesamtkopfzahl*), p la probabilité d'une filiation héréditaire dans l'échantillon donné (*Zahl der Prob. i. ds. Sippen*), et m le nombre de cas d'arriération (*Schwachsinnfälle*). Il s'agit par cette formule d'identifier les « faiblement doués » (*Schwachbegabten*) dont l'arriération est due à une transmission héréditaire¹⁷⁵. Ceci témoigne d'un processus propre à cette époque et qu'on a déjà pu constater dans la première partie de ce chapitre, à savoir l'importance croissante conférée à la mesure chiffrée et aux évaluations statistiques. Alors que pour une donnée comme le quotient intellectuel, on aurait pu croire par certaines de nos sources qu'il existait une résistance du côté allemand, l'exemple de l'étude de Pleger montre qu'il n'en est rien. Comme le remarque Benoît Massin, la politique eugénique qui émerge déjà sous Weimar et se prolongera sous le III^e Reich « fut déterminée, spécifiée et appliquée par des médecins, biologistes-généticiens et démographes-statisticiens. Un choc sourd de ce constat : les sciences biomédicales vécurent le plus souvent en véritable symbiose avec le nazisme »¹⁷⁶. Les jalons de cette évolution sont posés bien avant 1933, et reposent sur un amoindrissement du crédit donné à l'évolution possible de l'individu quant à son niveau intellectuel par l'application d'un déterminisme héréditaire qui gagne progressivement la psychiatrie de l'époque, et dont les fondements et les conclusions de l'étude de Pleger sont représentatifs. Le secteur éducatif est rapidement envahi par l'étude des antécédents héréditaires (*erbbiologischen Hintergründe*) et l'histoire familiale (*Familiengeschichte*) de chaque enfant. De rares voix s'élèvent contre ces mesures, tel Bobertag qui critique le caractère « totalement utopique » (*völlig utopisch*) de la mesure¹⁷⁷. Là aussi, ces conclusions recourent celles de Michael Kölch, qui souligne le caractère *völkisch* dans lequel s'enfoncent les spéculations des médecins de la *Rassenhygiene* dans ce but illusoire de déchiffrer l'esprit. L'étude de Pleger est représentative d'une psychiatrie qui mobilise une pensée biologisante, qui permet de « trouver des solutions simples à des problèmes complexes », comme on aura encore l'occasion de le constater dans le chapitre 6¹⁷⁸. Par ailleurs, elle exprime également la scission forte en Allemagne dès le milieu des années 1920 entre la psychologie expérimentale et une psychiatrie dominée par les approches génétiques et biologiques.

¹⁷⁵ Par exemple, pour le cas d'un arriéré dit « endogène » dont les deux parents seraient eux aussi arriérés, le coefficient calculé par Pleger grâce à cette formule est 0,71%.

¹⁷⁶ Benoît MASSIN dans la préface du livre de P. WEINDLING, *op. cit.*, p. 26.

¹⁷⁷ En 1933 paraissent deux études qui questionnent encore la part du milieu dans l'intelligence : celle de Busemann et celle de Flender.

¹⁷⁸ M. KÖLCH, *op. cit.*, p. 424.

Malgré la perte de crédits donnés aux tests d'intelligence, ceux-ci vont rester présents dans la pratique, notamment pour appuyer la décision de stériliser les malades atteints de déficience mentale dans l'asile de Wittenau. Subissant plusieurs transformations au service d'une mesure de l'adhésion à la norme que devient l'idéologie du parti nazi et les orientations moralisatrices qui forgent la conception de la normalité qui prévaut à partir de 1933, les tests vont néanmoins perdurer et ce en raison de leur qualité d'instrument pragmatique de décision. Bien qu'ils servent alors à un tout autre objectif après 1933 qui n'est plus la prise de décision dans le cadre éducatif mais la mise en place d'une mesure d'eugénisme autorisée dès les premiers mois de l'accession au pouvoir de Hitler, ils restent en dépit de tout utilisés comme outil d'objectivation, comme nous allons l'illustrer à présent.

3. *Les tests d'intelligence, un outil légitimant la décision de stérilisation forcée (1933-35)*

Dans la période nationale-socialiste une forte opposition de la plupart des pédagogues aux tests et à cette « pédagogie exacte » qui s'est développée lors des deux décennies précédente dans les pays industrialisés se manifeste de manière encore plus marquée. Un des derniers pédagogues à défendre cette approche est précisément Otto Bobertag, qui en 1933 est encore chef de section au *Zentralinstitut für Erziehung und Unterricht* à Berlin. Il reste encore dans la lignée de l'approche par la méthode du test malgré l'opposition du régime jusqu'à sa mort en 1934 :

A partir de la mort d'Otto Bobertag en 1934 les procédures exactes perdent un champion qui avait encore essayé de trouver une voie après 1933 pour enjamber le gouffre naissant, au moment où les tests sont déjà rejetés car jugés par le nationale-socialisme comme « juifs », « mécaniques » et contraires à « l'esprit aryen »¹⁷⁹.

Dès le milieu des années 1930, les tests sont ainsi mis à l'écart de manière encore plus accentuée. La loi du 14 juillet 1933 (*Gesetz zur Vertütung erbkranken Nachwuchses*) sera étudiée en détail dans le chapitre 6, mais il faut déjà évoquer ici ses conséquences pratiques. En Allemagne, cette loi marque la fin de tout débat sur la légitimité de l'existence d'une démarche médico-pédagogique, en ce qu'elle pose un cadre pratique précis et juridiquement contraignant permettant de

¹⁷⁹ „Mit dem Tod von Otto Bobertag 1934 verloren die exacten Verfahren einen Verfechter, der noch 1933 nach einem Weg versucht hatte, die entstehende Kluft zu überbrücken als Tests von der Nationalsozialisten schon als „jüdisch“, „mechanistisch“ und „dem arischen Geiste widersprechend abgelehnt wurden“. H. LAUX, *op. cit.*, p. 107.

stériliser toute personne qu'on soupçonne d'être porteuse d'une « tare héréditaire » menaçant l'intégrité de la « race aryenne »¹⁸⁰. Les *Hilfschule* ne sont pas abolies, mais sont envisagée « comme le creuset rassemblant les malades héréditaires » (*als das Sammelbecken von Erbkranken angesehen*)¹⁸¹. Dès lors, le but du diagnostic change : on passe d'une pratique servant à mesure une aptitude à un instrument de tri permettant de réaliser des mesures étatiques de l'ordre de la conservation de la pureté de la race et de son capital héréditaire. De l'arriéré — dans toutes ses nuances diagnostiques, on passe ainsi au simple « malade héréditaire » (*Erbkrank*), généralisation simpliste effaçant toute nosographie préexistante. Le « malade héréditaire » est victime de « faiblesse d'esprit congénitale » (*angeborener Schwachsinn*) de manière générique – au-delà des distinctions antérieures - et génétique – car cette disposition implique tous ses collatéraux.

Pourtant, toute ambition de « mesurer l'intelligence » ne disparaît pas. On continue même d'utiliser le terme du « test » pour désigner des évaluations servant à entériner la décision de stérilisation forcée. Dans les dossiers médicaux et administratifs de l'asile de Dalldorf, on trouve les « formulaires des tests d'intelligence » (*Intelligenzprüfungsbogen*) qui étaient utilisés une version formalisée à partir de décembre 1933. Ces formulaires font partie des pièces versées au dossier qui est examiné en vue de la décision de la stérilisation ou non par le « tribunal de santé héréditaire » (*Erbgesundheitsgesetz*)¹⁸². Ce formulaire se compose de huit catégories qui ressemblent a priori à ce qui se faisait dans la tradition des tests d'intelligence entamée avec le Binet-Simon¹⁸³. En réalité, cette source montre comment un test imaginé dans un contexte éducatif subit un glissement dans son utilisation. En effet, la pratique des questions et de l'évaluation — habituelle dans les archives allemands et surtout françaises des premières décennies du siècle — est ici transformée en fonction d'un but nouveau : le choix des individus à stériliser. La question qui se pose n'est plus d'ordre éducatif et individuelle mais collective car liée à des impératifs de sauvegarde de la santé héréditaire du *Volk*. La catégorie « connaissances scolaires » (*Schulwissen*) contient par exemple des questions

¹⁸⁰ On reviendra plus longuement sur la loi de stérilisation forcée de 1934 et ses liens avec la théorie de la dégénérescence et l'hygiène raciale dans le chapitre 8. Nous envisageons ici ce thème dans la seule optique des tests d'intelligence. Voir Gisela BOCK, *Zwangssterilisation im Nationalsozialismus: Studien zur Rassenpolitik und Geschlechterpolitik*, Münster, Verl.-Haus Monsenstein und Vannerdat, 2010 ; Annette HINZ-WESSELS, *NS-Erbgesundheitsgerichte und Zwangssterilisation in der Provinz Brandenburg*, Berlin, Be.Bra-Wiss.-Verlag, 2004.

¹⁸¹ H. LAUX, *op. cit.*, p. 203.

¹⁸² Pour les détails de la procédure administrative appliquée en vue de la décision de stérilisation forcée par les tribunaux de santé héréditaire, on se reportera au chapitre 6.

¹⁸³ Les catégories de connaissances qui sont évaluées sont les suivantes : « s'orienter » (*Orientierung*), « connaissances scolaires » (*Schulwissen*), « connaissances d'ordre général » (*Allgemeines Lebenswissen*), « questions spécifiques au sujet d'un métier » (*Spezielle Fragen aus dem Beruf*), « récit historique et explication de proverbes » (*Geschichtszählung und Sprichwörtererklärung*), « représentations morales générales » (*Sittliche Allgemeinvorstellungen*), « mémoire et capacités multiples » (*Gedächtniss und Mehrfähigkeit*), « comportement au moment de l'examen » (*Verhalten bei der Untersuchung*).

aussi dissemblables que la signification de la fête de Noël et la forme de gouvernement en Allemagne¹⁸⁴. Il est nécessaire de souligner l'intégration de ces questions dans ce qui fait l'essence du test, c'est-à-dire un document formalisé compilant des questions toujours identiques à poser aux enfants — plus rarement aux adultes — examinés et qui doit servir d'outil stable d'objectivation de l'intelligence. Un paramètre a toutefois changé : la portée de l'examen, qui représente après le 1^{er} janvier 1934 un instrument d'élimination. Ainsi le maintien du test d'intelligence malgré le glissement de ses questions vers le subjectif montre le caractère trompeur de son statut de réalité épistémologique.

De la même façon, on peut critiquer l'apparente objectivité du test dans des épreuves qui relèvent clairement de catégories très sociales, voire en lien direct avec les dogmes du nouveau régime. Une partie des questions de la version du test utilisé à Wittenau dans la période nazie est constituée par des phrases à formuler dont le sens est loin d'être innocent, car porteur d'une forte teneur idéologique. A partir des trois mots « Soldat », « Krieg » et « Vaterland ! », Harry H., diagnostiqué « imbécile congénital », formule la phrase « les soldats partent en guerre pour la mère patrie ! » (*Die Soldaten gehen in den Krieg fürs Vaterland !*). Par cette réponse, il est évalué de manière satisfaisante selon l'examineur¹⁸⁵. Dans le cadre de la nouvelle dictature qui s'est établie, il s'agit par-là de faire acte de dévouement à la nation, et aussi de connaissance de son homme providentiel. Les références au Führer sont en effet très nombreuses dans la nouvelle version du test qu'on trouve dans les dossiers médicaux de l'asile berlinois. Ainsi, on questionne Margarete G. sur Hitler : « qui est-il ? », et celle-ci répond d'après le questionnaire « Notre Führer et Reichskanzler », ce qui là aussi est sanctionné par le signe « + » signifiant qu'une bonne réponse a été donnée. De telles questions restent néanmoins dans la veine de ce qui se faisait déjà à la fin du XIX^e siècle où l'on demandait déjà aux patients de nommer Guillaume II ou le cours d'eau arrosant la ville de Berlin. La grande différence réside dans les conséquences de l'échec au test, qui est sans commune mesure. Auparavant, les limites des tests pouvaient donner lieu à des débats sur les catégories ou la décision d'institutionnalisation. Dès le 1^{er} janvier 1934, l'échec à un certain nombre de questions du test d'intelligence figure comme motif de la stérilisation de l'individu. Au contraire, on peut aussi relever que le fait de répondre de manière exacte à des questions pointues n'empêche pas le processus menant à la stérilisation. Ainsi Margarete G., prise en charge à Wittenau, connaît le nombre d'habitants à Berlin puisqu'elle répond quatre millions lors de son test d'avril 1934. Certains

¹⁸⁴ Ce à quoi on attend une réponse telle que celle de Harry H. qui répond spontanément « Hitlerreich », ce qui est sanctionné d'un signe « + ».

¹⁸⁵ Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n°5994, Harry H.

parents d'insurgent, comme le père de cette adolescente internée en Bavière et stérilisée en 1935, dont le cas semble proche de Margarete :

Le médecin-chef nous a expliqué qu'elle souffrait de faiblesse mentale héréditaire, ce que je lui ai retourné. Il a dit à ce propos lui avoir demandé combien d'habitants comptait Fürth [petite ville au Nord-Ouest de Nuremberg]. Elle a dit 3000 ; lors d'une autre question, combien d'habitant y avait-il à Nuremberg : 6000. Je crois que si quelqu'un ne sait pas combien d'habitants ont Fürth et Nuremberg, il ne doit pas forcément souffrir de faiblesse mentale héréditaire !¹⁸⁶

Les limites des critères des tests d'intelligence apparaissent de manière d'autant plus frappante que les conséquences sont démultipliées sous le III^e Reich.

Par ailleurs, la dictature hitlérienne laisse parfois des marques frappantes dans les tests, qui signalent une empreinte précoce et profonde du nouveau régime. En effet, la nouveauté réside dans les références à la figure du Führer, qui apparaissent là où elles ne sont absolument pas suggérées par les questions. Erna L. ignore sa propre date de naissance — « Ne sais plus. Ah oui, peut-être 1924 ». En revanche, quand on lui demande quand commence le printemps, elle répond : « bientôt, quand Hitler fête son anniversaire, c'est aussi une fête ! », Hitler étant né le 20 avril¹⁸⁷. Beaucoup de ces réponses montrent à quel point la figure du Führer était omniprésente dans les esprits de l'ensemble de la population, et ce dès l'avènement du nouveau régime. L'emprise sur les esprits de la propagande nazie apparaît jusque dans les incohérences qu'elles génèrent, comme cette réponse de Margaret G. à la question « avec qui se déplace une voiture ? » (*Womit bewegt sich ein Auto ?*) : « avec le Führer » (*mit dem Führer*)¹⁸⁸. La jeune fille avait-elle à l'esprit des images de propagande du Führer filmé lors d'une parade saluant la foule depuis l'arrière d'un véhicule ? Toujours est-il que cette réponse témoigne de la domestication des esprits qui concerne bien l'ensemble de la population, et est visible dans les dossiers médicaux des patients d'un établissement psychiatrique. Par ces réactions spontanées, on peut mesurer à travers quelques cas individuels l'infiltration du régime dans les esprits. Il ne s'agit pas ici d'entrer dans une analyse approfondie de l'empreinte

¹⁸⁶ „Herr Oberarzt erklärte, sie leide an erblichem Schwachsinn, was ich mit ihm wiederlegte. Er sagte darauf, er habe sie gefragt, wieviel Einwohner dass Fürth hat. Sie sagte 3000 ; eine weitere Frage, wie viel Einwohner hat Nürnberg, 6000? Ich behaupte, wenn jemand nicht weiss wie viel Einwohner hat Fürth und Nürnberg hat, er noch lange nicht an erblichem Schwachsinn leidet”. Propos datés de 1935 et cités par G. BOCK, *op. cit.*, p. 314.

¹⁸⁷ „Weiss ich nicht mehr. Ach so, vielleicht 1924“/“Auch bald, wenn Hitler Geburtstag hat, ist auch ein Fest !“. Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n°5996, Formulaire de test d'intelligence (*Intelligenzprüfungsbogen*) utilisé pour l'examen d'Erna L., 28 septembre 1934.

¹⁸⁸ Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n°5991, Formulaire de test d'intelligence (*Intelligenzprüfungsbogen*) utilisé pour l'examen de Margarete G.

laissée à chaud dans les têtes dès les premiers mois de l'installation du nazisme au pouvoir¹⁸⁹. Néanmoins ces quelques exemples de discours formulés à l'occasion d'entretien d'évaluation de l'intelligence permet de montrer « par le bas » comment la figure du Führer s'installe de manière symptomatique dans tous les esprits. Les associations d'idées parfois saugrenues dans les réponses des patients et la récurrence des liens faits avec Hitler dans plusieurs dossiers sur seulement une vingtaine d'*Intelligenzfragenbogen* examinés pour 1933-34 sont à ce titre un indice de l'assujettissement des âmes caractéristique du totalitarisme.

Enfin, les tests d'intelligence pratiqués sous le III^e Reich reflètent également une grande attention aux mœurs et au respect de normes morales liées aux valeurs traditionnelles du régime. Si cet aspect, on l'a vu pour la France, est omniprésent à l'époque, il est particulièrement fort dans les *Intelligenzprüfungsbogen* utilisés à Wittenau au milieu des années 1930. Les questions standardisées sur un formulaire imprimé donnent une image des valeurs attendues chez tous, et figurent dans une catégorie spécifique des « représentations morales générales » (*Sittliche Allgemeinvorstellungen*). Harry H. doit distinguer entre l'« erreur » (*Irren*) et le « mensonge » (*Lüge*)¹⁹⁰, et répond « Quand on ment, c'est un mensonge, quand on s'est trompé, on dit quelque chose de faux... », ce qui est jugé acceptable par le psychiatre auteur du test. Par contre, son amusement d'avoir oublié le nombre dont il devait se rappeler et son commentaire à l'examineur (*Vergessen !*) lui valent cette remarque dans son dossier : « très effronté dans son comportement » (*in seinem Betrachten sehr frech*). Certains défauts apparaissent dans les tests comme particulièrement discriminants, notamment la fainéantise (*Faulheit*) ou l'insolence (*Frechheit*). Au contraire, les *Intelligenzprüfungsbogen* valorisent des traits de caractère comme l'assiduité (*Fleiss*), l'aspiration au succès (*Erfolgstreben*) ou le sérieux scolaire (*Schulfleiss*). Certaines questions confinent même à l'absurde, à l'image des « explication de proverbe » (*Sprichwörterklärung*) qui exigent l'analyse de dictons souvent figuratifs et implicites laissant les adolescents muet la plupart du temps. Confrontée au proverbe « les mensonges ne mènent pas loin » (*Lügen haben kurze Beine*), Margarete G. ne trouve pas quoi répondre, ce qui compte comme une faute¹⁹¹. Devant le proverbe « la faim est le meilleur des cuisiniers » (*Hunger ist der beste Koch*), Harry H. explique que « quand on a faim, alors on cuisine » (*Wenn man Hunger hat, da*

¹⁸⁹ Voir pour la dictature nazie Claude SAHEL, « Charlotte Beradt, Rêver sous le III^e Reich », *Che vuoi ?*, 2013, n° 19, p. 261-268 ; Sur la période de la RDA et le contexte dictatorial pesant sur l'esprit des patients psychiatriques, voir les pistes intéressantes ouvertes par l'article de Fanny Le BONHOMME, « « Le Mur lui est monté à la tête ». Construction du mur de Berlin et basculement dans la maladie (Berlin-Est, 1961-1968) », *Le Mouvement Social*, vol. 253, 2015, p. 31-47.

¹⁹⁰ Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n°5994, Examen de Harry H.

¹⁹¹ Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n°5991, *Intelligenzprüfungsbogen* utilisé pour le test de Margarete G., 16 avril 1934.

wird dann gekocht), ce qui est jugé peu satisfaisant par l'examineur qui note que le jeune homme « se donne peu de peine » (*gibt sich wenig Mühe*) pour répondre. Les commentaires des psychiatres au sujet de ces questions sont à cet égard particulièrement instructifs : leurs annotations permettent de comprendre que des questions comme « pourquoi et pour qui économise-t-on ? » (*warum und für wen spart man*) nécessitent de témoigner dans sa réponse d'un certain sens de l'économie et de la mesure. A la question « Que peut-on faire avec 5 – 20 – 500 Reichsmark ? » (*Was darf man mit gefundenen 5 – 20 – 500 R.M. machen ?*), il est nécessaire de déclarer vouloir ramener cet argent à la mairie, et surtout pas le garder pour soi. Comme le note Gisela Bock, « les formulaires de tests d'intelligence complétés ne se lisent pas comme des relevés d'un diagnostic médical, mais comme des sources sur la vie quotidienne et les mentalités en fonction des normes morales et de la réalité historique »¹⁹². Qui plus est, ces tests standardisés sont conçus sous le III^e Reich pour détecter les individus atteints de « débilité morale » (*moralischer Schwachsinn*), qui seront choisis pour être stérilisés comme on le verra dans la dernière partie du chapitre. Sur ce thème, Gisela Bock montre elle aussi qu'on trouve des diagnostics de « faiblesse d'esprit » (*Schwachsinn*) justifiés par le constat de « capacité insuffisante à mener sa vie [de manière satisfaisante] » (*mangelnde Lebensbewährung*) dès 1934¹⁹³. De manière générale et hormis les aspects politiques des questions, les tests valorisent la soumission à l'autorité et sanctionnent la désobéissance, ce qui correspond à l'esprit général de domination imposée dans tout régime dictatorial. Là aussi, de tels critères d'évaluation nous apprennent davantage sur la pénétration des valeurs et l'idéologie qui sous-tendent la société du III^e Reich dans la science médicale que sur l'évaluation d'un potentiel cognitif qui est alors pratiquée.

Le commentaire de la loi de stérilisation par Rüdin et ses collègues, daté de 1935, atteste bien de l'aspect moralisant de l'évaluation. Le choix des individus soumis à une stérilisation forcée se fait autant par l'évaluation d'un défaut de développement de l'intelligence que par celle de la conduite sociale, comme on l'a vu dans les exemples évoqués. D'après Rüdin, il s'agit de rechercher tout indice d'un comportement déviant comme l'incapacité à assurer sa propre subsistance de manière autonome, mais aussi l'inaptitude à s'intégrer sur un plan plus social :

A cela s'ajoute encore une faiblesse de la représentation éthique, un abrutissement du sentiment éthique et des fautes de caractère, qui tout additionné forme tout ensemble un

¹⁹² „Die ausgefüllten Intelligenzprüfungbogen lesen sich nicht wie Erhebungen einer medizinischen Diagnose, sondern wie Quellen zur alltags- bzw. Mentalitätsgeschichtlicher Norm und Realität : etwa zum Sparverhalten [...] und zum Heiratverhalten”. G BOCK, *op. cit.*, p. 315.

¹⁹³ *Ibid*, p. 322. Mais d'après elle, l'aspect moral prend une importance négligeable dans la décision de stérilisation par rapport à l'aptitude à montrer une quelconque « utilité sociale » après 1936.

complexe héréditaire émoussé constituant un signe de défaillance morale repérable, qui peut être résumé par le concept de la faiblesse d'esprit congénitale¹⁹⁴.

Ce passage du commentaire de la loi de 1934 se conclut par un passage de la « faiblesse d'esprit congénitale » (*angeborene Schwachsinn*) à la « faiblesse morale » (*moralischen Schwachsinn*). Finalement pour comprendre ce saut sémantique il faut se remémorer les acquis du chapitre 3, et le fait que toutes sortes de défauts et signes d'inadaptations « moraux » (homosexualité, mythomanie, femmes aux mœurs légères, kleptomanie, etc) sont considérés par la médecine mentale comme signes pathologiques dès la dernière décennie du XIX^e siècle aussi bien en France qu'en Allemagne. Dès lors, il apparaît que les divers indices de déviance font partie intégrante du portrait de l'arriéré aussi bien que les paramètres intellectuels. C'est ainsi sur la durée de plusieurs décennies qu'il convient de comprendre le commentaire du juge Richard Lehmann du tribunal d'hygiène héréditaire (*Erbgesundheitsgesetz*) de Potsdam déclare dans ce sens :

En dehors de l'intelligence, on examine l'aptitude au travail aussi bien que le comportement moral du malade. Pris isolément, ce dernier ne peut cependant être vu comme décisif ; il doit exister de toute manière un manque d'intelligence. Cependant les défauts moraux s'appuient aussi au manque d'intelligence, ainsi (dans ces cas) la faiblesse d'esprit n'est pas douteuse¹⁹⁵.

Ainsi on voit bien qu'au final, pour les juges (médecins) ayant en main la décision de stérilisation, le jugement d'immoralité n'est pas pris en tant que catégorie indépendante, mais au contraire comme un signe, une confirmation du retard mental de la personne. Ce propos éclaire par là la présence d'*items* concernant les mœurs (*Sittlichkeit*) dans les tests d'intelligence pratiqués et servant à entériner la décision de la stérilisation forcée dès 1934.

¹⁹⁴ „Dazu kommen noch Abschwächung der ethischen Vorstellung, Abstumpfung des ethischen Gefühls und große Charakterfehler was alles zusammen als Ganzes einen ermäßig angelegten Komplex von Ausfallerscheinungen ausmacht, der unter den Begriff des angeborenen Schwachsinn zusammengefasst wird“. Ernst Rüdin cité par A. HINZ - WESSELS, *op. cit.*, p. 84.

¹⁹⁵ „Neben der Intelligenz werden die Berufleistungen sowie das sittliche Verhalten des Kranken berücksichtigt. Das letzte allein kann jedoch niemals als ausschlaggebend angesehen werden ; es müssen jedenfalls auch Intelligenzmängel vorliegen. Treten zu den Intelligenzmängeln jedoch auch moralische Defekte, so wird Schwachsinn nicht zweifelhaft sein“. Cité par A. HINZ-WESSELS, *op. cit.*, p. 86.

4. Bilan : limite de l'usage des tests d'intelligence en France et en Allemagne

Binet et Simon soulignent à plusieurs reprises les limites intrinsèques de cette méthode, si bien qu'on peut souligner que les premiers tests d'intelligence ne sont pas construits autour d'un simple fétichisme du chiffre dans leur version française. Pour la deuxième échelle de 1907, Binet reconnaît :

Les méthodes d'examen que nous proposons ne sont pas parfaites, loin de là, mais au moins ce sont des méthodes [...] et je les recommande expressément aux médecins qui ne veulent pas se contenter de leur flair¹⁹⁶.

De plus, aucune valeur prédictive n'est reconnue à ce test *a priori* : les Français conçoivent la possibilité d'un progrès des enfants jugés arriérés au cours d'un test. A ce propos, Binet compare dans *Les enfants anormaux* ceux en retard par rapport à la norme scolaire à ce que seraient des omnibus si la vitesse des trains était celle jugée comme « normale » : de simples véhicules à une vitesse 1/2. Cette comparaison imagée a pour but de montrer de manière simple leur optimisme pédagogique, marqué par la volonté de considérer les « arriérés » comme simplement « ralentis », et non stationnaires, et donc incurables. Et c'est justement pour se différencier d'une soi-disant vision déterministe des instituteurs qui verraient les arriérés comme « figés » à un stade de développement intellectuel limité que Binet déclare :

Ils ont tendance à comparer la marche lente de l'anormal à la marche accélérée du normal, et à conclure de cette comparaison que l'anormal reste stationnaire ; c'est une illusion certaine ; elle est comparable à celle qu'on éprouve quand, par la portière d'un train en marche, regardant un autre train qui suit la même direction, mais avec moins de vitesse, on croit que ce second train ne marche pas¹⁹⁷.

La méthode Binet-Simon relève davantage d'une vision ouverte et possibiliste de l'intelligence - pour les cas d'arriération légère du moins - que d'un déterminisme absolu. La démarche de Binet et Simon se fonde sur une contestation des diagnostics des aliénistes. L'échelle métrique de l'intelligence a eu un succès immédiat qui a transcendé les frontières étatiques comme disciplinaires justement car « elle permettait effectivement de diagnostiquer le retard mental de façon plus précise et plus objective qu'on ne savait le faire auparavant »¹⁹⁸. Pourtant les tests Binet-Simon

¹⁹⁶ Alfred BINET, « Les nouvelles classes de perfectionnement », *Bulletin de la Société Libre pour l'Etude Psychologique de l'Enfant*, 7e année, n°41, juillet-août-septembre 1907, p. 180.

¹⁹⁷ Pour la beauté de la synchronie fortuite, on peut remarquer que les théorisations de la relativité restreinte et générale datent respectivement de 1905 et 1911, à l'instar des premières et dernières versions des tests Binet-Simon. Alfred BINET et Théodore SIMON, *Les enfants anormaux*, *op. cit.*, p. 199.

¹⁹⁸ M. HUTEAU, *op. cit.*, p. 11.

possèdent plusieurs aspects illustrant les limites de l'idéal scientifique d'objectivité martelé par le tandem. L'ensemble de la démarche est contestable à plusieurs égards.

Tout d'abord, une remarque épistémologique s'impose. Un test d'intelligence exige la standardisation, puisqu'il doit être reproductible à l'identique à des fins de classement. Dans cette optique, les tests Binet et Simon procèdent précisément à partir d'items prédéfinis et formalisés. Pourtant, un tel objectif devient justement problématique si le paramètre jugé ne relève pas d'un jugement synthétique tel que l'opération du raisonnement mathématique, mais fait appel à des capacités discursive¹⁹⁹. Pour illustrer cette affirmation, citons le protocole de l'épreuve suivante : nous employons 6 dessins représentant des têtes de femmes ; les unes sont jolies, les autres sont laides et même difformes ; on fait faire les comparaisons des figures deux à deux, et on demande chaque fois : 'de ces deux figures, laquelle est la plus jolie ?'²⁰⁰. Le constat est encore plus frappant concernant de nombreuses épreuves au contenu moralisant. Dans ses recherches publiées en 1910, Binet introduit plusieurs nouvelles épreuves afin de tester la « suggestibilité », concept qu'il avait exploré peu de temps auparavant dans un travail de psychologie expérimentale. Il explique dans son ouvrage en quoi cette aptitude serait liée à l'intelligence ainsi que le rapport entre intelligence et développement du langage. Ses questions de 1910 donnent lieu à des réponses dont chacune est cotée d'1, 2, 3 ou 4 points, sachant qu'un score minimal est associé à un manque d'intelligence²⁰¹. Confronté à différentes situations, l'enfant est amené, sous la forme de questions ouvertes, à dire « ce qu'il faut faire » :

Lorsqu'on est paresseux, et qu'on ne veut pas travailler, qu'est-ce qui arrive ?

*Réponses cotées 1 : Il arrive que plus tard on est renvoyé de partout. - On est ignorant. - On est toujours un sot. - On ne fait rien et on ne peut pas gagner sa vie. - Quand on grandit on s'en repentit.

*Réponses cotées 2 : On devient des vagabonds. - On est dans la misère.

*Réponses cotées 3 : Qu'on a des oreilles d'âne - On se fait punir par le maître. - Il arrive qu'on est bientôt le dernier de sa classe. - On a des mauvaises notes. - On nous donne des coups de règles. - Le maître nous donne des coups. - Le maître nous tape. - On est à la retenue.²⁰²

¹⁹⁹ Etudiant la forme de l'entendement dans chaque jugement, Kant établit dans sa table des jugements quatre titres (quantité, qualité, relation et modalité) qui contiennent respectivement trois moments (par exemple pour la qualité : affirmatif, négatif et infini). Ceci est une illustration de la mesure dans laquelle des jugements (ou réponses) de nature différentes ne peuvent être considérés de la même manière. Voir Emmanuel KANT, *Critique de la raison pure*, Paris, Garnier-Flammarion, 2006, p. 157.

²⁰⁰ A. BINET et T. SIMON, « Le développement de l'intelligence chez les jeunes enfants », *op. cit.*, p. 22.

²⁰¹ Voir le document en annexe.

²⁰² Alfred BINET, « Nouvelles recherches sur la mesure du niveau intellectuel chez les enfants d'école », *L'année psychologique*, vol. 17, 1910, p. 280.

Si cette série de questions n'a au final jamais été intégrée formellement au test, elle n'en reste pas moins représentative de la tendance normative du test. Les réponses faisant acte d'une sorte de « rébellion » sont les plus sévèrement notées, tandis que l'obéissance aux règles inhérentes à l'institution scolaire est valorisée par une notation maximale. Les capacités réflexives de l'enfant sont en réalité jaugées à partir de sa capacité d'acquiescement au pouvoir de sanction du maître et à ses outils en terme de punition — les fameuses « oreilles d'âne », mais aussi les châtiments physiques — et donc au final de sa peur de l'instituteur. Par exemple, à la question « lorsqu'on a reçu une punition qu'on ne mérite pas, que faut-il faire », l'enfant répondant « il faut la faire » est bien notée. En revanche, la réponse « il ne faut pas la faire » ou « il ne faut pas y aller » est sanctionnée par l'attribution d'un nombre minimal de points. La grille d'évaluation de cet ensemble de vingt-cinq questions est édifiante : tout est conçu pour valoriser l'autorité du maître, l'honnêteté, le travail et surtout la soumission. A l'inverse, toute attitude relevant de la paresse, de la violence ou de la désobéissance est placée au bas de l'échelle de valeur dans cette grille d'évaluation.

La scientificité du test et sa réalité épistémologique rigoureuse ne paraissent donc pas résister au contenu moral et idéologique que révèlent les présupposés du contenu des différentes versions du test, tant celles pensées par Binet à l'origine que dans leur version allemande. Le protocole des tests Binet-Simon affirme certes « apprécier seulement l'élément intelligence »²⁰³, conformément à leur vision des sentiments affectifs comme totalement distincts de l'intelligence, répétée à plusieurs reprises. Il s'avère pourtant que ces évaluations contiennent un certain nombre d'items de nature morale ou affective. A côté des aptitudes, c'est donc aussi l'intériorisation des valeurs et comportements jugés adéquats à une époque donnée qui est évaluée. De la même façon, les questions formalisées dans les tests retrouvés à Dalldorf montrent un outil qui sert davantage à mesure une docilité au régime que l'existence de la faculté qu'on peut nommer l'intelligence. Dans les deux versions, on peut noter à quel point les tests expriment avec puissance les représentations, les valeurs, voire les obsessions d'une société. Ainsi ces exemples illustrent les imbrications idéologiques et morales qui sont faites — jusqu'à la caricature — dans le chiffrage d'une intelligence évaluée sous une apparente objectivité mathématique, mais qui en réalité l'est de manière tout à fait subjective et arbitraire.

²⁰³ Soulignons que c'est non par désintérêt pour les sentiments moraux, mais par une sorte de « modestie épistémologique », puisqu'ils font part du souhait de pouvoir chiffrer la moralité également : « espérons qu'un jour nous pourrions semblablement mesurer les sentiments moraux. Mais ce n'est encore qu'une espérance... ». A. Binet et T. Simon, « Définition de l'idiotie et de l'imbécilité », in *Annales médico-pédagogiques*, mai-juin 1910, p. 15. Cette citation justifie à elle seule le regard critique porté par Georges Canguilhem sur la psychologie dans son article. Voir G. CANGUILHEM, « Qu'est-ce que la psychologie », *op. cit.*

Ainsi l'ambition des concepteurs du test d'avoir « remplacé une appréciation subjective et arbitraire du savoir de l'élève par un savoir objectif, une véritable mesure de l'esprit » peut être largement relativisée²⁰⁴. La confrontation des tests français et allemands met simplement à jour ce que Bruno Latour définit comme l'une des conditions de la sociologie des sciences, à savoir de « redécouvrir la société dans la rationalité » postulée et « le désordre sous l'ordre »²⁰⁵ apparent. L'utilisation et la réinterprétation des tests d'intelligence rencontre ainsi un obstacle épistémologique majeur : l'impossibilité d'une mesure pure et parfaite d'un intellect conçu comme séparé de facultés « irrationnelles » comme l'émotion, ce qui est toujours l'enjeu même de la mesure du Q.I. de nos jours²⁰⁶. Sur le plan de l'usage des tests, on peut aussi remarquer que son protocole révèle une application d'ordre disciplinaire, caractéristique selon Kurt Danziger de « la transformation historique de certaines institutions sociales, comme les écoles, les hôpitaux ». La méthode du test d'intelligence serait ainsi une construction sociale exprimant un besoin de rationalisation de l'époque, non seulement dans l'optique d'une mesure de l'intelligence qu'on souhaite objectiver à l'échelle individuelle, mais aussi d'une utilisation d'outils décisionnels optimisés à l'échelle de l'institution :

Ce type de connaissances était une connaissance essentiellement utile pour l'administration qui en avait besoin pour rationaliser des techniques de contrôle social dans certains contextes institutionnels. [Ainsi] la psychologie du milieu du siècle dernier se transforma en une science administrative²⁰⁷.

Et en effet en France, les tests sont conçus pour trier, et cet impératif a des conséquences d'autant plus cruciales dans leur application en Allemagne après 1934, comme on le verra plus longuement dans le chapitre 6. Loin d'engendrer une révolution épistémologique, les tests — malgré leurs limites — font figure de simples outils techniques dans la pratique. Les exemples étudiés

²⁰⁴ Alfred BINET, « Les nouvelles classes de perfectionnement », *op. cit.*, p. 180.

²⁰⁵ Bruno LATOUR et Paolo FABBRI, « La rhétorique de la science. Pouvoir et devoir dans un article de science exacte », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 13, février 1977, p. 94-95.

²⁰⁶ Miles remarque par exemple qu'on possède des tests, mais qu'on ne sait pas ce qu'on mesure exactement. « Le point important n'est pas de savoir si ce que nous mesurons peut légitimement être appelé 'intelligence', mais si nous avons découvert quelque chose qui a valeur de mesure ». Au final, le Q.I. reste encore aujourd'hui dans l'ambiguïté d'un instrument vu de manière binaire et manichéenne : d'un côté, il est loué par ceux faisant l'apologie de la « mesure » scientifique. D'un autre côté, il est dénigré par ceux l'accusant d'être un outil d'oppression discriminant à l'égard des couches les plus défavorisées. Sur les enjeux contemporains des tests de Q.I., voir Nicholas John MACKINTOSH, *QI & intelligence humaine*, Bruxelles, De Boeck, 2004, p. 13-14.

²⁰⁷ Kurt Danziger ajoute avec raison que souvent, l'utilisation de procédures statistiques complexes transforme les tests d'intelligence en « *black box* » en tant que les psychologues effectuant les tests n'ont finalement qu'une idée très vague de la rationalité qui les sous-tend. En sciences, il faut entendre le concept de « *black box* » dans son acception de dispositif par lequel passe un savoir, et qui le transforme en un autre, sans qu'on puisse voir le processus interne qui reste « opaque » (black). D'ailleurs, Binet le souligne lui-même dans un écrit de 1910 : « on le voit, nos instituteurs ont pratiqué très mal une très bonne méthode [qui] n'invente rien de plus que la pratique ; mais science fait mieux ». Alfred BINET, « Nouvelles recherches sur la mesure du niveau intellectuel chez les enfants d'école », *L'année psychologique*, vol. 17, 1910, p. 186.

montrent que la « foi dans les nombres » (*trust in numbers*) mise en avant par Theodore M. Porter n'a qu'une portée limitée dans le cas des tests d'intelligence mis en œuvre en institution²⁰⁸. Ils perdurent néanmoins, non dans l'optique d'une sorte de fétichisme bâti autour du chiffre du quotient intellectuel — ce qu'illustre le fait que dans nos sources allemandes, aucune mesure d'un tel quotient n'a été retrouvée entre le début des années 1910 et la période nazie — mais pour leur fonction purement pragmatique d'outils techniques. Leur plasticité, condition leur diffusion, apparaît d'autant plus remarquable qu'elle a permis d'y insérer des éléments idéologiques forts après 1933, changeant le fond mais pas la forme. Enfin, l'efficacité de cet outil est renforcée par le constat que les tests évacuent la question causale de l'origine de l'arriération pour être purement fonctionnels et pragmatiques. Contrairement à l'approche psychiatrique de la fin du XIX^e siècle et à la génétique et la biochimie du début des années 1930, la mise en œuvre des tests est réservée à des praticiens. Il ne s'agit pas de comprendre l'origine de l'arriération, son étiologie et son mode de transmission, mais de trier. En terme de temporalité, le test d'intelligence est résolument ancré dans un présent qui est celui de l'institution et de l'organisationnel, dans une visée avant tout pragmatique. Enfin, sur le plan comparatif, il faut souligner la force de la volonté impérieuse de sélection pendant la période de l'entre-deux-guerres. Le succès d'un outil comme le test d'intelligence ne peut s'expliquer que dans ce contexte fort qui est ainsi présent de manière manifeste en France. Cette perméabilité de la logique eugéniste de sélection vient appuyer les travaux récents de Paul-André Rosental consacré à l'œuvre des jardins Ungemach à Strasbourg, qui met précisément du tri au centre de la logique de « mesurer la possibilité d'agir sur la qualité de la population par une sélection scientifique »²⁰⁹. Ce chapitre vient ainsi compléter le second versant du tri, c'est-à-dire le dépistage par le test des moins aptes.

Au final, si on peut retracer des influences croisées et des ponts entre France et Allemagne sur le thème des tests d'intelligence et de leurs présupposés, il ne faut pas exagérer leur importance. En définitive, les décisions prises se basent fondamentalement sur l'observation de l'enfant. Le test vient essentiellement apporter des arguments supplémentaires dans le cas d'une incertitude sur l'hérédité ou l'ascendance du patient, en donnant des exemples de comportement jugé répréhensible. D'autres paramètres comme l'hérédité et l'utilité sociale jouent un rôle tout aussi important, comme

²⁰⁸ Voir Theodore M. PORTER, *Trust in Numbers : The Pursuit of Objectivity in Science and Public Life*, Princeton, Princeton University Press, 1995.

²⁰⁹ Dans son chapitre consacré à « La sélection », Paul-André Rosental remarque d'ailleurs que celle-ci « est l'une des opérations les plus caractéristiques des administrations de masse. Son usage ne cesse de se répandre en France depuis les décennies 1860 à 1880, marquée par la réforme de la conscription en 1872 et les débuts de la scolarisation obligatoire », venant rappeler la chronologie et le contexte dans lequel se situe ce chapitre de la thèse. Voir le chapitre dans l'ouvrage de Paul-André ROSENTAL, *Destins de l'eugénisme*, Paris, Le Seuil, 2016, p. 51.

on va le montrer dans les deux derniers chapitres de ce travail. Le test est un outil dont la persistance s'explique avec des impératifs liés aux institutions desquelles on était parti dans ce chapitre, et qui éclairent ses glissements fréquents sur des plans moraux et disciplinaires annulant sa valeur scientifique. Fonctionnant dans un registre disciplinaire, l'institution scolaire nécessite l'élimination des individus qui perturbent son fonctionnement. Dans cette perspective, une question paraît cruciale : pourquoi faire une telle procédure afin de rechercher les cas de « débilité légère », et non les cas les plus graves. Le test d'intelligence semble avoir été conçu dans le même ordre d'esprit que les certificats des aliénistes demandant le déplacement d'un patient trop agité, violent ou particulièrement dangereux. Mais à la différence d'un tel cas pour lequel la description suffit à rendre évidente la nécessité d'une contention voire d'une réadmission dans un autre asile, le test d'intelligence recherche l'individu à la limite du normal, qu'on peut tenir pour normal, mais pour lequel il s'agit de détecter une faille qui précisément se situe sur le plan de la morale et non d'une arriération lourde. « Paradoxalement, plus le degré de déficience mentale est faible, plus la nécessité d'une expertise et d'outils de diagnostics devient urgente. En effet, l'un des pionniers des tests d'intelligence déclara en 1914 que sans des tests psychologiques rigoureux, le débile mental (*moron*) [considéré comme] la véritable cause des problèmes sociaux serait restée indétectée »²¹⁰. Ainsi la prise en charge de l'arriération est conditionnée par un tiraillement structurel entre une volonté de comprendre les causes de la pathologie mais aussi de garder à l'écart tous les individus perturbateurs, fussent-ils étrangers à la définition originelle de ce qu'est la déficience mentale, c'est-à-dire une pathologie qui se caractérise par un défaut cognitif et non moral ou disciplinaire.

Le jugement travesti en mesure qui apparaît dans les tests d'intelligence en font une réalité épistémologique trompeuse. La solution à ce manque d'objectivité qui est précisément à la racine de la critique méthodologique portée par la nouvelle discipline à l'égard de la psychiatrie est de définir son objet par le contenu de ses tests, à l'image de la célèbre boutade d'Alfred Binet qui déclarait que « l'intelligence, c'est ce que mesure [ses] tests ». Rien ne pourrait mieux résumer l'absence de contenu fixe et scientifique de ce que furent les tests d'intelligence mise en œuvre après 1933 en Allemagne, qui est au contraire réadapté comme outil de dépistage calibré en fonction des ennemis sociaux dont on détermine les critères précis. La mise en évidence des cas d'arriération lourds, de handicaps sensoriels ou de type physique ne pose à cet égard pas de problème. Par contre, que faire, où classer le débile mental ? L'individu à la limite de la normalité interroge par la suspicion qui pèse

²¹⁰ "Paradoxally, the milder the degree of mental deficiency, the greater the threat to the social fabric, and the more urgent the need for expert skills and diagnostic tools. Indeed one pioneer of mental-testing claimed in 1914 that, without careful psychological tests, the moron (the real cause of these social problems) would have remained undetected". David BARKER, "The Biology of Stupidity : Genetics, Eugenics and Mental Deficiency in the Inter-War Years", *The British Journal for the History of Science*, vol. 22, n° 3, 1989, p. 349.

sur lui d'être potentiellement dangereux — par la contagion qu'il rend possible dans une perspective héréditariste. Pleger, auteur de l'étude menée à Dalldorf, en expliquait déjà la raison d'un nécessaire dépistage des cas limites dans son article de 1931 :

Le recensement de ces « sous-doués » (schwachbegabt) est d'une importance particulière, car ce sont eux qui se reproduisent le plus fréquemment, se marient souvent entre eux et qui, dépourvus du frein de la réflexion, mettent au monde en règle générale de nombreux enfants, tandis que les arriérés lourds sont au moins exclus de fait de la reproduction par une prise en charge permanente dans l'asile²¹¹.

Une telle approche, représentative des propos des médecins de l'entre-deux-guerres, illustre remarquablement dans quelle mesure la « dangerosité » attribuée aux déficients mentaux en terme de santé publique est inversement proportionnelle à la gravité de leur arriération. Protégés par les murs de l'asile, les cas les plus graves ne représentent pas encore de danger concret. Ce sont les cas d'arriération les plus légers qui représentent la cible de l'élimination lancée au début du III^e Reich, car ce sont eux qui pourraient potentiellement être susceptibles d'avoir une descendance qu'on pense pathologique au moment où ils retournent à la vie civile. Quand bien même ceux qu'on appelle les « anormaux d'école » seraient éduqués, ils n'en restent pas moins déjà des « dégénérés » susceptibles de transmettre leur hérédité pathologique. Une telle construction procède d'un retour vers une hérédité conçue d'après un paradigme héréditariste, qu'on mettra en valeur dans le chapitre 6. Pourtant, un tel revirement ne peut se comprendre que si l'on considère la portée considérable de l'argument économique qui façonne la rhétorique de plus en plus forte du rendement social trop faible des arriérés, et qui constitue un élément clé dans la réception croissante du discours eugéniste dans l'Allemagne, et dans une moindre mesure dans la France de l'entre-deux-guerres.

²¹¹ „Die Erfassung dieser Schwachbegabten ist von besonderer Wichtigkeit, da sie am häufigsten zur Fortpflanzung kommen, oft untereinander heiraten und mangels hemmender Überlegungen in der Regel zahlreiche Kinder in der Welt setzen, während die Schwerschwachsinnigen zumeist durch dauernde Asylisierung von der Fortpflanzung ausgeschlossen werden“.

Chapitre 5 : Du fardeau familial à la charge sociale.

Fondements et échecs de l'utilisation des arriérés

L'histoire sociale de la médecine a mis en évidence un processus de redéfinition du corps en tant que corps du travailleur industriel¹. Pendant le XIX^e siècle, la science en général et la médecine en particulier se soucient de manière croissante des conséquences délétères sur la santé du corps poussé à ses limites. De la fatigue mentale de l'écolier aux accidents de travail des ouvriers, beaucoup de descriptions de l'époque ont pour sujet les expériences qui marquent le corps et l'esprit de signes palpables d'altération ou de désordres². L'intérêt médical pour ces maux est à comprendre dans le cadre de la peur grandissante de la dégénérescence des nations européennes, comme on le verra dans le chapitre 6, mais se rattachent plus largement à une vision du corps humain comme une machine apte à produire un travail plus ou moins efficace. De nombreux scientifiques cherchent alors à réfléchir aux moyens d'optimiser la productivité de ces corps laborieux mais lésés, dont la valeur réside précisément dans leur aptitude à produire de l'énergie productrice de biens ou services, en d'autres termes du travail. Depuis Adam Smith puis Karl Marx, les économistes posent une différence cruciale entre travail productif et improductif, ce dernier étant méprisé en tant que parasitaire. Or Hannah Arendt rappelle le fondement du concept de productivité, qui se trouve inscrit dans le corps même du travailleur, représentant pour lui un capital à investir en vue d'un salaire³.

¹ Déprécié dans la Grèce antique mais fortement idéalisé dans la tradition chrétienne condamnant l'oisiveté comme un péché, le statut du travail et les valeurs attachées à cette activité varient fortement au cours du temps. Au cœur de ce qu'Eric Hobsbawm appelle « l'âge des empires », notre étude se situe également pendant la période industrielle. L'enjeu de ce chapitre est de mettre en évidence dans quelle mesure ce contexte particulier influence non seulement la vision de l'arriération mais surtout détermine sa place dans, en marge ou hors de la société. En cela, il s'agit de savoir comment dans la pratique la place centrale accordée au travail contribue à reconfigurer la prise en charge institutionnelle, expliquant par là les discours de plus en plus pessimistes et la mise en doute de la légitimité de ces entreprises au début du XX^e siècle.

² Steve STURDY, "The Industrial Body", in R. COOTER et J. V. PICKSTONE (dir.), *Companion to Medicine in the Twentieth Century*, New York, Routledge, 2003. Voir aussi sur le thème de la fatigue le chapitre 15 "Feelings of fatigue" de l'ouvrage de German Elias BERRIOS, *The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology since the Nineteenth Century*, Cambridge, Cambridge University Press, 1996, p. 369-377 ; Sur l'Allemagne, voir Volker ULLRICH, *Die nervöser Grossmacht 1871-1918 : Aufstieg des deutschen Kaiserreichs*, Francfort, Fischer, 1997 ; Joachim RADKAU, *Das Zeitalter der Nervosität : Deutschland zwischen Bismarck und Hitler*, Munich, Karl Hanser Verlag, 1998.

³ L'énergie humaine est un capital pour l'ouvrier qui investit dans son corps en vue d'un salaire. Mais cette énergie est aussi ce qui produit un « surplus » de force de travail qui constitue précisément la source du profit chez Marx. Ce dernier montre que la « force de travail » est le « mode spécifiquement humain de la force vitale en tant qu'elle est capable de créer une plus-value, un surproduit ». Hannah ARENDT, *Condition de l'homme moderne*, Paris, Calmann-Lévy, 1961, p. 155.

A ce propos, le domaine de l'histoire de la psychiatrie a vu récemment croître l'intérêt pour le thème du travail. Plusieurs publications récentes explorent la façon dont le travail fait partie inhérente des institutions psychiatriques de la fin du XVIII^e siècle à nos jours, et ce sous des formes multiples. Qu'il soit de nature agricole, industriel ou domestique, le sens du travail dans ce lieu spécifique suscite de nombreuses réflexions sur son utilité à la fois thérapeutique — ce qu'on nomme la « thérapie occupationnelle » (*Arbeitstherapie* en allemand) — mais aussi économique, disciplinaire et organisationnelle au sein de l'institution psychiatrique.⁴ Cette vision économique et pragmatique du corps humain comme corps laborieux qui prend de l'ampleur à l'époque contemporaine et qui concerne le lieu de l'asile est à envisager à deux échelles différentes dans ce chapitre. A l'échelle individuelle, le rôle joué par cette vision utilitariste du corps est crucial quant au statut des arriérés au sein de l'institution. La survalorisation des corps productifs devrait entraîner *a priori* une dévalorisation voire une stigmatisation du corps improductif dont il s'agit d'étudier la portée dans les discours, mais surtout dans l'organisation des institutions et la légitimité de leur projet éducatif vis-à-vis des arriérés. D'un autre côté, ce phénomène d'attention au corps du travailleur doit être abordé à l'échelle de la population globale, en tant qu'il ne peut être envisagé séparément du contexte politique plus large de l'époque et de la compétition internationale. Pour les Etats-nations, la santé et l'efficacité des populations sont un des déterminants de la richesse des nations et donc un enjeu politique. Le « management du travail et de la productivité » devient ainsi un facteur crucial qui conditionne à la fois la productivité industrielle et la puissance de chaque entité nationale, tandis que la médecine « se voit confier la mission d'optimiser la productivité des corps laborieux »⁵ par l'Etat. Le corps de l'arriéré travaillant — ou non — au sein de l'asile est pris dans ce contexte.

Les aspects pédagogiques de la prise en charge des enfants et la connaissance des aspects de leur vie quotidienne à l'asile ont pu être reconstitués grâce à diverses sources. Si on trouve des sources imprimés (des articles du *Pädagogische Zeitung* dans lequel collabore Hermann Piper par exemple) qui détaillent les méthodes éducatives originales créées par Hermann Piper, et qui peuvent à ce titre être comparées à celles initiées par Bourneville au même moment du côté français, on a par

⁴ On retiendra deux publications récentes illustrant cet intérêt actuel pour ce sujet en histoire de la psychiatrie, la première pour son approche d'histoire globale dans une période allant de la fin du XVIII^e à la fin du XX^e siècle, et la seconde car elle cible l'Allemagne sous un angle d'histoire de la vie quotidienne particulièrement utile par rapport à notre sujet. Voir Waltraud ERNST (dir.), *Work, Psychiatry and Society, c. 1750–2015*, Manchester, Manchester University Press, 2015 ; Monika ANKELE et Eva BRINKSCHULTE, *Arbeitsrhythmus und Anstaltsalltag, Arbeit in der Psychiatrie vom frühen 19. Jahrhundert bis in die NS-Zeit*, Berlin, Steiner-Verlag, 2015.

⁵ Steve STURDY, "The Industrial Body", *op. cit.*, p. 220.

contre peu de traces dans les dossiers des patients de l'application « concrète » de la méthode développée par le maître responsable de l'établissement berlinois⁶. Toutefois, les dossiers médicaux et/ou administratifs des enfants ayant à un moment fréquenté l'*Idiotenanstalt* recèlent différents documents (bulletin d'évaluation bi-annuel avec quelques remarques lapidaires des professeurs permettant d'avoir un aperçu de quelques aspects de ce qui est enseigné, quelques dictées d'enfants, *Schriftproben* ou autres travaux d'expression écrites, de rares dessins, travaux de collage et cahiers d'élèves...) qui peuvent nous permettre de traiter brièvement ce point. On peut noter que les dossiers « administratifs » (*Verwaltungsakten*) dans lesquels on trouve habituellement les informations sur l'éducation n'excluent pas la présence d'informations de nature médicale ou entrant en compte dans la formulation du diagnostic d'arriération.

La prise en charge des enfants et adolescents arriérés sur le plan professionnel et leur fin de parcours au sein de l'asile a pu être reconstituée grâce à un type spécifique de document retrouvé dans les dossiers administratifs des patients. Parmi les sources présentes dans les dossiers, on trouve des comptes-rendus de visites de l'inspecteur d'éducation (*Erziehungsinspektor*) chez les différents maîtres du nord de Berlin ayant accepté d'assurer l'apprentissage des arriérés les plus légers. Ces comptes-rendus, par ailleurs tous rédigés selon la même trame laconique, nous apprennent parfois des informations utiles sur les tentatives d'insertion professionnelles menées, ainsi que sur leurs résultats. Souvent, les maîtres se plaignent de la lenteur de leurs recrues, des incidents qui ont parfois lieu, du manque de rentabilité économique pour eux⁷. Outre les sources imprimées écrites par Hermann Piper traitant des méthodes éducatives mises en oeuvre et de leurs présupposés pédagogiques, on apprend aussi d'autres informations parcellaires sur le quotidien des malades : les mouvements des populations, puisque certains changent de pavillon selon l'évolution de leur état, certains sont placés dans la section des travaux agricoles, d'autres sont réclamés par leur famille

⁶ Dans le dossier rédigé en 1883 par le Magistrat de Berlin intitulé „*Instruktionen für den Erziehungs-Inspektor*” (cf. Sources) est mentionné dans le paragraphe 8 le devoir de documentation, auquel est tenu de se conformer l'*Erziehungsinspektor*. Ainsi, Piper était en théorie tenu pour chaque pensionnaire d'établir un acte (*Aktenstück*) contenant des renseignements sur le comportement de l'élève, et aussi à propos des événements particuliers se produisant, comme par exemple pour chaque trimestre “une évaluation à propos du développement et du comportement”. Néanmoins, nous n'avons pas retrouvé de traces de tels documents. Ont-ils été perdus ou tout simplement pas produits par Piper : nous ne pouvons répondre à cette question. S'est posé également la question de l'existence d'un fonds “Piper” ou “*Idiotenanstalt*” qui semble évoqué par une formulation retrouvée à plusieurs reprises dans certains dossiers médicaux (mentions “*aus den Akten der Idiotenanstalt*”). D'après Thomas Beddies, un tel fonds n'a jamais été vu dans les archives de la clinique (même avant versement au *Landesarchiv*).

⁷ Bien que les maîtres soient liés à l'institut par un contrat d'apprentissage (*Lehrvertrag*) qui leur offre un dédommagement financier et une rémunération pour cette pratique. Toutefois, la plupart des courriers de maîtres expriment littéralement leur exaspération, voire leur renoncement devant la tâche de prendre en charge un adolescent « faible d'esprit », qui ne correspond évidemment pas à leurs espérances en terme d'efficacité (et par là de rentabilité et de rationalité économique). Leur démarche -contractuelle- n'est pour la plupart pas motivée par des buts caritatifs : les sources nous montrent des hommes qui manquent souvent de la patience et la bienveillance (ou de l'idéalisme et d'une foi dans le progrès humain d'un Bourneville) nécessaire pour s'occuper de tels êtres.

contre avis médical par exemple. Mais aussi les incidents, avec des cas de patients violents avec les autres ou le personnel soignant, et les sorties éventuelles en « famille d'accueil » (*Familienpflege*⁸) ou dans un autre établissement du Brandebourg. Quelques documents montrent les limites de ce système dit ouvert : plaintes des familles d'accueil au sujet des enfants qui leur sont envoyés, à l'issue desquelles les adolescents sont renvoyés à l'asile. On a enfin des informations sur le comportement de l'enfant (s'il est occupé, s'il est effacé et reste assis à l'écart, s'il a un comportement agressif envers les autres patients et qu'ils les dérange), parfois aussi des déclarations sur les affects émotionnels affichés, par exemple si un patient devient « familier » (*zutraulich*), s'il s'est « acclimaté » (*sich einleben*), s'il est calme, s'il reconnaît ses surveillantes. De telles données forment l'ossature de ce chapitre, se détachant des propos parfois lapidaires des dossiers médicaux narrant le quotidien des patients.

⁸ Le système de la *Familienpflege* est expliqué dans le chapitre 1. Après 1923, il s'insère dans les cercles concentriques du *Stapelsystem* théorisé par Emile Bratz, directeur de l'asile jusqu'en 1934. Les fondements théoriques de ce système d'ouverture progressive de l'asile seront expliqués à la fin du chapitre.

A. Principes et limites de la mise au travail des arriérés en France et en Allemagne (1880-1914)

1. Fondements et justifications de la mise au travail (1885-début du XX^e siècle)

- a) « Le devoir impérieux est de considérer la vie scolaire comme une préparation à la vie du dehors » : apprendre pour sortir de l'asile

Le fondement de l'impératif d'apprentissage réside avant tout dans une volonté de valorisation du corps productif. Il s'agit ici de mettre en évidence l'importance de l'apprentissage comme aboutissement du processus éducatif, mais aussi d'insister sur sa valeur propédeutique dans l'optique de la recherche d'un emploi au dehors. A ce titre, il convient d'expliquer ici quelques procédés pédagogiques mis en œuvre dans les établissements. Des différences existent à cet égard entre France et Allemagne. En marge du mouvement de démocratisation de l'école, le versant de l'éducation professionnelle et technique reste, quant à elle, moins valorisé en France. Le XIX^e siècle est caractérisé par son rejet de l'éducation manuelle. C'est à la faveur des progrès des sciences et techniques que l'Etat commence à combler ce retard en confiant à l'école la mission de combler l'étroitesse de l'offre éducative utilitaire⁹. L'enseignement agricole se développe lui aussi quand il est inscrit au programme des écoles primaires vers la fin du XIX^e siècle, moment où se développent en France les fermes-écoles et autres jardins scolaires, améliorant une offre qui reste pourtant encore faible. Les actions de formation des services pour arriérés apparaissent ainsi comme relativement originales mais aussi représentatives du mouvement de développement de l'enseignement technique en œuvre à l'époque. Par contre, dans les services destinés aux arriérés allemands et français, l'éducation est une première étape qui doit déboucher sur un apprentissage se faisant chez les paysans ou artisans extérieurs à Berlin (*Familienpflege*) ou auprès de formateurs à l'intérieur de l'établissement, s'il possède une ferme comme à Cernay¹⁰ ou des ateliers comme à Bicêtre¹¹. Les

⁹ Les écoles manuelles d'apprentissage sont par exemple instituées en 1880, remplacées en 1892 par les écoles pratiques de commerce et d'industrie qui forment « employés et ouvriers immédiatement utilisables » selon Monique Vial.

¹⁰ A Saint-André, la ferme compte jusqu'à 15 salariés entre les deux guerres, et constitue un important pôle d'activités. A Bicêtre, pas de ferme, mais de nombreux ateliers comme on a vu dans le début du chapitre Voir Jean-Claude RICHEZ et Alfred WAHL, *La vie quotidienne entre France et Allemagne, 1850-1950*, Paris, Hachette, 1994, p. 32-33.

¹¹ Cette attribution selon les sexes des métiers enseignés à l'institut reflète parfaitement la stricte séparation des rôles et des espaces entre hommes et femmes dans la société du début du siècle. Les pensionnaires féminines étaient destinées aux travaux manuels tels que l'arrachage des mauvaises herbes, la récolte des fruits, la fane du foin, etc. De la même façon, à la ferme, la division du travail était stricte : l'entretien de la basse-cour revenait à la femme, tandis que l'écurie était réservée aux hommes.

sections pour arriérés s'affirment ainsi comme des lieux de guérison et pas simplement de rétention. Les arriérés ayant pu apprendre un métier travaillent à l'institut sous la direction de maîtres, mais représentent néanmoins une minorité dans tous les établissements.

Les disciplines enseignées parallèlement ou la suite de l'apprentissage de la lecture, de l'écriture et du calcul dont on a vu quelques détails dans le chapitre 1 sont volontairement orientées vers une utilité pratique. A Berlin, Hermann Piper conçoit par exemple un cadran devant servir à l'apprentissage du laçage des chaussures¹². L'utilisation de cet appareil illustre de façon pertinente l'alliance entre des préoccupations d'ordre éducatives et pratiques dans l'éducation des arriérés. Le maniement permet à la fois d'effectuer un travail d'identification des matières qui le composent et de petits exercices de calcul du nombre d'œilletons déjà lacés, en plus de sa vocation pratique d'apprentissage du laçage des chaussures de soi et ses camarades. Cette méthode présente une ressemblance certaine avec celle mise en œuvre par Bourneville à Bicêtre au même moment. L'aliéniste conçoit lui non un cadran mais des chaussures aux trous surdimensionnés dont la vocation est là aussi de permettre un apprentissage du laçage plus aisé pour les déficients mentaux.

Le parallèle ne s'arrête pas là. Une activité telle que le laçage des chaussures représente certes un avantage en termes de prise en charge collective et un aboutissement de l'objectif d'autonomisation de la personne qui sont au centre de la formation dispensés aux arriérés. Mais ces exercices pratiques sont aussi conçus comme une propédeutique à un apprentissage de travaux de couture en vue de l'acquisition d'une occupation voire d'un métier.

A Bicêtre, les visites régulières effectuées dans le service relatent les installations à disposition des apprentis et les activités pratiquées par ces derniers :

A celui de menuiserie, on travaille à une cabine de douches en pichpin ; à celui de serrurerie, aux ferrures d'un buffet. — La superficie de l'atelier d'imprimerie a été augmentée, conformément à la demande faite par le Dr Bourneville [...] Puis elle a visité, au premier étage, les ateliers de broserie, vannerie, cannage et de tailleur et celui de cordonnerie¹³.

Le *topos* de telles descriptions est en général l'enthousiasme devant les réussites et les guérisons, tel ce propos dans le rapport de 1899 évoquant des grabataires devenus ouvriers.

¹² Dans l'article qui est consacré à cet appareil, Piper explique qu'il s'est lui-même inspiré d'un appareil observé lors qu'un voyage dans un établissement de Copenhague („Keller'schen Anstalten“) qu'il considère comme « modèle ». La composition même de l'appareil qui se présente sous la forme d'un cadre en bois avec des ` en cuir percées de dix trous traversés par des lacets en soie doit servir de prétexte à une reconnaissance par les enfants des différents éléments. Hermann PIPER, „Ein Apparat für Zöglinge der Unterstufe der Idiotenanstalt“, *Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger und Epileptischer*, n°6, 1889, p. 102-104.

¹³ Archives de Paris, D1 X3 14-54 : Procès-verbaux de la Commission de Surveillance des asiles publics d'aliénés du département de la Seine (1885-1934), Rapport de 1905, p. 115.

Décrivant les ateliers de Bicêtre, un des rares journalistes ayant visité le service parle lui aussi de « jeunes ouvriers aussi appliqués que dociles »¹⁴. L'objectif de Bourneville est d'ailleurs d'augmenter l'âge limite du service à 18 ans, afin que l'apprentissage puisse se poursuivre plus longtemps¹⁵. Pourtant il ne faut pas oublier la finalité pratique de la formation qui est conçue pour mener à un placement des jeunes arriérés en apprentissage.

Les apprentissages sont globalement les mêmes quels que soient les établissements. Partout, on retrouve les mêmes métiers qu'on essaye d'apprendre aux patients. On peut souligner la division classiquement genrée des tâches, puisque pour les arriérés aussi, les types de travaux confiés aux malades suivent les stéréotypes habituels. Ainsi aux filles sont confiées les travaux de tricot, couture, raccommodage ou ménage, tandis que les garçons sont partout formés à des travaux manuels tels que la serrurerie, la vannerie ou le jardinage, ainsi qu'affectés aux champs à la belle saison. Le cas de Bicêtre est ici un peu particulier puisqu'on ne trouve pas de filles dans le service de Bicêtre où seuls des garçons sont pris en charge, mais là le caractère genré des tâches se retrouve à la fondation Vallée de Gentilly. De plus, il n'y a pas de travaux dans les champs ni à la ferme à Bicêtre, qui bénéficie seulement d'ateliers. Pour Dalldorf, Hermann Piper met également en place sept ateliers au sein de l'*Idiotenanstalt*. La fin de la formation est sanctionnée par un « travail de fin d'étude » (*Abschlussarbeit*) réalisé par un enfant de la classe supérieure de l'*Erziehungsanstalt* sur le sujet « ce que j'aimerais devenir [plus tard] » (*Was ich werden möchte*) permet d'en comprendre les étapes :

Je suis né le 9 avril 1915. J'ai 14 ans maintenant et je suis écolier dans la 1^{ère} classe. J'aimerais devenir tailleur. Quand je serai en apprentissage, je devrai balayer l'atelier la première année. Et aussi faire des petites choses comme par exemple coudre des boutons. Peu à peu j'apprends déjà à faire des costumes pour lesquels je couds à la main et à la machine. Je dois aussi faire des trous dans les boutons¹⁶.

Dans cette composition d'une qualité de rédaction rare dans nos dossiers, on peut relèver de véritables parallèles dans ce texte avec les occupations qu'on a évoqué un peu plus haut.

¹⁴ Archives APHP, Bicêtre, 646 FOSS 49 : Articles de presse sur les idiots (faits divers, visites à Bicêtre) 1886-87. *Varia*, « Une visite à Bicêtre », article de Jean Khiry dans *la Petite R.F.*, 1887.

¹⁵ « Le problème du traitement des enfants arriérés ne sera pas résolu [...] tant que l'asile spécial d'adultes idiots et épileptiques, qui est le complément naturel du service d'enfants et qui ne pourra être un asile de travailleurs, avec atelier et école, prolongation de l'asile école d'enfants, n'aura pas été créée ». Archives de Paris, D1 X3 14-54 : Procès-verbaux de la Commission de Surveillance des asiles publics d'aliénés du département de la Seine (1885-1934), Rapport de 1905, p. 198.

¹⁶ „Ich bin am 9. April 1915 geboren. Ich bin jetzt 14 Jahre und Schüler der 1. Klasse. Ich möchte Schneider lernen. Wenn ich in die Lehre komme, muss ich in den ersten Wochen die Werkstatt ausfegen. Und auch in der Arbeit Kleinigkeiten mitmachen, z.B. Knöpfe annähen. Allmöglich lerne ich schon Anzüge machen. Dabei nähe ich mit der Hand und mit der Maschine. Ich muss auch Knopflöcher ausstechen“. A Rep. 003-04-04, Dossier administratif n°5650, Devoir manuscrit de fin de scolarité (*Abschlussarbeit*) de Karl B. sur le sujet suivant : « ce que j'aimerais devenir [plus tard] » („*Was ich werden möchte*“), 1930.

L'adolescent est formé à des travaux simples qui sont alliés à un entretien ménager. Le devoir met également en avant les valeurs qui sont véhiculées aux jeunes déficients mentaux au cours de l'apprentissage dispensé :

Dans l'école de formation continue je continue à apprendre à calculer et à écrire. Le professeur me montre aussi comment est mesuré un costume. La poitrine, le ventre, la longueur des manches et des jambes est mesurée. Je fais déjà des costumes. Quand j'aurai fait 4 ans d'apprentissage, je devrai faire l'examen de tailleur. Si je le réussis, je recevrai un bulletin et je serai apprenti. Je dois me chercher un travail pour que je puisse gagner mon argent¹⁷.

Les adolescents doivent prendre conscience de la valeur positive du travail qu'il convient de chercher activement : ils « doivent » en trouver un. Le savoir-faire acquis dans la formation est décrit comme une clé vers impératif d'une autonomie future. La mise en apprentissage chez un maître n'est ainsi pas une simple occupation qui permet à l'institution d'occuper des malades en dehors de l'asile. De la même façon, elle ne constitue pas non plus une main d'œuvre à bas coût pour les artisans alentours. Elle doit aboutir à l'acquisition d'un métier permettant à une catégorie de malades de réintégrer le marché du travail. Dans sa lettre à Dalldorf, le jardinier prenant en famille d'accueil Karl B. déclare être « volontiers prêt à admettre le jeune homme dans [son] foyer » et promet « de former ce dernier de façon à ce qu'il en ressorte comme un véritable jardinier »¹⁸. Le maître finit son courrier à l'*Erziehungsinspektor* en garantissant les nombreux débouchés promis à l'enfant en donnant en exemple d'autres apprentis ayant trouvé un emploi depuis des années dans les alentours de Berlin.

Certains autres, moins capables de formation, sont occupés dans les champs. La correspondance d'Henri P., parisien débile léger admis à l'âge de 27 ans, décrit avec précision les travaux des champs qui scandent la vie des adolescents et adultes valides à Cernay :

Fin juillet nous avons eu la moisson ; cette année, elle n'a pas duré longtemps car la récolte est mauvaise. L'avoine n'a pas réussi, elle a été fauchée pour le bétail, quant au seigle, il n'est pas fameux. Tout a été fini bien avant le 15 août qui a été fête de la moisson. La récolte des

¹⁷ „In der Fortbildungsschule lerne ich noch weiter rechnen und schreiben. Der Lehrer zeigt mir auch, wie ein Anzug abgemessen wird. Da werden die Brust (?), der Leib, die Schrittlänge („und“ = correction), die Beine abgemessen. Dann mache ich schon Anzüge. Wenn ich 4 Jahre gelernet habe, muss ich eine Schneiderprüfung machen. Habe ich die Prüfung bestanden, dann bekomme ich ein Zeugnis und bin Geselle. Ich muss mir Arbeit suchen, damit ich mein Geld verdienen kann“. *Ibid.*

¹⁸ „Ich danke für die Benachrichtigung, dass Sie bereit sind den Zögling Karl Buchner bei mir in meinen Betrieb in die Lehre zu geben. Ich bin bereit, wohl und ganz den Knaben in mein Hausstand wie mein eigen aufzunehmen und verspreche den selben so auszubilden, dass derselbe als ein wirklicher Gärtner entlassen wird. Not wird er nicht haben, er ist nicht der Erster der bei mir ausgelernt hat, einer der bei mir gelernt hat ist schon 10 Jahre bei der Stadt Berlin Oberg“. Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier administratif n°5650, Karl B., Lettre de Max Rempski à l'*Erziehungsinspektor*, Trebbin, 13 mars 1929.

pommes de terre a commencé avant hier, elles ne sont pas épatantes, et il y en a bien moins que l'année dernière ; aussi tout comme les autres années, après le ramassage a lieu le glanage. Ils devront en acheter encore plus que les autres années. Il y a eu aussi ces temps-ci la fenaison, sur les chemins verts de l'asile et aussi sur quelques terres qui ont été ensemencées en prairie ; c'est un peu de foin. [...] Excusez l'écriture et mon langage simple!¹⁹.

L'aubaine d'occuper des patients arriérés par des travaux agricoles est pratiquée à Berlin également. Le travail des pensionnaires est considéré comme une règle d'hygiène nécessaire à leur santé et ordonné par le médecin²⁰. Toutefois, il convient de garder à l'esprit qu'une majorité des pensionnaires est elle incapable de tout travail, soit pour des raisons d'incapacité physique, soit par indiscipline ou apathie, et ce à Berlin comme à Cernay²¹.

Plus tard dans le temps et après le retour de l'Alsace-Moselle à la France, l'occupation des enfants de l'IMP de Hoerdt favoriserait la tenue d'une certaine discipline pour « des sujets inaptes à faire un apprentissage artisanal, des fugeurs et des indisciplinés ». La production est contrôlée rigoureusement par des notations et le décompte de la productivité journalière — évaluée au nombre de trous, et consignée dans un « cahier de rapport » du service de broserie « où se trouve marqué en regard du nom de chaque mineur-brossier la quantité de travail fourni le jour précédent ». D'après le médecin-directeur de l'asile de Hoerdt, ce dispositif aurait des résultats tout à fait positifs :

J'insiste tout particulièrement sur le bon fonctionnement de cet atelier du point de vue de la tenue et discipline des enfants qui y sont employés, eu égard au fait que les brosiers sont recrutés en grande partie parmi les indisciplinés et les fugeurs. Leur tenue, occupés régulièrement de cette façon et continuellement surveillés, est parfaite [...] Un mineur bien entraîné peut arriver à dépasser les 2000 trous par jour²².

Ainsi selon le médecin-chef, l'atelier de broserie doit « assurer une occupation éducative à une certaine catégorie de pupilles de l'IMP. Il joue un rôle capital dans la bonne tenue de l'établissement au point de vue disciplinaire et redressement », notamment de manière saisonnière pour pallier l'absence de travaux agricoles. « En hiver, les travaux des champs et du jardin

¹⁹ A l'institut, le garçon travaille comme aide de bureau, mais est parfois envoyé au grand air lorsque son comportement devient problématique.

²⁰ Cet usage est conforme à l'article 18 de la loi du 18 Décembre 1838, selon laquelle : « Dans tous les établissements publics où le travail des aliénés sera introduit comme moyen curatif, l'emploi du produit de ce travail sera déterminé par le règlement intérieur de ces établissements ». Toutefois à Saint-André par exemple, on tient compte de la dépense supplémentaire de forces que leur demande le travail en leur accordant une nourriture plus abondante et plus substantielle, du vin aux repas, ainsi que l'autorisation de fumer le dimanche.

²¹ En effet, même pour les arriérés qui ne sont pas empêchés physiquement, il n'est pas systématique qu'ils consentent à exécuter des tâches, même simples. Comme le constate le psychiatre Georges Heuyer au début du siècle, les débiles légers font souvent preuve d'une « inactivité profonde de toutes les fonctions psychiques ; leur attention ne peut agir, ni se concentrer, ni surtout se maintenir concentrée » au risque d'un épuisement rapide. Voir Georges HEUYER, *Enfants anormaux et délinquants juvéniles. Nécessité de l'examen psychiatrique des écoliers*, Paris, Steinheil, 1914, p. 138.

²² Archives départementales du Bas-Rhin AL 121 828, IMP de Hoerdt : divers, Lettre du médecin-directeur de l'asile de Hoerdt (le Dr Arsimoles) au préfet du Bas-Rhin avec un rapport sur le fonctionnement du service de broserie à l'IMP, 7 septembre 1931.

demandent une main-d'œuvre moindre, et un certain nombre d'enfants [...] sont obligés de rester » dans l'asile. Ces adolescents sont « parfois difficiles à occuper » voire « désœuvrés », ce qui montre le caractère profitable de la « thérapie occupationnelle », ce qu'on appelle *Arbeitstherapie* en allemand.

L'objectif thérapeutique est en effet un but fortement associé à la mise au travail des arriérés, Outre l'avantage en termes de gestion de la surpopulation asilaire que représente le système, tout un courant en lien avec l'antialiénisme et le *non-restraint* vante l'efficacité thérapeutique de ce mode de prise en charge en famille d'accueil, ce qui est appliqué dès la fin du XIX^e siècle à Dalldorf. Il représenterait une forme plus avancée de thérapie occupationnelle par le fait que le malade se retrouverait véritablement intégré dans une famille, donc dans une certaine mesure réintroduit dans la sphère sociale. Au début du XX^e siècle, un auteur allemand expliquant le fonctionnement de la *Familienpflege* estiment que « dans la pratique, la *Familienpflege* s'est révélée un facteur thérapeutique de valeur reconnue », soulignant le caractère précieux de la démarche en tant que « la psychiatrie [du début du XX^e siècle] n'est pas très riche en moyens thérapeutiques »²³, affirmation d'autant plus vraie pour les déficients mentaux. Certaines sources ne reculent d'ailleurs pas sur l'hyperbole pour vanter le *Familienpflegesystem* et ses effets :

Nous observons partout que les malades mènent sans exception une vie plus simple, et presque sans exception une vie plus satisfaisante et active, et à quel point des malades totalement abêtis au sein de l'asile s'éveillent à une nouvelle vie, comment des malades a priori dangereuses se sont révélées des gardiennes d'enfants pacifiques²⁴.

Par rapport aux deux raisons majeures évoquées pour justifier ce système — surpopulation asilaire et avantages thérapeutiques — on peut remarquer que les promoteurs d'une ouverture de l'asile vers l'extérieur se basent sur une vision critique de l'institution, vue comme une structure iatrogène. A propos de la *Familienpflege*, l'aliéniste Gustav Kolb parle par exemple de « milieu délétère » (*schädlichen Milieu*) duquel il faut sortir les patients les moins atteints. Dans ce cadre le responsable de la structure d'accueil (*Pflegeheim*) a des obligations à remplir en échange du travail de l'apprenti :

²³ „Die Familienpflege hat sich in der Praxis als ein therapeutischer Faktor von anerkanntem Werte erwiesen“. Gustav KOLB, „Die Familienpflege unter besonderer Berücksichtigung der bayrischen Verhältnisse“, *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, n°6, 1911, p. 275. Voir sur les propos de l'aliéniste allemand Gustav Kolb l'ouvrage de Heinz-Peter SCHMIEDEBACH, *Entgrenzungen des Wahnsinns: Psychopathie und Psychopathologisierungen um 1900*, Oldenbourg, De Gruyter, 2016.

²⁴ „Überall sehen wir, dass die Kranken in der Familienpflege ein einfaches, aber fast ausnahmslos ein zufriedenes und tätiges Leben führen, wie manche in der Anstalt anscheinend ganz verblödete Kranke zu neuem Leben erwacht sind, wie manche, anscheinend gefährliche Kranke sich zu friedfertigen Kinderwärterinnen entwickelt haben“. G. KOLB, *op. cit.*, p. 274.

Le tuteur s'engage à nourrir suffisamment l'individu pris en charge, lui fournir un lit individuel, le maintenir en ordre et en état de propreté, l'occuper dans une mesure adaptée en lui évitant le surmenage, veiller sur lui et également s'assurer que le pris en charge ne se retrouve pas seul sur la voie publique ou n'aille pas dans un lieu public, et qu'à la fermeture de la maison il soit constamment dans le lieu où il est pris en charge le soir²⁵.

Outre une rémunération mensuelle, le tuteur (*Pflegehalter*) bénéficie ainsi de l'aide du patient de l'asile de Dalldorf au quotidien. On est là dans une optique de « thérapie occupationnelle » qui rentre dans la lignée de ce qui est fait également à Bicêtre ou à Cernay. Afin de surveiller ce dispositif aussi bien que le comportement des patients en *Familienflege*, les structures d'accueil font l'objet de visites de l'*Erziehungsinspektor* environ deux fois par an qui sont documentées dans des rapports. Ceci montre le lien essentiel entre la formation dispensée dans l'*Idiotenanstalt* et la réintroduction du patient à la société civile – même si elle n'est que partielle et strictement réglementée.

Quant au fonctionnement, on dénombre plusieurs types de *Familienpflege*. La prise en charge peut se dérouler dans des familles d'accueil (*Pflegfamilie*) qui hébergent parfois jusqu'à 18 patients, ou plus rarement dans la propre famille du malade (*bei den eigenen Familie*)²⁶. Les malades sont visités une fois par mois par un médecin²⁷. A Dalldorf, le nombre de malades pris en charge dans ce cadre croît rapidement, jusqu'à atteindre 323 patients en 1914, et un peu moins à la fin de la République de Weimar. Au début des années 1930, deux types de prise en charge en « famille » existent à Berlin :

Si un tuteur s'occupe de plus de trois pupilles, on nomme alors cet endroit un foyer (*Heim*). En tout il existe 32 foyers à disposition avec un nombre de pupilles de 4 à 32 malades. Dans le mois de mai 1932, 297 malades se trouvaient dans 32 foyers. On ne fait pas de distinction spécifique entre prise en charge en famille et en foyer²⁸.

²⁵ „Der Pflegehalter verpflichtet sich, den Pflegling ausreichend zu beköstigen, ihm ein eigenes Bett zu gewähren, auf Reinlichkeit und Ordnung zu halten, ihn zu passender Weise unter Vermeidung von Überanstrengung zu beschäftigen, ihn beaufsichtigen sowie dafür zu sorgen, dass der Pflegling möglichst wenig allein auf der Straße oder in öffentliche Lokale geht und abends stets vor Schluss des Hauses in der Pflegestelle ist. Von jeder Beschäftigung außerhalb der Häuslichkeit des Pflegehalters — insbesondere gegen Entgelt - ist der Anstalt umgehend Mitteilung zu machen“. Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, n°5916, Dossier médical de Rudolf D., « Contrat de prise en charge en famille d'accueil » (*Familienpflegevertrag*), 19 février 1932.

²⁶ G. KOLB, *op. cit.*, p. 280.

²⁷ Voir C.F. VAN VLEUTHEN, „Die Familienpflege der Wittenauer Heilstätten nach dem Kriege, mit besonderen Berücksichtigung der Pflegeheime“, *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, n°92, 1929, p. 35-41.

²⁸ Karl Knab est le médecin-chef à l'asile de Tapiaw de 1930 à 1937. En 1932, il réalise une étude statistique concernant le sujet qui permet d'avoir une vision de la situation pendant la République de Weimar. „Wenn ein Pflegehalter mehr als drei Pfleglinge hat, so nennen wir diese Stellen ein Heim. Im Ganzen sind 32 Heime mit einer Pflegezahl von 4 bis 32 Kranken vorhanden. Im Monat Mai 1932 befanden sich 297 Kranke in 32 Heimen. Eine besondere Unterscheidung zwischen Familien- und Heimpflegen wird nicht gemacht“.

En 1911, une majorité des asiles allemands ont organisé un FPS en leur sein, Kolb rapportant le chiffre de 54% des 120 asiles publics allemands, ce qui représente près de 3500 patients pris en charge de cette façon. 3015 de ces derniers sont en Prusse, ce qui montre bien la surreprésentation de du Land par rapport au reste du territoire allemand. La Première Guerre mondiale apporte néanmoins un coup d'arrêt à l'expansion du système de la *Familienpflege*, en particulier lors de l'année 1917 où la hausse du taux de mortalité parmi les *Pfleglinge*, du fait du manque de nourriture notamment, entraîne la réadmission de beaucoup de malades, trop faibles pour fournir le moindre travail, doivent être ré-admis au sein des asiles. Il faut attendre 1928 pour retrouver le niveau d'avant-guerre avec le seuil des 3500 qui est à nouveau franchi²⁹. Il faut insister sur le fait que la pratique de la Familienpfle

Enfin, la lecture attentive des sources montre aussi dans quelle mesure l'apprentissage reste toujours fortement liée à un objectif de légitimation sociale des œuvres éducatives destinées aux arriérés, dans un argumentaire économique qui a pour but de mettre en avant les bénéfices pécuniaires retirés de la mise au travail des arriérés. Ainsi, les visites des ateliers interpellent car elles sont toujours agrémentées de multiples chiffres détaillant le bilan de la production effectuée. Par exemple, on sait qu'en 1904, les ateliers du service des idiots de Bicêtre ont fabriqué 9556 brosses, l'atelier de couture 347 gilets, la menuiserie 9 tiroirs, ou encore 146 paires de chaussures à l'atelier de cordonnerie. Ces données constituent en effet un argument quasi-publicitaire pour le chef de service qui s'en sert pour montrer à l'administration la légitimité et l'efficacité de son œuvre :

M. le Dr Bourneville a remis à la Commission l'état ci-dessous qui indique le nombre des produits fabriqués dans les ateliers en 1904. Mais il désirerait que l'Administration y ajoutât une évaluation du travail par comparaison avec les prix de revient du dehors, comme il est fait à la Fondation Vallée. Cette évaluation, explique le Dr Bourneville, est possible, non seulement pour les objets distincts, mais aussi pour les réparations et l'entretien, comme on peut s'en convaincre par l'examen des budgets des asiles³⁰.

Ces propos tenus à l'issue de la visite de la commission de surveillance des asiles publics de la Seine ont sans doute aussi pour but de prouver aux visiteurs que l'argent du Conseil général n'est pas dépensé de manière inconsidéré dans le service : on fait le maximum pour réduire les coûts en

²⁹ La plupart des travaux sur l'histoire de la psychiatrie insistent sur la valeur positive du *Familienpflegesystem* pour les malades. Dès Wahrendorff, on insiste sur l'objectif thérapeutique qui est accentué par l'individualisation de la prise en charge. Certes, à certaines reprises on note des cas d'exploitation de la main-d'œuvre représentée par les patients, mais qui ne sont pas représentatifs si l'on en croit la littérature secondaire. Pourtant, si l'on voit partout la Familienpflege comme une alternative supérieure à l'internement, une exception notable est précisément Berlin où des cas isolés de maltraitance (*Schlafburschen-Familienpflege*) ont été décrits, mais qu'on ne peut vraiment commenter puisque de tels cas n'ont pas été retrouvés dans les sources.

³⁰ Archives de Paris, D1 X3 14-54 : Procès-verbaux de la Commission de Surveillance des asiles publics d'aliénés du département de la Seine (1885-1934), Rapport de 1905, p. 116.

produisant à l'intérieur de l'établissement. En effet, ces objets ne sont pour la plupart pas commercialisés au dehors : une grande partie sert à alimenter le magasin central des hôpitaux. Ainsi ces réalisations servent une organisation sous forme d'autoproduction à l'intérieur des asiles publics de la Seine, en circuit fermé. Le fait de faire travailler les pensionnaires de l'IMP ne représente donc non seulement un avantage en termes de « dressage » et de gestion de leur comportement problématique, mais aussi une rémunération appréciable pour les institutions en permettant aux établissements de bénéficier des fruits de la fabrication des objets. Par exemple pour les balais-brosses produits à Hoerdt dans l'entre-deux-guerres, l'établissement ne poursuit pas de but lucratif et ne fait pas de bénéfices sur la vente des balais. En revanche, pour un prix de revient minime, les balais servent à « couvrir les besoins de l'établissement même, et d'en fabriquer pour l'approvisionnement des autres établissements départementaux : Stéphansfeld et Bischwiller »³¹.

Au final, on voit que les objectifs médico-pédagogiques et économiques se rejoignent pour comprendre la volonté généralisée de mise en valeur productive du corps de l'arriéré. Cet enjeu correspond bien à l'intérêt croissant de la science médicale au tournant des XIX^e et XX^e siècles pour le bon fonctionnement de l'esprit, dont la possible altération est associée à une probable condition physique insuffisante. La peur de la fatigue mentale des écoliers³² ou encore de la neurasthénie chez l'adulte³³ sont des sujets d'inquiétude particulièrement vifs si l'on considère la prolifération de travaux sur le sujet dans les deux dernières décennies du XIX^e siècle. Le psychologue Alfred Binet, en vient à s'intéresser aux enfants retardés sur le plan mental par l'écriture d'un livre sur *La fatigue intellectuelle*, ce qui montre la filiation des deux sujets. L'épuisement de la force productive partout diagnostiqué inquiète à la fin du XIX^e siècle précisément parce que le phénomène constitue une menace pour l'activité productive. Mental et corporel sont les conditions de fonctionnement de ce

³¹ Archives départementales du Bas-Rhin AL 121 828, IMP de Hoerdt : divers, Lettre du directeur des contributions directes et du cadastre du Bas-Rhin et Haut-Rhin au préfet du Bas-Rhin, 17 décembre 1931.

³² Un des pionniers des théories de la fatigue mentale est Hermann Griesbach, un professeur de Mulhouse, qui émet l'hypothèse que la fatigue peut se mesurer à travers des modifications de la sensibilité tactile de la peau. Il établit ainsi l'énorme fatigue intellectuelle de ses écoliers. Sa méthode est largement employée dans la dernière décennie du siècle, mais aussi critiquée, notamment par Emil Kraepelin. Voir Anson RABINBACH, *Le moteur humain: l'énergie, la fatigue et les origines de la modernité*, Paris, La Fabrique éditions, 2004, p. 252 (chapitre VI : « Fatigue mentale, neurasthénie et civilisation »).

³³ L'auteur phare concernant cette question est le médecin américain George Miller Beard, qui voit dans la modernité et le choc des cultures la cause majeure du trouble pathologique. L'auteur aura une influence sur le débat sur la dégénérescence en Allemagne (cf. chapitre 6). En France, le traité le plus influent sur la question est écrit par Achille-Adrien Proust, père de l'écrivain, médecin qui écrit avec Gilbert Ballet une célèbre *Hygiène du neurasthénique* en 1897, qui n'est pas sans lien avec le mal qui touche son fils de 26 ans. Il y dresse un portrait humiliant du neurasthénique qui n'est pas sans lien avec la pathologie dont souffre son fils alors âgé de 26 ans, qui trouvera dans la Recherche une certaine revanche en valorisant les nerveux qui seraient selon Marcel Proust « le sel de la terre ». Voir aussi A. RABINBACH, *op. cit.*, 2004.

qu'Anson Rabinbach nomme le « moteur humain », par l'action duquel l'énergie se transforme en travail mécanique. Ainsi la fatigue, en tant que paramètre pouvant enrayer ce moteur, apparaît comme facteur limitant l'optimisation de la productivité humaine :

Suivant la métaphore du moteur humain, la société devait être capable de conserver et accroître l'énergie déployée du corps travaillant : c'était mettre en parallèle les mouvements de ce corps avec ceux de la machine industrielle [afin] d'éliminer cette résistance obstinée au mouvement perpétuel qui distinguait le corps humain de la machine. Si l'on pouvait analyser et vaincre la fatigue, cet ennemi endémique de la société industrielle, le dernier obstacle de la société industrielle, le dernier obstacle au progrès serait écarté³⁴.

Toute entrave à la productivité de l'individu — et la maladie mentale en est une — doit en cela être analysée pour être vaincue. En ce sens, ce contexte idéologique semble parlant quant à la volonté généralisée de la mise au travail des arriérés³⁵.

Mais si l'enjeu principal reste avant tout la sortie de l'asile dans ce contexte institutionnel d'occupation de la population asilaire, il ne reste que la mise au travail des jeunes arriérés contient tout également un but intrinsèque de nature disciplinaire. L'activation des jeunes arriérés doit servir à discipliner les corps en leur donnant vigueur et retenue.

b) Un dressage des corps : l'exemple de la gymnastique à Bicêtre

La mise à profit de la gymnastique dans le domaine médical pour les enfants hospitalisés date du XIX^e siècle. Afin d'« étendre leur sphère d'intervention et asseoir leur légitimité, les promoteurs de la gymnastique pénètrent les différentes institutions (militaires, scolaires et sociétés civiles) et en particulier les établissements thérapeutiques ». Après les enfants sourds puis « difformes », c'est au tour des arriérés d'être ciblés par cette méthode dans les écrits de Séguin dès 1838³⁶, et qui a

³⁴ *Ibid.*, p. 20.

³⁵ Toutes les utopies sociales et politiques du début du XX^e siècle — taylorisme, bolchévisme, fascisme — considèrent le travailleur comme « une machine capable d'une productivité sans limites », qui se révèle être un véritable « impératif social », et jamais très loin d'une volonté de moralisation.

³⁶ Pascal BRIER et Jacques DEFRANCE, « La production de gymnastiques médicales pour les enfants malades hospitalisés au XIX^e siècle : spécialisation médicale et différenciation des gymnastiques », *Sciences sociales et sport*, N° 5-1, 1 octobre 2012, p. 13-51. Voir aussi : Pascal BRIER, Didier SEGUILLON et Jacques DEFRANCE, « Genèse de l'éducation et de l'instruction générale, morale et physique des enfants idiots: approche socio-historique de la trajectoire d'Edouard Séguin, de 1838 à 1850 », Mémoire de DEA, Lyon, 2004.

sûrement inspiré son disciple Bourneville dans les années 1890, quelques années seulement après qu'elle soit inscrite au programme des écoles élémentaires françaises³⁷.

A Bicêtre en effet, la gymnastique joue un grand rôle en tant que complément thérapeutique des diverses actions menées par le médecin-chef. Les paroles des chants qui agrémentaient les exercices au son de la fanfare de Bicêtre résumant avantageusement l'esprit de cette éducation corporelle. L'emploi de la gymnastique en tant que moyen d'éducation est vanté explicitement : « Puissante gymnastique, aux effets salutaires, / Rien ne peut remplacer tes utiles leçons. [...] De la santé, de la sagesse, / Tu donnes le fécond trésor »³⁸. Par son entremise, ce sont tous les éléments d'un maintien convenable qui sont transmis oralement. Par exemple, le chant « Courons, courons sans cesse » exalte les valeurs d'agilité, de souplesse et de régularité³⁹ en vantant l'idée d'un port digne : « surtout évitez de prendre l'habitude / De trop baisser la tête et d'admirer les pieds », recommande le second couplet.

D'autres chants mettent en avant l'objectif d'obtenir un corps délié et maîtrise : « Nos membres s'assouplissent ; / Nos jambes qui fléchissent / Sentent déjà beaucoup moins de lourdeur », entonnent les enfants s'exerçant sur le chant intitulé « Une, deux ; une, deux », dont le sous-titre précise que les exercices de gymnastique sur place qui l'accompagnent sont effectués sur un « pas accéléré » à « cadence de course ». Les paroles aussi reprennent le rythme Allegro indiqué par la partition : « Une deux, une, deux, Tenons-nous un peu mieux ! ».

Mais cet exercice est loin d'être fait dans un but uniquement thérapeutique : il s'agit certes de stimuler le corps dans une optique de santé publique, mais surtout de « dresser » ses mouvements dans une optique de moralisation des comportements individuels, constat qui s'applique plus largement à tout ce qui relève de l'hygiène sociale à cette époque. « Une, deux, une, deux, Tenons-nous un peu mieux ! » est avant tout un impératif de maintien et de normativité de l'attitude corporelle. Le récit que fait Anatole France de ces exercices de gymnastique alors qu'il visite le service en 1887 insiste sur la pertinence de la méthode pour dresser les jeunes corps : « Il est neuf

³⁷ La loi du 28 mars 1882 met la gymnastique au nombre des matières dont l'enseignement est obligatoire dans l'enseignement primaire. Dans les écoles élémentaires, la matière occupe par là une grande place, le plus souvent de fréquence journalière. Les classes enfantines sont elles concernées à partir de 1890. C'est à peu près à ce moment que la gymnastique suédoise est introduite en France par le Dr Philippe Tissié qui fonde la Ligue girondine de l'éducation physique. Un premier manuel de gymnastique scolaire paraît en 1891, dont l'introduction souligne les mérites et effets physiologiques recherchés par cette pratique. Voir Grégory QUIN, « Le mouvement peut-il guérir? Histoire de l'engagement des médecins français dans l'élaboration de l'éducation physique (1741-1888) », Thèse Paris, 2010.

³⁸ Partition du chant « Puissante gymnastique », Désiré-Magloire BOURNEVILLE, *Recueil de chants pour les enfants des écoles de l'hospice de Bicêtre (2e édition)*, Bicêtre, Imprimerie typographique des Enfants, 1909, p. 56-58.

³⁹ D-M. BOURNEVILLE, *Recueil, op. cit.*, p. 44-45.

heures. Nous trouvons les plus valides rangés sous le hangar, en trois pelotons de gymnastes. Ils sont là, debout, élevant les bras, abaissant les bras, fléchissant les jarrets, marchant au pas, marquant le pas ».

Anatole France a recours à la métaphore militaire pour décrire la scène : Bourneville y fait figure de « vieux brave » commandant une « petite armée » faites de « grosses têtes qui vacillent sur les épaules » et de « faces inertes ou convulsives ». Un tel discours correspond tout à fait à l'esprit d'une France où les Républicains au pouvoir viennent de mettre en place les bataillons scolaires dans la même décennie⁴⁰. En effet, la loi du 28 mars 1882 met la gymnastique et les exercices militaires au programme des écoles de garçons. On voit par l'exemple de Bicêtre que cette législation s'applique jusque dans les écoles pour arriérés. Toutes les vertus associées à la gymnastique à l'époque transparaissent dans ces paroles éloquentes qui montrent l'espoir mis dans un tel exercice :

Le premier peloton manœuvre en vérité assez exactement. [...] Le 3e, composé d'idiots, les mouvements ont peu de cohérence. Pourtant, le professeur est plus fier de ce mauvais peloton que de tout le reste de sa petite troupe. Il n'a pas tort, car c'est à grand'peine qu'il a obtenu peu. Et ce peu est beaucoup, puisque c'est une espérance. La gymnastique est excellente pour l'éducation des idiots et des imbéciles. Elle enseigne à leurs membres mal commandés et désobéissants l'exactitude et la régularité, et elle redresse peu à peu les ressorts faussés de leur machine⁴¹

On relève aussi dans les chansons qui accompagnent les exercices de gymnastique la trace larvée de la constante référence à la productivité du corps de l'arriéré, qui est le fil directeur de ce chapitre. Ce constat fait écho à celui de Gérard Seignan dans son article sur l'hygiène sociale au XIX^e siècle :

C'est que la machine corporelle n'est plus simple mécanique comme au XVIII^e siècle [...] Elle est machine productrice d'énergie, moteur créateur de rendement. Dès lors, la réflexion morale attachée aux réflexions corporelles n'est pas seulement affaire d'idéologie chrétienne correctrice des errements passionnels, elle est aussi affaire

⁴⁰ On peut rapporter les paroles du ministre de la guerre, le général Farre, en 1881, qui illustrent l'aspect belliciste qui est introduit dans l'école de l'époque, qui doit former le citoyen-soldat et le « dresser » dès le plus jeune âge : « le service de trois ans, tel qu'il existe dans un autre pays, doit, pour porter ses fruits, avoir été précédé pendant longtemps d'un dressage préliminaire spécial acquis à l'école. Il faut donc développer l'instruction, l'instruction à tous les degrés, et surtout l'instruction militaire civique. Apprenons aux enfants ce que c'est que le soldat : quels sont ses devoirs ; quelle charge lui impose sa mission ; et même quelle grandeur et quel honneur il y a dans les charges qui lui sont imposées. »

⁴¹ Archives APHP, Bicêtre, 646 FOSS 49 : Articles de presse sur les idiots (faits divers, visites à Bicêtre) 1886-87. Varia, Article d'Anatole France dans *La vie à Paris* : « Les enfants idiots et épileptiques à Bicêtre », s.d.

d'emprise que le sujet pourrait avoir sur lui-même et, de ce fait, affaire d'une plus grande attention à l'entretien de soi⁴².

Or comme on l'a vu en ce qui concerne l'apprentissage — et on le verra à plus forte raison au sujet de l'activité productive des arriérés à l'âge adulte — « l'optimisme économique d'un pays qui s'industrialise correspond au pessimisme des hygiénistes »⁴³. Ainsi, les paroles revigorantes des chansons accompagnant les exercices ont pour objet d'imposer la valeur positive du mouvement et de dénoncer l'oisiveté, dans le cadre d'une idéologie contrée sur le « contrôle de l'économie des forces corporelles ». Si l'on considère l'ensemble du corpus des chants entonnés dans le service des idiots de Bicêtre, le polissage et la moralisation sont déclinés sous divers aspects : les chants patriotiques s'ajoutent à ce titre à la simple exaltation du corps productif, mais qui reste le thème central⁴⁴.

Ces exercices témoignent donc de la reconnaissance d'un fort lien entre le physique et le moral, et les chants qui les accompagnent doivent servir de médium de propagation visant ici aussi à « rendre utile », tout en contenant en définitif la promesse de sortie et de réintégration sociale :

Si vous êtes dociles à nos conseils, votre santé se raffermira, vos crises et vos idées malades disparaîtront et le séjour dans l'hospice cessant de vous être nécessaire, munis d'un métier qui fera de vous des hommes utiles, nous nous empresserons de vous rendre à vos familles⁴⁵.

Le mouvement exalté dans ces chants a certes une finalité économique, mais aussi militaire, en particulier à cette époque, et dont témoigne aussi le vocabulaire employé par Anatole France décrivant le « peloton ». D'ailleurs, la méthode Pichery, élaborée en 1880 et dont s'inspire Bourneville pour le service des idiots, a pour titre éloquent la *Gymnastique de l'opposant*. Dernier parallélisme qu'on peut évoquer, un décret du 22 décembre 1904 nomme une commission interministérielle chargée d'établir les bases communes aux manuels de la guerre, de l'instruction publique et des sociétés de gymnastique.

En théorie, ces tentatives pleines de bonne volonté apparaissent novatrices et prometteuses. Les écrits produits par les médecins-chefs ayant fondé ces services sont élaborés dans un but de

⁴² Gérard SEIGNAN, « L'hygiène sociale au XIX^e siècle : une physiologie morale », *Revue d'histoire du XIX^e siècle*, n° 40, 2010, p. 113-130.

⁴³ G. SEIGNAN, *op. cit.*, p. 113.

⁴⁴ On retrouve aussi des chants à but mnémotechnique, à l'égard desquels Bourneville mentionne dans sa préface de mars 1890 du recueil de chants pour les enfants des écoles de l'hospice de Bicêtre qu'ils « contribueront à graver dans votre mémoire des notions qui vous sont enseignées chaque jour ». Bourneville, *Recueil, op. cit.*, p. V.

⁴⁵ *Ibid.*, p. II.

justification de l'institution. Pourtant, elles ne manquent pas de déchaîner les critiques de beaucoup d'observateurs et de ceux qui doivent prendre en charge les arriérés au quotidien pour les former.

Finalement, la mise au travail semble servir tout autant de préparation à la vie du dehors que de polissage dans une optique de gestion de l'asile. Par là, l'institution apparaît comme un microcosme dont les intérêts rejoignent ceux de l'Etat : il s'agit de former des sujets dociles et laborieux. Cette conjonction des intérêts institutionnels et nationaux n'empêche pourtant pas les critiques, ou les explique dans les limites que rencontre la démarche de mise au travail. Son efficacité est fortement mise en question dès le début du XX^e siècle, et ce en la confrontant toujours avec son coût.

2. *Contestation de ces actions éducatives*

a) « On ignore à quoi tout cela sert, quel est le bénéfice pratique et tangible que la société en retire »

Le XIX^e siècle est celui de la « nationalisation » de l'enseignement. Ce mouvement concerne en dernier lieu la population des arriérés dans la plupart des pays européens, mais sans manquer d'être contesté⁴⁶. L'alternative — classique dans l'histoire de l'éducation — qui se pose ici est de savoir si l'on choisit de privilégier l'effort éducatif plutôt que de donner la priorité aux aspects utilitaires ou répressifs. La question de la mise en place d'une instruction pour les arriérés même profonds se heurte en effet à la question récurrente de l'utilité de toute instruction pour des personnes ne se destinant pas à des professions « intellectuelles ».

Si l'on en croit Ivan Jablonka, qui a étudié la réception des tentatives d'éducation des enfants délinquants pris en charge dans des colonies pénitentiaires, une majorité d'auteurs

⁴⁶ L'époque révolutionnaire avait posé comme un droit inaliénable et imprescriptible d'instruire chaque membre de la société, comme l'avait annoncé la phrase de Danton selon lequel « les enfants appartiennent à la République avant d'appartenir aux parents ». Dans les cahiers de doléance, on réclame alors une éducation qui unirait toutes les disciplines et serait du ressort de l'Etat. Jean VIAL, *Histoire de l'éducation*, Paris, Presses universitaires de France, 2009, p. 55.

s'affirment contre l'instruction des enfants dits « anormaux » à la fin du XIX^e siècle,⁴⁷. La proximité de cette catégorie avec celle des faibles d'esprit laisse penser que leur instruction ainsi que celle des imbéciles et idiots a du recevoir un accueil au moins aussi défavorable. La position de Bourneville quant à l'éducation est en cela une position atypique⁴⁸. Ceux qui pensent que la lutte contre l'ignorance est le remède absolu contre la misère et l'indigence sont en réalité minoritaires. Tout au long du XIX^e siècle, beaucoup plaident en faveur de l'idée que ces enfants n'ont besoin que d'une « instruction proportionnée à l'état qu'ils exerceront plus tard »⁴⁹. La position d'Alfred Binet quant à l'éducation des niveaux les plus graves d'arriération est tout à fait de cette teneur. Celui-ci conçoit toute école comme le lieu du classement des élèves dans la société, ainsi l'utilité d'une classe pour arriérés doit être essentiellement pratique :

Toute classe, tout école d'anormaux doit être orientée vers l'utilisation sociale de ces enfants ; il ne s'agit pas de leur orner l'esprit, mais de leur donner les moyens de gagner leur pain par le travail [c'est ce qui] permet de juger l'utilité complète, définitive de l'enseignement spécial⁵⁰.

Pour étayer son propos, le psychologue donne à ce titre l'exemple d'une épileptique âgée de quinze ans, dont il observe une crise⁵¹ alors qu'il visite un jour un asile-école. Il narre l'état de la fillette se remettant : « Elle reprit sa première attitude, semblant écouter vaguement ; et sur sa face amaigrie, sur ses traits tirés, la leçon de grammaire continua à tomber ». Dans *Les enfants anormaux*, Binet et Simon posent ainsi la question rhétorique suivante : les instituteurs

ne feraient [-t-ils] pas mieux de laisser cet enfant tranquille que de lui apprendre laborieusement des règles de calcul et de grammaire qui seront certainement oubliées peu après, dans la ruine finale où va sombrer cette intelligence ? [...] Est-il donc bien utile de la fatiguer, la malheureuse, à comprendre une règle abstraite de grammaire?⁵².

Force est de constater que l'avis de Binet à propos de l'instruction des arriérés exprime une opinion majoritaire au début du XX^e siècle. Bourneville n'est d'ailleurs pas dupe sur le manque de conviction que suscite l'asile-école autour de lui, comme on a pu le voir à la fin du chapitre 1.

⁴⁷ Ivan JABLONKA, « L'éducation des jeunes détenus à Mettray et dans les colonies agricoles pénitentiaires françaises (1830-1900), in L. FORLIVESI, G.-F. POTTIER et S. CHASSAT, *Éduquer et punir: la colonie agricole et pénitentiaire de Mettray, 1839-1937*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2005.

⁴⁸ Popularisée aussi par le célèbre aphorisme hugolien : « Ouvrez des écoles, vous fermerez des prisons ».

⁴⁹ M. DE LA BAUME, *Des colonies pénitentiaires agricoles : Mettray, Les Matelles*, Montpellier, Gras, 1859, p. 9.

⁵⁰ Alfred BINET et Théodore SIMON, *Les enfants anormaux*, Paris, 1907, p. 171.

⁵¹ Cette forme de crise généralisée (dite tonico-clonique) est la plus impressionnante des crises d'épilepsie, aussi appelée « grand mal ». Lors de cet épisode, le patient s'évanouit soudainement et sur le plan physique, il passe par une phase de raidissement et contracture, puis de convulsions et enfin respire bruyamment tout en restant toujours inconscient. De telles crises peuvent avoir lieu une dizaine voire une centaine de fois par jours en l'absence de traitement, ce qui explique la suite de l'anecdote de Binet, qui évoque la succession des crises qui égrenent la journée de la fillette, qui entrecoupe ses tentatives de suivre la classe.

⁵² A. BINET et T. SIMON, *op. cit.*, p. 190.

En lien avec le fil directeur économique de ce chapitre, on peut d'ores et déjà noter que l'argumentation de Binet porte presque uniquement sur l'école envisagée comme entité purement économique, contrairement aux propos basés sur des principes philosophiques et pédagogiques invoquées plus haut. Pour juger de l'utilité de l'instruction des arriérés, Binet et Simon réclament des critères évaluables : il s'agit de comparer l'état d'instruction de l'enfant à l'entrée et à la sortie de l'école, ainsi que les frais de revient pour chaque élève en terme d'instruction, de frais médicaux, de salaires pour les instituteurs. Grâce à cette « organisation des renseignements », il faut selon eux mettre ces services et notamment les écoles des asiles « en regard de ce qu'ils coûtent » afin de voir « si les recettes sont suffisantes pour justifier les dépenses, ou si, au contraire, l'argent n'a pas été follement gaspillé, comme [ils ont] des raisons de le craindre »⁵³. Pour étayer leur argumentation, ils prennent notamment l'exemple de l'école pour filles de la Salpêtrière et relèvent que la majorité, au sortir de l'école, sont transférées dans le service d'aliénées adultes⁵⁴. Plaidant en passant pour l'application de leur test d'intelligence à des fins de tri, les deux auteurs critiquent vivement l'inutilité de l'instruction des cas les plus graves, contrairement à ce qui était tenté à Bicêtre ou la Salpêtrière à l'époque :

L'avis, c'est qu'on aurait pu savoir d'avance, dans la plupart des cas, les sujets pour lesquels l'éducation était une perte inutile d'effort [...]. En d'autre terme, les deux degrés les plus inférieurs d'arriération mentale ne laissent aucun espoir (INCURABILITE) que l'enfant soit rendu capable d'exercer une profession ; et même un degré moindre d'arriération, c'est-à-dire la débilité, est fermé également à tout avenir⁵⁵.

La part de l'argument de nature économique dans la défense de cette position est très importante. Pour Bicêtre, Binet et Simon critiquent avec encore plus de force et de manière très pragmatique tout ce qui relève de l'instruction :

Les publications [de Bourneville] ne tarissent pas de renseignements sur le nombre de leçons de danse, les promenades au jardin d'Acclimatation, et les dépenses de lessivage, etc ; mais on ignore à quoi tout cela sert, quel est le bénéfice pratique et tangible que la société en retire⁵⁶.

On constate ici une association nette entre la notion d'utilité publique de l'institution qui doit être manifestée par l'utilité des arriérés en termes de rendement mesurable, c'est-à-dire une mesure qui ne coûte pas trop cher à la société, laquelle devant avoir un intérêt à investir dans leur rééducation. L'utilité de l'institution est ainsi jaugée par de telles critiques en fonction de l'avantage

⁵³ *Ibid.*, p. 190.

⁵⁴ A savoir seulement 20 enfants améliorés sur 140 filles au départ, contre 60 « déchéantes » qui sont transférées vers un service d'aliénées ou de gâteuses, ce qui donne au final une proportion de seulement 12% des élèves instruits sur les bancs de cette école qui sont rendus à la vie active. *Ibid.*, p. 175-176.

⁵⁵ *Ibid.*, p. 176-177.

⁵⁶ *Ibid.*, p. 182.

économique brut que celle-ci peut offrir à la société, le « bénéfice pratique et tangible » dont parle Binet. Ceci illustre un glissement de l'utilité individuelle de chaque patient, c'est-à-dire son aptitude à rendre des services au sein de la structure, et d'autre part celle de l'institution dans son ensemble. Les critiques, mais aussi les défenseurs des œuvres mobilisent pourtant une stratégie commune : la mise en avant ambiguë du degré d'utilité de l'institution par la somme chiffrable de tous les rendements individuels, comme le prouvent les additions de Bourneville pour justifier par un agrégat la somme produite par les ateliers de Bicêtre. Le résultat attendu pour un service tel que celui de Bicêtre n'est en ce sens pas simplement d'améliorer des personnes, mais de les transformer en des membres productifs de la société, qu'elles doivent réintégrer à terme. Ainsi pour Binet, « la question de l'éducation des anormaux ne sera nullement résolue, tant qu'on n'aura pas résolu celle de l'utilisation de ces enfants dans la société » :

Qu'on ait amélioré des idiots, admettons-le dans peine ; mais combien cette amélioration perd de son importance si la plupart de ces idiots sont destinés à passer leur vie entière dans l'asile, où ils seront nourris dans une oisiveté absolue, et où par conséquent l'administration insouciant ne tirera aucun parti de ce qui leur a été appris au prix de si grands efforts !⁵⁷.

Ces propos témoignent d'un complet reversement par rapport à l'optimisme et le progressisme encore au centre des idées généreuses et optimistes de Bourneville. Comme l'a déjà souligné, l'action volontariste et universaliste d'instruction à tous n'est pas un objectif qui fait consensus sous la III^e République, mais est plutôt portée par quelques personnalités progressistes. L'intérêt de cette étude est donc aussi de mettre en relief non une institution de manière monographique, mais aussi sa portée plus large dans un contexte où les voix discordantes sont courantes, mais où les sources institutionnelles biaisent souvent le regard de l'historien.

Ainsi, de la fin du XIX^e s. aux années 1930, le regard porté sur les institutions existantes est marqué de manière grandissante par une approche pragmatique. Mais ce regard utilitariste des théoriciens et personnages publics se penchant sur le secteur de l'arriération et la question de cette utilité apparaît comme d'autant plus significatif qu'il se trouve confirmé à l'échelle individuelle des dossiers administratifs et scolaires des patients formés dans le cadre d'un apprentissage.

⁵⁷ A. BINET et T. SIMON, *op. cit.*, p. 184.

b) Un travail « mauvais comme qualité, faible comme quantité »⁵⁸ : inefficacité et plaintes des maîtres

Les sections « d'où'on voit des enfants entrés gâteaux en sortir ouvriers »⁵⁹ sont pourtant rares. Derrière les descriptions enthousiastes des sources institutionnelles mettant en avant la modernité des installations aussi bien que le volontarisme des soignants, la réalité des dossiers de patients offre une image plus nuancée de l'issue de l'éducation de beaucoup d'arriérés. Les sources issues de la pratique du placement des adolescents en *Familienpflege* à Berlin confirment en effet de manière assez frappante les limites des tentatives quotidiennes initiées pour « rendre utile » l'arriéré. Les documents utilisés ici sont de deux natures : d'une part, les rapports laissés par l'inspecteur qui visite deux fois par an aux mêmes dates les familles d'accueil afin de s'entretenir avec les tuteurs ; d'autre part, les correspondances issues de ces derniers, et qui s'expliquent le plus souvent par des problèmes existant dans la gestion de l'arriéré logé et travaillant au sein du foyer. Les rapports de Piper sont routiniers et ne sont qu'occasionnellement porteurs d'éléments négatifs. Les lettres des maîtres en revanche ont une origine conflictuelle qui doit être rappelée. Les maîtres et les autres personnes rémunérés par l'institution pour former et encadrer les jeunes gens adressent parfois de lourdes critiques à l'*Erziehungsinspektor* sur l'incapacité des pensionnaires de l'*IA* à effectuer le moindre travail. Toutefois, de telles lettres n'expriment en rien une situation habituelle. On essayera en cela de nuancer ces récits très véhéments en intégrant aussi les éloges — même rares — qui sont suscités par la mise au travail de certains patients placés, mais qui ne donnent pas en général lieu à un courrier, contrairement aux situations de crise⁶⁰.

Premièrement, les rapports réguliers produits par Hermann Piper — à raison de deux par an — représentent une entrée intéressante permettant d'entrevoir les limites de ce dispositif par rapport aux promesses décrites dans les discours vantant la méthode. Il apparaît tout d'abord que les *Pflegling* sont souvent difficiles à mettre au travail. Nombreux sont les maîtres et compagnons se plaignant de la faible activité des pensionnaires de l'asile placés chez eux. Ainsi, les tuteurs d'Emil B. confient les difficultés à prendre en charge le garçon qui serait « difficile à diriger » (*schwer zu leiten*), « souvent peu volontaire » (*haufig unwillig*) et « désobéissant » (*ungehorsam*). Toutefois Piper note que d'un point de vue physique, le garçon est « devenu une personne bien développée »

⁵⁸ COLIN, LAUTIER ET MAGNAC, « Les imbéciles à l'armée », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, n°7, 1916, p. 540.

⁵⁹ Archives de Paris, Sous-série D1 X3 14-54 : Procès-verbaux de la Commission de Surveillance des asiles publics d'aliénés du département de la Seine (1885-1934), Rapport de 1899, Fondation Vallée, p. 237.

⁶⁰ Voir notamment Meinolf NITSCH, *Private Wohltätigkeitsvereine im Kaiserreich: die praktische Umsetzung der bürgerlichen Sozialreform in Berlin*, Berlin, De Gruyter, 1999.

(*ein kräftigen Mensch geworden*). Arrivant chez le menuisier Tieck à Liebenwald où est pris en charge le garçon faible d'esprit, il rapporte :

J'ai trouvé Emil B. assis sur le canapé. Le gaillard a l'air en bonne santé [...] La tutrice s'est plainte à propos d'impertinences de la part d'Emil. Par exemple, il a pris en cachette les œufs d'une poule pondeuse appartenant à un autre habitant de la maison alors qu'elle était en train de couver, pour ensuite essayer de les vendre⁶¹.

Le dossier administratif contient de nombreuses traces des « plaintes amères » (*bittere Klage*) de l'épouse Tieck durant les années qui suivent, déclarant se donner beaucoup de peine pour arriver à l'occuper par des tâches très simples. Certaines familles d'accueil n'hésitent d'ailleurs pas à invectiver Piper voire la direction de l'asile pour exprimer leur mécontentement. Cela n'est pas surprenant dans la mesure où le contrat stipule qu'en cas de problème avec le *Pflegling*, le tuteur est tenu de rendre compte par écrit du comportement problématique du patient de l'asile. Cette disposition permet d'avoir un regard alternatif sur le placement et la mise au travail des déficients mentaux. Malgré un cadre conçu pour fournir un « sas » entre l'asile et la société civile, les exigences restent souvent bien trop élevées à l'égard des apprentis, dont le travail n'apporte de ce fait que peu de satisfaction.

Ensuite, on peut noter que ce ne sont pas simplement les exigences des maîtres qui sont trop élevées, mais que ce sont parfois des contraintes inhérentes à la production qui expliquent les échecs. Le cas de Wilhelm K. est à cet égard éloquent. Né en 1881, il intègre l'*Idiotenanstalt* en 1890 jusqu'en 1898 au motif qu'il « progressait mal à l'école ». Repris par ses parents en soin (*in Pflege*), sa mère raconte au médecin au moment où il est réadmis à l'asile en 1899 que « dans les premiers temps, il travaillait bien à la fabrique de boutons, puis plus tard il s'est mis à casser le matériel ». Il « ne [peut] plus être surveillé » du fait qu'il « casse beaucoup de choses, met tout sans-dessus-dessous »⁶². Comme souvent, la capacité productive n'est d'ailleurs pas la seule à poser problème. L'indiscipline est dans ce cas corrélée à un comportement problématique sur le plan des bonnes mœurs, puisque sa mère mentionne qu'il « fréquentait de très jeunes filles ». Comme beaucoup

⁶¹ „Emil B. schwachsinnig in Pflege bei dem Tischler E. zu Liebenwald fand ich auf dem Sofa sitzend. Der Bursche sieht körperlich recht gut aus [...]. Die Pflegerin klagte über Ungezogenheiten des Emil so habe er z.b. (sic) der brütenden Henne einer Hausbewohnern heimlich die Eier fortgenommen und diese zu Verkaufen gesucht“. Landesarchiv Berlin, A Rep. A Rep. 003-04-04, Dossier administratif n°5649, Emil B., Rapport de H. Piper, 30 mai 1895.

⁶² „In der Schule schlecht vorwärts gekommen. Kam 1890 in die Idiotenanstalt, blieb 98 hin, wurde von den Eltern in Pflege genommen. In der erste Zeit arbeitete er gut in der Knopffabrik, später zerbrach er das Material. Hat sich mit kleinen Mädchen abgegeben ; könnte nicht bauaufsichtigt werden. Zerstört viel, wirft alles um“. Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n°5962, Wilhelm K., Antécédents d'après la mère.

d'autres, l'adolescent arriéré échoue ainsi à devenir l'exécutant pouvant cadrer avec le système productif et les normes morales qui l'entourent.

Du côté français, si l'on ne bénéficie pas d'une source primaire semblable aux correspondances et rapports berlinois, les descriptions faites par des patrons chez qui sont placés les cas légers d'arriération publiés dans les sources imprimées fournissent néanmoins un contrepoint appréciable. Pour Bicêtre ou la Salpêtrière, Binet et Simon relèvent des réticences similaires à celles exprimées par les maîtres sous contrat avec l'asile de Dalldorf. En effet, les démarches effectuées par les asiles auprès de patrons pour demander une prise en charge n'auraient « pas toujours eu le succès mérité, car les patrons, menacés par la nouvelle loi sur les accidents du travail, hésitent à embaucher des ouvriers qui, pouvant avoir des crises d'épilepsie ou par inhabileté motrice, leur font assumer une responsabilité des plus lourdes »⁶³. La crainte d'être confronté à des individus dont la pathologie amoindri la productivité ou pose des complications est un frein évident au placement, et par suite à la réintroduction des patients à la société civile. Les propos des Dr Colin, Lautier et Magnan en 1916 expriment de façon frappante le fait que « dans la vie civile, l'imbécile ne peut pratiquer que des métiers manuels, et seulement ceux qui offrent le moins de difficultés, où aucun effort d'intelligence, aucune initiative ne sont requis »⁶⁴. D'après ces psychiatres français, le travail fourni par les arriérés serait « mauvais comme qualité, faible comme quantité ». Il est notable que le terme d'automate soit volontiers utilisé dans plusieurs écrits contemporains, évoquant un « homme-machine » à la productivité évidente et mécanique, idéal auquel résiste l'arriéré en tout point⁶⁵. Le parcours d'un ancien malade soigné dans le service de Bicêtre représente en cela l'antithèse de l'automate idéal :

Ancien méningitique, d'abord commis de librairie, a été renvoyé pour négligence, inexactitudes, malpropreté. Plus tard, ajusteur dans une fabrique de machines agricoles, il la quitte en raison de sa maladresse, cause d'une mutilation de l'index gauche. Il entre dans une fabrique qu'il abandonne parce qu'il a été berné par ses camarades, dont il était devenu le souffre-douleur. Domestique, il est renvoyé à cause de ses négligences ; minotier puis ajusteur mécanicien, il est éliminé de partout comme incapable⁶⁶.

⁶³ A. BINET et T. SIMON, *op. cit.*, p. 182.

⁶⁴ COLIN, LAUTIER ET MAGNAC, « Les imbéciles à l'armée », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1916, p. 541.

⁶⁵ *Ibid.*, p. 542.

⁶⁶ Jules SIMONIN, « Les débiles mentaux dans l'armée. Débiles simples et délinquants », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, n°17, vol. 4, 1912, p. 423. Après un tel parcours chaotique, l'armée semble l'ultime recours. Et en effet le jeune homme tente de s'engager, mais les médecins lui refusent alors un certificat d'aptitude. Il est finalement versé comme meunier dans une section de commis. Mais dans son service, le même sort pathétique l'attend dans l'armée que ce qu'il a déjà subi dans la société civile : « crédule et naïf, il se laisse persuader par ses camarades de faire une demande au médecin pour entrer dans la garde républicaine »...On peut par ailleurs noter dans cette description

L'accumulation des préfixes privatifs accentue le tragique déterminisme de ce parcours dont l'échec sur le plan laborieux est doublé par la douleur morale ressentie du fait de la stigmatisation qui résulte de l'incapacité à s'insérer dans un milieu professionnel stable. Cette position de repoussoir du point de vue du rôle productif qu'on retrouve dans les descriptions individuelles permet ainsi de saisir les difficultés des arriérés — même légers — à réintégrer la société civile. Alors qu'un des enjeux de l'éducation des arriérés était de « régler la tête pour mieux régler le corps [...] pour que l'ouvrier devienne lui-même une machine, ou son esclave », les sources de la pratique montrent les limites devant lesquelles se trouvent ces tentatives de faire des arriérés ce que Jean-Claude Beaune nomme des « bons automates »⁶⁷. L'étude des trajectoires suivies et des freins subis en pratique par les arriérés dans leurs tentatives permet ainsi de comprendre les causes de leur difficile réinsertion sociale, et par là même les mauvais chiffres de réussite brandis de manière critique.

Il faut en effet noter dans un dernier temps que l'issue des tentatives d'apprentissage et d'emplois divers est bien souvent le retour à l'asile dont les actions éducatives proposées ne réduisent qu'à la marge la force de rappel vers les structures institutionnelles. De fait, le désengagement des maîtres apparaît de manière nette dans les courriers à l'asile de Dalldorf, débouchant sur le renvoi des arriérés à l'asile.

Il s'avère que les occurrences d'arriérés renvoyés de l'asile en étant considérés comme guéris sont rares et ce dans tous les établissements français comme allemands. Elles existent néanmoins. La formation de Fritz B. se termine sur son renvoi hors de l'asile (*aus der Pflege entlassen*), puisqu'à l'âge de vingt ans, il est considéré comme « guéri ». Après cinq ans passés en famille d'accueil pour suivre un apprentissage de menuiserie, l'inspecteur Schramm estime que le jeune homme s'est comporté de manière satisfaisante et n'a plus besoin désormais d'une surveillance continue⁶⁸. Cas exceptionnel, un ancien élève de Dalldorf devient même « maître vannier » (*Korbmachermeister*), prenant à son tour en apprentissage des patients de l'asile. Piper raconte à son sujet avoir fait une visite d'inspection à Wilhelm B., qu'il a trouvé dans l'atelier avec son maître Franz Geister, ancien pensionnaire de l'*Idiotenanstalt* devenu compagnon. Ce dernier lui apprend à tresser des paniers, et

l'omniprésence d'un vocabulaire déceptif tel que le décrit H-J. Stiker à propos de l'emploi de termes tels que in-firme, invalide, im-potent, in-capable pour qualifier handicapés physiques et mentaux jusqu'à la Première Guerre mondiale.

⁶⁷ Jean-Claude BEAUNE, *Le vagabond et la machine : essai sur l'automatisme ambulatoire, médecine, technique et société en France : 1880-1910*, Seyssel, Champ Vallon, 1983, p. 315.

⁶⁸ Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, n°5830, Dossier administratif de Fritz B., Rapport d'inspection de l'*Erziehungsinspektor* Schramm, 4 février 1927.

si son apprenti fait encore des petites fautes, il semble que « son travail montre des progrès réjouissants »⁶⁹.

Pourtant, de tels cas restent des exceptions. Au bout de périodes plus ou moins longues, il apparaît que beaucoup de tuteurs berlinois finissent par se désengager de leur contrat et renvoyer les arriérés en tutelle vers l'asile. Georg C. est pris en charge pour un apprentissage à la fin des années 1880. Dès le départ, F. Tanpak se plaint du comportement du jeune homme. Il serait « bon à rien » (*nichts zu brauchen*), à tel point que son maître dénonce les clauses imposées par le contrat avec l'asile qui l'empêchent de le battre ou lui infliger des mesures disciplinaires. Le contrat signé par la famille d'accueil stipule en effet que « le comportement du tuteur envers le *Pflegling* doit être constamment calme et amical »⁷⁰. Les obligations de ce tuteur envers l'asile et le garçon prennent fin au moment la fugue d'Emil qui pousse son responsable à se défaire de lui. Ce dernier livre à cette occasion tout le mécontentement que lui a causé le garçon, non seulement en raison de son inefficacité, mais pour des raisons ayant trait à la moralité, notamment le fait que l'adolescent « attaque des filles sur la voie publique ». D'ailleurs, il apparaît de manière remarquable que le comportement de Georg ne se trouve pas sous la seule surveillance de la famille d'accueil. Le regard de toute la communauté est en jeu dans les préoccupations exprimées par le tuteur :

Même le policier local m'a rendu attentif au fait qu'il est si sale qu'il a tout sali dans les toilettes [...] Il a été envoyé lundi chez le boucher, où il a oublié le panier. Je pense qu'il est retourné à l'asile. S'il est là-bas, je vous demande s'il vous plaît de le garder là-bas. Il ne sert à rien. Je ne peux même pas vous raconter tout ce qu'il a commis ici⁷¹.

On peut prendre ici la mesure de l'importance de la pression sociale dans la construction d'une image néfaste de l'arriéré comme improductif. L'approche utilitariste mise en relief dans ce chapitre doit ainsi être complétée par le prisme moral qui n'est jamais loin des reproches en termes de rendement. Comme le note Jean-Claude Beaune à propos de la figure du vagabond, être efficace dans son travail ne suffit pas pour le marginal, il s'agit d'être également irréprochable sur le plan comportemental :

Dans le redoublement de l'automatisme proprement technique (machines-outils, chaînes de montage) par un automatisme social et finalement humain (l'inscription du règlement dans la

⁶⁹ Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, n°5664, Dossier administratif de Wilhelm B., Rapport de l'*Erziehungsinspektor* Piper, 13 janvier 1891.

⁷⁰ „Das Verhalten des Pflegehalters gegenüber dem Pflegling soll stets gleichbleibend ruhig und freundlich sein“.

⁷¹ „Selbst der hiesige Polizist hat mich darauf aufmerksam gemacht, auch ist derselbe so unreinlich, dass er die Latrine und alles verunreinigt hat [...] Er wurde Montag Abend zum Fleischer geschickt, wo er den Korb stehen liehst. Ich vermuthete (sic) dass er zum Anstalt zurückkehrt. Sollte er dort sein, so bitte denselben dort zu behalten, denn ich kann mit ihm nichts anstellen. Er ist zu nichts würdig. Es ist mir gar nicht möglich Ihnen alles mitzutheilen (sic), was er alles begangen hat“. Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n°5812, Georg C., Lettre de F. Tanpak à H. Piper, Strausberg, 29 novembre 1887.

conscience) se manifeste la volonté d'une prise en charge totale de l'homme, non seulement sur le plan pratique, selon son espace et son temps de vie [...], mais sur le plan d'une morale qui doit tout assumer de sa condition et lui constitue une essence objective, matérielle et spirituelle. L'homme doit être devenu machine d'abord dans ses comportements sociaux. C'est à ce prix qu'il sera productif, que son rapport à la machine « proprement dite » pourra être considéré comme efficace, productif⁷².

Or les reproches informels se retrouvent renforcés par le fait qu'un petit nombre de patients placés en famille d'accueil commet en effet des délits. Un imprimeur basé à Fürstenberg qui avait accueilli deux arriérés, Schade et Berg, en tant qu'apprentis dans son atelier écrit ainsi à l'*Erziehungsinspektor* en exprimant tout sa rage à l'encontre de la tromperie dont il a fait l'objet et qu'il a découverte au moment de leur fugue :

Après tout Schade semble influencé par Berg. J'ai chargé les sus-nommés de ranger quelque chose dans la cave, et ils ont eu l'occasion de dérober plusieurs bouteilles de vin hors de la cave de notre locataire de long terme. Ils ont mené le cambriolage de manière si compliquée que c'est à peine croyable, fabriquant des fausses clés et ainsi de suite. Plus tard nous avons retrouvé entre autres des instruments pour crocheter les portes dans leur chambre ainsi que plusieurs clés, qu'ils avaient fabriqué eux-mêmes⁷³.

Le texte rédigé par le tuteur des ces deux jeunes hommes témoigne cette fois-ci d'une aptitude proprement active, mais génératrice de nuisance et non de bénéfice pour l'imprimeur. Leur action délictueuse n'est profitable ni pour l'institution, ni pour le tuteur, d'autant que le larcin ne s'arrête pas là, puisque les deux complices parcourent ensuite le village en achetant des denrées dont de dispendieux cigares au nom du maître en prétendant que les biens achetés le sont en vue d'un mariage dans la famille d'accueil. Les aventures des deux jeunes hommes se poursuivent ainsi pendant plusieurs jours, durant lesquels ils continuent à acheter des provisions et des vêtements. Ils arrivent à récupérer le larcin accumulé et s'échapper en douce alors que la famille est tranquillement assise à table, et ce grâce aux fausses clés fabriquées plus tôt. L'aspect scandaleux pour l'auteur de la lettre réside justement dans cette productivité essentiellement négative, mettant leurs aptitudes au service de faits uniquement délictueux. A ce titre, l'imprimeur ne cache pas sa fureur et parle de manières « sans complexes » et surtout « astucieuses » (*schlaue*). Décrivant le désordre régnant dans leur chambre à la découverte du forfait, il exprime sa déception à l'égard de Berg « en qui [il] avait le plus confiance » qu'il qualifie de « pire des menteurs » et de « galopin » (*grösste Lügner und Spitzbube*). L'affront est

⁷² J-C. BEAUNE, *op. cit.*, p. 312-313.

⁷³ „Zur näheren Orientierung über die ausgerückten Zöglinge Schade und Berg, erlaube ich mich folgendes mitzuteilen. Nach allem scheint Schade durch Berg verführt zu sein. Die Genannten waren von mir beauftragt, den Keller etwas aufzuräumen, und haben bei der Gelegenheit mehrere Flaschen Wein aus dem Keller unserer langjährigen Einwohnerin entwendet, den Einbruch so kompliziert ausgeführt, wie es kaum auszudenken ist, Nachschlüssel u.s.w. Ferner fanden wir in ihrem Zimmer mehrere Dietriche, Schlüssel, selbst ausgearbeitet u.v.A ». Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier administratif n°5659, Paul B., Lettre de Mme G. Werkmeister, Fürstenberg, 28 mars 1906.

d'autant plus fort qu'il a lieu au sein d'un foyer d'accueil : « Ils étaient bien installés chez nous et nous leur faisons confiance ». La déception est amère pour la famille qui mentionne à plusieurs reprises son attachement pour les deux apprentis. On ne sait si les *Werkmeister* reprennent ensuite des apprentis. Contrairement à d'autres pathologies mentales, la question de la simulation ne se pose que très rarement dans le domaine particulier de l'arriération⁷⁴. Pourtant, l'histoire narrée par l'imprimeur illustre surtout les limites de la définition du secteur de l'arriération. Dans toutes les institutions sont intégrés des enfants ne souffrant pas du tout de retard mental, comme l'exprime l'ironie de la remarque du maître qui qualifie les deux jeunes galopins de « malins » (*schlaue*). La question de savoir comment les deux adolescents se sont retrouvés en *Familienpflege* à Dalldorf alors que leur état indique qu'ils ne présentaient pas de souci de retard mental est ici centrale. L'aspect disciplinaire dont témoigne la classification des pathologies regroupées sous le terme d'arriération — dont témoigne l'émergence à la fin du XIX^e siècle de la figure de l'imbécile moral vu au chapitre 3 — permet de poser ici l'hypothèse d'un spectre de recrutement toujours plus large au sein des institutions psychiatriques, et ce au moins en partie intentionnellement. La pathologisation de toute déviance morale chez l'enfant et l'adolescent a cela d'avantageux pour l'institution qu'elle permet de recruter au moins une partie de jeunes gens potentiellement capable d'une activité productive. Or les conséquences pratiques sont fortement négatives puisque le comportement problématique de jeunes adultes qui ne sont vraisemblablement pas atteints de retard mental mais institutionnellement et socialement identifiés comme tels ne peut qu'accentuer l'association déjà existante entre arriération et délinquance et dangerosité. Ce constat fait à partir de sources primaires berlinoises, peut être élargit à la France, comme on l'a déjà montré à la fin du chapitre 3.

En définitive, ces exemples montrent les écueils sur lesquels butent les institutions dans la tentative de réintégrer des arriérés à la société, que ce soit par le biais de la *Familienpflege* en Allemagne, ou des tentatives d'intégration directes au monde du travail en France. S'ajoutant aux doutes quant à l'efficacité de leur éducation, ces éléments permettent d'illustrer le pessimisme dans lequel s'enlisent au début du XX^e siècle les tentatives d'intégration sociale de cette population.

⁷⁴ Dans l'armée par exemple, la question est centrale. Voir Hervé GUILLEMAIN et Stéphane TISON, *Du front à l'asile, 1914-1918*, Paris, Alma Editions, 2013.

c) De l'improductivité à l'incurabilité de l'arriéré: une menace pour les intérêts professionnels des aliénistes directeurs d'institution

Tout d'abord, on constate que la difficulté à s'employer agit comme une force de rappel des jeunes arriérés vers le domicile des parents, ou si ce n'est pas possible un maintien problématique au sein de l'institution. L'aptitude au travail constitue un thème central dans les descriptions cliniques comme dans les récits des maîtres, dont les écrits abordent les problèmes créés par les malades sont potentialités restreintes voire contre-productives. Or c'est précisément pour venir en aide à des jeunes gens qui n'arrivent pas à se faire employer en dehors de l'asile que l'école et apprentissages « spéciaux » ont été créés. Echouant à resocialiser cette population particulièrement vulnérable car peu employable, les services créés révèlent leurs limites thérapeutiques après une ou deux décennies d'existence. Ces limites apparaissent particulièrement au moment de l'échec de l'apprentissage, obligeant l'asile à restituer les patients à leur famille sans qu'ils soient guéris voire améliorés et puissent mener une existence autonome. Pour la France, Isabelle von Buelzingsloewen montre qu'un facteur majeur de la croissance du nombre des internés est non pas du à une augmentation des internements, mais à un allongement de la durée de séjour. En effet,

Il n'existe pas d'alternative à l'internement, ce qui explique que l'on « conserve » à l'asile des malades susceptibles de vivre à l'extérieur [principalement car] la plupart de ces malades n'ont pas de famille ou leur famille n'est pas disposée à les prendre en charge en particulier lorsqu'ils sont incapables de travailler car elles ne touchent aucune allocation pour assurer leur entretien⁷⁵.

A Berlin par contre, la possibilité de rétribution financière existe pour les soins à domicile. Pourtant on a vu que dans la majorité des cas, quand l'apprentissage échoue et que l'individu est trop peu atteint et trop âgé pour rester dans l'enceinte de l'asile, il quitte malgré tout sa famille d'accueil qui préfère s'en défaire que subir les déconvenues de sa présence. Il est alors parfois renvoyé chez lui si la famille est en mesure de le prendre en charge. Or cette situation crée souvent des tensions nettes au sein du foyer. Quelques patients adultes témoignent au moment de leur retour à l'asile laissent des relations tendues qui existaient au sein du foyer au moment de leur retour. L'apprentissage ou les soins échouant, les parents doivent parfois reprendre à domicile leurs enfants alors en âge de travailler. Ewald S. rapporte que, de retour chez sa mère au bout de deux mois d'apprentissage raté,

⁷⁵ Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, « Réalité et perspectives de la médicalisation de la folie dans la France de l'entre-deux-guerres », *Genèses*, vol. 82, 2011, p. 60-61

il « ne pouvait pas aider sa mère à la maison » et qu'elle lui « demandait souvent de se taire » (*habe ihm oft ausgeschalten*)⁷⁶.

La situation d'inactivité de l'arriéré se révèle parfois particulièrement irritante pour les familles. Lorsqu'elle se prolonge à l'âge adulte, elle est souvent mal acceptée par l'entourage. La lettre adressée à Wilhelm A., faible d'esprit (*Schwachsinnig*) par son frère le prouve d'une manière frappante. Le jeune homme, dont l'internement a été motivé par des problèmes avec la justice, se voit vivement reprocher sa situation de dépendance qui est décrite comme une convenance et une charge pour ses parents:

Tu sais quel salaire ont nos parents et toi ! Si tu restes parmi nous, tu nous entraînes tous à six pieds sous terre ! Tu demandes des cigarettes dans ta lettres, n'as-tu pas honte ? Tu as tout eu. Tu n'as pas mérité tout le bien qu'ils te veulent [...] Tu as reçu 9-10 Mark. Ce n'était pas assez. Alors tu as encore pompé 3 Mark et Papa a de nouveau dû payer. Tu es une personne qui revient toujours quémander comme les chiens, et qui ne sait pas chérir le bien.

Les tensions familiales trouvent ici leur fondement dans la dépendance financière du malade à l'âge adulte. Son frère l'invective pour cette raison : « il est encore temps. Pense à toi. Tu es une personne jeune et forte, veux-tu te laisser nourrir toute ta vie comme un oiseau dans son arbre ? »⁷⁷. A la fin des années 1880, l'affaire du couple Eon, déjà évoquée dans le chapitre 2, illustre d'une autre manière le rapport économique qui peut exister à l'échelle du foyer vis-à-vis de l'inactivité de l'un des membres et de l'idée de charge qu'il peut représenter. Dans cette affaire où une jeune arriérée est victime d'« homicide par imprudence » de la part de son père et sa belle-mère, le dénuement dans lequel est laissé Marie-Joséphine repose en partie sur l'idée d'une moindre valeur de la vie de la jeune fille en raison de son improductivité. L'article de presse narrant son calvaire rapporte en effet :

La victime de ce couple ignoble était une pauvre idiote, douce, inoffensive, aimée de tous. Forte, robuste, joufflue même au dire des témoins, elle ne demandait qu'à vivre ; mais son infirmité l'empêchait de se livrer à aucun travail ; c'était une bouche inutile et nos paysans, pratiques, égoïstes, estiment que celui qui ne rapporte pas ne doit pas coûter non plus⁷⁸.

⁷⁶ Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n°5947, Extrait des antécédents (*Krankheitsgeschichte*) d'Ewald S., janvier 1921

⁷⁷ „Du schreibst Vater Mutter sollen dir dieses noch einmal verzeihen, was schon von hundertmal vorgekommen ist. Du weißt, was unsere Eltern für einen Lohn haben! Und du ! Wenn du so bei bleibst, bringst du beide unter die Erde. Du fragst nach Zigaretten, schämst du dich nicht ! Du hast alles gehabt. Du hast das Gute nicht verdient [...] Du hast 9-10 Mark Geld erhalten. Dies war nicht genug. Da hast du noch 3 Mark gepumpt und Vater hatte wieder bezahlen müssen. Du bist ein Mensch, der wie die Hunde vorkommt, und auch nicht das Gute zu schätzen weiss. Es ist jetzt noch Zeit. Denk nach. Du bist ein junger kräftiger Mensch, willst du dich dein Lebelang (sic) füttern lassen wie der Vogel im Baum ?“. Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n°5604, Wilhelm A., Lettre de son frère Fritz, 4 octobre 1903.

⁷⁸ Cet exemple permet de nuancer la périodisation adoptée ici : nul n'est besoin d'attendre le taylorisme ou l'après Première Guerre mondiale pour rencontrer le lien établi entre travail et valeur intrinsèque de chaque être humain. Le

Le destin tragique de cette jeune femme, victime de maltraitances chroniques dans le cadre familial, est marquant car il s'avère que c'est au moment du retour au domicile de la jeune fille après un court emploi que les épisodes de séquestration commencent :

Il y a 4 ans, alors que sa famille habitait Saint léger, elle fut placée pour garder les bestiaux chez le sieur Duval, maire de cette commune et y restait jusqu'à la fin du mois de juin dernier. A cette époque, sa faiblesse d'esprit s'étant aggravée, elle fut remise à ses parents.

Jouissant par ailleurs d'une bonne santé, mais incapable d'aider ses parents au domicile pour des tâches quelconques, ceux-ci tentent alors de l'interner en vain, s'adressant à un asile sans succès. « C'est alors qu'ils la renfermèrent dans un bâtiment inhabité attenant à leur demeure. Marie-Joséphine Eon y était maintenue seule, à l'écart de sa famille »⁷⁹. Il ne s'agit évidemment pas de justifier les sévices de la famille ici, mais de comprendre en quoi le manque clair de structures prévues pour de jeunes arriérés comme Marie-Joséphine représente un enjeu familial et social fort. Le manque d'institution conditionne ainsi d'autant plus l'appréciation d'un échec des tentatives de prise en charge de l'arriération en général.

De plus, l'échec des tentatives et l'impossibilité de beaucoup de parents de reprendre des arriérés dans le foyer familial une fois adultes érige l'asile en dernier refuge pour cette population. A propos d'Ewald S. dont on parlait précédemment, le faible intérêt des parents à maintenir leur fils « incapable d'aider » à domicile entraîne son placement dans le pavillon 9 de Dalldorf en janvier 1921. Son inaptitude au travail ne signifie pourtant pas qu'il n'a pas la volonté de réclamer de l'occupation : tout au long des semaines suivantes, il dit vouloir travailler à la *Gartenkolonne*, et « pleure beaucoup parce qu'il voudrait plus que tout faire du jardinage »⁸⁰. Nécessitant une prise en charge adaptée à son agitation, il ne pourra pourtant accomplir de telles tâches qu'au sein du milieu protégé et adapté que constitue l'asile⁸¹. Car cet objectif de faire travailler les arriérés ne met d'ailleurs pas en jeu la simple rentabilité économique de l'individu par la formation à un métier. Au début du XX^e siècle, l'adaptabilité apparaît comme un critère essentiel en lien avec l'éducabilité, qui explique l'inaptitude de beaucoup à trouver leur place à la fois au cercle familial et à la sphère

propos est simplement ici de montrer que ce raisonnement représente une part majoritaire. Archives APHP, Articles de presse 646 FOSS 24, « Malveillance : un enfant martyr - la séquestrée de Combourg », *La Lanterne*, 28 février 1888.

⁷⁹ Archives APHP, Articles de presse 646 FOSS 24, « Malveillance : un enfant martyr - la séquestrée de Combourg », *La Lanterne*, 28 février 1888.

⁸⁰ Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n°5947, Extrait des antécédents (*Krankheitsgeschichte*) d'Ewald S., janvier 1921.

⁸¹ Comme le note Gladstone, on passe d'un problème familial à un problème social par une « reconceptualisation de la déficience mentale comme un problème social davantage que familial ». GLADSTONE in D. WRIGHT et A. DIGBY (dir.), *From Idiocy to Mental Deficiency : Historical Perspectives on People With Learning Disabilities*, Londres, Routledge, 1996, p. 155.

sociale. En 1914, la thèse de Georges Heuyer sur ceux qu'il qualifie d' « enfants anormaux » fait une place centrale à la capacité à « s'adapter spontanément au milieu social », qui motive la pathologisation de ces individus en tant qu' « anormaux », et non plus seulement retardés. L'adaptation sociale est à son sens le corolaire de l'incurabilité car un signe de l'impossibilité du sujet à tirer profit de son éducation :

Les progrès pédagogiques seuls ne peuvent servir à la classification des anormaux : la notion de l'éducabilité est parcellaire si elle ne se confond pas avec l'adaptation sociale. Le but de toute éducation est d'adapter l'enfant au milieu social dans lequel il doit vivre et il est impossible, dans la notion d'adaptation, de séparer l'un de l'autre les deux éléments qui la constituent⁸².

Ainsi, de lieux conçus comme des seuils vers l'extérieur comme l'était l'*Erziehungsanstalt*, les écoles de Bicêtre ou plus tard l'IMP à Cernay, on passe ainsi à la relégation majoritaire des pensionnaires dans les services des adultes, autant dire des incurables. Semblable partout, cette mécanique est lourde de conséquence sur la légitimité accordée aux institutions pour arriérés. Le manque d'institutions de transition en vue d'un retour à domicile — qu'on nommerait aujourd'hui des « soins de suite » — est ainsi un autre écueil majeur qui renforce le sentiment diffus d'un échec des tentatives de prise en charge des arriérés.

Dans un second temps, il est manifeste que ce sentiment d'échec global est renforcé par une congestion à l'échelle de chaque institution. Le faible taux de sorties ne fait qu'aggraver mécaniquement l'efficacité de la prise en charge des patients arriérés. Les trajectoires individuelles amènent ainsi à changer d'échelle et à s'interroger sur les conséquences au niveau de l'institution cette fois. Après une première période d'optimisme pédagogique, le début du XX^e siècle est caractérisé dans beaucoup d'institutions par une vision plus sombre de l'éducation spéciale due à la fois au faible taux des sorties et à une demande qui reste constante voire croissante. Or comme le note Hervé Guillemain, « la chronicité du patient se construit en premier lieu par la durée » c'est-à-dire « par l'enracinement dans l'institution »⁸³. Cette chronicité renforce l'argument d'incurabilité, en un retour à la vision esquirolienne de l'arriération comme « état » plus que maladie.

Cette vision pessimiste est appuyée de surcroît par des arguments économiques au sujet du rendement trop faible des sections pour arriérés. Membres du corps médical, psychologues ou

⁸² G. HEUYER, *op. cit.*, p. 32.

⁸³ Hervé GUILLEMAIN, « La fonction du 'bon patient' dans l'institution psychiatrique (1910-1970) », in L. GUIGNARD, H. GUILLEMAIN et S. TISON, *Expériences de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIX^e-XX^e siècles)*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2013, p. 241.

politiques s'élèvent pour mettre en doute la légitimité de l'existence même de telles structures au début du XX^e siècle. C'est sur cette base que se crée un glissement du manque de productivité à la chronicité et, au final, à l'improductivité. Cette idée apparaît dans l'image qui est renvoyée des services dès le début du XX^e siècle. Afin de mettre en avant le caractère grabataire de beaucoup de patients de la Salpêtrière ou Bicêtre en tant que preuve de l'inefficacité de toute tentative de formation, Binet et Simon restituent les exclamations d'un fonctionnaire à qui on aurait demandé de se joindre à une commission ministérielle visitant un asile-école :

M.X... haussa les épaules, et répondit énergiquement : 'Non ! Non ! Non ! J'en ai assez de ces visites d'apparat ! Je n'irai ni à la Salpêtrière, ni à Bicêtre. Qu'est-ce que j'y verrai ? Un idiot qui laisse couler sa salive de sa bouche ouverte ; un autre qui a des attaques épileptoïdes ; un troisième qui ne peut seulement pas dire b a ba. [...] Combien y a-t-il de sujets anormaux qui, après avoir été traités à la Salpêtrière ou à Bicêtre, sont rendus capables de gagner leur vie en exerçant une profession ?⁸⁴.

Pour appuyer leurs critiques, Binet et Simon tentent dans plusieurs de leurs écrits de calculer le rendement d'une école d'un point de vue scolaire, mais surtout d'un point de vue social puisque « toute classe, tout école d'anormaux doit être orientée vers l'utilisation sociale de ces enfants ». Autour d'une problématique centrée sur les questions de savoir « quel est le nombre de ceux qui arrivent à se suffire » et « que deviennent les déchets ? », ils répondent dans leur chapitre sur « Le rendement social » que selon leurs chiffres, la plupart des arriérés finissent en fait par être des « déclassés ». Reprenant le bilan de vingt-quatre ans de fonctionnement de l'école de Bicêtre adressé par Bourneville au Ministère de l'Intérieur, Binet et Simon pointent que seuls quarante-deux élèves ont été « rendus capables d'exercer une profession », ce qui selon eux donnent un pourcentage de seulement 2% d'enfants qui chaque année retourneraient à la société en pouvant mettre en valeur un savoir-faire appris à l'asile-école⁸⁵.

Ceux qui ne peuvent être « rendus à la société » restent donc à l'asile, passant dans le service des adultes à Bicêtre ou à Berlin de l'*Idiotenanstalt* à l'intérieur de l'asile dans le service des grabataires. Mécaniquement, cet allongement de la durée de séjour implique un vieillissement de la population concernée bien au-delà des bornes de ce qui était prévu au départ. En effet, l'augmentation de l'âge des arriérés pris en charge est un critère révélateur du faible nombre des sorties. Il est intéressant de rappeler que pour l'Angleterre également, Gladstone met en évidence l'augmentation de la durée de séjour dans les asiles pour arriérés à la fin du XIX^e siècle. Il remarque

⁸⁴ Placés en ouverture de leur chapitre sur « le rendement scolaire et social des écoles et classes d'anormaux », ces propos pamphlétaires sont qualifiés par les auteurs de « déclaration virulente et si pleine de bon sens ». Il s'agit d'un chapitre étonnamment peu cité de cet ouvrage pourtant très souvent référencé. A. BINET et T. SIMON, *op. cit.*, p. 170.

⁸⁵ *Ibid.*, p. 186.

notamment que la limite d'âge fixée au départ, qui est partout du même ordre dans la plupart des institutions ayant été étudiées — 8-18 ans à Bicêtre et à Dalldorf comme dans les asiles évoqués par Gladstone, et 7-16 ans à Cernay — sont outrepassées vers 1900, de sorte qu'on admet de plus en plus d'adultes ou d'enfants en bas âge. Alors que les enfants âgés de 5 à 15 ans étaient une minorité, les plus de 20 ans deviennent la règle ensuite et une proportion croissante des pensionnaires appartient à la catégorie des « inéducables ». Cette évolution témoigne de la perte progressive de sens des règles qui sont mises en place au moment de la fondation des établissements. On peut interpréter cette tendance comme un signe de la déliquescence d'une pratique éducative et curative destinée à un public spécifique au profit d'un fonctionnement asilaire qui s'adresse, indifféremment de l'âge, à tous ceux évincés d'autres institutions ou structures — productives, éducatives ou curatives. Cette perte de spécificité dans l'âge des pensionnaires est ainsi à relier avec l'association de plus en plus fréquente de la population prise en charge dans les services d'arriérés à des malades incurables.

Or cette montée de l'idée d'incurabilité de l'arriération dans la pratique aliéniste avant 1914 se révèle d'autant plus cruciale qu'elle constitue un obstacle aux intérêts professionnels des directeurs d'asile. Le chapitre 4 a montré en quoi la différence construite entre « anormaux d'école » et « anormaux d'asile » introduisait de manière implicite l'idée d'incurabilité de certains en médicalisant l'inéluctabilité de leur état. Ici on voit qu'après la scolarisation qui opère un premier tri, l'âge de l'adolescence et de l'activité productrice est le moment d'un second tri plus sévère encore puisqu'il établit « le non-rendement social » absolu d'une partie importante des arriérés. La gestion de la population arriérée et le clivage créé dans la pratique entre plébiscite en faveur des admission de cas légers (« éducatibles ») et rejet des cas les plus lourds explique en partie le tournant pris qu'on observe dès les années 1910 au sein des institutions de la région parisienne. Ainsi quand le Dr Roubinovitch dit en 1913 que seul « un enfant sur 10 est apte à exercer un métier à la sortie du service », il explique cet échec à réintroduire une majorité d'arriérés comme membre productifs de la société par un problème dans leur tri initial, et non dans l'action menée par les médecins. Selon le chef du service,

cette proportion serait sensiblement plus élevée si le service d'admission de l'Asile Clinique ne lui envoyait presque exclusivement que des idiots avancés, inaptes à tout travail ; aussi demande-t-il que les enfants perfectibles ne soient pas dirigés uniquement sur la colonie de Vacluse⁸⁶.

⁸⁶ Archives de Paris, D1 X3 14-54 : Procès-verbaux de la Commission de Surveillance des asiles publics d'aliénés du département de la Seine (1885-1934), Rapport de 1913, p. 47.

Cette affirmation révélatrice illustre à quel point la dynamique de sélection, revendiquée par les médecins-chefs des asiles, est à l'œuvre à l'échelle du département de la Seine dans le domaine de l'arriération.

On pourrait croire à une certaine hiérarchie dans la répartition des arriérés dits « perfectibles » (d'abord Vaucluse, ensuite Bicêtre). En réalité, le reproche du médecin-chef est infondé. M. Magny, directeur de la Commission de surveillance des asiles de la Seine constate la même année que « la colonie de Vaucluse ne compte guère plus d'enfants perfectibles que le service de Bicêtre »⁸⁷. Les procès-verbaux de la commission de surveillance des asiles publics d'aliénés montrent qu'à l'échelle du département de la Seine, les différents établissements parisiens se disputent l'admission et le transfert des « éducatibles » dans leurs services respectifs. A l'inverse, ils tentent de se délester autant que possible des jeunes « inéducables », qui deviendront à l'âge adulte autant d' « incurables » causant le surpeuplement des services. On peut souligner que ce processus est par ailleurs semblable à la concurrence qu'on rencontre dans les asiles ordinaires entre malades travailleurs et non-travailleurs. C'est à partir du début des années 1910 qu'on relève une insatisfaction partagée par les aliénistes de la Seine, dénonçant le choix des grades les plus faibles d'arriérés qui leur sont envoyés. Pour le Dr Blin de Vaucluse, « le nombre d'enfants arriérés capable de suivre les cours avec profit diminue de façon très sensible ; la colonie reçoit surtout des idiots qui ne sont susceptibles d'aucune amélioration notable ». La même année, on relève des propos de la même nature à Bicêtre. Les intérêts professionnels des aliénistes sont mis en danger par la progression de l'idée d'incurabilité, diminuant d'autant le bénéfice à prendre en charge des patients présentant des degrés d'arriération moyens ou lourds.

Se disputant par conséquent les cas les plus légers, certains aliénistes regrettent la création des écoles de perfectionnement en ce qu'elles prélèvent précisément ces cas qui seraient les plus valorisants pour les médecins. Pour le Dr Blin, « cette situation tient sans doute à la création récente des écoles d'arriérés de la Ville de Paris, où sont reçus les enfants perfectibles »⁸⁸. Certes, la création d'écoles de perfectionnement dans la Seine est évidemment un facteur plaidant en faveur d'une baisse de niveau perceptible dans les asiles⁸⁹. Mais la captation d'une partie du « vivier » des « éducatibles » par ces nouvelles structures n'est pas la seule raison. Ainsi, l'incurabilité réputée des arriérés et la disparition des cas légers au profit des écoles de perfectionnement entravent les intérêts

⁸⁷Archives de Paris, D1 X3 14-54 : Procès-verbaux de la Commission de Surveillance des asiles publics d'aliénés du département de la Seine (1885-1934), Rapport de 1911, p. 48.

⁸⁸Archives de Paris, D1 X3 14-54 : Procès-verbaux de la Commission de Surveillance des asiles publics d'aliénés du département de la Seine (1885-1934), Rapport de 1911, p. 146.

⁸⁹Thèse déjà défendue par Jacqueline Gâteaux-Mennecier dans sa thèse de sociologie consacrée au service de Bicêtre.

professionnels des médecins aliénistes directeurs d'institutions, ce processus de déclassement des malades aboutissant au final à un déclassement des institutions.

En effet, pour asseoir leur légitimité professionnelle et valoriser l'image négative attachée à l'aliénisme, il s'agit pour les psychiatres du début du siècle de « se faire reconnaître comme médecins à part entière (capables de prévenir, de soigner et de guérir grâce à leurs compétences cliniques) » comme le remarque Isabelle von Buetzingsloewen⁹⁰. Pour les aliénistes de l'époque, le déclassement des malades pris en charge est interprété et ressenti comme un déclassement des institutions elles-mêmes, et de leur statut par la même occasion. A cet égard, la prise en charge des arriérés n'apparaît pas du tout comme un domaine apte à satisfaire de telles ambitions. Les aliénistes de la Seine se tournent donc vers les éducables dans un but qu'on peut qualifier de stratégique. Il s'agit d'acquérir

Une nouvelle visibilité en étendant leur périmètre d'intervention à de nouvelles pathologies (plus légères et déclarées plus facilement curables sans qu'elles correspondent à des catégories nosologiques clairement identifiables et en imposant leur expertise dans des domaines tels que la pédagogie [ou] l'orientation et la sélection professionnelle⁹¹.

Ainsi démarre un mécanisme de rejet de l'arriéré profond car difficilement guérissable et donc peu valorisant pour les aliénistes directeurs d'institution — ou les pédagogues parfois eux aussi directeurs — qui préfèrent conseiller pour lui la relégation dans des « garderies ». Pour l'Angleterre, Gladstone remarque lui aussi un changement de discours tout à fait semblable. Pour lui, les spécialistes de l'arriération du début du XX^e siècle, qu'ils soient médecins, psychologues ou travailleurs sociaux diffèrent fortement dans les causes qu'ils attribuent au retard mental, mais « sont par contre véritablement unanimes dans leur conviction que la condition [d'arriéré] est dans une large mesure incurable »⁹². On est ainsi loin de l'esprit promu par Bourneville, combattant l'utilisation de la dichotomie éducables/incurables :

M. Bourneville fait remarquer que certains enfants dont la physionomie et l'apparence étaient très défavorables, ont pu être développés plus rapidement que d'autres qui se présentaient cependant comme des sujets plus éducables. Cette remarque a la plus grande importance [...] en raison de ce qu'elle permet de constater que le classement dès le début en curables et incurables est impossible⁹³. Il n'est pas possible de déclarer, dès l'entrée, si tel enfant sera ou non un incurable⁹⁴.

⁹⁰ I. von BUELTZINGSLOEWEN, « Réalité et perspectives de la médicalisation de la folie », *op. cit.*, p. 66.

⁹¹ *Ibid.*, p. 66.

⁹² On passe ainsi du « cure » au « care » en terme de prise en charge de l'arriération d'après Gladstone qui y voit un « reconceptualisation de la déficience mentale comme un problème social davantage que familial ». D. WRIGHT et A. DIGBY (dir.), *op. cit.*, p. 155.

⁹³ Souligné par nous.

⁹⁴ Archives de Paris, D1 X3 14-54 : Procès-verbaux de la Commission de Surveillance des asiles publics d'aliénés du département de la Seine (1885-1934), Rapport de 1905, p. 120.

Ce témoignage datant de la dernière année d'activité du médecin-chef montre une conception ouverte et non déterministe du niveau d'arriération, et de la possibilité de faire évoluer l'état de chaque malade. Une telle conception devient ensuite caduque parmi les aliénistes.

Enfin, il est intéressant de constater que le rejet des inéducables des services correspondant commence déjà avant la Première Guerre mondiale, contrairement à ce qu'on observe à Dalldorf au même moment. En cela, le cas français montre bien que ces problèmes ne sont donc pas dus exclusivement à des questions matérielles et économiques, comme on le verra par la suite pour l'Allemagne⁹⁵. L'intérêt économique de l'arriéré intéresse la société dans son ensemble, notamment autour de la question du coût de l'assistance. L'intérêt médical de la prise en charge concerne en revanche l'évaluation de la curabilité ou de l'incurabilité du patient. Dans ce cadre, la structure de l'asile se trouve dans une position où il ne recueille que le « reste » des individus qui ne sont ni rentables, ni curables. Au début du XX^e siècle, les aliénistes se retrouvent devant le constat que les arriérés institutionnalisés ne sont ni éducatibles pour être réintégrés à la société, ni curables au sens médical. La déficience mentale fait ainsi office de secteur dans l'impasse tant sur le plan économique que sanitaire. Certains aliénistes français et allemands en viennent à postuler que beaucoup d'arriérés ne sortiront peut-être jamais de l'asile. En conséquence, des tentatives sont menées pour l'arriéré utile non plus en vue de le réintégrer à la société, mais de le rendre profitable au fonctionnement de l'asile lui-même. Les pratiques des services étudiées évoluent par là vers la mise en œuvre de tentatives à tirer partie de cette main-d'œuvre potentielle au sein même de l'institution.

⁹⁵ La Première Guerre mondiale a évidemment un impact non négligeable, mais qu'il ne convient pas de décrire ici. Au niveau matériel, pour l'institut Saint-André comme pour Bicêtre, on constatera simplement que la comptabilité et les projets de reconstruction du début des années 1920 témoignent de la saignée financière que fut aussi le conflit, ralentissant les investissements et voyant les dégradations des bâtiments et la limitation des projets. Sur ce thème, voir chapitre 5 sur l'impact de 1914-1918 par rapport à la question de l'utilisation des débiles mentaux au sein de l'armée dans ce contexte très particulier.

3. *Rendre utile pour rester dans l'asile : désillusion et rationalisation de la prise en charge asilaire des arriérés*

a) Des services coûteux pour des résultats faibles : un mauvais rendement renforçant la perte de légitimité de l'assistance

Le pronostic de l'incurabilité de l'arriéré implique son maintien quasi-inévitable à l'asile, ce qui explique en quoi la déficience mentale passe du problème familial à l'enjeu social, mais ici à long terme et non plus seulement dans les premières années de la vie dans une perspective éducative⁹⁶. L'idée que tout malade doit éventuellement « racheter » sa dette à la société en tant qu'il ne dépend plus de sa famille pour subsister, mais de la collectivité, entraîne la dénonciation grandissante de l'arriéré potentiellement interné à vie en tant que « charge » pour la collectivité au début du XX^e siècle. L'argument central reste leur inaptitude à tout travail conséquent :

Qu'on ait amélioré des idiots, admettons-le sans peine ; mais combien cette amélioration perd de son importance si la plupart de ces idiots sont destinés à passer leur vie entière dans l'asile, où ils seront nourris dans une oisiveté absolue, et où par conséquent l'administration insouciant ne tirera aucun parti de ce qui leur a été appris au prix de si grands efforts !⁹⁷.

Ces propos de Binet sont représentatifs de l'évolution du statut de l'expertise médicale. La fin du XIX^e siècle voit se développer une légitimité particulière à l'égard du discours concernant le corps des travailleurs qu'il s'agit d'optimiser et exploiter en tant que ressource⁹⁸. Or les sources montrent que le corps des arriérés n'échappe pas à cette expertise⁹⁹.

En Allemagne, le juriste Adolf Jost s'interroge en 1895 sur les cas dans lesquels la vie d'un individu n'est plus souhaitable ni pour lui-même, ni pour la société¹⁰⁰. L'étude du rapport « coût/bénéfice » en santé mentale est envisagée dans son opuscule consacré au « droit à la mort » (*Das Recht auf den Tod*). Pour lui, la valeur humaine résiderait dans ces deux facteurs : intérêt pour soi et pour la société. *A contrario*, si l'on établit avec certitude chez un individu que dans les deux

⁹⁶ De telles questions se posent plus précocement outre-Atlantique. Pour le Canada, il apparaît que la question du travail des aliénés, et notamment des arriérés, prend une place de plus en plus importante vers 1880. A la différence des années 1860 où l'on espère encore éduquer l'idiot, l'objectif éducatif est délaissé au profit de celui de l'utilisation de l'idiot via le travail. Tout investissement dans l'éducation est ainsi jugé relativement inutile.

⁹⁷ A. BINET et T. SIMON, *op. cit.*, p. 184.

⁹⁸ Steve STURDY, *op. cit.*, p. 219.

⁹⁹ Ainsi, selon John Pickstone, « l'aide étatique à la science médicale en terme de santé publique et d'éducation à la santé est centrale et a pour but de réduire la mortalité et peut-être la morbidité, et c'est seulement à la fin du [XIX^e] siècle qu'on attend de cette action d'augmenter 'l'efficacité nationale' ». John PICKSTONE, « Production, Community and Consumption », in R. COOTER et J. V. PICKSTONE (dir.), *op. cit.*, p. 6.

¹⁰⁰ Dans ses références figurent la tradition de la philosophie utilitariste avec Jeremy Bentham ou John Stuart Mill, qui les premiers font un lien entre la valeur d'un objet et la satisfaction qu'il procure à son utilisateur.

cas, la valeur d'une vie humaine s'avère négative, alors un droit de mourir existe selon Jost. Ce dernier envisage notamment la chose sous l'angle des malades mentaux pour lesquels « la mort est au moins occasionnellement meilleure que la survie ». Les malades mentaux sont pour lui l'exemple non seulement de « vies inutiles » (*nutzloses Leben*), mais même « atroces » (*qualvoll*). Sa pensée doit être mentionnée ici car elle fonde sa légitimité dans un argument de nature matérialiste et lié à un calcul purement économique : l'entretien du malade entraîne un coût plus important que l'existence d'une personne saine. Un seul malade, par ses frais de prise en charge, de nourriture ou de surveillance, est ainsi conçu comme « absorbant la force de travail de plusieurs personnes »¹⁰¹. Le problème soulevé par Jost, qui ne rencontre pas encore un fort écho à la fin du XIX^e siècle, s'avère pourtant fondamental pour comprendre les enjeux et les questions soulevées par le fonctionnement et l'existence même d'asiles ou de services réservés à des individus dont le corps s'avère incapable de répondre à une exigence productive, mais chez lesquels les troubles mentaux créent de surcroît pour les cas lourds une incapacité de témoigner d'un quelconque plaisir ou volonté d'existence. Postulant pour ces individus une vie doublement négative car non bénéfique pour soi-même, et n'apportant pas non plus de bénéfice à la société, Jost mobilise un argumentaire semant le doute sur la légitimité d'une intervention même simplement de maintien en vie. On passe ainsi à une autre étape : après le déni de toute tentative éducative, on voit que le débat passe sur un plan eugéniste, à savoir de déterminer s'il ne vaut pas mieux laisser mourir les plus faibles, sur la base d'un argument compassionnel détourné — la miséricorde étant du côté de celui qui met fin à une vie indigne d'être vécue car trop pénible, point derrière on retrouve toujours le point clé de l'échelle macroéconomique du coût social, qui ne va cesser de prendre de l'importance dans les premières décennies du XX^e siècle¹⁰².

A l'échelle de la société et ses intérêts économiques, la critique développée par Binet et Simon de la prise en charge asilaire des arriérés représente le pendant français de ces arguments à la même époque. Eux aussi envisagent l'assistance aux arriérés comme un investissement peu cohérent puisque se soldant irrémédiablement par des pertes pour l'Etat. Pour le psychiatre et le psychologue, la rationalité économique justifie l'abandon de leur prise en charge, en tant que « l'effort est disproportionné par rapport au résultat acquis » selon Binet. Sur une ligne proche de Jost, ce dernier

¹⁰¹ Alfred JOST, *Das Recht auf den Tod*, Berlin, Dietrich, 1895, p. 17.

¹⁰² Derrière cet argument individuel se cache toujours la pression macro du poids pour la société. On peut remarquer que tant que l'existence d'un individu s'avère profitable à l'échelle collective — il suffit de penser aux conditions de vie des ouvriers ou mineurs au XIX^e siècle, on fait peu de cas de la peine ou la souffrance ressentie à l'échelle individuelle. On cherche certes à la limiter comme on a pu le voir, mais simplement pour éviter des rendements décroissants par une fatigue trop forte de l'organisme, qui serait néfaste à l'échelle macroéconomique.

entend mettre les services concernés « en regard de ce qu'ils coûtent » afin d'étudier « si les recettes sont suffisantes pour justifier les dépenses, ou si, au contraire, l'argent n'a pas été follement gaspillé, comme [ils ont] des raisons de le craindre ». Les auteurs évoquent « l'intérêt du contribuable, qui paye les frais »¹⁰³. On voit ainsi que le cœur de la critique est de nature économique en France : si tant est que l'IMP de Bicêtre a pour but de « rendre utile », le coût pour la société de ces quarante-deux « rescapés » seraient selon leurs calculs de 480000 francs par an, chiffre calculé pour le fonctionnement de l'école de Bicêtre et de la Fondation Vallée¹⁰⁴. Or pour Binet et Simon,

Dépenser près d'un demi-million avec cet effet utile de rendre deux enfants capables d'exercer un métier, cela paraît vraiment un peu disproportionné, à moins que l'amélioration des inutilisables ait été assez grande pour justifier pareille dépense¹⁰⁵.

Au regard de ce que Gérard Seignan appelle la « morale énergétique du corps » qui est façonnée dès l'école et poursuivie lors de l'apprentissage, les arriérés détonnent et déçoivent par leur inaptitude à coller à l'image idéale du corps laborieux productif et en mouvement. Le pendant négatif de la « vision idyllique de l'homme de peine »¹⁰⁶ qui prédomine au début du XX^e siècle est en effet l'arriéré incurable, l'idiot profond, le grabataire vu comme oisif.

Pour objectiver davantage le constat de l'impossibilité de rendre à la société des arriérés autres que légers, Binet et Simon cherchent à calculer le « rendement social » des arriérés. Leur vitesse inférieure de développement est expliquée par la comparaison avec un train-omnibus qui avancerait « à vitesse 1/2 en prenant pour unité la vitesse normale »¹⁰⁷. Il faut souligner que la fiabilité des statistiques fournies par Binet et Simon est fortement contestable, ceux-ci opposant un taux de réussite de 2% pour Bicêtre à 73% pour une classe de perfectionnement berlinoise¹⁰⁸. De la même façon cible ainsi le malade mental comme causant du tort à la société, en cherchant comme Binet et Simon une décennie plus tard d'objectiver son propos par un discours relevant davantage du *lobbying* que de l'étude rigoureuse : « du point de vue mathématique, il existe des cas dans lesquels la valeur d'une vie humaine devient négative »¹⁰⁹. A propos du psychologue et son acolyte, on peut

¹⁰³ A. BINET et T. SIMON, *op. cit.*, p. 193.

¹⁰⁴ A raison de 800 francs par an de coût pour chaque enfant à Bicêtre, « soit pour les 600 enfants de Bicêtre et de la Fondation Vallée une dépense de 480000 francs par an, chiffre probablement inférieur à la vérité, car on ne tient pas compte des frais de construction des bâtiments ». Alfred BINET et Théodore SIMON, *Les enfants anormaux (1907)*, Paris, 1907, p. 186.

¹⁰⁵ A. BINET et T. SIMON, *op. cit.*, p. 187.

¹⁰⁶ Gérard SEIGNAN, « L'hygiène sociale au XIX^e siècle : une physiologie morale », *Revue d'histoire du XIX^e siècle*, n°40, 2010, p. 121.

¹⁰⁷ A. BINET et T. SIMON, *op. cit.*, p. 199.

¹⁰⁸ Ils comparent en réalité des publics différents dès le départ : le service de Bicêtre composé pour plus de la moitié d'imbéciles et idiots profonds, et d'autre part une classe de perfectionnement où le recrutement a été effectué en sortant les élèves concernés de l'école traditionnelle. *Ibid.*, p. 204.

¹⁰⁹ A. JOST, *op. cit.*, p. 18.

rappeler la remarque de Georges Canguilhem, qui voyait dans l' « instrumentalisme » un travers intrinsèque à la psychologie comme science du comportement et d'une conception de l'homme comme moyen d'utilité :

L'intelligence n'est plus ce qui fait les organes et s'en sert, mais ce qui sert les organes. [...] Les recherches sur les lois de l'adaptation et de l'apprentissage, sur le rapport de l'apprentissage et des aptitudes, sur la détection et la mesure des aptitudes, sur les conditions du rendement et de la productivité (qu'il s'agisse d'individus ou de groupes) — recherches inséparables de leurs applications à la sélection ou à l'orientation — admettent toutes un postulat implicite commun : la nature de l'homme est d'être un outil, sa vocation est d'être mis à sa place, à sa tâche¹¹⁰.

Et en effet, la conception de l'individu comme être productif l'érige de fait comme « outil », « machine », dont l'utilité est précisément d'être laborieux.

Mais ce sont les conséquences de cette approche qui importent ici. Le premier enjeu remarquable est que les déficients mentaux — ou physiques d'ailleurs — se trouvent pris eux aussi après 1900 dans les exigences de la science du rendement. Pour corriger les errements corporels et mentaux des arriérés, les médecins du début du XX^e siècle essayent certes des techniques comme l'éducation manuelle ou la gymnastique, visant tant la santé individuelle que collective. Pourtant au début du siècle, le « retour sur investissement » paraît dérisoire et le « rendement social » trop faible. Ce thème apparaît massivement en France et d'ailleurs plus précocement que chez son voisin allemand, prenant appui sur de savants calculs révélant le « coût social de l'entretien de lignées aussi prolifiques que nuisibles, prompts à donner des arguments à ceux qui suggèrent une économie » comme le note Anne Carol. Cette logique taylorienne du profit est également celle qui est au fondement d'autres œuvres peu influentes, mais néanmoins représentatives des discours eugénistes présents en France dès les années 1910 et plaidant pour une exploitation maximale du capital humain¹¹¹.

C'est en tout cas ce constat de chronicité et de perte de tout bénéfice dans l'éducation qui pousse les aliénistes français à réfléchir à l'introduction de modes de prise en charge alternatifs en France. Selon le Dr Blin, « leur véritable place n'est pas dans des asiles d'aliénés » mais au dehors, et ce pour des raisons différentes de celles invoquées par Bourneville. En effet, l'argument mobilisé change, car il s'avère bien plus axé sur une réflexion en termes d'économies dans la prise en charge.

¹¹⁰ Georges CANGUILHEM, « Qu'est-ce que la psychologie? », in *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, Paris, Vrin, 1968, p. 377-378.

¹¹¹ Anne Carol voit dans l'œuvre de Binet-Sanglé *Le haras humain* le paroxysme du courant en faveur d'une exploitation maximale du capital humain. De telles critiques sont des *topoi* de la tentation eugéniste à laquelle la France n'a pas échappé sur le plan théorique. Anne CAROL, *Histoire de l'eugénisme en France: les médecins et la procréation*, Paris, Le Seuil, 1995, p. 164.

En effet, pour Blin, beaucoup d'arriérés ne nécessitent pas une prise en charge aussi complexe que celle proposée dans les asiles au début du XX^e siècle. Ceux-ci

Elèvent les frais d'entretien des malades, chose parfaitement inutile pour les débiles, et malgré cela ne présentent pas d'éléments qui permettent de continuer le traitement médico-pédagogique, et d'utiliser ces débiles comme ils pourraient l'être ; en sorte que ces malheureux arriérés placés, faute de mieux, dans des quartiers d'aliénés convalescents, s'ennuient, ne tardent pas à perdre et les quelques rudiments appris à grand'peine, et les habitudes de régularité, de travail et de discipline qu'ils avaient acquises dans le service spécial ; autrement dit, ils perdent rapidement les résultats du traitement médico-pédagogique, en même temps qu'ils sont une cause de désordre et de troubles pour les malheureux aliénés convalescents au milieu desquels on a été obligé de les placer.

Même s'il le qualifie d' « intérêt secondaire » et se défend d'être « terre à terre », le Dr Blin reconnaît que l'argument économique n'est « malheureusement pas d'ordre négligeable ». Faisant acte de l'existence de services adultes de plus en plus fréquemment en Allemagne¹¹², il plaide pour une telle organisation en France également :

Il est nettement établi que tous ces asiles qui hospitalisent des débiles adultes prospèrent dans une large mesure, si bien qu'en faisant œuvre humanitaire et rationnelle par le maintien des débiles occupables dans le milieu qui leur est le plus favorable, ils y ont en même temps trouvé leur profit¹¹³.

L'idée d'incurabilité du malade mental, qui implique l'inutilité de tout traitement — et des dépenses d'argent qui lui sont consacrées — germe ainsi avant même le premier conflit mondial en France et en Allemagne. On constate une ressemblance frappante entre les propos des experts déjà abordés et l'opinion du directeur d'un des établissements anglais les plus importants consacrés aux arriérés en 1914, qui pense lui aussi que l'Etat « dépense des sommes folles dans [la construction] de salles et activités pour éduquer » et ne devrait « pas le gaspiller en y mettant une bande d'idiots racontant n'importe quoi qui sont incapables d'apprendre quoi que ce soit ». Il s'agirait de choisir seulement « le plus haut grade de déficients mentaux et leur apprendre le meilleur de nos compétences », le pendant étant de négliger toute action pour le reste des malades¹¹⁴. Ne pouvant tirer profit d'un grand nombre d'entre eux tout en ayant la certitude de leur long séjour en asile, il s'agit d'examiner finement quelle tâche, même minime, on est en droit de confier aux pensionnaires valides des asiles.

¹¹² A Altsterdorf, Kückenmühle, Langenhagen, Chemnitz où l'on prévoit d'après l'article un pavillon de débiles adultes de 100 places en 1908.

¹¹³ Dr Marie, « Hospitalisation des débiles en Allemagne, Autriche, Danemark et Norvège » (compte-rendu du Rapport du Dr Blin au Conseil général de la Seine en 1907), *Revue philanthropique*, janvier-avril 1908, volume XXII, p. 170.

¹¹⁴ Le Major Nevil Thomas est le chairman des *Western Counties Management Committee*, l'un des établissements pour arriérés les plus importants de Grande-Bretagne. D. WRIGHT et A. DIGBY (dir.), *op. cit.*, p. 157.

b) L'économisation des rapports au sein de l'asile pour limiter le coût de la prise en charge asilaire

« L'échelle de niveau hospitalier » est théorisée par Alfred Binet et Théodore Simon en 1909. La formulation d'une telle échelle représente un point particulièrement représentatif de la volonté de rationaliser les coûts de prise en charge des arriérés au sein de l'asile. Les diverses classifications des « états inférieurs de l'intelligence » abordées dans le chapitre 3 puis 4 sont faites en fonction de critères liés à des aspects médicaux (gravité des lésions corporelles par ex.), psychologiques (l'attention chez Sollier) ou relatifs à des aptitudes pédagogiques (celle de pouvoir lire, écrire). Or cette échelle représente une autre tentative de classement mobilise le critère de l'utilité sociale pour mettre en ordre les différentes strates de l'arriération en valorisant des aptitudes d'ordre économique. Elle constituerait un des trois domaines nouveaux devant être examinés selon eux afin d'arriver à une définition de l'arriération qu'ils espèrent davantage scientifique¹¹⁵. Surtout, les postulats sur lesquels elle repose justifient d'y consacrer quelques lignes ici, en ce qu'elle est une autre preuve de l'obsession pour le rendement social qui hante la société de l'époque.

Cherchant à cerner la « place à attribuer à un arriéré »¹¹⁶ d'un point de vue pragmatique, Binet et Simon prennent volontairement leur distance avec les nosographies préexistantes basées sur l'étiologie ou l'anatomie pathologique pour orienter la leur en fonction du « rendement social » potentiel qui correspondrait à chaque grade d'intelligence (débile/imbécile/idiot). L'enjeu d'après eux est ainsi de « classer les sujets selon les services qu'ils peuvent encore rendre »¹¹⁷. Le recours au travail au sein de l'asile n'a rien de nouveau, ni pour les arriérés, ni pour les autres catégories de patients auxquels on confère parfois des tâches spécifiques selon les catégories, à l'asile de Clermont et à la ferme Fitz-James par exemple¹¹⁸. Au XX^e siècle, c'est même devenu la norme : on travaille dans tous les asiles. En revanche, la volonté de rentabiliser l'assistance — et par là chaque malade —

¹¹⁵ Les deux autres domaines impliqués dans cette nouvelle définition sont le langage (diverses questions posées servant à évaluer la communication avec ses semblables, par exemple « donne-moi ta montre », pour reprendre l'exemple utilisé) et le niveau intellectuel (mesuré grâce aux tests d'intelligence Binet et Simon). Alfred BINET et Théodore SIMON, « Définition de l'idiotie et de l'imbécillité », *Annales médico-psychologiques*, mai-juin 1910, p. 10-11.

¹¹⁶ Alfred BINET et Théodore SIMON, « L'arriération », *L'Année psychologique*, vol. 16, 1909, p. 349.

¹¹⁷ Alfred BINET et Théodore SIMON, « Définition de l'idiotie et de l'imbécillité », *Annales médico-psychologiques*, mai-juin 1910, p. 1.

¹¹⁸ Michel Foucault rappelle la répartition du travail à l'asile de Clermont et à la ferme Fitz-James : lorsque les directeurs « se sont aperçus que lorsqu'on était maniaque, monomane ou dément, on était bon pour les travaux des champs et des ateliers, pour les soins et la conduite des bestiaux et des instruments aratoires ». Par contre, « les imbéciles et les idiots sont chargés de la propreté des cours et des étables et de tous les transports nécessaires au service ». Foucault rappelle aussi que pour les femmes, l'attribution des tâches, de sorte que « celles qui sont au lavoir et à la buanderie sont presque généralement atteintes d'un délire bruyant et ne pouvaient se plier au calme de la vie d'atelier ». Quant aux imbéciles et idiots, elles étaient « chargées du transport du linge du lavoir au séchoir ». Michel FOUCAULT, *Le pouvoir psychiatrique : cours au Collège de France, 1973-1974*, Paris, Le Seuil, 2003.

qui constitue en réalité la différence majeure. La mesure de la rentabilité de chacun représente la première étape. A cette fin, l'échelle pratique hospitalière permettrait d'envisager uniquement des « résultats pratiques, objectifs, mesurables »¹¹⁹ pour cerner les limites de l'arriération. Très pragmatiques, les psychologues envisagent la manière dont l'arriéré « prend part à la vie de l'asile » de manière concrète, c'est-à-dire en étant apte à y exécuter diverses tâches de la vie quotidienne :

Il ne manque pas d'autres actions qu'un malade peut faire : patiner, broser, mettre les tapis, cirer, aider à vider les lits de varech, nettoyer les carreaux, accompagner les corvées, habiller, coiffer, faire manger les autres malades, tailler le pain de la soupe, éplucher les légumes, laver la vaisselle ou mettre le couvert, se débarbouiller, etc¹²⁰.

Cette échelle est symptomatique de la volonté de « rendre utile » jusqu'entre les portes des services hospitaliers. Une telle volonté de mise à profit l'arriéré par la réalisation d'un travail, même faible au sein de l'asile n'a rien de spécifique à la France et trouve d'ailleurs des applications plus précoces ailleurs. James Trend détaille comment aux Etats-Unis, le travail des « faibles d'esprit » (*feble-minded*) acquiert est entouré d'une préoccupation nouvelle à la fin du XIX^e siècle, en lien avec une représentation des arriérés comme « fardeau » (*burden*). En revanche il apparaît tout à fait nouveau que les tâches représentent des critères permettant d'évaluer finement l'aptitude de chaque arriéré qui au final ne représente plus tant un malade à soigner sous cet angle qu'une main-d'œuvre à utiliser:

S'habiller, balayer, faire un lit, ce sont là autant de manifestations dans lesquelles on peut montrer plus ou moins d'imperfections [...] nous entendons par là que le malade est susceptible de le faire sans qu'on ait réellement besoin d'intervenir ou que l'infirmier l'utilise à cela. Le malade d'ailleurs peut souvent donner ce renseignement : Qu'est-ce que vous faites comme travail ? Je balaye, etc. Naturellement, il faut contrôler¹²¹.

L'enjeu d'une telle approche va même plus loin. La surveillance et l'observation envisagée par Binet et Simon débouche sur l'élaboration d'une véritable « échelle de l'utilité » dont les aptitudes ne sont que les divers gradients classant les malades en fonction du degré d'utilisation qu'on peut en « tirer » :

est IDIOT, tout sujet dont l'activité la plus élevée consiste en la préhension, mais qui reste incapable de se déshabiller, etc.

est IMBECILE tout sujet qui est capable d'une activité supérieure à la préhension, mais inapte, s'il s'agit d'une femme, à se coiffer ou raccommoder ses vêtements ; s'il s'agit d'un

¹¹⁹ Alfred BINET et Théodore SIMON, « L'arriération », *op. cit.*, p. 351.

¹²⁰ A. BINET et T. SIMON, « Définition de l'idiotie et de l'imbécilité », *op. cit.*, p. 12.

¹²¹ *Ibid.*, p. 13.

homme, à une utilisation qui dépasse une besogne de manœuvres comme de porter des charges ou tourner une roue¹²².

La logique est donc poussée à son extrême. Par exemple au sein du groupe des imbéciles, Binet et Simon « raffinent » l'approche et distinguent qui plus est deux groupes. Le premier est composé des « sujets dont le développement correspond à celui d'enfants de trois et quatre ans [dont] s'habiller et traîner une brouette est ce qu'ils peuvent faire »¹²³ et « un second groupe plus noble, apte à balayer, faire un lit » qui sera fait des enfants entre cinq et sept ans »¹²⁴. Ainsi, la pénétration d'idées de nature économique telle que le concept de rendement social dans la sphère de la nosographie médicale de l'arriération montre l'importance accordée à l'aptitude au travail après 1900. Dans cette classification utilitariste, les capacités intellectuelles se sont pu évaluer « en soi » mais au profit de compétences utilitaristes pour les arriérés. Ceci prouve avec force le caractère désormais central de l'idée de productivité de l'individu dans la société de l'époque. S'installant progressivement à la fin du XIX^e siècle, le « paradigme de l'homme d'activité » contamine ainsi le domaine de l'éducation spéciale à la fin de la première décennie du XX^e siècle¹²⁵.

L'échelle de niveau hospitalier montre ainsi une évolution notable de l'intérêt pour la mesure de l'intelligence à celle du rendement d'un arriéré en terme économique. Ces discours s'avèrent d'autant plus intéressants pour nous qu'ils trouvent une application pratique fidèle dans certains services pour arriérés. En effet, l'impératif comptable semble le service de Bicêtre prendre le dessus sur l'idéal pédagogique dès le début du XX^e siècle, à mesure que les premiers résultats prouvent le faible nombre d'arriérés sortant guéris. On ne fustige pas tant l'incurabilité des arriérés que leur improductivité. Or s'il ne peut se rendre utile au dehors, on cherche de manière croissante à l'utiliser de manière intra-institutionnelle. En effet, « le bon malade est certes un 'incurable', selon les théories du temps mais en faisant corps avec l'institution, en travaillant en son sein, il renforce la fonction asilaire, fonction essentielle depuis le XIX^e siècle »¹²⁶.

¹²² *Ibid.*, p. 14.

¹²³ *Ibid.*, p. 14.

¹²⁴ *Ibid.*, p. 15.

¹²⁵ Selon l'expression de Gérard Seignan. G. SEIGNAN, *op. cit.*, p. 121. De telles considérations émises pour l'arriéré n'ont rien de spécifiques à Binet et Simon. Pour l'Angleterre, Gladstone fait un constat similaire. De la même façon aux Etats-Unis, H.H. Goddard s'interroge également sur les liens entre l'efficacité humaine et les degrés d'intelligence¹²⁵. Il souligne : « peut-être que la part la plus sérieuse de tout ce problème d'inefficacité concerne le décile inférieur de ceux ayant un niveau mental bien plus bas que ce qu'on aurait pu imaginer, bien plus bas que beaucoup de personnes veulent bien l'admettre même aujourd'hui, si peu admis et apprécié qu'on ne l'a jamais compris ». « Perhaps the most serious part of this whole problem of inefficiency concerns that lowest ten per cent who have a mental level so much lower than we could have imagined, so much lower than many people are willing to admit even today, so wholly unrecognized and unappreciated that we never understood it ». Herbert H. GODDARD, *Human Efficiency and the Levels of Intelligence*, Princeton, Princeton University Press, 1920, p. 60-61.

¹²⁶ H. GUILLEMAIN, « La fonction du 'bon patient' », *op. cit.*, p. 242.

Dans le cas parisien, c'est après le départ de Bourneville en 1905 qu'on constate un bouleversement dans les principes guidant le service, et une application littérale de l'échelle hospitalière de Binet. Son successeur à la tête du « service des idiots », le Dr Nageotte, émet des doutes sur la réalisation possibles des idéaux posés par le fondateur de la section. « Dans son amour pour ses enfants, mon éminent prédécesseur a peut-être souhaité d'améliorer leur avenir au delà des limites possibles », écrit-il au directeur de l'Assistance publique. Dès son arrivée en 1907, Nageotte montre un plus grand souci de l'aspect financier de la situation, et ce dès la Belle Epoque :

Il existe un grand nombre d'enfants idiots, imbéciles, arriérés ou épileptiques, véritable résidu de notre civilisation ; notre devoir est de les élever décemment, de leur épargner des souffrances qui, pour frapper des êtres dégradés, n'en sont pas moins humaines. C'est notre devoir et c'est aussi notre intérêt, par des dépenses moindres pour l'administration et par une vie plus agréables pour les malades [...] Pour toutes ces raisons il importe que le service des Enfants arriérés fonctionne bien, sans luxe et sans superflu¹²⁷.

Le nouveau médecin-chef appelle ainsi à la sobriété et à la limitation des dépenses. L'impératif comptable d'une économie des moyens paraît prendre de plus en plus de place à côté des idéaux d'assistance et de dignité posés au départ. Ce changement met en relief la progression des idées de rationalisation selon lesquelles il s'agit d'augmenter « l'utilité sociale » du service d'après l'expression de Nageotte. Il s'agit avant tout d'éduquer pour que les patients produisent « assez pour couvrir une partie de leurs frais de séjour ». L'éducation doit être selon lui remplacée par un « dressage » formant des malades d'asile dociles pour des raisons économiques car « il est évident que, parvenus à l'état adulte, ces malades nécessiteront des frais beaucoup moindres que s'ils sont indisciplinés »¹²⁸.

Ces propos sont d'autant plus importants qu'il apparaît que l'échelle hospitalière de Binet se retrouve littéralement transposée à Bicêtre quelques années seulement après le départ de Bourneville. Le Dr Nageotte déclare par exemple à propos des idiots valides du service vouloir « les rendre relativement propres et réaliser ainsi une notable économie de blanchissage ». Rendre les idiots « plus faciles à manier » représente de son aveu un avantage du « double point de vue humanitaire et économique ». De la même façon, le passage par des imbéciles par la section doit servir à ce qu'ils « rendent des services appréciables ». Le nouveau chef de service note d'ailleurs que « l'évolution économique tend de plus en plus à éliminer de la production libre ceux qui sont en état

¹²⁷ Archives APHP, Bicêtre, 9L49 : Rapport d'inspection et renseignements, Rapport dactylographié du Dr Nageotte sur le fonctionnement du service des enfants à l'hospice de Bicêtre, 20 juin 1908.

¹²⁸ Archives APHP, Bicêtre, 9L49 : Rapport d'inspection et renseignements, Rapport dactylographié du Dr Nageotte sur le fonctionnement du service des enfants à l'hospice de Bicêtre, 20 juin 1909.

d'infériorité »¹²⁹, comme on l'a prouvé en France mais surtout en Allemagne par le biais des travaux effectués en famille d'accueil. L'essentiel de ce que peut faire le service des idiots de Bicêtre est selon lui de

Leur faire comprendre qu'en échange des soins qu'ils reçoivent, ils doivent s'efforcer de se rendre utiles, dans la mesure de leurs moyens. Ils seront les premiers à bénéficier de cet état d'esprit et l'administration, de son côté, y trouvera son compte¹³⁰.

Et en effet, Nageotte envisage d'associer les enfants aux travaux du service :

Pour développer l'esprit d'économie que je voudrais voir régner dans le service, il serait utile d'associer les enfants aux travaux d'entretien et de nettoyage plus qu'on ne le fait actuellement, et d'exiger d'eux plus de soin dans l'exécution de ces travaux [...]. Tous les enfants doivent être astreints à certains travaux et un grand nombre d'entre eux, qui sont incapables de travailler dans les ateliers, et qui ne font rien dans les classes, sinon y prendre des habitudes de fainéantise, devraient être affectés exclusivement à la salubrité ; cette besogne, accomplie avec méthode et régularité, sous une surveillance attentive, serait utile pour le présent et précieux pour l'avenir¹³¹.

Ces propos laissent transparaître une volonté de rationalisation du fonctionnement du service tout à fait contemporaine de l'échelle de niveau hospitalier conceptualisée par Binet et Simon. Il n'est plus question de soin, et encore moins d'éducation : il s'agit d'assurer un gardiennage où toute éducation ne serait qu'un dressage destiné à amortir les comptes de l'assistance publique.

A Berlin aussi, de menus travaux existent à la même époque pour occuper les déficients mentaux qu'on ne peut placer en famille d'accueil. On constate ici aussi une volonté d'optimiser le rendement du plus de malades possibles. Les tâches affectées à chaque patient varient ainsi dans le temps en fonction de leur état. Kurt C., un imbécile très agité de 17 ans, est hospitalisé dans le pavillon 4, mais « est amené de manière journalière à l'*Idiotenanstalt* pour prendre des cours de couture ». Après l'échec de cet apprentissage, on l'affecte à d'autres travaux plus simples : il « vient en haut pour éplucher des pommes de terre »¹³². Les travaux agricoles ou domestiques (*Hausarbeit*) concernent souvent des pensionnaires plus âgés qui ont échoué dans le travail en *Familienpflege* ou dans l'*Idiotenanstalt*. Ces menus travaux provoquent d'ailleurs des mouvements de la population asilaire : les idiots adultes ou agités qui sont internés dans l'asile se rendent à cette occasion dans un

¹²⁹ Archives APHP, Bicêtre, 9L49 : Rapport d'inspection et renseignements, Rapport dactylographié du Dr Nageotte sur le fonctionnement du service des enfants à l'hospice de Bicêtre, 20 juin 1908.

¹³⁰ *Ibid.*

¹³¹ Archives APHP, Bicêtre, 9L49 : Rapport d'inspection et renseignements, Rapport dactylographié du Dr Nageotte sur le fonctionnement du service des enfants à l'hospice de Bicêtre, 20 juin 1908.

¹³² Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, n° 5824, Dossier médical de Kurt C., Antécédents (*Krankengeschichte*), 7 juin 1912.

autre lieu de l'asile pour travailler. En raison du faible intérêt des parents à gérer le jeune homme de 17 ans, il est placé dans le pavillon 9 en raison de son comportement agité en janvier 1921, mais il réclame tout au long des semaines suivantes de travailler à la *Gartenkolonne*, et « pleure beaucoup parce qu'il voudrait plus que tout faire du jardinage »¹³³.

Ces exemples tirés des répertoires de diagnostic de Bicêtre comme des dossiers de patients berlinois permettent de comprendre en quoi dès 1900, le « rendement social » des arriérés s'avère crucial à l'échelle des structures hospitalières. Etant donné que les déficients mentaux qui sortent guéris de l'asile sont rares, cette échelle de valeur utilitariste se transpose également au sein des institutions, avec en parallèle la corrélation progressive entre les cas inéducables et les cas indésirables du point de vue du fonctionnement asilaire. Ainsi les mouvements au sein de l'asile qu'on a pu aborder dans le chapitre 2 répondent à des logiques médicales et institutionnelles qui apparaissent elles-mêmes comme de plus en plus surdéterminées par les impératifs économiques après 1900.

Les points développés confirment tout à fait les faits mis en avant par James Trend dans son travail concernant un asile américain à la fin du XIX^e siècle. Outre-Atlantique, on constate plus précocement même que les directeurs d'asiles tentent de donner une place nouvelle dans l'institution aux « faibles d'esprit » (*feeble-minded*) qui serait de type productive, et non plus dans un rapport éducatif ou curatif. De l'objectif de resocialisation de l'arriéré, on passe à une simple volonté d'utilisation de celui-ci dans l'institution pour pallier son d'improductivité extra-institutionnelle¹³⁴, exactement comme ce que l'on observe à Bicêtre dans la première décennie du XX^e siècle. A la même période en Angleterre, Gladstone relève également la construction d'ateliers ou de fermes qui servent initier les déficients mentaux à diverses tâches de jardinage ou de vannerie, tandis que les filles qui doivent se rendre utiles en balayant, époussetant ou cousant. Ainsi la pression démographique qui s'exerce sur le secteur psychiatrique combiné à l'absence de curabilité augmente partout la pression d'une mise à profit de ces individus dont on sait qu'ils ne seront pas réintégrés à la société. Les menus travaux ne rendent pas seulement chaque institution davantage autonome : la

¹³³ Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, n°5947, Dossier médical d'Ewald S., Antécédents, janvier 1921

¹³⁴ On peut mentionner que le schéma de classification mis en place par J.C.Carson à la fin du XIX^e siècle et repris par l'auteur ressemble de manière frappante à celui établi par Binet et Simon. Partant du constat que beaucoup d'arriérés peuvent accomplir de petites tâches, une grande partie peut se révéler utile dans l'institution en travaillant à la ferme, à la lessive ou en cuisine. Par opposition, les « inéducables » (*unteacheable*) sont séparés et simplement reclus. James W. TRENT, *Inventing the Feeble Mind : A History of Mental Retardation in the United States*, Berkeley, University of California Press, 1995, p. 81.

vente des produits est aussi une aménité positive supplémentaire justifiant l'existence même de chaque structure.

Confirmant des tendances déjà mises en évidence dans la sphère anglo-saxonne, l'étude de la montée des idées utilitariste à Bicêtre permet de voir en quoi en France les arguments convoqués font appel à la création d'un cadre de réflexion propre, nourri par les observations d'aliénistes et psychologues impliqués sur le terrain. Désillusionnés, ils alimentent la conception de l'arriération comme un fardeau pour la société dès la fin du XIX^e siècle. Les sources utilisées ici mettent également en relief comment une échelle d'utilité théorique peut trouver une application pratique rapide lorsqu'elle rencontre les préoccupations du chef de service. Si les tests de Binet et Simon n'ont connu qu'une diffusion superficielle dans la pratique des aliénistes en raison du manque d'avantage pratique qu'elle confère aux aliénistes, l'échelle utilitaire vient formaliser une préoccupation pratique majeur des directeurs d'asile. Utiliser la capacité de certains à effectuer des tâches divers dans l'asile représente en effet un critère de classement fondamental dans un but d'économies et de « productivité institutionnelle », qui succède là aussi au constat Une telle approche correspond trait pour trait à ce que théorise Binet en France au début du XX^e siècle, et qui est pourtant largement oublié dans les nombreux travaux consacrés à l'œuvre du psychologue. A côté de l'hagiographie à laquelle donne lieu sa pensée autour d'anniversaires ou de bilan de sa vie et son œuvre, ce chapitre permet de resituer son travail de manière critique, c'est-à-dire comme représentatif de la montée des idées eugénistes et utilitaristes en France¹³⁵.

c) Quand « guérir » signifie « rendre utile » : une taylorisation des soins aux arriérés ?

C'est durant la Première Guerre mondiale que l'approche physiologique du management des corps au travail est la plus exacerbée dans la pratique industrielle pour des raisons de situation de crise. Selon Steve Sturdy se déroule une « extension d'une idéologie du contrôle technique et managérial dans des domaines de plus en plus larges de la société industrielle »¹³⁶. Mais on ne peut ignorer dans les années qui précèdent la naissance et la diffusion rapide du système Taylor¹³⁷. Cette

¹³⁵ Bernard ANDRIEU, Guy AVANZINI et Michel GROLLIER, *Le centenaire de la mort d'Alfred Binet*, Nancy, Soc. Binet Simon Ed., 2011 ; Yvan LOURDAIS, Guy AVANZINI et Serge NICOLAS, *Alfred Binet, 1857-1911 : sa vie, son oeuvre*, Saint-Pierre-du-Mont, Eurédit, 2001.

¹³⁶ S. STURDY, *op. cit.*, p. 223-224.

¹³⁷ A partir de 1912, il se diffuse dans de nombreuses entreprises américaines, au premier chef desquelles figure Ford. De là, il se répand dans le monde entier, notamment par l'envoi de missions d'observation de ces nouvelles méthodes par

nouvelle organisation du travail et l'objectif de rationalisation qui l'accompagne constituent un véritable enjeu de civilisation à l'époque totalement en lien avec la question des exigences accrues de rendement qui pèsent sur l'ensemble des forces productives, et notamment les arriérés.

S'insérant dans un mouvement profond visant l'amélioration des rendements et une optimisation de la force de travail, le taylorisme diffère en ce qu'il se donne des outils de nature scientifique¹³⁸. Ces schémas de pensée centrés sur l'efficacité et la rationalisation doivent être évoqués ici en raison de leur fort impact culturel¹³⁹. Dans les années 1920, ces idées prennent tant d'importance que Samuel Haber démontre le glissement sémantique en marche, de sorte qu'« au cours de ces années, et plus que n'importe quand dans l'histoire américaine, 'efficace' et 'bon' en viennent à signifier plus ou moins la même chose »¹⁴⁰. Connotée positivement et imprégnant fortement les mouvements politiques, économiques et artistiques, il n'est pas surprenant que l'idée d'efficacité imprime la façon de considérer la valeur intrinsèque à un être humain.

Se voyant « confier la mission d'optimiser la productivité des corps laborieux » avant 1945¹⁴¹, la sphère médicale est véritablement pénétrée par les idées tayloristes. Il s'agit d'évaluer pour limiter l'affaiblissement du corps malade, ce qui ne manque pas d'entraîner des conséquences fortes quant à la légitimité de l'assistance à une pathologie aussi lourde que l'arriération. En effet, « la mauvaise santé du corps travailleur acquiert une valeur négative en tant qu'elle signifie une baisse de la productivité, certes à l'échelle individuelle du travailleur inefficace » et à cet égard inutile, mais surtout « à l'échelle de la production globale qui nécessite une maximisation du capital corporel de chacun »¹⁴². Ce que Jean-Claude Beaune montre pour le vagabond, mais aussi dans son

les entreprises étrangères, à l'image de celle qu'André Citroën dépêche aux Etats-Unis dès l'après Première Guerre mondiale.

¹³⁸ L'ingénieur américain Taylor publie en 1911 son traité qui devient la référence en terme de ce qu'on nomme le management scientifique du travail, au point que le phénomène est désigné sous le terme de « taylorisme ». Ces principes nés outre-Atlantique migrent rapidement vers l'Europe sont appliqués d'abord par quelques grandes firmes sous l'impulsion de patrons avant-gardistes (Citroën sous la houlette du génial André Citroën), puis se généralisent dans les usines. Appliqués dans le monde du travail.

¹³⁹ Charles S. Maier examine par exemple ses applications dans l'art (futurisme) ou l'architecture (Bauhaus, fonctionnalisme de Le Corbusier). Charles S. MAIER, "Between Taylorism and Technocracy : European ideologies and the vision of industrial productivity in the 1920s", *Journal of Contemporary History*, vol. 5, n°2, 1970, 27-61.

¹⁴⁰ Cette attention à la productivité sert en outre les intérêts de certains partis au pouvoir à l'époque. L'historien met en évidence comment, après la Première Guerre mondiale, la doctrine de l'efficacité (*efficiency*) est appropriée par les progressistes aux Etats-Unis. Charles S. Maier montre aussi que les partis conservateurs et fascistes en pleine ascension en Europe se servent largement de ces idées.

¹⁴¹ Steve STURDY, *op. cit.*, p. 220.

¹⁴² Cette maximisation explique la création de différents moyens de protéger le corps productif des méfaits liés à la dureté du travail industriel, comme par exemple les débuts de la législation sur les accidents de travail, qui est mise en place dans la plupart des pays industrialisés au cours du XIX^e siècle. En tant qu'ayant des conséquences délétères sur le corps, les normes de maniement de machines dangereuses ou la gestion de la ventilation sont des points importants dans l'optique de la protection du corps des travailleurs. Elle explique également la limitation dans le temps de travail, puisque c'est aussi à la fin du XIX^e siècle que l'on met en évidence la diminution de l'efficacité musculaire et mentale au-delà d'une certaine limite temporelle et d'intensité du travail.

sillage le chômeur ou la prostituée est tout à fait valable pour l'arriéré. Ces catégories sont dans l'impossibilité de trouver une place dans la société. La période 1880-1914 apparaît comme l'acmé de cette attitude crispée vis-à-vis des improductifs : il s'agit de prévoir rigoureusement la société du travail, d'éliminer en conséquence tout ferment de désordre, de gérer vraiment les masses ouvrières selon de nouveaux principes dans l'ordre du logement, de l'hygiène, de la morale familiale et bien sûr de la régularité des tâches et des devoirs liés au travail¹⁴³. C'est d'ailleurs autour de 1900 que les psychiatres allemands Karl Bonhoeffer et Karl Willmanns se penchent sur l'étude de l'état mental des vagabonds pour montrer que leur comportement « asocial » est fondé dans des désordres mentaux qu'ils jugent incurables. Beate Althammer met en évidence les implications de ces recherches dans les sphères de l'assistance et du pénal, fixant une image du vagabond comme être par essence pathologique¹⁴⁴.

Logiquement, certains jeunes hommes échappent à l'institution scolaire publique ou privée en tentant de s'employer quelque part. C'est ainsi que Fernand C., après de nombreux emplois pour lesquels il s'avère toujours inadapté, est finalement envoyé à Bicêtre. Son parcours commence vers l'âge de 13 ans :

Envoyé en Normandie où il a demeuré quelques mois dans une ferme, il n'a pu faire aucun travail utile. Renvoyé en pension dans les environs de Paris, il n'a guère appris plus que précédemment. Il s'est alors placé suivant son goût, dans une usine métallurgique ; mais on a du prévenir sa famille qu'il était trop inattentif et qu'un autre métier moins dangereux lui conviendrait, pendant 8 jours il a essayé le métier de charron. Depuis, il a été gardé par ses parents qui ont essayé à le faire travailler à la culture maraîchère; il passait son temps à flâner, couché sur le sol. Entraîné à plusieurs reprises par de mauvais conseillers, il a fait des excès de boisson, et sous l'influence de l'intoxication, il paraît avoir eu des hallucinations nocturnes et des craintes (fantômes, voleurs).

En janvier 1910, il est parti un matin avec 11 francs dans sa poche et a marché toute la journée. Ayant couché dans une gare, il est reparti le matin pour arriver dans le courant de la journée, chez un parent, ayant ainsi accompli près de 80 km. Ramené chez ses parents, il fait de nouveau des excès alcooliques. Depuis mars 1912, il a accompli 6 nouvelles fugues dont une de 2 jours. Tout récemment, il s'est enfui avec la bicyclette de son père et s'est rendu dans l'Oise chez une de ses tantes. Il est habituellement doux, mais sans volonté, paresseux, facile à entraîner, son jugement et son raisonnement sont des plus rudimentaires. Il forge des projets enfantins. Sa principale préoccupation est de voyager au-delà des mers. Ses acquisitions générales sont rudimentaires. Constamment maintenu par ses parents, il n'a outre ses fugues

¹⁴³ Jean-Claude BEAUNE, *Le vagabond et la machine : essai sur l'automatisme ambulatoire, médecine, technique et société en France : 1880-1910*, Seyssel, Champ Vallon, 1983, p. 14.

¹⁴⁴ L'auteur s'interroge de surcroît sur la mesure dans laquelle on peut voir un lien entre la production de ces connaissances et la stabilisation en tant qu'affirmation scientifique au début du XX^e siècle et certains des postulats de l'hygiène raciale qui persécutera précisément la catégorie dite des « asociaux ». Voir Beate ALTHAMMER, „Pathologische Vagabunden: Psychiatrische Grenzziehungen um 1900“, *Geschichte und Gesellschaft*, n° 3, 2013, p. 306-337.

commis aucun autre acte répréhensible. La surveillance devient difficile et les remontrances commencent à ne plus avoir prise sur lui¹⁴⁵.

Le Dr Beausdard conclut le procès verbal en conseillant un traitement médico-pédagogique qui « ne peut que lui être profitable ».

Ainsi, les tentatives d'utilisation et de mise au travail se sont soldées par un triple échec économique, éducatif et social. L'impératif de tri et de rentabilité des services destinés aux arriérés n'est qu'un symptôme d'une évolution plus large vers l'abandon de toute prétention première donnée à l'éducation ou même. C'est produire et rester rentable qui devient l'enjeu central dans le domaine de l'arriération, sur le postulat de l'impossibilité maintenant postulée d'arriver à une quelconque amélioration de leur état. Pour toutes ces raisons, on peut dire que la prise en charge des arriérés, sujet apparaissant historiographiquement comme marginal, se trouve ainsi au carrefour de nombreux enjeux cruciaux pour les sociétés européennes du début du XX^e siècle. John Pickstone voit dans la période 1900-1945 un moment « productionniste », c'est-à-dire durant lequel l'Etat concentre la préoccupation sur la santé du travailleur industriel, et on a pu voir à quel point cette thématique pénétrait les questionnements des directeurs des services consacrés aux arriérés, remodelant leur vocation même¹⁴⁶. Le processus de rationalisation et de contrôle des forces vives de la nation par un impératif de sélection de plus en plus présent en France comme en Allemagne est un contexte lourd de la période¹⁴⁷. Le développement des forces armées constitue l'autre pôle d'action majeur de cet Etat productionniste. Et en effet, il s'agit à présent de montrer en quoi la Grande Guerre constitue un moment important de réflexion et surtout de mise en pratique d'une utilisation des arriérés légers au service de la Nation. L'occasion, ratée, ne fait pourtant que renforcer le sentiment d'échec déjà présent vers 1900, et rendre plus efficace la délégitimation de la prise en charge de ce public dans le contexte économique problématique de l'entre-deux-guerres.

¹⁴⁵ Archives APHP, Bicêtre, Répertoire d'observations médicales, 6R-127, Procès-verbal de Fernand C., 21 juillet 1912, Dr Beaudard.

¹⁴⁶ J. PICKSTONE, « Production, Community and Consumption », *op. cit.*, p 5.

¹⁴⁷ Paul-André Rosental en rappelle les fondements dans son ouvrage récent : « Rationalisation, expérimentation, utilitarisme, souci d'évaluer les résultats par des indicateurs ». Paul-André ROSENTAL, *Destins de l'eugénisme*, Paris, Le Seuil, 2016, p. 92.

B. Les arriérés à l'épreuve des crises (1914-début des années 1930)

1. Accentuation des idées d'inutilité sociale et civique des arriérés dans une société en voie de radicalisation

a) La Première Guerre mondiale et les arriérés « à l'épreuve du feu » en France : une occasion ratée d'intégration à la Nation (1914-1918)

Il convient pour commencer d'explicitier le contexte des décennies précédentes sur l'implication croissante des Etats libéraux dans la mise en place de mesures médicales pour gérer la santé de leur population dans une optique pas seulement productiviste dans l'économie, mais aussi sur le plan militaire. A côté de la production de biens et services, le service armé représente l'autre exigence pesant chaque individu — du moins mâle. « Au sein de l'Etat social, la citoyenneté se décline en rôles sociaux concrets articulés à des droits et des devoirs. Ces rôles sont juridiquement construits, définis, contraignants ; ceux du père de famille, d'élève, de travailleur », mais aussi de conscrit¹⁴⁸. Ce couplet du chant « Une, deux » entonné dans la cour de Bicêtre lors des exercices de gymnastique suédoise des pensionnaires du service de la 5^e 4^e exprime parfaitement ce parallèle des rôles productifs du soldat-citoyen : « Que Mars au combat vous appelle, / Ou bien Minerve à l'atelier, / Vous saurez, enfants, manier / L'arme ou l'outil d'un même zèle »¹⁴⁹.

Par ailleurs, la demande sociale d'intégration du débile à l'armée est particulièrement observable comme elle l'est auparavant aux étapes de la scolarisation puis à l'âge de l'apprentissage¹⁵⁰. La conscription représente l'ultime étape pour tenter de socialiser l'arriéré, comme le relève Paul Chavigny pour lequel « l'armée a toujours semblé aux familles le débouché naturel de tous les sujets dont on n'avait rien pu faire jusqu'à l'âge de 20 ans ». Ainsi, dans le cadre d'une âpre compétition qui s'étend de l'usine au champ de bataille, l'armée constitue parfois l'ultime

¹⁴⁸ Jean DE MUNCK, « Folie et citoyenneté », *Sciences humaines*, n°147, mars 2004, p. 29.

¹⁴⁹ Désiré-Magloire BOURNEVILLE, *Recueil de chants pour les enfants des écoles de l'hospice de Bicêtre*, Bicêtre, Imprimerie typographique des Enfants, 1909, p. 44-45.

¹⁵⁰ Paul Chavigny relève ce parallèle entre école et armée : « l'étude des débiles n'a pris en pédagogie toute son importance qu'à une époque récente, avec la loi sur l'instruction obligatoire, avec la période des déceptions de cette loi, quand on s'est aperçu que tous les sujets n'étaient pas également aptes à profiter de l'instruction qu'on leur donnait. Dans l'armée, cette étude ne s'est imposée qu'avec l'application du service obligatoire compliqué par une instruction intensive (service plus court) ». Paul CHAVIGNY, « Les débiles intellectuels, leur situation dans l'armée », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, n°11, 1909, p. 409.

déversoir où les arriérés valides peuvent espérer trouver une utilité et ainsi se resocialiser. L'incorporation constitue un débouché de dernier recours pour un certain nombre de débiles mentaux, et d'ailleurs pas forcément imposé par la famille mais choisit de manière volontaire dans certains cas :

L'un d'eux, rural illettré, a tenté en vain de se placer chez divers fermiers, comme valet de métairie ; partout il a été remercié, car il n'a aucune initiative ; il ne peut rien faire sans être commandé dans tous les détails d'exécution de la tâche imposée. [Un autre], fils d'une mère internée pour agitation maniaque, a été successivement et sans succès, domestique, jardinier, boulanger avant un engagement de 4 ans, contracté à 19 ans dans un régiment d'infanterie¹⁵¹.

Nécessaire à l'échelle de la famille, la perspective d'une utilité militaire des arriérés est aussi plébiscitée à l'échelle nationale, et ce en France comme en Allemagne¹⁵². Ce couplet chanté par les patients du service des idiots de Bicêtre le rappelle : « La France en vous espère, / En vos jeunes cœurs elle a foi ; Aimer, servir sa mère, / C'est un devoir, c'est une loi. »¹⁵³. Les décennies suivant la défaite de 1870 sont marqués par une préoccupation hygiéniste grandissante pour la baisse de la natalité consécutive au malthusianisme français précoce¹⁵⁴. Ce phénomène de dépopulation rend encore plus aigu l'impératif d'incorporer un maximum d'hommes afin de bâtir une véritable « armée de masse ». Cristallisant les craintes malthusiennes à la fin du XIX^e siècle, la santé des futurs conscrits préoccupe, renforçant l'idée d'impératif d'action de l'Etat, comme le note à propos du service de Bicêtre un commentateur de la fin des années 1880 :

Il n'empêche que, en ce siècle qui a vu éclore et mettre en pratique cette féroce maxime 'la force prime sur le droit', il est à redouter que, sur les champs de bataille économiques, comme

¹⁵¹ Ce parcours tortueux illustre par ailleurs de manière parfaite le lien établi plus tôt entre l'approche du vagabond de Jean-Claude Beaune et le parallèle possible avec la figure de l'arriéré dans les problématiques concernant ce vagabond ; Jules SIMONIN, « Les débiles mentaux dans l'armée. Débiles simples et délinquants », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, n°17, vol. 4, 1912, p. 422-423.

¹⁵² Au début du XX^e siècle, les médecins militaires et pédagogues allemands réfléchissent également aux enjeux de l'utilisation des débiles mentaux de l'école à l'armée, comme le montre le titre de la publication du scientifique Heinrich Schaefer, *Der moralische Schwachsinn: Allgemeinverständlich dargestellt für Juristen, Ärzte, Militärärzte und Lehrer*, qui représente une des premières tentatives d'évaluation de l'adaptabilité sociale des arriérés en Europe en tentant de jauger quels faibles d'esprits seraient aptes à participer au service militaire. Cette étude liste cinq *problèmes spécifiques d'adaptation sociale des individus ayant une déficience intellectuelle* : ils sont maltraités par les autres soldats ; ils sont en conflit avec la discipline ; ils commettent des crimes antimilitaristes sous l'influence de l'alcool ; ils sont instables, irritables émotionnellement, font des crises et assaillent leurs supérieurs, et finalement, la fréquence de suicides chez cette population est très élevée. Les conclusions de l'étude servent ensuite à rejeter ou accepter les candidats au service militaire. Ces cinq points rejoignent tout à fait ceux mis en évidence dans la partie suivante, toutefois n'ayant que peu de sources du côté allemand sur ce thème, on se limitera essentiellement au cas français.

¹⁵³ D-M. BOURNEVILLE, *Recueil, op. cit.*, p. 54-55.

¹⁵⁴ Voir Jacques DUPAQUIER (dir.), *Histoire de la population française*, Tome 3 : de 1789 à 1914, Paris, Presses universitaires de France, 1995.

sur les autres, au travail comme à la guerre, la victoire n'aïlle de préférence aux gros bataillons¹⁵⁵.

Enfin, les mesures législatives ne cessent depuis la fin du XIX^e siècle d'étendre le périmètre de recrutement des conscrits même s'ils restent soumis à certaines conditions sur le plan de la santé physique et mentale, de sorte que le conseil de révision procède déjà un premier tri qui en général ne comprend que les cas les plus graves, de sorte que seuls deux tiers d'une classe d'âge est considérée apte au service militaire à la fin du XIX^e siècle¹⁵⁶. Le sentiment de l'imminence d'un conflit n'est pas la seule cause de l'émergence de ce questionnement, et les aliénistes réfléchissent à une contribution même minimale de cette population à travers de menus travaux de casernement, exactement comme pour leur utilisation au sein de l'asile.

Pourtant, de la même façon que l'ouvrier briseur de machines représente un obstacle dans l'atelier, des recrues malades nuisent à l'efficacité des forces militaires, précisément à la recherche de jeunes hommes robustes et obéissants. Hervé Guillemain souligne avec justesse que si l'armée doit traditionnellement « dégourdir » les enfants socialement inadaptés, « ces sujets fragiles sont déstabilisés dès les premiers jours du service »¹⁵⁷. Le devoir citoyen s'oppose par là à l'utilité réelle du conscrit déficient mental, sujet émergent comme préoccupation pour les aliénistes de la fin du XIX^e siècle. Le médecin ne doit « faire réformer ni trop, ni trop peu de débiles [qui] risquent d'encombrer l'armée d'individus inutilisables ou, au contraire, d'exonérer des charges du service des sujets qui auraient pu utilement pour tous en prendre leur part »¹⁵⁸. A l'instar du Dr Chavigny réfléchissant à leur « utilisabilité », le Dr Simonin s'interroge ainsi sur l'impératif de « savoir quel est le rendement moral et militaire de cette variété de soldat », établissant le constat suivant :

Le déchet est énorme, le rendement utile très médiocre, ce qui paraît tenir à l'insuffisance physique et intellectuelle de ces jeunes gens, trop peu développés et trop peu mûris pour faire de bons militaires [...] Le conseil de révision a toujours eu comme but principal l'élimination des non-valeurs physiques. Peut-il assurer de même le rejet des non-valeurs mentales?¹⁵⁹

¹⁵⁵ Archives AHPH, 646 FOSS 46 : Articles de presse 1878-1888. *Varia*, Article de Thomas Grimm, « Les enfants assistés », paru dans *Le Petit journal* du 4 avril 1887.

¹⁵⁶ Le tirage au sort est supprimé en 1905. D'un autre côté, l'exemption dès 1889 donne au conseil de révision le pouvoir de reconnaître d'une incapacité physique ou psychique. Les crétins et idiots qui sont la catégorie représentant la majorité des éliminations, estimées à près de « la moitié de ce flux de sortie » d'après Hervé Guillemain. Une instruction ministérielle datée du 3 avril 1873 établissait déjà leur réforme. Hervé GUILLEMAIN, « La mobilisation des débiles et des psychotiques », in H. GUILLEMAIN et S. TISON, *Du front à l'asile 1914-1918*, Paris, Alma Editeur, 2013, p. 100

¹⁵⁷ H. GUILLEMAIN, « La mobilisation des débiles et des psychotiques », *op. cit.*, p. 103.

¹⁵⁸ P. CHAVIGNY, *op. cit.*, p. 437-438.

¹⁵⁹ Jules SIMONIN, « Les dégénérés dans l'armée : origine, caractère, prophylaxie », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1909, p. 44.

A la veille de la Première Guerre mondiale, aucun consensus n'existe sur cette question loin d'être centrale quant à la gestion des contingents. Néanmoins, les instructions sur l'aptitude au service militaire indiquent que les idiots doivent être réformés. L'application de ces instructions est aléatoire et suscite des débats, mais le texte existe comme l'a montré Marie Derrien¹⁶⁰. Ces débats ont la vertu de mettre en relief l'importance accordée à la maximisation du « rendement social » de chacun.

Le déclenchement de la guerre radicalise ces positions concernant la nécessité d'utilisation des arriérés : « l'heure n'est plus à la sensiblerie », comme le déclare le Dr Léon Pruvost dans sa thèse sur les débiles mentaux à la guerre et leur utilisation en 1915¹⁶¹. Si les médecins militaires français comme allemands avaient déjà soulevé la question de l'incorporation des malades mentaux à l'armée avant 1914, le conflit renforce le mécanisme de désignation des inaptitudes des arriérés. « Partout le débile devient d'autant plus insuffisant qu'on multiplie ses obligations », pour reprendre le constat porté par l'aliéniste Paul Chavigny en 1909 concernant *Les débiles intellectuels [et] leur situation dans l'armée*¹⁶². A la faveur d'un renouveau historiographique suscité à l'occasion du centenaire de la Première Guerre mondiale, plusieurs travaux ont mis en évidence l'intérêt manifesté par la science psychiatrique à l'égard de l'aptitude des malades mentaux au combat, fait peu connu jusqu'à la dernière décennie¹⁶³. Les arriérés n'échappent pas à ce constat, comme l'a montré récemment Hervé Guillemain¹⁶⁴. L'aptitude de l'arriéré au combat obéit aux mêmes déterminants de « tri institutionnel » ayant lieu à l'occasion de la conscription. Pourtant, d'après les docteurs Roussy et Lhermitte le conflit fournit « un vaste champ d'observation » et « une documentation unique » quant à la prise en compte des pathologies mentales et ici la question de la sélection qui s'en trouve

¹⁶⁰ Marie DERRIEN, « Éliminer ou récupérer ? L'armée française face aux fous du début du XX^e siècle à la Grande Guerre », *Le Mouvement Social*, n° 253, 2015, p. 13-29.

¹⁶¹ L'impératif d'armée de masse est central dans son propos : « il nous faut des hommes, il nous faut le nombre, il nous faut la masse », Léon PRUVOST, « Les débiles mentaux à la guerre. Leur utilisation », Thèse, Paris, 1915, p. 29 et 58.

¹⁶² P. CHAVIGNY, *op. cit.*, p. 409.

¹⁶³ Peter BARHAM, *Forgotten Lunatics of the Great War*, Yale University Press, 2004 ; Paul Frederick LERNER, *Hysterical Men: War, Psychiatry, and the Politics of Trauma in Germany, 1890-1930*, Cornell University Press, 2003 ; et pour la France, Annette BECKER, *Guerre totale et troubles mentaux*, Paris, Lib. A. Colin, 2000 ; Marie DERRIEN, « Les « fous de guerre » : une histoire des militaires aliénés de la Grande guerre 1914-1940 », Mémoire de master 2, Lyon, 2012 ;

¹⁶⁴ H. GUILLEMAIN, « La mobilisation des débiles et des psychotiques », *op. cit.*, p. 95-114. Comme le souligne Vincent Viet, « Dès les premiers jours du conflit, la situation réclame des décisions cruciales : reconstituer le capital humain pour renvoyer les soldats au front est la priorité. Dans cet univers imprévisible, tributaire d'armes nouvelles et exposé aux germes pathogènes, le Service de santé militaire met en place des procédures d'évacuation, de soin, de veille, d'alerte, d'accréditation, de contrôle et de régulation par l'État ». Vincent VIET, *La santé en guerre. Une politique pionnière dans un univers incertain*, Paris, Presses de Sciences Po, 2015.

radicalisée¹⁶⁵. Certes, une instruction sur l'aptitude au service militaire rappelle en 1916 l'incompatibilité de la pathologie avec le service. Mais en raison du manque progressif d'hommes sur le front dès 1915, ces préconisations « n'ont joué aucun rôle au moment de la mobilisation » et « ont été largement ignorées »¹⁶⁶. En effet, on constate qu'à mesure de l'avancée du conflit, les décisions des psychiatres sont orientées par l'impératif d'utilisation qui guide ce chapitre. Un ouvrage d'expertise mentale militaire conseille : « chaque fois que l'homme est encore susceptible de rendement, le maintenir à l'armée. Ne réformer que ceux qui sont pratiquement inutilisables »¹⁶⁷. Dans cette optique, l'impératif posé aux médecins et psychiatres de réformer les cas limites entraîne mécaniquement la récupération d'une partie de la population qui serait réformée en tant normal, dans le cadre d'une économie de guerre exigeant la mobilisation de toutes les ressources de la société. L'objectif de « rendement social » du soldat-citoyen qui guide ce chapitre se retrouve d'autant plus visible dans le vocabulaire employé dans un ouvrage écrit sur la question sur « les anormaux au régiment » en 1913¹⁶⁸. Sans doute peu utilisé pendant le conflit, les consignes y figurant sont éloquentes : il s'agit de « tirer le maximum de rendement des individus » et de « savoir ce qu'on est en droit exactement, scientifiquement, d'exiger d'eux et de les mettre en état de produire »¹⁶⁹.

Mais au-delà des aspects purement théoriques, les dossiers de conseil de guerre se fondant sur une expertise psychiatrique et aboutissant à une ordonnance de non lieu constituent une source de choix sur les tentatives de rendre les faibles d'esprit utiles durant le conflit¹⁷⁰. Pour le conseil de guerre de Lyon et celui de la 27^e division d'infanterie, la centaine de dossiers de ce type existant corroborent les publications des psychiatres dans la presse médicale française : les cas d'insoumission, de mélancolie ou tout simplement d'inaptitude au travail à la caserne sont communs.

¹⁶⁵ Le « vaste champ » décrit par Roussy concerne toutefois l'ensemble des maladies mentales, et non seulement le champ de l'arriération. Si l'incorporation de soldats faibles d'esprit ne représente pas une préoccupation de premier ordre pendant la Grande Guerre, il faut néanmoins noter que la question est discutée et donne lieu à plusieurs publications dans les Annales médico-psychologiques et thèses de psychiatrie. Gustave ROUSSY et Jean LHERMITTE, *Les psychonévroses de guerre*, Paris, Masson, 1917, p. 2-3.

¹⁶⁶ Contre l'instruction sur l'aptitude au service militaire du 20 décembre 1916 qui rappelle des causes d'exemption (idiotie, imbécillité, crétinisme, tandis que la débilité mentale « motive la réforme ») joue entre 1915 et 1917 une politique de recours à des recrues réformées. Voir H. GUILLEMAIN, « La mobilisation des débilés et des psychotiques », *op. cit.*, p. 105-106.

¹⁶⁷ A. HESNARD et A. POROT, *L'expertise mentale militaire*, Paris, Masson, 1918, p. 69, cité par Marie DERRIEN, « Eliminer ou récupérer ? L'armée française face aux fous du début du XX^e siècle à la Grande Guerre », *Le Mouvement social*, n°253, 2015/4, p. 8.

¹⁶⁸ Gaston HAURY, *Les anormaux au régiment et les malades mentaux au régiment*, Paris, Masson, 1913.

¹⁶⁹ *Ibid.*, p. 131 et 138.

¹⁷⁰ Pour les détails de ces sources inédites, les dossiers de soldats utilisés et l'ensemble des réflexions en découlant, voir dans la thèse de Marie Derrien son analyse des dossiers de conseils de guerre qui concernent les débiles mentaux, grâce à qui nous avons pu construire ces réflexions ici qui donneront lieu à un article. Marie DERRIEN, « 'La tête en capilotade'. Les soldats de la Grande Guerre internés dans les hôpitaux psychiatriques français (1914-1980) », Thèse, Lyon, 2015, p. 267.

Certains dossiers déplorent l'inaptitude à être un simple automate ou un « mouton » comme l'appelait de ses vœux le Dr Pruvost en tant que « dans le doute [...] il ne faut pas hésiter à tenter l'essai »¹⁷¹. « On avait cru pouvoir l'utiliser à des corvées faciles, d'ordre purement mécanique (pansage, garde d'écurie) », regrette le Dr Simonin à propos d'un débile à première vue vigoureux mais s'avérant violent après plusieurs mois de caserne. Quant aux désertions dont les soldats faibles d'esprit sont accusés, elles semblent souvent commises par incompréhension de la situation. Le soldat J. âgé de 34 ans et mobilisé au 3^e zouaves, part en train pour Lyon après la fin de son congé pour convalescence mais il se retrouve errant une trentaine de jours à la gare de Perrache, mobilisant tout l'argent lui restant pour se trouver à manger et incapable de comprendre comment rejoindre son dépôt¹⁷². Certains cas relatés vont jusqu'au suicide ou à sa tentative, la souffrance des incorporés étant une donnée affleurant parfois dans les rapports d'expertises de rares dossiers comme celui du soldat S., qui est envoyé au front et « semble y avoir fait ce qu'il a pu » jusqu'à l'épuisement¹⁷³. Finalement, comme à l'école ou à l'atelier, c'est l'inaptitude du débile à comprendre les codes et la discipline militaire et à s'y plier, à être ce « simple automate » qui explique souvent leur échec et les délits dont ils se rendent parfois coupables à l'égard de l'institution qui apparaît ici très bien sous le versant disciplinaire mis en évidence dans les travaux de Michel Foucault.

Le chemin suivi par la France quant à l'incorporation des arriérés s'oppose en cela à celui pris par les Etats-Unis. Alors que sont mis en place dès 1917 les premiers tests d'intelligence pour sélectionner les conscrits outre-Atlantique, la France opte quant à elle pour une politique de moins en moins sévère à mesure de l'avancement du conflit. La diminution constante au cours du conflit du taux d'exemption met en évidence cette hypothèse, illustrant l'importance de la constitution d'une armée de masse mais aussi de l'utilisation pragmatique de toutes les forces vives de la Nation, avec toutefois des risques. Malgré l'évolution de la conception de la guerre et de rapports avec la psychologie du soldat¹⁷⁴, on a choisi d'incorporer des soldats en connaissance de cause.

La Grande Guerre a donc en grande partie démenti le processus impulsé par les autorités politiques, militaires et médicales mais aussi parfois les familles et les individus eux-mêmes de faire émerger une utilité sociale et citoyenne des déficients mentaux au front. D'autres travaux anglo-

¹⁷¹ Le médecin souhaite le versement des « débilés doux », ceux qu'il qualifie de « moutons pleins de bonne volonté », au service auxiliaire. L. PRUVOST, *op. cit.*, p. 48.

¹⁷² Dossier du soldat J., Service Historique de la Défense, Conseil de guerre de Lyon, 10J 1551.

¹⁷³ Dossier du soldat S., Service Historique de la Défense, Conseil de guerre de Lyon, 10J 1548.

¹⁷⁴ On prend conscience que le soldat n'est pas un simple exécutant mais que des qualités telles que l'initiative ou la rapidité sont centrales sur le champ de bataille. Voir Olivier COSSON, *Préparer la Grande Guerre. L'armée française et la guerre russo-japonaise (1899-1914)*, Paris, Les Indes savantes, 2013.

saxons montrent de plus que leur éventuelle incorporation aux troupes n'a en aucun cas été suivie par une resocialisation à long terme, ceux-ci étant le plus souvent renvoyés à l'asile à l'issue du conflit¹⁷⁵. Par contre, on peut se demander si à l'arrière, les déficients mentaux ont pu avoir un rôle quelconque, notamment grâce à « l'appel d'air » créé sur le marché du travail par le départ des hommes au front. Paul Courbon, psychiatre écrivant sur le sujet, constate que « le nombre d'emplois à pourvoir fut donc de beaucoup supérieur à celui des candidats fournis par la population saine »¹⁷⁶. En effet, de nombreux travaux ont montré de quelle façon l'économie en général et le marché du travail en particulier ont été affectés par le départ des forces productives vers le front¹⁷⁷, offrant aux femmes un rôle nouveau dans les usines en raison de cette situation d'urgence. Or Courbon montre qu'en réalité, elles ne furent pas la seule catégorie « nouvelle » à pénétrer le marché du travail pour « boucher les vides laissés par la disparition » des hommes sur le front selon les termes de l'aliéniste. Les corollaires de ce processus inédit sur le marché du travail furent de deux ordres :

Un accueil très favorable l'y [l'éclopé mental] accueillit (sic). D'abord par suite du manque de concurrence, ensuite à cause de l'atteinte portée par les circonstances à la valeur du travail du salarié mentalement plus valide que lui, tout travailleur non malade étant à cette période amoindri aux yeux de l'employeur, à la fois par l'incertitude de la durée de ses services et par la diminution de leur rendement [...] La diminution du rendement du travailleur mentalement valide résultait pendant la guerre du cumul sur le même individu des charges du ménage et du gain du salaire¹⁷⁸.

Mais si pour l'ensemble des malades mentaux, une mise à contribution productive a pu exister dans ce contexte particulier, on ne peut en dire de même dans le cas précis des arriérés et à plus forte raison pas de manière pérenne. L'aptitude au travail constitue toujours le biais privilégié de l'intégration sociale. Pour cette raison, on est amené à penser que l'arriération mentale représente véritablement l'anormalité socialement la plus grave ou pénalisante. A cette période plus que jamais, « lorsqu'une image du pathologique [...] apparaît, elle dit en premier lieu l'absence de rendement »¹⁷⁹. La société du début du XX^e siècle est pénétrée d'une forte préoccupation autour

¹⁷⁵ Aux Etats-Unis, les cas limites d'arriération se retrouvent parfois incorporés, si bien qu'à la fin de la guerre, le règlement en vient à stipuler qu'un âge mental de huit ans suffit à être accepté dans l'armée : « *High grade moron was often accepted by the final examining board, because of his good appearance physically, even though the psychologist has rejected him. The moron's glib answers to questions, and his good looks generally, often deceive people who do not know defectives* ». R. C. SCHEERENBERGER, *A History of Mental Retardation*, Baltimore, P.H. Brookes Pub. Co., 1983, p. 134.

¹⁷⁶ Paul COURBON, « De l'influence de la guerre sur la participation des psychopathes à la vie sociale », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 1923, p. 97-109.

¹⁷⁷ Voir Patrick FRIDENSON, Jean-Jacques BECKER. et Serge BERSTEIN, *1914-1918: L'autre front*, Paris, Editions Ouvrières, 1977 ; Pierre-Cyrille HAUTCOEUR, "Was the Great War a Watershed? The Economics of World War I in France", in S. N BROADBERRY et M. HARRISON, *The Economics of World War I*, Cambridge/New York, Cambridge University Press, 2005, 345 p.

¹⁷⁸ *Ibid.*, p. 100-101.

¹⁷⁹ J.-C. BEAUNE, *op. cit.*, p. 315.

« des questions de rendement énergétique, de croissance, de prolifération des gains et des bénéfiques »¹⁸⁰. Toutes ces valeurs qui sont, justement, celles que le débile mental ne saurait incarner, « celles qu'il refuse par son être même » comme le note Jean-Claude. Beaune. De manière plus générale, l'arriéré reste aussi irréductible au processus de démocratisation : il n'est pas un citoyen dans la III^e République naissante, et ce pour des raisons similaires. Alors que la guerre rend plus ardente encore la responsabilité pour chaque membre du corps civique d'exprimer son appartenance citoyenne par le truchement d'actes performants et volontaires — servir au front pour les hommes valides, aider à l'arrière pour les femmes et les non valides¹⁸¹, « le sujet citoyen s'impose donc comme mesure universelle alors même qu'il est ancré dans un modèle exclusionnaire de production du sujet »¹⁸². Même après la guerre, le casernement des individus diagnostiqués comme faibles d'esprit semble toujours être décrit par les médecins en des mots évoquant non seulement la maladresse, mais pointant surtout le manque d'efficacité, qui se manifeste jusqu'au moment de donner la mort selon Fribourg-Blanc¹⁸³. Ces données montrent qu'on n'a finalement tiré aucun enseignement du conflit. Beaucoup croient encore à la vertu du pronostic de l'aliéniste quant aux déficients mentaux : « en faisant œuvre médicale, il ne doit pas oublier qu'il doit faire aussi œuvre de rendement militaire et de protection nationale »¹⁸⁴.

Cible d'un devoir de production et de travail, l'individu qui ferait défaut est qualifié de « non-valeur sociale »¹⁸⁵ dans un processus exigeant de « sauver ce qui est sauvable, récupérable par et pour le travail ; inversement dégager cette frange irrécupérable »¹⁸⁶. Ce rêve d'une homogénéité rationnelle se trouve fondé et justifié par une science à laquelle on confère le pouvoir de trier entre le bon grain et l'ivraie. La fin de la guerre semble pourtant faire reculer cette utopie à l'épreuve de la

¹⁸⁰ *Ibid.*, p. 315.

¹⁸¹ J.-J. BECKER. et S. BERSTEIN, *op. cit.*, 1977.

¹⁸² Voir Amélie PERRON et Dave HOLMES, « La citoyenneté des malades mentaux », *Santé mentale*, n°147, avril 2010, p. 22.

¹⁸³ « De fait, ces essais de suicide sont puérils, mal préparés, incomplètement exécutés [...]. Tous se ressemblent étonnamment par la puérité de l'acte, la pauvreté d'invention qui le caractérise et la répétition stupide d'un même procédé inefficace : essais de pendaison à la caserne, en plein jour, en présence d'autres soldats ». Fribourg-Blanc note que la seule méthode dans laquelle ils arrivent à leur fin serait la noyade car elle « ne nécessite pas de préparatifs compliqués ». André FRIBOURG-BLANC, « La réaction suicide dans l'armée », *Paris Médical*, 1932, p. 423-424.

¹⁸⁴ Albert POROT, « Les bases de l'expertise mentale dans les bataillons d'Afrique et les groupes spéciaux en temps de guerre (aptitude au service et responsabilité militaire », *Revue neurologique*, 1916, p. 25.

¹⁸⁵ Alors que Henri-Jacques Stiker voit dans l'entre-deux-guerres un progrès dans la tolérance par rapport à l'invalidité physique du fait de sa visibilité, rien n'augure la même évolution sur le plan de la perception du handicap mental. Comme la lutte contre les vagabonds sur le plan de la morale ou l'organisation scientifique du travail dans la sphère de l'usine, la recherche des débilés mentaux dans l'armée relève assurément de cet idéal de réalisation d'un système aseptisé et rationnel, dans le cadre d'une « doctrine industrielle appliquée aux populations ». Voir J.-C. BEAUNE, *op. cit.*, p. 16.

¹⁸⁶ Sans faire de téléologie, on peut entrevoir les implications d'une telle conception de l'être humain : Beaune effleure déjà ce « fantasme partagé d'un anéantissement qu'on s'interdit encore de prononcer en terme de 'liquidation physique', mais que l'on pense, à part soi, de cette façon ». J.-C. BEAUNE, *op. cit.*, p. 347.

pratique et les ratés découlant d'un pragmatisme trop radical¹⁸⁷. Au début du XIX^e siècle, Rochefoucault-Liancourt déjà envisageait dans ses réformes sociales de « forcer au travail » car celui qui ne consomme pas et ne produit pas absorbe la subsistance d'un homme utile. Mais l'arriéré, la plupart du temps non forçable et donc non exploitable d'un point de vue économique. C'est précisément sur ce point que se fonde l'argumentation de Binding et Hoche pour appeler à l'élimination de certaines catégories de malades considérés comme incurables dans la jeune République de Weimar.

b) L'argument économique au centre de la première vague eugéniste après la Première Guerre mondiale en Allemagne : Binding et Hoche (1920)

Pendant le conflit déjà, certains médecins étudiant la question des débiles mentaux et de leur utilisation au front envisageaient la possibilité d'une « sélection » par ce biais. Ainsi l'aliéniste Léon Pruvost, réfléchissant à l'utilisation des débiles mentaux dans l'armée, pousse dans sa thèse de médecine de 1915 à leur incorporation à l'armée sur l'argument suivant :

L'intérêt de la société est-il de ménager la vie des demi-valeurs ? [...] Qu'advient-il de la race si, après qu'une indulgence débonnaire aura mis à l'abri tous les débiles, ils restent en foule une fois la paix signée, comme géniteurs avec leur hyperorchidie et leur prolificité classiques ?¹⁸⁸

De ce point de vue, la guerre représente une chance pour la collectivité en ce qu'elle peut réaliser un « eugénisme passif bienvenu au moment où les vraies valeurs humaines tombent jour après jour »¹⁸⁹. Du côté allemand, le cataclysme de l'après 1918 pointe justement du doigt cette sélection bénéfique qui n'a pas eu lieu et la « contre-sélection » naturelle qui s'est déroulée par le truchement de l'incorporation des meilleurs et l'internement de ceux considérés comme des non-valeurs sociales absolues. La Première Guerre mondiale a été particulièrement marquante dans le secteur psychiatrique allemand en raison de la famine qui l'a décimé. Thomas Beddies estime à plus

¹⁸⁷ Ainsi en 1918, la thèse de C. Saint-Aubin sur les « débiles intellectuels » dans l'armée en temps de guerre défend plutôt une position prudente. Déclarer coûte que coûte les déficients mentaux aptes au service est selon lui un tort car le débile « est un facteur important de défaite et de panique ». Claire SAINT-AUBIN, *Les débiles intellectuels, leur aptitude au service militaire en temps de guerre*, Thèse, Nancy, 1918, p. 22 et 34-35.

¹⁸⁸ On peut néanmoins souligner que la position défendue par Léon Pruvost semble assez isolée. L. PRUVOST, *op. cit.*, p. 58.

¹⁸⁹ Hervé Guillemain cite lui aussi Léon Pruvost dans son article. H. GUILLEMAIN, « La mobilisation des débiles ». *op. cit.*, p. 114-115.

de 70000 les malades mentaux morts de faim (*Hungersterben*) dans les asiles allemands¹⁹⁰. Ajoutée à la situation économique désastreuse de l'Allemagne après le Traité de Versailles, cette surmortalité renforce le débat déjà existant sur le coût de la prise en charge des malades mentaux considérés comme incurables, que Kraepelin qualifiait déjà en 1908 de poids pesant sur le peuple allemand. Paul Weindling montre bien de quelle manière ce contexte particulier engendre une nouvelle montée des idées eugénistes au début des années 1920 — avant celle encore plus intense de la période du national-socialisme — qu'on abordera dans le chapitre 6, mais dont on peut évoquer ici dans ses fondements économiques¹⁹¹.

Les mesures d'eugénisme négatif plébiscitées par Binding et Hoche découlent directement du traumatisme des pertes humaines de la Première Guerre mondiale. Aux jeunes idiots pris en charge dans une institution, les deux psychiatres opposent le sacrifice des jeunes élites de la nation sur le champ de bataille ou la mort d'ouvriers productifs :

Imaginons en même temps un champ de bataille couvert de milliers de jeunes gens morts, ou une fabrique dans laquelle l'orage aurait abattu des centaines de travailleurs appliqués, et d'un autre côté représentons nous à l'esprit notre institut pour idiots avec sa charité pour ses pensionnaires — et l'on est frappé au plus profond de son âme par cette horrible dissonance entre d'une part le sacrifice à grande échelle du plus précieux bien de l'humanité et d'autre part les plus grands soins prodigués à des individus non seulement sans valeur, mais aux existences à la valeur négative¹⁹².

Le choix des citoyens opposés aux « idiots » pris en charge en institution est particulièrement révélateur. Ce sont à des membres productifs de la société dont le cas a été abordé précédemment — soldats et « travailleurs appliqués » — que les deux psychiatres choisissent d'opposer la catégorie des arriérés. La fable et la « dissonance » décrite fait office de démonstration à l'idée de contre-sélection naturelle, thème central pour comprendre la montée de l'eugénisme sous la République de Weimar¹⁹³. Or l'argument sur lequel repose toute la démonstration est de nature économique. Binding et Hoche jouent en effet sur l'apparent contraste entre le sacrifice des forces productives sur

¹⁹⁰ Pour l'Allemagne, voir Heinz FAULSTICH, *Hungersterben in der Psychiatrie 1914-1949: Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie*, Lambertus Verlag, 1998. Pour la question du côté français pendant la Seconde Guerre mondiale, voir Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, *L'hécatombe des fous : la famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, Paris, Aubier, 2007.

¹⁹¹ Paul WEINDLING, *L'hygiène de la race*, Paris, La Découverte, 1998.

¹⁹² „Denkt man sich gleichzeitig ein Schlachtfeld, bedeckt mit tausenden toter Jugendlichen oder ein Bergwerk, worin schlagende Wetter Hunderte fleißiger Arbeiter verschüttet haben, und stellt man in Gedanken unsere Idioteninstitute, mit ihrer Sorgfalt für ihre lebenden Insassen daneben — und man ist auf das tiefste erschüttert von diesem grelle Missklang zwischen der Opferung des teuersten Gutes der Menschheit im größten Maßstab auf der einen und der größten Pflege nicht nur absolut wertloser, sondern negativ zu wertender Existenzen auf der anderen Seite“. Karl BINDING et Alfred HOCHÉ, *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens*, 1920, cité par Andreas MÖCKEL (dir.), *Quellen zur Erziehung von Kindern mit geistiger Behinderung*, Würzburg, Ed. Bentheim, 1997, p. 79.

¹⁹³ „Was nach den Naturgesetzen in der Freiheit zugrunde gehen würde, wird behütet und gepflegt“. Carton du film documentaire nazi *Erbkrank*, 1934-1936.

le champ de bataille envisagée comme paradoxale au regard de la survie de malades oisifs. Ce lien, présenté comme une aberration, s'avère décisif pour expliquer la radicalisation des positions prises à l'égard de l'arriération dans l'après Première Guerre mondiale. Cette expérience a été interprétée par beaucoup de scientifiques allemands comme la mise en pratique de la contre-sélection naturelle, processus qui était déjà amplement dénoncée par les eugénistes. Dans cette perspective, cette sélection contre-productive pour la société doit être corrigée par une sélection artificielle faisant disparaître ceux qui auraient du l'être naturellement — mais qui n'étaient pas sur le champ de bataille, comme le pointent Binding et Hoche. Les arriérés figurent au premier chef des « vies indignes » à vouer à la sélection dans leur ouvrage. Volker Roelcke démontre à ce titre que l'argument économique était certes déjà présent avant la guerre — comme on a pu l'aborder dans la première partie du chapitre¹⁹⁴, mais que 1918 est la césure majeure. Après la guerre et surtout la crise de 1929, l'allègement du fardeau financier porté par la nation allemande est au cœur des discussions des psychiatres, à plus forte raison parce qu'il rencontre une audience d'autant plus réceptive. A l'occasion de tous les bouleversements économiques, politiques financiers subis par la République de Weimar, « l'interprétation des phénomènes observables par Kraepelin et Rüdin devient la 'lecture' dominante des faits pendant les phases plutôt mouvementées de l'Allemagne pré-1933 » selon l'historien allemand¹⁹⁵. A ce titre, les arriérés apparaissent non seulement comme des individus porteurs d'une pathologie transmissible telle qu'on la décrira dans le chapitre 6, mais surtout sont intrinsèquement jugés par Binding et Hoche comme ayant une vie « sans valeur ».

Or l'utilité sociale est le critère clé au cœur de l'argumentaire développé par les psychiatres sur la question des vies « indignes d'être vécues ». L'assistance aux individus malades ou handicapés n'est plus présentée comme un devoir, mais au contraire un scandale car ils sont envisagés uniquement sous le prisme de leur rendement social. Les arriérés sont ainsi les « gens les plus inutiles » (*nutzlosesten Menschen*), formant le « groupe innombrable des imbéciles incurables, dont le prolongement de la vie ne possède aucune valeur aussi bien à la société qu'au porteur de cette vie lui-même »¹⁹⁶. Même la valeur de l'affection reçue par l'entourage est évaluée : les idiots congénitaux n'auraient selon Binding et Hoche aucune « valeur affective » (*Affektionswert*) pour leur famille en raison de l'absence de rapport spirituel établi depuis la plus petite enfance. Sans valeur

¹⁹⁴ Il est utilisé chez Binet, Jost et dans bon nombre d'écrits contestant l'argent utilisé pour l'assistance, mais aussi chez les premiers théoriciens de la *Rassenhygiene* comme Rüdin, qui vilipende l'assistance aux faibles d'esprit dans son article de 1910.

¹⁹⁵ Volker ROELCKE, "Biologizing Social Facts : An Early 20th Century Debate on Kraepelin's Concepts of Culture, Neurasthenia, and Degeneration", *Culture, Medicine & Psychiatry*, vol. 21, n° 4, 1997, p. 398.

¹⁹⁶ „Zahlenmässig grösseren Gruppe der unheilbar Blödsinnigen, die Fortdauer des Lebens weder für die Gesellschaft noch für die Lebensträger selbst irgendwelchen Wert besitzt“. K. BINDING et A. HOCHÉ, *op. cit.*, p. 77.

économique ni affective, les arriérés incurables sont vus comme des individus « mentalement morts » (*geistig Toten*) pour lesquels la mort physique serait en réalité une « mort miséricordieuse » (*Gnadentod*)

Le fait que même de grands criminels ne soient pas punis, mais sont au contraire protégés dans un asile témoigne d'une méconnaissance des lois de la nature et d'une compréhension erronée du christianisme [qui n'aurait pas lieu] si l'on pouvait démontrer l'infériorité mentale¹⁹⁷.

Cette citation reproduisant un intertitre du film *Erbkrank* est certes écrite plus d'une décennie après les propos de Binding et Hoche. Sa présence ici se justifie pourtant par le fait qu'elle reprend des arguments qui sont précisément établis et communs depuis les années 1920. A ce titre, le rôle de l'ouvrage des ces derniers a été considérable dans la banalisation de la valeur des arriérés, dont la place d'être humain à part entière est niée. L'intertitre du documentaire nazi permet de comprendre les ressorts utilisés par la propagande pour diffuser de manière insidieuse un discours d'une telle violence. Comme dans le film *Erbkrank*, elle se fonde déjà quinze ans plus tôt dans *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens* sur l'ambiguïté d'un appel à la compassion qui cache mal un « devoir de mourir » imposé au malade mental — et au premier chef à l'arriéré lourdement handicapé — par des tiers mettant en avant le caractère insupportable de leur vie¹⁹⁸.

Ces idées sont encore minoritaires dans la République de Weimar naissante. Néanmoins, reprise chez Binding et Hoche d'une logique déjà utilisée par Jost une génération plus tôt a déjà davantage de répercussion dans le contexte du climat délétère qui est celui de l'après-guerre allemande. Les films de 1934 ne sont qu'une version encore radicalisée d'idées dans lesquelles ils

¹⁹⁷ „Von einer Verkenning der Naturgesetze und falschen Einstellung zum Christentum zeugte es, dass selbst Schwerverbrecher nicht bestraft, sondern in einer Anstalt 'verwahrt' wurden, wenn man geistige Minderwertigkeit feststellen konnte“. Carton extrait du film documentaire nazi *Erbkrank*, 1934. Sur ce film, voir l'article de Christian BONAÏ et Vincent LOWY, « D'*Erbkrank* (1934-36) à *Opfer der Vergangenheit* (1937) : les représentations du handicap mental dans le cinéma de propagande nazi », in C. MEYER, *Normes et normalisation du travail*, Annecy, GEPSO, 2010, p. 35-49. On reprendra les liens nombreux entre ce film — tourné en partie dans l'asile de Dalldorf et la fin de la période que nous étudions — et notre travail en conclusion générale de la thèse.

¹⁹⁸ Markus Dederich rappelle à cette occasion l'identification entre handicap et souffrance, qui s'illustre dans le vocabulaire : on « souffre » de handicap en français comme en allemand (*an geistige Behinderung leiden*), ce qui implique aussi l'idée d'état et de non-curabilité. Pourtant, il faut garder à l'esprit que ces expressions sont avant tout issues des projections de non-handicapés. Markus DEDERICH, „Behinderung, Norm, Differenz – Die Perspektive der Disability Studies“, in F. KESSL et M. PLÖBER (dir.), *Differenzierung, Normalisierung, Andersheit*, Francfort, Springer, 2010, p. 170-184.

puisent comme si elles étaient des lieux communs¹⁹⁹. Ils accentuent dans les deux pays une tendance déjà remarquée pour le début du XX^e siècle, à savoir l'existence d'une force de rappel de l'arrière vers l'asile qui ne fait qu'accentuer les difficultés qui existaient déjà jusqu'à aboutir à la contestation pure et simple de la prise en charge asilaire.

c) L'asile, un dernier refuge contesté

Il reste que, dans la pratique, l'asile représente toujours dans l'entre-deux-guerres un lieu protégé où l'arrière peut trouver à s'employer et se « rendre utile ». L'institution est en cela un isolat dans lequel trouver un emploi est possible quand toutes les autres tentatives ont échoué dans la société civile. C'est ainsi qu'on retrouve de jeunes adultes qui sont finalement admis dans les établissements à la limite — voire au-delà — de l'âge requis. Cette intégration tardive arrive le plus souvent à l'issue d'échecs successifs à trouver un emploi dans la société civile. Ainsi Ewald S. arrive à l'âge de dix-sept ans à l'*Idiotenanstalt* après avoir échoué à plusieurs reprises à trouver une place sur le marché du travail berlinois. Son parcours est le suivant :

Est allé dans une école de perfectionnement, ensuite a travaillé chez un paysan un jour. Il ne l'a pas gardé. Ensuite 3 semaines à la maison. Puis apprenti dans une fabrique de [ill.] pendant 6 mois, mais ne pouvait rien comprendre et a été renvoyé de nouveau. Ici, il voudrait apprendre le jardinage, mais jusque-là il ne comprend rien aux travaux des champs²⁰⁰.

En effet au moment de son admission, Ewald S. déclare au médecin qu'il ne « pouvait pas comprendre » (*konnte nicht begreifen*) les ordres de son maître et que ce dernier « ne pouvait pas l'utiliser ». Il souhaiterait « s'occuper du jardin » (*sich gärtnerisch beschäftigen*) et « planter des fleurs et d'autres choses » (*Blumen pflanzen und Dingen*). Les propos du jeune homme sur son parcours témoignent d'une situation qui n'a rien de rare. Nombreux sont les cas d'arriérés légers qui se retrouvent dans l'incapacité de trouver un emploi autre part que dans l'enceinte d'un établissement. L'institut Saint-André de Cernay offre d'autres exemples d'une telle situation dans l'entre-deux-guerres. Les moins capables sont occupés dans les champs à des tâches n'exigeant

¹⁹⁹ Même si la radicalisation dans les films de propagande sanitaire nazie réside ailleurs que dans la simple reprise de telles affirmations, comme le montre l'article de Christian Bonah et Vincent Lowy. Voir C. BONAHE et V. LOWY, *op. cit.*, p. 35-49.

²⁰⁰ „Blöder Gesichtsausdruck. Hat Hilfsklasse besucht. Kann die einfachsten Rechenenaufgaben nicht lösen“. „Sei bis in die Hilfsschule gekommen, denn habe er bei einen Bauer gearbeitet für einen Tag. Er habe ihn aber nicht gehalten. Dann 3 Wochen zu Hause. Den Lehrling in einer Lamp[ill.]fabrik ein halbes Jahr, konnte aber nichts begreifen und wurde wieder fortgeschickt. Hier möchte er sich gärtnerisch beschäftigen, verstände aber bisher noch nichts von Landarbeit. Gez Dr Heine. (A. A.) ». Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n°5947, Ewald S., Rapport du médecin des admissions de Dalldorf (A.A. : *Aufnahmenarzt*), 5 janvier 1921.

aucune habilité technique, telles que le fait d'enlever les cailloux des sillons des champs. Document rare, un pensionnaire témoigne de cette pratique dans une lettre datant de 1934 :

Nous ramassons aussi les pierres, quelquefois plusieurs fois sur le même champ. Avant le labourage, après le labourage, après le hersage et il en reste toujours. Vous voyez d'ici que de pierres ramassées sur les terres. Les pierres sont mises en tas le long des chemins bordant les champs. Elles sont enlevées par des tombereaux, elles servent à boucher la carrière!²⁰¹

On peut constater par la qualité de la rédaction que le pensionnaire en question est capable de lire et écrire. Il est d'ailleurs régulièrement employé à des tâches plus complexes que le ramassage des pierres puisqu'il est aide de bureau à Saint-André, mais employé aux champs lorsqu'il devient « trop fantasque » d'après son dossier médical. L'utilisation de la main-d'œuvre asilaire rencontre donc ici un objectif thérapeutique — de l'ordre de la thérapie occupationnelle puisqu'elle vise à apaiser un état d'excitation — mais a aussi un intérêt économique pour l'individu dans l'incapacité de répondre aux exigences d'un marché du travail qui l'empêcheraient sans doute de s'employer durablement au dehors. On peut penser qu'un tel mécanisme d'éviction joue un rôle particulièrement important dans le contexte économique de crise et de saturation du marché du travail que connaît la France des années 1930, frappée certes moins violemment que ses voisins, mais plus durablement²⁰². En 1934, à l'acmé de la crise, l'exemple de Saint-André de Cernay montre comment l'enceinte de certains asiles — ceux encore capables d'offrir une occupation à leurs patients, puisqu'il faut rappeler que le service de Bicêtre est fermé depuis 1925 — représente probablement le seul lieu où les catégories particulièrement fragiles et surexposées au risque de chômage telles que les arriérés peuvent finalement espérer être employés. On peut même penser que le stigmate de l'instabilité professionnelle de cette catégorie ne fait qu'aggraver son éviction du marché du travail. De nombreuses descriptions du parcours de jeunes adultes arriérés mentionnent l'instabilité de l'individu sur le plan professionnel comme un critère assimilant le patient à la catégorie des « vagabonds pathologiques » (*pathologische Vagabunden*), et ce aussi bien en France qu'en Allemagne au début du XX^e siècle²⁰³. Ainsi à la mort de ses parents en 1930, Gerda C. est adressée par l'assistance publique à un établissement spécialisé car décrite comme « faible d'esprit » (*Schwachsinnig*). Agée de seize ans, le fait que « la jeune femme change souvent d'emploi » se retrouve toutefois mentionné dans son dossier administratif comme une raison supplémentaire motivant son admission dans un

²⁰¹ Cette lettre est reprise dans le livre d'Edouard Rouby célébrant le centenaire de l'établissement de Cernay. L'auteur note : « Le style et l'orthographe de sa lettre sont intégralement respectés ici. Les extraits présentés ont pu être recoupsés et vérifiés [...] son témoignage est fiable ».

²⁰² Jean-Charles ASSELAIN, *Histoire économique de la France du XVIII^e siècle à nos jours*, Paris, le Seuil, 2011.

²⁰³ Voir Beate ALTHAMMER, „Pathologische Vagabunden: Psychiatrische Grenzziehungen um 1900“, *Geschichte und Gesellschaft*, n° 3, 2013.

asile²⁰⁴. Ainsi l'institution constitue aussi le réceptacle de tous les individus non éligibles mais qui n'arrivent pas à s'intégrer au marché du travail.

Cette idée de l'asile comme dernier refuge de l'arriéré est présente dans les principes revendiqués à la fondation des établissements, mais se révèle plus fondamentale encore lors des périodes de crise. Les recherches d'Isabelle von Bultzingsloewen montrent comment l'attention portée à des modalités de « ponctualité absolue, chronométrage, constance du rythme » qu'on a mise en évidence dans ce chapitre pour l'avant Première Guerre mondiale concernant les arriérés a encore un impact perceptible dans les années 1930. La chercheuse explique de quelle manière des changements ayant lieu dans l'organisation du travail au début du XX^e siècle qu'on a pu aborder précédemment, l'élévation des exigences productives en particulier, a pour effet d'accentuer l'inadaptation de sorte que « les « idiots », les « imbéciles », les « déments », « incapables de suffire » sont exclus d'office²⁰⁵. Par un effet d'éviction, la liste de individus considérés comme « désadaptés sociaux » ne fait ainsi que s'allonger, et s'appliquer à nombre de patients des établissements étudiés.

Ce constat renforce la tendance voulant que le recours à l'institution augmente lors des moments de crise. Pour la période de la Grande Dépression aux Etats-Unis, l'historien James Trend relève lui aussi que « les temps difficiles n'ont fait qu'augmenter les demandes vis-à-vis des institutions », et en particulier concernant la catégorie des arriérés. Dans l'entre-deux-guerres, Isabelle von Bultzingslowen postule

On peut en tout cas postuler que la hausse du coût de la vie a conduit certaines familles à faire interner leur malade qu'elles ne parviennent plus à entretenir, ou à le placer dans un asile public faute de pouvoir payer les frais de pensions réclamés par les maisons de santé privées²⁰⁶.

Ce recours à l'asile en temps de crise ne manque pourtant pas d'accentuer le cercle vicieux de la surpopulation, défi majeur auquel sont confrontés tous les établissements psychiatriques. A l'inverse, la crise vide encore davantage de sens l'impératif de former une partie des arriérés internés à un métier, alors qu'une fois prêts à sortir, aucun emploi ne les attendra à la sortie, et dont l'apport productif — quand il existe — se retrouve conçu comme surnuméraire.

²⁰⁴ „Die Jugendliche wechselt häufig ihre Stelle“. Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n°5812, Gerda C., née à Berlin le 15 juin 1914, Rapport de l'*Amtgerichtsrat*, 1930.

²⁰⁵ Isabelle von BULTZINGSLOEWEN, « Réalité et perspectives de la médicalisation de la folie dans la France de l'entre-deux-guerres », *op. cit.*, p. 57.

²⁰⁶ *Ibid.*, p. 57

Si à l'échelle individuelle, les dossiers de nombreux patients témoignent de parcours chaotiques, d'une manière générale, ce constat à l'échelle micro-historique correspond dans nos sources à la montée de discours contestant de plus en plus fréquemment la légitimité d'une assistance des arriérés. Sur le plan de leur acceptation sociale, les propos d'observateurs extérieurs aux services attestent d'un droit à l'assistance apparaissant de plus en plus contesté aux arriérés, et de frais vus comme une charge dont l'Etat est malheureusement contraint de s'acquitter. Les propos de Louise Huber, qui visite l'établissement de Cernay en 1931, sont représentatifs d'un recul de la logique d'assistance destinée aux arriérés :

Cette obligation entraîne une lourde charge d'impôts et on pourrait consacrer ces sommes à d'autres œuvres sociales dont jouirait la grande masse. Mais d'une façon ou d'une autre les anormaux tomberont à notre charge et si nous ne prévoyons pas des annexes pour les classes et les asiles, nous serons obligés d'en prévoir pour les hospices, les asiles d'aliénés et les prisons²⁰⁷.

On voit que la question du coût est au centre du discrédit rencontré par l'aide aux arriérés, et même pour ceux qui ne la contestent pas, la démarche est décrite comme contrainte. Dans l'entre-deux-guerres, l'idée d'une compensation par les malades eux-mêmes devient encore plus prégnante. Cette idée qu'on trouvait déjà dans les propos du médecin-chef de Bicêtre en 1910 semble être devenue banale, comme le prouve cette remarque de Georges Heuyer dans sa thèse sur les enfants anormaux datant de 1926, qui souligne que les débiles mentaux « peuvent récupérer en partie les dépenses que la société a faite pour les entretenir », assistance nécessaire en étant « susceptibles d'une utilisation plus ou moins complète »²⁰⁸.

De plus, dans un contexte de crise économique, la moindre acceptation sociale des services dévolus aux arriérés se double d'une contestation de leur droit à exercer une activité économique. Une telle affirmation peut sembler en contradiction avec l'injonction d'une mise au travail des oisifs largement mise en évidence dans ce chapitre, mais appartient en réalité au genre de contradiction qu'on trouve encore au sujet de certaines populations marginalisées²⁰⁹. Au cours des années 1930, la saturation du marché de l'emploi et les effets liés à une crise de surproduction ont pour conséquence paradoxale d'apporter des arguments supplémentaires contre la mise au travail de populations telles

²⁰⁷ A.S.C., CE 3M, Dossier 19 : « Lettres, rapports, comptes-rendus émanant d'autres personnes et concernant l'activité de l'institut », Louise Huber, « Le placement des enfants anormaux dans les trois départements recouverts », mémoire dactylographié, s.l., 1931, p. 5.

²⁰⁸ G. HEUYER, *op. cit.*, p. 31.

²⁰⁹ A ce titre, on peut penser aux poncifs anciens concernant par exemple les étrangers qui sont sensés ravir le travail (et les femmes par la même occasion) des Français, mais en même temps restent accusés d'être oisifs ou de profiter du système de protection social.

que les malades mentaux. Une histoire de balais alsaciens en fournit une illustration frappante, reconstituée grâce à aux sources issues d'un autre asile après le retour à la France de l'Alsace-Moselle, à savoir l'asile de Hoerd. La préfecture du Bas-Rhin reçoit en août 1931 un courrier singulier, rédigé par les directeurs de la société Klein Frères, qui dénonce la fabrication de balais-brosses par les patients arriérés de cet établissement, qui a lancé cette production quelques mois plus tôt :

Cette introduction nous paraît [...] tout à fait inopportune, se produisant en effet au moment même où, par suite de la crise générale des affaires, l'artisanat et l'industrie privée éprouvent déjà de très grandes difficultés pour se maintenir à flot [...]. Nous occupons encore actuellement 68 ouvriers et ouvrières, tant à notre usine qu'à domicile et nous serions dans la triste obligation d'en licencier plus de la moitié à très brève échéance si les conditions actuelles de notre exploitation [...] devaient devenir définitive²¹⁰.

Basés à Obernai, les responsables des « usines mécaniques alsaciennes de brosse et pinceaux » dénoncent ainsi le lancement d'un atelier de broserie au sein de l'IMP de Hoerdt comme ayant des « répercussions désastreuses » sur la société obernoise dont elle mettrait l'existence en péril d'après le fabricant. Ce dernier met en cause le choix de faire fabriquer des balais par les enfants arriérés et indisciplinés de l'IMP, qui s'ajoute à une activité similaire déjà existante dans un autre asile alsacien, celui de Zelsheim. L'activité proposée aux arriérés aurait pour conséquence de saturer le marché alsacien du balai :

La fabrication de nos articles est depuis longtemps déjà pratiquée les institutions d'aveugles de Still (Bas-Rhin), de Strasbourg, 21 rue des Serruriers, et d'Illzach (Haut-Rhin), que par la prison de Colmar, mais toutes ces institutions payent des salaires beaucoup plus élevés que les asiles de Zelsheim et Hoerd, de sorte que grâce à l'emploi de machines et à une organisation industrielle plus poussée, l'industrie privée pouvait encore se maintenir sur le marché, alors que cela est devenu complètement impossible depuis que les deux asiles en question se livrent à la fabrication des dits articles à des prix dérisoires qui sont au minimum de 50% inférieurs aux allocations des institutions d'aveugles et partant, aux salaires des établissements privés²¹¹.

Concédant « tout l'intérêt social » d'une telle démarche pour les aveugles, le directeur de l'entreprise « Klein Frères » conteste en revanche l'introduction de ce type d'activité dans d'autres établissements caritatifs, et en particulier ceux dévolus aux arriérés. Pour lui, la production effectuée par ces derniers au sein de l'asile de Hoerdt induirait une distorsion de la concurrence néfaste qui ne serait « pas rationnel[le] et [pas] même équitable » pour le reste des producteurs de balais issus de la société civile. Le raisonnement de l'industriel réside ainsi en une contestation du milieu protégé que

²¹⁰ Archives départementales du Bas-Rhin AL 121 828, IMP de Hoerd : divers, Lettre de la société « Klein Frères » (Usines mécaniques alsaciennes de brosse et pinceaux) au préfet du Bas-Rhin, Obernai, le 11 août 1931.

²¹¹ Archives départementales du Bas-Rhin AL 121 828, IMP de Hoerd : divers, Lettre de la société « Klein Frères » (Usines mécaniques alsaciennes de brosse et pinceaux) au préfet du Bas-Rhin, Obernai, le 11 août 1931.

constitue l'asile et des activités qui s'adressent à ses pensionnaires, mettant sur le même plan l'entreprénariat privé et thérapie occupationnelle. L'auteur du courrier accuse ainsi l'institut médico-pédagogique de Hoerdts de pratiquer « des prix tellement réduits qu'il devient [pour lui] absolument impossible de continuer [son] exploitation ». Une demande de renseignements supplémentaires adressée par le préfet au médecin-chef concernant le fonctionnement du service de brosse de l'IMP nie pourtant la concurrence effective de Hoerdts sur le marché du balai-brosse alsacien. On a en effet déjà pu voir précédemment que l'asile n'avait pas créé cette activité dans un but lucratif. Plus, l'atelier entraîne en réalité des surcoûts importants pour l'asile étant donné que « les enfants gâchent beaucoup de matériel » d'après son médecin-chef. La production de balais existant seulement depuis le 15 octobre 1930, il paraît en outre peu probable qu'elle ait bouleversé le marché du balai bas-rhinois. De surcroît, il s'avère que l'IMP ne vend pas la marchandise fabriquée, ce qui indique pour la préfecture qu'il « ne semble pas dans ces conditions que la fabrication de brosses à l'IMP puisse avoir une mauvaise répercussion sur cette industrie »²¹². Pourtant, le patron de la société « Klein Frères » fait référence au contexte économique du début des années 1930 pour tenter d'obtenir une action de la préfecture en sa faveur.

Ces accusations formulées sans fondement expriment une défiance générale grandissante vis-à-vis de l'assistance aux malades mentaux et déviants en général dans une période difficile sur le plan économique. Dans le contexte d'une prise en charge de l'arriération qui dépend de la communauté — de la famille à la *Familienpflege* en passant par le voisinage et même d'autres acteurs du secteur économique comme on le voit par l'exemple de l'entreprise Klein Frères — l'acceptation sociale de la déficience apparaît cruciale. Cet exemple met en évidence de manière concrète comment les arriérés font office de caisse de résonance des peurs qui hantent les contemporains quant à la perception des propres dangers qui les menacent. En temps normal déjà, un maître particulièrement soucieux de la productivité de son entreprise dans une période de rendements décroissants va vilipender le travail inefficace de son apprenti, comme on l'a vu en Allemagne à l'échelle individuelle. Au contraire à l'échelle macroéconomique, l'apport productif éventuel de certains arriérés est perçu comme un élément renforçant la saturation du marché renforçant ainsi les difficultés, et ce à plus forte raison en cas de crise généralisée. A ce sujet, les écrits du Dr Paul Courbon témoignent dans l'entre-deux-guerres de l'exceptionnalité qu'a pu représenter l'intégration des malades mentaux au marché du travail pendant la Première Guerre mondiale. A l'instar des femmes dont l'entrée sur le marché du travail se fait massivement entre 1914 et 1918 puis retombe

²¹² Archives départementales du Bas-Rhin AL 121 828, IMP de Hoerdts : divers, Lettre du Dr Arsimoles au Préfet du Bas-Rhin, 17 septembre 1931.

très rapidement à son seuil d'avant la guerre, les arriérés sont considérés comme une main d'œuvre surnuméraire, vue comme intolérable hors période de pénurie notable. Son intégration au marché du travail ne peut être due selon l'aliéniste qu'à une situation « la nécessité économique empêchait la sélection de travailleurs par raréfaction de main d'œuvre saine »²¹³. « Ainsi s'explique l'embauchage pendant et immédiatement après la guerre du malade mental, à qui en tout autre temps personne n'eût voulu avoir à faire »²¹⁴. Les protestations des fabricants de balais à l'encontre de l'emploi aidé d'arriérés leur montre en effet que seule « la nécessité peut faire atteindre la tolérance de l'homme sain à l'égard des extravagances du fou »²¹⁵.

Mais ces parcours de certains arriérés ou de leur considérations par les employeurs sont des exemples à l'échelle individuelle de faits qui s'illustrent également à l'échelle des devenir des institutions dans leur totalité. Sans forcer le trait sur l'articulation de ces deux échelles, l'étude conjointe des dossiers médicaux de patients et de la documentation relative à l'évolution globale de chacun de nos établissements permet d'envisager un parallèle entre la sélection de plus en plus sévère subie par les arriérés eux-mêmes et la progressive déliquescence des services destinés à ce même public.

2. Vers des institutions à deux vitesses : éduquer les « éducatibles », se débarrasser des « incurables » (1910 - début des années 1930)

Les trois établissements principaux de l'étude subissent de lourdes modifications dans l'entre-deux-guerres quant à la composition des catégories d'arriérés pris en charge et leurs objectifs éducatifs de départ. On étudiera ici ces aspects de manière isolée successivement pour chacun des trois services, puis on verra en quoi leur évolution est elle-même représentative de celle du secteur de l'éducation spécialisée en général. Une approche diachronique est ici à nouveau nécessaire puisque les changements affectant les services s'opèrent à des moments variables dans les premières décennies du XX^e siècle en France et en Allemagne. Mais l'intérêt de la comparaison reste entier par

²¹³ P. FRIDENSON, J.-J. BECKER. et S. BERSTEIN, *op. cit.*, p. 109.

²¹⁴ Souligné par nous. *Ibid.*, p. 101.

²¹⁵ *Ibid.*, p. 102.

les évolutions semblables qu'on peut en dégager, illustrant comment partout « l'ère du *care* a supplanté l'ère de l'éducation », comme le note déjà en 1909 un directeur d'asile américain²¹⁶.

a) Le démantèlement du service des idiots de Bicêtre (1919-1924) et l'enlèvement des services pour arriérés de la région parisienne

On a expliqué que la dégradation de la situation de Bicêtre préexiste au premier conflit mondial, puisque les objectifs de départ semblent abandonnés dès les premières années suivant le départ de Bourneville en 1905. La combinaison entre une direction médicale moins convaincue et un pessimisme pédagogique grandissant ainsi que le début des écoles de perfectionnements à Paris sont autant de facteurs ayant contribué à une perte de vitesse du service avant même 1914. Ainsi en 1910, le Dr Nageotte pointe déjà de « vétusté des locaux » et de « l'urgence de travaux d'amélioration » pour le bien-être des patients lors de la visite du conseil de surveillance des asiles publics de la Seine, demandant des « améliorations de nature à adoucir les conditions de leur internement »²¹⁷. Du point de vue des admissions, le choix des patients est décrié par le Dr Roubinovitch dès son arrivée (cf. A).

Mais après la guerre, plusieurs sources attestent d'une accentuation de la dégradation matérielle et en termes de prise en charge dans le service de Bicêtre. L'entre-deux-guerres est marqué par une croissance ininterrompue du nombre d'aliénés internés, à un rythme bien plus rapide que celle de la population française après un fléchissement des effectifs dû à la Grande Guerre et à l'épidémie de grippe espagnole²¹⁸. Le département de la Seine compte alors six asiles, la construction d'un septième restant en débat. En 1924, un article de *L'Humanité* montre les contraintes pesant sur le budget en période de crise et l'état désastreux des conditions matérielles qui découle du conflit et de ses conséquences :

Le budget des malheureux, déjà bien compressé, est encore passé sous le pressoir [...] les peintures se décollent et constituent des abris qui résistent à tous les désinfectants. Ce qu'il faut, c'est démolir ces vieux bâtiments ou entreprendre des réparations essentielles. Mais il n'y a pas d'argent...La guerre a passé par là. Tout est ruine et deuil [...] Les draps salis par les

²¹⁶ Le directeur d'asile Charles Wilbur cité par James W. TRENT, *Inventing the Feeble Minded : A History of Mental Retardation in the United States*, Berkeley, University of California Press, 1995.

²¹⁷ Archives de Paris, D1 X3 14-54 : Procès-verbaux de la Commission de Surveillance des asiles publics d'aliénés du département de la Seine (1885-1934), Rapport de 1910, p. 52.

²¹⁸ Grâce à la statistique annuelle des institutions d'assistance, Isabelle von Bueltzingsloewen a reconstitué l'évolution du nombre d'aliénés présents dans les asiles : de 64000 environ au 1^{er} janvier 1920, on arrive à plus de 110000 en 1940. Elle calcule qu'on comptait 179,6 aliénés internés pour 100000 habitants en 1920 contre 299,3 pour 100000 habitants en 1940.

malades ne sont pas lavés. Ils sont séchés et redistribués. Toujours les crédits! Le budget des malheureux, déjà bien compressé, est encore passé sous le pressoir²¹⁹.

Cette description suscite les plaintes de nombreux parents au début des années 1920. L'article met notamment en cause le directeur de Bicêtre, M. Mounier, qualifié d' « être sans cœur et sans esprit ». Toutefois, les objectifs de l'administration sont de faire face à une situation de pénurie, et le « talent d'administrateur [du directeur] sera jaugé non pas aux améliorations qu'il apporte au sort des assistés, mais aux économies qu'il fera à leurs dépens »²²⁰. Le style pamphlétaire de l'article et les protestations de la direction face aux « lits des enfants envahis par des armées de punaises »²²¹ ou à la « nourriture infecte » pointés dans le journal n'a rien de différent des critiques habituelles déjà formulées par les courants antialiénistes au XIX^e siècle à l'encontre des « Bastilles modernes »²²². En réalité à Bicêtre, personne n'envisage plus la moindre réfection au milieu des années 1920 puisqu'il a été décidé que les enfants « doivent être dirigés vers d'autres établissements »²²³.

Alors que le médecin-chef de Bicêtre tout comme le directeur de l'APHP posent comme objectif de « concentrer les efforts du personnel enseignant sur les seuls enfants perfectibles », c'est en réalité l'inverse qui se produit à Bicêtre. L'objectif était de conserver au sein du service le seul pôle éducatif au motif que « pour les non-perfectibles, il suffirait d'une garderie »²²⁴. Mais au fil des ans, le devenir du service échappe à cette volonté de départ. En 1914, 88 enfants travaillent encore aux ateliers, et Roubinovitch signale déjà que « c'est une grave erreur que d'envoyer dans son service presque uniquement des idiots et des gâteux, et non des enfants susceptibles de perfectionnement »²²⁵. Pourtant la logique institutionnelle apparaît plus forte que les seuls intérêts médicaux. En 1922, le service de Bicêtre est bel et bien devenu la « garderie » que les médecins-chefs souhaitaient tant externaliser. Le service présente des « locaux trop vastes » qui n'accueillent plus d'éducables, ces derniers n'étant plus que 29 en 1924. En effet, le nouveau service créé « ne

²¹⁹ Archives APHP, Bicêtre, 9L48 : Affaires et plaintes, Article de presse de *l'Humanité* du 6 septembre 1924.

²²⁰ *Ibid.*

²²¹ *Ibid.*

²²² Aude FAUVEL, « Témoins aliénés et « bastilles modernes »: une histoire politique, sociale et culturelle des asiles en France (1800-1914) », Thèse, Paris, 2012.

²²³ Le directeur de Bicêtre, M. Mounier, se justifie dans une note : « Les draps des lits des enfants sont changés chaque fois qu'ils sont souillés [...] Chacun de leurs lits est pourvu de deux draps et d'une ou deux alèzes [qui] lorsqu'elles ont été mouillées, sont dépliées, séchées et utilisées de nouveau pour le même enfant, après avoir été repliées de manière à ce que la partie précédemment mouillée ne soit pas en contact avec le corps de l'enfant ». Archives APHP, Bicêtre, 9L48 : Affaires et plaintes, Note du Directeur de Bicêtre.

²²⁴ Archives de Paris, D1 X3 14-54 : Procès-verbaux de la Commission de Surveillance des asiles publics d'aliénés du département de la Seine (1885-1934), Rapport de 1913, p. 48.

²²⁵ Archives de Paris, D1 X3 14-54 : Procès-verbaux de la Commission de Surveillance des asiles publics d'aliénés du département de la Seine (1885-1934), Rapport de 1914, p. 53.

sera affecté qu'aux enfants inéducables, les garçons susceptibles d'amélioration devant être tous dirigés vers la colonie de Vaucluse »²²⁶.

Au final, le refus du Dr Roubinovitch après la guerre d'envoyer les éducables présents dans le service vers Vaucluse semble avoir précipité le transfert du service, qui est évacué vers l'établissement de Moisselles entre 1924 et 1926 dans un « service des enfants anormaux ». A cette date, le service est vidé d'une partie de sa vocation initiale, tout comme la Fondation Vallée qui « tend de plus en plus à devenir une garderie, la proportion d'enfants inéducables allant sans cesse croissant »²²⁷. Le service des idiots de Bicêtre meurt ainsi doucement au milieu des années 1920, après avoir été peu à peu privé de ses malades éducables, puis vidé des cas les plus lourds. *L'Humanité* suggère que les pensionnaires témoins de cette situation dégradée sont ici d'autant plus dénués de recours qu'ils sont absolument muets : « la plupart des malades étant idiots ne peuvent pas se plaindre », comme le rappelle un infirmier dans l'article. Le journaliste rappelle le devoir d'assistance de l'Etat : « il s'agit, ne l'oublions pas, de petits êtres anormaux, incapables de se défendre, de réclamer, et que l'on peut traiter comme des bêtes sans courir le risque de les voir protester », contrairement à d'autres malades mentaux qui avaient pu témoigner dans des affaires antérieures²²⁸. L'article se finit ainsi de manière volontairement provocatrice, sur une mise à défi de l'Etat qui au sens du journaliste renonce à son devoir et rogne sur « le budget des malheureux » : « Eh bien, il faut choisir! Si la société n'est pas capable d'assurer l'existence des déshérités, qu'elle ait le courage et la franchise de faire d'eux ce que faisait la société spartiate »²²⁹, le modèle grec — en partie fantasmé — constituant un *topos* du discours eugéniste du début du XX^e siècle.

Cette évolution montre l'achèvement du clivage entre structures éducatives pour les cas légers, qui se retrouvent au final polarisés par quelques écoles de perfectionnement, et services pour cas d'arriérés lourds, qualifiés alors « d'enfants anormaux ». Le terme de « garderie » scandé par de nombreux aliénistes trouve ainsi son application dans l'asile de Moisselles. En effet, là où sont transférés les enfants du service de Bicêtre, n'est présent « aucun agent qualifié pour s'occuper du psychisme de ces malades, de l'éveil ou du développement de leurs facultés mentale » ni « possédant une certaine instruction et la connaissance de l'enfance ». La directrice de l'époque insiste en pointant que « s'il existe chez nos petits malades une lueur d'intelligence, elle ne voudrait pas la voir

²²⁶ Archives de Paris, D1 X3 14-54 : Procès-verbaux de la Commission de Surveillance des asiles publics d'aliénés du département de la Seine (1885-1934), Rapport de 1922, p. 41.

²²⁷ Archives de Paris, D1 X3 14-54 : Procès-verbaux de la Commission de Surveillance des asiles publics d'aliénés du département de la Seine (1885-1934), Rapport de 1924.

²²⁸ Aude FAUVEL, « Le crime de Clermont et la remise en cause des asiles en 1880 ». *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, n°49, vol. 1, février 2002, p.195-216.

²²⁹ Archives APHP, Bicêtre, 9L48 : Affaires et plaintes, Article de presse de *l'Humanité* du 6 septembre 1924.

s'éteindre. Elle voudrait les éveiller à la vie ». Mais l'administration refuse, estimant que « cette proposition ne présente pas un grand intérêt » puisque les enfants admis à Moisselles sont reconnus comme « incurables ».

b) Berlin et la réforme de Dalldorf (1924-26) : rationalisation de la prise en charge dans un contexte de crise

La Première Guerre mondiale et ses conséquences immédiates constituent une césure plus profonde que du côté français. La révolution en 1919 puis l'inflation touchent durement le pays jusqu'à la fin 1923. Ce contexte doit être mentionné pour ses conséquences notables sur l'institution et la vie des arriérés qui y sont internés, mais aussi pour son impact sur les représentations dominantes au sujet des arriérés et leur coût pour la société, illustrant une nouvelle fois comment l'histoire des malades mentaux est sans cesse prise dans les rets du cadre économique, scientifique, éthique, sanitaire et socio-politique comme le note Thomas Beddies.

Après la guerre, Berlin dispose de quatre grands asiles. En tant que capitale du Reich, la ville est durement touchée par les événements de 1919 jusqu'au putsch de Kapp en mars 1920. Cette période est caractérisée par une insécurité sociale proche de la guerre civile. Les menaces contre la jeune République de Weimar prenant fin, les autorités municipales lancent une vague de réformes de la gestion de la ville de Berlin à l'automne 1920. En octobre notamment, une loi réunit dans l'entité de Gross-Berlin huit communes²³⁰. Ce nouvel ensemble représente près de quatre millions d'habitants, alors que la ville n'en comptait même pas la moitié d'après la délimitation de Berlin avant la guerre. Le Berlin du début des années 1920 connaît par ailleurs d'énormes problèmes de chômage et de la difficile réinsertion dans le civil des soldats de 1914-18, et est confronté à une vague d'émigration vers la capitale²³¹. La prise en charge connaît un retour en arrière notable dans cette période de grandes difficultés matérielles. En effet selon Thomas Beddies, ces manques annulent beaucoup de progrès accomplis auparavant dans les soins des patients ou concernant leur

²³⁰ Berlin, Charlottenburg, Köpenick, Lichtenberg, Neukölln, Schöneberg, Spandau et Wilmersdorf, soit 88 ha. Cette nouvelle carte n'a rien d'anecdotique puisqu'elle inclut dans le recrutement de Dalldorf vingt *Verwaltungsbezirke*, dont celui de Reinickendorf où se trouve l'asile.

²³¹ Cette situation délétère est encore aggravée par l'hyperinflation et le règlement du Plan Dawes, qui déclenchent non seulement des difficultés matérielles énormes, mais aussi la naissance d'un grand ressentiment contre les minorités, dont les patients psychiatriques.

alimentation puisqu'on cherche à économiser sur tous les postes possibles²³². Le manque chronique de personnel devient également de plus en plus criant.

Jusqu'à la crise économique de 1929, le pays connaît malgré tout quelques années de relative stabilité qui permettent de mener d'importantes réformes dans l'asile. Emil Bratz, partisan précoce du courant eugéniste, devient directeur de l'asile en 1923. Dès son arrivée, il fait part de son souhait de mettre en œuvre des actions de modernisation de la prise en charge²³³. Ses projets ambitieux sont bien connus grâce à des publications dont le nombre élevé finit par attirer l'attention de l'administration. Au milieu des années 1920, alors que l'économie allemande connaît une courte période de reprise, la modernisation de l'asile est lancée par divers changements pratiques, accompagnés d'un changement de nom de l'asile²³⁴. En 1925, l'asile est rebaptisé : l'*Irrenanstalt Dalldorf* est renommé du nom de *Wittenauer Heilstätten* (abrégé *WiHei*). Par ailleurs, la *Nervenlinik Wiesengrund* est ouverte pour les patients alcooliques. Pourtant si les changements s'avèrent marginaux, il est nécessaire de les mentionner car ces actions réformatrices correspondant aussi au lancement d'un modèle de prise en charge surnommé le « Bratz'sche Staffelsystem » (littéralement, le « système d'échelonnage de Bratz »). Le *Staffelsystem* a pour but dès 1925 d'établir une assistance graduée pour ouvrir la prise en charge sur l'extérieur, mesures déjà réclamées par Bourneville à la fin du XIX^e siècle pour Bicêtre. La prise en charge des aliénés et des arriérés s'organise selon différents cercles concentriques.

La réforme représente un approfondissement de ce qui était déjà réalisé au niveau pédagogique pour les malades les moins graves qui peuvent ainsi être pris en charge pendant des périodes plus ou moins longues hors de l'asile. Mais si Bourneville réclamait un tel système pour des raisons associant les chances de guérison au confort affectif des patients — le contact des familles, l'intégration à la société, etc), ici la mise en place du *Staffelsystem* — il réside avant tout dans une volonté de réaliser un maximum d'économies, et non de perfectionner la prise en charge d'un point de vue médico-affectif. Les conflits qui jalonnent souvent les relations entre maîtres et apprentis le prouvent d'ailleurs comme on l'a déjà vu précédemment, même si des médecins de l'asile comme

²³² Dû notamment à une faible attractivité du métier, faiblement payé et avec des conditions de travail très mauvaises. Voir Thomas BEDDIES (dir.), *Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin: 1919 - 1960*, Berlin, Matthiesen, 1999, p. 46.

²³³ Emil BRATZ, „50 Jahre Dalldorf“, in *Festschrift zum 50jährigen Bestehen der Anstalt Dalldorf (Hauptanstalt der Wittenauer Heilstätten)*, Berlin, 1929, p. 1-17.

²³⁴ Mise en place de l'électricité, rénovation du bâtiment. Néanmoins, si les déclarations d'intention impressionnent, la visite de l'asile par une commission de l'*Oberpräsidium* de la province du Brandeburg témoigne de la portée réduite et de ces réalisations inachevées dans les faits. Voir E. BRATZ, *op. cit.*, p. 1-17.

Wilhelm Benders engage à ce moment une réflexion importante sur le thème de l'*Arbeitstherapie* comme moyen curatif occupant le malade mais aussi le réintroduisant partiellement dans la société²³⁵.

L'*Erziehungsanstalt* connaît lui aussi des changements pendant l'après-guerre. En 1923, l'année où l'asile change de directeur, Hermann Piper cède aussi son poste à son gendre August Schramm après quatre décennies à Wittenau. L'année suivante, de nouvelles dispositions entrent en vigueur quant à l'admission, donnant plus d'importance à la présence d'un bulletin médical et une attestation du directeur de l'asile pour être admis à l'*Erziehungsanstalt*. Pour les enfants de 2 à 7 ans, on décide de placer tous les éducables dans la garderie (*Kinderhort*) de l'asile, située à présent dans le pavillon 10. Comme l'asile, l'*Idiotenanstalt* est rebaptisé en 1925 et devient un « institut d'éducation » (*Erziehungsanstalt*) au sein des *WiHei*. Ce changement de nom, concomitant des réformes impulsées par Emil Bratz, correspond également à un changement dans le recrutement des malades acceptés à l'*Erziehungsanstalt*. En effet, on évolue d'un asile « où l'on garde les malades » (*ein Verwahranstalt*) à un établissement orienté de manière croissante vers une approche médicale et thérapeutique, pour reprendre l'expression de l'historienne du handicap Petra Fuchs²³⁶.

Pourtant toutes ces réformes ne résolvent pas le manque de place problématique des *WiHei*, à un moment où la ville de Berlin atteint un pic de population²³⁷. Avec la crise de 1929-30, la situation se dégrade dans tout le pays, et particulièrement au sein de la capitale qui présente un chômage structurel important²³⁸. A ce moment, 170 enfants sont scolarisés au sein de l'*Erziehungsanstalt*. Dans ce contexte, Emil Bratz veut faire de Wittenau un « asile modèle d'économie » (*ein Musteranstalt des Sparens*) par toute une déclinaison de mesures²³⁹. Ces dernières offrent une image frappante de la volonté de diminution des coûts par une réorganisation de la prise en charge. Le directeur cherche à maximiser les rendements en proposant de baisser la température des chambres ou de limiter les portions alimentaires dès que des restes sont observés. Néanmoins, les problèmes

²³⁵ Les maîtres, rémunérés pour prendre en charge un adolescent « faible d'esprit » comme apprenti ou bonne pour les filles, se plaignent souvent de la lenteur ou du manque de concentration de leur *Pfleglinge*, et les maîtresses de maison d'un larcin de lard fumé consommé en cachette à la cave. Au pire, on trouve des affaires de vol et tromperie du maître, et des patronnes qui se plaignent de filles volages et feignantes qui leur attireraient l'opprobre. Certains épisodes de soins dans les familles se finissent ainsi par de longues lettres assassines, si ce n'est par des coups.

²³⁶ Petra FUCHS, „Praktiken der Normalisierung“ – Erziehung, Beschulung und Berufs-vorbereitung „bildungsfähiger schwachsinniger“ Kinder in den Wittenauer Heilstätten, in M. ANKELE et E. BRINKSCHULTE, *op. cit.*, p. 104.

²³⁷ 4,3 millions en 1929.

²³⁸ En avril 1932, on compte plus de 600000 chômeurs à Berlin, tendance dont témoignent les dossiers médicaux de patients de cette période. Ce contexte économique délétère entraîne l'éligibilité d'une frange toujours plus importante de la population à une aide : de 31800, leur nombre atteint 300000 en 1932.

²³⁹ Emil BRATZ, « Kann die Versorgung der Geisteskranken billiger gestaltet werden und wie ? », *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, n°98, 1932, p. 1-40.

déjà présents auparavant s'aggravent, en premier lieu la réduction du personnel qui permet à Thomas Beddies de montrer que de 1914 à 1932 s'opère une période de véritable recul de la qualité des soins dans les *WiHei*, comme à Bicêtre après la guerre.

Les réformes menées par Emil Bratz trouvent tout à fait leur place dans ce chapitre en ce qu'elles se manifestent par une forte volonté de rationalisation concernant le tri de la population prise en charge à l'ancien *Idiotenanstalt*. La dynamique déterminant l'évolution de l'institut prenant en charge les arriérés s'avère tout à fait comparable à ce qu'on observe dans le département de la Seine au même moment. Dès 1925, le personnel est modifié et seuls les « enfants éducatibles et capables d'amélioration » (*erziehungs- und entwicklungsfähigen Kinder*) sont désormais pris en charge. En conséquence, les « bildungsunfähige » sont placés dans des garderies et établissements de soin (*Pflegeheime*) situés dans les environs, exactement comme les « inéducables » de Bicêtre, qui constituent alors une grande majorité de l'effectif transféré à Moisselles de 1924 à 1926. Le but économique de telles mesures est clair : il s'agit de rendre les soins des « incurables » moins coûteux pour la collectivité en les délocalisant dans des établissements alentours simplement « palliatifs ». La volonté de se débarrasser des cas d'enfants incurables à Wittenau est définitivement actée en 1928, où le *Wittenauer Kinderhortes* (dernier lieu où ils subsistaient dans l'asile) est transféré dans la *Nervenabteilung der Kinderheilanstalt* de Buch²⁴⁰. Le déplacement des enfants *erziehungsunfähig* représente ainsi une solution de secours pour remédier au problème du manque de place.²⁴¹

Le nouveau règlement mis en place au début des années 1930 spécifie que seuls les enfants « éducatibles » (*bildungsfähig*) de 7 à 16 ans sont admis dans l'*Erziehungsheim*. Cette dernière modification n'est finalement que l'aboutissement d'une évolution constante vers un tri de plus en plus sévère pour ne sélectionner que des enfants qu'on pense réellement éducatibles et capables d'évolution, c'est-à-dire ceux auxquels on pense pouvoir trouver un emploi après la période d'apprentissage. Pourtant, l'admission de tous les enfants éligibles doit continuer, mais elle se fait via une séparation accrue entre incurables, qui se retrouvent dans le pavillon 10 de la garderie ainsi

²⁴⁰ Le *KiBu* a été mis en place à l'été 1919 dans les locaux du 4^e asile communal berlinois. Il s'agit de la plus grande institution pour enfants de Berlin avec 600 lits. Le service de Buch comprend une section neurologique dans laquelle sont admis des enfants faibles d'esprit, en général les cas les plus graves. Ce transfert de la garderie permet d'ajouter un deuxième service d'admission (*Aufnahmestation*) dans le pavillon afin d'augmenter le nombre des admissions.

²⁴¹ Le règlement de la question de l'affectation des enfants épileptiques s'avère semblable. Depuis la construction de Wuhlgarten, un accord liait l'établissement à celui de Wittenau, ce qu'on retrouve dans les sources où l'on constate que tous les épileptiques sont en effet transférés là-bas. Après janvier 1930, les moins de 16 ans ne sont alors plus pris en charge à Wuhlgarten où le service pour enfant est affecté à un autre but. La prise en charge est transférée aux asiles de Potsdam et Lübben, qui sont connus pour une prise en charge à long terme aux seuls *bildungsunfähig*. Les parents ont d'ailleurs de moins en moins de latitude dans les demandes qu'ils peuvent poser et on leur demande de s'adresser uniquement à Wittenau qui centralise toutes les affectations.

que dans des *Pflegeheime* aux alentours²⁴². Face à ces évolutions institutionnelles, le secteur de la prise en charge des arriérés subit des tensions importantes, malmené non seulement par des impératifs économiques, mais aussi par la montée de l'hygiène raciale qu'on éclairera dans le chapitre 6. Au milieu des années 1920, le vacillement des idéaux de départ de Hermann Piper est palpable :

Nous ne pouvons pas ne pas voir les conditions difficiles de l'époque pendant laquelle [Hermann Piper] s'est saisi de son travail de pédagogie spéciale et s'est affirmé comme un spécialiste « modèle ». On devra en effet toujours se féliciter que sa formation à l'enseignement et son premier mandat se soit déroulé à un temps où Darwin, avec ses enseignements sur la lutte, le Dasein et la sélection des plus aptes enthousiasmait le monde entier autour de la force, des individus en bonne santé et des plus capables, et où Nietzsche défendit la lutte contre la morale de la miséricorde et prêchait la destruction de tous les faibles, les malades et les incapables²⁴³.

En 1926, ces propos sont sans doute à mettre en rapport avec l'évolution du contexte idéologique, mais aussi institutionnel de l'époque, à savoir la vague de réformes imposée par Emil Bratz dans la deuxième moitié des années 1920, l'*Erziehungsanstalt* faisant partie de la deuxième state du *Staffelsystem* de Bratz. A partir de 1924, la rationalisation de la prise en charge pour en diminuer les coûts au maximum est actée à Dalldorf, devenu Wittenau. On a donc ici aussi une contraction des services qui se réalise au profit des éducatibles et par une « externalisation » des cas d'arriérés les plus sévères. Pour ces derniers, il est clair que toute tentative d'éducation n'existe plus. Dans l'entre-deux-guerres, il s'agit avant tout de faire des économies, et c'est sur les cas les plus graves ou les moins susceptibles d'amélioration qu'on impute en priorité ces restrictions. Ainsi l'image classique des *goldene Zwanziger* en terme de pédagogie à Berlin est contrebalancée par les évolutions qui existent au niveau institutionnel²⁴⁴. En effet la modernisation de certains services destinés aux cas les plus légers d'arriération, tant vantée par Emil Bratz à l'époque, se fait au détriment de l'éviction des cas les plus graves de l'enceinte de l'asile. D'un institut qualifié de « Mecque de l'éducation des arriérés » (*Mekka der Schwachsinnigenerzieher*)²⁴⁵, on passe à un asile

²⁴² Pour davantage de détails sur ces changements et notamment la fonction du *Kinderhort* de la ville de Berlin, voir le livre de T. BEDDIES, *op. cit.*, p. 77.

²⁴³ Il s'agit d'un extrait du discours tenu à l'occasion du jubilé de Hermann Piper en 1926 visant à exalter l'« œuvre de toute une vie » de l'« ancien pédagogue spécial et homme ayant des tendances sociales ». Il n'est peut-être pas inutile de souligner qu'ils sont tenus pendant la brève reprise économique du milieu des années 1920, seule période où des psychiatres réformateurs comme Bumke trouvent une audience.

²⁴⁴ Cette expression est évoquée par Michael Kölch, qui détaille pour Berlin les innovations pédagogiques ayant eu lieu dans le domaine naissant de la pédagogie et de la pédopsychiatrie berlinoise, avant de montrer comment ces évolutions sont mises à bas par la montée d'une approche biologisante dans la communauté médicale berlinoise. Michael KÖLCH, « Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Berlin 1920-1935 », Thèse, Berlin, 2006, p. 423.

²⁴⁵ Expression restituée par Friedrich PANSE, *Das psychiatrische Krankenhauswesen. Entwicklung, Stand, Reichweite und Zukunft*, Stuttgart, 1964, p. 264.

dont la vocation est avant tout d'être un « modèle d'économie » (*Musteranstalt des Sparens*) de l'aveu même de son directeur, au prix de la majorité des arriérés dont l'inéducabilité supposée permet l'éloignement physique.

c) En Alsace, un apparent dynamisme des structures qui cache une segmentation de la prise en charge des arriérés

Après la guerre, l'institut Saint-André procède à des reconstructions coûteuses et « répare le sinistre qui ne lui a laissé presque que des ruines », si bien qu'il est qualifié par un journaliste de l'époque de « fourmilière après l'orage »²⁴⁶. Beaucoup de sources internes à l'établissement — rapports des médecins concernant des modifications souhaitées — et plusieurs articles de journaux décrivant le fonctionnement de l'établissement laissent penser à un certain dynamisme de celui-ci dans l'entre-deux-guerres, qui irait ainsi à contre-courant des difficultés entrevues pour Berlin et surtout pour Bicêtre dont le service en vient à fermer. A cette hypothèse vient s'ajouter le fait qu'après le retour des deux départements alsaciens à la France, l'Etat décide la création d'une nouvelle section consacrée à la prise en charge des arriérés, ouverte au sein de la maison de santé de l'asile de Hoerdt²⁴⁷. En 1922, le Conseil général du Bas-Rhin valide la création d'un Institut Médico-Pédagogique (IMP) à Hoerdt, qui ouvre ses portes le 1^{er} janvier 1923 et est dirigé par le Dr Arsimoles entre 1922 et 1937²⁴⁸. Pour ce dernier, l'ouverture du premier établissement public

²⁴⁶ A.S.C., CE 3M1, Dossier 19 : « Lettres, Rapports comptes-rendus émanant d'autres personnes et concernant l'activité de l'institut », Article du *Journal de Cernay* : « Une visite à l'institut médico-pédagogique de St André (près Cernay) », signé P.H., Cernay, 21 avril 1934.

²⁴⁷ L'asile fonctionne depuis la fin du XIX^e siècle, avec une séparation entre malades aliénés chroniques qui sont affectés dès 1909 à Hoerdt (*Pflegeanstalt*) tandis que ceux pour lesquels on a un espoir de guérison sont placés à Stephansfeld (*Heilanstalt*). Voir Paul JANET « Stéphansfeld — Des caractères et du traitement de la folie », *Revue des Deux Mondes*, 1857, p. 776- 807. La maison de santé de Hoerdt est créée le 26 juin 1919 par l'article 56 du Traité de Versailles, par lequel l'établissement devient propriété de l'Etat français qui le transforme en maison de santé. Sa vocation revêt alors un aspect pluriel pendant une quinzaine d'années, possédant à la fois un IMP et un quartier de sûreté. Voir Alain DAVID, *L'Hôpital psychiatrique de Hoerdt: ses origines, ses particularités, son évolution*, Thèse de médecine, Strasbourg, 1981.

²⁴⁸ La structure est créée pour les enfants assistés des hôpitaux, consultations psychiatriques et écoles spéciales d'arriérés « où l'examen médical et l'observation pédagogique ont montré qu'ils n'y sont pas à leur place », ainsi que les « anormaux psychiques » et certains pensionnaires admis à la demande de leurs parents. L'IMP ne prend d'abord en charge que des garçons, puis également des filles après le 1^{er} août 1925. Il est intéressant de mentionner qu'alors que la section des garçons arrive rapidement à saturation, l'effectif des filles reste faible. D'après le Dr Arsimoles, cette disproportion est due au fait que « la vie sociale de la femme est beaucoup plus réduite que celle de l'Homme, et que l'activité intellectuelle exigée par une femme pour gagner sa vie est inférieure à celle que requiert pour l'homme l'acquisition d'un métier. Aussi les anomalies psychiques inquiètent-elles bien plus les familles quand elles atteignent les garçons ; les anormales conservées à la maison quand leur état ne les rend pas insupportables. Je n'insiste pas sur les motifs de sentimentalité qui s'ajoutent aux raisons précédentes pour perpétuer ce fait social ». Archives départementales du Bas-Rhin AL 121 828, Rapport dactylographié du Dr Arsimoles sur l'institut médico-pédagogique – Fonctionnement et résultats depuis sa création, 21 septembre 1927.

consacré aux arriérés en Alsace s'accompagne d'une volonté de se former dont il informe le préfet du Bas-Rhin :

En vue de l'ouverture de l'Institut médico-pédagogique de Hoerdt, j'ai l'honneur de vous informer qu'il me paraît utile d'accomplir un voyage d'étude auprès de quelques établissements d'enfants anormaux, en vue de me documenter complètement sur les détails de leur fonctionnement ainsi que sur les méthodes d'éducation autant que les méthodes scolaires les plus récentes [...] Je limiterai ma mission [...] à la visite de l'Institut médico-pédagogique de l'Hospice de Bicêtre, dirigé par le Dr Roubinovitch, et de l'Institut privé que dirige à Vitry (Seine) le Dr Paul Boncour de Paris²⁴⁹

On voit que le retour de l'Alsace à la France s'accompagne pour le nouveau service d'une volonté d'ancrage aux méthodes françaises, pour lesquelles le service du Dr Roubinovitch est choisi comme endroit de formation. On pourrait penser que dans les années 1920, l'ancien service de Bourneville garde une notoriété certaine. Pourtant, Bicêtre a sûrement été choisi également « par défaut », en raison du manque de structures destinées aux arriérés en France. Un état des frais de voyage daté de novembre 1922 montre que le médecin-chef est allé à Paris, Asnières, Villejuif, Bicêtre et Bruxelles. Il a donc visité tous les principaux établissements parisiens, ce qui illustre à quel point les transferts et échanges sont importants dans un domaine aussi marginal que l'éducation des arriérés. Enfin, grâce à ce nouvel établissement de Hoerdt, l'Alsace représente une région dotée d'institutions plus nombreuses et plus solides que celles existant en France dans le domaine de l'arriération, dont beaucoup sont encombrées comme on l'a vu plus haut²⁵⁰. Les noms choisis pour nommer les quatre pavillons de l'IMP célèbrent pourtant l'idée d'un héritage français glorieux concernant l'éducation des arriérés. Trois d'entre eux sont en effet baptisés des noms d'aliénistes français s'étant illustrés dans le domaine — Esquirol, Seguin et Bourneville — et le dernier du nom de Binet, ce qui montre la volonté claire de rattacher le nouveau service alsacien à un héritage français qui ne témoigne que d'un versant d'une région dont on a pu voir qu'elle était largement sous les influences allemandes, belges et suisses.

²⁴⁹ Il ajoute ensuite : « je me rendrais (sic) ensuite à la Maison de santé du Dr Decroly, à Bruxelles, qui est le spécialiste le plus averti de Belgique pour l'éducation si spéciale des anormaux, et je visiterais (sic) l'établissement « Le Strop », situé près de Gand », ce qui montre qu'on garde un intérêt pour des spécialistes étrangers tels que Decroly, pédagogue spécialiste des anormaux qui a également eu une influence considérable à Saint-André. Archives départementales du Bas-Rhin AL 121 828, Lettre dactylographiée du Dr Arsimoles (directeur de l'asile de Hoerdt) au Préfet du Bas-Rhin, inspection de l'Assistance publique, service des aliénés, Hoerdt, le 2 octobre 1922.

²⁵⁰ En 1927, les rapports du conseil de surveillance des asiles publics de la Seine constatent en effet que « les asiles de province mettent de moins en moins de places à la disposition du département de la Seine ». La Seine conclut ainsi un traité avec l'asile de Lorquin afin d'y hospitaliser 330 malades, voire 400 d'ici la fin des années 1920. L'encombrement est tel que l'administration envisage même de réquisitionner des « casernes neuves et inoccupées » à l'est afin d'y placer des aliénés. Archives de Paris, D1 X3 14-54 : Procès-verbaux de la Commission de Surveillance des asiles publics d'aliénés du département de la Seine (1885-1934), Rapport de 1927, p. 154.

Toutefois, il est important de souligner que le choix du type de public concerné pour le nouvel établissement est représentatif de l'évolution déjà évoquée pour les années 1910 dans le secteur de l'éducation aux arriérés en France. En effet, la nouvelle structure s'adresse uniquement aux cas qualifiés d'« éducatibles ». Dès le départ, les rapports du médecin-chef insistent sur la stricte séparation des arriérés pris en charge avec le reste des aliénés de l'asile, mais surtout l'impératif de ne recruter que des cas dont le pronostic paraît optimiste. La section d'observation doit « permettre le dépistage des anormaux éducatibles », auxquels on destine un programme tout à fait similaire à ce qui se fait partout :

Pour ceux qui ont acquis à l'école les notions suffisantes et qui ont dépassé l'âge de la scolarité, ils sont mis en apprentissage dans les ateliers de l'établissement pour y apprendre un métier correspondant à leurs aptitudes, ou bien sont initiés aux travaux agricoles²⁵¹.

On voit encore une fois ici que les éducatibles concentrent l'essentiel de l'attention, et en aucun cas les cas d'arriération grave, puisqu'il s'agit de « faciliter l'élimination, au bout d'une période d'observation suffisante, des idiots et imbéciles ou des simples arriérés scolaires pour lesquels l'établissement n'est pas approprié »²⁵². Dans les rapports produits par le Dr Arsimoles à la fin des années 1920, on se félicite d'un taux d'amélioration d'un tiers environ, donc supérieur à ce qu'on obtient ailleurs, que le médecin-chef attribue au « caractère médical de cette organisation à laquelle étaient attribuables les maints succès que n'eut pas emporté la pédagogie seule »²⁵³.

Ce constat pourrait être pris pour une simple réorganisation consistant pour Hoerdts à envoyer les cas graves dans certaines institutions, les plus légers dans d'autres. Néanmoins, en resituant la situation à l'échelle régionale, il s'avère qu'on observe le même mouvement de priorisation donné aux éducatibles au sein de l'institut de Cernay. En apparence, peu de choses changent dans les principes de départ. Après la guerre, Saint-André offre au contraire une image de dynamisme justifiant l'expression de « fourmilière après l'orage » utilisé dans un article de presse²⁵⁴. En janvier

²⁵¹ « Les idiots imbéciles étaient quand à eux acheminés dans les établissements St-André de Cernay, Sonnenhof à Bischwiller », A. DAVID, *op. cit.*, p. 134.

²⁵² Archives départementales du Bas-Rhin AL 121 828 : Correspondance Commissaire général de la République/Direction de l'Assistance publique avec le Préfet du Bas-Rhin, 1922-25, Lettre dactylographie du préfet du Bas-Rhin à Monsieur le Commissaire général de la République (direction de l'Assistance publique), Strasbourg, le 4 juin 1925.

²⁵³ Cité par A. DAVID, *op. cit.*, p. 78.

²⁵⁴ A.S.C., CE 3M1, Dossier 19 : « Lettres, Rapports compte-rendus émanant d'autres personnes et concernant l'activité de l'institut », Article du *Journal de Cernay* : « Une visite à l'institut médico-pédagogique de St André (près Cernay) », signé P.H., Cernay, 21 avril 1934.

1927, un neuropsychiatre est embauché. Avec le Dr Lutringer²⁵⁵, Stoeber adresse un *mémoire* à la préfecture du Haut-Rhin dans lequel les deux médecins énoncent les deux objectifs de leur action future²⁵⁶ qui serait d'une part de « donner aux enfants arriérés et faibles d'esprit une éducation aussi vaste et approfondie que le permet l'état de leurs facultés mentales et leurs aptitudes sociales, et d'améliorer, dans toute la mesure du possible, leur état de santé psychique et physique ». Et d'autre part, « de prendre soin d'enfants non éducatibles ». Ce double but montre une évolution dans la volonté de séparer « éducatibles » et cas plus graves, qui se matérialise dans une organisation nouvelle l'institut. Son architecture est modifiée pour exprimer cette séparation fonctionnelle :

Pour réaliser ce double but, l'asile est divisé pour ainsi dire en deux sections, l'une destinée à l'instruction médico-pédagogique d'enfants éducatibles, l'autre réservée aux idiots proprement dits et qui demandent par leur constitution particulière des soins spéciaux. La réalisation de ce double but nous a aussi inspiré lorsque nous avons procédé au plan de la reconstruction de notre asile, qui est actuellement nettement séparé en deux parties, dont l'une est un institut médico-pédagogique d'enfants anormaux et l'autre un asile pour idiots²⁵⁷.

C'est en des termes très succincts que l'asile pour idiots est évoqué. L'éducation des arriérés mentaux les moins graves intéresse-t-elle davantage le neuropsychiatre ? Le *mémoire* indique clairement que l'IMP a vocation d'être « la partie la plus importante de [cet] établissement »²⁵⁸. L'évolution fonctionnelle est enfin renforcée par une modification dans la dénomination. Comme à Berlin, on change l'appellation originelle de l'établissement d'« institut pour idiot » (*Idiotenanstalt*): les médecins écrivent à la préfecture en janvier 1927 que « dorénavant notre maison portera le titre : institut médico-pédagogique d'éducation et de formation professionnelle pour arriérés et anormaux »²⁵⁹. Le prix pour cette évolution est un tri toujours accru, de telle sorte que l'on peut voir

²⁵⁵ Qui a lui rejoint Saint-André en 1923, et y restera jusqu'en 1968, et même jusqu'en 1978 en ce qui concerne la communauté religieuse. Voir E. ROUBY, *op. cit.*, p. 79.

²⁵⁶ A.S.C., CE 7M, Dossier « Education », Mémoire des Docteurs Stoeber et Lutringer à la Préfecture du Haut-Rhin, Cernay, janvier 1927.

²⁵⁷ A.S.C., CE 7M, Dossier « Education », Mémoire des Docteurs Stoeber et Lutringer à la Préfecture du Haut-Rhin, Cernay, janvier 1927.

²⁵⁸ Ce qui ne sera en fait jamais le cas, puisque la proportion des enfants de l'IMP ne dépassera jamais avant la Seconde Guerre mondiale les 20% de l'effectif total.

²⁵⁹ A.S.C., CE-7M, Dossier « Education », Mémoire des Docteurs Stoeber et Lutringer à la Préfecture du Haut-Rhin, Cernay, janvier 1927. Cette tendance est confirmée dans une lettre postérieure de la mère supérieure à un député alsacien : Notre établissement a le double but de débarrasser les familles de ces pauvres anormaux incurables et insupportables et de faire l'éducation des anormaux éducatibles dans notre institut médico-pédagogique [...] Il est cependant certain que depuis ce temps notre institut médico-pédagogique pour l'éducation des anormaux éducatibles s'est développé et a fait de grand progrès. Nous avons l'intention de développer cet institut aux dépens de la section des incurables, car l'éducation des anormaux étant à l'ordre du jour comporte une grande responsabilité morale et religieuse, tandis que les idiots incurables peuvent facilement être soignés dans les hospices départementaux ». A.S.C., CE 5M1, Dossier 20/2 : « Relations avec les instituts similaires », Lettre de la mère supérieure à M. le député Schumann, Cernay, le 13 juin 1939.

un tournant darwinien dans l'évolution de la politique guidant les admissions à Cernay comme à Hoerdt dès la fin des années 1920.

Eduquer au mieux les cas légers d'arriération se fait en effet au prix de l'éviction volontaire et souhaitée des « incurables ». Exactement comme ce qu'on observe pour les asiles parisiens dans les années 1910, quinze à vingt ans plus tard la création rapprochée des l'IMP de Hoerdt et Cernay donne lieu à une compétition explicite. A Cernay, la vocation conférée à l'institut par son neuropsychiatre ambitionnant de se recentrer avant tout sur les seuls éducatibles transparaît dans les dossiers des patients ballotés entre les différents établissements alsaciens dans l'entre-deux-guerres.

Dès la fin des années 1920, l'institut de Cernay est caractérisé par une surpopulation chronique. En conséquence, les médecins cherchent à réduire le nombre d'enfants au sein de l'établissement pour ménager un maximum de places aux éducatibles. En 1929, le Dr Stoeber émet expressément le souhait d'orienter les admissions de façon à donner « la préférence aux enfants éducatibles »²⁶⁰. Ainsi l'éducabilité devient dans les faits un critère essentiel pour l'admission d'un enfant à Saint-André, pesant parfois autant que la situation familiale ou l'urgence d'un cas. A cet égard, le neuropsychiatre se plaint à plusieurs reprises à la préfecture du Haut-Rhin de son « désespoir » devant le fait que celle-ci ne lui enverrait en grande partie que du « matériel de qualité inférieure » (*mindeswertiges Material*). A l'instar des craintes des aliénistes parisiens à partir de 1910 environ, le médecin-chef redoute que Cernay

Reviene à l'asile pour idiots primitif et qu'on doive fermer l'institut médico-pédagogique, ce que le Docteur regretterait beaucoup, car selon lui l'éducation d'enfants éducatibles est plus intéressante et plus utile dans une optique sociale²⁶¹.

Ces perspectives négatives sont liées à la croissance de l'IMP de Hoerdt, qui selon l'expression du Dr Stoeber se servirait de Saint-André comme d'un « déversoir » des cas les plus graves d'idiotie²⁶². En conséquence, consigne est donnée de

²⁶⁰ A.S.C., CE 2M, Dossier 18 : « Documentation générale relative à l'activité de l'institut », Mémoire du Dr Stoeber sur le développement de l'institut, Cernay, novembre 1929, p. 2.

²⁶¹ „Dass wir dann notwendigerweise auf unser ursprüngliches Asyle des Idiots zurückkommen und das Institut Médico-pédagogique geschlossen werden kann, was Mr le Dr sehr bedauern würde, da nach seiner Ansicht die Erziehung bildungsfähiger Kinder interessanter und in sozialer Hinsicht wertvoller ist“. A.S.C., CE 2M, Dossier 18 : « Documentation générale relative à l'activité de l'institut », Rapport verbal du Dr Stoeber, Cernay, le 11 octobre 1933.

²⁶² Ce terme péjoratif est représentatif d'un « dénigrement » qui se dégage de la lecture de nombreux propos de sa plume, qui mettent non seulement les arriérés éducatibles en avant, mais enfonce aussi les « inéducatibles » en les qualifiant de sujets peu intéressants, ce qui justifierait qu'on limite leur accès à l'institut. Car cette préférence clairement exprimée pour les patients de l'IMP ne s'illustre pas dans les faits par un décollage de ce dernier : la proportion d'enfants scolarisés à l'IMP ne dépassera jamais environ 20% du total des pensionnaires avant la guerre. En effet, en 1938, alors que les infrastructures se sont développées, il n'y a qu'une centaine de places à l'IMP contre cinq cent à l'asile. Mais notons que les sources divergent sur ce point : dans un historique de l'institut datant de 1945, il est dit qu'« en 1939, l'effectif des

Refuser de prendre des enfants tout à fait incurables ou tuberculeux provenant d'autres départements que celui du Haut-Rhin et éventuellement du Bas-Rhin ; et en ce qui concerne ces derniers départements, refuser d'être considéré comme le déversoir de l'I.M.P. de Hoerdtd, qui tend à nous considérer comme inférieurs²⁶³.

« L'infériorité » des patients incurables serait ainsi source d'infériorité de l'institution et par la même occasion des médecins qui la dirigent. Et malgré les protestations des médecins, une hiérarchie tacite semble s'installer de fait à la fin des années 1920 entre Hoerdtd à Saint-André. Certains dossiers médicaux de patients passés du premier établissement au second reflètent cette situation :

L'enfant Paul K., âgé de 11 ans 1/2, est bien connu à l'Institut médico-pédagogique, où il a fait deux séjours [...] Pendant ces deux périodes, la fréquentation de la classe ne donnait aucun résultat. Actuellement, l'examen psychologique montre une arriération psychique considérable, qu'on peut estimer à 8 ans, et qui ne peut être rattrapée [...] Précédemment, tenant compte de l'existence d'une hérédo-syphilis prouvée par le laboratoire, j'avais tenté un traitement spécifique, assez prolongé dans l'espoir de réveiller les facultés intellectuelles. Aucun succès n'a pu être obtenu. Dans ces conditions, il paraît inutile de persister dans la voie thérapeutique. On peut, par l'imitation et par la répétition automatique et quotidienne des mêmes actes, utiliser cet arriéré dans une certaine mesure. Mais l'Institut médico-pédagogique n'est pas fait pour rechercher des résultats aussi minimes au prix d'efforts considérables. Cet enfant ne pourra en effet être adapté à la vie sociale. L'établissement d'idiots et imbéciles de Cernay lui conviendra parfaitement. Je propose qu'il y soit envoyé sans plus attendre²⁶⁴.

Plusieurs des thèmes abordés précédemment dans le chapitre se retrouvent dans ce dossier : échec de la voie thérapeutique et critère d'inadaptation à la vie sociale qui sont reliés à l'idée d'incurabilité. Ne pouvant apparemment être guéri par la science médicale, un tel cas est alors orienté vers Cernay pour tirer profit du pis-aller de l'utilisation de l'automate par la « répétition quotidienne des mêmes actes ». Le versant thérapeutique — soit la pédagogie concernant les arriérés — est décrit comme clairement « inutile », à travers un calcul du rapport entre coût et bénéfice tel qu'on l'a envisagé au début du chapitre. Il est pas économiquement rationnel d'engager des « efforts [si] considérables » eu égard aux « résultats aussi minimes » obtenus. Par là, c'est bien un enjeu de rendement éducatif qui est au cœur de la décision d'abandon, actant par conséquent l'incurabilité de

internes de St André était de 600 environ, moitié garçon, moitié filles. Environ 300 formaient la catégorie des éducatibles ». Alors que dans un document de 1954 concernant les difficultés de l'admission de semi-éducatibles à l'Institut, on affirme à propos des écoliers que « de tout temps [leur nombre] n'a guère dépassé 60 ».

²⁶³ A.S.C., CE 2M, Dossier 18 : « Documentation générale relative à l'activité de l'Institut », Mémoire du Dr Stoeber sur le développement de l'Institut, Cernay, novembre 1929, p. 3.

²⁶⁴ Voici son état décrit par le Dr Arsimoles : « L'attention est à peu près nulle ; pour la mémoire, il retient deux objets qu'on vient de lui montrer, mais ne peut en retenir trois. Aucun jugement, une compréhension très réduite, une imagination nulle ; tel est le bilan de ses fonctions intellectuelles. Aucune éducation sensorielle n'est possible. Il est très apathique, et totalement indifférent. Sa vie de relation est des plus réduites ; il n'agit que par imitation, et sans aucune initiative ni spontanéité ». On bénéficie en effet de certains rapports médicaux établis par le médecin-chef de Hoerdtd au sujet des malades transférés à Saint-André. Ces rapports font partie du dossier médical personnel de chacun d'entre eux. Archives Cernay, 7M1 (dossiers personnels des malades), Carton 1927, lettres K-Z, Rapport du Dr Arsimoles concernant l'enfant assisté Paul K., Hoerdtd, le 26 avril 1927.

Paul K. Cet abandon thérapeutique croissant entraîne mécaniquement la saturation des sections réservées aux idiots. Ainsi en 1935, le préfet des Vosges Jean Agard écrit au préfet du Bas-Rhin pour demander des places pour ces derniers. Voici la réponse de son homologue :

Vous avez bien voulu me prier de vous faire connaître si mon département serait disposé à placer des enfants dans l'établissement d'anormaux et arriérés dont la création est envisagée dans votre département. J'ai l'honneur de vous faire connaître que le Bas-Rhin possède un IMP qui est destiné à recevoir des enfants anormaux éducatibles. Toutefois, j'éprouve des difficultés pour le placement des arriérés et idiots inéducables. Je vous serais obligé de me faire connaître si l'établissement en question recevrait des enfants de cette dernière catégorie²⁶⁵.

Les sources alsaciennes des années 1930 sont de la même teneur que la situation parisienne dans les années 1920 : elles donnent une impression de réelle congestion pour les « idiots » et les « imbéciles » qu'on différencie clairement des « éducatibles » en terme de diagnostic, mais aussi de valeur. Le problème central à l'asile de Hoerdt, à l'institut Saint-André de Cernay ou à Bischwiller semble être « l'élimination » des cas les plus graves, chacun souhaitant se centrer sur les « éducatibles » dans le cadre d'un « institut médico-pédagogique »²⁶⁶. La réaction de la direction de l'institut de Cernay exprime elle aussi cette problématique qui atteint son paroxysme au milieu des années 1930. Dans un courrier à la préfecture du Bas-Rhin, l'abbé Kohler se plaint que « d'une part on nous retire les meilleurs éléments tandis que d'autre part on nous donne des enfants tout à fait anormaux »²⁶⁷. Il semble donc bien que dans la pratique, les arriérés aient subi une réelle dégradation de leur prise en charge asilaire dans l'entre-deux-guerres, et ce proportionnellement à la gravité de leur état.

Même à l'établissement de Hoerdt, le médecin-chef se déclare lui aussi encombré par les cas graves dans le contexte de surpopulation de la fin des années 1920 :

Si d'une part il est facile d'éliminer les pervers instinctifs ont on demande le déplacement à Zelsheim, Mettray ou d'autres établissements, et pour lesquels les tribunaux et l'Assistance publique accèdent toujours à mes désirs et propositions, il est d'autre part très difficile d'éliminer les idiots et les imbéciles, en raison de l'encombrement des Asiles de Cernay et de

²⁶⁵ Archives départementales du Bas-Rhin, Aliénés, 285 D 10 : Dossier de la Préfecture du Bas-Rhin concernant l'installation d'une section pour enfants anormaux à l'asile de Hoerdt (1922-1939), Lettre du Préfet des Vosges Jean Agard au Préfet du Bas-Rhin, 12 mars 1935.

²⁶⁶ Appellation qui est clairement en filiation avec la démarche de Bourneville, le premier à lancer un "IMP" à Bicêtre. Autre trace de cette filiation (outre le refus de faire référence à une influence germanique), le fait qu'un des pavillons du nouvel asile de Hoerdt soit nommé pavillon Bourneville à son ouverture en 1922.

²⁶⁷ Archives de Cernay, 7M1 (dossiers personnels de malades), Notice de l'abbé Kohler à la préfecture du Bas-Rhin, Cernay, octobre 1937.

Bischwiller, qui devraient les recevoir. Il y a donc du côté de l'élimination des difficultés sérieuses²⁶⁸.

Ce renâclement à l'égard des cas graves d'arriération — qui existe dans toutes les institutions étudiées, peu importe leur vocation ou statut implicite — aboutit à la même situation que celle constatée à Paris avant la guerre. Face à la concurrence des médecins peu enclins à accepter des admissions guères valorisantes pour leurs établissements et dénuées d'intérêt pour leur pratique, cette politique aboutit à une congestion croissante au début des années 1930, d'autant plus que les seules places créées le sont pour des « éducatibles ». Ces problèmes se répercutent à l'échelle nationale : face aux demandes de placement venues d'autres départements, la préfecture du Bas-Rhin avoue ses « difficultés pour le placement des arriérés et idiots inéducables »²⁶⁹. A force de vouloir donner la priorité aux seules structures réservées aux éducatibles, on se retrouve sans place les cas les plus graves.

L'appellation d'IMP, reprise à Hoerdts quelques années plus tôt en référence à l'appellation lancée par Bourneville, est ainsi réappropriée à Cernay comme une tentative de labellisation ambiguë. Car si l'intitulé exact de l'établissement est « institut médico-pédagogique d'éducation et de formation professionnelle pour arriérés et anormaux incurables », la notice diffusée à partir de la fin des années 1920 en réponse aux questions des familles ou des organismes d'assistance élude cette dernière catégorie²⁷⁰. Son élaboration dans un contexte d'une surpopulation encore peu grave à ce moment s'explique sans doute par les projets ambitieux envisagés par le Dr Stoeber à son arrivée à Cernay en 1927. Ce dernier souhaitant attirer prioritairement les cas « éducatibles », le prospectus constitue dans cette optique une sorte de manifeste des projets qu'il entend réaliser. Pourtant les dossiers médicaux montrent comment le document entretient l'illusion chez beaucoup de parents d'une possible guérison pour tous, alors que près de 80% des effectifs de l'établissement se compose de patients incapables d'accomplir les gestes les plus simples. A la lecture de cette notice trompeuse, des parents de la France entière se déclarent prêts à envoyer leurs enfants à Cernay, de telle sorte que

²⁶⁸ Archives départementales du Bas-Rhin AL 121 828, IMP de Hoerdts : divers, Rapport dactylographié du Dr Arsimoles : « Fixation nouvelle de la population de l'IMP », s.d.

²⁶⁹ Archives départementales du Bas-Rhin AL 121 828, IMP de Hoerdts, divers, Lettre du préfet du Bas-Rhin au Préfet des Vosges, 12 mars 1935.

²⁷⁰ Elle affirme que Saint-André s'occupe de l'éducation et de l'instruction d'enfants arriérés et épileptiques dans les différentes classes de notre école. Après avoir quitté l'école, les enfants peuvent d'après leur aptitude entrer dans un des différents ateliers de l'institut, et y apprendre un métier de boulanger, menuisier, cordonnier, tailleur, brossier, vannier, ou être employés dans le jardin comme apprenti jardinier. Les filles sont employées dans les différentes occupations du ménage, dans les ateliers de couture et de repassage. On retrouve en effet cette note dans de nombreux dossiers personnels des malades, conservés sur le site de l'institut à Cernay, et classés selon les années de sortie des enfants.

les demandes de renseignement affluent²⁷¹. Ainsi, la mère du petit Camille G. exprime à la mère supérieure les espoirs mis dans l'établissement, dont les soins sont d'après ce qu'elle a pu lire « en prenant connaissance [du] programme d'éducation, plutôt un remède rééducatif qui lui peuvent apporter une amélioration de son état »²⁷². Oubliant de préciser qu'un tel programme éducatif résume une minorité seulement des parcours des patients de Cernay, la prétendue offre de soin provoque la déception de certains parents. Des courriers à la direction expriment l'amertume de parents d'arriérés profonds découvrant qu'à côté de l'IMP se trouve toujours un asile, et qu'aucun traitement n'y est possible pour améliorer véritablement l'état de leur enfant. Plusieurs parents retirent ainsi leurs enfants en faisant référence à la description trop optimiste qui les a orienté vers Cernay. Le « tri » qu'on ambitionne de réaliser se révèle quoiqu'il en soit illusoire. A Hoerdts, on échoue à aboutir à un vivier de patients excluant « les formes graves relevant de l'idiotie » et « les formes de dégénérescence qui sans déficit intellectuel notable, présentaient un déficit d'ordre moral ». Devant l'impossibilité de réaliser l'«écrémage » évoqué par le Dr Arsimoles, les quartiers de l'IMP sont récupérés par la maison de santé en manque de place le 1^{er} janvier 1934, actant la fin de ces services médicalisés.

Ce biais dans la communication sur la curabilité des cas les plus graves d'arriération prouve l'impasse dans laquelle se trouvent beaucoup d'établissements à cette époque. L'échec est patent dans l'entre-deux-guerres : fermeture du service pour Bicêtre, reconversion vers des cas d'arriération plus légers à l'*Erziehunganstalt* de Berlin et à l'IMP de Cernay, qui débouchent partout sur le manque de place pour ceux considérés comme « incapables de progrès ». Les travaux d'Isabelle von Buelzingsloewen ont montré que ces années s'avèrent « marquées par d'intenses débats qui témoignent de la volonté des aliénistes devenus psychiatres, mais aussi des pouvoirs publics et de l'opinion, de déplacer les frontières de la maladie mentale et d'inventer de nouveaux dispositifs institutionnels pour la traiter », comme par exemple la prise en charge hors de l'asile. Pour la Seine, on « prévoit de transformer les asiles de la périphérie de Paris en hospices de chroniques » pour consacrer davantage de moyens aux cas aigus²⁷³. En Allemagne aussi, on envisage une telle scission dans la prise en charge des arriérés. Pourtant, ces réalisations ne sont pas menées à bien en raison de

²⁷¹ Car que cela peut-il signifier d'autre pour ces gens, qui ont souvent de faibles ressources, que d'envoyer leur enfant en Alsace s'ils habitent dans le Var ou en Bretagne ? D'autres instituts existent sans doute, plus près. Mais, de nombreux parents choisissent St André, croyant sans doute au miracle de cet institut lointain, dont Edouard Rouby note avec justesse que la distance doit accentuer l'aura magique que semble contenir la notice, pour des familles qui pensaient avoir tout tenté pour leur enfant.

²⁷² Archives Cernay, 7M1 (dossiers personnels des malades), Carton 1927, lettres A-J, Lettre manuscrite de la mère de Camille G. à Madame la Supérieure directrice de Saint-André de Cernay, s.l., s.d.

²⁷³ Cette configuration ne peut avoir lieu qu'au sein du département de la Seine car comme le souligne Isabelle von Buelzingslöwen, il s'agit d'une situation inenvisageable dans les autres départements qui n'ont qu'un seul voire aucun asile. I. von BUELTZINGSLOEWEN, « Réalité et perspectives de la médicalisation de la folie », *op. cit.*, p. 273.

dynamiques opposées mais complémentaires qui scindent le champ de la prise en charge de l'arriération. Le secteur souffre en effet d'un tiraillement structurel entre une logique médicale, qui implique qu'on prenne en charge les plus éducatibles pour avoir un plus fort taux de guérison, et une logique institutionnelle, selon laquelle l'impératif premier reste de remplir les services et faire des économies de fonctionnement. Face à ces logiques opposées, on constate d'une part un processus de démedicalisation des cas les plus lourds d'arriération en œuvre dans l'entre-deux-guerres en France et également en Allemagne.

Le revers de l'absence de frilosité du côté allemand est pourtant de taille : dans les années 1930, la gestion de la surpopulation et des coûts d'internement va être réalisée au prix d'une politique de diminution du budget des institutions, mais également sur l'intégrité de la population asilaire. En effet, c'est en agissant sur les corps des patients, et d'abord leur capacité à se reproduire, que l'Allemagne nazie entend à long terme résoudre l'enjeu de l'incurabilité des malades mentaux. Les questions d'hygiène raciales seront abordées dans le chapitre 6, mais l'importance de l'aiguillon économique dans la justification de la réalisation pratique d'un eugénisme négatif rend nécessaire d'aborder ce thème en clôture de ce chapitre.

3. La mise en pratique d'une sélection des arriérés et sa légitimation économique (1929 - milieu des années 1930)

a) Crise, eugénisme et rationalisation : de l'inutilité économique à la menace sociale

Les hésitations dans le secteur de l'arriération se concentrent au début du XX^e siècle dans l'alternative entre assister et utiliser. Mais on ne peut abstraire ces idées tayloristes d'un fond eugéniste devenant de plus en plus populaire qui permet de comprendre le glissement opéré de l'inutilité en terme économique à la perception d'une menace sociale soluble par le recours à des mesures eugénistes. Ce thème sera traité de manière plus détaillée dans le dernier chapitre, mais il est nécessaire de l'aborder ici dans ses rapports avec les questions de coût de la prise en charge, qui représentent un aspect majeur de l'argumentaire mobilisé pour délégitimer l'assistance aux arriérés en plus de la biologisation de la question. La prise en charge de l'arriération renvoie à un enjeu dont on a déjà démontré qu'il existe dès la première décennie du XX^e siècle, à savoir l'alternative entre assistance et utilisation des malades chroniques qu'on a peu d'espoir de guérir. En effet,

La prédominance croissante des idées eugénistes dans les discussions sur les déficients mentaux et l'impératif de l'efficacité nationale [qui font que] l'idiot vient à être perçu moins comme un challenge pour les scientifiques et la pédagogie philanthrope qu'un fardeau pour la nation²⁷⁴.

Les propos de Binet peuvent être interprétés comme « modernes » sur le plan économique à l'époque, dans le sens où ils se situent tout à fait dans une veine tayloriste. Pourtant, il convient de souligner qu'à l'époque, les idées rationalisantes du psychologue l'assimilent aussi aux eugénistes au début du XX^e siècle :

L'égoïsme des riches, rendu fort par l'indifférence de la masse, a trouvé des mauvaises raisons pour se désintéresser des misères physiques. Les Spartiates précipitaient dans l'Eurotas les enfants chargés et convaincus du crime d'être venus au monde incapables de travailler au bonheur public. M. Paul Robin, qui n'est pas Spartiate pour une drachme est pourtant arrivé à se tailler une belle renommée d'égoïste en proposant de mutiler des êtres imparfaits²⁷⁵.

Ces polémiques font écho à une question qui se pose de manière cruciale en France comme dans la plupart des pays industrialisés: en quoi la société « a-t-elle le devoir de s'occuper des anormaux ? ». Bien que certains tels que le fils de Bourneville rappellent qu'« assister est son devoir, éduquer est son intérêt »²⁷⁶. Dans son article de 1907 de « réflexions sur les anormaux » publié dans la *Revue philanthropique*, Marcel Bourneville évoque les thèses de Binet :

M. Binet a exposé une théorie diamétralement opposée à celle-là. Comment y est-il arrivé, je n'en sais rien, mais il n'a pas du voir beaucoup souffrir...à moins qu'il ne cache sous sa bonasse de redingote une âme de Spartiate. Il y a donc devoir et intérêt à assister et éduquer les arriérés parce qu'ils sont inférieurs, dangereux (quand ils ne le sont pas pour les autres ils le sont pour eux-mêmes), et que sans cette prévoyance ils seront une menace perpétuelle par eux-mêmes, et, par leurs descendants, pour la société²⁷⁷.

On peut noter que la position de Marcel Bourneville se fonde elle aussi sur une pensée utilitariste, mais qui est basée sur la foi en un changement possible par le biais de l'éducation et globalement l'action du milieu.

Au final, peu nient les impasses que rencontre la prise en charge des arriérés. La ligne de fracture se situe dans la valeur donnée par la personne humaine, et relève donc de prises de positions d'ordre philosophiques. Réside-t-elle uniquement dans sa capacité productive, alors les idées

²⁷⁴ Gladstone, p. 156.

²⁷⁵ Paul Robin est un professeur et pédagogue lié à Ferdinand Buisson. Il dirige de 1890 à 1905 la revue *L'Éducation intégrale*. Il est connu pour ses positions néo-malthusiennes et fait partir de la Ligue de la Régénération humaine. Il défend la solution démographique comme solution au problème socio-économique. Il prône ainsi une forme d'eugénisme qu'il tente de propager dans les sociétés savantes et par des brochures. Marcel BOURNEVILLE, « Réflexions sur les anormaux », *Revue philanthropique*, 1907, p. 156.

²⁷⁶ M. BOURNEVILLE, *op. cit.*, p. 157.

²⁷⁷ *Ibid.*, p. 158.

eugénistes se retrouvent justifiées. A l'inverse, ceux défendant l'existence d'une dignité inaliénable à chaque être humaine, peu importe sa faiblesse et la conscience qu'on lui attribue

Le pessimisme et la critique de l'assistance aux faibles déjà abordée ne fait que croître dans l'entre-deux-guerres, pour devenir un *topos* dans les années 1930, où ces idées font alors le consensus parmi les scientifiques comme les politiques. Les soins à l'incurable, « l'inapte » ou le « taré » — autant de termes auxquels l'arriéré est maintenant systématiquement assimilé — sont contestés, mais aussi teintés des effets de la montée du darwinisme social dans l'entre-deux-guerres. Dans ce cadre de pensée, l'assistance aux faibles est conçue comme contrevenant à ce qui se passerait spontanément dans la nature et entraîneraient un phénomène de contre-sélection. Présenter la prise en charge des malades mentaux comme une violation allant à l'encontre de règles décrites comme « naturelles » permet à la fois de légitimer le système, mais surtout de le rendre amoral, à l'image d'une nature vue sous un prisme darwinien déformé²⁷⁸.

favorisant le pullulement des individus jugés pathologiques et à la charge de la société. Dans sa thèse de médecine soutenue à Strasbourg en 1934, le Dr Girard reprend ces idées qui représentent les postulats de base de l'eugénisme négatif :

Le grand effort, la grande pensée de la société humaine sont tendues vers ce but : sauver l'inapte à tout prix ; l'entretenir en vie par tous les moyens possibles, retarder jusqu'à l'extrême limite la mort qui l'aurait emporté depuis longtemps [...] Tous ces efforts, tous ces sacrifices, parfois immenses, n'aboutissent parfois qu'à ce triste et décevant résultat : amener un être déshérité, et qui n'est pas fait pour la vie, jusqu'à l'âge de procréation et lui donner alors le droit moral — l'encourager même souvent — à produire des descendants parfois nombreux qui vont perpétuer sa déchéance et la multiplier à leur tour, pour accabler toujours plus fort les fils de ses bienfaiteurs !²⁷⁹

Tout le propos du Dr Girard résume la problématique de la contre-sélection naturelle, qui est au cœur des théories eugénistes. La Première Guerre mondiale en particulier a été interprétée comme une mise en pratique de cette contre-sélection, les plus aptes étant tombés au champ d'honneur. Plus répandues en Allemagne qu'en France, de telles représentations sont néanmoins tout à fait présentes

²⁷⁸ Dans le sens où les thèses fondamentales du travail de Charles Darwin dans *De l'origine des espèces* (1859), c'est-à-dire la « lutte pour la vie » (*struggle for life*) et la « survie des plus aptes » (*Survival of the fittest*) est présentée comme principe de fonctionnement d'une nature qui devrait s'appliquer à la société humaine. Ce raisonnement va bien à l'encontre de la distinction entre nature et culture, soulignée de longue date par des théoriciens du contrat montrant comment se présenterait la société avant l'institution d'un Etat (par exemple, Hobbes dans le *Léviathan*). Indépendamment de sa véracité historique, cette conception de l'état de nature comme devant gouverner la société est visiblement une pétition de principe puisqu'elle recrée les conditions qui auraient précisément dues être évitées par l'existence d'une organisation sociale plus raffinée. L'état de nature est l'absence de règle, d'assistance, donnant l'avantage au plus fort, ce que la propagande nazie revendique, à l'image du film de propagande au nom évocateur *Alles Leben ist Kampf* (« Toute vie n'est que combat », 1937), qui cible particulièrement les individus handicapés comme étant incapables de soutenir ce combat.

²⁷⁹ *Ibid.*, p. 16-17.

dans nos sources françaises des années 1930, comme on le voit ici à partir de cet exemple alsacien. Les « sacrifices immenses » évoqués par le Dr Girard sont évidemment des sacrifices d'ordre financier. Cette préoccupation économique représente un poncif central dans l'argumentaire en faveur d'un eugénisme délestant l'Etat de la charge des plus faibles. Cet argument économique nourrit l'argument de l'urgence d'une sélection, autrement dit d'un tri entre les plus aptes à produire et les autres.

L'arriéré en vient à être défini non plus par son retard mental individuel, mais par le manque à gagner global qu'il représente à l'échelle de la société toute entière. Seuls le sentiment de pitié et de compassion paraît sauver l'idée d'assistance nécessaire de cette population dans de nombreuses sources françaises, comme dans un mémoire daté de 1931 sur Cernay qui aborde la question de « l'enfant anormal au point de vue social », qui serait

Un pauvre être, un insuffisant mental, qui ne peut s'adapter spontanément au milieu dans lequel il doit vivre. Comme les autres infortunes : aveugles, sourds-muets, tuberculeux, etc, il fait appel à nos sentiments d'humanité, et la société non seulement par pitié, mais par devoir de justice devra venir à son aide puisque, en grande partie, les enfants anormaux sont les victimes de certaines déficiences dans l'organisation sociale actuelle²⁸⁰.

L'arriéré est certes présenté comme une victime, ici des méfaits de la société industrielle. Dans les années 1920, les avancées en terme de prédiction biologique s'ajoutent à cette idée pour en faire une victime de la transmission héréditaire des tares. Le versant scientifique liée à une contagion génétique représentée par l'arriéré, qui sera mis en évidence dans le chapitre 6, pèsera d'autant plus lourd qu'il se conjugue avec un tel arrière-plan économique. L'idée exprimée chez les aliénistes d'une récupération des dépenses de la société par l'utilisation des anormaux, qu'on retrouve chez le Dr Nageotte dirigeant le service de Bicêtre vers 1910 tout comme chez un aliéniste comme Georges Heuyer à la fin des années 1920, exprime une tendance à la recherche de rentabilité dans l'assistance qui pénètre profondément les mentalités dans l'entre-deux-guerres. Ceci qui a pour effet d'altérer les principes mêmes de la protection sociale telle qu'elle est mise en place à la fin du XIX^e siècle :

Il y a là une sorte d'échange marchand dont le principe s'oppose à l'idée que la qualité de membre de la collectivité fonde à elle seule l'obligation de secours, sans qu'il soit jamais besoin d'examiner la balance entre charges et profits qui caractérise chaque situation individuelle. Mesurée à l'aune des idées de 1789, cette conception marque un net recul par rapport au décret de vendémiaire dont l'article premier était une claire référence à la

²⁸⁰ A.S.C., CE 3M, Dossier 19 : « Lettres, rapports, comptes-rendus émanant d'autres personnes et concernant l'activité de l'institut », Louise Huber, « Le placement des enfants anormaux dans les trois départements recouverts », mémoire dactylographié, s.l., 1931, p. 14.

Déclaration des droits : la naissance ne suffit plus à assurer l'égalité devant l'obligation collective d'assistance, il faut d'abord avoir contribué à la richesse commune²⁸¹.

Puisque « toute valeur doit être gagnée contre une antivaleur »²⁸², la glorification de l'homme productif et laborieux se nourrit de la condamnation des oisifs. Le glissement du non-productif à la charge sociale est fait de plus en plus fréquemment dans les sources consacrées aux arriérés. La description lapidaire des « anormaux » du point de vue de l'intelligence faite par le Dr Georges Heuyer en 1926 en est représentative :

Ils ne peuvent acquérir à l'âge scolaire les notions nécessaires pour exercer plus tard un métier manuel ou intellectuel [...] A l'âge adulte, incapables d'un discernement suffisant pour le choix d'une profession, inaptes à exercer un métier dont ils n'ont pas pu apprendre les éléments à l'âge de l'école et de l'apprentissage, ils sont à la charge de la société.

Mais les effets de la crise de 1929 radicalisent encore davantage les positions du côté allemand. La première étape consiste à diminuer les ressources : ainsi une commission destinée à étudier les économies possibles au niveau des structures asilaires décide en avril 1931 la baisse du coût par personne de 1 RM à 55 pf. Or, dans ce processus de rationalisation des coûts qui s'engage, le directeur de l'asile de Wittenau, Emil Bratz tient une position tout à fait tranchée. Lors de la conférence de l'association allemande pour la psychiatrie, il intervient sur le thème « Peut-on rendre la prise en charge des malades mentaux moins chère et comment ? ». D'après lui, la diminution des coûts ne doit pas seulement être imputée aux patients chroniques, mais aussi en les faisant sortir de l'asile par l'envoi dans d'autres structures de soin ou plus tôt que conseillé, tout en avertissant des dangers qu'impliquent un renvoi hors des murs de l'asile de malades dont la descendance nombreuse ne fera qu'accentuer le problème des coûts dans la psychiatrie. Pour un observateur français de la loi qui la commente en 1934, elle constitue un cas irréductible à la comparaison avec un autre pays, y compris ceux ayant adopté une législation dans ce domaine, pour la raison suivante :

Ils sont allés plus loin et ont pensé libérer plus rapidement leur nation de la charge de ses déchets sociaux en supprimant au besoin par la force leur puissance génératrice à tous les individus atteints de certaines catégories de disposition (sic) morbides jugées dangereuses pour la descendance ; bref, le législateur a voulu rationaliser la production d'êtres humains par des règles rigides et intangibles²⁸³.

²⁸¹ Didier RENARD, « Une définition institutionnelle du lien social : la question du domicile de secours », *Revue française de science politique*, n°3, 1988, p. 376.

²⁸² G. CANGUILHEM, *op. cit.*, p. 227.

²⁸³ Jean GIRARD, « Considérations sur la loi eugénique allemande du 14 juillet 1933 », Thèse d'exercice, Strasbourg, 1934, p. 32.

Ainsi, il est impossible de comprendre les évolutions de schémas d'explications scientifiques tels que le darwinisme, la théorie de la dégénérescence et l'eugénisme sans tenir compte du contexte économique de crise qui impacte la France et surtout l'Allemagne de l'époque :

A cause des obligations de réparations de la Première Guerre mondiale, l'Allemagne fut particulièrement affectée par la crise économique mondiale de 1929. Le chômage et la pauvreté qui s'ensuivirent affaiblirent encore le système politique de Weimar qui, quoi qu'il en soit, avait dès le départ souffert d'un manque de loyauté de la part de ses élites [...] La crise économique et politique qui en résulta conduisit, tout d'abord, à une réduction prononcée des dépenses publiques, induisant des restrictions dans le système des affaires sociales, y compris, en ce qui concerne la psychiatrie, le démantèlement des approches et programmes réformateurs²⁸⁴.

On l'observe bien ici : l'Allemagne n'innove pas sur cette trajectoire d'une réduction des sommes engagées dans l'assistance aux malades mentaux, et en partie aux arriérés. Un tel contexte de rétraction s'observe de manière semblable chez le voisin, et ce tant pour un établissement central comme Bicêtre qu'un institut périphérique comme Cernay. Le parallèle est d'ailleurs souligné par Isabelle von Bueltingsloewen, qui, relevant l'originalité de la forte pénétration des thèses eugénistes dans le corps médical comme dans la population, met néanmoins en avant la part de l'économique dans cette évolution :

Alors que des dizaines de milliers d'aliénés étaient morts de faim dans les asiles allemands au cours de la 1^{ère} GM, ces théories, nourries par de nombreuses publications et par des films de propagande, ont gagné beaucoup de terrain dans les années 1920. L'irruption brutale de la crise économique, en 1929, leur a donné un écho plus large encore. Elle s'est traduite par des restrictions budgétaires drastiques qui ont entraîné une détérioration dramatique des conditions de vie dans les asiles²⁸⁵.

La crise économique fait ainsi vaciller les fondements de l'assistance dans les deux pays voisins. Toute la différence réside dans l'évolution vers une implémentation concrète de ce qui n'est encore que théorique dans les années 1920.

Le démantèlement des services est en effet suivi par une mise en pratique concrète et systématique de la stérilisation en tant que moyen de sélection des individus considérés comme sans valeur pour la société. Le choix des secteurs à favoriser à l'échelle nationale est ainsi complété par

²⁸⁴ Volker ROELCKE, Gerrit HOHENDORF et Maïke ROTZOLL, « Science médicale, *ethos* et transformations politiques : la recherche psychiatrique en Allemagne, 1925-1945 », in C. BONAÏ, É. LEPICARD et V. ROELCKE (dir.), *La médecine expérimentale au tribunal: implications éthiques de quelques procès médicaux du XX^e siècle européen*, Paris, Édition des archives contemporaines, 2003, p. 163.

²⁸⁵ I. von BUELTZINGSLOEWEN, *L'hécatombe des fous*, op. cit., p. 393.

une volonté de forger des outils de sélection des individus représentant des dangers pour la santé de la population. Dans cette perspective comptable, le critère de la valeur économique et d'aptitude à occuper une place productive au sein du *Volk* tient un rôle majeur sous le régime nazi comme justification de la non-reproduction des arriérés. En d'autres termes, la reproduction doit être interdite à ceux incapables de produire. Pourtant, ce regard porté sur les improductifs n'est pas spécifique à l'Allemagne : on a largement vu qu'en France aussi, le manque de rendement économique des services prenant en charge des arriérés pose problème, et qu'à l'échelle individuelle, les divers degrés de retard mental et d'infirmités étaient envisagés à travers une optique utilitariste. Comme le remarque Jean Girard dans sa thèse consacré à la loi de stérilisation vue de France en 1934, le point sur lequel l'Allemagne innove en 1934 est moins la justification pragmatique de l'« empêchement de la reproduction des malades héréditaires » (*Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwüchses*) que sur l'implémentation concrète et pratique de leur élimination systématique. Dans ce cadre, l'argument économique s'ajoute aux fondements de l'hygiène raciale pour légitimer le tri pratiqué et la stérilisation forcée des malades arriérés (*schwachsinnig*) qui s'ensuit, ce que nous allons démontrer à présent.

b) Production et reproduction : la stérilisation forcée comme remède à l'inutilité sociale

Le critère du rendement social se durcit donc pendant l'entre-deux-guerres. Pendant la Seconde Guerre mondiale, il forme le critère principal du tri des déportés dans les camps de travail et d'extermination. Le commentaire de la loi de stérilisation par Rüdin et ses collègues, daté de 1935, atteste bien de l'aspect moralisant de l'évaluation. Le choix des individus soumis à une stérilisation forcée se fait autant par l'évaluation d'un défaut de développement de l'intelligence que par celle de la conduite sociale, comme on l'a vu dans les exemples évoqués. D'après Rüdin, il s'agit de rechercher tout indice d'un comportement déviant comme « l'incapacité à assurer ses propres besoins à travers l'exercice d'une profession »²⁸⁶.

Pourtant, si l'inutilité de l'arriéré et des malades mentaux en général a été un argument clé de la radicalisation de l'eugénisme dans la période, l'aptitude au travail de certains des arriérés de l'asile de Wittenau ne constitue en rien un motif qui pourrait les dispenser de subir l'opération de stérilisation forcée (*Unfruchtbarmachung*). La plupart des dossiers de stérilisation retrouvés dans les *Schulakten* de la classe de perfectionnement de l'asile contiennent des descriptions attestant des

²⁸⁶ Cité par Annette HINZ-WESSELS, *op. cit.*, p. 84.

capacités d'une grande majorité à accomplir des tâches simples. Plusieurs sont en apprentissage au milieu des années 1930. Gertrud M., entrée à l'asile en 1931, est décrite deux ans plus tard comme ayant fait des progrès satisfaisants (*befriedigende Fortschritte*) qui rendent son accès à la classe supérieure possible²⁸⁷. Erich T. est « très assidu avec les matières qui l'intéressent et a fait maintenant des progrès satisfaisants »²⁸⁸. Quatre ans plus tard, en apprentissage, le maître note que « Erich est devenu assez fort (...) A de l'entrain au travail, accomplit sa tâche de manière satisfaisante ». Il est néanmoins stérilisé le 27 juillet 1937. Atteint de débilité, Helmut est décrit un en 1935 par son instituteur comme travailleur (*arbeitswillig*) et appliqué (*fleissig*). Fait rare, il sait lire et écrire de manière fluide, et écrit ses ambitions professionnelles dans un document extrêmement rare, soit une sorte de rédaction sans doute soumis à évaluation, les quelques fautes étant soulignées par son maître :

Je m'appelle Helmut B. Je suis né le 23 mai 1921 à l'hôpital de Schöneberg. Mes parents ont un travail. Je suis arrivée ici à l'asile. Je suis arrivé il y a 6 ans ici à l'asile et j'ai maintenant 15 ans. Je suis ici depuis 6 ans dans l'école de perfectionnement. Mais à présent je suis déjà confirmé. J'espère devenir un peintre capable un jour, de façon à pouvoir gagner de l'argent pour me nourrir. En ce moment je suis dans la 1^{ère} classe. Mon professeur s'appelle Herr Meissner²⁸⁹.

Il est extrêmement rare de trouver des propos écrits par la main des enfants. Ceux-ci ont sans doute été dictés. Deux choses paraissent essentielles à relever ici : d'une part, l'insistance sur le travail comme but essentiel pour l'adolescent, idée sans doute martelée dans leur enseignement quotidien. Des vertus sont associées au fait d'exercer une activité professionnelle : le sérieux, l'application, et surtout l'autonomie quant à son existence quotidienne. D'autre part, le constat que le critère économique n'entre pas en compte après l'entrée en vigueur de la *GzVeN* : on ne cherche pas à trier entre éducatibles et inaptes au travail, et de fait Helmut est stérilisé en 1936. Un autre paramètre est devenu bien plus important à la faveur de la *Rassenhygiene* des années 1920-30 : celui de l'hérédité. Helmut a un père et une mère atteints de maladies vénériennes (*geschlechtskrank*), son père et ses grands-parents sont alcooliques (*Potator*), tandis que sa mère Erna « est décrite comme

²⁸⁷ Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier n°5596, Dossier scolaire (*Schulenakten*) d'Erna L., Bulletin scolaire signé par l'instituteur M. Meissner.

²⁸⁸ „Erich ist bei den Unterrichtsgegenständen, die ihn interessieren sehr eifrig und er hat jetzt befriedigende Lernfortschritte gemacht „ ; „Erich ist recht kräftig geworden [...] Hat Freude an der Arbeit, führt seine Aufgaben aus“. Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier n°6011, Extrait des antécédents (*Krankheitsgeschichte*) d'Erich T., admis le 9 août 1928 à l'asile, remarques du 30 septembre 1931 et d'octobre 1935.

²⁸⁹ „Ich heiße Helmut B. Ich bin geboren am 23.5.21 in Schöneberger Krankenhaus. Meine Eltern haben Arbeit. Ich bin hier im Erziehungsheim gekommen. Ich kam vor 6 Jahren hier ins Erziehungsheim, und bin jetzt 15 Jahre alt. Ich bin schon 6 Jahre hier im Erziehungsheim. Jetzt bin ich aber schon eingesehnet. Ich hoffe mal später ein tüchtiger Maler zu werden. Damit ich mein Geld verdiene damit ich mich ernähren kann. Jetzt bin ich in der 1. Klasse. Mein Lehrer heißt Herr Meissner“. Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier n°5598, Dossier scolaire (*Schulenakten*) d'Helmut L., né le 23 mai 1921 à Berlin.

une débile, une femme intellectuellement limitée »²⁹⁰. L'arbre généalogique représentant cette ascendance pathologique dans le dossier médical converge en un point central symbolisant le jeune homme. Son employabilité n'a aucune incidence sur la décision du « tribunal de santé héréditaire » (*Erbgesundheitsgesetz*) : si elle rend l'individu moins lourd pour la collectivité, il ne reste que l'individu représente toujours une menace future pour la santé du *Volk* d'après la logique héréditaire partagée par la plupart des médecins nazis. A ceux qui sont incapables de produire, il est maintenant interdit de se reproduire.

Enfin, on constate que dans la pratique, la stérilisation représente en réalité non un déni de ces arriérés pourtant travailleurs, mais un moyen de continuer à les exploiter au sein de familles d'accueil ou de les faire sortir de l'asile pour les réintégrer à la société civile. Après l'application de la loi, les arriérés travaillant hors de l'asile font tôt l'objet d'une opération de stérilisation, et ensuite la plupart des arriérés sont stérilisés au moment de la puberté juste avant d'être envoyés travailler en *Familienpflege*. Par exemple, Erich T., apprenti dans l'*Erziehungsheim*, est stérilisé le 27 juillet 1937 à l'âge de 16 ans. Dès le mois d'août suivant, il est pris en charge chez un paysan (*in Pflege zum Bauern*) de Lossow.

Ces courts extraits de dossiers médicaux de patient de Wittenau pris en charge dans les années 1930 en raison de leur retard mental sont représentatifs d'une tendance de beaucoup d'Etats à concentrer leur attention sur la lutte contre les maladies chroniques. Tout ce qui limite l'efficacité de la main-d'œuvre et sa production doit être surmonté. Le cas de la politique de stérilisation menée par l'Allemagne nazie ajoute à cet impératif la justification raciale. Dans les deux cas, la reproduction est au centre des préoccupations. Là aussi, le contexte de compétition entre les nations occidentales pour le pouvoir industriel et impérial est fondamental pour comprendre ces craintes pour la santé du corps social. Comme on le verra dans le chapitre suivant, cette volonté de contrôler la qualité des naissances se fonde sur une compréhension biologique du lien intergénérationnel qui légitime l'intentionnalité des eugénistes.

La cité idéale de la modernité implique une rationalisation intégrale de toutes les activités humaines. Tout est planifié dans les moindres détails. L'utopie scientiste élimine l'accident et l'imprévu de la vie des hommes pour mener enfin à la stabilité propre à la perfection. Elle bannira tous les maux qui ont affligé jusque-là l'humanité. Cependant, pour cela, elle ne fait plus appel à Dieu mais à la Raison. Elle fait de l'homme son propre démiurge [...] Elle affirme ainsi l'autonomie absolue de l'homme et réhabilite Prométhée, symbole du pouvoir de l'homme à forger sa propre destinée. La perfection de l'utopie, même lorsqu'elle se réfère à

²⁹⁰ Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier n°5598, Dossier scolaire (*Schulenakten*) d'Helmut L., Extrait des antécédents (*Krankheitsgeschichte*).

un âge d'or passé, est une perfection construite par la raison, une perfection artificielle inspirée par le même esprit technicien qui anime l'idéologie de progrès²⁹¹.

Les tenants de mesures aussi extrêmes sont rares en France. Ils sont souvent cités car certaines prises de positions surprennent par leur caractère décomplexé. Il apparaît néanmoins que les sources évoquant les arriérés comme un fardeau pour la collectivité se font plus nombreuses dans l'entre-deux-guerres en France. Anne Carol relève à ce titre les propositions de Sicard de Plauzoles qui en 1927 insiste sur les aspects économiques d'un eugénisme comme « art de procréer, de perfectionner et d'utiliser l'homme considéré comme une machine produisant du travail »²⁹². Ainsi le facteur économique est incontournable pour comprendre les enjeux de la prise en charge de l'arriération dans les années 1930. Elle est indétachable des enjeux médicaux de l'appréhension de l'arriération. Derrière l'image trompeuse d'une science médicale désintéressée, il convient de souligner son instrumentalisation, comme le rappelle Benoît Massin dans l'introduction de *L'hygiène de la race*. Les regards des aliénistes et des psychologues se rejoignent dans l'entre-deux-guerres dans leur volonté de quantification pragmatique du rendement humain, et ce dans une optique prédictive. La science médicale est un instrument de politique et tout en préservant sa rationalité et ses méthodes, la recherche « s'oriente en fonction des valeurs et des fins de la société dans laquelle elle opère »²⁹³. Au paroxysme de « l'ère des empires »²⁹⁴, la « valeur sociale » est avant tout une valeur envisagée en terme de productivité économique brute, et ce en France comme en Allemagne.

Pourtant, si des parallèles existent entre France et Allemagne au début des années 1930, l'étude fine des pratiques permettent de voir les divergences qui existent concrètement sur le terrain. On a pu voir que dans les deux pays, les idées d'inutilité sociale des arriérés font leur chemin, et ce dès l'avant Première Guerre mondiale. Cette vision pragmatique de l'arriéré a pour conséquence une dégradation certaine de la prise en charge médicale et pédagogique en France, en partie liée à une montée du paradigme de l'incurabilité de l'arriération. Dans le contexte de la dictature nazie, les mêmes théories ont des suites bien plus dramatiques par leur implémentation pratique. La décrédibilisation de l'éducation et de l'aide promues aux arriérés par diverses institutions est corrélée

²⁹¹ Paul WEINDLING, *L'hygiène de la race*, Paris, La Découverte, 1998, p. 44-45.

²⁹² Cité par Anne CAROL, *Histoire de l'eugénisme en France: les médecins et la procréation*, Paris, Le Seuil, 1995, p. 75.

²⁹³ P. WEINDLING, *op. cit.*, p. 45.

²⁹⁴ Eric John HOBBSAWM, *L'ère des empires: 1875-1914*, Paris, Fayard, 1989.

avec une sélection au moment de la procédure de stérilisation, comme on l'a vu à la fin du chapitre. La classification des individus en fonction de leurs qualifications entraîne inévitablement l'émergence d'une catégorie d'inutiles, au premier rang desquels figurent visiblement la population des arriérés. Partout, « ils émergent au regard par leur incapacité à faire, depuis l'incapacité ou la difficulté à produire les conduites les plus élémentaires (marcher, se nourrir, s'habiller, se laver, etc.) jusqu'à l'incapacité à réaliser les apprentissages que propose l'école, puis ceux qui sont nécessaires à l'exercice d'une profession »²⁹⁵. Mais dans l'Allemagne nazie, ce constat dépréciatif a des conséquences déterminantes, non pas vraiment à l'échelle individuelle puisqu'on a montré que les « tribunaux de santé héréditaire » ne tiennent pas vraiment compte de la situation de productivité réelle d'un individu. Par contre, à l'échelle du pays, la création de la perception de l'arriéré comme un poids pesant sur la communauté nationale est abondamment martelée, dans les écrits comme dans les affiches de propagande nazie. « C'est l'aspect économique, la vision d'un être non productif, ne pouvant évoluer ou se développer pour acquérir une indépendance financière et par la suite, décharger le système public du poids de sa présence, qui figure comme élément clé de la vision aliéniste de la déficience intellectuelle »²⁹⁶. Dans une époque de crise, les tensions sociales croissantes jouent un rôle dans la volonté faiblissante de la population d'avoir à s'occuper d'individus considérés comme « anormaux », comme le soulignent volontiers Volker Roelcke et Maïke Rotzoll²⁹⁷. On a pu démontrer ici comment ces idées qui émergent dans les années 1920 dans la plupart des pays industriels se trouvent instrumentalisées pour légitimer une politique de tri et d'élimination des individus considérés comme des « malades héréditaires » (*Erbkranken*).

Néanmoins, cette peur de l'anormal est loin d'être une crainte fondée uniquement sur son coût pour la société. Son statut d'être contagieux, car propagateur de tares congénitales altérant la qualité sanitaire de la nation est en réalité la pierre angulaire de tout le dispositif mis en place pour empêcher leur reproduction, puis les exterminer à la fin des années 1930. La loi de 1934 concerne tous ceux pouvant potentiellement engendrer une « descendance héréditaire malade » (*erbkranken Nachwuchs*). Or parmi toutes les catégories qu'englobe la loi²⁹⁸, nous allons à présent démontrer que

²⁹⁵ Roger MISES, Roger PERRON et Roger SALBREUX, *Retards et troubles de l'intelligence de l'enfant*, Paris, ESF Editions, 1994.

²⁹⁶ Guy GRENIER, « Doctrine de la dégénérescence et institution asilaire au Québec (1885-1930) », *Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques*, n° 12, 1994, p. 61.

²⁹⁷ Volker ROELCKE, Gerrit HOHENDORF et Maïke ROTZOLL, « Science médicale, *ethos* et transformations politiques : la recherche psychiatrique en Allemagne, 1925-1945 », in C. BONAÏ, É. LEPICARD et V. ROELCKE (dir.), *La médecine expérimentale au tribunal: implications éthiques de quelques procès médicaux du XX^e siècle européen*, Paris, Édition des archives contemporaines, 2003, p. 163.

²⁹⁸ En l'occurrence, on en dénombre huit : Déficience mentale congénitale, schizophrénie, trouble maniaco-dépressif, épilepsie, cécité, surdité, chorée de Huntington, difformité et alcoolisme. Toutes ces catégories étaient par suite considérées comme étant des pathologies transmissibles de manière héréditaire.

l'arriéré est envisagé comme la plus grave et donc la plus dangereuse de toutes les maladies définies comme héréditaires. En ce sens, nous formulons l'hypothèse que dans le savoir de la science médicale de la fin du XIXe siècle jusqu'à celui développé par la génétique psychiatrique allemande dans l'entre-deux-guerres, on trouve une constance, qui est la place de l'arriération comme pathologie paroxystique. Grave et fondamentalement contagieuse, la construction d'une rhétorique du péril social est loin d'être une création de la période du national-socialisme, qui ajoutera toutefois le péril racial. Le dernier chapitre de ce travail a pour objectif de démontrer en quoi cette représentation de l'arriéré comme pathologie héréditaire menaçant l'intégrité du corps social remonte en réalité à des considérations bien plus lointaines, dont les postulats ont laissé des traces dans la pratique aliéniste quotidienne aussi bien que dans l'orientation des recherches génétiques de la fin du XIX^e siècle au milieu des années 1930.

Chapitre 6 : Hérité et curabilité de l'arriération. De la théorie de la dégénérescence à la génétique psychiatrique (1857-1935)

A. Arriération et dégénérescence en France et en Allemagne

1. *L'arriéré comme paroxysme du processus de dégénérescence en France (2^e moitié du XIX^e siècle)*

a) Hérité et parenté pathologique dans les dossiers médicaux des malades arriérés de Bicêtre (fin du XIX^e siècle)

La pratique psychiatrique quotidienne en France est marquée par l'idée de dégénérescence et beaucoup de cas cliniques expriment bien le succès de cette notion. A Bicêtre, les antécédents familiaux consignés dans les répertoires d'observations médicales du service des idiots expriment bien la vivacité du schéma de la transmission héréditaire des maladies mentales au début du XX^e siècle. On peut en outre constater une évolution dans la présence des termes en lien avec les idées de dégénérescence. Le service des idiots de Bicêtre ouvre au début des années 1880 et les répertoires d'observations médicales sont disponibles vers le milieu des années 1880. Pourtant, le terme est très faiblement présent dans les procès verbaux de la préfecture de police (qui décide de l'admission des enfants) et les rapports de l'Asile Clinique. Il faut attendre le début du XX^e siècle pour que les termes de « dégénéré » et l'allusion à des « stigmates de dégénérescence » chez les enfants admis dans le service soient utilisés de manière fréquente. Alors que ces termes restent épisodiques de 1885 à 1900, dans le répertoire 6R-129 consignant les observations relatives à 149 cas de l'année 1913, le terme de « dégénérescence mentale » apparaît à 33 reprises, tandis qu'on relève à 16 reprises des « stigmates de dégénérescence » parmi les enfants admis cette année-là.

Les termes liés à l'idée de dégénérescence ne se retrouvent pas de manière égale selon les aliénistes établissant la description du malade ou le diagnostic. Le Dr Magnan apparaît dans les répertoires d'observations médicales comme principal médecin établissant les « immédiats » de l'Asile Clinique avant la Première Guerre mondiale, qui déterminent l'orientation et le placement de chaque malade en fonction du diagnostic établi. Dans ses descriptions de l'état de l'individu, le terme de dégénéré figure à de nombreuses reprises, ainsi que souvent la mention « père alcoolique ». Outre le cas particulier du Dr Magnan, il faut insister sur le fait que l'utilisation du terme varie selon les médecins qui semblent particulièrement acquis à l'idée de dégénérescence. Par exemple dans les registres d'observations médicales, on retrouve fréquemment les termes de « dégénérescence » ou de « stigmates de dégénérescence » ou « stigmates dégénératifs » sous la plume du Dr Jacquelier dans les années 1908 à 1912 à Sainte-Anne. De telles expressions détonnent car elles ne sont pas reprises dans les rapports établis par les médecins de Bicêtre. En effet, les aliénistes et internes du service des idiots semblent privilégier l'utilisation du terme de dégénérescence quand il sert à confirmer un défaut moral particulier. Ainsi le Dr Legras parle de « dégénérescence » dans le cas d'un débile mental vagabond atteint de « perversions instinctives » en octobre 1912. De la même façon en 1913, le Dr Roubinovitch déclare Georges Y. « atteint de dégénérescence mentale avec fugues, mythomanie, vols », après que l'immédiat de Sainte-Anne a utilisé la même expression. Lors de son transfert à l'infirmerie du dépôt, le rapport du préfet de police dresse le tableau suivant :

Débilité mentale avec perversions instinctives. Instabilité. Fugues, errance, vagabondage, vols, mensonges, malice, colère, indiscipline. Incapacité de s'adapter aux remontrances et aux punitions. Intelligence éveillée et mobile. Conscience relative de son état anormal. Père alcoolique chronique. Mère débile, atteinte de bégaiement. Sept frères et sœurs, dont 6 morts en bas âge d'accidents cérébraux¹.

Le sens associé à la dégénérescence n'est donc pas univoque dans la pratique. De surcroît, le qualificatif de dégénéré semble réservé aux cas associant lourde hérédité et amoralité. Néanmoins la place importante tenue par l'étude des antécédents héréditaires laisse penser que beaucoup d'aliénistes semblent vouloir reconnaître une « essence unique » derrière la variabilité des cas : celle du dégénéré comme aboutissement d'une lignée morbide.

En effet, l'arriéré et son association à un processus de dégénérescence se caractérise dans la pratique par le fait qu'il se trouve inséré dans une parenté pathologique dont la restitution est un élément central de la description du patient. L'anamnèse établie par les médecins de la fin du XIX^e siècle sur les enfants atteints de retard mental à Paris utilise très souvent la recherche d'antécédents

¹ Archives APHP, Bicêtre, 6R-127, Registre d'observations médicales, Georges Y, admis en 1913.

comme moyen explicatif, établissant l'arriération comme le résultat d'une accumulation des tares au fil d'une lignée malade. Le sommaire de la page consacrée à Alexandre P. dans le registre d'observations médicales du service de Bicêtre en donne un bon exemple :

Père alcoolique, absinthique. Caractère violent. Grand-père paternel alcoolique. Grand-mère paternelle sujette à des syncopes [...] Mère RAS (sic) Grand-père maternel mort d'alcoolisme chronique. Arrière grand-père suicidé. Grande tante : obèse, un de ses enfants est alcoolique [...] Une sœur morte à 10 mois, qualifiée d'avorton par le médecin. Conception probable dans l'alcoolisme. Grossesse : émotions fréquentes. Ivresse et sévices fréquents du mari. Caféisme².

Dans les répertoires d'observations médicales du service des idiots de Bicêtre, de telles généalogies morbides sont fréquentes. Or le crédit accordé à la théorie de la dégénérescence ne peut être la seule explication du succès qu'elle connaît sur le plan pratique.

Ensuite, il convient de souligner qu'à l'examen l'utilisation du raisonnement généalogique et du terme de dégénérescence, on constate une fréquence plus importante du terme dans les cas d'arriération légère mais associée à un aspect moral. Ainsi on est amené à penser que la dégénérescence a cela de commode dans la pratique qu'elle permet de positionner dans la nosographie tous les cas d'enfants remplissant seulement partiellement les critères de l'arriération mais qu'il est utile de soustraire à la sphère sociale, et en premier lieu celui de l'« imbécile moral » qu'on a pu étudier dans le chapitre 3³. Le mécanisme de dégénérescence permet d'interner des individus dont la pathologie est liée à la déviance morale. Les sources de la pratique montrent en effet que le terme de « dégénéré » sert souvent à qualifier des arriérés non en raison de leur niveau intellectuel faible, mais de leur comportement déviant. Sur la page consacrée aux antécédents d'Alexandre P. précédemment cités, la lourde hérédité de l'enfant dit arriéré n'est pas suivie d'évocation de son niveau mental, mais des remarques suivantes :

Première condamnation pour vol en janvier 1904. Deuxième condamnation à 3 mois de prison pour vol en août 1904. Onanisme à partir de 8 ans. Rapports sexuels prétendus. Appétence alcoolique. Rentré 2 fois ivre. Ecolage très irrégulier. Instruction presque nulle. Apprentissages multiples. Rougeole vers 4 ans. Traumatisme à la tête à 11 ans. Etat agité, extravagant, tatoué⁴.

Son certificat de réintégration suite à son évasion livre le diagnostic. Le Dr Bourneville qualifie l'enfant comme « atteint d'arriération intellectuelle, d'instabilité mentale avec perversion des instincts. Kleptomanie. Tatouages sur les mains et les bras ». L'adolescent arriéré

² Archives AHP, Bicêtre, 6R-118 (1903-1904), Registre d'observations médicales, Alexandre P., admis le 24 juillet 1904.

³ Voir à la fin du chapitre 3 de cette thèse la partie consacrée au thème de l'imbécile moral.

⁴ Archives AHP, Bicêtre, 6R-118, Registre d'observations médicales, Alexandre P., admis le 24 juillet 1904.

semble être qualifié de dégénéré non en tant qu'aboutissement d'une lignée morbide, mais plutôt au motif qu'il « manifeste par tout son être cette dégradation »⁵. Le dossier médical associe son hérédité chargée à un comportement jugé pathologique en raison de multiples détails interprétés comme des violations de la loi morale commune à tous. La catégorie diagnostique de « dégénérescence » cherche finalement à qualifier la simple altérité.

Il est d'ailleurs frappant de voir que la dégénérescence n'est pas forcément associée de manière explicite à l'hérédité dans les dossiers médicaux d'arriérés pourtant qualifiés de dégénérés. Le paramètre de la moralité s'avère avoir une part tout aussi importante. Pour Gaston M., admis le 13 mars 1903 à Bicêtre, aucun antécédent héréditaire n'est mentionné dans le dossier. Il est pourtant décrit comme « atteint de dégénérescence mentale avec impulsions violentes et mauvais instincts »⁶. Renvoyé de toutes les écoles qu'il a fréquentées au motif qu'il précipite du haut des escaliers les enfants qui se trouvent devant lui, il est interné car « dangereux pour la sécurité publique. Il ne peut vivre au dehors et doit être enfermé dans un établissement d'enfants aliénés »⁷. De la même façon, les rapports médicaux concernant d'Auguste L. mentionne lui aussi une « dégénérescence mentale » par des éléments de son caractère sans pour autant que les observations des médecins et internes de Bicêtre ne mentionnent un terrain héréditaire quelconque. Il serait atteint de « méchanceté instinctive » et « absolu défaut de sens moral », justifiés par le fait qu'il « prend plaisir à frapper sa mère, à l'injurier de la manière la plus grossière »⁸. Ce constat correspond tout à fait à l'interprétation faite par Valentin Magnan de la théorie de la dégénérescence :

L'oblitération du sens moral est non seulement le premier signe de la dégénérescence de la race, mais il est encore le premier signe qui se manifeste dans la plupart des cas où la folie prend naissance dans la famille⁹.

Dans la pratique aliéniste de la fin du XIX^e siècle, l'identification de lignées morbides semble davantage un ressort à l'apparence scientifique convoqué par le médecin comme faire-valoir qu'un critère incontournable et utile dans la pratique.

Enfin, le fait de remonter la généalogie familiale à la recherche d'antécédents morbides n'a pas qu'un sens diagnostic pour les médecins et aliénistes de la fin du XIX^e siècle. Le processus de dégénérescence, par son déroulement temporel incoercible, confère en outre à l'hérédité une valeur

⁵ Armand ZALOSZYC, « Eléments d'une histoire de la théorie des dégénérescences dans la psychiatrie française », Thèse, Strasbourg, 1975, p. 161.

⁶ Archives AHPH, 6R-119, Bicêtre, Registre d'observations médicales, Rapport de placement volontaire de la Préfecture de police sur l'enfant Gaston M., 20 mai 1902.

⁷ *Ibid.*

⁸ Archives AHPH, 6R-119, Bicêtre, Registre d'observations médicales, Rapport de placement volontaire de la Préfecture de police sur l'enfant Auguste L., 30 janvier 1903.

⁹ Cité par A. ZALOSZYC, *op. cit.*, p. 176.

d'ordre pronostique. Le médecin qui relève les antécédents de Robert F., admis à Bicêtre le 4 octobre 1889 à l'âge de quatre ans, note que le jeune âge de l'enfant ne le rend pas très dangereux. Il ajoute pourtant que « les antécédents héréditaires peuvent donner lieu de craindre pour son avenir plus ou moins prochain »¹⁰. Les antécédents relevés sont les suivants : « Père relieur – céphalalgies, myopie, faiblesse des facultés intellectuelles, onanisme exalté, sobre [...] Oncle paternel mort fou à l'Antiquaille [Lyon]. Mère dyspeptique, migraineuse, nerveuse »¹¹. L'étude généalogique motive ainsi la peur d'une sorte de « prédestination » fondée sur une hérédité faisant fatalement de l'individu un aliéné en puissance. Le rôle du médecin tel qu'il apparaît dans les dossiers médicaux du début du siècle réalise par là le souhait de l'aliéniste Buchez formulé un demi-siècle plus tôt :

Le médecin prendra la peine de s'enquérir des antécédents [et y] découvrira les signes nombreux d'une infériorité préalable... Ces signes empruntés à la déformation physique [...], à des défauts d'équilibre moral ou intellectuel, souvent trop légers pour compromettre tout d'abord la situation sociale du prédestiné, mais [qui attestent d'une] mauvaise nature accumulée dans sa personne¹².

Un saut s'opère ici : de l'échelle de la lignée, on passe à celle de la classe, voir de la « race », terme fréquemment employé à la fin du XIX^e siècle¹³. Ainsi la catégorie de la dégénérescence et la force de son ancrage en tant que processus apparaît nettement dans la pratique, montrant la pertinence et l'acuité du concept dans un contexte institutionnel. Les dossiers médicaux des patients témoignent du rôle joué par la dégénérescence en tant que motif d'internement, plaçant l'arriération dans une perspective héréditaire mettant en jeu la lignée autant que l'individu dans les diagnostics posés. Cet aspect pronostic en jeu dans la lignée a une conséquence essentielle puisqu'il fonde le glissement de la crainte pour l'individu à celle pour la santé de la nation toute entière. Pour comprendre ces implications, il convient toutefois d'expliquer en quoi l'arriéré constitue un maillon essentiel de la théorie de la dégénérescence, et ainsi de revenir à la théorie de Morel et à quelques-uns des commentaires auxquels elle a donné lieu.

¹⁰ Archives APHP, 6R-113, Bicêtre, Registre d'observations médicales, Rapport du Dr Lemoine pour l'enfant Robert F., admis le 4 octobre 1889.

¹¹ Archives APHP, 6R-113, Bicêtre, Registre d'observations médicales, Rapport du Dr Lemoine sur l'enfant Robert F., admis le 4 octobre 1889.

¹² Cité par A. ZALOSZYC, *op. cit.*, p. 168.

¹³ Voir la thèse de Claude-Olivier DORON, « Races et dégénérescence: l'émergence des savoirs sur l'homme anormal » Thèse, Paris, 2011.

b) Le « crétin » au fondement de la parenté pathologique des maladies mentales depuis Morel (1857)

La figure du crétin constitue le paradigme du dégénéré dans les représentations de la seconde moitié du XIX^e siècle en lien avec la théorie de la dégénérescence. En 1857, Benedict-Gustave Morel rédige un ouvrage consacré à ce thème, qui va avoir une postérité et une diffusion remarquables. En particulier, l'essai est lourd de conséquences quant aux hypothèses formulées au sujet de l'origine — d'ordre familiale ou au contraire environnementale — de l'arriération. La théorie de la dégénérescence a donné lieu à une littérature abondante, tant sur l'élaboration et la réception de la théorie de Morel en France que sa diffusion et son appropriation dans divers pays d'Europe¹⁴. Mais l'idée que l'espèce humaine en général aussi bien que l'individu en particulier peuvent être menacés par une dégradation progressive est bien antérieure au milieu du XIX^e siècle. Elle trouve son origine dans une vision religieuse et nobiliaire de la chute d'un homme se détachant progressivement de son modèle divin parfait, comme l'a démontré Claude-Olivier Doron dans son travail de doctorat¹⁵. Les années 1860-1880 constituent néanmoins une césure fondamentale car elles voient l'intégration de cette notion philosophico-théologique au savoir psychiatrique¹⁶. Morel le premier explique dès lors l'état « anormal » — au sens d'un état pathologique qui se manifeste d'abord au niveau du mental, puis progressivement du physique — par une accumulation de tares produisant au fil d'une « succession nécessaire » une « généalogie morbide, d'abord au sein du sujet, puis dans l'ensemble de sa lignée »¹⁷. Plusieurs ouvrages fondamentaux sont écrits au même moment influençant la compréhension de l'arriération, au premier titre desquels ceux de Charles Darwin¹⁸. Le processus de dégénération est redoutable précisément dans ce déplacement de l'échelle individuelle au danger collectif. La métaphore de l'homme comme organe du corps social fonde la peur d'une

¹⁴ Sur la question de l'histoire de la notion de dégénérescence et les représentations qui lui sont associées, on retiendra Jean-Christophe COFFIN, *La transmission de la folie : 1850-1914*, Paris, L'Harmattan, 2003 ; Claude-Olivier DORON, « Races et dégénérescence: l'émergence des savoirs sur l'homme anormal », Thèse, Paris, 2011 ; Stéphane LEGRAND, « Portraits du dégénéré en fou, en primitif, en enfant et finalement en artiste », *Methodos : Savoirs et Textes*, 2004, n° 3 ; Armand ZALOSZYC, « Eléments d'une histoire de la théorie des dégénérescences dans la psychiatrie française », Thèse, Strasbourg, 1975. Dans une perspective européenne, voir Daniel PICK, *Faces of Degeneration : a European Disorder, 1848-1918*, Cambridge, Cambridge University Press, 1996.

¹⁵ Ainsi cette métaphore du Livre de Jérémie : « Les parents ont mangé des raisins verts et les dents des enfants en ont été agacées » (Jérémie, 31 : 29).

¹⁶ Hervé Guillemain remarque que « ce lieu commun – penser ensemble pratiques religieuses et pratiques médicales – est resté un angle mort de l'Histoire ». Or toutes les idées autour de la dégénérescence sont surchargées de valeurs religieuses. Voir Hervé GUILLEMAIN, *Diriger les consciences, guérir les âmes : une histoire comparée des pratiques thérapeutiques et religieuses*, Paris, La Découverte, 2006.

¹⁷ Cl.-O. DORON, *op. cit.*, p. 16.

¹⁸ Celui de Morel en 1857, mais aussi le livre de Gobineau à la fin des années 1850 consacré aux races, tout comme *L'Origine des espèces* de Charles Darwin en 1859. Ces trois ouvrages influencent fortement les notions de « race » et de « dégénérescence » dans la seconde moitié du siècle. On peut mentionner également les travaux de Spencer ainsi que Lombroso sur *L'uomo delinquente* (1876) qu'on a déjà évoqué dans le chapitre 3 en lien avec l'apparence irrégulière particulièrement relevée par les médecins certifiant l'arriération autour de 1900.

« irradiation » graduelle de la famille, de la classe et enfin de l'espèce¹⁹. Comme l'a bien analysé Armand Zaloszyk, la théorie de la dégénérescence incorporée au savoir psychiatrique à partir de Morel conditionne ainsi la vision médico-scientifique d'un individu-sujet vu comme le centre d'où l'hérédité morbide rayonne et menace toute la société.

Sans revenir sur le contenu général de ce traité, il est nécessaire d'en souligner les liens forts avec le thème de l'arriération. Le cœur de la théorie de la dégénérescence consiste en l'idée d'une déviation malade du type primitif comme cause principale de la plupart des maladies mentales. L'approche de Morel telle qu'il la formule dans son *Traité des dégénérescences* de 1857 considère que cette dégradation rend les individus non seulement imparfaits au fil des générations, mais que les tares successives les « abâtardissent » tant et si bien qu'ils s'éloignent progressivement du genre humain. L'arriéré représente l'aboutissement du processus. Ainsi, la dégénérescence est conçue comme un déficit héréditaire transmis aux descendants,

de telle manière que l'inadaptation, le déficit, la dégénérescence ne cessent de s'accroître, par une sorte d'épuisement de la puissance reproductive qui marche de pair avec la reproduction de descendants épuisés. Et on peut alors classer les différentes sortes d'héréditaires, de dégénérés [...]. Dans la première génération, tempérament nerveux, irritabilité, violence; deuxième génération: déficiences nerveuses plus graves, épilepsie, hystérie, hypocondrie; troisième génération: dispositions innées à la folie, tendances soumises à l'instinct et « de mauvaise nature », ce qu'on appellerait aujourd'hui un pervers, et puis finalement, très souvent dès la quatrième génération, idiotie complète (ou imbécillité) accompagnée de stérilité²⁰.

Placé au bout de la lignée morbide, la pathologie de l'idiotie — ou la simple supposition de la présence de la pathologie chez le sujet d'ailleurs — concentre en lui un résumé de toutes les tares accumulées. L'arriéré est le dernier maillon de la chaîne de dégénérescence, de telle sorte qu'un simple état névropathique peut en quelques générations « faire naître des états dégénératifs plus graves, et se résumer dans l'idiotie ou l'imbécillité de ceux qui forment les derniers maillons de la chaîne des transmissions héréditaires »²¹.

Stade final du processus de dégénérescence, l'idiot est aussi à la racine de la description de la théorie. En effet, il n'est autre que l'exemple pathologique à partir duquel Morel a échafaudé son analyse. Vers 1850, le modèle du crétinisme endémique est très discuté dans le milieu médical, popularisé par les traités de François-Emmanuel Fodéré et Guillaume Marie André Ferrus sur « le

¹⁹ Ce que notait déjà Buchez : « si la dégénérescence restait un mal individuel, si elle n'avait pas la redoutable propriété de se transmettre à la descendance, elle ne constituerait que l'une des maladies ordinaires, sporadiques ou endémiques, qui affligent l'humanité. C'est cette terrible puissance d'hérédité qui en fait une classe à part ». Cité par A. ZALOSZYK, *op. cit.*, p. 159.

²⁰ S. LEGRAND, *op. cit.*, p. 12.

²¹ B.-A. Morel cité en note par Cl.-O. DORON, *op. cit.*, p. 1377.

goître et le crétinisme ». A cette période, il n'est pas un numéro des *Annales médico-psychologiques* qui n'aborde la question. Dans sa thèse sur le sujet, le psychiatre et psychanalyste Armand Zaloszyc note à ce propos que

ce n'est pas un hasard, sans doute, si, précipité dans les 'stigmates' de sa difformité, modèle de toute dégénérescence, la figure du crétin, ainsi dominée, viendra alors démontrer la maîtrise du regard médical. C'est en effet le crétin qui représentera dans le système des dégénérescences le dégénéré par excellence²².

Par suite, la position du crétinisme au stade terminal de la lignée malade le place logiquement au premier rang des pathologies réputées incurables. Selon Morel, « des influences héréditaires pèseront sur ses descendants. Il restera toute sa vie ce qu'il est en réalité : un spécimen des dégénérescences dans l'espèce humaine, un exemple de la déviation malade du type normal de l'humanité »²³. Un contemporain remarque avec pertinence en 1883 que « la névrose [entendue au sens générique de maladie mentale] joue dans notre littérature le rôle de la fatalité antique »²⁴. Une vingtaine d'années plus tôt, l'arriéré est lui la victime par excellence du processus de dégénérescence nouvellement incorporé par la science psychiatrique²⁵. Dans les discours médicaux, la figure de l'arriéré représente donc dès la fin du XIX^e siècle non seulement une entité aux contours labiles comme on l'a vu dans le chapitre 3, mais aussi un danger en ce qu'elle est toujours associée à l'idée de contagion par le biais de l'hérédité attribuée à la pathologie. La transmission héréditaire de la folie réalise le passage du souci pour l'individu à celui pour la société dans sa totalité en tant que cette

déviation malade du type primitif renferme néanmoins des éléments de transmissibilité d'une telle nature, que celui qui en porte le germe devient de plus en plus incapable de remplir sa fonction dans l'humanité, et que le progrès intellectuel déjà enrayé dans sa personne se trouve encore menacé dans celle de ses descendants²⁶.

La gravité des conséquences ne réside pas dans la dégradation de l'individu, mais dans la « chaîne de transmissibilité » qu'on craint de voir se former par l'hérédité, qui est selon les termes de

²² A. ZALOSZYC, *op. cit.*, p. 55.

²³ B.-A. Morel cité par A. ZALOSZYC, *op. cit.*, p. 20.

²⁴ Il s'agit de l'académicien Elme CARO, « Essais de psychologie sociale. L'hérédité intellectuelle et morale », *Revue des Deux Mondes*, 15 avril 1883, p. 751.

²⁵ Chez Balzac déjà, le crétin était l'exemplification de l'incurabilité : dans son roman intitulé *Le médecin de campagne*, il fait la description de crétins baignant dans les miasmes des vallées et condamnés à rester stériles, réutilisant l'organisation narrative du processus de dégénérescence — en tant qu'il se déroule temporellement et inéluctablement — pour en décrire le stade final, qui se réalise dans le crétin.

²⁶ Bénédict-August MOREL, *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés malades*, Paris, J. B. Baillière, 1857, p. 3.

Morel « l'obstacle le plus grand à ce progrès, par son contact avec la partie saine de la population »²⁷.

c) Un outil commode palliant l'inaptitude de la médecine mentale à expliquer les mécanismes de l'hérédité

Il est frappant de voir à quel point les sources médicales telles que les articles, livres ou thèses de psychiatrie mentionnant les termes « dégénérés » ou « dégénérescence » sont presque tous publiés entre 1885 et 1900²⁸. Valentin Magnan est un des aliénistes au centre de cette importante production bibliographique. Responsable des admissions à l'asile de Sainte-Anne, il se réfère aux écrits de Morel comme nouveau paradigme dans la psychiatrie française dans son ouvrage *Les dégénérés* publié avec son interne Maurice Legrain. Il affirme dans la préface que « les idées d'Esquirol ont influencé tous les esprits jusqu'en 1860 » tandis que « celles de Morel ont dominé la psychiatrie jusqu'à nos jours ». Au moment de sa publication en 1895, le Dr Magnan a une influence majeure sur le débat autour de la notion de dégénérescence en France, visible en particulier dans l'orientation des publications de ses internes. Pendant ce « moment héréditariste de la médecine mentale et des études de pathologie nerveuse » que représente la fin du XIX^e siècle, sur le plan des discours, Magnan est l'aliéniste ayant la plus grande influence dans les débats, une trentaine d'année après le traité de Morel dont il se déclare l'héritier²⁹. Si l'on se penche dans leurs écrits sur la catégorie particulière des arriérés, il s'avère que Magnan et Legrain reprennent clairement l'héritage de Morel. Dans *Les dégénérés*, ils affirment que l'idiot est un « type essentiellement pathologique qui résume en lui toutes les dégradations successives subies par ses ascendants »³⁰. A la fin du siècle, l'arriéré reste ainsi considéré dans les discours des aliénistes comme l'aboutissement d'une lignée

²⁷ B.-A. MOREL, *op. cit.*, p. 4.

²⁸ Quelques exemples : Jean BAQUE, *Sur les stigmates physiques et les stigmates psychiques de la dégénérescence mentale héréditaire*, Paris, Davy, 1889. Henri BRUNET, *Dégénérescence mentale et goitre exophtalmique*, Paris, Steinheil, 1893 ; Charles FERE, *La famille névropathique: théorie tératologique de l'hérédité et de la prédisposition morbides et de la dégénérescence*, Paris, F. Alcan, 1898 ; Charles FERE, *Dégénérescence et criminalité: essai physiologique*, Paris, F. Alcan, 1895 ; Maurice LEGRAIN, *Dégénérescence sociale et alcoolisme*, Paris, 1900. Louis LETER, *De l'alcoolisme considéré comme cause de dégénérescence et dans ses rapports avec l'épilepsie des descendants*, Paris, H. Jouve, 1892 ; Lucien MAYET, *Les stigmates physiologiques de la dégénérescence*, Paris, 1903 ; Maurice MAZIER, *Dégénérescence de l'espèce humaine: ses causes principales*, Paris, H. Jouve, 1895 ; Jacques ROUBINOVITCH, *Hystérie mâle et dégénérescence*, Paris, 1890 ; Jules VOISIN, *L'idiotie, hérédité et dégénérescence mentale: psychologie et éducation de l'idiot. Leçons professées à l'hospice de la Salpêtrière*, Paris, Alcan, 1893.

²⁹ Il apporte toutefois quelques modifications théoriques. Chez Valentin Magnan les notions de « prédisposition », de « terrain spécial » et de « fatalité héréditaire » sont davantage accentuées.

³⁰ Valentin MAGNAN et Georges Albert LEGRAIN, *Les dégénérés (état mental et syndromes épisodiques)*, Paris, Rueff, 1895, p. 23.

pathologique progressivement écartée de l'évolution normale, ce qui en fait un être à la fois régressif et éloigné de l'humanité, c'est-à-dire un anormal.

Cette utilisation dans la pratique du qualificatif de dégénéré indique un décalage temporel dans l'application pratique de la catégorie diagnostique de « dégénérescence » par rapport à la chronologie généralement admise concernant les sources imprimées. En effet, on admet généralement les années 1860-1880 comme charnière des débats sur l'hérédité et la dégénérescence, tandis que la décennie suivante est décrite comme celle du reflux de la notion dans la littérature imprimée. Pourtant dans la pratique asilaire, il s'agit du moment même où elle commence à apparaître dans le quotidien des médecins. Extrêmement rare avant 1890, la catégorie de « dégénéré » devient plus fréquemment utilisée dans les dossiers médicaux entre 1900 et 1913. La guerre empêche de confirmer cette tendance dans les années suivantes, toutefois l'étude récente menée sur le spectre diagnostique de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg confirme ce constat et permet de l'étendre aux années 1920 — en gardant toutefois à l'esprit que ces données concernent uniquement une population adulte. Selon Julie Clauss, la catégorie diagnostique de la dégénérescence progresse de 1912 (où elle représentait 1,5%) à 1922 « pour atteindre sa valeur la plus élevée au cours de la période, soit 3,4%. Elle diminue ensuite de 1922 à 1942, année au cours de laquelle elle est nulle »³¹. La quantification des variations nosologiques pratiques dans le temps appuie donc les tendances qu'on a pu relever dans les répertoires de Bicêtre : popularisée certes par le traité de Morel, la mise en pratique de la catégorie de dégénérescence comporte une épaisseur temporelle qui nuance son éloignement idéologique. Le profil nosologique des enfants pris en charge à Bicêtre évolue donc bien en fonction de modifications théoriques mais avec une inertie plus longue que ce que l'historiographie psychiatrique a coutume de dresser.

Si la théorie de Morel reste vivace à la fin du XIX^e siècle, elle montre toutefois ses limites qui suscitent la critique³². Les aliénistes éludent notamment la question des causes de la dégénérescence, affirmant qu'il n'est pas possible d'en établir une liste exhaustive. Par là, ils reconnaissent implicitement que la science reste encore impuissante à expliquer clairement l'énigme de l'hérédité. Même si depuis un demi-siècle, « tout le monde est d'accord sur l'influence de l'hérédité dans la

³¹ Julie CLAUSS, « Un état des lieux diagnostique comme outil de repérage et d'analyse de l'introduction de la notion de schizophrénie à la Clinique psychiatrique universitaire des Hôpitaux de Strasbourg (1912-1962) », Thèse d'exercice, Strasbourg, 2015.

³² Sur ce point, voir le chapitre intitulé « Qu'est-ce qu'un dégénéré en 1900 ? » dans l'ouvrage de J-C. COFFIN, *op. cit.*, p. 191-247.

production de la folie »³³, il est évident au tournant du siècle qu'un malaise subsiste, comme le montrent les propos du Dr Ballet, président du Congrès des médecins aliénistes en 1902. Ce dernier admet que certes les médecins sont « fixés sur le rôle capital que jouent en pathologie nerveuse l'hérédité et la prédisposition » mais s'interroge : « avons-nous dégagé avec une suffisante précision les lois de la première et sommes-nous arrivés à déterminer la nature de la seconde ? »³⁴. Ses doutes expriment ceux de toute la profession vers 1900. A la fin du XIX^e siècle l'idée de la transmission héréditaire de la folie fait consensus, mais on n'en comprend néanmoins pas les mécanismes. Dans un numéro des *Annales médico-psychologiques* de 1886, un médecin constate que « ce que nous possédons aujourd'hui, c'est l'intuition des lois de l'hérédité, bien plus que les lois elles-mêmes »³⁵, ce qui résume bien l'impasse dans laquelle se trouve la psychiatrie à ce moment. Ainsi l'aliénisme est contraint de se rabattre sur des signes visibles associés au processus de dégénérescence, telles que les stigmates qu'on a pu étudier dans le chapitre 3. La dégénérescence et ses mécanismes fournissent donc une présomption de culpabilité applicable de manière commode qui permet ainsi d'intégrer à la clinique tous les cas qui ne correspondent pas vraiment aux délimitations connues de la nosologie de l'arriération³⁶. Dès lors, dans beaucoup de cas, « le médecin portera un diagnostic de dégénérescence comme le magistrat portera un jugement »³⁷, non pas dans le seul but d'enfermer des personnes représentant un danger pour la société, mais simplement de pallier les lacunes énormes de la science médicale de l'époque sur les causes et les catégories du retard mental³⁸. Lors d'une réunion de la Société médico-psychologique du 28 juin 1886, un psychiatre le reconnaît avec pragmatisme, déclarant que la dégénérescence avait pour avantage d'être une entité dans laquelle on pouvait faire cadrer « tout ce qui ne correspond pas exactement aux catégories connues de la pathologie mentale »³⁹.

³³ Armand Zaloszyk cite la totalité du passage qui est éloquent sur notre sujet : « Il n'est pas un médecin, parmi ceux qui dirigent les établissements consacrés aux aliénés qui n'ait observé un nombre de faits suffisants pour établir sa conviction à cet égard. C'est d'ailleurs une opinion populaire et très ancienne que celle de l'hérédité de l'aliénation mentale, et les relevés statistiques depuis vingt ans n'ont fait que la confirmer ». p. 9. En terme de statistiques, on peut citer celles d'Esquirol à Charenton qui viennent appuyer la suspicion héréditaire : sur 1375 aliénés, il dénombre 337 cas dans lesquels l'hérédité est en jeu, et en conclut que « l'aliénation mentale est, de toutes les maladies, la plus éminemment héréditaire ». A. ZALOSZYK, *op. cit.*, p. 11.

³⁴ G. BALLE, « Discours d'ouverture », XI^e session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, cité par J-C. COFFIN, *op. cit.*, p. 231.

³⁵ J. CHRISTIAN, « Des signes... », *Annales médico-psychologiques*, 7^e série, IV, 1886, p. 225.

³⁶ Voir chapitre 3 et la question de « l'imbécile moral » : c'est en cela que la théorie de la dégénérescence permet une pathologisation de tous ceux « qui restent tout leur vie dans une situation anormale, qui commettent des actes excentriques, désordonnés (...) sans jamais tomber dans la démence ». Bénédicte-August MOREL, « Discussion sur la classification de la folie », *Annales médico-pédagogiques*, n°7, 1861, p. 176.

³⁷ A. ZALOSZYK, *op. cit.*, p. 51.

³⁸ Voir chapitre 3 pour la nosographie vers 1900 et ses limites et chapitre 4 pour les critiques qu'elle génère.

³⁹ Cité par S. LEGRAND, *op. cit.*, p. 7.

Au final, l'examen des antécédents héréditaires constitue un outil flexible et toujours mobilisable en dernière instance, même en l'absence de témoignage ferme sur les précédents de maladie mentale dans la famille. Ces suppositions s'expriment par les litotes régulières dans les rapports des médecins et aliénistes examinant les enfants admis à Bicêtre. Dans la généalogie morbide d'Edmond L., admis en 1889, on trouve du côté paternel « deux oncles morts d'hémorragie nasale, dont un devenu un peu alcoolique », un autre oncle « un peu fou », tandis que la grand-mère maternelle est décrite à travers son caractère nerveux et « un peu toquée »⁴⁰. En effet, comme le note Stéphane Legrand avec humour, « il est presque impossible [...] de ne pas trouver un grand-père alcoolique ou un tonton loufoque lorsqu'on veut pathologiser un individu »⁴¹. Si elle n'est pas forcément mentionnée de manière explicite, la théorie de la dégénérescence procure ainsi une réelle utilité pratique par son statut presque irréfutable. Elle permet en dernier recours de toujours déjà pouvoir justifier le constat d'arriération. Plus, l'idée d'une tare ancrée dans une lignée permet aussi de justifier les échecs thérapeutiques dans la prise en charge de l'arriération. Le discours des aliénistes du début du XXe siècle en est fortement imprégné, comme en témoignent ces propos de Georges Heuyer, spécialiste du lien entre « enfance anormale » et délinquance :

L'anomalie est la tare en quelque sorte structurale, l'infinité constitutive de l'être ; la maladie, le trouble accidentel de la santé. L'anormal est un mal constitué qui peut être bien portant ; le malade, un mal portant qui peut être bien constitué⁴²

Le discours médical qui invoque une sorte d' « essence » de l'individu issu d'une lignée « tarée » le fait à dessein. En parlant d' « anormal » plutôt que de malade, il nie ainsi toute action de curative possible du médecin.

La dégénérescence connaît donc une diffusion et un fort succès chez les aliénistes français, mais aussi du côté allemand chez Emil Kraepelin dans ses écrits sur la folie des dégénérés (*Entartungsirresein*). La diffusion rapide et la réappropriation du concept de dégénérescence constituent en ce sens des témoins d'un manque d'outils explicatifs permettant de percevoir les

⁴⁰ Archives APHP, 6R-113, Bicêtre, Registre d'observations médicales, Dossier d'Edmond L., admis le 5 décembre 1899. Devant ces extraits des registres d'observations médicales, on ne peut que penser à la parenté pathologique qui représente le fil directeur des Rougon-Macquart. Ainsi dans *La Bête humaine* (1890), la fêlure à l'origine de la parenté pathologique touchant le héros, Jacques Lantier : « Lui, à certaines heures, la sentait bien, cette fêlure héréditaire ; non pas qu'il fût d'une santé mauvaise, car l'appréhension et la honte de ses crises l'avaient seules maigri autrefois ; mais c'étaient, dans son être, de subites pertes d'équilibre, comme des cassures, des trous par lesquels son moi lui échappait, au milieu d'une sorte de grande fumée qui déformait tout. Il ne s'appartenait plus, il obéissait à ses muscles, à la bête enragée. Pourtant, il ne buvait pas, il se refusait même un petit verre d'eau-de-vie, ayant remarqué que la moindre goutte d'alcool le rendait fou. Et il en venait à penser qu'il payait pour les autres, les pères, les grands-pères, qui avaient bu, les générations d'ivrognes dont il était le sang gâté, un lent empoisonnement, une sauvagerie qui le ramenait avec les loups mangeurs de femmes, au fond des bois ». Emile ZOLA, *La bête humaine*, Paris, Folio, 2012, p. 84.

⁴¹ S. LEGRAND, *op. cit.*, p. 8.

⁴² Georges HEUYER, *Enfants anormaux et délinquants juvéniles: nécessité de l'examen psychiatrique des écoliers*, Paris, G. Steinheil, 1914, p. 24.

causes de la maladie mentale, mais intervient aussi en raison de la montée d'une crainte commune à la plupart des pays industriels d'une dégradation de la santé et de la force des populations qu'il convient d'aborder à présent.

2. Popularisation et diffusion de l'idée de dégénérescence dans une Europe en crise (fin XIX^e-début XX^e siècle)

a) Kraepelin et la relecture allemande de la dégénérescence : l'*Entartungsirresein*

A la fin du XIX^e siècle, le terme de dégénérescence n'est pas encore intégré à la nosographie psychiatrique malgré le succès de Morel, et n'apparaît encore que très rarement dans les diagnostics posés sur les arriérés pris en charge à Bicêtre, comparé à la décennie suivante⁴³. Pourtant il est déjà diffusé en Allemagne et la théorie provoque des réactions chez des aliénistes comme Heinrich Schüle, Paul Julius Möbius ou Richard von Kraft-Ebing. En effet, Volker Roelke a montré comment la fin du XIX^e siècle voit se développer un phénomène de « psychiatrisation de la vie quotidienne » par les approches proposées par ces aliénistes⁴⁴. En revanche sur le plan de la pratique, il est utile de remarquer que le concept de dégénérescence est totalement absent des dossiers médicaux examinés dans la période : sur les quelques centaines de dossiers parcourus pour l'asile de Dalldorf, on ne trouve aucune mention des termes allemands d'*Entartung* (« dégénérescence ») ou *entartet* (« dégénéré ») jusqu'aux début des années 1920. En revanche, on trouve quelques occurrences du terme de *Belastung* — littéralement, une « charge », un « fardeau », mais qu'il faut ici entendre en terme de « tare » — ou *belastet* (« taré » au sens héréditaire) dans les dossiers médicaux des patients arriérés. Par exemple dans le dossier médical de Max B., admis en 1902 à l'*Idiotenanstalt*, il est mentionné dans les antécédents :

⁴³ Pourtant si l'on se réfère aux débats ayant lieu à l'occasion du Congrès international de santé mentale de 1889 se déroulant en France, on s'aperçoit que la légitimité de la dégénérescence ou « folie dégénérative » chez Magnan — qui regroupe précisément les cas d'idiotie, d'imbécillité ou de crétinisme, toujours envisagés comme les meilleurs exemples du processus — est loin de susciter le consensus. Réputée pour son travail nosographique, la délégation française n'arrive pas à imposer ces expressions dans la classification. « Alors même que Morel avait été élogieusement mentionné dans le discours d'ouverture, une des expressions dont il a popularisé l'usage n'est effectivement pas entérinée dans une classification internationale élaborée par les aliénistes ». J.-C. COFFIN, *op. cit.*, p. 180.

⁴⁴ Pour plus de détails sur les étapes du développement de la dégénérescence comme théorie en France et en Allemagne et la diffusion qu'elle a connu à travers les approches des aliénistes depuis la période de la Restauration, voir Volker ROELCKE, *Krankheit und Kulturkritik : Psychiatrische Gesellschaftsdeutungen im bürgerlichen Zeitalter (1790-1914)*, Francfort-sur-le-Main, Campus Verlag, 1999.

D'après les propos de la mère, le 11 mai 1902 : mariée depuis 22 ans, ancien ouvrier, épileptique (était un an et demi à Wuhlgarten), décédé (...). A part cela il n'est pas taré héréditairement (*belastet*). Patient sain, pas malade (*belastet*)⁴⁵.

Cet exemple montre que le terme de « belastet » est à prendre avec précaution, puisqu'il ne fait pas obligatoirement référence à une idée de dégénérescence, mais est parfois simplement utilisé à la négative pour désigner un état sain. Par contre dans le cas d'Herbert B., admis à Dalldorf le 18 novembre 1916, l'allusion est plus explicite :

Herbert B., malade héréditaire, fait l'impression d'un idiot. Son expression faciale est massive, tout son être très agité et instable. L'humeur est changeante, le plus souvent rieuse à ricanieuse. Fait l'impression d'un enfant stupide et extrêmement nerveux. Il fourre à chaque instant les doigts dans la bouche, de laquelle s'écoule de la salive en permanence⁴⁶.

Pour décrire l'état des enfants admis à Dalldorf entre la fin des années 1890 et la Première Guerre mondiale, des expressions faisant allusion à une tare héréditaire sont présentes à quelques reprises, telles que « visiblement pas de tare héréditaire » (*Hereditäre Belastungen angeblich nicht*)⁴⁷, « pas de tare héréditaire » (*keine Hereditäre Belastung*)⁴⁸ ou « tare héréditaire pas démontrée » (*Hereditäre Belastung nicht nachweisbar*)⁴⁹, voire plus rarement « pas taré héréditairement » (*heredität nicht belastet*)⁵⁰. Toutefois, ces expressions ne sont utilisées qu'avec parcimonie, c'est-à-dire qu'on les rencontre seulement dans une dizaine de dossiers sur les centaines examinés. Pour Paul B., « idiot mongoloïde » admis au *Heil- und Erziehungsanstalt* de Dalldorf en 1923, le dossier mentionne l'expression « pas de tare psychotique dans la famille » (*kein psychotische Belastungen in der Familie*) dans la déclaration de la mère, ce qui montre bien que le médecin responsable des admissions ciblait explicitement ce point dans l'entretien avec les proches, recherchant un signe de dégénérescence héréditaire⁵¹. De manière plus explicite, on retrouve aussi cette idée dans le certificat d'admission de Paul B. A cette occasion, le médecin de l'assistance le décrit de la manière suivante : « Paul B. vient d'une famille sévèrement tarée (*schwer belastet*). Il est

⁴⁵ „Nach den Angaben der Mutter, 11.5.1902 : Verh.[heiratet] seit 22 Jahren, Ehem. Arbeiter, epileptisch. (war 1 ½ in Wuhlgarten). †† [...] Sonst ist er nicht belastet. Pat gesund, nicht belastet“. Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n°5767, Max B., admis le 2 avril 1902 à Dalldorf.

⁴⁶ „Herbert B., erblich belastet, macht den Eindruck eines Idioten. Sein Gesichtsausdruck ist massenhaft, sein ganzes Wesen sehr unruhig u unstet. Die Stimmung ist wechselnd, meist lachend bis grinsend. [Er] macht den Eindruck eines stupiden u.[nd] überaus nervösen Kindes. Er steckt alle Augenblicke die Finger in den Mund, aus dem fast dauernd Speichel läuft“. Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier administratif n°5842, Herbert B., admis en 1916 à Dalldorf.

⁴⁷ Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n° 5799, 1886.

⁴⁸ Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n°5743, 1898.

⁴⁹ Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n°5782, 1903.

⁵⁰ Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n°5930, August S., admis le 26 février 1893 à l'*Idiotenanstalt*.

⁵¹ « Pas de charge psychotique dans la famille », Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, n° 5802, Dossier médical de Paul B., admis le 10 avril 1923 à Dalldorf.

faible d'esprit et montre également dans son développement corporel une série de stigmates de dégénérescence (*Entartungszeichen*) »⁵². A quelques autres occasions, l'allusion à une tare héréditaire est mise en lien avec la mention d'une pathologie récurrente à l'échelle de la lignée familiale, précisément le sens de « tare » qui représente à la fois une antériorité pathologique et la propriété de transmission héréditaire. Par exemple, un jeune arriéré est décrit dans un dossier administratif comme « un écolier joueur et retardé mentalement » dont la cause de l'arriération est directement reliée à une « tare » familiale : « cause : maladie héréditaire (alcoolisme du père) »⁵³. On constate que l'utilisation de termes exprimant une idée de tares familiales de manière explicite n'est pas totalement absente, mais reste rare avant dans les documents de la pratique psychiatrique jusqu'à l'entre-deux-guerres. Au final, on peut dire que les termes tournant autour de l'idée de dégénérescence sont plus rares et moins variés qu'en France avant les années 1930. Il faut par exemple attendre 1934 pour trouver la première occurrence du terme de « tare familiale » (*Familienbelastung*), qui lui est sans équivoque utilisé pour parler d'une hérédité malade liée à un processus de dégénérescence.

Pour autant, la faible occurrence pratique de termes liés à la dégénérescence ne signifie pas forcément que la communauté psychiatrique a ignoré la théorie de la dégénérescence jusqu'à l'entre-deux-guerres. La lecture de Kraepelin prouve le contraire. C'est dans les années 1880 que le thème gagne de l'importance dans la psychiatrie allemande, dans le cadre d'une polémique plus générale sur l'impact de la civilisation moderne dans l'augmentation des désordres nerveux qu'on trouve aussi en France⁵⁴. En effet, Volker Roelcke souligne l'évolution scalaire qui a eu lieu entre la théorie de Morel et la compréhension qui est faite du côté allemand, où l'on passe d'une pathologie individuelle qui est ensuite réinterprétée en tant que pathologie fondamentalement collective une fois incorporée l'interprétation biologique des facteurs sociaux dans une deuxième phase de réception⁵⁵. Et en effet, dans les deux décennies suivantes, ce thème pessimiste enfle jusqu'à devenir omniprésent dans les écrits médicaux. Kraepelin est l'un des premiers psychiatres allemands à reprendre la

⁵² „Der Paul B. stammt aus schwer belasteter Familie. Er ist geistesschwach und zeigt auch im körperlicher Bildung eine Reihe von Entartungszeichen“. Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, n°5833, Dossier administratif de Paul B., Examen médical du 18 juillet 1905 à Dalldorf.

⁵³ „Ein in der Schule zurückgebliebener spielerischer Schüler“ ; „Ursache : Erbliche Belastung (Trunksucht des Vaters)“. Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, n°5588, Dossier administratif de Bruno K., admis en 1911 à Dalldorf.

⁵⁴ La traduction allemande d'un ouvrage américain concernant la neurasthénie en 1881 (*Neurasthenia* de George Miller Beard) apparaît particulièrement important dans ces débats. Voir Volker ROELCKE, « Continuities or Ruptures?: Concepts, Institutions and Contexts of Twentieth-Century German Psychiatry and Mental Health Care », in M. GIJSWIJT-HOFSTRA (alii), *Psychiatric Cultures Compared: Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century: Comparisons and Approaches*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 2005, p. 162-182.

⁵⁵ Voir Volker ROELCKE, *Krankheit und Kulturkritik : Psychiatrische Gesellschaftsdeutungen im bürgerlichen Zeitalter (1790-1914)*, Francfort-sur-le-Main, Campus Verlag, 1999.

« dégénérescence » de Morel, devenue « folie dégénérative » de Magnan (*Entartungsirresein*) pour mettre en évidence « la longue liste des influences culturelles dévastatrices » qui fondent le processus⁵⁶. Au-delà du pessimisme de la vision de Kraepelin qui reflète celui de nombreux de ses contemporains, Volker Roelcke a montré comment l'aliéniste biologise les faits sociaux en les transformant en autant de symptômes du processus global de dégénérescence⁵⁷. Appliquant des catégories psychiatriques basées sur des faits biologiques aux individus mais aussi aux groupes, l'interprétation de la dégénérescence faite par Kraepelin est fondamentale. En 1908, il écrit un article « sur la question de la dégénérescence » (*Zur Entartungsfrage*) qui représente un basculement de la prise en compte des origines sociales d'un certain nombre de maladies individuelles — en particulier mentales — à la formulation d'un processus de nature biologique menaçant la collectivité tout entière (le *Volk*). Morel craignait déjà une possible altération du « germe », visible dans la figure pathologique du crétin. Mais alors que le processus de dégénérescence aboutit chez lui comme chez Magnan à la stérilité des derniers avatars tarés que représentent les idiots et imbéciles, Kraepelin ne postule pas une baisse de la fertilité de la population. Au contraire, l'aliéniste allemand postule le danger inverse, à savoir la multiplication anarchique des êtres héréditairement « tarés » — selon le postulat que ces individus physiquement et moralement dégénérés sont d'autant plus susceptibles de se reproduire de manière incontrôlée en raison de leur comportement sexuel vu comme anarchique. Pour un phénomène au départ similaire, les médecins et aliénistes des deux nations voisines envisagent des conséquences diamétralement opposées, influencés par les contextes nationaux spécifiques, à savoir pour la France le problème du malthusianisme et la crainte de la dénatalité⁵⁸. Alors que c'est la dénatalité qui préoccupe prioritairement les médecins français, pour Kraepelin, c'est la dégénérescence qui fait peser un danger sur la nation par la perspective de multiplication des cas pathologiques qu'elle laisse planer sur la nation allemande, donnée qui sera d'une grande importance dans l'entre-deux-guerres.

⁵⁶ “The long list of harmful cultural influences”. Eric J. ENGSTROM. ‘On the Question of Degeneration’ by Emil KRAEPELIN, (1908), *History of Psychiatry*, SAGE Publications, vol. 18, n°3, 2007, p. 403.

⁵⁷ Il faut garder à l'esprit qu'au tournant du siècle, l'Allemagne est touchée par les idées de darwinisme social, ce qu'on a déjà expliqué dans le chapitre 5. L'expression *Kampf ums Dasein* apparaît dès 1896 chez Kraepelin. Cette réceptivité forte aux théories nouvelles de la biologie explique pourquoi on retrouve fréquemment cette idée d'un retour idéalisé vers une société où la sélection naturelle serait rétablie par une primauté des « lois de la nature », comme on l'a déjà vu dans le chapitre 5. Sur cette question et ses liens avec la pratique d'Emil Kraepelin, voir en particulier l'article d'Eric J. ENGSTROM, Wolfgang BURGMAIR et Matthias M. WEBER, “Emil Kraepelin’s ‘Self-Assessment’ : Clinical Autography in Historical Context”, *History of Psychiatry*, vol. 13, n° 49, 2002, p. 89-98.

⁵⁸ Elle est abordée dans l'article de Kraepelin qui parle même de « l'extinction » de la nation française : “the weakening drive for self-preservation is shockingly evident in the continuous decline in the birth-rate, which has already begun to take the French people down the path toward extinction”! Eric J. ENGSTROM. ‘On the Question of Degeneration’ by Emil KRAEPELIN, *op. cit.*, p. 402.

Pourtant l'interprétation que fait Kraepelin de la dégénérescence n'est pas sans susciter les critiques, notamment celles des psychiatres Alfred Hoche et Oswald Bumke⁵⁹. Plébiscitant une vision plus optimiste du devenir de la civilisation moderne, le premier veut croire en ses avantages plutôt qu'en ses aspects négatifs. Il souligne les difficultés encore grandes de la psychiatrie du début du siècle à comprendre avec acuité les causes des maladies psychiatriques, et par là même à formuler avec assurance des diagnostics basés sur le seul critère de l'hérédité. Ernst Rüdin, l'élève de Kraepelin, veille par contre à défendre les thèses de son maître, répliquant à Hoche dès 1909. Il met en avant des statistiques d'augmentation de la délinquance et de la prévalence des maladies mentales pour étayer la prédisposition dégénérée sous-jacente de certains. La question soulevée par Rüdin est fondamentale, car elle implique que les psychiatres seraient en quelque sorte responsables de l'augmentation de la prévalence des maladies mentales dans la population, et par suite de la dégénérescence de la nation.

Au début des années 1910, la dégénérescence est donc bien présente dans le débat scientifique outre-Rhin, mais sans qu'une position dominante puisse être relevée, et ce malgré l'influence forte de Kraepelin. Ainsi cette incertitude et ce manque d'ancrage théorique expliquent peut-être son absence totale d'utilisation dans la pratique en ce qui concerne les dossiers médicaux que nous avons pu étudier entre 1880 et la fin de la Première Guerre mondiale.

b) La dégénérescence, miroir des peurs de déclin des nations européennes

En 1895, le philosophe Alfred Fouillée intitule son article publié dans la *Revue des Deux-Mondes* « La France est-elle dégénérée ? »⁶⁰, titre représentatif d'une fin de siècle hantée par le *leitmotiv* du déclin. Par là, la notion de dégénérescence est popularisée bien au-delà du simple milieu médical. Le débat au sujet de la théorie de la dégénérescence s'internationalise vers la fin des années 1880. Dans la plupart des pays d'Europe, la perception accrue d'une menace s'est disséminée dans les dernières décennies du siècle, si bien que « tous les phénomènes auxquels la société est confrontée sont désormais interrogés à l'aune de cette sombre perspective : dégénérescence peut être qualifiée avec justesse de nouveau paradigme de l'analyse » comme le remarque Jean-Christophe

⁵⁹ Sur ces échos des théories de Kraepelin et les réactions qu'elles suscitent, voir l'ouvrage de Volker ROELCKE, *Krankheit und Kulturkritik: Psychiatrische Gesellschaftsdeutungen im bürgerlichen Zeitalter (1790-1914)*, Francfort-sur-le-Main, Campus Verlag, 1999.

⁶⁰ Cité par J.-C. COFFIN, *op. cit.*, p. 191.

Coffin⁶¹. Daniel Pick a illustré les causes possibles et les modalités de la diffusion de l'idée de dégénérescence en Angleterre et en Italie. Chercher des arguments pour appuyer ou contredire l'utilisation de la notion serait pourtant une erreur. Après avoir évoqué son origine théorique et constaté son utilisation avérée mais modérée dans les sources de la pratique de l'époque dans le domaine de la prise en charge de l'arriération, il s'agit de comprendre quelles sont les conditions à l'origine de son succès.

Pour Claude-Olivier Doron, le *Traité des dégénérescences* de Morel visait déjà à répondre à une crise de l'aliénisme incapable de soigner une majorité de maladies mentales. Et en effet, le milieu du XIX^e siècle voit une augmentation considérable des entrées dans les asiles sans que des guérisons les désengorgent, provoquant un phénomène de surpopulation qui explique à la fois les critiques de l'antialiénisme dans les années 1860-1890 en France et en Allemagne et les constructions massives de nouveaux asiles dans la même période⁶². Evoquant les jeunes médecins qui « doutent de leurs forces » et se découragent, la préface de Morel contient toutefois un message d'espoir : « il ne faut jamais désespérer de surmonter les difficultés qui entravent les efforts d'un médecin qui a son idée et qui veut sincèrement s'occuper de l'amélioration de ses semblables »⁶³.

La notion prospère de manière d'autant plus remarquable par la contamination qu'elle opère dans le vocabulaire du langage populaire. La littérature de la fin du siècle est un bon baromètre pour apprécier la progressive vulgarisation du concept de dégénérescence et de ses présupposés théoriques. En France, Emile Zola en fait le fil directeur des vingt romans qui composent l'ensemble des Rougon-Macquart⁶⁴. Le docteur Pascal, dans le dernier volume éponyme, révèle en 1893 la pesanteur de l'hérédité déterminant les ramifications de l'arbre généalogique de la famille à travers des explications que Zola tire précisément de sa lecture de Morel⁶⁵. Du côté allemand, le livre *Dégénérescence* de Max Nordau est traduit en français en 1894, ce qui montre des influences croisées sur le plan des représentations⁶⁶. Cette attention de la littérature au thème de l'hérédité et les déviations morbides qui l'accompagnent exprime toute l'acuité du thème dans une société

⁶¹ *Ibid.*, p. 191.

⁶² Voir les chiffres cités dans le chapitre 1.

⁶³ Cité dans la thèse de Cl-O. DORON, *op. cit.*, p. 1355.

⁶⁴ Voir la thèse de littérature d'Oulaï DOUA, « La représentation de la névrose dans les Rougon-Macquart et Lourdes d'Emile Zola », Thèse, Paris, 2012 ; on peut citer aussi la thèse de Marie-Bérangère de CHOULY DE LENCLAVE, « Emile Zola et l'hérédo-dégénérescence: précurseur ou journaliste scientifique ? », Thèse d'exercice, Lille, 2001.

⁶⁵ Dans une lettre à Philippe Gille datée de l'année de l'édition du roman, Zola déclare à propos de ce dernier roman : « J'ai voulu y expliquer et y défendre la série entière, et j'oserais dire que c'est une conclusion scientifique, philosophique et morale, si tous ces grands mots n'étaient pas trop ambitieux ».

⁶⁶ Max NORDAU, *Dégénérescence*, Paris, F. Alcan, 1899.

européenne dont le climat de fin de siècle est marqué par une anxiété forte à l'égard du progrès et de ses limites.

Certes, le pessimisme et l'idée de dégradation des hommes et de leur environnement n'a rien de neuf : de Platon à Hegel en passant par Rousseau, de nombreux penseurs ont repris l'idée biblique d'un Adam primitif innocent subissant la dégradation progressive de son état. Toutefois Daniel Pick montre bien comment la dégénérescence passe d'un thème occasionnel à un concept central pour les sciences et la médecine d'abord, notamment à l'égard de l'analyse des paradoxes de la Révolution industrielle génératrice de progrès, mais apportant également le paupérisme et les taudis urbains. Ainsi la théorie de la dégénérescence semble donner un sens à un processus tant médical que culturel, comme le souligne Peter Weingart :

Soudain les psychiatres avaient mis en évidence depuis Morel un lien étroit entre la dégénérescence et la société et la culture moderne, et ainsi conduit l'attention sur les conditions externes de la survenue de la maladie, qui résultent particulièrement de la transition vers la société industrielle⁶⁷.

Au final, on ne peut que constater que l'idée de dégénérescence est inséparable de l'idée de progrès de l'espèce humaine. Le processus de dégénérescence est le négatif d'un progrès conçu comme irrésistible d'après la conception téléologique de l'histoire qui domine la fin du XIX^e siècle, en particulier dans le domaine scientifique. Il s'agit d'ailleurs d'une idée d'une grande banalité comme le notait déjà Morel dès le début de son ouvrage :

cette idée de causes de destruction et de dégradation de l'espèce humaine est une des plus généralement répandues ; elle forme la base d'une foule de systèmes philosophiques et religieux ; elle existe même chez la plupart des grands maîtres de la science médiévale comme une de ces croyances instinctives qui sont l'expression des faits les moins susceptibles d'être contredits : tel est selon Bichet, le mode d'existence des êtres vivants, que tout ce qui les entoure tend incessamment à les détruire⁶⁸.

Dans ce contexte déjà sombre, les applications politiques via l'eugénisme et la *Rassenhygiene*, puis les conséquences de la Première Guerre mondiale vont encore accentuer l'importance de ces idées pessimistes d'une déchéance des sociétés européennes. Dans leur ouvrage de 1895, Magnan et Legrain définissaient l'étude de la dégénérescence comme « l'idée d'isoler dans l'espèce humaine des êtres qu'une évolution spéciale précipite dans la déchéance fatale, et d'en

⁶⁷ „Schließlich hatten die Psychiater seit Morel einen engen Zusammenhang der Degeneration mit der modernen Gesellschaft und Kultur hervorgehoben und damit die Aufmerksamkeit auf die äußeren Bedingungen der Krankheitsentstehung gelenkt, wie sie sich insbesondere aus dem Übergang zur industriellen Gesellschaft ergaben“. Peter WEINGART, Jürgen KROLL et Kurt BAYERTZ, *Rasse, Blut und Gene: Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland*, Francfort-sur-le-Main, Suhrkamp, 1988, p. 50.

⁶⁸ B.-A. MOREL, *op. cit.*, p. 2.

grouper les caractères cliniques »⁶⁹. Cette volonté d'abord théorique « d'isoler » au sens d'identifier une certaine catégorie d'individus malades — une catégorie nosographique donc — évolue peu à peu après 1910 vers la perspective « d'isoler » au sens de séparer du reste de la société les porteurs d'une tare héréditaire — alors au sens d'une catégorie pathologique contagieuse — dans les discours certes mais surtout dans la pratique aliéniste.

Il s'agit de voir en quoi la Première Guerre mondiale radicalise ces positions en provoquant chez tous les contemporains un sentiment de crise historique menaçant la société, devant un progrès générant des paradoxes de plus en plus criants.

3. Gérer la dégénérescence : la peur de la contagion et l'essor d'un impératif de sélection après 1910

a) Contrer la dégénérescence : l'utopie d'une sélection eugénique

Au début du XX^e siècle, la notion de dégénérescence change progressivement de statut, devenant peu à peu marginalisée du discours scientifique dans un contexte d'acceptation de l'évolutionnisme et des débuts de la génétique. Néanmoins elle reste « un élément stratégique essentiel dans les discours eugénistes et racistes de l'entre-deux-guerres » selon Claude-Olivier Doron. Ce sont d'ailleurs les conditions politiques plus qu'épistémologiques qui expliquent la postérité remarquable du concept de dégénérescence bien au-delà de la période où il sert de concept explicatif général. Les statuts de la Société française d'Eugénisme créée en 1913 montrent que la persistance de la dégénérescence dans les discours de la première moitié du XX^e siècle s'explique par son rôle de palliatif en termes explicatifs. Elle fournit alors une compréhension des moyens de « la reproduction [...] la conservation et l'amélioration de l'espèce [et l'étude] des questions d'hérédité et de sélection dans leur application avec l'espèce humaine »⁷⁰.

Ce n'est plus le cas ensuite : l'usage du terme de dégénérescence s'amenuise dans les années 1920. « L'entre-deux-guerres est marqué par un recul du concept de dégénérescence, dont nombre de psychiatres soulignent la fragilité scientifique et qu'ils tendent désormais à réserver à un nombre

⁶⁹ Valentin MAGNAN et Georges LEGRAIN, *Les dégénérés (état mental et syndromes épisodiques)*, Paris, Rueff, 1895, p. 1.

⁷⁰ Cité par Cl.-O. DORON, *op.cit.*, p. 1440.

restreint de pathologies — en premier lieu à l'arriération mentale »⁷¹. Dans le cas de l'arriération, la persistance du schéma de la dégénérescence semble avoir une utilité pratique. Peter Weingart parle au sujet de la dystopie de la dégénérescence de la « construction d'une menace » (*Konstruktion einer Bedrohung*) nécessaire pour impliquer une donner de la crédibilité à une « justification scientifique de la reproduction humaine »⁷². C'est à l'aune du processus de dégénérescence, qui contamine une génération après l'autre de manière toujours plus grave, qu'il faut comprendre le renforcement des idées eugénistes. Face à cette menace, l'eugénisme s'offre comme une technologie sociale par laquelle la science offre une stratégie pour contrer un danger venant de l'affaiblissement des lignées humaines. Le Congrès international d'eugénique de Londres lance en 1912 un mouvement qui provoque l'enthousiasme dans la plupart des pays européens précisément parce que les idées de Galton ne tombent pas « en terrain vierge » comme le note André Léonard pour la France⁷³. La conception darwinienne de la sélection naturelle, mais réinterprétée sous le prisme des affres de la contre-sélection a attiré l'attention de nombreux médecins comme schéma de compréhension d'une société qui se conçoit en déclin. L'eugénisme joue le rôle d'une utopie progressiste venant contrer la menace de la dégénérescence :

L'eugénisme se tourne vers l'avenir et un avenir construit par les hommes. Certes, comme la plupart des idéologies de progrès, il souligne l'imperfection du présent, mais il place ses espoirs dans un futur qui saura résoudre ces défaillances [...] Cependant, pour cela, elle ne fait plus appel à Dieu mais à la Raison. Elle fait de l'homme son propre demiurge [...] Elle affirme ainsi l'autonomie absolue de l'homme et réhabilite Prométhée, symbole du pouvoir de l'homme à forger sa propre destinée. La perfection de l'utopie, même lorsqu'elle se réfère à un âge d'or passé, est une perfection construite par la raison, une perfection artificielle inspirée par le même esprit technicien qui anime l'idéologie de progrès⁷⁴.

Concernant au premier chef les malades mentaux et autres déviants, le succès du mouvement eugéniste est en partie dû à la réponse que l'eugénisme apporte au problème étudié dans le chapitre 5, à savoir la surpopulation chronique d'asiles qui avaient été la première réponse au danger de dissémination des tares héréditaires. Le confinement institutionnel ayant prouvé ses limites, il existe

⁷¹ Article « médicalisation » in T. BOURGEOIS, *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, Presses universitaires de France, 2004, p. 56.

⁷² P. WEINGART, J. KROLL et K. BAYERTZ, *op. cit.*

⁷³ Pour la France, voir Jacques LEONARD, « Le premier Congrès international d'eugénique (Londres, 1912) et ses conséquences françaises », *Annales de démographie historique*, vol. 1, 1986, p. 203-214 ; Voir aussi Stefan KÜHL, *Die Internationale der Rassisten: Aufstieg und Niedergang der internationalen eugenischen Bewegung im 20. Jahrhundert*, Francfort-sur-le-Main, Campus Verlag, 2014.

⁷⁴ Paul WEINDLING, *L'hygiène de la race*, Paris, La Découverte, 1998, p. 45.

ainsi au début du XX^e siècle une véritable demande à l'égard de mesures eugénistes telles que la stérilisation⁷⁵.

b) Un nouveau paradigme de l'hérédité humaine : aux racines des recherches sur l'origine génétique de l'arriération (début du XX^e siècle)

Née au début du XX^e siècle, la science génétique suscite un engouement rapide chez les scientifiques de la plupart des pays européens et nord-américains, et impulse à l'échelle de notre sujet une dynamique nouvelle. La transmission envisagée auparavant sous le prisme de la dégénérescence passe désormais à un prisme interprétative mobilisant l'hérédité biologique sous l'angle génétique⁷⁶. Le vocabulaire cette nouvelle science est rapidement fixé tandis que les expériences du généticien américain Thomas H. Morgan sur la mouche du vinaigre (*Drosophila melanogaster*) posent les jalons de la théorie chromosomique de l'hérédité – à chaque gène correspond un *locus* situé sur un chromosome⁷⁷. La nouvelle science confère à la biologie une autorité décisive, non seulement pour comprendre « les processus vitaux chez les plantes, les animaux et les humains », mais aussi « quant à la vie sociale et ultimement pour les phénomènes dans les domaines de la psychologie et de la psychopathologie »⁷⁸. Et en effet, concernant notre sujet, ces découvertes se répercutent de manière rapide dans le champ de l'étude de la déficience mentale, ce qui n'est guère surprenant dans une période où la peur pour la qualité de la « race » et les théories eugénistes sont en plein développement. L'ampleur de ces craintes s'exprime par la volonté immédiate de mettre à profit ces nouvelles découvertes dans l'optique d'un éclairage nouveau apporté sur les causes et la transmission de la déficience mentale, et les enseignements qui en découleraient pour potentiellement contrôler de manière plus efficace la multiplication de cette population. Deux études originales cherchant à expliquer les mécanismes de l'arriération vont être détaillées ici, l'une à Berlin, l'autre à Cernay, comme illustration de la révolution que constitue l'utilisation de cette nouvelle science dans le secteur de la déficience mentale. Avant d'aborder ces travaux à échelle fine, on peut déjà mentionner qu'à la même période, l'arriération apparaît de

⁷⁵ Pour une synthèse sur la « globalisation » de l'eugénisme, voir la première partie de l'article de Paul WEINDLING, "International Eugenics: Swedish Sterilization in Context", *Scandinavian Journal of History*, vol. 24, n° 2, 1999, p. 179-197.

⁷⁶ Terme créé en 1905 par le biologiste anglais William Bateson (1861-1926).

⁷⁷ Notamment, la première décennie du siècle voit la mise en place de l'essentiel du vocabulaire de la génétique encore utilisé aujourd'hui : tous les concepts d'allèle, d'hétéro ou homozygotie, de phénotype ou génotype datent de cette période. Le terme de « gène » est élaboré en 1909, pour devenir tout au long du siècle un objet majeur de la biologie. Voir Evelyn Fox KELLER, *Le siècle du gène*, Paris, Gallimard, 2003.

⁷⁸ Hans Jakob RITTER et Volker ROELCKE, "Psychiatric Genetics in Munich and Basel between 1925 and 1945 : Programs-Practices-Cooperative Arrangements", *Osiris*, 2005, p. 267.

manière nouvelle en termes de préoccupation sanitaire d'échelle nationale. Dans plusieurs pays d'Europe, des commissions sont lancées afin d'évaluer le danger que représente leur aspect contagieux. Ainsi en Grande-Bretagne, on nomme dès 1904 une « commission royale pour la prise en charge et le contrôle des faibles d'esprit » (*Royal Commission of the Care and Control of the Feeble-Minded*) afin de se pencher sur la question de l'hérédité de l'arriération en raison d'une crainte pour la santé de la nation suite à la catastrophe de la Guerre des Boers. De la même façon, les scientifiques ainsi que les autorités américains se saisissent vite de la question, comme le prouve la rapidité de l'importation des tests Binet et l'interprétation faite par Goddard. Cette thématique de l'arriéré comme danger social n'est pas nouvelle, puisque nous avons déjà identifié ce thème à la fin du chapitre 3 de ce travail. Le basculement réside en réalité dans le changement d'échelle que représente cette préoccupation. Si jusqu'à 1900 environ, l'arriéré était essentiellement dépeint comme un être dangereux dans le milieu aliéniste — et ce pour des causes essentiellement comportementales, la première décennie du XX^e siècle voit naître une définition des arriérés en tant qu'individus pathologiques dont la multiplication menace la santé du corps social à l'échelle de tout la nation. Or la première partie de ce chapitre a largement démontré en quoi la théorie de la dégénérescence reste toujours impuissante à expliquer rationnellement ce processus à la fin du XIX^e siècle.

Une telle crainte concernant la santé à l'échelle nationale — ce qui sera peu à peu assimilé au concept de « race » dans certains discours — est donc un motif essentiel qui trouve une reconnaissance étatique qui rencontre la naissance de nouveaux outils fournis par la génétique. Et par suite, d'autant plus de légitimité à faire l'objet de recherches poussées. L'intérêt précoce de la psychiatrie allemande pour la nouvelle science et son paradigme explicatif des pathologies mentales est à cet égard exemplaire. Dans un article de 1908, Emil Kraepelin fixe les objectifs à la fois scientifiques et politiques de la psychiatrie. Le psychiatre appelle à une alliance des études médicales et de la statistique afin de parvenir à élucider les mécanismes de la dégénérescence⁷⁹. Pour tenter de comprendre « si les forces de la dégénérescence [sont] le réel danger présent », la société de l'époque

⁷⁹ Ces passages de Kraepelin ne sont pas les plus cités dans la littérature qui a longtemps réservé un certain « toilettage » aux membres du Panthéon de « la Science ». Benoît Massin s'interroge sur l'histoire des sciences et le statut de certains scientifiques de renom avant un certain renouveau historiographique depuis les années 1980 : « Quand on abordait le rôle de Kraepelin dans l'histoire de la psychiatrie, on se bornait à sa nosologie et à la *dementia praecox*, on taisait évidemment sa théorie médicale de la « dégénérescence », ses positions eugénistes ou ses commentaires sur les Juifs ». Préface de Benoît Massin dans le livre de Paul WEINDLING, *L'hygiène de la race*, Paris, La Découverte, 1998, p. 39.

a selon lui « terriblement besoin d'études extensives, précautionneuses et s'étendant sur plusieurs décennies »⁸⁰ :

Ces études doivent être entreprises par des commissions spécialement entraînées constituées de médecins et statisticiens dont l'attention serait uniquement dévolue à la tâche d'étudier la question de la dégénérescence [...] Il s'agirait aussi de considérer les taux de crime, prostitution, alcoolisme et syphilis, aussi bien que l'occurrence de maladies mentales, idiotie, psychopathie, épilepsie et la transmission de ces désordres à la progéniture⁸¹.

On voit dans ce propos que la statistique est conçue comme outil pour quantifier la dégénérescence et toutes les pathologies sociales qui lui sont associées. Alliées à la réalisation d'études de cas larges et avec une profondeur temporelle s'étendant sur plusieurs générations, la science statistique doit épauler le médecin pour permettre de dénombrer les pathologies mentales. Pour le psychiatre allemand,

Ce savoir forme la réalisation scientifique essentielle qui va nous permettre de clarifier la question de la dégénérescence, à évaluer la nature et la taille du danger, et ensuite de déterminer les mesures préventives devant être prises. En effet, les signes sont assez menaçants. Il est de notre responsabilité d'informer les personnes et les gouvernements, et simultanément de leur montrer les directions qui doivent être prises en vue d'une récupération de notre race⁸².

Or ces vœux correspondent aux débuts de la *Rassenhygiene*, notamment grâce à l'action d'un élève de Kraepelin. Dès 1904, Ernst Rüdin est en effet l'un des fondateurs avec Alfred Ploetz des « Archives de l'hygiène raciale et de la biologie sociale » (*Archiv für Rassenhygiene und Gesellschaftsbiologie*). Dès le début des années 1910, l'objectif de Rüdin est de rendre possible des « pronostics héréditaires empiriques » afin de contrer par une politique volontariste l'absence de sélection naturelle rendue possible par les progrès de la civilisation et de l'assistance aux nécessiteux. Avec comme objectif la « récupération de [la] race » esquissée par Kraepelin dans l'article cité précédemment, le mouvement s'adosse notamment sur une nouvelle discipline étudiant l'hérédité psychiatrique ou génétique. Il prend forme de manière institutionnelle Allemagne en 1917 par la création du département de démographie génétique (*Genealogisch-Demographische*

⁸⁰ Eric J. ENGSTROM. 'On the Question of Degeneration' by Emil KRAEPELIN, *op. cit.*, p. 403.

⁸¹ "These studies must be undertaken by specially trained commissions comprised of doctors and statisticians whose attention is devoted solely to the task of investigating the question of degeneration [...] Consideration would also be given to rates of crime, prostitution, drunkenness and syphilis, as well as to occurrence of mental illness, idiocy, psychopathy, epilepsy and the transmission of these disorders to progeny". Eric J. ENGSTROM. 'On the Question of Degeneration' by Emil KRAEPELIN, *op. cit.*, p. 403.

⁸² « This knowledge forms the essential scientific foundation that will enable us to clarify the degeneration question, to assess the nature and size of the danger, and then to determine the preventative measures to be taken. The signs are indeed threatening enough. It is our responsibility to inform the people and the government, and simultaneously to show them the paths that need to be taken toward the recuperation of our race ». Eric J. ENGSTROM. 'On the Question of Degeneration' by Emil KRAEPELIN, *op. cit.*, p. 403.

Abteilung). Sous la houlette du *Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie*, le département est dirigé par Ernst Rüdin et acquiert rapidement la réputation de meilleur centre européen de recherche psychiatrique. Le but de l'institution consiste à « comprendre et prévenir les désordres psychiatriques par l'étude de la biologie, en particulier de la science de l'hérédité », comme le montre Volker Roelcke⁸³. La fondation Rockefeller promeut également l'application de la génétique allemande aux domaines du social : elle donne par exemple plusieurs millions de dollars à l'Institut allemand de psychiatrie en 1925 afin d'étudier les liens entre crime et maladie mentale. Ces théories représentaient la « science normale », c'est-à-dire un paradigme au sens kuhnien, dans l'Allemagne, mais aussi l'Angleterre ou les Etats-Unis au cours de la première moitié du XX^e siècle⁸⁴. L'intérêt de l'analyse de ce discours est de souligner dès à présent la place prépondérante prise par la biologie comme outil de correction de « maladies sociales » telles que la criminalité. L'espoir conçu à terme est proche des finalités du quotient intellectuel étudié dans le chapitre 4 : il s'agit bien d'arriver à une prédiction biologique des diagnostics psychiatriques, c'est-à-dire de les transformer en pronostics. Plus que de l'eugénisme, c'est donc la notion de sélection possible des souches malades qui se trouve au centre de ces premières recherches génétiques. A ce sujet, un événement va être interprété par beaucoup comme une confirmation dans les faits des mécanismes de contre-sélection naturelle agissant dans la société moderne.

c) La césure de la Première Guerre mondiale dans les discours en France et en Allemagne

La Première Guerre mondiale suscite en effet d'intenses débats quant à la légitimité du choix des individus à envoyer au front en France comme en Allemagne, et après 1918 sur les mécanismes de contre-sélection qu'elle aurait réalisé en acte, en particulier du côté allemand, ce que nous avons démontré dans le chapitre 5. En effet, les années 1920 sont perçues par les contemporains comme des années d'accélération du savoir eugénique. Pour comprendre cette évolution, il convient de revenir à l'échelle du contexte national perturbé qui caractérise alors la jeune République de Weimar. Alors que le pays vient de changer de régime, subit une révolution puis deux crises économiques en l'espace d'une décennie, la psychiatrie s'invite dans le débat politique pour apporter son expertise, en

⁸³ Volker Roelcke a mis en évidence la continuité de l'action de Rüdin au cours des décennies, qu'on peut mettre en relief par son discours tenu à Bonn à l'occasion du *Zweite Deutsche Tagung für psychische Hygiene* de 1932 selon laquelle « la santé génétique de la population nationale (le *Volk*) et de la race était le but central de la recherche en génétique psychiatrique ». Hans Jakob RITTER et Volker ROELCKE. « Psychiatric Genetics in Munich and Basel between 1925 and 1945 : Programs-Practices-Cooperative Arrangements », *Osiris*, 2005, p. 266.

⁸⁴ Thomas Samuel KUHN, *La structure des révolutions scientifiques*, Paris, Flammarion, 2008.

même temps qu'elle s'ouvre à la jeune science génétique, comme on aura l'occasion de l'aborder plus loin dans le chapitre. Des catégories nosographiques comme l'hystérie ou la dépression nerveuse sont mises à profit pour qualifier de manière métaphorique une défaite vue comme pathologique. Ceci permet aux médecins et psychiatres de se trouver une légitimité, celle de vouloir « guérir » la Nation malade. Leur discours rencontre une audience allant bien au-delà de la sphère professionnelle. Comme le note Volker Roelcke, « une telle interprétation de la situation politique très agitée et sociale en des termes relevant de catégories 'scientifiques' expertes est tombée sur un sol fertile en tant qu'elle ne fournit pas seulement des explications mais que sa logique intrinsèque promet également d'identifier des causes et des traitements potentiels à la maladie »⁸⁵. En outre, les souffrances vécues par le peuple allemand entre 1918 et 1924, minant les préceptes d'humanité et de bienveillance, ont véritablement permis d'après Paul Weindling de préparer le terrain à la réalisation d'un eugénisme négatif.

La meilleure preuve de la césure que constitue les années suivant la Grande Guerre dans le milieu psychiatrique quant à la perception de la dégénérescence réside dans l'œuvre du psychiatre Hoche. Il est profitable de s'en servir ici comme exemple pour deux raisons. D'une part, l'inversion totale de sa position en terme d'éthique médicale par rapport à ce qu'on a vu précédemment. Alors qu'il s'opposait quelques années plus tôt à Kraepelin et Rüdin, il évolue pendant le conflit armé vers un discours intransigeant sur le *Volk* conçu comme un organisme en soi⁸⁶. D'autre part car la brochure qu'il publie en 1920 a été accueillie comme « l'expression de sentiments largement répandus dans l'après-guerre »⁸⁷. En effet, il publie avec Karl Binding un opuscule sur « la libéralisation de l'éradication des vies indignes d'être vécues » (*Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens*). L'ouvrage reflète une évolution dans la valeur donnée à chaque vie individuelle, et à ce titre les arriérés sont les premiers visés par le terme de vies « qui ont perdu toute valeur » (*die allen Wert verloren haben*). On peut entendre cette remarque dans son sens économique comme on l'a vu dans le chapitre précédent, mais aussi au sens de la qualité physique, intellectuelle ou morale d'une personne qui la rend digne d'estime, c'est-à-dire de manière non mesurable. L'idiot est selon eux un « fardeau humain » (*human Ballast*) qui pèse sur celles des individus forts et en bonne santé. La société étant conçue comme un organisme malade, cela justifie pour eux de l'en

⁸⁵ V. ROELCKE, *op. cit.*, p. 396.

⁸⁶ On peut mentionner que Hoche perd son fils au front pendant la Première Guerre mondiale, ce qui influence fortement l'évolution de ses positions, notamment sur la question d'une « sélection à rebours » voulant que tous les « meilleurs » (les brillants jeunes hommes) sont morts au front, alors que tous les dégénérés sont restés et sont donc proportionnellement bien plus nombreux qu'avant le conflit.

⁸⁷ P. WEINDLING, *L'hygiène de la race, op. cit.*, p. 220.

délivrer par l'élimination de ces membres inutiles et pesants. Le meurtre des individus déjà « morts mentalement » est ainsi désigné par la litote de la « mort miséricordieuse » (*Gnadentod*). L'eugénisme rend ainsi la maladie incurable associée au concept de « valeur de vie négative », que la guerre rend négligeable par rapport à l'impératif de survie collective de la nation, en tant qu'organe peu à peu perçu comme ayant des droits plus élevés que l'individu. Cet exemple extrême exprime une tendance globale. On a pu voir dans le chapitre 5 les conséquences en France de l'altération de la protection sociale à travers la fermeture du service de Bicêtre et la répugnance des autorités à consacrer davantage d'argent à l'assistance aux arriérés dans l'après Première Guerre mondiale. Paul Weindling montre également comment dans les années 1920, le développement des idées eugénistes affecte profondément les politiques sociales de *Welfare* dans l'Allemagne de Weimar⁸⁸. À ce titre, on a déjà pu remarquer que le vocabulaire gravitant autour de la notion de dégénérescence faisait son apparition dans la pratique asilaire dans cette période. Dans nos sources allemandes, on observe dans certains discours tenus à l'asile de Dalldorf des traces d'une pression engendrée par la progression des idées liées au darwinisme social et à l'eugénisme. Cet extrait d'un discours prononcé à l'occasion du jubilé de Hermann Piper illustre bien comment les personnes oeuvrant dans le secteur de l'assistance perçoivent avec acuité la progression des idées de l'hygiène raciale dans les années 1920 :

Pour l'estime de celui dont nous fêtons le Jubilé en temps qu'ancien pédagogue spécial et homme ayant des tendances sociales, et afin de comprendre la valeur véritable de son œuvre de toute une vie, nous ne pouvons pas ne pas voir les conditions difficiles du temps pendant lesquels il s'est saisi de son travail de pédagogie spéciale et s'est affirmé comme un spécialiste « modèle ». On devra en effet toujours se féliciter que sa formation à l'enseignement et son premier mandat se soit déroulé à un temps où Darwin, avec ses enseignements sur la lutte, le *Dasein* et la sélection des plus aptes enthousiasmait le monde entier autour de la force, des individus en bonne santé et des plus capables, et où Nietzsche défendit la lutte contre la morale de la miséricorde et prêchait la destruction de tous les faibles, les malades et les incapables⁸⁹.

Ces propos de 1926 expriment à la fois une conscience de la force des idéologies mettant en question la pédagogie spéciale et l'assistance aux arriérés. Evoqués dans un propos rendant hommage à l'œuvre d'un homme soutenant encore la cause de l'éducation des arriérés, le darwinisme appliqué aux êtres humains et la « survie des plus aptes » apparaissent là comme particulièrement menaçants.

⁸⁸ Paul WEINDLING, « Weimar Eugenics: The Kaiser Wilhelm Institute for Anthropology, Human Heredity and Eugenics in Social Context », *Annals of Science*, vol. 42, n°3, 1985, p. 303-318.

⁸⁹ Extrait du discours en l'honneur du jubilé de Hermann Piper. Cité par Ingeburg WEGER, „Hundert Jahre Bonhoeffer-Nervenlinik. Der Weg von der Irrenanstalt zu Dalldorf bis heute”, *Die Berliner Ärztekammer*, 17, n° 9, 1980, p. 416.

Mais ces années-là sont aussi un moment d'importante effervescence scientifique concernant la jeune discipline de la génétique, « massivement soutenue en raison des espoirs mis dans l'utilité de la biologie », pour laquelle on abordera à présent deux exemples inédits d'études menées en France et en Allemagne concernant la transmission de l'arriération et sa compréhension nouvelle sous le prisme de la génétique et de la biochimie⁹⁰.

⁹⁰ Volker ROELCKE, « Expérimentations humaines sous le nazisme. Synthèse des travaux récents avec une attention particulière à la psychiatrie », in C. BONAÏ (dir.), *Nazisme, science et médecine*, Paris, Éditions Glyphe, 2006, p. 43-64.

B. Eugénisme, génétique psychiatrique et études cliniques (1904-1935)

1. *Les études familiales, une compréhension mendélienne de la « transmission » de l'arriération (1904-1931)*

a) L'étude familiale menée à Wittenau : hérédité de l'arriération et statistiques au service de la biologisation des faits sociaux (1931)

En psychiatrie, les premières recherches empiriques adoptant les postulats de la théorie mendélienne récessive de la transmission des caractères concernent l'hérédité de la pathologie de la *Dementia praecox*, connue aujourd'hui sous le nom de schizophrénie. Dans sa monographie sur le sujet datant de 1916, Rüdin se revendique de méthodes statistiques utilisées pour « calculer la probabilité de l'émergence de maladies héréditaires au sein de la descendance de patients par comparaison avec la probabilité dans la population en général »⁹¹. Cette méthode est au centre de beaucoup de recherches développées dans la psychiatrie allemande de l'époque, en particulier concernant le handicap mental. Cette réorientation représente un changement de paradigme considérable, puisqu'on passe de la volonté de mesurer l'intelligence — en faisant abstraction du contexte socio-culturel — à l'utilisation de ces données dans le cadre d'enquêtes familiales. A l'origine, les tests d'intelligence ont été conçus à partir d'un protocole ouvert afin de mesurer l'intelligence de chaque enfant indépendamment de leur origine sociale, l'état de santé ou le métier des parents et collatéraux. Or l'exemple des statistiques élaborées au cours d'une étude familiale dans l'asile de Berlin montre comment la montée en force de la théorie mendélienne récessive en psychiatrie modifie la compréhension des mécanismes de l'arriération, en renforçant le déterminisme d'une transmission dont la part héréditaire devient irréfutable.

On a déjà pu voir dans le chapitre 4 comment l'étude menée en mars 1931 aux *Wittenauer Heilstätten der Stadt Berlin* mettait en cause les tests d'intelligence pour leur substituer une vision entièrement héréditaire et déterministe au sujet des causes de l'arriération⁹². L'étude menée par le Dr Werner Pleger consiste en une étude familiale examinant l'hérédité chez un échantillon d'enfants

⁹¹ Hans Jakob RITTER et Volker ROELCKE, *op. cit.*, p. 269.

⁹² Il fait partie après 1933 des *Erbgesundheitsgericht* de Wittenau. Les médecins de l'asile cumulaient en effet plusieurs fonctions : s'occupant des patients, ils étaient également astreints à la formation du personnel médical mais aussi, conformément à ce que stipulait le règlement des lois d'hygiène raciale, juges et experts dans les tribunaux d'hygiène raciale. Ce fut le cas de Pleger ou d'autres médecins de Wittenau comme Friedrich Panse, Wilhelm Bender, Kurt Hasse ou Rudolf Thiele.

faibles d'esprit (*Erblichkeituntersuchungen an schwachsinnigen Kindern*) pris en charge dans l'asile au début des années 1930⁹³. Il s'agit à présent d'examiner les présupposés de cette étude pour illustrer le durcissement du paradigme héréditariste dans l'Allemagne de l'entre-deux-guerres. L'étude cherche à montrer le risque d'être frappé de retard mental en établissant des statistiques concernant la présence de maladies mentales dans la famille du patient. Pleger souligne l'intérêt de telles recherches pour la clinique de l'arriération :

La mission de la recherche sur la biologie de l'hérédité (*erbbiologischer Forschung*) est, en tant que condition préalable pour éclairer les questions étiologiques de la délimitation de l'arriération, d'examiner l'hérédité et la manière dont fonctionne la transmission héréditaire [...] Grâce à ces études, il a été démontré dans les faits que les comportements aussi bien que la transmission héréditaire aussi bien que l'étiologie classique de l'arriération se recoupent de ce point de vue⁹⁴.

D'après les propos du psychiatre, cette recherche se situe donc dans le champ de la « biologie de l'hérédité » (*erbbiologischer Forschung*). La transmission héréditaire (*Vererbung*) est interrogée à partir d'un « matériel » (*Material*) particulier. Soixante-quinze enfants des deux sexes participent à cette recherche, et sont précisément issus de l'*Erziehungsheim für schwachsinnige Kinder der Wittenauer Heilstätten*, anciennement l'*Idiotenanstalt* de Dalldorf⁹⁵. Malgré leurs degrés d'arriération qui sont très variés et recourent tout le spectre de la nosologie — de l'*Idiot* au *Debil* en passant par les *schwer* et *leicht Imbezill*, l'auteur considère qu'il s'agit d'un échantillon homogène. Les données généalogiques forment le cœur de la recherche menée, conformément au postulat de Pleger considérant l'hérédité « comme le facteur le plus important dans la genèse de l'arriération »⁹⁶. Néanmoins, les sujets de l'expérimentation sont répartis en deux catégories : en grande majorité des cas d'arriération « endogène » (*endogene*), c'est-à-dire congénitale, et « exogène » (*exogene*), au sens d'un retard mental dont on a pu identifier une cause extérieure ayant provoqué l'arriération au moment de l'accouchement ou dans la petite enfance⁹⁷. Parmi les 12 cas d'arriération exogène, on

⁹³ On peut noter que certains patients des *Wittenauer Heilstätten* avaient déjà servi de sujets pour d'autres études sur l'étiologie de l'arriération : Pleger cite les études de Balluff-Blumenthal et Panse, toutes deux publiées dans *Allgemeine Zeitung für Psychiatrie* mais dont la date et le titre restent introuvables. Werner PLEGER, « Erblichkeitsuntersuchungen an schwachsinnigen Kindern », *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, vol. 135, n°1, décembre 1931, p. 225-252.

⁹⁴ „Aufgabe erbbiologischer Forschung ist es, als unumgängliche Vorbedingung zur Klärung der ätiologischen Fragen den Umfang der Vererbung des Schwachsinn und den Erbgang, d.i. die Art der Vererbung, zu untersuchen [...] Dabei ist von allen Untersuchern darauf hingewiesen worden, dass [...] den tatsächlichen Verhältnissen, sowohl, was die Vererbung, als auch die sonstige Ätiologie des Schwachsinn anbelangt, möglichs nahekommte“. W. PLEGER, *op. cit.*, p. 15.

⁹⁵ Âgés de 8 à 18 ans, il s'agit de 51 garçons et 24 filles, dont une paire de jumeaux et cinq paires de frères et sœurs.

⁹⁶ „Auf diese Kriterien legten wir größeren Wert als auf die Ergebnisse der in jedem Falle vorgenommenen Intelligenzprüfungen“. *Ibid.*, p. 227-230.

⁹⁷ Ce vocable, qui équivaut grossièrement en France à la distinction faite entre l'arriération « innée » et « acquise », fait référence à une distinction établie par Bonhoeffer ; Voir Heinz SCHOTT et Rainer TÖLLE, *Geschichte der Psychiatrie*,

peut citer celui de Christopher W., 13 ans dont la cause exogène est un « traumatisme crânien survenu dans les premières années de la vie » (*Schädeltrauma in den ersten Lebensjahren*) :

Naissance normale. Poids à la naissance : 12 livres. A appris à marcher et parler à 9 mois. A 2 ans et demi, a été traîné sur plusieurs mètres par un tramway, éraflures sur la tête et sur le tronc, blessures aux genoux. Après l'accident, alité pendant 3 semaines, a été pris en charge médicalement par l'application de compresses sur la tête. Imbécile⁹⁸.

Les cas tels que celui ci-dessus sont censés être ceux dont l'arriération est postulée comme acquise, et donc pas héréditaire. Un troisième groupe est créé pour les individus dont l'origine de l'arriération est douteuse. Le tableau en annexe montre que ce sont les grades médians d'intelligence qui sont les plus représentés, à savoir les « imbéciles légers » (*leicht Imbezill*) et les « imbéciles graves » (*schwer Imbezill*), qui constituent à eux deux 60 des 75 individus de l'échantillon, dont une grande majorité appartient au groupe endogène.

Dans la suite de l'article, les sujets endogènes et exogènes sont classés par niveau d'intelligence — « sous-doué » (*Schwachbegabt*), débile (*Debil*), imbécile (*Imbezill*) — mais aussi selon d'autres pathologies relevant autant de la psychiatrie que de la définition sociale de la déviance : psychopathe, alcoolisme (*Trunksucht*), schizophrénie, épilepsie, excité/nerveux (*aufgeregt/nervös*) et criminel (*kriminell*). Le protocole se fonde sur une récolte de données concernant la famille des patients : des données indiquent non seulement leur état de santé, mais aussi leur emploi et cadre de vie qui sont évalués à partir d'une visite au domicile dont le but assigné est de « se faire une image de leur milieu social » — comme c'est le cas dans les enquêtes de terrain menées par Goddard qu'on verra ci-après. Comme dans d'autres études familiales menées à l'époque, « on établit un arbre généalogique pour chaque sujet d'expérience » (*für jeden Probanden ein rein genealogisches Familienschema* ou *Stammbaum*). Comme la plupart des « collatéraux » (*Sippenschaften*) habitent à proximité, c'est-à-dire dans la circonscription du *Großberlin*, Pleger est en mesure « de soumettre à un recensement psychiatrique les oncles, tantes, cousins et cousines en allant leur rendre visite et les

Münich, C.H. Beck Verlag, 2005 ; Voir aussi Oswald BERKHAN, *Über den angeborenen und früh erworbenen Schwachsinn, Geistesschwäche des Bürgerlichen Gesetzbuches, für Psychiater*, Braunschweig, F. Vieweg & Sohn, 1904.

⁹⁸ „Normale Geburt. Geburtsgewicht 12 Pfund. Mit 9 Monaten laufen und sprechen gelernt. Mit 2 ½ Jahren von der Straßenbahn mehrere Meter mitgeschleift, Hautabschürfungen am Kopf und Rumpf, Knieverletzung. Nach dem Unfall 3 Wochen bettlägerig, wurde mit Umschlägen auf den Kopf ärztlich behandelt. Imbezill“. W. PLEGER, *op. cit.*, p. 229.

examiner »⁹⁹. On effectue donc une « visite à domicile » (*Besuch in der Wohnung*) afin de questionner les familles sur la santé des aïeux encore vivants ou décédés.

Le protocole de l'étude de Pleger est à situer dans le contexte des nouvelles méthodes mises en œuvre dans le contexte scientifique de l'entre-deux-guerres. En effet, l'analyse statistique des données familiales représente avec l'embryologie et la génétique expérimentale comparative l'une des trois méthodes utilisées par les spécialistes de génétique humaine dans l'entre-deux-guerres¹⁰⁰. En compilant des données pour reconstituer les arbres généalogiques des sujets, il s'agit de savoir si les pathologies étudiées sont génétiques et se transmettent selon un mode mendélien. Une telle méthode est utilisée par de nombreux scientifiques renommés à l'époque, et mise en œuvre en 1935 dans la thèse du Dr Mengele sur l'anomalie du bec-de-lièvre qui est un archétype concernant les recherches de génétique humaine:

Pour étudier la génétique du bec-de-lièvre, Mengele était parti d'un échantillon de 17 enfants opérés pour cette anomalie à la clinique chirurgicale de l'Université de Francfort. Il avait ensuite cherché à rassembler le maximum d'informations sur leurs familles. Par des entretiens avec les parents pour savoir si d'autres membres de la famille présentaient cette même anomalie et en examinant lui-même 583 personnes apparentées à ces 17 enfants, il réussit à reconstituer les tableaux généalogiques de 1222 personnes. Il se renseigne auprès des Offices de santé locaux sur les personnes qu'il ne pouvait pas examiner lui-même. Après observation des arbres généalogiques et analyses statistiques, Mengele conclut que le bec-de-lièvre était une anomalie d'origine génétique, transmise selon un mode mendélien dominant¹⁰¹.

La description du protocole permet de voir en quoi le travail de Pleger à Berlin se trouve dans la lignée de telles études. Mengele cherche alors à identifier « si le bec-de lièvre était une anomalie d'origine génétique ou s'il résultait de facteurs environnementaux durant la vie intra-utérine », pour ensuite examiner le mode de transmission mendélien — dominant ou récessif — si l'anomalie s'avère génétique. Ce parallèle montre les liens forts de l'étude menée à l'asile de Wittenau avec les recherches de l'*Erbbiologie* et l'eugénisme. Plus généralement, elle rappelle surtout la logique de la sélection qui représente l'un des fils directeurs de notre travail. Elle apparaît centrale concernant la population des arriérés. Dans le champ plus spécifique de la recherche concernant le retard mental, dès la fin des années 1920, d'autres scientifiques allemands ont cherché à démontrer l'origine

⁹⁹ „So war es möglich, zur psychiatrischen Erfassung der Sippschaften ausser den Eltern in der Mehrzahl der Fälle auch die Onkel, Tanten, Vettern und Basen aufzusuchen und zu explorieren“.

¹⁰⁰ L'embryologie sert au généticien à repérer à quel stade de l'embryon se forme l'anomalie étudiée, tandis que la génétique expérimentale comparative fait appel au modèle animal par le biais de la comparaison. Cette méthode fut par exemple utilisée par le Dr Mengele dans sa thèse cherchant à savoir si le bec-de-lièvre était d'origine génétique ou au contraire dû aux facteurs environnementaux de la vie intra-utérine. Voir Benoît MASSIN, « Mengele et le sang d'Auschwitz », in C. BONAÏ, *Nazisme, science et médecine*, Paris, Éditions Glyphe, 2006, p. 100-101.

¹⁰¹ « Avec toutefois de fortes variations dans la manifestation phénotypique (allant du bec-de-lièvre complet à l'absence totale de fissure, en passant par des formes intermédiaires et microformes), éventuellement associées à d'autres anomalies ». B. MASSIN, *op. cit.*, p. 101.

héréditaire de l'arriération mentale¹⁰². A Berlin en particulier, Carl von Leupold lance autour de 1930 des recherches de ce type sur des enfants et adolescents « sous-doués et nerveux » (*schwachbegabte und nervöse Kinder und Jugendliche*), et particulièrement les débiles mentaux au sein de l'asile de Lübben qu'il dirige. Son but est à terme

d'étiqueter psychiatriquement les enfants et jeunes gens atteints de défauts psychiques petit à petit et sur un territoire de plus en plus grand, et en même temps naturellement leurs proches aussi, en tant qu'il observerait chez eux des raisons de charges héréditaires¹⁰³.

L'étude familiale de Pleger a donc pour arrière-plan d'autres recherches pratiquées à l'époque. En effet pour toutes ces personnes, il s'agit de retracer leurs antécédents (*Krankheitsgeschichte*), mais aussi de d'établir des indices de leur éventuel retard mental à l'aide de documents tels que des bulletins scolaires (*Schulzeugnisse*) ainsi que la profession (*Berufslage*), ce qui montre le déterminisme des postulats de Pleger¹⁰⁴. La méthode de l'enquête orale retenue pour identifier non seulement les arriérés, mais aussi les « sous-doués » (*Schwachbegabten*), qu'il s'agit de dénombrer car :

Le recensement de ces sous-doués [*Schwerbegabten*] est d'une importance particulière car ce sont eux qui se reproduisent le plus fréquemment, se marient souvent entre eux et, à défaut de réflexion les inhibant, mettent au monde en règle générale pléthore d'enfants, tandis que les arriérés graves (*Schwerschwachsinnigen*) sont majoritairement exclus de la reproduction par le biais d'un internement asilaire de longue durée¹⁰⁵.

Le repérage des faibles d'esprit à la limite de l'intelligence normale représente une préoccupation majeure des eugénistes, précisément en raison de la zone de flou dans laquelle ils se trouvent et du danger « invisible » que les tares supposées qu'ils portent dans leur patrimoine génétique représentent pour la communauté.

¹⁰² Alfons Lokay publie en 1929 un article « Über die hereditären Beziehungen der Imbezillität », vraisemblablement en lien avec le *Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie* à Munich. Son article est publié dans le même journal de neurologie et psychiatrie que Pleger. L'année suivante, Carl Brugger publie une *Genealogische Untersuchungen an Schwachsinnigen* après son étude de juin 1930 dans l'asile de Stadroda en Thuringe.

¹⁰³ Nous avons d'ailleurs trouvé une allusion à cette étude dans la thèse de médecine de Jean Girard soutenue à Strasbourg en 1934 (qu'on présentera dans la suite du chapitre) et qui concerne la loi eugénique allemande : « Il réussit ainsi à observer dans le voisinage immédiat de l'asile 75 familles présentant des troubles psychiques et nerveux, et avant tout de l'imbécillité, des psychopathies, quelques cas d'alcoolisme, etc ». Jean GIRARD, *Considérations sur la loi eugénique allemande*, Thèse d'exercice, Strasbourg, 1934, p. 38.

¹⁰⁴ „Solche, die in der Schule schlecht mitkamen, ein- bis zweimal sitzenblieben und in ihrem späteren sozialen Leben in abhängigen beruflichen Stellungen blieben, zumeist ungelernete Arbeiter oder angestellte Handwerker waren“. W. PLEGER, *op. cit.*, p. 230.

¹⁰⁵ „Die Erfassung dieser Schwerbegabten ist von besonderer Wichtigkeit, da sie am häufigsten zur Fortpflanzung kommen, oft untereinander heiraten und mangels hemmender Überlegungen in der Regel zahlreiche Kinder in die Welt setzen, während die Schwerschwachsinnigen zumeist durch dauernde Asylisierung von der Fortpflanzung ausgeschlossen werden“. *Ibid.*, p. 231.

Il s'agit à présent d'examiner les résultats de l'étude de 1931 et surtout leur interprétation. Les niveaux intellectuels sont associés aux paramètres sociaux et psychiatriques d'un maximum de membres de la famille. Les collatéraux sont évalués par enquête orale ou d'après des témoignages indirects et classés en fonction de leur âge et du niveau intellectuel jaugé. Les résultats sont ensuite traduits sous la forme la forme d'un « tableau pathologique » (*Belastungstabelle*) visant à comprendre le lien entre la présence d'individus présentant des tares diverses et l'arriération des sujets de l'expérimentation en relevant une corrélation entre les deux. L'article de Pleger argumente point par point pour défendre les présupposés caractéristiques de l'hygiène raciale et de l'eugénisme. Il veut démontrer six hypothèses principales dont l'importance dans le contexte scientifique de l'Allemagne de Weimar justifient de les citer ici *in extenso*. Premièrement, la fréquence plus forte d'arriérés dans ces familles par rapport à la moyenne dans la population, qui permet d'accentuer l'idée de l'impact négatif de l'urbanisation sur les sujets de l'étude, qualifiés à ce titre de « matériau des grandes villes » (*Großstadtmaterial*) à de nombreuses reprises¹⁰⁶. Ensuite, que le degré d'arriération des cas « endogènes » est quatre fois supérieur à celui des « exogènes » : « la grande différence dans la tare entre les endogènes et les exogènes est remarquable » (*auffällig ist auch hier wieder die große Unterschied in der Belastung zwischen der endogenen und der exogenen Gruppe*). Troisièmement, la fréquence plus forte de schizophrènes, de syphilitiques ou d'épileptiques dans les familles des arriérés endogènes que chez les collatéraux du groupe exogène. Quatrièmement, la fréquence supérieure de cas d'arriération dans les familles où au moins un des deux parents est décrit comme lui-même atteint d'arriération. Puis, dans les cas où les deux parents sont censés être arriérés, la proportion encore supérieure d'enfants faibles d'esprit venant « d'un milieu familial délétère » (*aus dem schlechten häuslichen Milieu*) et finissant par nécessiter une prise en charge institutionnelle. Cela implique selon Pleger que « nous avons à nous à attendre chez notre matériel asilaire à une tare héréditaire parentale particulièrement élevée »¹⁰⁷. Et enfin, le dernier postulat est que plus le nombre d'enfants est élevé dans les familles étudiées, plus on trouve de parents faibles d'esprit, ce qui reprend une idée répandue du caractère plus prolifique des débiles mentaux. Ce constat est d'ailleurs qualifié dans l'article « de la plus haute importance pour l'eugénisme pratique » (*von größter Bedeutung für die praktische Eugenik*)

Les données particulièrement parlantes sont les résultats de certaines statistiques, qui ne correspondent visiblement pas à ce qui était attendu. Par exemple, pour le groupe pour lesquels les

¹⁰⁶ En 1931, les données pour la population de Berlin ne sont pas encore connues. Pleger cite les travaux de Luxenburger, Schulz et Kattentidt pour Munich (0,36% d'imbéciles et idiots et 0,80% d'imbéciles et de débiles), ainsi que ceux de Brugger pour Bâle (1,68% d'arriérés).

¹⁰⁷ „Danach haben wir also bei unserem Anstaltsmaterial eine besonders starke Belastung zu erwarten“. W. PLEGER, *op. cit.*, p. 236.

« deux parents sont faibles d'esprit » (*Beide Eltern schwachsinnig*), la proportion d'arriérés calculée chez la descendance est de 72%. Il résout la question en justifiant les résultats de la manière suivante :

Chez les croisements entre hétérozygotes avec dominance de la disposition [ici le caractère « non arriéré »], on attend théoriquement 75% de porteurs du caractère (pour un croisement entre homozygotes dominants qui comme les homozygotes récessifs présenteraient 100% de porteurs du caractère, une telle situation serait très rare voire pratiquement impossible). Au vu du jugement et de la signification de la proportion trouvée, qui serait visiblement tout à fait compatible avec une dominance, on ne doit toutefois pas oublier que 1. Une partie de nos sujets « endogènes » ont une arriération qui pourrait être attribuée à une cause extérieure encore inconnue et que 2. Même si tous les sujets sont certainement des arriérés endogènes, il n'est pas encore certain que dans un ou dans plusieurs cas, l'arriération d'un parent ou des deux parents peut être d'origine exogène¹⁰⁸.

On constate dans la justification de Pleger une volonté de biaiser les enseignements livrés par l'étude réalisée. Dans le cas où les résultats ne cadrent visiblement pas avec ce qui était attendu dans l'expérience, le médecin introduit une part d'incertitude qui permet tout de même de les faire entrer dans la conclusion qu'on veut en tirer, à savoir que chez les cas d'arriération endogène, l'intelligence se transmet génétiquement selon les lois de Mendel. Le résultat des 72% apparaît comme un écueil, étant donné que Pleger attendait en théorie 100% d'arriérés — puisqu'on raisonne comme si l'intelligence était un caractère monogénique transmis selon les lois de Mendel.

Mais le fait que le médecin légitime les errances de l'expérience plutôt que d'en remettre en cause les postulats atteste d'une science peu soucieuse d'objectivité. Ces recherches laissent apparaître les failles d'une génétique d'apparence « scientifique », qui est en réalité marquée par l'idéologie. Les écarts des observations avec les règles strictes des lois de Mendel sont défendus avec des arguments bancals. Mais ici, il ne s'agit pas de valider ou non un postulat de départ par un raisonnement hypothético-déductif, mais plutôt de sauver les apparences de manière dogmatique. C'est d'ailleurs l'objection précise sur laquelle se fondent au même moment d'autres généticiens anglo-saxons qui critiquent de telles approches dès 1930 et enjoignent justement les tenants de la théorie récessive de l'arriération à « commencer à se comporter comme des scientifiques et d'étudier

¹⁰⁸ „Bei Heterozygotenkreuzung und Dominanz der Anlage hat man ja theoretisch 75% Merkmalsträger zu erwarten (Kreuzung dominanter Homozygoten, die ebenso wie diejenige rezessiver Homozygoten 100% Merkmalsträger liefern würde, kommt bei der relativen Seltenheit der in Rede stehenden Anlage praktisch kaum in Frage). Wir dürfen jedoch bei der Beurteilung und Deutung der gefundenen Proportion, die scheinbar mit Dominanz gut vereinbar wäre, nie vergessen, daß 1. Ein Teil unserer « endogenen » Probanden immer noch den Schwachsinn einer nicht erkannten äußeren Ursache verdanken kann und 2. Selbst wenn alle Probanden sicher endogenenschwachsinnig sind, damit noch nicht gesagt ist, daß nicht in dem einen oder anderen Falle der Schwachsinn eines oder beider Eltern exogen bedingt sein kann“. W. PLEGER, *op. cit.*, p. 238.

la déficience mentale avec la même rigueur et la même impartialité qu'ils appliquaient généralement à d'autres problèmes »¹⁰⁹.

A l'inverse, cette étude montre comment des faits sociaux sont biologisés et au final essentialisés grâce à un travestissement en faits explicables génétiquement par le biais de la caution des lois de Mendel. Le bilan de l'étude accumule au final les pourcentages pour dénombrer avec une précision au centile près la cohorte d'alcooliques, psychopathes, nerveux, suicidaires et criminels issus de parents arriérés et qu'on retrouve dans les familles des enfants pris en charge à l'asile de Wittenau. Sur ce point, il est d'ailleurs frappant de lire les descriptions des parents figurant dans l'étude, qui ressemblent en tout point à celles qu'on pouvait trouver dans les dossiers médicaux de la fin du XIX^e siècle. Le diagnostic *a posteriori* figure en italique dans la source :

R.L., 38 ans, Ouvrier non instruit. Grand alcoolique, très brutal et violent, chassait sa femme hors de la maison la nuit avec un fouet [...] N'arrive pas à garder le moindre emploi. N'est pas très éveillé intellectuellement, apprenait mal à l'école. A été pris en charge en institution en raison d'alcoolisme. *Psychopathe sous-doué*¹¹⁰.

H. Sch., 52 ans, femme de verrier. Morphinomane. Fume et boit beaucoup. On ne trouvait pas moyen de la faire sortir de la piste de danse. Fréquentait souvent des bals de veuves. Très facilement excitable. *Psychopathe*¹¹¹.

On est tout à fait dans le genre de généalogies morbides qu'on trouvait à Bicêtre au début du siècle. La différence étant que dans l'étude de 1931, ces éléments auparavant interprétés comme témoignant d'une probable dégénérescence sont à présent dénombrés par la statistique pour calculer un coefficient de corrélation expliquant le lien inhérent entre arriération et pathologie mentales, qui accède ainsi au statut de paradigme dans la *Rassenhygiene*. Une telle étude est classique dans le courant de la génétique allemande de l'entre-deux-guerres, dans la méthode employée comme dans les conclusions déterministes, comme le souligne Volker Roelcke au sujet d'une étude semblable de Rüdin :

Avant 1939, ces recherches en génétique utilisèrent avant tout les méthodes de la généalogie, de la démographie et de la statistique [...] Ces données furent recueillies au nom de l'intérêt de l'Etat auprès des patients et de leurs proches mais aussi des mairies, des tribunaux, des écoles, des assurances et d'autres institutions. Elles furent utilisées pour calculer, selon des méthodes statistiques élaborées, le soi-disant « pronostic héréditaire empirique (*empirische*

¹⁰⁹ Il s'agit ici du généticien anglais Haldane cité par David BARKER, « The Biology of Stupidity: Genetics, Eugenics and Mental Deficiency in the Inter-War Years », *The British Journal for the History of Science*, 1989, vol. 22, n° 3, p. 374.

¹¹⁰ „R.L., 38 Jahre, Ungelernter Arbeiter. Starker Trinker, sehr roh und gewalttätig, jagte seine Frau nachts mit einer Peitsche aus dem Hause [...] Hält in keiner Stellung aus. Ist geistig wenig rege, hat in der Schule schwer gelernt. War wegen Trunksucht vorübergehend in Anstaltsbehandlung. *Schwach begabter Psychopath*“. W. PLEGER, *op. cit.*, p. 242.

¹¹¹ „H. Sch., 52 Jahre, Frau. Glasersfrau. Morphinistin. Rauchte und trank stark. War nicht vom Tanzboden fortzubekommen. Besuchte oft Witwenbälle. Sehr leicht erregbar. *Psychopathin*“. *Ibid.*, p. 242.

Erbprognose) c'est-à-dire, pour une personne précise, son risque d'être atteinte d'une maladie héréditaire¹¹²

Le déterminisme qu'on déduisait auparavant des lignées de dégénérescence se trouve ainsi légitimé par l'apparente scientificité tirée de l'usage de la statistique. Les mêmes descriptions sont restituées pour les grands-parents ainsi que les oncles et tantes des arriérés endogènes. Tous sont épileptiques, paralytiques, criminels psychopathes ou au moins un peu nerveux, procédant ainsi d'une « biologisation des faits sociaux ».

b) Utilité pratique des généalogies morbides : la légitimation de la stérilisation des arriérés

Cette science dogmatique vise un but précis dans l'Allemagne de l'entre-deux-guerres. De telles recherches sont menées par des médecins qui sont aussi responsables des services où sont pris en charge les arriérés, pour lesquels les conclusions appellent à des applications pratiques. Ainsi les conclusions de l'étude de Pleger débouchent sur la mention de son application pratique quant à la gestion de la population de l'asile de Wittenau :

Nous pensons d'après ces résultats avoir prouvé de manière certaine l'hérédité de l'arriération chez une grande majorité de nos cas. Ainsi la proposition que Bratz [Emil Bratz, directeur de l'asile] avait fait pendant la discussion du *Gauppschen Vortrage* à l'assemblée de Kassel de l'association pour la psychiatrie du 2 septembre 1925, que de tels enfants imbéciles soient stérilisés avant leur sortie de l'asile, a maintenant un fondement scientifique assuré¹¹³.

Pleger confère à ses conclusions chiffrées « une signification importante pour la pratique eugéniste », ce qui vise à légitimer la stérilisation des arriérés. Plus, la formulation de Pleger montre de manière évidente que son étude vient servir un objectif qui était déjà présent dans l'esprit du directeur de l'asile de Dalldorf depuis le milieu des années 1920. Alors que du côté français, la tendance va à la constitution de « garderies » pour les cas les plus graves, du côté allemand par contre, on constate une même volonté de rationaliser la prise en charge mais en empruntant un chemin différent. Il s'agit dans l'esprit d'Emil Bratz de désinstitutionnaliser un maximum d'arriérés, à la condition que ceux-ci soient au préalable stérilisés. L'ancrage déjà fort de l'hygiène raciale et des idées eugénistes apparaît nettement dans ces considérations, et ce bien avant le début du III^e Reich. Il s'agit d'une rhétorique classique chez les protagonistes de la génétique allemande qui

¹¹² Volker ROELCKE, « Expérimentations humaines sous le nazisme. Synthèse des travaux récents avec une attention particulière à la psychiatrie », in C. BONAHE (dir.), *Nazisme, science et médecine*, Paris, Éditions Glyphe, 2006, p. 49.

¹¹³ „Wir glauben nach diesen Ergebnissen bei der großen Mehrzahl unserer Fälle die Erblichkeit des Schwachsinnns soweit sichergestellt zu haben, daß der Vorschlag, welchen Bratz in der Diskussion zu dem Gauppschen Vortrage auf der Kasseler Tagung des Vereins für Psychiatrie am 2. September 1925 machte, solche imbezille Kinder vor der Entlassung aus der Anstalt zu sterilisieren, für eine große Zahl von schwachsinnigen Kinder eine wissenschaftlich gesicherte Begründung hat“. W. PLEGER, *op. cit.*, p. 244.

soulignèrent systématiquement l'apport potentiel de [leurs programmes de recherche dans le domaine de la génétique] pour arriver à différencier les maladies héréditaires des non héréditaires, en fonction de tableaux cliniques indéterminés de ce point de vue¹¹⁴.

On a vu que dès la fin de la Première Guerre mondiale, les discussions autour de la stérilisation s'intensifient en Allemagne, sans pour autant qu'elles fassent l'objet d'un consensus fort. A ce titre, la position du directeur de l'asile de Wittenau montre que celui-ci faisait partie de ce que Paul Weindling nomme la « première vague » d'apôtres de l'eugénisme avant même qu'une majorité de médecins et politiques se rallie à la pratique de la stérilisation¹¹⁵. Le consensus qui s'ensuit a sans doute été favorisé par la légitimité scientifique et le crédit accordé à des études telles que celle menée en 1931 dans l'asile berlinois.

Les études familiales ont donc pour finalité le tri des malades mentaux pouvant faire l'objet de mesures eugénistes, et ce déjà avant 1933. Elles intéressent à ce titre les directeurs d'asiles comme Emil Bratz à Wittenau. A l'inverse, on peut mentionner que les études de l'*Erbbiologie* servent aussi aux scientifiques à attirer l'attention du politique sur la question. Eugen Fischer n'a eu de cesse de récolter des données en vue de la réalisation « d'un inventaire des lignées héréditaires morbides » à des fins d'eugénisme dit « négatif »¹¹⁶, ce qui explique sa satisfaction lors de l'arrivée au pouvoir du NSDAP en 1933¹¹⁷. La finalité de ces recherches est très proche de celles présentées précédemment : en 1932, Rüdin définit leur but comme étant l'identification d'un quotient ou d'un pourcentage héréditaire. Au même moment, Eugen von Verschuer étudie aussi la question, en se penchant sur le dénombrement de diverses pathologies dont la débilité mentale congénitale :

Les seules débilités mentales, démence précoce et folie maniaque-dépressive (sic) touchent un total de 220000 individus. Ces chiffres sont des chiffres minima s'appliquant aux degrés graves et manifestes de ces tares et ne donnent pas la mesure de la grandeur du fléau héréditaire¹¹⁸.

¹¹⁴ V. ROELCKE, *op. cit.*, p. 48-49.

¹¹⁵ P WEINDLING, *L'hygiène de la race, op. cit.*, p. 215-220.

¹¹⁶ La dichotomie entre un eugénisme dit « positif » et un autre négatif n'a pas à voir la valeur morale qui est attribuée à l'action. Elle concerne les objectifs mis en œuvre pour améliorer l'espèce. L'eugénisme positif désigne le fait de promouvoir les meilleures lignées, comme c'est le cas pour la puériculture en France ou les *Lebensborn* (« haras humains ») dans l'Allemagne nazie. Au contraire, l'eugénisme négatif concerne le fait de chercher à éliminer les lignées malades, à l'image de la politique de stérilisation forcée qui doit empêcher les malades considérés comme « héréditaires » de se reproduire. Il s'agit là non de favoriser les meilleurs comme pour l'eugénisme « positif » qui favorise ceux dont le potentiel est considéré comme le plus élevé, mais d'empêcher les indésirables de disséminer leurs « tares » dans la population. Pour davantage de détails sur cette dichotomie, voir Daniel J. KEVLES, *Au nom de l'eugénisme: génétique et politique dans le monde anglo-saxon*, Paris, Presses universitaires de France, 1995, p. 121.

¹¹⁷ Ainsi Eugen Fischer déclare au moment des premières mesures eugéniques prises dès les premiers mois de l'avènement du national-socialisme en juillet 1933 : « je considère comme un grand bonheur que le nouvel Etat national-socialiste soit décidé à prendre ces choses énergiquement en main ».

¹¹⁸ Cité par J. GIRARD, *op. cit.*, p. 39.

Le « fléau héréditaire » dont parle von Verschuer est d'ailleurs représenté sous la forme d'arbres généalogiques qui sont fortement utilisés ensuite dans la propagande de l'hygiène raciale sous le III^e Reich comme on peut le voir dans les annexes. De même, on retrouve cette représentation graphique de façon systématique dans les films de propagande documentaire tels que *Erbkrank* daté du milieu des années 1930, ou quelques années plus tard celui intitulé *Opfer der Vergangenheit*¹¹⁹. Leur fondement se trouve dans des études familiales menées depuis le milieu des années 1920 par la génétique psychiatrique allemande, et plus tôt par celle de Henri H. Goddard aux Etats-Unis qu'on présentera plus loin.

Les limites de la scientificité de ces études est pourtant connue. Comme le note Patricia Ricard, malgré tous les indices qui tendent à suggérer des lois de succession, « chaque arbre n'est au bout du compte qu'une collection de faits uniques, interprétés *a posteriori*. Tous les degrés de diathèse coexistent dans une génération, et il n'est donc pas possible de prédire le résultat d'une union »¹²⁰. Les lacunes de ces arbres mendéliens sont soulignées par certains généticiens dès les années 1925¹²¹, à la faveur de certaines méthodes vite contestée comme le fait d'évaluer un génotype (des individus double dominant NN, « lignée pure », ou FF, forcément *feeble-minded*) à partir du phénotype des descendants, ou les chiffres fantaisistes de la démultiplication des dégénérés. Même si la forme de ces arbres paraît didactique en ce qu'ils représentent de manière synthétique et « logique » les mécanismes héréditaires, en réalité leur valeur heuristique est nulle. Les arbres suggèrent des lois de succession en mélangeant des pathologies et des états cliniques qui sont en réalité bien différents.

Pourtant, c'est bien sur ces fondements que raisonnent non seulement tout le mouvement de la *Rassenhygiene* allemande, mais aussi de nombreux généticiens et médecins américains et anglais. David Barker s'interroge sur les motifs de l'adoption si large d'une théorie non seulement déterministe, mais dont les limites en terme de validité étaient connues dès les années 1920. En dépit de cela, il remarque à propos de ces derniers que

¹¹⁹ Voir Christian BONAHE et Vincent LOWY, « D'*Erbkrank* (1934-36) à *Opfer der Vergangenheit* (1937) : les représentations du handicap mental dans le cinéma de propagande nazi », in C. MEYER, *Normes et normalisation du travail*, Annecy, GEPSO, 2010, p. 35-49.

¹²⁰ La diathèse représente l'ensemble des signes cliniques regroupés chez un même patient, et qui s'intègrent tous dans le cadre d'un syndrome car ils ont une origine commun. On peut entendre le terme utilisé par Patricia Ricard au sens de « symptôme ». Patricia RICARD, « La question de l'hérédité des troubles mentaux en Angleterre (1900-1945) : la génétique à la rencontre de la psychiatrie », Thèse, Lille, 2002, p. 124.

¹²¹ David Barker classe les généticiens de l'entre-deux-guerres en trois catégories selon leur adhésion, reformulation ou rejet de la théorie mendélienne récessive de la déficience mentale. David BARKER, « The Biology of Stupidity: Genetics, Eugenics and Mental Deficiency in the Inter-War Years », *The British Journal for the History of Science*, 1989, vol. 22, n° 3, p. 373.

Beaucoup ont accueilli l'eugénisme à bras ouverts, insensibles aux critiques montantes dans les années 1920 ; ils ont aussi prêté leur importance professionnelle et leur autorité à la campagne eugéniste contre les déficients mentaux. Au sujet de la théorie (mendélienne récessive de l'arriération), son abandon et sa répudiation (par les scientifiques) a été moins massif, moins consistant, moins rationnel et moins scientifiquement fondé qu'il a été suggéré¹²².

Dans la même optique, Volker Roelcke souligne bien en quoi le succès de l'interprétation kraepelinienne de la dégénérescence a conditionné un chemin particulier de la recherche psychiatrique. Le choix des scientifiques de l'époque de plébisciter cette approche a « aussi détourné l'attention de certaines questions, en particulier les facteurs sociaux conçus comme des variables indépendantes dans les processus psychologiques vus comme pathologiques »¹²³. En marginalisant certaines interprétations, la recherche comme la pratique ont été orientées dans une direction unique abusive qui découle directement de l'infléchissement de la recherche après 1918.

Ce n'est ainsi qu'en restituant ces recherches marquées idéologiquement dans leur contexte pratique qu'on arrive à comprendre les dérives méthodologiques de cette science sous influence. Beaucoup d'arguments légitiment *a priori* la stérilisation des arriérés pour les scientifiques et les politiques de l'époque : la surpopulation asilaire, les impasses à guérir l'arriération ainsi que les « espoirs pour contrôler scientifiquement [la déviance sociale] soulignaient la nécessité d'une coopération entre les hommes de science et les autorités étatiques »¹²⁴. Ne parvenant pas à formuler une explication convaincante qui explique les causes de l'arriération et d'autres maladies mentales, de nombreux médecins allemands, mais aussi anglais ou américains, se sont ainsi saisis des jeunes lois de la statistique et de la biologie mendélienne. Quitte à fermer les yeux sur certaines absurdités et contradictions observées dans l'application des lois de Mendel à des pathologies qui pour la plupart ne répondaient pas à ce schéma, beaucoup se sont raccrochés à un dogme qui leur permettait également, au-delà de l'énigme de l'étiologie de l'arriération, de résoudre un problème larvé : celui de la surpopulation asilaire. Depuis le milieu du XIX^e siècle, les asiles ne désemplissent pas d'une population qu'on ne parvient souvent pas à guérir. En 1880, la solution se trouvait dans la construction de nouveaux asiles. Mais en 1930, l'argent manque, et un demi-siècle de désillusions sur l'éducation des arriérés a radicalisé les positions de certains praticiens. Or qui veut noyer son chien l'accuse de la rage : impuissants à guérir et incapables d'avouer les limites de leur science et de son application pratique, les médecins eugénistes ont vraisemblablement tiré profit du contexte de

¹²² D. BARKER, *op. cit.*, p. 374.

¹²³ Volker ROELCKE, « Biologizing social facts: An early 20th century debate on Kraepelin's concepts of culture, neurasthenia, and degeneration », *Culture, Medicine & Psychiatry*, vol. 21, n° 4, 1997, p. 399.

¹²⁴ P. WEINDLING, *op. cit.*, p. 255.

crise économique et de radicalisation de l'entre-deux-guerres pour tenter de se débarrasser d'une population qui non seulement encombre, mais qui de toute manière provoque l'indifférence d'une majorité de la population.

Au final, l'inventaire des lignées morbides et leur dénombrement constituent un front pionnier de la *Rassenhygiene*, présent largement avant 1933 et dont les buts sont à la fois politiques et pratiques. Mais l'Allemagne n'est pas le pays où sont élaborées les premières études familiales du type de celle menée à Wittenau. Avant le courant de la *Rassenhygiene*, c'est aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne qu'on trouve les racines de tels travaux. Les ponts entre l'étude de Pleger et celle fondatrice du psychologue Henri H. Goddard déjà évoqué dans le chapitre 4 sont tels qu'un détour par son travail est essentiel pour la mettre en perspective.

c) Des petits pois aux arriérés : Henri H. Goddard et l'étude fondatrice de la famille Kallikak aux Etats-Unis (1910-1912)

Le lien entre l'étude de Wittenau et celle de Goddard tient dans une méthode qui raisonne sur un schéma de transmission mendélienne de l'arriération, à l'aide de la définition de deux « phénotypes arriérés » : d'une part celui d'un niveau d'intelligence dit normal — que Goddard qualifie de « normal-minded ») et d'autre part le phénotype « arriéré » (*feeble-minded* chez Goddard, *schwachsinnig* chez Pleger), le premier étant dominant et le second récessif. En établissant ces postulats, Goddard pose les jalons de toutes les études de génétique de l'arriération réalisées dans le quart de siècle suivant dont on a pu aborder un exemple représentatif à travers l'exemple de celle de Wittenau. Son étude fondatrice sur « la famille Kallikak » (*The Kallikak Family*) publiée en 1912 connaît onze rééditions dans l'entre-deux-guerres et fait de lui un scientifique reconnu. Pour comprendre le crédit qui lui est accordé et l'inspiration qu'y trouve tout le courant de la *Rassenhygiene*, il s'agit de montrer en quoi elle représentait une manière nouvelle de comprendre l'arriération et ses causes héréditaires par une réinterprétation des découvertes récentes de la génétique mendélienne.

Le sous-titre de son ouvrage sur la famille Kallikak est « une étude de l'hérédité de la faiblesse d'esprit » (*a study in the heredity of feeble mindess*) et illustre comment Goddard cherche à

apporter une réponse à l'origine de l'arriération¹²⁵, toujours dans la lignée des recherches sur la dégénérescence¹²⁶. Goddard se sert de données de terrain pour expliquer la déficience mentale d'après les lois de Mendel, déclarant que « la famille Kallikak offre une expérience concrète des lois de l'hérédité »¹²⁷. Même si le psychologue perçoit les incertitudes existant quant à au postulat de la faiblesse d'esprit comme « caractère » (*Merkmal*) au sens mendélien, il choisit tout de même de l'adopter. A partir de là, il met en place une adaptation de la théorie mendélienne à l'homme, comme par exemple dans cette explication des conséquences de l'union d'arriérés selon les caractères de l'individu choisi :

Quand deux personnes arriérées se marient [...], toute la descendance va être arriérée [...]
Mais qu'arrivera-t-il si un individu arriéré choisit un époux normal ? Si l'arriéré est récessif, le caractère dominant va être caché, et nous pouvons nous attendre dans la première génération d'une telle union uniquement à des enfants normaux¹²⁸.

Il s'agit ici d'une transposition littérale de la première loi de Mendel à l'homme, qui établit l'uniformité des hybrides de première génération. L'approche empirique adoptée consiste à récolter des données de terrain pour reconstituer la généalogie pathologique des arriérés pris en charge dans son institut de Vinland. Le but est de « montrer la possibilité d'application des règles mendélienne

¹²⁵ Il faut remarquer l'importance de l'arrière-plan religieux qui sous-tend l'étude, tant les pré-supposés « quaker » influencent l'approche moralisatrice de Goddard, de la même façon que la vision traditionnelle de l'arriération et plus généralement de la maladie comme punition divine, conception qui fonde également la théorie de la dégénérescence. A ce titre, Leila Zenderland montre bien comment la génétique mendélienne est réinterprétée par Goddard sous le prisme de ses croyances quaker, transformant une étude à la visée scientifique en une « parabole eugénique » destinée à pointer le « péché des pères » (*sin of the fathers*). Dans l'optique quaker, le retard mental est envisagé comme une véritable « punition héréditaire ». Leila ZENDERLAND, *Measuring Minds: Henry Herbert Goddard and the Origins of American Intelligence Testing*, Cambridge, Cambridge University Press, 2001, p. 145. Abordant aussi d'intéressants parallèles avec les tests d'Alfred Binet, voir aussi sur ce sujet l'ouvrage de Stephen Jay GOULD, *The Mismeasure of Man*, New York, W.W. Norton, 1996.

¹²⁶ Goddard se fonde lui aussi sur le parallèle entre une immoralité individuelle (privée) ayant des implications à l'échelle nationale (publique). Or dès le milieu du XIX^e siècle, c'est précisément ce que dénoncent de nombreux écrivains aussi bien en Europe qu'en Amérique du Nord, pointant la détérioration des conditions de vie des classes populaires liées aux phénomènes d'urbanisation et d'industrialisation pour l'associer avec un déclin de la moralité qui serait un autre facteur expliquant la présence (perçue comme croissante) de naissances malformées et de manière plus générale d'un « affaiblissement de la race ». Ce lien entre pathologies sociales, morales et médicales domine toujours le discours dans la plupart des pays industrialisés dont les Etats-Unis, et à ce titre Goddard a pleinement sa place dans ce terreau dans lequel il plonge pour son association de la « physical weakness » à une possible « social failure » en conséquence, jouant par là sur une confusion entre « health » et « holiness ». L. ZENDERLAND, *op. cit.*, p. 148.

¹²⁷ En mettant en évidence une corrélation entre croisement du type « sain » dominant (Martin Kallikak) et type morbide récessif (la serveuse arriérée, « the feeble-minded girl »). Le scientifique se fonde sur le postulat que l'intelligence et la moralité sont héréditaires, ce qui apparaît dans son arbre généalogique. „Die Familie Kallikak bietet ein natürliches Erblichkeits-Experiment [...] Unsere eigenen Studien führten uns zu der Überzeugung, daß es auch für den Schwachsinn Gültigkeit hat“. Henri H. Goddard cité par Andreas MÖCKEL (dir.), *Quellen zur Erziehung von Kindern mit geistiger Behinderung*, Würzburg, Ed. Bentheim, 1997, p. 70.

¹²⁸ „Wenn zwei schwachsinnige Menschen heiraten [...], wird die ganze Nachkommenschaft schwachsinnig sein [...] Was wird aber eintreffen, wenn ein schwachsinniges Individuum einen normalen Gatten wählt ? Wenn der Schwachsinn rezessiv ist, das dominante Merkmal verdeckt wird, dürfen wir in der ersten Generation an seiner solchen Vereinigung lauter normale Kinder erwarten“. A. MÖCKEL, *op. cit.*, p. 69.

chez les êtres humains »¹²⁹, comme le souligne l’auteur dans le chapitre 7 de son ouvrage. Pour assurer la récolte des « données de terrain » (*field work*), Goddard engage une assistante, Elisabeth Kite. Secondée par d’autres assistants, elle est chargée de visiter les collatéraux des enfants éduqués dans l’institution de Vineland afin d’évaluer empiriquement dans quelle mesure l’état mental des familles pourrait être considéré comme une preuve du facteur héréditaire du retard mental des descendants pris en charge dans l’institution en fonction de divers critères¹³⁰. Pour la plupart des premières familles questionnées, il se révèle difficile d’obtenir des informations sur les collatéraux au-delà de deux générations. Goddard trouve néanmoins le sujet d’étude idéal dans la personne de Deborah Kallikak¹³¹. Son cas est retenu par Goddard car il pense pouvoir remonter à un ancêtre au sixième degré dont il compte étudier toute la descendance à partir de ses deux unions successives — l’une considérée comme « pathologique », l’autre « saine », en comparant les deux branches¹³² :

Un jeune homme issu d’une bonne famille devient par l’union avec deux femmes différentes l’ancêtre de deux lignées de descendants différentes [...]. Dans les générations suivantes, d’autres tares sont inscrites [dans la lignées morbide] par le biais du mariage avec d’autres familles¹³³.

Les descendants de la première branche illégitime seraient au nombre de 480, dont 46 seulement sont jugés « normaux », contre 143 évalués comme « faibles d’esprit » ou « débiles » (*feeble-minded*) et 291 comme ayant un profil mental « indéterminé » (*undetermined*). Du côté légitime en revanche, les 496 collatéraux sont tous reconnus « sains » : tous les descendants sont décrits comme prospères, intelligents et moralement irréprochables, au regard de leur profession notamment — ce sont tous des notables : ils sont avocat, pasteur ou médecin. Dans le cadre de l’enquête menée, l’ouvrage de Goddard contient des photographies destinées à appuyer la

¹²⁹ „Es genüge hier, die Möglichkeit der Anwendung der Mendelschen Regel auf die Erblichkeit beim Menschen gezeigt zu haben“. *Ibid.*, p. 71.

¹³⁰ Le travail des *field workers* consiste à distinguer entre « nature » et « nurture » lors de leurs entretiens avec les familles, en fonction de critères divers. L’« intelligence » devant être appréciée l’est toutefois par des critères très hétérogènes : elle prend en compte l’apparence des personnes et de leur intérieur (propre ou négligé), leur passé judiciaire (occurrences de vols, délits divers), ou encore leur « moralité » de façon générale (femmes ayant eu des enfants avant le mariage par exemple).

¹³¹ Arrivée en 1897 à Vinland, la jeune femme a une vingtaine d’année quand le psychologue se penche sur son cas. Si son dossier médical rapporte toutefois qu’elle excelle dans des travaux manuels tels que la couture, la cuisine, le jardinage ou la musique, elle n’est jamais parvenue à apprendre à lire ou à compter et son « âge mental » est évalué à neuf ans en 1910. Son nom est un pseudonyme créé par Goddard et est censé synthétiser le caractère binaire de la famille, d’un côté « bonne » (du terme grec *kallos* qui signifie « beau », « bon ») et de l’autre « mauvais » (*kakos*).

¹³² Martin Kallikak, un soldat de retour de la guerre de Sécession, aurait rencontré successivement une serveuse faible d’esprit, puis se marie avec une femme quaker et devient un homme respectable. Un enfant serait pourtant né de la première relation illégitime, dont la branche aboutirait à Deborah Kallikak, donnant ainsi l’occasion à Goddard de comparer les deux « terrains » du point de vue de la transmission d’une hérédité saine ou morbide.

¹³³ „Ein junger Mann aus guter Familie wird durch zwei verschiedene Frauen der Ahnherr zweier Linien von Abkömmlingen [...] In späteren Generationen wurde durch Heirat aus anderen Familien weitere Defektivität eingetragen“. A. MÖCKEL, *op. cit.*, p. 71.

démonstration, qui sont au besoin truquées pour appuyer la démonstration. Comme dans l'étude de Pleger, la falsification de la preuve intervient comme marque d'une science pénétrée par l'idéologie. Au final, tous les éléments retenus comme indice d'un certain génotype sont synthétisés dans un code couleur binaire (blanc/noir) reporté sur les registres d'hérédité élaborés par Galton. A la fois tributaire des présupposés de la biologie mendélienne et de la religion, ce travail présente certes de nombreuses simplifications, mais débouche néanmoins sur des données ayant valeur de « preuves » scientifiques de l'hérédité de l'intelligence.

Le propos de Goddard vise à tirer des conclusions de ce qui fait figure de preuves de l'hérédité du retard mental et de ses conséquences fâcheuses sur l'ordre social — par le constat de la présence d'individus immoraux dans la branche pathologique uniquement. Porteuse d'une pathologie héritée de ses ancêtres et susceptible de se « propager » à la société, Deborah Kallikak n'est pas seulement un individu considéré comme un type morbide par Goddard, mais doit être envisagée dans la profondeur temporelle impliquée par son état. Le passé morbide de sa lignée, attesté par son arbre généalogique, pose la question de la possible continuation de cette filiation morbide dans le futur, et le danger impliqué pour les descendants certes, mais surtout pour la nation dans sa globalité. Deborah représente potentiellement une menace en raison de son « mauvais bagage héréditaire » (*heredity bad stock*), dans le cas où elle sortirait de l'institution.

D'après cette logique, la probabilité qu'elle « contamine » d'autres lignées saines — ou qu'elle aggrave des lignées déjà malades — est d'autant plus forte qu'elle est « prédisposée » à vivre une vie immorale et à avoir une sexualité débridée. Goddard met ainsi en scène tous les éléments appuyant un scénario conforme à un processus de dégénérescence tel qu'on l'a décrit plus tôt : l'addition au fil des générations de multiples tares transmises héréditairement explique et justifie à rebours le diagnostic d'arriération de Deborah, et non plus par une généalogie morbide approximative, mais ici selon le mécanisme désormais connu des lois de Mendel. Plus, les éléments généalogiques accumulés sont envisagés comme autant de preuves scientifiques d'un pronostic rendant nécessaire d'empêcher la jeune femme d'avoir une descendance.

Or cette étude représente un passage indispensable pour comprendre les présupposés de l'hygiène raciale telle qu'elle est ensuite formalisée à la fin de la République de Weimar et appliquée pendant les premières années du III^e Reich en vue de justifier les premières stérilisations forcées mises en œuvre sur des individus qualifiés de *schwachsinnig* (« faibles d'esprit »). D'autre part, il faut considérer que même si dès l'après-guerre, l'étude de Goddard a été critiquée à de maints égards, elle a dans un premier temps convaincu les scientifiques les plus pointus de son temps. Deux ans après sa publication, *The Kallikak Family* est traduite en allemand et sa logique est reprise dans

toutes les études du type dans l'entre-deux-guerres, et en particulier l'étude sur l'hérédité sur des enfants faibles d'esprit (*Erblichkeitsuntersuchungen an schwachsinnigen Kindern*) menée à l'asile de Wittenau en 1931.

Le retour sur le déroulement de deux études illustre ainsi la lourdeur de la récolte des données lors de telles enquêtes. Retracer la généalogie morbide de lignées entières mobilise une énergie considérable et est coûteux en personnel comme en temps. Le tâtonnement est manifeste. Mais au début des années 1930, une nouvelle discipline offre de perspectives prometteuses. En effet, la recherche en génétique humaine alliée à la biochimie fait naître de grands espoirs pour la mise au point de nouvelles méthodes plus à même de mettre à jour les mécanismes de la transmission de l'arriération, et par là même d'identifier les lignées pathologiques de manière indubitable. La compréhension des mécanismes biochimiques apparaît comme pouvant fournir des outils diagnostics plus rapides, et donc servir à une rationalisation de l'identification — et de l'isolement possible — des arriérés.

2. Les recherches cliniques autour de la phénylcétonurie : une compréhension biochimique de l'hérédité des troubles mentaux (1933-1936)

Malgré leurs limites liées à une grande complexité en terme de mise en œuvre pratique, les études familiales restent le seul moyen pour identifier l'origine supposée de l'arriération au milieu des années 1930. Au-delà de la question de la validité du procédé et surtout de son postulat définissant l'arriération comme maladie héréditaire sans pour autant pouvoir en expliquer les mécanismes de transmission, cette méthode compliquée représente un investissement important en temps et en personnel. Après 1930, les généticiens espèrent trouver des moyens plus simple d'identifier les pathologies par des tests biochimiques, notamment pour la question de l'arriération. Un tel outil de dépistage aurait un but pratique évident : celui de permettre un tri plus rapide, dans une logique de rationalisation de la sélection des individus admis dans un service.

a) Les expériences cliniques menées à Cernay : des recherches sur la biochimie et la génétique de l'arriération

1) *D'Oslo à Cernay, la genèse d'un projet lié à une découverte récente en biochimie*

Dès la fin des années 1920, le Dr Stoeber, neuropsychiatre de l'institut Saint-André de Cernay depuis 1927, entretient une correspondance scientifique régulière et fournie avec un médecin strasbourgeois, le Dr Marcel Rhein. Ce dernier est bactériologue de formation, mais conçoit néanmoins un fort intérêt pour l'arriération, en particulier pour la question du crétinisme goîtreux. Il collecte de nombreux articles de presses, cartes épidémiologiques ou photographies de malades autour de ce thème auquel il consacre de surcroît un mémoire¹³⁴. C'est en effet au début des années 1920 que le manque d'iode est identifié comme un facteur essentiel de la pathologie, empêchant l'action de la glande thyroïde qui produit normalement des hormones nécessaires au développement du cerveau mais s'atrophie en cas de carence¹³⁵. Cet intérêt pour une catégorie très spécifique d'arriération et la solution qu'on a trouvé dans un processus biologique lié à l'alimentation — en enrichissant le sel en iode — constitue sans nul doute une des raisons ayant amené les deux médecins à s'intéresser à un sujet qui fait l'objet de recherches nouvelles au milieu des années 1930 et qu'il convient au préalable d'expliquer ici.

En effet, les travaux d'Ivar Asbjorn Fölling au sujet des processus biochimiques expliquant certains cas de retard mental sont publiés dès 1933. Or les recherches du médecin norvégien sont symptomatiques du tournant biochimique pris par la recherche sur de nombreuses pathologies, dont l'arriération. Fölling possède une formation initiale de chimiste, et devient ensuite médecin, parcours atypique puisqu'à l'époque, peu de praticiens ont des connaissances approfondies en biochimie. De

¹³⁴ Nous ne possédons que les notes manuscrites préparatoires, mais cette ébauche a sans doute donné lieu à une publication ultérieure, puisque Rhein est cité dans un article américain daté de 1933 évoquant le crétinisme. Voir *Current Prevalence of Communicable Diseases in the United States*, in "Public Health Report" (April 23-May 20), vol. 43, n°23, juin 1933. Les archives personnelles du Dr Rhein (du début des années 1920 à 1938) recèlent de très nombreuses coupures de presse, photographies, prises de notes et cartes épidémiologiques à propos du crétinisme en France et dans de multiples autres pays (Suisse, Allemagne, Tibet, Niger...).

¹³⁵ Si on a vu dans la première partie que la pathologie avait suscité de nombreux travaux dans les annales médico-psychiatriques autour du milieu du XIX^e siècle, c'est seulement dans les années 1920 que la Suisse en vient à bout. En effet, l'expression de « crétin des Alpes » a un fondement historique, les vallées suisses ou françaises (ou de l'Himalaya, dont Rhein a collecté beaucoup de photos) étant lessivées par les glaciers, elles sont pauvres en iode, et c'est l'obligation de l'incorporation de l'iode dans le sel de cuisine en 1924 qui permet par exemple au canton du Valais passe de 70 à 30% d'écoliers goîtreux en dix ans. Il débat encore dans son mémoire de la cause du goître qui n'est selon lui pas unique car « aucune des théories émises ne peut prétendre expliquer en entier le problème du goître » (il ajoute à la carence iodée la théorie hydrique, parasitaire, avitaminatoire, miasmatique et géographique), sans pour autant douter de sa pertinence en tant qu'elle « explique la prophylaxie du goître par l'ingestion de sels iodés [...], l'iode étant un élément capital dans la composition du principe actif de la glande thyroïde ». Archives BIU Santé, MS 2503 : Papiers Dr Marcel Rhein, Mémoire manuscrit de Marcel Rhein du le goître.

manière fortuite, il est contacté en 1933 par un couple dont les deux enfants, âgés de 4 et 7 ans, présentent un retard mental prononcé accompagné de signes physiques atypiques¹³⁶. Il détecte alors la présence d'une réaction chimique inhabituelle dans leurs urines par l'adjonction de chlorure de fer¹³⁷. La réaction chimique l'interpelle particulièrement car une telle réaction n'est jamais observée dans une urine normale ni d'ailleurs dans aucun contexte pathologique. Le médecin réussit au bout de plus de deux mois de travaux à isoler la substance, jusque-là inconnue, excrétée par les deux enfants. Il l'identifie comme étant de l'acide phénylpyruvique (*Phénylbrenztraubensäure*)¹³⁸, un acide organique à qui ses collègues donnent malicieusement le sobriquet d'« acide idiot ». Pour vérifier l'hypothèse du lien entre l'excrétion d'acide phénylpyruvique et l'arriération, Fölling, aidé par d'autres médecins, procède à l'analyse systématique de l'urine de plus de 400 patients arriérés pris en charge dans diverses établissements d'Oslo. Il réussit à isoler huit patients (dont une fratrie) présentant eux aussi les mêmes anomalies¹³⁹. Il formule l'hypothèse d'une origine métabolique de la pathologie, peut-être due à l'incapacité à synthétiser l'acide phénylpyruvique. Reconnaisant, sans pouvoir toutefois encore l'expliquer par la biochimie, l'origine sans doute familiale de la maladie, Fölling publie un premier article dans un journal allemand, dans lequel il baptise la pathologie du nom d'*imbecillitas phenylpyruvica*¹⁴⁰, en référence à la pathologie associée au symptôme. Ce travail croisant les approches cliniques, biochimiques et génétiques révolutionne l'approche des causes de la déficience mentale.

A l'époque, l'analyse de certaines protéines, qui sont des macromolécules elles-mêmes constituées d'acides aminés, suscite de grands espoirs en terme de connaissance diagnostique, notamment du côté de la *Rassenhygiene*. Theodor Mollison, le directeur de thèse de Mengele, cherche par exemple à identifier dans le sérum sanguin des protéines permettant de distinguer les espèces animales, et même les races humaines¹⁴¹. Pour lui comme pour d'autres scientifiques de cette

¹³⁶ Notamment une peau d'aspect clair, des épaules trapues, une tendance à se tenir courbés et un certain spasme dans les membres.

¹³⁷ Les parents parlent notamment à Fölling d'une odeur particulière émanant des urines des deux enfants. Il détecte lors d'un test de routine une couleur verte inhabituelle (normalement, le test vire au violet si l'urine contient des cétones, et au rouge si le test est négatif) au contact de chlorure de fer, traditionnellement utilisé à cette époque pour mettre en évidence un diabète, qui disparaît après quelques minutes. Voir Audrey COURNARIE, « La phénylcétonurie, du dépistage aux nouvelles thérapeutiques », Thèse d'exercice, Limoges, 2011, p. 14.

¹³⁸ Fölling trouve d'abord son point d'ébullition comparable à l'acide benzoïque (155°C), puis sa formule chimique $C_9H_8O_3$.

¹³⁹ Coloration verte des urines au contact de chlorure de fer ainsi que teint clair, larges épaules, mauvais port de tête, eczéma et démarche spasmodique. A. COURNARIE, *op. cit.*, p. 15.

¹⁴⁰ Asbjorn FOELLING, « Über Ausscheidung von Phenylbrenztraubensäure in den Harn als Stoffwechselanomalie in Verbindung mit Imbezillität », *Zeitschrift d. physio. Chem.* 227,1-4, janvier 1934, p. 169-176.

¹⁴¹ Il rédige à ce titre le chapitre « Le diagnostic sérologique comme méthode pour la classification en zoologie et en anthropologie » en 1923 dans le *Manuel des méthodes de travail en biologie (Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden)*.

époque, « la protéine qu'un être vivant hérite des générations précédentes constitue une sorte de passeport où les signes mémorisés d'une complexité infinie de toutes les générations précédentes sont inscrits ». A l'instar des ambitions d'un Binet pour les tests d'intelligence et la psychométrie, l'espoir d'un diagnostic à la fois rapide et enfin débarrassé de ses écueils subjectifs réapparaît avec les débuts de la biochimie :

Le jugement de valeur subjectif qui intervient [dans la description] des caractères morphologiques et conduit de ce fait même à douter de sa portée disparaît face à l'incroyable force démonstrative de cette écriture en runes entrelacées, où l'on peut voir pour chaque lettre de quelle matrice elle provient. Ainsi, la recherche sur les protéines possède au moins une valeur équivalente à l'ensemble de l'examen morphologique et les deux gagneraient à se contrôler mutuellement dans leurs résultats¹⁴².

La découverte de Fölling laisse entrevoir la perspective de découvrir pour l'arriération une sorte de « signature physiologique unique, déterminée par la structure de ses protéines »¹⁴³. Ainsi, les recherches de Fölling attirent très vite l'intérêt de la communauté scientifique internationale, parmi laquelle figurent les deux scientifiques alsaciens. Les Dr Stoeber et Rhein décident en effet dès la publication de l'article en 1934 de se lancer dans la recherche des causes encore non identifiées de ce qui se nomme à présent « oligophrénie phénylpyruvique »¹⁴⁴, terme utilisé dans les sources alsaciennes pour qualifier la pathologie dont les mécanismes biochimiques tentent d'être élucidés pendant deux ans par les médecins alsaciens. La perspective de pouvoir reconnaître certains cas d'arriération par un simple test urinaire est une innovation potentielle qui, sur le plan pratique, représente également un formidable outil du point de vue de l'institution et la rationalisation du tri des malades. Pourtant, l'approche menée par le tandem de médecins détonne par rapport à ce qui est généralement admis dans le savoir disciplinaire classique de l'état de la recherche génétique en France dans l'entre-deux-guerres.

2) *Protocole et déroulement des expérimentations : trouver des malades phénylcétonuriques*

Les recherches commencent par l'identification de patients phénylcétonuriques. Avant d'en venir aux détails de ces recherches, quelques explications s'imposent sur les documents produits qui forment notre matériel principal. Marcel Rhein est l'ancien chef de service de l'institut de bactériologie de Strasbourg, mais en 1934 il dirige un laboratoire d'analyses médicales situé sur le

¹⁴² Benoît MASSIN, « Mengele et le sang d'Auschwitz », in C. BONAÏ, *Nazisme, science et médecine*. Paris, Éditions Glyphe, 2015, p. 123.

¹⁴³ B. MASSIN, *op. cit.*, p. 125.

¹⁴⁴ Du nom que lui donne à la fin de l'année 1934, George Jervis, chercheur en neurologie à New York de *phénylpyruvic oligophrenia*.

quai Saint-Thomas, près de l'hôpital civil de Strasbourg. Cette activité semble occuper une partie importante de son temps puisqu'il s'excuse à plusieurs reprises d'être retardé par celle-ci¹⁴⁵. Si Robert Stoeber s'occupe de son côté de trouver des patients sur lesquels mener leurs recherches parmi le vivier que représentent les pensionnaires de Cernay, il semble que ce soit le médecin strasbourgeois qui s'occupe de manière prépondérante de l'expertise scientifique réalisée en vue des expérimentations. A plusieurs reprises, le psychiatre le « remercie de tous les renseignements qu'[il] a bien voulu [lui] envoyer »¹⁴⁶, ce qui indique que Rhein pilote sans aucun doute les expérimentations d'un point de vue théorique, tandis que Stoeber assure depuis Mulhouse les aspects pratiques au cœur du vivier potentiel que représente l'institut Saint-André. Les deux médecins suivent par ailleurs les recherches les plus récentes publiées en terme de biochimie et de génétique. Le matériel servant à l'écriture de ces pages est essentiellement constitué par la correspondance dense entretenue entre les deux scientifiques. Entre 1934 et 1936, ils s'échangent plusieurs lettres par mois, voire par semaine, qui nous permettent de reconstituer au plus près le déroulement et les protocoles des expérimentations successives. Les dossiers des enfants et des adolescents de Saint-André utilisés dans le cadre de l'étude étaient aussi conservés dans le fonds « Rhein » de la Bibliothèque Interuniversitaire de Santé à Paris, et il est intéressant de mentionner que nulle part lors de notre exploration du fonds de Cernay ou des Sœurs de la Croix nous n'avons retrouvé la moindre trace de ces expériences, pas même dans les mémorandums accumulés par le Dr Stoeber ou les dossiers médicaux des patients. Ce constat renforce l'aspect précieux de cette source inédite.

Les patients de l'institut sont alors sollicités par le Dr Stoeber. Aidé par la capacité de persuasion de la Sœur Artemia directrice de Saint-André, il décide plusieurs familles à prendre part aux expérimentations qu'il conçoit avec Marcel Rhein. L'objectif des deux médecins est de reproduire les expériences très récentes de Fölling, dont l'article de janvier 1934 consacré à la description des deux premiers cas de phénylcétonurie — et sur lequel on reviendra dans la partie suivante — a été lu très tôt par eux, vraisemblablement dans les semaines suivant la publication. Dans leurs échanges, les médecins alsaciens font plusieurs fois référence aux découvertes figurant dans cet article au titre d'une poésie rare : « De l'excrétion de l'acide phénylpyruvique dans l'urine

¹⁴⁵ Par exemple dans un courrier du 23 juillet 1936, il commence par ces mots : « Veuillez excuser le retard de ma réponse. Il est causé par les nombreux travaux spéciaux d'avant les vacances, surtout importants cette année en raison des changements que j'ai l'intention de faire dans mon élevage de cobayes », Archives de la Bibliothèque Interuniversitaire de Santé de Paris (Archives BIU Santé), MS 2503 : Papiers et correspondances du Dr Marcel Rhein avec Stoeber, Goîtres/crétinisme et phénylcétonurie (dans ses relations avec l'arriération mentale) -> Expériences sur des malades (jeunes) I.M.P. de Saint-André », lettre manuscrite de Rhein à Stoeber, 23 juillet 1936.

¹⁴⁶ Archives BIU Santé, MS 2503, « Papiers et correspondances du Dr Marcel Rhein avec Stoeber, Goîtres/crétinisme et phénylcétonurie (dans ses relations avec l'arriération mentale) -> Expériences sur des malades (jeunes) I.M.P. de Saint-André », Lettre manuscrite de Stoeber, 21 novembre 1934.

comme anomalie métabolique en relation avec l'imbécillité » (*Über Ausscheidung von Phenylbrenztraubensäure in den Harn als Stoffwechselanomalie in Verbindung mit Imbezillität*)¹⁴⁷. Par la suite, ces travaux sont suivis de manière continue et servent de référence centrale aux deux médecins. Quand Robert Stoeber découvre les deux premiers cas de phénylcétonurie dans une fratrie, il écrit par exemple à son collègue vouloir refaire « l'examen général des 3 cas positifs et la [sic] comparer avec les cas décrits par Foelling »¹⁴⁸. Outre ces travaux de langue allemande, il faut aussi mentionner que les deux médecins lisent attentivement certaines des meilleures revues médicales anglo-saxonnes, dont le *Lancet* qui est mentionné à plusieurs reprises dans leur correspondance¹⁴⁹. Ainsi Marcel Rhein déclare au Dr Stoeber en septembre 1935 : « j'ai déjà pu me procurer également l'important travail cité dans l'article du *Lancet* sur la génétique de l'alcaptonie [traduction littérale de l'anglais *alkaptonuaria*] ». L'article semble déterminant pour les mettre sur la piste de l'étude de la transmission héréditaire de cette pathologie, par la « fréquence de la consanguinité (cousins) dans l'ascendance des malades » mise en évidence dans la publication.

D'un point de vue pratique, les expérimentations sur les patients de l'institut débutent dès l'automne voire l'été 1934. Il s'agit de trouver des cas de malades « dont les urines contiennent de l'acide phénylpyruvique », comme s'en réjouit Stoeber en novembre 1934 au sujet de deux cas potentiels¹⁵⁰. La procédure utilisée est celle du « test de Fölling », directement inspirée des recherches du Norvégien. Elle est décrite comme telle par Rhein :

La réaction urinaire est fort simple : il suffit d'ajouter à l'urine fraîche quelques gouttes d'une solution de perchlorure de fer tel que cela se pratique dans la réaction de Gerhardt : dans les cas positifs on voit apparaître après quelques secondes une belle coloration verte qui disparaît après quelques minutes¹⁵¹.

Au printemps 1935, un protocole strict et méthodique a été mis en place pour systématiser le test d'urine à chaque admission dans l'établissement. A ce moment, Stoeber évoque une « cadence de 15 [examens d'urine] par semaine » pratiqués sur les patients de Saint-André. Présent six fois par mois à l'établissement, le neuropsychiatre est en mesure d'annoncer à son collègue à la fin du mois d'avril 1935 qu'il a alors trouvé un échantillon d'urine contenant de l'acide phénylpyruvique sur les

¹⁴⁷ A. FOELLING, *op. cit.*, p. 171.

¹⁴⁸ Le Dr Stoeber déclare aussi dans cette lettre du 14 novembre 1934 : « J'ai revu aujourd'hui le jeune garçon qui ne présente ni l'attitude penchée ni la sécheresse de la peau dont parle Foelling. D'ailleurs, puisque les conditions d'apparition de la réaction ne sont pas déterminées, il est sans doute utile d'examiner systématiquement les urines de tous les arriérés qui sont ici ».

¹⁴⁹ Archives BIU Santé, MS 2503, lettre dactylographiée de M. Rhein à R. Stoeber, 17 septembre 1935.

¹⁵⁰ Archives BIU Santé, MS 2505, « Papiers et correspondances du Dr Marcel Rhein avec Stoeber, Goîtres/crétinisme et phénylcétonurie (dans ses relations avec l'arriération mentale) -> Expériences sur des malades (jeunes) I.M.P. de Saint-André », Lettre manuscrite de Stoeber, 21 novembre 1934.

¹⁵¹ Archives BIU Santé, MS 2503, Lettre dactylographiée de M. Rhein au Dr Bronner (médecin-chef de l'hôpital de Sélestat), 8 janvier 1936.

45 premiers échantillons examinés¹⁵². Six mois plus tard, 146 enfants ont été examinés au total, et en avril 1936, la réaction de Fölling a été réalisée sur 640 enfants. Cette pratique à grande échelle permet ainsi aux deux médecins de trouver six à huit cas attestant d'un test de Fölling positif au bout de 18 mois. Les dossiers médicaux des patients vraisemblablement atteints de phénylcétonurie témoignent d'une déficience assez lourde de l'ensemble de ces enfants, toujours qualifiée de « congénitale ». Surtout, aucun d'entre eux n'est un débile léger et tous sont diagnostiqués comme atteints d'imbécillité profonde ou d'idiotie. Les descriptions des futurs « cobayes » (terme employé par les médecins) reflètent en outre la gravité de leur déficience mentale.

Les dossiers médicaux des jeunes malades choisis pour l'étude mettent tous en avant des traits communs chez les « cobayes » : par exemple, les frères H. sont tous deux incapables de s'habiller seuls ou de parler, seul l'un sait exécuter des ordres verbaux simples et les deux sont incapables d'une quelconque occupation hormis « jouer avec des boutons » pour l'un et « s'amuser avec une balle » pour l'autre. D'un point de vue physique, la présence de maladies dermatologiques comme l'eczéma, la rugosité ou la sécheresse de la peau représente un autre trait commun des patients repérés comme ayant un test positif au chlorure de fer. On remarque que toutes ces caractéristiques sont précisément celles relevées par Fölling dans ses articles.

Après avoir retrouvé un nombre vraisemblablement suffisant de patients potentiellement phénylcétonuriques, les médecins passent à une autre étape de leurs expériences. Il s'agit de mener des tentatives pour modifier la phénylcétonurie par une action sur l'environnement par plusieurs essais de régime cétonique. A l'automne 1935, alors qu'ils ont découvert six cas de patients phénylpyruviques, ils démarrent en effet des essais concernant une modification de leur régime. L'enjeu est de mettre en évidence les différences en terme de métabolisme — c'est-à-dire d'assimilation de l'acide aminé par l'organisme — entre les individus normaux et ceux atteints de phénylcétonurie. Les « essais de régime » évoqués par le Dr Stoeber pour la première fois le 4 septembre 1935, près d'un an et demi après le début de leurs recherches communes qui continuent toujours parallèlement grâce à la généralisation du test identifiant l'acide phénylpyruvique dans les urines à chaque nouvelle admission dans l'institut¹⁵³. Ce fait est confirmé par l'examen des dossiers médicaux des patients de l'institut Saint-André, qui en effet font systématiquement mention dès 1935

¹⁵² Archives BIU Santé, MS 2505, « Papiers et correspondances du Dr Marcel Rhein avec Stoeber, Goîtres/crétinisme et phénylcétonurie (dans ses relations avec l'arriération mentale) -> Expériences sur des malades (jeunes) I.M.P. de Saint-André », Note manuscrite de Stoeber, 25 avril 1935.

¹⁵³ Stoeber parle dans ce courrier d'un certain retard pris dans le lancement de ce « régime ». La cause est particulièrement intéressante : « Depuis plusieurs mois, je m'occupe de traduire en français et en allemand une méthode américaine de tests intellectuels pour anormaux. C'est un énorme travail dans lequel il faut se plonger avec une certaine exclusivité afin de le mener à bien. A présent je l'ai presque achevé et je puis de nouveau m'occuper de nos recherches ». Archives BIU Santé, MS 2505, Lettre de Stoeber à Rhein du 4 septembre 1935.

du « test de Foelling » pour parler de l'analyse d'urine servant à mettre en évidence une réaction positive indiquant un individu phénylcétonurique.

Ensuite, cette phase laborieuse d'identification qui a nécessité plus de 600 tests urinaires est suivie par l'élaboration d'un « tableau synoptique » des six cas durant l'été 1935 qui sert à synthétiser les informations principales sur les malades que les médecins vont mettre au régime cétonique. La « diète » appliquée aux patients consiste en ce que Stoeber nomme des « essais cétogènes », c'est-à-dire un régime alimentaire à très basse teneur en glucides¹⁵⁴. Le régime cétonique « donc sans hydrates de carbone » imposé aux six patients de Cernay se compose « uniquement de graisses et d'albumines. Pas de pain, pas de pommes de terre ou autres féculents, pas de sucres, pas de fruits ; alimentation avant tout carnée ou à œufs et à graisses »¹⁵⁵. L'accent est mis sur les produits laitiers, « pourvu qu'ils ingèrent de la caséine qui est l'albumine qui contient le plus de phénylalanine »¹⁵⁶. Le Dr Rhein justifie l'emploi de laitages par les raisons suivantes :

A l'augmentation de la phénylalanine ingérée correspondrait une augmentation de corps excrété. En relisant les chapitres sur la composition des protéines dans les ouvrages de biochimie j'ai trouvé l'indication que le fromage était riche en phénylalanine. Voilà donc un aliment pas trop cher avec lequel on pourrait faire un essai sur tous les cas y compris le Leguillon négatif ; un seul jour d'alimentation presque entièrement (sic) fromagère suffirait pour l'observation¹⁵⁷.

Par exemple, pour un essai en mai 1936, un jour au « régime de caséine » consiste en l'absorption des éléments suivants : « 500 g. de fromage (Munster et gruyère) / un grand bol de lait caillé / une portion de fromage blanc (*Pipelekas*) et un peu de pain »¹⁵⁸. Ce procédé doit permettre aux médecins de voir par l'expérience si la concentration d'acide phénylpyruvique contenue dans les urines évolue alors. Ce paramètre doit être comparé avec ce que l'on constate chez des individus non

¹⁵⁴ Le gras métabolisé par ce biais créant un état dit de « cétose ». Il s'agit d'une pratique qui était déjà utilisée avant les années 1920 dans le traitement de l'épilepsie. Elle est utilisée de nos jours dans le cadre des régimes amaigrissants de type hyperprotéinés, mais aussi pour tenter de réduire les symptômes de l'épilepsie (par accumulation de corps cétoniques dans le cerveau, puisque ce n'est plus le glucose qui fournit l'énergie majeure). L'arrivée sur le marché des anticonvulsants dès les années 1950 a ensuite interrompu les recherches quant à l'utilisation de ce régime en pédiatrie. Il est toutefois encore utilisé pour traiter l'épilepsie dans les cas où ces médicaments se révèlent inefficaces (« épilepsies rebelles ») ou contre-indiqués.

¹⁵⁵ Archives BIU Santé, MS 2505, Lettre dactylographiée de M. Rhein à R. Stoeber, 12 avril 1936.

¹⁵⁶ Les caséines représentent les protéines constituant la plus grande partie des composants azotés du lait, comme en témoigne l'étymologie du terme qui vient du latin *caseus*, signifiant « fromage ». Archives BIU Santé, MS 2505, Lettre dactylographiée de M. Rhein, 21 avril 1936.

¹⁵⁷ Archives BIU Santé, MS 2505, Lettre dactylographiée de M. Rhein, 1er décembre 1935.

¹⁵⁸ Ce régime strict présente des difficultés pratiques évidentes dans son application aux patients de l'institut alsacien. Outre la constipation fréquente, son aspect déséquilibré le rend tout simplement difficile à faire accepter aux patients, comme s'en plaint Stoeber dans un courrier : « En ce qui concerne la reprise des essais cétogènes chez JPM 640, j'aurais encore besoin d'une réponse à la question que je vous avais posée : peut-on lui donner un peu de pain (p. ex. une tranche par repas) pour faciliter l'ingestion de graisses – car autrement il les refuse ou les vomit ? ». Archives BIU Santé, MS 2505, Lettre manuscrite de R. Stoeber à M. Rhein, 6 mai 1936.

atteints, c'est pourquoi d'autres patients « normaux » subissent le régime en juin 1936. Ce groupe est constitué en choisissant des « cas d'arriération acquise », ce qui est cohérent avec l'hypothèse des médecins que la phénylcétonurie est une pathologie *a priori* héréditaire. Dans un tableau établi par le médecin de Cernay qu'on retrouve en annexe, on constate en effet que les causes de l'arriération de ces enfants sont censées être « sûrement indemnes d'oligophrénie congénitale » : sur les 9 cas examinés, 4 cas (Claude A., René V, Gertrude K. et Pierre G.) ont été victimes de méningites ou méningoencéphalites dans leur petite enfance. Cet échantillon test doit ainsi remplir le rôle de groupe-témoin en principe « indemne » de la maladie.

La suite des expériences consiste à étudier les effets de la diète cétonique et de l'ingestion de phénylalanine chez les sujets arriérés mais au phénotype non phénylcétonurique. On en retrouve par exemple la trace dans une note du neuropsychiatre datée de novembre 1935 où il déclare à Rhein :

J'ai parlé à la Sœur, elle pense qu'il n'y aura pas de difficulté à faire avaler aux frères Leguillon les capsules de Phénylalanine. Dès que vous enverrez la substance, l'expérience sera exécutée et je la surveillerai personnellement [...]. Quant aux urines, on vous en récoltera encore 1/2 litre avec plaisir [!]¹⁵⁹.

Le Dr Rhein sert d'ailleurs de cobaye à ses propres expériences : après des essais sur un lapin qui « ne s'en est pas porté plus mal »¹⁶⁰, il tente à plusieurs reprises en septembre 1936, d'ingérer de la phénylalanine. Après s'être assuré de son caractère apparemment inoffensif pour l'organisme, il tente ensuite de reproduire la réaction chimique devant attester de la présence de la substance dans les urines des patients de Cernay. Commencant à 1,5 g de l'acide aminé, il passe à 2, puis 3 grammes¹⁶¹. Il rapporte :

La fugace réaction bleue aperçue chez l'un des deux Foelling semblent être la même que celle que j'avais aperçue sur moi-même après absorption de 3 gr. de phénylalanine. La réaction nette chez l'autre malade a-t-elle été nettement verte ou aussi bleue ? Je ne crois pas que cette réaction bleue fugace corresponde à l'acide phénylpyruvique, mais qu'elle provient plutôt d'un produit autre de la désagrégation de la phénylalanine¹⁶².

Au final, le but de la comparaison des deux groupes est le suivant : montrer que chez les patients atteints de phénylcétonurie, il existe une incapacité à métaboliser la phénylalanine,

¹⁵⁹ Archives BIU Santé, MS 2503 : Papiers et correspondances du Dr Marcel Rhein avec Stoeber, Goîtres/crétinisme et phénylcétonurie (dans ses relations avec l'arriération mentale) -> Expériences sur des malades (jeunes) I.M.P. de Saint-André », Note manuscrite de Stoeber, Cernay, 20 novembre 1935.

¹⁶⁰ Archives BIU Santé, MS 2505, Lettre de M.Rhein à R.Stoeber, 2 mars 1936.

¹⁶¹ Par ailleurs, on verra plus en avant qu'il s'agit de la dose maximale employée par Penrose lui-même dans ses expériences la même année. Archives BIU Santé, MS 2505, Lettre de M.Rhein à R.Stoeber, 17 septembre 1936.

¹⁶² Archives BIU Santé, MS 2503 : Papiers et correspondances du Dr Marcel Rhein avec Stoeber, Goîtres/crétinisme et phénylcétonurie (dans ses relations avec l'arriération mentale) -> Expériences sur des malades (jeunes) I.M.P. de Saint-André », Lettre dactylographiée de Marcel Rhein à Stoeber, Strasbourg, s.d.

contrairement aux individus « normaux » qui métabolisent la quasi-totalité de phénylalanine ingérée¹⁶³.

La dernière piste suivie par les deux médecins est celle de l'identification de « cas latents » qui seraient la preuve du caractère récessif de la phénylcétonurie. Au fil des lettres, les expressions employées par Rhein montrent bien qu'au moment des recherches menées à Cernay, l'enjeu est de « dévoiler » le mécanisme non encore compris de la maladie :

J'ai toujours l'idée préconçue que cette anomalie est beaucoup plus répandue parmi les arriérés qu'on peut l'observer par la réaction simple et qu'il doit y avoir de nombreux cas latents. Si nous réussissions à les dévoiler par le procédé de l'ingestion de la substance cela serait bien beau¹⁶⁴.

L'hypothèse de la latence paraît être au fil des échanges épistolaires l'aspect intéressant le plus le Dr Rhein, qui encourage la répétition d'autres essais. Au sujet des frères Leguillon, dont l'un est positif et l'autre négatif au Fölling, il mentionne pour un essai de diète cétonique que leur « plus grand succès expérimental serait de provoquer chez le Leguillon négatif une réaction positive »¹⁶⁵. Or cette allusion laisse entrevoir l'idée de mettre en évidence des individus qui seraient des « porteurs sains » du gène de la phénylcétonurie, ayant des traits comme avec les individus ayant un phénotype phénylcétonurique sans en présenter tous les symptômes.

3) Identifier des lignées morbides : vers un diagnostic biochimique de l'arriération ?

Le questionnement quant à la transmission génétique de l'arriération est présent tout le long des recherches de Cernay. Sur ce point, l'indication de la fratrie tient une place centrale dans les dossiers médicaux des « cobayes » positifs au test de Fölling. Par exemple dans celui de Pierre H., la catégorie « tare familiale » indiquée dans les dossiers des jeunes malades testés contient la mention « frère de Victor H. »¹⁶⁶. La découverte d'acide phénylcétonurique dans les urines des frères Victor et Pierre H., âgés respectivement de 17 et 10 ans et « atteints tous deux d'idiotie congénitale » fait

¹⁶³ « Fölling rapporte que, dans la phénylcétonurie, l'excrétion d'acide phénylcétonurique est augmentée par l'addition de phénylalanine à la diète. Nous avons confirmé cette observation ». Lionel PENROSE et Judia Hirsch QUASTEL, « Metabolic studies in phenylketonuria », *Biochem. J.*, 266, 1937, p. 276.

¹⁶⁴ Archives BIU Santé, MS 2505, Lettre de M. Rhein à R.Stoeber, 8 janvier 1936.

¹⁶⁵ Archives BIU Santé, MS 2505, Lettre de M. Rhein à R.Stoeber, 8 janvier 1936.

¹⁶⁶ Cette catégorie contient d'autres éléments comme l'alcoolisme familial, la présence d'autres cas de maladies mentales ou d'hérédo-syphilis dans la famille ou la « D.G. », qui signifie probablement « dégénérescence ». Archives BIU Santé, MS 2503-05, Etude réalisée sur les enfants de Saint-André, dossier médical de Pierre (né en 1924) et Victor H. (né en 1917), 1935.

l'objet d'une réjouissance commune de la part des médecins¹⁶⁷. Cet enthousiasme témoigne de l'enjeu immense en terme de dépistage de l'arriération : il s'agit de passer outre la récolte laborieuse qui caractérise les études familiales à un test urinaire qui permettrait, par une simple réaction biochimique, d'identifier rapidement la pathologie.

L'envers du travail de recherche effectué de manière plutôt « dilettante » par les deux médecins montre comment est improvisée une véritable enquête de terrain pour résoudre l'énigme de la phénylcétonurie comme maladie familiale. A ce titre, les deux médecins alsaciens recherchent activement d'hypothétiques collatéraux atteints de phénylcétonurie dans la famille de Joseph W., testé positif au test Fölling en 1935. Rhein comprend que la piste familiale est prometteuse : « nous sommes sur la piste d'une chose intéressante », écrit-il à Stoeber. Enthousiaste et volontaire, il écrit d'abord un long courrier au maire du village de Heidolsheim, un petit village au sud-est de Sélestat d'où est originaire la famille W. Puis il se rend sur place :

Le maire, homme intelligent, m'a confirmé ce que nous savions déjà. Une sœur morte subitement, deux sœurs pas normales dont le lieu de séjour actuel reste à trouver, un frère à peu près normal. Le père mort à Stéphanfeld sans doute de P.G. [paralysie générale]. Il semble exister une anomalie mentale dans la famille de Mme Wehrli mère, car une cousine d'elle est à Stéphanfeld¹⁶⁸.

Plus intéressant encore, Marcel Rhein narre à son collègue d'étranges détails appris sur place qui semblent emprunter à des éléments au folklore populaire local :

Dans trois familles de Hedolsheim (sic) dont une est apparentée aux W. existe une singulière affection qui enlève une partie d'entre eux à l'âge adulte : ulcérations multiples cutanées qui vont en profondeur. On appelle cette maladie *Sankt Keres Buess*. J'écris comme le maire m'a prononcé. Buess signifie Büsse, punition du ciel. Le saint m'est inconnu, mais je vais demander à Lefftz de la Bibliothèque qui est spécialiste en linguistique alsacienne. Y aurait-il une relation avec le Foelling ?¹⁶⁹

Marcel Rhein poursuit son enquête en questionnant également un médecin d'arrondissement de Muttersholz qui ne parvient pas à identifier cette affection énigmatique. Ayant appris qu'une des sœurs de Joseph W. travaillait à l'hôpital civil de Sélestat, Rhein adresse ensuite une lettre au médecin-chef de cet établissement. L'intérêt de ce courrier daté de janvier 1936 réside dans la façon dont le médecin résume ses hypothèses et le protocole envisagé pour les valider afin d'expliquer au

¹⁶⁷ Archives BIU Santé, MS 2505, Lettre manuscrite de Stoeber à Rhein, 21 novembre 1934.

¹⁶⁸ Archives BIU Santé, MS 2503-05, Lettre dactylographiée de M. Rhein à R.Stoeber, 30 septembre 1935.

¹⁶⁹ On est ainsi amené à penser que la phénylcétonurie, avant d'être identifiée au niveau métabolique et nommée comme telle, était peut-être déjà identifiée de manière intuitive au niveau local par la fréquence de l'aspect eczémateux de la peau, signe caractéristique relevé par Fölling et Penrose dès leurs premiers travaux. La suite du courrier indique même que la maladie, « Sankt Keres Buess », ferait l'objet d'un pèlerinage commun avec les scrofuleux. Archives BIU Santé, MS 2505, Lettre dactylographiée de M. Rhein à R.Stoeber, 30 septembre 1935.

Dr Bronner les raisons de sa demande, qui nous restituent l'état des recherches des médecins alsaciens au début de l'année 1936 :

Il s'agit d'un nouveau syndrome médical décrit par Foelling qui est caractérisé par l'idiotie ou l'imbécillité congénitale associée à l'excrétion urinaire d'un dérivé de la phénylalanine. Nous avons réussi à trouver 5 cas de cette maladie à Cernay et l'un d'entre eux (W.) est originaire de Heidolsheim près Sélestat. Afin de connaître les antécédents familiaux de la malade j'ai fait faire une enquête dans ce village et ai appris que la sœur de la malade était employée dans votre hôpital. Je me permets de vous écrire afin de savoir si cette personne entre également dans ce nouveau groupe des oligophrènes, ce qui serait fort intéressant¹⁷⁰.

Il demande au final au médecin-chef s'il peut de procéder à un test urinaire sur celle-ci¹⁷¹ afin de savoir si « cette personne est [...] à considérer comme une débile mentale »¹⁷². Cette question semble évidemment faire référence à l'idée d'une sœur comme « cas latent » manifestant de manière atténuée mais tout de même visible le phénotype phénylcétonurique. En croisant ces correspondances avec les dossiers médicaux des patients sollicités dans l'étude des Dr Rhein et Stoeber, on retrouve effectivement parmi ceux des « cobayes » examinés celui d'une certaine Lucie W., qui est bien la sœur de Joseph W. Etant donné la date des recherches de Rhein dans le village natal de la famille, son dossier a sans doute dû être constitué quelques mois après ceux des frères L. ou H. La jeune femme présente une arriération d'un degré de gravité moindre que les autres « cobayes », qui ont été eux recrutés par le biais du test de Foelling : présentant une « imbécillité congénitale », elle « parle normalement, fait des phrases, mais parle peu » et « sait son nom, ignore son âge, compte à 10, avec les doigts », « est illétrée » mais propre¹⁷³. Son emploi à l'hôpital de Sélestat consiste en l'épluchage de légumes. Dans le dossier de son frère Joseph âgé de 9 ans — également visible en annexe, on trouve davantage de renseignements sur sa famille : « père alcoolique, était interné en 1931. 2 sœurs anormales dont l'une morte subitement ; un frère normal ; une tante anormale »¹⁷⁴. La recherche se fonde donc sur la mise en évidence de lignées morbides,

¹⁷⁰ Des notes manuscrites dans les marges de la lettre mentionnent également l'existence d'un pèlerinage existant pour un saint qui guérirait des scrofules, et qui serait pratiqué par certains malades atteints de la maladie décrite par Marcel Rhein. Mais la plupart restent indéchiffrables. Archives BIU Santé, MS 2505, Lettre dactylographiée de M. Rhein à R.Stoeber, 8 janvier 1936.

¹⁷¹ Il s'excuse néanmoins du caractère quelque peu cavalier de sa demande, mentionnant « la liberté que je prends en vous demandant ces renseignements ». Archives BIU Santé, MS 2503-05, Lettre dactylographiée de M. Rhein à R.Stoeber, 8 janvier 1936.

¹⁷² Archives BIU Santé, MS 2505, Lettre dactylographiée de M. Rhein à R.Stoeber, 8 janvier 1936.

¹⁷³ Archives BIU Santé, MS 2505, Etude réalisée sur les enfants de Saint-André, Dossier médical de Lucie W. (née en 1912 à Heidolsheim).

¹⁷⁴ Aucun écrit ne l'atteste de manière claire, mais on peut penser que le cas de Lucie W. a pu tenir lieu de validation d'une hypothèse également soutenue par Penrose au milieu des années 1930, à savoir que les hétérozygotes pour le gène de la phénylcétonurie présenteraient une version « atténuée » de la maladie. Archives BIU Santé, MS 2503-05, Etude réalisée sur les enfants de Saint-André, Dossier médical de Joseph W. (né en 1926 à Heidolsheim).

mais qui seraient là expliquées par la génétique, et possiblement révélées par la mise au point d'un test urinaire.

Toutefois, après près de deux ans de réflexion malgré ces pistes prometteuses, les essais à Cernay ne semblent déboucher sur aucun résultat probant. En août 1936, le Dr Stoeber déclare encore qu'il « faut tâcher de dépasser le point mort auquel [ils sont] arrivés »¹⁷⁵. Les correspondances au sujet des expériences s'étiolent pourtant peu après cette date, ce qui semble indiquer un abandon ou au moins un relâchement du projet. Dans une lettre dont la date est illisible, Rhein indique en effet que « les essais au fromage n'ayant rien donné, je crois qu'il est inutile d'insister »¹⁷⁶. Il serait difficile de donner un sens à ces recherches avortées. On pourrait les voir comme un essai raté et anecdotique si elles n'avaient un équivalent outre-Manche qui nous permet d'affirmer leur valeur scientifique réelle à l'époque.

b) Interprétation des recherches de Cernay : un "clinical mendelism" à l'alsacienne

L'expérience menée à Cernay consiste à croiser les apports de la génétique psychiatrique et la biochimie sur le thème de la compréhension de la transmission du retard mental à tous ses degrés. Elle s'intègre en cela au contexte scientifique de l'époque, puisque c'est « entre 1930 et 1935 [que] la recherche sur l'hérédité des maladies mentales et la déficience mentale connut un élan inconnu jusqu'alors »¹⁷⁷, non seulement à travers les études familiales, mais aussi via ce que Jean-Paul Gaudillière nomme un *medical mendelism* ou « mendélisme médical », soit des travaux mobilisant conjointement génétique mendélienne et médecine¹⁷⁸. Le succès du courant eugéniste dans la plupart des pays d'Europe et d'Amérique du Nord représente toujours la toile de fond de ces recherches nouvelles¹⁷⁹. Mais dans la littérature existante, ce sont exclusivement les pays anglo-saxons qui sont décrits comme abritant de telles recherches. Il s'agit ainsi de montrer en quoi le cas de Cernay fournit

¹⁷⁵ Archives BIU Santé, MS 2503 : Papiers et correspondances du Dr Marcel Rhein avec Stoeber, Goîtres/crétinisme et phénylcétonurie (dans ses relations avec l'arriération mentale) -> Expériences sur des malades (jeunes) I.M.P. de Saint-André », Lettre de R. Stoeber à M. Rhein, 25 août 1936.

¹⁷⁶ Archives BIU Santé, MS 2503, Lettre dactylographiée de M. Rhein à R. Stoeber, s.d.

¹⁷⁷ P. RICARD, *op. cit.*, p. 124

¹⁷⁸ Jean-Paul GAUDILLIÈRE, « Mendelism and Medicine : Controlling Human Inheritance in Local Context, 1920-1960 », *C.R. Acad. Sci. Paris*, n°323, 2000, p. 1117-1126.

¹⁷⁹ Il ne faut d'ailleurs pas oublier que ce courant idéologique se base sur un « malentendu » : en effet, l'hérédité des troubles mentaux est « considérée comme une évidence à la fois par les cliniciens et les universitaires, bien que tous développent des modèles et des preuves de l'hérédité extrêmement différents et incompatibles entre eux », comme le remarque Patricia Ricard. Autrement dit, il y a encore à cette époque des tenants de la théorie de la dégénérescence qui côtoient des partisans de la transmission de la maladie selon les lois de la génétique. C'est donc parallèlement à certains travaux toujours tributaires de la théorie de la dégénérescence – par l'association faite entre causes sociales et morales de l'arriération autant que l'accent mis sur l'augmentation constante de la proportion d'individus atteints de maladies mentales dans la population globale – que certains chercheurs prennent une toute autre direction.

un contre-exemple frappant par rapport à ce que tout le savoir disciplinaire décrit au sujet de l'histoire de la biologie en France.

Après la Première Guerre, l'essentiel des recherches sur les mécanismes de transmission des pathologies mentales se fait par le biais de la génétique mendélienne alliée aux expériences cliniques, comme on a pu le voir dans la première partie. Qualifiée par Ernst Mayr de « seconde période » de la génétique mendélienne, cette époque débouche sur un tournant changement d'orientation des recherches vers 1930¹⁸⁰. A ce moment, l'explication de l'arriération par la biochimie devient centrale car

il devient de plus en plus clair que la base matérielle de l'hérédité était formée de molécules complexes, et que la seule façon de progresser était d'en apprendre un peu plus au sujet de la constitution chimique du gène [...] L'étude du gène n'appartenait plus aux seuls biologistes : elle devenait le domaine d'une discipline frontière entre la biologie, la chimie et la physique¹⁸¹.

Dans ce mouvement, la France est généralement décrite comme faisant exception à ce virage mendélien jusqu'à l'après-1945 par la littérature consacrée à l'histoire de la biologie. On parle d'un « désintérêt d'une grande partie des biologistes français pour la génétique, surtout lorsque fut édiflée la théorie chromosomique de l'hérédité durant l'entre-deux-guerres »¹⁸². La littérature décrit une recherche biologique française dans cette période caractérisée par une « attitude prolongée de refus de certains savoirs », à savoir celui de la génétique formelle et en particulier la génétique chromosomique¹⁸³. Ce ne serait que plus tard, au moment de la naissance de la biologie moléculaire dans les années 1950-60, que la recherche française se serait illustrée. Hormis les recherches mendéliennes de Lucien Cuénot à Nancy, l'histoire des idées donne l'image en France d'une génétique

classiquement rétrogradée au rang de savoir secondaire, pouvant certes intéresser les praticiens, comme les horticulteurs, les agronomes ou les éleveurs, mais ne renseignant pas sur le mécanisme intime de l'hérédité. Les caractères susceptibles d'une analyse mendélienne

¹⁸⁰ Ernst MAYR, *Histoire de la biologie: diversité, évolution et hérédité*, Paris, Fayard, vol. 2, 1995, p. 962.

¹⁸¹ E. MAYR, *op. cit.*, p. 1061.

¹⁸² Hormis certains lieux comme l'Institut Pasteur, l'École Normale Supérieure ou l'Institut de Biologie Physico-Chimique. Mais Laurent Loison cite le seul programme de Lucien Cuénot à l'université de Nancy (montrant en 1902 en zoologie que les lois de Mendel s'appliquent également aux animaux) comme « seul programme de recherche authentiquement mendélien » entre 1900 et 1930. Voir Laurent LOISON, *Le laboratoire CNRS de génétique évolutive de Gif: de part et d'autre de l'oeuvre de Georges Teissier*, Paris, Hermann, 2014, p. 4-13. Voir aussi le collectif *Les sciences biologiques et médicales en France, 1920-1950 : actes du colloque de Dijon, 25-27 juin 1992*, Paris, CNRS Editions, 1994.

¹⁸³ Voir Richard M BURIAN, *The Epistemology of Development, Evolution, and Genetics : Selected Essays*, Cambridge, Cambridge University Press, 2005.

étaient vus comme des caractères accessoires, pour la plupart strictement ornementaux et d'un intérêt physiologique extrêmement limité¹⁸⁴.

Certes, l'approche génétique est abordée en France, comme l'illustrent des publications récentes¹⁸⁵. Jean Gayon qui met également en avant le fait que dans l'entre-deux-guerres, la génétique n'est pas enseignée en tant que discipline en France et que peu d'ouvrages existent encore sur la question jusqu'aux années 1930¹⁸⁶. Il justifie cette affirmation en comparant les ouvrages de synthèse sur le mendélisme en langue anglaise, allemande et française entre 1900 et 1930 afin de montrer qu'il existerait à l'époque une différence considérable entre ces nations. La France se distinguerait par le nombre très faible de publications accessibles sur le sujet, bilan qui révélerait selon lui l'absence quasi-totale de la génétique dans le paysage académique¹⁸⁷. Une timide évolution est tout juste concédée au cours des années 1930¹⁸⁸.

Pourtant le baromètre des publications de revues et l'évolution des idées qu'elles reflètent ne suffit manifestement pas à dresser le tableau de la situation de la génétique à l'époque. Il s'avère que la lecture de nos sources alsaciennes offre une toute autre image de la recherche scientifique à travers le prisme non des discours, mais de la pratique, nuanciant fortement la situation décrite précédemment. Ainsi les expériences de Cernay contredisent l'ensemble des synthèses sur le sujet, unanime quant à l'image d'une France à l'écart de l'effervescence des recherches mendéliennes en biochimie ou en génétique. En cela, on est en droit de parler d'un « mendélisme clinique » pour le cas de Cernay au sens entendu par Jean-Paul Gaudillière. On trouve en effet dans l'établissement haut-rhinois une forme de recherche scientifique « plus directement liée au travail de cliniciens

¹⁸⁴ L. LOISON, *op. cit.*, p. 8.

¹⁸⁵ Sur les fondements néo-lamarckiens de cette critique et la question des facteurs du milieu, voir l'introduction très claire de l'ouvrage de L. LOISON, *op. cit.*, p. 10.

¹⁸⁶ Voir Richard BURIAN, Jean GAYON et Marie-Claude LORNE, *Conceptions de la science : hier, aujourd'hui, demain*, Bruxelles, Ousia, 2007.

¹⁸⁷ "There is not doubt that Mendelian data and Mendelian hypothesis were rapidly, precisely and widely reported in these journals [L'Année Biologique, Comptes-rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des Sciences, Archives de zoologie...], which were major channels of communication for French biologists". Toutefois le critère de la barrière de la langue apparaît comme partiellement insuffisant à la compréhension de la spécificité française, Jean Gayon et Richard Burian ayant montré que les grandes revues académiques diffusaient largement les découvertes les plus récentes dans le domaine de la génétique mendélienne dès 1900 au sein de la communauté scientifique nationale. Richard BURIAN, Jean GAYON, "France in the Era of Mendelism (1900-1930)", *C.R. Acad. Sci., Sciences de la vie*, vol. 323, 2000, p. 1098.

¹⁸⁸ Avec l'apparition de quelques premiers programmes de recherche en génétique interrogeant des pistes mendéliennes telles que les mécanismes en jeu dans la production du phénotype par le génotype. Laurent Loison en détaille trois dans son introduction : celui d'Edouard Chatton et André Lwoff à la station de zoologie marine de Roscoff à partir de 1929 ; celui sous la conduite de Boris Ephrussi et George Beadle dans le domaine de la génétique physiologique en 1935 ; et celui de Philippe l'Héritier (qui part à Strasbourg en 1937) et Georges Teissier dans la période 1932-38 sur la génétique des populations expérimentales. La seule exception relevée par Gayon est étant les travaux d'Henri Turpin, qui publie en 1932 un essai sur la transmission des caractères innés, il cherche ensuite à élucider les facteurs héréditaires du mongolisme. Ses travaux permettent de passer d'une explication restant plus ou moins tributaire de la théorie de la dégénérescence à la mise en évidence, grâce à la récolte de données familiales, du lien existant avec l'âge de la mère.

hospitaliers » puisqu'elle est dirigée par deux cliniciens qui sont ou ont travaillé dans un milieu hospitalier. De plus, le projet mené à Cernay est caractérisé par la « collecte de données cliniques sur des 'pathologies' familiales, obtenues au cours d'examens cliniques de routine, ou au cours d'enquêtes spécialement conçues à cette fin », comme le montrent les pistes suivies par les deux praticiens pour reconstituer les généalogies des patients phénylcétonuriques identifiés à Saint-André¹⁸⁹. Les données cliniques récoltées concernent précisément à Cernay l'établissement de généalogies morbides quant aux maladies mentales recherchées dans les lignées des jeunes patients phénylcétonuriques. En cela, ces recherches peuvent donc être qualifiées de « mendélisme clinique », fournissant un intéressant contre-exemple quant à la place de la génétique dans la France des années 1930. De plus, la simple indication de la langue des publications ne suffit manifestement pas à saisir la diffusion des idées mendéliennes, et là aussi la pratique le prouve nettement. Les médecins alsaciens sont loin de s'en tenir aux simples publications françaises. Au contraire, ils suivent avec attention les travaux scientifiques récents et en langue étrangère, ce qui n'est par ailleurs pas surprenant si l'on se réfère à d'autres exemples de l'époque¹⁹⁰. Le contexte est d'ailleurs celui d'une véritable effervescence concernant la recherche génétique au début des années 1930, qui dépasse largement la sphère allemande¹⁹¹, ce qui montre l'intérêt ici de décroiser une histoire trop souvent vue dans la perspective de la médecine nazie.

¹⁸⁹ “This form was more directly related to the work of hospital clinicians. It consisted in the collection of clinical data on ‘pathological’ families, obtained in the course of routine clinical examinations, or of specially designed surveys”. J.-P. GAUDILLIÈRE, *op. cit.*, p. 1118.

¹⁹⁰ Christian Bonah montre par exemple comment Albert Fraenkel, le concepteur de la strophanthine, suit activement les publications les plus récentes concernant les découvertes en sérologie depuis ses recherches menées à Strasbourg dans les deux premières décennies du XX^e siècle, prenant ainsi pleinement part à l'avancée de la science de son époque. Christian BONAH, “‘We need for digitalis preparations what the State has established for serumtherapy....’ From Collecting Plants to International Standardization : The Case of Strophanthin, 1900-38”, in C. GRADMANN et J. SIMON (dir.), *Evaluating and Standardizing Therapeutic Agents, 1890-1950*, Basingstoke, Palgrave Mac Millan, 2010.

¹⁹¹ « La recherche génétique était florissante vers 1930, pas seulement en Allemagne, mais également sur un plan international. Hautement réputée et largement financée, elle menait à l'établissement d'institutions de recherche eugéniques à Uppsala en Suède, à Prague en République tchèque et à Zurich en Suisse dans les années 1920 ». Volker ROELCKE, Gerrit HOHENDORF et Maïke ROTZOLL, « Science médicale, *ethos* et transformations politiques : la recherche psychiatrique en Allemagne, 1925-1945 », in C. BONAH, É. LEPICARD et V. ROELCKE (dir.), *La médecine expérimentale au tribunal : implications éthiques de quelques procès médicaux du XX^e siècle européen*, Paris, Éd. des archives contemporaines, 2003, p. 162.

c) De la valeur d'une histoire des « perdants » : comparaison entre l'étude de Cernay et le *Colchester Survey* (1934-1936)

1) *Lionel Penrose et l'identification de la phénylcétonurie en Angleterre*

Au moment même où se déroulent ces recherches entre Saint-André et Strasbourg, il s'avère qu'en Angleterre, un autre chercheur découvre l'existence de l'acide phénylcétonurique et des expériences de Fölling. Psychiatre londonien spécialisé en génétique, Lionel Penrose est averti des recherches du Norvégien à travers une lettre de son collaborateur Haldane en novembre 1934. Dans son courrier, son collègue pionnier de la théorie mathématique de la génétique des populations l'interpelle¹⁹² :

Avez-vous lu l'article de A. Follings (sic) ? Il a trouvé de l'A.P. [acide phénylpyruvique] dans les urines de 10 imbéciles sur 430, et pas chez les individus normaux. Il existe un test de couleur simple [...] On peut trouver cet état chez deux individus d'une fratrie, et pas chez leurs frères et sœurs et parents normaux. On dirait une erreur innée du métabolisme qui produit une déficience mentale¹⁹³.

Intéressé, Penrose s'empare rapidement du sujet, qui cadre tout à fait avec ses recherches du moment. En effet, dans le cadre de l'enquête qu'il mène à Colchester pour identifier une origine possiblement génétique du retard mental — qui devient connue sous le nom de *Colchester Survey* à sa publication en 1938, il est amené à choisir certains « caractères » au sens mendélien du terme afin de définir des types cliniques dont il va tenter d'expliquer la présence récurrente dans les généalogies de certaines familles. Il travaille ainsi sur le mongolisme et la sclérose tubéreuse mais se décide à tenter d'élucider la phénylcétonurie après avoir pris connaissance des travaux de Fölling¹⁹⁴. Or c'est précisément à la fin de l'année 1934 que Penrose se décide à orienter ses recherches vers la phénylcétonurie, au moment même où Stober et Rhein commencent les leurs à Cernay.

Et en effet, si l'on compare dans le détail l'avancement des recherches de Penrose avec celles des Dr Stoeber et Rhein, de nombreux indices dans la correspondance des médecins alsaciens montrent que les deux projets se déroulent de manière quasi-simultanée. Tout d'abord, Fölling est lu des médecins alsaciens avant même que Penrose le découvre puisque la première référence au médecin norvégien retrouvée dans le fonds figure dans une note manuscrite du Dr Stoeber datée

¹⁹² Voir Jean-Adolphe RONDAL, *La trisomie 21 : perspective historique sur son diagnostic et sa compréhension*, Wavre, Mardaga, 2010.

¹⁹³ Lettre de Haldane à Penrose, novembre 1934, citée par P. RICARD, *op.cit.*, p. 319.

¹⁹⁴ On évoquera ces recherches à la fin du chapitre. Sur l'histoire de la compréhension de la trisomie 21, voir David WRIGHT, *Downs : The History of a Disability*, Oxford, Oxford University Press, 2011.

d'avril 1934. En croisant les archives du fonds Rhein avec l'avancée des recherches de Penrose, on a donc la preuve d'une temporalité tout à fait proche dans les deux recherches.

Ensuite, le protocole du « régime cétonique » mis en place à l'institut de Cernay dès 1935 correspond trait pour trait à celui détaillé par Penrose dans un article soumis avec Quastel le 29 décembre 1936 au *Biochemical Journal*. Dans son article, la date la plus précoce des résultats donnés est celle du 7 novembre 1935. Les essais de régime cétoniques ayant démarré à Cernay au début du mois de septembre, on peut dire que les deux tentatives se déroulent véritablement simultanément. La méthodologie est semblable : Penrose utilise lui aussi un « groupe-test » d'arriérés non phénylcétonurique, qui est par contre constitué de mongoliens chez l'Anglais. L'essentiel des items des expériences décrites dans l'article qu'il publie en décembre 1936 correspondent par ailleurs trait pour trait à celles effectuées à Cernay dans les mois qui précèdent : après la diète cétonique, ce sont les effets de l'ingestion de phénylalanine – *Effects of feeding phenylalanine* – qui sont décrits. L'ingestion d'une dose limite de 3 grammes de phénylalanine évoquée en septembre par Rhein¹⁹⁵ s'avère en outre être la dose maximale employée par Penrose dans ses expériences la même année. L'article décrit la démarche en ces termes :

Si les phénylcétonuriques sont incapables de métaboliser un constituant protéiné du régime, il serait probable de ce fait que si l'apport en protéine pouvait être réduit à un minimum, la concentration d'acide phénylpyruvique dans l'urine en serait grandement réduit [Ainsi] la formation d'acide phénylpyruvique est dépendante de la décomposition d'un constituant de la diète protéinée ; quand celui-ci est considérablement réduit en quantité, la dégradation endogène de tissu protéiné pourrait compter en tant que production secondaire de phénylalanine dans l'urine¹⁹⁶.

Plus surprenant encore, il s'avère que les deux groupes de scientifiques anglais et alsaciens étaient en contact. Les échanges épistolaires entre les médecins alsaciens témoignent du fait qu'à partir de 1936 au moins, Marcel Rhein correspond avec le généticien anglais au moment précis où il mène ses expériences sur des pensionnaires de l'institut de Cernay. En effet, dans une lettre à son confrère haut-rhinois, Rhein déclare :

J'ai écrit à Penrose en Angleterre en le priant d'envoyer un tiré-à-part de son travail ultérieur avec Quastel que Haldane avait annoncé dans son rapport sur les questions de génétique. En même temps je l'ai prié de me faire savoir si à sa connaissance d'autres travaux avaient déjà paru sur le sujet¹⁹⁷.

¹⁹⁵ Archives BIU Santé, MS 2505, Lettre de M. Rhein à R. Stoeber, 17 septembre 1936.

¹⁹⁶ Lionel PENROSE et Judia Hirsch QUASTEL, « Metabolic Studies in Phenylketonuria », *Biochem. J.*, 266, 1937, p. 269.

¹⁹⁷ Archives BIU Santé, MS 2505, Lettre de M. Rhein à R. Stoeber, Strasbourg, 2 mars 1936.

Même si cette lettre ne mentionne pas s'il s'agit des travaux de Penrose consacrés phénylcétonurie, cela ne fait aucun doute. Les personnes citées dans la lettre sont en l'occurrence les deux spécialistes qui travaillent avec le scientifique anglais sur la question : Haldane d'une part qui le met sur la piste de Fölling en 1934, et Juda Hirsch Quastel, l'inventeur du terme *phenylketonuria* et avec lequel il publiera plusieurs articles relatifs au métabolisme de la phénylcétonurie¹⁹⁸. Ainsi on peut voir à quel point les Dr Rhein et Stoeber, aidés aussi par quelques psychiatres alsaciens comme Charles Pfersdorff¹⁹⁹, sont actifs d'un point de vue scientifique dans un domaine pourtant ignoré par la recherche française dans l'entre-deux-guerres.

Enfin, un article daté de janvier 1937 de Penrose apporte une réponse à l'hypothèse des « porteurs sains » formulés par les médecins alsaciens à la fin 1935, quelques mois avant qu'ils ne décident d'abandonner leurs recherches. Ce que Rhein nomme « cas latent » annonce l'idée d'un gène récessif de la phénylcétonurie tel qu'elle est ensuite décrite par Penrose dans cet article publié avec Quastel en janvier 1937. Ils affirment pour la première fois que

L'état [pathologique] est de nature familiale : plus d'un enfant par famille est susceptible d'être affecté mais les parents et les membres restants sont en général normaux. Génétiquement, l'anormalité apparaît être transmise comme un caractère autosomique mendélien récessif, et à cet égard, il ressemble à deux autres anomalies métaboliques, l'alcaptonurie et l'albinisme, même s'il n'est pas aussi rare qu'elles. On propose de faire référence à cette condition en tant que phénylcétonurie²⁰⁰.

Au-delà des concordances dans leurs résultats, les limites devant lesquelles se trouve Penrose sont les mêmes que celles repérées par les scientifiques alsaciens au cours de leurs propres recherches. Leurs déboires quant au régime cétonique font écho à ceux qu'a sans doute rencontré Penrose chez ses cobayes, puisque ce dernier cesse rapidement ses essais de régime devant le constat de la malnutrition induite par ce procédé. Surtout, la problématique de la cause et des catégories de l'arriération reste un écueil pour tous les scientifiques lors de ce type d'essais clinique. Comment être assuré d'être en présence d'individus présentant une arriération innée ou au contraire acquise ? A Saint-André, lors d'une des expériences, et alors que les médecins attendaient des réactions négatives, plusieurs d'entre elles s'avèrent positives²⁰¹. Cette difficulté fait reconnaître au Dr Stoeber qu'il n'est « pas facile d'en réunir un certain nombre [d'arriérés acquis] qui soient indiscutables »²⁰². Penrose lui aussi constate très vite que dans la pratique, « si l'environnement et l'hérédité étaient

¹⁹⁸ L. PENROSE et J. H. QUASTEL, *op. cit.*, p. 266-275.

¹⁹⁹ Christian LAFARGUE, « Le professeur Charles Pfersdorff (1875-1953): le personnage, le psychiatre », Thèse d'exercice, Strasbourg, 1989, p. 263-277.

²⁰⁰ Lionel PENROSE et Judia Hirsch QUASTEL, « Metabolic studies in phenylketonuria », *Biochem. J.*, 266, 1937, p. 266.

²⁰¹ Le tableau synoptique constitué par Robert Stoeber indiquant des réactions de coloration verte plus ou moins foncée.

²⁰² Archives BIU Santé, MS 2505, Lettre dactylographiée de R. Stoeber à M. Rhein, 17 juin 1936.

impliqués dans chaque cas, il était [...] illusoire de vouloir les classer en déficience mentale primaire ou secondaire – génétique ou acquise »²⁰³. Les deux recherches sont menées par des hommes dont posture pluridisciplinaire est remarquable, et qui maîtrisent aussi bien la génétique que les outils de la médecine, la psychologie et la psychiatrie²⁰⁴. Elles expriment aussi une commune volonté de résoudre le mystère héréditariste de la transmission de l'arriération en produisant un outil de sélection permettant de rationaliser le classement et la compréhension des individus atteints de retard mental. Toutefois, une différence fondamentale subsiste : l'une des recherches tombe dans l'oubli alors que la seconde devient fondatrice quant à la compréhension moderne de l'arriération et son affranchissement de la pensée eugéniste. On peut s'interroger sur les raisons possibles pour expliquer ces chemins différents.

2) Deux destins différents pour des recherches semblables : de la contingence en sciences

Tout d'abord, si les deux équipes se trouvent face à des découvertes et des limites semblables dans leurs recherches, la différence majeure réside dans la visibilité de celles-ci. Penrose est clairement bien plus rapide que le tandem alsacien en terme de publication. Six mois seulement après l'article de Fölling, Penrose publie à son tour dans le *Lancet* un article dans lequel il décrit minutieusement deux cas de phénylcétonurie en janvier 1935 et établit ainsi que la déficience mentale de ces enfants est en fait une simple anomalie métabolique spécifique aux arriérés, fonctionnant comme un caractère mendélien récessif²⁰⁵. A l'inverse, Rhein et Stoeber tergiversent : à plusieurs reprises, Rhein pousse Stoeber à l'écriture d'une communication à présenter à un « Congrès de [sa] spécialité », ce qui lui « ferait un beau succès »²⁰⁶. Penrose obtient plus tard une chaire en eugénique (qu'il transformera en « génétique des populations et biométrie ») et est reconnu, tandis que Rhein et Stoeber restent dans l'anonymat. Certes, le tandem alsacien a mené des recherches approfondies qui ont existé, mais sont oubliées car n'ont pas été publiées. On est là devant un constat de fonds au sujet de la construction de la science et sa mémoire : ce qu'on retient

²⁰³ Daniel J. KEVLES., *Au nom de l'eugénisme : génétique et politique dans le monde anglo-saxon*, Paris, Presses universitaires de France, 1995, p. 227.

²⁰⁴ Sur l'enquête de Colchester, voir D. J. KEVLES, *op. cit.*, p. 213-234.

²⁰⁵ Un caractère génétique est à transmission autosomique récessive dans le cas où le gène impliqué (ici celui commandant la phénylalanine) est porté par un chromosome non sexuel, aussi appelé « autosome » (soit ni X, ni Y). Le phénotype associé à ce caractère est alors récessif, c'est-à-dire que deux allèles identiques sont indispensables pour que le caractère s'exprime. Ainsi pour un individu atteint de phénylcétonurie, il faut que le père et la mère soient porteurs du gène codant pour la phénylalanine hydroxylase défectueux. L'union de deux porteurs d'un gène muté comporte toujours 1/4 de risque d'avoir un enfant homozygote malade, et 1/2 d'avoir un enfant hétérozygote et donc « porteur sain ». On compte parmi les maladies autosomiques récessives la mucoviscidose, la drépanocytose ou encore la thalassémie.

²⁰⁶ Archives BIU Santé, MS 2505, Note de M. Rhein à R. Stoeber, 1^{er} décembre 1935.

de l'histoire, c'est l'histoire des gagnants. *A posteriori*, Penrose reviendra sur la complexité que représente le sujet en déclarant : « Quand il m'échut de mener une enquête sur les causes de la déficience mentale, je n'avais absolument pas idée de l'ampleur et de la complexité de la tâche, sinon je n'aurais jamais eu l'impudence de m'y atteler ! ». Ce commentaire montre à quel point son succès était contingent, et appelle à des réflexions au sujet de toute la relativité du succès en sciences, comme d'autres écrits examinant protocoles et luttes de pouvoir en histoire des sciences l'ont déjà illustré²⁰⁷.

Si l'oubli de la recherche des perdants semble compréhensible puisque jamais une publication n'a accompagné leurs réalisations, les raisons de leur échec demeurent peu claires. Le fait que l'institut Saint-André regroupe une population d'arriérés dépassant plusieurs centaines de patients, fait assez peu commun dans cette période, a constitué un avantage. L'épidémiologie de la maladie et sa prévalence dans la population totale montre qu'elle est rare²⁰⁸, nécessitant un large échantillon. Au début de ses recherches, Fölling a dû tester près de 500 individus avant d'en trouver un seul atteint de phénylcétonurie. Par la suite, il réussit avec peine à identifier 32 malades atteints, en bénéficiant de l'aide de plusieurs personnes. A Cernay, le bilan est plutôt bon puisque le Dr Stoeber a réussi en 18 mois à identifier six à huit enfants phénylcétonuriques²⁰⁹. Un tel résultat n'aurait vraisemblablement pas été possible sans le nombre particulièrement important d'arriérés pris en charge à Saint-André au milieu des années 1930. Ainsi on voit que si la surpopulation est un véritable problème pour l'institut de Cernay dans les années 1930 d'un point de vue administratif et organisationnel, elle a tout de même permis de mener ces recherches en dépassant le seuil critique de patients nécessaires pour espérer trouver des cas de porteurs au sein de l'échantillon.

Toutefois, l'envergure d'une telle recherche se révèle bien artisanale et son impact bien négligeable à côté de celle menée par Lionel Penrose. Directeur de l'enquête de Colchester, Penrose bénéficie d'un vivier bien plus considérable de patients. Ainsi les 1280 patients de la *Royal Eastern Counties Institution* de Colchester sont à sa disposition. Il a de surcroît l'aide d'une dizaine de collaborateurs. L'étude est conçue comme une première application des « outils de la génétique

²⁰⁷ Pour des approches sociologiques critiques du monde de la science expérimentale, des luttes de pouvoir qui l'animent et de l'impact de ces dynamiques sur les paradigmes scientifiques, voir Harry M. COLLINS et Trevor J. PINCH, *Tout ce que vous devriez savoir sur la science*, Paris, Seuil, 2001 ; Bruno LATOUR, *Pasteur : guerre et paix des microbes*, Paris, La Découverte, 2001 ; Bruno LATOUR et Steve WOOLGAR, *La vie de laboratoire : la production de faits scientifiques*, Paris, la Découverte, 2008.

²⁰⁸ La maladie est rare : elle affecte actuellement en France un nouveau-né sur 17292 (entre 1975 et 2009, près de 27 millions de nouveau-nés ont été testés, pour seulement 1762 cas de phénylcétonurie dépistés en 25 ans). On peut remarquer que sa prévalence est très variable à l'échelle mondiale : elle oscille entre 1 cas sur 2500 en Turquie et 1 sur 20000 en Thaïlande, et même 1 sur 143000 au Japon.

²⁰⁹ La population de l'institut Saint-André, arrivant au seuil critique d'un échantillon de déficients mentaux graves de plusieurs centaines d'individus, a pu fournir une des conditions obligatoires pour espérer trouver quelques cas d'oligophrénie phénylpyruvique, étant donné la faible prévalence de la maladie.

mendélienne à l'étude de l'hérédité des troubles mentaux »²¹⁰. Tout l'originalité de la démarche réside dans son caractère hybride, en ce qu'elle mêle données cliniques (examen des patients), étiologiques (renseignements sur les collatéraux, autres occurrences de retard mental dans la famille, arbres généalogiques), psychométriques (tests de Q.I.) et biochimiques (test de Wassermann, étude des groupes sanguins, et test de Fölling dès 1935). Penrose y est entouré d'une équipe d'une dizaine de personnes qui travaille à plein temps sur ce projet, alors que Rhein et Stoeber mènent leur recherche à côté de leur emploi principal, et mentionnent à plusieurs reprises le « manque de temps » problématique pour eux, ainsi que l'absence de moyen qui les confinent à des résultats modestes malgré la qualité de leurs travaux. Par exemple, les deux médecins doivent ruser pour mettre en œuvre du régime cétonique dans un contexte de finances contraintes. On utilise à ce titre l'autoproduction de la ferme de l'institut de Cernay, puisque « l'établissement dispose d'un fromage-maison de sa fabrication qui ne lui revient pas trop cher en sorte qu'un essai pareil entrepris sur une grande échelle ne grèverait pas trop le budget »²¹¹. Les produits locaux — « Pipelekas » alsacien et « fromage de Munster » — sont effectivement consommés en priorité dans ces expériences, en raison du budget très restreint des deux médecins dont la recherche est autofinancée, contrairement à celle de Penrose qui s'inscrit dans un programme financé par l'Etat.

Enfin, les relations interpersonnelles ont sans doute joué un rôle particulièrement important du côté de Cernay, aidant à compenser les écueils financiers et organisationnels dans un premier temps. Les relations cordiales voire amicales entre le personnel médical et administratif de l'institut Saint-André ont été un avantage pour les recherches de Stoeber et Rhein, notamment pour convaincre les parents des cobayes de les laisser participer à l'étude. Parfois, les parents sont d'ailleurs consultés afin de fournir des données généalogiques et autres renseignements précis quant à l'hérédité des enfants phénylcétonuriques repérés parmi les pensionnaires de l'institut de Cernay²¹². Par contre, l'aspect artisanal de leur recherche a parfois été un avantage. Ainsi la proximité géographique du recrutement a été un facteur évident d'efficacité dans la récolte de données cliniques et généalogiques, comme on l'observe pour le cas de Jean-Paul M. :

Nous avons trouvé parmi nos nombreux admis du mois de mars un beau cas de Foelling +, à forte réaction. Il s'appelle Jean Paul M., est âgé de 5 1/2 ans (né le 10 juin 1930). Comme ses

²¹⁰ Le financement vient en partie de la Fondation Rockfeller. P. RICARD, *op. cit.*, p. 294.

²¹¹ Archives BIU Santé, MS 2505, Lettre dactylographiée de M. Rhein, 21 avril 1936.

²¹² Ainsi, le Dr Stoeber explique sa réponse tardive à Rhein en ces termes : « J'espère obtenir des détails sur les antécédents des H. et L., mais je n'ai pas encore de réponse de la famille ». Archives BIU Santé, MS 2503: Papiers et correspondances du Dr Marcel Rhein avec Stoeber, Goîtres/crétinisme et phénylcétonurie (dans ses relations avec l'arriération mentale) -> Expériences sur des malades (jeunes) I.M.P. de Saint-André », Lettre de Stoeber à Rhein, 26 octobre 1935.

parents habitent la région et que son père est percepteur, je vous prie de ne pas mettre son nom *in extenso* sur vos fiches et nous le désignerons, si vous voulez bien, par J-P M. n°640, ce numéro correspondant à celui qu'il a sur ma liste des examinés sur point de vue Foelling (dont le chiffre total est à ce jour 644) [...]. De toutes façons, comme je connais ses parents, il sera facile de l'étudier à fond et d'en [illisible] aussi leurs urines ainsi que celles de sa sœur âgée de 2 1/2 ans et qui est chétive²¹³

La plupart des jeunes malades pris en charge à Saint-André sont en effet issus d'un recrutement local. De plus, comme on l'a vu dans le chapitre 2, les sœurs de la Croix entretiennent des relations bien plus suivies avec la famille des patients que dans des asiles publics. De l'autre côté, la sœur Artémia, directrice de l'institut, est en lien constant avec le neuropsychiatre de Saint-André et a donc servi d'intermédiaire d'autant plus efficace avec les familles dans la suite des expériences, pour la récolte d'information²¹⁴.

L'étude croisée de ces expériences mettant en avant les mécanismes de transmission de l'arriération a montré que la France n'a pas attendu l'après Seconde Guerre mondiale pour mettre en œuvre des recherches de génétique. Le fait que les Dr Stoeber et Rhein s'adressent à Lionel Penrose montre certes leur lecture attentive des publications récentes. Mais la veille scientifique des deux praticiens est aussi orientée vers la sphère germanique et anglo-saxonne en raison d'un certain manque de scientifiques compétents en France quant à la « mendélisation des pathologies humaines »²¹⁵. Pour preuve, Marcel Rhein écrit à Robert Stoeber à l'été 1936 à propos de leurs expériences en lien avec la phénylcétonurie :

En ce qui concerne d'autres essais à faire ultérieurement, je saurais un homme qui, en l'associant à nos travaux, pourrait être d'un puissant secours. C'est le Prof. Naubauer de Munich, le meilleur connaisseur de la matière qui, entre autre, avait prédit le grand intérêt de l'acide pyruvique dans le métabolisme des acides aminés, ce qui s'est amplement confirmé [...]. En France, je ne vois que [ill.] mais il est pharmacien-chimiste et n'a pas la mentalité biologique²¹⁶.

La remarque de Rhein indique une certaine difficulté en France de trouver une expertise scientifique valable sur ces questions. Toutefois l'ensemble du projet prouve par son existence qu'en

²¹³ Archives BIU Santé, MS 2505, Lettre manuscrite de R. Stoeber à M. Rhein, 1er avril 1936.

²¹⁴ Les sœurs y trouvent leur compte puisque leur collaboration est d'ailleurs récompensée par divers dons versés par le Dr Rhein à la congrégation. En décembre 1935, Sœur Artemia écrit à celui-ci pour le remercier au nom de tout l'établissement pour « le généreux don qui vous avez bien voulu nous remettre par l'intermédiaire de M. le Dr Stoeber en faveur de nos chers protégés ». Archives BIU Santé, MS 2505, Lettre manuscrite de Sœur Artemia à Marcel Rhein, Cernay, 10 décembre 1935.

²¹⁵ Selon l'expression de Jean-Paul GAUDILLIERE, "Mendelism and Medicine : Controlling Human Inheritance in Local Context, 1920-1960", C.R. Acad. Sci. Paris, *Sciences de la vie*, vol. 323, 2000, p. 1118.

²¹⁶ A l'été 1936, on peut d'ailleurs observer les effets des premières mesures antisémites (lois de Nuremberg en 1935) sur le corps médical, puisque M. Rhein mentionne dans sa lettre à propos du Pr. Naubauer : « Éliminé depuis plusieurs années en raison de sa race, il est médecin consultant [...] et je pourrais l'atteindre par mon ancien collègue Keller ». BIU Santé, MS 2505, Lettre dactylographiée de M. Rhein à R. Stoeber, 29 août 1936.

pratique, certains scientifiques étaient déjà convaincus de la pertinence des idées relatives à la génétique mendélienne en France avant 1945. A l'instar d'une sommité comme Penrose, les médecins alsaciens ont été eux aussi à la recherche de preuves afin de prouver cette origine génétique encore hypothétique de la maladie. Leurs correspondances dans les années 1935-1936 représentent un instantané véritablement inédit pour la France d'expériences novatrices lancées chez quelques rares équipes en Europe sur le terrain quasi-vierge que représente la génétique des maladies mentales à l'époque. Elles permettent de suivre de manière fine et détaillée les expériences menées par des praticiens sur le terrain. De surcroît, la surprise réservée par cette recherche atypique menée au sein d'un petit établissement « périphérique » au sens géographique s'avère d'autant plus grande qu'on y découvre des recherches avant-gardistes par rapport à ce qu'on connaissait du cas français, alors même que « la médecine asilaire traditionnelle y accorda peu d'importance », comme le relève Paddy Ricard dans sa thèse. De 1934 à 1940, seuls 19 articles sont publiés sur la phénylcétonurie, dont huit aux Etats-Unis et six en Grande-Bretagne. Dans cette période, aucun n'est connu en France, ce qui correspond à la remarque de Penrose qui déclare qu'il a « fallu un temps étonnement long pour que les professeurs de médecine se convainquent de l'importance de cette maladie »²¹⁷.

On peut aussi s'interroger sur la position de carrefour de l'Alsace et son ouverture linguistique en tant que facteur potentiel d'une extraversion et d'une veille scientifique particulièrement efficace pour les deux médecins expérimentateurs. On a vu que Fölling a publié son premier article sur l'*imbecillitas phenylpyrouvica* dans un journal allemand. On peut penser que la persistance de l'emploi de la langue germanique dans l'entre-deux-guerres a pu jouer²¹⁸. A ce titre, les échanges épistolaires de Marcel Rhein témoignent de ce bilinguisme, qui s'exprime dans des débats sur la nosologie à employer concernant l'arriération :

Vous m'aviez demandé un terme général pour désigner ces anormaux. Le terme le plus convenable serait « oligophrénie », mais il est peu usité en France, où l'on parle plutôt d'arriérés intellectuels, terme qui me paraît plus précis que celui d' « anormaux intellectuels » et aussi préférable au mot « idiots » car il y a idiotie [ill.]lats = oligophrénie, et idiotie sensu stricto = le degré inférieur de l'oligophrénie²¹⁹.

Mais si on ne peut assigner aucun rôle déterminant à place de l'Alsace quant à la réception de telles recherches germanophones, tout du moins peut-on dire avec Michaël Werner et Bénédicte

²¹⁷ P. RICARD, *op. cit.*, p. 320.

²¹⁸ Sur l'évolution linguistique en Alsace après 1918 et ses déterminants politiques, voir Geneviève BAAS, *Le malaise alsacien, 1919-1924*, Strasbourg, Développement et Communauté, 1972 ; Christian BAECHLER, « L'autonomisme alsacien dans l'entre-deux-guerres », *Revue de l'Association des professeurs d'histoire et de géographie*, n°347, février 1995, p. 253 ; Julien FUCHS, « La jeunesse alsacienne et la question régionale (1918-1939) », *Histoire@Politique*, vol. 4, n° 1, 1^{er} avril 2008, p. 8 ; Barbara LOYER, « Langue et nation en France », *Hérodote*, vol. 126, n°3, 2007, p. 87-114.

²¹⁹ Archives BIU Santé, MS 2505, Note manuscrite de Stoeber, 20 novembre 1935.

Zimmermann que cet exemple vient « casser le mythe de l'homogénéité des unités nationales » et de relativiser la vulgate nationale sur le plan de l'histoire de la biologie française et de sa résistance prolongée aux théories mendéliennes²²⁰. A ce titre, il est pertinent de sortir de l'échelle nationale et resituer ces recherches dans le contexte scientifique international de l'époque. Au-delà de la comparaison avec l'étude de Colchester, il s'agit de saisir la simultanéité avec d'autres projets ambitionnant de trouver par la biochimie des moyens rapides de rationaliser plusieurs types de diagnostics afin d'optimiser le tri entre individus « sains » et ceux considérés comme « pathologiques ».

3) Rationaliser le dépistage de l'arriération en détectant les « tares familiales » : du local au global

Au cours des deux années sur lesquelles se concentre l'essentiel de leur correspondance, les deux médecins ont tenté de récolter un maximum d'indices en vue de dévoiler l'existence d'un facteur héréditaire dans les familles des enfants pris en charge à Saint-André et repérés grâce au test de Fölling. L'enjeu de l'étude des familles de phénylcétonuriques est de dévoiler les mécanismes héréditaires incompris, afin de sortir de l'impasse qui perdure depuis la formulation de la théorie de la dégénérescence, et qui repose toujours au début des années 1930 sur des idées sans véritable fondement scientifique. Or un tel enjeu se situe tout à fait dans l'élan de la « recherche sur les groupes sanguins » (*Blutgruppenforschung*) qui est à cette époque « l'une des branches les plus modernes et les plus prometteuses de la recherche en biologie humaine »²²¹. Entre 1920 et 1940 principalement, les spécialistes de génétique humaine et les anthropologues sont à la recherche d'outils diagnostics plus rapides, pour des raisons qu'on a mises en évidence par l'étude familiale effectuée à l'asile de Berlin. Au moment de l'arrivée au pouvoir des nazis, les recherches génétiques sur les certificats génétiques de paternité, encore accentuée par les lois raciales de Nuremberg en 1935.

De manière plus générale, la reconstitution de généalogies familiales révèle la volonté de mettre à jour les mécanismes héréditaires morbides en jeu dans les pathologies liées à l'arriération. Cette piste empruntée par Stoeber et Rhein correspond à un enjeu majeur de la gestion institutionnelle — et par suite, étatique — des arriérés. Un outil économique et rapide tel qu'un test

²²⁰ Michael WERNER et Bénédicte ZIMMERMANN, *De la comparaison à l'histoire croisée*, Paris, Le Seuil, 2004.

²²¹ Benoît MASSIN, « Mengele et le sang d'Auschwitz », in C. BONAÏ, *Nazisme, science et médecine*. Paris, Éditions Glyphe, 2015, p. 93-140.

urinaire déterminant la présence d'une maladie d'origine génétique représente une perspective de rationalisation du diagnostic formidable. Ce genre d'arguments est central pour les scientifiques de la *Rassenhygiene* à la même époque en vue de rationaliser la détection et le tri racial des individus. Adberhalden, un scientifique lié à Verschuer et ce dernier travaillent précisément sur l'hypothèse d'enzymes présentes dans les urines et pouvant servir à des tests²²². Verschuer vante d'ailleurs ses recherches aux autorités nazies sur cet argument :

On imagine qu'il a pu convaincre les autorités du caractère prioritaire de son projet de recherche à cause de son application pratique : il permettra, s'il y arrive, de mettre au point des diagnostics raciaux ou en paternité fondés sur des tests sanguins ou d'urine, beaucoup plus rapides et fiables que les certificats raciaux existants. Une nouvelle technologie de diagnostic, donc, très utile pour la politique raciale nazie²²³.

Il s'agit bien ici de la volonté de réalisation d'une utopie scientifique basée sur la « restauration d'une science objective » d'après Peter Weingart. Le fait de comprendre le fonctionnement de l'arriération d'origine phénylcétonurique et son intérêt dans la pratique pour l'institution psychiatrique qui depuis l'origine bute sur les écueils du diagnostic représente ainsi un enjeu crucial.

Face à cet intérêt pratique évident, il convient de souligner pour finir en quoi les expériences de Stoeber et Rhein, Fölling, Penrose et quelques autres chercheurs en Angleterre ou aux Etats-Unis se distinguent fondamentalement des travaux de la *Rassenhygiene*, non par leurs postulats mendéliens, mais leurs conclusions²²⁴. Ces deux courants coexistent à un moment de tournant dans l'histoire de la déficience mentale. D'un point de vue médical, ces travaux entament un œuvre de déconstruction de la représentation de la pathologie prisonnière depuis le milieu du XIX^e siècle du schéma de pensée relatif à la dégénérescence névropathique. L'entre-deux-guerres voit en effet un début de renversement de cette approche, même si cette évolution ne sera entérinée qu'après 1945²²⁵. Les propos du Dr Walter E. Fernald tenus lors d'une réunion du comité national d'hygiène mentale témoignent néanmoins du retournement enclenché pour une partie de la communauté scientifique :

²²² « Il vendait sa technique aux instances chargées de la politique et de l'identification raciale des individus sous le Troisième Reich. Il expliquait à quel point son test pourrait être utile aux anthropologues et spécialistes de génétique humaine chargés de d'identifier l'origine familiale ou la « race » des individus, donc pour les certificats raciaux ou de paternité ». Le scientifique cherche d'ailleurs à montrer aux autorités que son test serait particulièrement utile en rapport à des problèmes d'hérédité et de race. Benoît MASSIN, *op. cit.*, p. 126.

²²³ *Ibid.*, p. 130.

²²⁴ De 1934 à 1940 inclus, 19 articles ont été publiés sur la phénylcétonurie, dont 8 aux Etats-Unis, 6 en Grande-Bretagne et 5 dans d'autres pays d'Europe.

²²⁵ Pour preuve, Lionel Penrose lui-même détient encore la chaire d'eugénisme, qu'il ferait rebaptiser « génétique des population et biométrie » en 1954 seulement.

Il y a une douzaine d'années, nous étions arrivés à une vision assez claire de l'arriération mentale. Nous considérons qu'elle était toujours d'origine héréditaire, et que pratiquement tous les déficients mentaux étaient vicieux, dépravés et immoraux et qu'ils n'étaient pas capables de subvenir à leurs besoins [mais] un certain nombre de raisons nous poussent à penser autrement²²⁶.

Le projet de l'étude de Colchester est lancé dans cette veine, à un moment où la question de la stérilisation forcée des malades mentaux est publiquement débattue en Angleterre. Elle s'inscrit dans un contexte de crise économique et sociale qui influence largement la façon d'envisager le sort des malades mentaux. Peu abordée dans les décennies précédentes en Grande-Bretagne, le climat de crise inhérent à la fin des années 1920 provoque en effet une acceptabilité plus grande vis-à-vis de la solution potentielle que représente la stérilisation forcée²²⁷, comme c'est déjà le cas aux Etats-Unis ou en Suisse. Un premier projet de loi élaboré en 1927 et le rapport Wood de 1929 réactivent en effet la question de la déficience mentale formulée comme « fléau social » :

Quatre millions de personnes en Angleterre et au Pays de Galles, qui sont principalement à la source de l'inutilité sociale, de la prostitution, de la faiblesse d'esprit et des menus larcins, les principaux architectes des quartiers insalubres, la lignée la plus fertile de la société ! Quatre millions de personnes dans un groupe socialement bien défini, formant la lie de la société, se développant grâce à elle comme le mycélium d'un champignon pousse sur une plante saine et vigoureuse. On peut difficilement concevoir généralisation plus radicale ou plus importante sur le plan social²²⁸.

Ces propos tenus par un champion de l'eugénisme tel que C.P. Blacker en réaction au rapport traduisent de manière frappante l'importance des idées de dégénérescence, toujours persistantes à cette époque et en quelque sorte « réactivées » par la crise²²⁹. L'enquête de Colchester a ainsi pour vocation d'apporter une réponse scientifique à un problème social national qui n'a rien de particulier à la Grande-Bretagne, mais qui est posé de la même façon dans la plupart des pays occidentaux à cette période, à l'instar des études familiales de la *Rassenhygiene* allemande. L'émergence au début des années 1930 de débats sérieux sur la stérilisation comme solution ultime à la crainte d'augmentation des déficients mentaux est par là le motif central de la mise en route de cette enquête

²²⁶ Cité par Patricia RICARD, « Pour en finir avec la déficience mentale : la grande enquête de Lionel Penrose de 1931 à 1938, ou l'incursion d'un généticien dans le monde asilaire », *Bull. Hist. Epistém. Sci. Vie*, 2002, 9, p. 53-70.

²²⁷ Question qui sera étudiée dans la partie C de ce chapitre. Sur la question du facteur religieux par rapport à l'acceptabilité de la stérilisation forcée selon les nations, voir Valentine HOFFBECK, « Le catholicisme à l'épreuve de l'eugénisme en France et en Allemagne (1919-1934) », *Revue d'Allemagne et des pays de langue allemande*, vol. 45, n°2, 2013, p. 177-192.

²²⁸ Cité par Patricia RICARD, *La question de l'hérédité des troubles mentaux en Angleterre (1900-1945) : la génétique à la rencontre de la psychiatrie*, Thèse, Lille, 2002, p. 220.

²²⁹ Biologiste de formation, il travaille ensuite en tant que médecin au Maudsley Hospital de Londres. En 1931, date à laquelle il tient ces propos, il est nommé secrétaire de la *British Eugenics Society*. Consacrant sa vie à la promotion de l'eugénisme, il œuvre notamment en faveur de la stérilisation eugénique jusqu'aux années 1960. Voir Stefan KÜHL, *Die Internationale der Rassisten: Aufstieg und Niedergang der internationalen Bewegung für Eugenik und Rassenhygiene im 20. Jahrhundert*, Francfort-sur-le-Main, Campus Verlag, 1997, p. 74-75.

qui vise à aboutir à un classement systématique des déficiences mentales en fonction des causes de leur affections, notamment par l'obtention de données statistiques sur ces pathologies.

Par ailleurs, on voit que l'enquête de Colchester mobilise beaucoup des outils qu'on trouve aussi dans les recherches de la *Rassenhygiene*. Penrose ou Stoeber utilisent énormément les études familiales, les arbres généalogiques et l'outil statistique, méthodes qu'on a abordé dans les travaux de Goddard ou de Pleger à Wittenau²³⁰. Pourtant, ils ne cherchent pas à mettre absolument en évidence l'existence de familles « dégénérées »²³¹. Le généticien anglais par exemple entend au contraire changer l'interprétation des données afin de mettre en évidence une hérédité réellement mendélienne car fondée sur la récurrence d'un seul et même caractère chez différents membres d'une famille. Autrement dit, il ne s'agit plus d'étudier indifféremment la transmission héréditaire de pathologies mentales au sens large – c'est-à-dire tout ce qui peut être considéré comme des preuves de « dégénérescence », mais de démontrer cette approche que Penrose considère comme contraire à la science. Daniel Barker montre que Lionel Penrose est un scientifique plutôt atypique mais pas seul : d'autres scientifiques critiquent la théorie mendélienne récessive, mais « ils ont été systématiquement ignorés de manière bornée »²³². Surtout, le scientifique tient à montrer que de telles idées sont fondées sur des préjugés d'ordre sociaux et moraux, de surcroît relatifs et instrumentalisés :

On utilise habituellement les particularités d'individus appartenant à une sphère sociale différente de la sienne. Dans les classes aisées, la pauvreté est parfois considérée comme une preuve de dégénérescence. De la même façon, il arrive que les pauvres se plaignent du comportement dégénéré, oisif et dissolu des riches. En réalité, le concept de dégénérescence mentale est absolument non scientifique²³³.

Le but de l'ambitieux projet de recherche de Penrose devait « redorer le blason de l'étude de la déficience mentale » en restant conscient des limites du savoir récent²³⁴. Il veut sortir la

²³⁰ Voir première partie du chapitre sur leur utilisation à la fin de l'Allemagne de Weimar et au début du régime nazi pour justifier des mesure radicales aussi bien pour les malades mentaux que les Juifs.

²³¹ Le médecin anglais MacPherson en parle encore par ces mots en 1931, ce qui montre la persistance dans les esprits de la théorie de la dégénérescence : « Derrière et sous ces manifestations symptomatiques [...] se trouve une prédisposition dormante qui nous appelons dégénérescence parce qu'elle constitue un écart par rapport au type normal, parce qu'elle tend à la maladie, parce qu'elle est la manifestation d'un état d'affaiblissement et d'épuisement, et parce que, si on ne l'enraye pas, elle aboutit à la mort et à l'extinction ». Cité par P. RICARD, *op. cit.*, p. 96.

²³² David Barker cite ainsi les critique adressée par Morgan, Hogben et Haldane, « les enjoignant de commencer à se comporter comme des scientifiques et d'étudier la déficience mentale avec la même rigueur et la même impartialité qu'ils appliquaient généralement à d'autres problèmes » David BARKER, « The Biology of Stupidity: Genetics, Eugenics and Mental Deficiency in the Inter-War Years », *The British Journal for the History of Science*, vol. 22, n° 3, 1989, p. 374.

²³³ Lionel Penrose cité par P. RICARD, *op. cit.*, p. 301.

²³⁴ L'enquête arrive précisément dans une période de « creux », la tendance dans l'entre-deux-guerres étant celle d'une transformation de la plupart des services consacrés aux arriérés en simples « garderies ». Cette évolution représente un retour en arrière clair par rapport aux initiatives et efforts pédagogiques spécifiques déployés au tournant du siècle en faveur des « arriérés ». Il s'agit d'un *phénomène qu'on a observé pour Bicêtre au début des années 1920, puis à Dalldorf*

connaissance de l'arriération de la forte teneur idéologique et moralisante qui a toujours caractérisé le discours psychiatrique et médical sur ce sujet.

Mais dans les années 1930, une majorité de la communauté médicale est donc acquise à une science en partie infondée et idéologique. Les pathologies liées à l'arriération en particulier sont toujours pénétrées par des théories peu rigoureuses. A l'arrivée au pouvoir des nazis en Allemagne, la *Rassenhygiene* va donner un pouvoir déterminant à ces médecins. Volker Roelcke relève la contingence du succès de l'interprétation kraepelinienne de la dégénérescence après la Première Guerre mondiale : en réalité, « un ensemble de faits en apparence empiriques (dans ce cas des phénomènes cliniques, des données épidémiologiques et des connaissances produites par la recherche de laboratoire sur les causes de la syphilis) était à l'époque ouvert à des interprétations différentes »²³⁵. Tout l'enjeu étant le fait d'accepter ou non les postulats pré-empiriques de départ, mais aussi d'envisager l'application pratique. Des deux côtés du Rhin, une telle évolution s'explique en partie par le dogme de l'hérédité et la montée des idées eugénistes, même si elles sont de nature tout à fait différentes dans les deux pays et donnent lieu à des tendances idéologiques bien distinctes²³⁶. Patricia Ricard fait un constat similaire pour la Grande-Bretagne des années 1920 :

Les institutions pour déficients mentaux étaient en danger de devenir de simples lieux de garde sans soins spécifiques. Elles manquaient d'ailleurs cruellement de psychiatres qualifiés. Seule l'hérédité portait la promesse d'une prévention à défaut d'une thérapeutique, et avec elle la promesse d'une compétence spécifique²³⁷.

Cette orientation pluridisciplinaire, que Patricia Ricard qualifie d' « incursion d'un généticien dans le monde asilaire »²³⁸, va servir la volonté de Lionel Penrose de faire changer la croyance dans le dogme héréditariste et de prouver l'absurdité de certains arguments soutenus par les eugénistes.

avec les réformes de 1928 qui réserve l'*Erziehungsanstalt* aux seuls « éducatibles », et qui semble également menacer l'institut Saint-André dans les années 1930 d'après les plaintes du Dr Stoeber qui regrette qu'on leur enlève les « meilleurs éléments », ce qui pourrait prouver que beaucoup des établissements construits dans la période d'ébullition de la fin du XIXe siècle se retrouve relégués au statut d'asiles ayant pour seule vocation de maintenir les déficients mentaux considérés comme « incurables » -la grande partie d'entre eux donc- derrière la protection que représente les murs, symbole de clôture certes, mais surtout de leur inutilité sociale — rhétorique analysée dans le chapitre 5 — et du danger de contagion qu'ils représentent au sens de Morel ou de l'hygiène raciale. *Ibid.*, p. 222.

²³⁵ *Ibid.*, p. 399.

²³⁶ On peut rappeler la différence entre eugénisme de nature « positive » en France — eugénisme pris dans les idées d'hygiène sociale, nataliste et soutenu par la puériculture — contre eugénisme à teneur négative en Allemagne (et aux USA aussi, ainsi qu'en Grande-Bretagne dans une moindre mesure), avec idée de sélection à rebours et de potentielle dégénérescence à l'échelle de la « race » si une élimination des éléments susceptibles d'altérer le patrimoine génétique de la Nation n'est pas effectuée. Pour une illustration récente de l'eugénisme positif en France dans l'entre-deux-guerres à travers l'exemple strasbourgeois de la cite-jardin Ungemach, voir l'ouvrage très complet de Paul-André ROSENAL, *Destins de l'eugénisme*, Paris, Le Seuil, 2016.

²³⁷ Patricia RICARD, « La question de l'hérédité des troubles mentaux en Angleterre (1900-1945) : la génétique à la rencontre de la psychiatrie », Thèse, Lille, 2002, p. 241.

²³⁸ Patricia RICARD, « Pour en finir avec la déficience mentale : la grande enquête de Lionel Penrose de 1931 à 1938, ou l'incursion d'un généticien dans le monde asilaire », *Bull. Hist. Epistém. Sci. Vie*, 2002, 9, p. 53-70.

Plus généralement et de manière symbolique, Penrose contribue à sortir les arriérés de la catégorie spécifique qui leur était attribuée, montrant qu'un « grand nombre des individus qu'on nomme déficients mentaux appartiennent tout autant à la population normale que ceux qui sont plus intelligents que leurs pairs »²³⁹. L'étude de Colchester réfute la classification utilisant des références au normal et au pathologique en terme d'arriération (trop influencé par les causes et les antécédents de l'arriération) pour préférer un classement final en fonction du diagnostic clinique.

Acceptant les postulats de départ de la transmission héréditaire de l'arriération et de la plupart des maladies mentales, les praticiens ayant établi quelques années plus tôt les fondements théoriques de la génétique psychiatrique sont les mêmes qui vont jouer un rôle d'expertise dans les décisions de stérilisation forcée prise sur les patients arriérés de Berlin à partir de janvier 1934 et l'application de la loi de stérilisation en Allemagne.

²³⁹ Cité par Patricia Ricard dans sa thèse, P. RICARD, « La question de l'hérédité », *op. cit.*, p. 309.

C. Juguler la menace de la déficience mentale dans l'entre-deux-guerres

1. La réalisation d'un eugénisme en acte en Allemagne (1925-1936)

a) Fonctionnement et dispositions légales de la loi du 14 juillet 1933

La fin de la République de Weimar voit la question de la stérilisation forcée de certaines catégories de malades mentaux passer du milieu médical à une question débattue par les pouvoirs publics, d'abord en Prusse, puis à l'échelle nationale dès les débuts du III^e Reich. La loi eugénique allemande ou « loi pour l'empêchement des descendance malades héréditaires » (*Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses*) est soumise au chancelier Hitler le 28 juin 1933 puis adoptée en conseil des ministres le 14 juillet suivant. Commentée par toute la presse allemande, elle entérine la stérilisation « au moyen d'une opération chirurgicale » des individus dont « il y a lieu de croire avec une grande probabilité que les descendants de cette personne seront frappés de maux héréditaires graves, mentaux ou corporels »²⁴⁰. Dans la liste des pathologies considérées comme héréditaires, il est d'ailleurs éloquent que la « débilité mentale congénitale » apparaisse en premier. Effective au 1^{er} janvier 1934, la loi est accompagnée d'un commentaire officiel détaillé qui est rédigé notamment par Ernst Rüdin, et qui fait référence explicite au paradigme mendélien :

les maladies héréditaires sont des pathologies transmises en fonction de la formulation de la loi de Mendel sur l'hérédité ou qui ont été démontrés sans aucun doute comme étant sujets à la transmission héréditaire par l'application d'autres investigations systématiques en terme de pronostic héréditaire²⁴¹.

Ainsi, la loi de stérilisation et son commentaire sont ainsi légitimés par des faits déclarés « scientifiques » qui restent pourtant en attente de réelles preuves empirique, ce qui représente en soi une pétition de principe. Sur le plan juridique, elle légalise la pratique contrainte d'une opération auparavant considérée comme une mutilation physique grave²⁴². Destinée à purifier le « corps populaire » (*Volkskörper*) et éliminer progressivement les « caractères héréditaires pathologiques »

²⁴⁰ Pour le texte de la loi, il est intégralement traduit en français dans la thèse de Jean Girard p. 33-36. SSΣ

²⁴¹ Cité par Hans Jakob RITTER et Volker ROELCKE, "Psychiatric Genetics in Munich and Basel between 1925 and 1945 : Programs-Practices-Cooperative Arrangements", *Osiris*, 2005, p. 271.

²⁴² D'après Jean Girard, la question de la contrainte fut l'une des plus épineuses à résoudre. La question de savoir s'il fallait laisser les citoyens libres de leur décision, exercer une contrainte ou en faire une mesure obligatoire a été un point difficile à résoudre. J. GIRARD, *op. cit.*, p. 31.

(*krankhaften Erbanlagen*) »²⁴³, cette loi a eu une portée très importante puisque qu'elle a causé plus de 300000 victimes²⁴⁴.

Sur le plan du fonctionnement, les établissements hospitaliers sont tenus de communiquer sur réquisition tous les renseignements utiles au « tribunal de santé héréditaire ». A partir de ces pièces, le tribunal prend une décision par délibération orale à la majorité des voix, qui est ensuite consignée sur un document signé par tous, qui indique « les raisons pour lesquelles la stérilisation a été décidée ou écartée » selon l'article VIII. La décision de ce tribunal est non opposable : une fois la stérilisation définitivement validée, « celle-ci doit être exécutée, même contre la volonté de la personne » d'après l'article XII. Ainsi dans le cas de Karl N., qu'on verra dans la prochaine sous-partie, quelques mois seulement se passent entre l'identification de l'adolescent arriéré jusqu'à l'opération. En famille d'accueil au début des années 1930 chez un paysan près de Francfort-sur-Oder, Karl est « déclaré » en vue d'une stérilisation le 6 septembre 1934. La décision de l'*Erbgesundheitsgesetz* (EGG) de le stériliser est rendue le 23 mars 1935 puis confirmée (*rechtskräftig*) le 24 mai. L'adolescent est stérilisé le 4 juillet suivant à l'hôpital Karl Neukirch de Lossow dans le Brandebourg, sort quelques jours plus tard et surtout quitte les *Wittenauer Heilstätten* le 1^{er} août de la même année, soit moins d'un mois après l'opération. En suivant la trajectoire de ce patient de l'asile de Wittenau, on voit donc que de manière individuelle, la stérilisation remplit le rôle de la clôture asilaire : limiter la propagation des « tares » des arriérés dans le reste de la population. Quant à l'intervention chirurgicale, la loi stipule qu'elle ne peut être exécutée que par un médecin agréé par l'Etat allemand, une fois que la décision est définitive. Les dossiers de Dalldorf sont souvent complétés par un formulaire mentionnant la date de l'opération pratiquée et l'établissement où est pratiqué la stérilisation

Concernant la catégorie des arriérés, il faut d'emblée remarquer qu'elle est la première ciblée par la mise en pratique de la loi. Le commentaire officiel définit cette catégorie de la manière suivante : « quiconque entendu dans un sens médical comme à un niveau de faiblesse d'esprit visiblement anormal et diagnosticable, allant de l'idiotie en passant par tout le spectre des variations

²⁴³ „Mit den Ziel, den Volkskörper zu reinigen und die krankhaften Erbalagen allmählig auszumerzen“. Arthur GÜTT, Ernst RÜDIN, Falk RUTTKE, *Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933*, München, 1934, p. 5.

²⁴⁴ D'après les chiffres cités dans l'article de Volker ROELCKE, Gerrit HOHENDORF et Maïke ROTZOLL, « Science médicale, *ethos* et transformations politiques : la recherche psychiatrique en Allemagne, 1925-1945 », in C. BONAÏ, É. LEPICARD et V. ROELCKE (dir.), *La médecine expérimentale au tribunal : implications éthiques de quelques procès médicaux du XX^e siècle européen*, Paris, Éd. des archives contemporaines, 2003, p. 158.

de l'imbécillité jusqu'au sommet de l'échelle jusqu'à la débilité »²⁴⁵. Cette définition de la pathologie n'inclut pas que le « défaut d'intelligence » *stricto sensus*, mais également « la sphère des sentiments et de la volonté aussi bien que le développement des concepts et raisonnements éthiques »²⁴⁶. Il convient de souligner au préalable que l'échantillon qu'on étudiera ici appartient à une catégorie particulièrement visée, par le diagnostic mais aussi par sa provenance. Les malades des asiles (*Heil- und Pflegeanstalten*) sont prioritairement ciblés par la mesure. Car si la décision peut être prise sur demande de la personne ayant un droit de tutelle sur le malade, l'article III de la loi complète cette disposition par l'octroi du pouvoir de proposer la stérilisation au « médecin officiel » (*Beamtete Arzt*) du patient et « pour les pensionnaires d'un établissement de santé [...], le directeur de l'établissement »²⁴⁷. Ainsi tout patient de Wittenau est *de facto* susceptible d'être proposé par le directeur de l'asile, ce qui est loin d'être anecdotique puisqu'on a déjà vu plus haut qu'Emil Bratz était un fervent défenseur de la stérilisation forcée, et ce depuis au moins 1925. La proposition est ensuite soumise à un tribunal de santé héréditaire (*Erbgesundheitsgericht*) qui authentifie les faits prouvant l'origine héréditaire de la pathologie « par une expertise médicale ou de toute autre façon »²⁴⁸. C'est à ce titre que les dossiers médicaux des patients arriérés de Wittenau soumis à une opération de stérilisation contiennent le plus souvent une copie de la décision de ce comité composé de trois experts. Ce tribunal est lui-même annexé à un tribunal de première instance (*Amtsgericht*) composé d'un juge de première instance comme président, d'un médecin officiel et d'un autre médecin diplômé pour l'Etat allemand, dont l'article VI de la loi précise qu'il doit être « particulièrement versé dans l'étude de l'hérédité »²⁴⁹. Après ces préludes théoriques nécessaires, il convient à présent d'examiner le déroulement pratique dans l'asile de Wittenau ainsi que les déterminants intervenant dans les décisions de stérilisation forcée.

²⁴⁵ „Jeder in medizinischem Sinne als deutlich abnorm diagnostizierbare Grad von Geistesschwäche zu verstehen, d.h. von Idiotie über die Variationsbreite der Imbezillität bis hinauf zur Debilität“. Cité par Annette HINZ-WESSELS, *NS-Erbgesundheitsgerichte und Zwangssterilisation in der Provinz Brandenburg*, Berlin, Be.bra wissenschaft, 2004, p. 82.

²⁴⁶ A. GÜTT, E. RÜDIN et F. RUTKE, *op. cit.*, p. 119.

²⁴⁷ Article III de la loi, cité par J. GIRARD, *op. cit.*, p. 33.

²⁴⁸ Article IV de la loi, cité par J. GIRARD, *op. cit.*, p. 33.

²⁴⁹ Cité par J. GIRARD, *op. cit.*, p. 33.

b) La stérilisation forcée des « faibles d'esprit congénitaux » (*angeborene Schwachsinniger*) de l'asile de Wittenau (1934-1936)

1) *Un critère héréditaire galvaudé : l'« arriéré congénital »*

Les dossiers médicaux des jeunes malades pris en charge aux *Wittenauer Heilstätten* témoignent à partir du début de l'année 1934 des changements cruciaux concernant le destin individuel de chaque patient. La plupart de ceux atteignant ou ayant dépassé l'adolescence et susceptibles de quitter l'asile sont concernés par la mesure nouvellement instituée par le régime nazi. S'il fait partie des huit catégories de pathologies incluses dans la législation, le diagnostic posé détermine la possible stérilisation forcée du malade. On commencera ici par détailler quelques cas de malades arriérés de l'asile de Berlin qui seront choisis pour être stérilisés. Les déterminants et les étapes de la procédure sera expliquée ensuite.

Le dossier médical de Fritz H. laisse parfaitement apparaître l'importance des données relatives à l'hérédité dans la décision de stérilisation du « tribunal de santé héréditaire » (*Erbgesundheitsgesetz*) du 11 février 1936 à son égard. L'adolescent, diagnostiqué « imbécile congénital » (*Imbezill angeborene*) est stérilisé en avril 1936 à l'âge de 16 ans²⁵⁰. Entré en 1929 à l'asile de Wittenau, les remarques contenues dans les antécédents (*Krankheitsgeschichte*) de son dossier médical mettent en relief les pathologies identifiées chez ses collatéraux : sa mère serait « soi-disant malade vénérienne » (*angeblich geschlechtskrank*), tandis que ses deux tantes sont mortes à Teupitz — un autre asile du Brandebourg. Son père est qualifié de « nerveux », tandis que ses deux grands-pères auraient été atteints d'alcoolisme (*Vatervater Potator, Muttersvater Potator*)²⁵¹. Les antécédents recensent ainsi tous les indices permettant l'établissement d'une généalogie morbide caractéristiques de l'aliénisme français comme allemand du début du XX^e siècle. Plus spécifique à la psychiatrie allemande de cette période, cette description caractéristique a donné lieu à l'élaboration d'un « tableau familial synoptique » (*Familienübersicht*) se présentant sous la forme d'une arbre généalogique. Le médecin indiqua la parenté pathologique en grisant les individus atteints d'une maladie mentale ou de comportement qui lui sont associés à l'époque, tel que l'alcoolisme ou le suicide. Un tel document n'apparaît qu'à partir de 1934. L'arbre place le « sujet

²⁵⁰ Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier scolaire (*Schulenakten*) n°5992, Rapport médical sur la stérilisation de Fritz H., 16 avril 1936.

²⁵¹ Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier scolaire n°5992, Tableau synoptique de la famille de Fritz H. (*Familienübersicht*), s.d.

d'expérience » (*Proband*), en l'occurrence le malade pris en charge à l'*Erziehungsanstalt* ou au sein de l'asile, au bas d'une généalogie morbide. En effet, tous les ascendants pour lesquels une maladie mentale est connue — ou supposée — sont grisés. Le remplissage des cercles au crayon symbolise les « tares » accumulées chez ses collatéraux. A l'extrémité de la lignée, le sujet est entendu comme porteur de toutes ces tares, bien que de manière inhabituelle dans cet exemple, il ne soit pas grisé. On retrouve dans cet outil une véritable filiation avec les travaux de *Rassenhygiene*. Mais une telle représentation graphique de lignées de dégénérescence remonte à ce qu'on observait déjà chez Goddard en 1912. Le document consignant la *Familienübersicht* n'est pas daté. Il a vraisemblablement été élaboré par les médecins de l'asile, peut-être en 1935 au moment de la réunion de l'*EGG*. On pourrait penser qu'il représente une pièce capitale dans l'argumentation en faveur de la stérilisation de l'enfant à sa puberté.

Pourtant, cet outil n'est pas réellement déterminant dans la décision de stérilisation. Pour comprendre ce constat surprenant, il faut souligner le glissement sémantique qui existe par rapport à la qualification de l'arriération comme « congénitale » (*angeborene*), c'est-à-dire existant déjà à la naissance. Dans la pratique, la preuve d'une pathologie d'origine héréditaire n'est pas centrale dans la décision de stérilisation : c'est le terme « endogène » (*andogen*) qui prévaut alors. « Il est davantage significatif que l'arriération soit reconnue de manière précoce ou qu'elle soit survenue sans l'intervention de causes extérieures » plutôt qu'elle soit attestée comme « héréditaire » au sens strict²⁵². Ce glissement n'est pas anecdotique mais contient un but éminemment pratique puisqu'il permet de résoudre l'écueil de la « preuve » de l'arriération dans les cas où l'on ne connaîtrait rien des ascendants du malade. Le critère de la pathologie constatée dès la naissance permet ainsi de rendre la majorité des cas d'arriération éligibles à la stérilisation. Ce procédé caractéristique de glissement nosographique n'est par ailleurs pas uniquement constaté pour l'arriération, un des objectifs de la génétique pendant la période nazie étant de « redéfinir les classifications nosologiques, en rapport en particulier avec la composante génétique de différentes maladies »²⁵³.

Par conséquent se met en place une logique expéditive dans la mise en évidence de l'origine de l'arriération, dont il s'agit donc de déterminer le caractère « endogène » ou « exogène ». La justification de la nature congénitale de l'arriération de Fritz H. est obtenue par le raisonnement

²⁵² Annette HINZ-WESSELS, *NS-Erbgesundheitsgerichte und Zwangssterilisation in der Provinz Brandenburg*, Berlin, Be.Bra Wissenschaft, 2004, p. 82.

²⁵³ Volker ROELCKE, « Expérimentations humaines sous le nazisme. Synthèse des travaux récents avec une attention particulière à la psychiatrie », in Christian BONAHE (dir.), *Nazisme, science et médecine*, Paris, Éditions Glyphe, 2006, p. 50.

suivant : puisqu'on ne peut prouver que la débilité a une origine acquise — soit exogène — étant donné que les parents divorcés n'étaient pas présents au moment de l'admission de l'enfant à l'asile de Wittenau, c'est la cause héréditaire ou endogène qui est retenue par défaut. La logique qui voudrait d'inscrire que l'origine de l'arriération est inconnue, comme c'était le cas dans les dossiers médicaux de la période précédente. Mais ici l'enjeu pratique radicalise totalement l'approche qui n'a plus rien de scientifique. Sans argument attestant d'une cause exogène, l'origine congénitale et donc héréditaire est choisie par défaut, par un raisonnement visiblement fallacieux. Ce constat correspond à l'interprétation de la loi rédigée par Rüdin et ses collègues en 1935 :

D'après l'esprit de la loi, une stérilisation peut être exclue seulement dans les cas où l'arriération s'avère de manière certaine de nature exogène, c'est-à-dire quand elle survient par des dommages sur l'enfant à l'intérieur ou à l'extérieur du ventre de la mère²⁵⁴.

A partir du moment où un individu est jugé retardé du point de vue de l'intelligence dans son enfance sans que soit mentionné explicitement une cause exogène dans son dossier, il y a peu de chances qu'il échappe à la stérilisation. Cette logique explique que les décisions de stérilisation des arriérés sont parmi les plus irrévocables : avec la schizophrénie, la faiblesse d'esprit congénitale représente la catégorie pour laquelle l'ordre décrété est le plus souvent mis en application. Alors que pour d'autres catégories diagnostiques telles que l'alcoolisme, un tiers des stérilisations envisagées ne sont pas réalisées, pour les arriérés seuls 13,7% des cas échappent à la mesure d'après les calculs d'Annette Hinz-Wessels qui a étudié le cas du Brandebourg. Les propos d'un juge d'un *EGG* brandebourgeois étudié par l'historienne viennent confirmer ces affirmations. Il commente ainsi une décision de justice rendue au début du mois de septembre 1935 par la cour de Neuruppin à propos d'un « arriéré congénital » (*Schwachsinnig angeborene*) dont la stérilisation a été décidée :

La loi exige justement la stérilisation des arriérés congénitaux, pas des arriérés héréditaires. En conséquence, l'hérédité de l'arriération n'a pas besoin d'être prouvée. Etant donné que la cour doit démontrer que l'arriération n'est pas apparue après la naissance en raison d'influences extérieures, les médecins-experts et même le tribunal procèdent régulièrement à des enquêtes afin de découvrir si on retrouve parmi les ancêtres ou des collatéraux du malade héréditaire des cas d'arriération ou des probables maladies mentales. Si cela s'avère être le cas, il est démontré dans une large mesure que l'arriéré congénital est aussi faible d'esprit de manière héréditaire...²⁵⁵

²⁵⁴ „Von einer Unfruchtbarmachung soll dem Geiste des Gesetzes entsprechend also nur da abgesehen werden, wo der Schwachsinn als sicher exogen, d.h. durch Schädigungen des Kindes innerhalb oder außerhalb des Mutterleibes bedingt, erwiesen ist“. A. GÜTT, E. RÜDIN et F. RUTKE, *op. cit.*, p. 120.

²⁵⁵ „Das Gesetz verlangt lediglich die Unfruchtbarmachung für angeborene Schwachsinnige, nicht für erblichen Schwachsinn. Infolgedessen braucht die Erblichkeit des Schwachsinn nicht festgestellt werden. Da das Gericht zu prüfen hat, ob der Schwachsinn nicht nach der Geburt infolge äusserer Einwirkungen entstanden ist, werden regelmäßig von den Amtärzten und auch vom Gericht Ermittlungen darüber angestellt, ob in der Vorfahren- oder Verwandtenreihe des Erbkranken Fälle von Schwachsinn oder bestimmter geistiger Leiden sich vorfinden. Wenn das festgestellt wird, so

Or « il est presque impossible [...] de ne pas trouver un grand-père alcoolique ou un tonton loufoque lorsqu'on veut pathologiser un individu », comme on l'a déjà noté plus haut²⁵⁶. Depuis le début de ce chapitre entamé à dessein par le concept de dégénérescence, on a vu de maintes fois qu'il est toujours possible de trouver un ascendant potentiellement atteint d'une pathologie nerveuse ou d'alcoolisme, autant de pathologies entrant dans les « probables maladies mentales » qu'évoquent le juge. La logique administrative de la loi de stérilisation tire profit de la pétition de principe qui était déjà à l'œuvre dans la théorie de la dégénérescence, de sorte qu'on peut toujours construire une suspicion de « tare héréditaire » dans toute généalogie pour attester de son caractère pathologique.

Une telle conclusion correspond en tous points aux procédés employés dans les recherches de la génétique psychiatrique, comme en témoignent déjà les commentaires de Pleger dans son étude à Wittenau en 1931. Mettant principalement l'accent sur l'hérédité attestée dans le cas de l'arriération endogène, il met néanmoins en avant le fait que « la forte charge d'arriérés des fratries et parents du groupe exogène amène à la conclusion qu'un facteur endogène joue également un rôle dans ce groupe »²⁵⁷. Après 1934, l'*Erbbiologie* aussi bien que l'attitude des directeurs d'asile vont encore contribuer davantage à une définition large de la notion d'hérédité dans une visée « préventive ». Cette définition large de la population potentiellement porteuse de tares héréditaires, alliée au plébiscite précoce du directeur de l'asile Emil Bratz pour une solution via la pratique de la stérilisation permet de mieux comprendre la facilité avec laquelle les tribunaux de santé héréditaire réussissent de manière quasi-systématique à légitimer l'existence d'une pathologie héréditaire pour valider une pratique qui était déjà dans les esprits d'une partie du monde psychiatrique depuis une décennie. Le paramètre héréditaire est donc galvaudé et « tordu » par une science qui ne sert finalement que de légitimation artificielle à une volonté politique d'éliminer une population à la fois coûteuse et que la propagande qui accompagne la mise en application de la loi va abondamment décrire comme un ennemi intérieur²⁵⁸.

ist damit in gewisser Weise auch erwiesen, dass der angeboren Schwachsinnige auch erblich schwachsinnig ist... ». Cité par A. HINZ-WESSELS, *op. cit.*, p. 84-86.

²⁵⁶ S. LEGRAND, *op. cit.*, p. 8.

²⁵⁷ W. PLEGER, *op. cit.*, p. 251.

²⁵⁸ Une propagande massive inonde la société allemande à partir du début de l'année 1934, sous forme d'affiches (voir annexes) mais aussi de films dits « documentaires ». A ce titre, le film *Erbkrank* (littéralement, « malade héréditaire ») daté du milieu des années 1930 ou *Opfer der Vergangenheit* (« Victimes du passé », à propos des malades mentaux vus comme les victimes d'une dégénérescence ancienne et se manifestant dans des lignées « tarées » qu'il convient d'interrompre par la stérilisation forcée) représente un bon exemple qu'on abordera plus longuement en conclusion. Sur ce sur thème, voir la comparaison des deux films faite dans l'article de Christian BONAHE et Vincent LOWY, « D'*Erbkrank* (1934-36) à *Opfer der Vergangenheit* (1937) : les représentations du handicap mental dans le cinéma de propagande nazi », in C. MEYER, *Normes et normalisation du travail*, Annecy, GEPSO, 2010, p. 35-49.

2) Un retard scolaire négligeable face au critère du danger moral

L'hérédité est donc moins centrale que le caractère congénital de la pathologie dans la légitimation pratique de la stérilisation forcée. Une telle affirmation n'est pas surprenante compte tenu de l'évolution forte de la psychiatrie vers une approche biologisante et eugéniste, dans laquelle la détermination génétique est érigée en mode explicatif unique. Pourtant, la pratique montre en quoi cette approche se revendiquant de la science est en réalité pénétrée par l'idéologie, et de ce fait relative. L'exemple de Karl N. permet en effet d'attester que le paramètre héréditaire apparaît dans certains cas comme négligeable dans la décision de stérilisation comparé à d'autres éléments du dossier médical. Ainsi parmi les antécédents, les détails relatifs aux mœurs et à la discipline ont une importance capitale. Certains de ces éléments sont évalués par des « tests d'intelligence » (*Intelligenzfragebogen*) qui accompagnent la décision de la cour de l'EEG, comme on l'a vu à la fin du chapitre 4. Voici la copie de la décision du tribunal de santé héréditaire de Berlin motivant la stérilisation de Karl N., jointe à son dossier médical :

Décision :

La 3^e chambre du tribunal de santé héréditaire de Berlin a décidé avec la participation du juge du tribunal d'instance le Dr Schabronath, le juge médical le Dr Schwerer et le Dr Tourné à la session du 23 mars :

Karl N., [...] habitant en ce moment en famille d'accueil [*Familienpflege*] chez l'agriculteur Friedrich M., à Lossow près de Francfort sur Oder doit être stérilisé.

Raisons :

Le directeur des *Wittenauer Heilstätten* a proposé que Karl N. soit stérilisé en raison de sa faiblesse d'esprit congénitale (*Schwachsinnig angeborene*). La cour dispose d'un rapport d'expertise des *Witt. Heil.* et des antécédents du malade.

Karl est un enfant naturel né en 1914. On ne connaît rien de plus sur son développement en bas âge. En 1923, il doit être admis à Wittenau car il est faible d'esprit et souffre de d'actes impulsifs d'après un examen pratiqué à la Charité (il met le feu à des objets, brise des vitres, vole et ment). A Wittenau, il fréquente avec peine la classe de perfectionnement de l'asile (*Hilfschule*), mais a progressé sur le plan du caractère. On ne dispose pas de preuves pour attester d'une acquisition externe de la faiblesse d'esprit car ses parents sont divorcés. Au sujet de la tare héréditaire familiale, il faut se reporter au dossier. Le diagnostic est une imbécillité de degré faible [*Imbezillität leichter Grad*], ou bien une débilité grave. La cour est compétente, car il n'a pas de domicile fixe à Lossow, il est toujours sous la responsabilité des WH.

La certitude a été acquise que Karl N. souffre de faiblesse d'esprit congénitale et doit donc être stérilisé en vertu du paragraphe 1 de la loi d'empêchement des descendance héréditairement pathologiques. Signé : Dr Schabronath²⁵⁹.

L'examen du contenu fondant les « certitudes » sur lesquelles se base l'*EGG* ne présente aucune donnée qu'on n'ait vu dans le reste de notre travail : le caractère en partie moral du diagnostic, les tares familiales ou la prise en charge en *Familienpflege* sont des éléments qui correspondent en tous points aux descriptions de malades qu'on a abondamment rencontré dans l'asile de Berlin, ou en France pour les deux premiers éléments. Et pour cause : le contenu de la décision des médecins-juges décidant de la stérilisation du patient arriéré est composé d'extraits de descriptions médicales contenues dans les « antécédents » (*Krankheitsgeschichte*) figurant dans le dossier. Ainsi le document élaboré en 1935 afin de stériliser Karl N. est constitué du simple empilement de constats sur l'état du malade depuis le début de sa prise en charge institutionnelle, qui remonte à 1923. Par exemple, dans l'extrait du dossier de la Charité où est examiné l'enfant en mars 1923 avant d'être adressé à l'*Erziehungsanstalt* de Wittenau figurent les remarques suivantes du Dr Kramer :

Il vole, commet des actes impulsifs, déchire son manuel en plein milieu d'une leçon [*ill.*] il a mis le feu à des mouchoirs ; en famille d'accueil chez Mlle Ressor (Steglitz), où il était pendant de longs mois, il a mis le feu à son lit, a aussi détruit une fenêtre [...] Il s'agit d'un garçon faible d'esprit avec des tendances à des actes impulsifs. L'instruction à Wittenau pourrait être envisagée²⁶⁰.

Fait relativement rare, la suite du dossier de l'enfant mentionne une amélioration considérable de l'instruction de l'enfant et surtout de son comportement à l'asile, ce qui est par ailleurs mentionné dans le document de 1935. Il est décrit par les professeurs de la *Hilfschule* de Wittenau comme un garçonnet « sympathique, serviable et volontaire » en 1927. L'année suivante, les bulletins insistent sur ses progrès à tel point qu'en 1929, il entame un apprentissage de cordonnerie (*Schuhmacherei*).

Ainsi, on aurait pu penser que les malades les plus légers et ceux qui témoignent d'un progrès dans leurs aptitudes seraient les derniers concernés par les décisions de stérilisation. Il n'en est rien : les médecins-juges de l'*EGG* convoquent des faits remontant à une dizaine d'années en arrière pour motiver l'opération qui doit rendre le jeune homme stérile, essentiellement par un choix d'éléments moraux ou d'ordres disciplinaires. L'indifférence aux résultats scolaires honorables est donc

²⁵⁹ Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier scolaire n°6000, Copie de la décision du tribunal de santé héréditaire pour la stérilisation de Karl N.

²⁶⁰ „Er stiehlt, begeht Affekthandlungen, zerreisst mitten in der Schulstunde seine Fibel, Zu [*ill.*] hat er Handtücher angebrannt ; im Heim von Fräulein Ressor (Steglitz) wo er Monatenlang war, hat er ein Bett angezündet, auch einmal ein Fenster zertrümmert [...] Es handelt sich um einen schwachsinnigen Jungen mit Neigung zu impulsiven Handlungen. Unterricht in Wittenau wäre un Erwägung zu ziehen. Gez : Kramer”. Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier scolaire n°6000, Examen de l'enfant Karl N., 8 ans, par le Dr Kramer à l'hôpital de la Charité, 8 mars 1923.

manifeste dans les dossiers de patients stérilisés. Elle est par ailleurs confirmée par les propos d'un juge de Neuruppin qui commente en septembre 1935 les motivations des décisions de stérilisation prise par la cour :

A côté de la démonstration du manque intellectuel chez le malade héréditaire, son comportement en terme de mœurs est d'une importance particulière. Il m'apparaît bien plus important que des personnalités tournant mal sur le plan moral [*sittlich verkommene Persönlichkeiten*] soient stérilisées, que celles qui témoignent seulement d'un retard intellectuel²⁶¹.

L'auteur de ce commentaire mentionne notamment que « pour les cas limites de retard intellectuel, la cour a jusque là accordé peu d'importance au manque de connaissances scolaires »²⁶². Et en effet pour le cas de Karl N., l'évocation de ses progrès scolaires a en effet été négligeable par rapport à l'évocation dans son dossier d'éléments ayant pu passer pour une « personnalité tournant mal » (*sittlich verkommene Persönlichkeiten*), comme les mentions des comportements d'indiscipline et de pyromanie, fussent-ils révolus depuis plus d'une décennie. Annette Hinz-Wessels montre d'ailleurs que sont même stérilisés sous le diagnostic de « faiblesse d'esprit congénitale » (*angeborene Schwachsinn*) des individus qualifiés parfois de « surdoués » (*überbegabt*) car jugés « arriérés » (*minderbegabt*) du point de vue de leurs mœurs, ce qui confirme totalement ce qu'on a mis en évidence dans le chapitre 3 au sujet de l'imbécillité morale. De telles considérations se situent véritablement dans le sillage de ce concept²⁶³. Un juge de la cour de Potsdam justifie une décision de stérilisation par « une lourde antisociabilité prédisposant à une infériorité (*Minderwertigkeit*) comportementale » au sujet d'un individu par ailleurs jugé tout à fait normal du point de vue de l'intelligence²⁶⁴.

Sur le plan des reproches moraux retenus comme argument, les dossiers médicaux d'autres adolescents de Wittenau montrent par ailleurs que les documents « à charge » ne proviennent pas seulement des autorités médicales. Ainsi le dossier d'Edwig H. prise en charge à l'*Erziehungsanstalt* comprend des documents issus de la famille d'accueil (*Familienfürsorge*) où elle a séjourné, en plus des rapports de ses médecins successifs de son dossier médical :

²⁶¹ „Neben der Feststellung intellektueller Mängel beim Erbkranken ist sein sittliches Verhalten von besonderer Wichtigkeit. Es erscheint mir viel wichtiger, daß sittlich verkommene Persönlichkeiten unfruchtbar gemacht werden, als solche, die lediglich intellektuelle Mängel aufweisen“. Cité par A. HINZ-WESSELS, *op. cit.*, p. 84-86.

²⁶² „Bei lediglich intellektuellen Mängeln hat das Gericht auf fehlendes Schulwissen bisher nur geringen Wert gelegt“. Cité par A. HINZ-WESSELS, *op. cit.*, p. 84.

²⁶³ Le concept donne d'ailleurs lieu à de nouvelles publications en Allemagne telles que Friedrich PANSE, « Ein Fall von „moral insanity“ mit besonderer Berücksichtigung der Aszendenz », *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1925, vol. 97, n° 1, p. 570-580.

²⁶⁴ Cité par A. HINZ-WESSELS, *op. cit.*, p. 88.

Madame Hinze se plaint constamment du fait qu'Edwige lui cause des problèmes d'éducation au sein de son propre foyer ; elle se masturberait fortement, de telle sorte que le reste de la fratrie en serait mis en danger. Est entêtée, boudeuse, refuse de faire le moindre travail ménager [...] Mentalement elle se situe en dessous de la moyenne²⁶⁵.

La masturbation intempestive est clairement présentée dans le passage comme un danger moral pouvant contaminer les autres enfants du foyer. Des défauts de caractère apparaissant comme banals sont associés à une inaptitude à travailler, et donc à la fainéantise qu'on a déjà évoqué dans le chapitre 5. Ces déclarations sont reconduites par la mère de la famille d'accueil au moment de son passage par la Charité en 1931 et qui a vraisemblablement aussi servi de source pour le rapport attestant de la stérilisation :

D'après la mère, l'enfant est sans amour pour ses parents et ses frères et sœurs. Frappe, vole, ne montre aucune volonté de jouer normalement. L'examen par le médecin Dr Druckner montre : terrain psychopathique, lit mouillé, onanisme, peur, pulsions de destruction, caractère borné, manque de sentiments pour les parents et frères et sœurs²⁶⁶.

On retrouve ici les allusions à la masturbation (*Onanie*) et à des « pulsions destructrices » (*Zerstörungstrieb*) qui fondent la qualification de « terrain psychopathique » (*psychopathische Veranlagung*) quand le diagnostic de l'enfant. Or Hedwig est stérilisée deux ans plus tard pour « arriération congénitale avec accès psychopathiques »²⁶⁷, ce qui illustre à quel point les critères moraux qui sont évoqués dans l'historique des dossiers médicaux et pédagogiques des patients sont de première importance quant à la qualification de la pathologie motivant la stérilisation. On se trouve ici aussi dans le cadre d'une construction de l'anormalité qui s'oppose à la norme — morale, comportementale, sentimentale même ici dans ce qui est retenu contre Edwige — certes, mais surtout qui est jugé comme quelque chose de dangereux. On n'est plus comme dans le chapitre 3 devant un regard médical transformant quelque chose de différent, à savoir le « stigmaté » en quelque chose de malade. Ici, il est question de pratique : le regard médical et les certifications qu'il produit sont à présent de nature performative, c'est-à-dire qu'ils sont suivis d'effets immédiats. Comme le souligne Michael Kolch dans sa thèse, par la sélection de ses malade, c'est en fait toute l'institution

²⁶⁵ „Frau Hinze klagte dauernd, dass Hedwig zu Hause Erziehungsschwierigkeiten mach ; sie onaniere sehr stark so dass die übrigen Geschwister gefährdet seien, sei bockig, vertrotzt, weigere sich, kleine Hausarbeiten zu verrichten. Die Ermahnungen von Seiten der Schule hielten nicht lange an [...] Geistig steht sie auch unter dem Durchschnitt“. Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier scolaire, n°5993, Certificat de la famille d'accueil (*Familienfürsorge*) d'Hedwig H., 4 novembre 1935.

²⁶⁶ „Nach Angaben der Mutter soll das Kind lieblos zu Eltern und Geschwistern gewesen sein, schlug, stahl, zeigt keinen normalen Spieltrieb. Die Untersuchung durch den Stadtarzt Dr Druckner ergab : Psychopathische Veranlagung. Gelegentliches Einnässen, Onanie, Angst, Zerstörungstrieb, Eigensinn, Mangel an Gefühl für Eltern und Geschwister“. Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier scolaire n°5993, Examen médical d'Hedwig H. à la Charité, , s.d.

²⁶⁷ Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier scolaire n°5993, Copie de la décision du tribunal de santé héréditaire (*Erbgesundheitsgericht*) de Berlin concernant la stérilisation (*Unfruchtbarmachung*) d'Hedwig H, 17 décembre 1937.

psychiatrique qui se criminalise²⁶⁸. Les diagnostics n'ont qu'une importance faible par rapport à des concepts tels que la race ou la lignée de dégénérescence, appropriés par la science médicale dès la fin du XIX^e siècle et utilisés abondamment pour attester de l'arriération et donc de la nécessité de stériliser. Plus, l'utilisation abondante de critères moraux dans les décisions de stérilisation témoigne d'une politisation et d'une radicalisation de la science psychiatrique sous le nazisme, mais à partir de concepts qui sont loin d'être nés en Allemagne, mais au contraire qui forment le socle de l'aliénisme de la plupart des pays européens autour de 1900.

Au final, on peut conclure que dans la pratique, rien ne semble pouvoir sauver les arriérés pris en charge à l'asile de Wittenau de la décision de stérilisation : quand l'hérédité de la pathologie n'est pas attesté, on s'arrange pour en faire une maladie d'origine congénitale. Et quand le retard mental est léger voire inexistant, ce sont des arguments moraux qui sont convoqués. Or l'élément le plus remarquable est certainement que pour pratiquement aucun cas, on ne trouve dans nos sources d'expertise complémentaire pratiquée par l'EGG afin de vérifier la pertinence ou l'actualité des diagnostics et antécédents présents dans le dossier médical. Dans la trentaine de dossiers étudiés concernant des décisions de stérilisation forcée, on a trouvé un seul exemple d'avis complémentaire demandé dans le dossier de demande de stérilisation. Pour Hans N., les expertises médicales concluent comme toujours à une « arriération congénitale » (*angeborene Schwachsinn*), mais « pour vérifier la véracité de ce diagnostic, la cour a demandé l'avis d'un expert de la discipline ». Un pédagogue est ainsi convoqué. Sans surprise, la conclusion est lapidaire : il « en arrive aux mêmes conclusions »²⁶⁹. Le diagnostic psychiatrique qui figure déjà dans le dossier médical dès l'admission à l'asile représente un élément déterminant pour l'EGG, à tel point que le tribunal de santé héréditaire n'a le plus souvent pas besoin de le compléter par une expertise complémentaire. Une fois le malade arriéré entré dans le processus de l'identification par l'EGG, aucun critère tangible ne semble pouvoir arrêter la décision. Un tel constat concorde avec celui d'Annette Hinz-Wessels selon laquelle « pour les patients des asiles (*Heil- und Pflegeanstalten*), il n'existait presque aucune chance d'échapper à la stérilisation une fois que la stérilisation (*Unfruchtbarmachung*) avait été demandée par l'EGG »²⁷⁰. Elle relève de la même façon que l'audition par le tribunal d'un patient hospitalisé

²⁶⁸ Michael KÖLCH, „Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Berlin 1920-1935“, Thèse, Berlin, 2006, p. 428.

²⁶⁹ „Um die Richtigkeit dieser Diagnose nachzuprüfen, hat die Kammer ein fachärztliches Gutachten erfordert, das zu demselben Ergebnis kommt“. Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier scolaire n° 6002, Copie de la décision du tribunal de santé héréditaire (*Erbgesundheitsgericht*) de Berlin concernant la stérilisation (*Unfruchtbarmachung*) de Hans N., s.d.

²⁷⁰ A. HINZ-WESSELS, *op. cit.*, p. 112.

dans un asile reste l'exception. Tout ces éléments confirment le déterminisme de la procédure de stérilisation forcée, qui n'offre aucune chance pour la population asilaire étudiée d'une quelconque exception²⁷¹. Ces constats permettent enfin de comprendre, à travers l'étude fine de quelques parcours de malades concernés, pourquoi parmi les « maladies héréditaires » (*Erbkrankheiten*) qui sont visées par la loi, les arriérés constituent une majorité des personnes stérilisées, plus des deux tiers des décisions de stérilisation forcée concernant le diagnostic de « faiblesse d'esprit congénitale » (*angeborene Schwachsinn*)²⁷².

2. La loi de stérilisation vue de France (1933-1934)

Chez le voisin français, les réactions à la *GzVeN* sont mitigées. Une thèse rédigée en 1934 par un médecin de la faculté de médecine de Strasbourg permet d'en avoir un aperçu inédit et qui met en jeu la posture de l'Alsace comme observatoire privilégié entre les deux voisins. On connaît les fortes réticences à l'eugénisme négatif en France décrites par la littérature²⁷³. Toutefois, cette source est précieuse en ce qu'elle est contemporaine de la mesure et rédigée par un médecin observant celle-ci sans parti-pris criant. Depuis la capitale alsacienne, le médecin fait de ses sentiments mêlés à l'égard de la mesure eugéniste et expose les différentes objections sur le plan moral au sujet de la pratique de la stérilisation forcée, et aussi ses réserves quant à la scientificité du procédé, qu'il juge douteuse²⁷⁴.

a) Une mesure eugéniste pour « se protéger contre le péril de la dégénérescence »

Le point de vue d'un médecin alsacien contemporain de la loi montre en effet toute l'ambiguïté d'une mesure qui à l'époque provoque l'adhésion d'une majorité de médecins et de psychiatres sur le plan scientifique, et ce bien au-delà des frontières allemandes. Car si la légalisation

²⁷¹ Le nombre très important de stérilisations forcées au sein des asiles berlinois ne fait qu'exprimer la situation sans issue des patients psychiatriques en Allemagne après 1933. Pour les asiles du Brandebourg, seuls 3,3% des patients impliqués dans une procédure de stérilisation forcée y ont au final échappé : « sur 3443 malades (96,7%) l'EKG compétent a ordonné la stérilisation forcée. Le faible taux d'annulation n'était en aucun cas un indice de la bonne préparation par les asiles [mais] une conséquence de la pratique de la cour, pour laquelle la demande à l'égard de pensionnaires d'un asile était vue comme fondamentalement motivée » selon Annette Hinz-Wessels.

²⁷² Dans l'étude qu'Annette Hinz-Wessels a consacré au sujet dans le Brandebourg, le diagnostic motive ainsi 505 décisions (*Beschlüsse*) de stérilisation sur les 735 examinées au total dans son étude.

²⁷³ Voir Anne CAROL, *Histoire de l'eugénisme en France: les médecins et la procréation*, Paris, Le Seuil, 1995 ; Jacques LEONARD, « Les origines et les conséquences de l'eugénisme en France », *Annales de démographie historique*, n° 1, 1986, p. 203-214.

²⁷⁴ Pour un aperçu des réactions des aliénistes et pédiatres plus connus à l'époque tels que Georges Heuyer ou Edouard Toulouse, voir pour ces sources l'article d'Annick OHAYON, « Les médecins hygiénistes français face à la politique raciale allemande : 1933-1939 », *Evolution Psychiatrique*, 2001, vol. 66, n° 2, p. 348-356.

de la stérilisation était déjà effective dans d'autres pays avant la loi de 1934, Jean Girard rappelle la spécificité irréductible au cas allemand²⁷⁵. Aux Etats-Unis ou en Suisse, une telle loi a des applications concernant essentiellement le maintien de l'ordre public tandis que la loi allemande est à la fois plus radicale et plus systématique :

La loi allemande par contre, a des buts beaucoup plus profonds et plus lointains : elle vise à éliminer le plus rapidement possible toutes les tares héréditaires gênantes ou dangereuses et à produire au bout de plusieurs générations un peuple sain, décanté de tous ses éléments inutiles et sans valeur [...] Le raisonnement des législateurs a été qu'un peuple se doit de préparer une race forte et de se protéger contre le péril de la dégénérescence, ce qui ne peut s'obtenir qu'en évitant une trop forte propagation de certains individus susceptibles davantage que leurs concitoyens de produire des enfants tarés²⁷⁶.

Dans cette reformulation des objectifs de la loi allemande vue de France, on peut souligner que le terme de « dégénérescence » est encore employé pour décrire la crainte d'une population à la santé déclinante. Dans ses *Considérations sur la loi eugénique allemande*, Jean Girard dresse deux raisons principales expliquant l'adoption rapide de la loi en Allemagne. D'une part l'unanimité existant au sein du corps médical concernant les mesures eugénistes pouvant créer un « peuple sain ». D'autre part, le facteur politique d'un régime dictatorial préparant une « race forte ». La rapidité de l'adoption de la loi a frappé les contemporains, puisque Jean Girard parle d'« évolution quasi-foudroyante », favorisée par l'autoritarisme d'un régime ayant comme fondement l'hygiène raciale :

Ce sont surtout des raisons scientifiques qui ont motivé la prise de position favorable des couches éclairées et dirigeantes, mais [...] dans les masses populaires des raisons politiques ont en grande partie conditionné le succès de l'idée²⁷⁷.

Malgré une genèse sous la République de Weimar, l'arrivée au pouvoir de Hitler constitue une césure cruciale quant à la réalisation pratique de mesures eugénistes concernant au premier chef les malades mentaux, la *GzVeN* réalisant un programme déjà esquissé dix ans plutôt dans *Mein Kampf*²⁷⁸. La posture de Hitler exprime l'opinion encore minoritaire de ceux que Paul Weindling

²⁷⁵ On peut rappeler que l'Allemagne n'est pas le premier pays à légiférer en vue de la stérilisation des malades qu'on pense héréditaires. L'état de l'Indiana autorise la stérilisation depuis 1907 et est suivi de près de 30 autres états américains dans les deux décennies suivantes, tandis que la Suisse légifère elle en 1928 dans ce sens. D'ailleurs, une affiche de propagande nazie plaidant en faveur de la loi insiste à travers le slogan « nous ne sommes pas seuls » (*wir stehen nicht allein*) sur les soutiens aux mesures d'eugénisme positif existant dans de multiples pays d'Europe et Outre-Atlantique.

²⁷⁶ J. GIRARD, *op. cit.*, p. 31.

²⁷⁷ *Ibid.*, p. 26.

²⁷⁸ On peut citer cette phase programmatique de l'ouvrage où Adolf Hitler déclare que « l'Etat national-socialiste doit assumer la responsabilité d'éduquer uniquement des enfants qui sont sains, car il n'existe qu'une seule honte : que des malades et tarés mettent des enfants au monde » : „Er [der völkische Staat] „muß dafür Sorge tragen, dass nur wer

nomme les premiers « apôtres de la stérilisation », et dont la voix se fait entendre dès les débuts de la République de Weimar²⁷⁹. En effet, l'historien fait remonter aux premières années de la République de Weimar le début du crédit accordé à la solution de la stérilisation comme remède face au spectre des dégénérés physiques et mentaux. Et à ce titre, Jean Girard insiste sur l'importance prépondérante de l'action des scientifiques, en insistant sur les racines de la loi qui seraient à situer « bien avant la guerre », tenant compte des découvertes scientifiques les plus récentes :

Les hommes de science ont agi seuls ; les biologistes, les embryologistes, les cliniciens, gynécologues et les psychiatres (sic) en particulier ont travaillé, sans plan d'ensemble encore et chacun dans son domaine spécial, à établir l'existence et les modalités des phénomènes héréditaires, puis le mode de transmission des caractères pathologiques ; et leurs travaux, leurs observations, leurs statistiques ont contribué pour une large part à jeter les bases scientifiques de l'hérédo-biologie et de l'hérédo-pathologie²⁸⁰.

La loi est donc interprétée par Girard comme découlant directement de recherches préalables sur l'hérédité et le « mode de transmission des caractères pathologiques ». Il cite les recherches impulsées en grande partie par le *Kaiser Wilhelm-Institut für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik* de Berlin-Dahlem dirigé par Eugen Fischer, ainsi que l'action de von Verschuer, qu'on a déjà évoqué plus tôt²⁸¹. Cette référence n'est guère surprenante, puisque finalement tout le propos de ce chapitre peut être compris comme la justification scientifique de la mise en pratique d'une sélection et d'une élimination des malades héréditaires, parmi lesquels les arriérés font figure d'êtres par excellence marqués par une telle hérédité malade. Nous pouvons même voir dans ces propos une sorte de justification *a posteriori* qui rend acceptable pour les médecins cette démarche en la légitimant par des arguments scientifiques qui valident le tri exécuté dans la pratique. La foi sans limite dans les connaissances en science de l'hérédité au début des années 1930 est un facteur déterminant dans l'engagement des médecins en faveur de la loi de stérilisation, et vient également accréditer la thèse du rôle prépondérant des élites parmi les facteurs ayant permis l'installation du national-socialisme. Avant les bouleversements sur le plan politique, Girard cite les avancées

gesund ist, Kinder zeugt, dass es nur eine Schande gibt: bei eigener Krankheit und eigenen Mängeln dennoch Kinder in die Welt zu setzen“. Adolf HITLER, *Mein Kampf*, 1924, p. 446.

²⁷⁹ Le Dr Boeters, lors de sa campagne pour la stérilisation, « pressa ses collègues de stériliser les idiots, les débiles mentaux, les épileptiques, les aveugles, les sourds et les muets. Il recommanda la stérilisation des enfants incapables d'apprendre ainsi que ceux placés en institution ». P. WEINDLING, *L'hygiène de la race*, *op. cit.*, p. 216.

²⁸⁰ Dans la lignée des conclusions de Kraepelin quant à la dégénérescence de la nation allemande, de nombreux membres du corps médical comme Arthur Gütt firent campagne en faveur de mesures eugénistes dès 1919. A la fin de la République de Weimar, ce dernier dirige des études d'eugénisme et d'anthropologie humaine. Il est l'un des inspirateurs de la loi pour la prévention de descendance génétiquement malades. Grand partisan de l'eugénisme nazi, il rédige plusieurs livres et essais sur l'hygiène raciale nazie. L'action de ces lobbyistes rencontre rapidement la sphère politique : dès 1921, la question de la stérilisation est discutée par le Conseil prussien de santé, et en 1923 par celui de Saxe.

²⁸¹ Voir Paul WEINDLING, “Weimar Eugenics : The Kaiser Wilhelm Institute for Anthropology, Human Heredity and Eugenics in Social Context”, *Annals of Science*, vol. 42, n° 3, 1985, p. 303-318.

scientifiques de la biologie allemande, et notamment la déclaration d'Eugen Fischer au moment de son adoption : selon lui, les scientifiques en savent « aujourd'hui assez sur l'étude de l'hérédité humaine, et avec une certitude suffisante, pour pouvoir prendre des décisions d'avenir les plus importantes »²⁸². En 1933, le corps médical allemand apparaît en effet majoritairement acquis à toutes les idées d'élimination des éléments biologiquement indésirables dans le but de sauver le *Volkskörper* :

De A à Z, la politique eugénico-raziale nazie fut déterminée, spécifiée et appliquée par des médecins, biologistes généticiens et démographes statisticiens. Un choc sourd de ce constat : les sciences biomédicales vécurent le plus souvent en véritable symbiose avec le nazisme²⁸³.

Ainsi le militantisme de la communauté médicale en faveur d'une mise en application des thèses eugénistes a lourdement pesé dans le processus d'adoption de la loi, et explique son lancement sous la République de Weimar si l'on en croit Girard. Dès la fin de l'année 1931, un médecin membre du Conseil d'Etat prussien dépose une motion « réclamant la plus grande diffusion possible des notions se rapportant à l'hérédité et à l'Eugénique »²⁸⁴. L'auteur rapporte que son argumentaire est fondé sur « l'accroissement constant des déchets sociaux » et « l'augmentation alarmante des charges d'assistance », qu'il résume en ces termes :

Le grand effort, la grande pensée de la société humaine sont tendus vers ce but : sauver l'inapte à tout prix [...] Tous ces efforts, tous ces sacrifices, parfois immenses, n'aboutissent parfois qu'à ce triste et décevant résultat : amener un être déshérité, et qui n'est pas fait pour la vie, jusqu'à l'âge de la procréation et lui donner alors le droit moral [...] à produire des descendants parfois nombreux qui vont perpétuer sa déchéance et la multiplier à leur tour, pour accabler toujours plus fort les fils de ses bienfaiteurs ! Et cela est lamentable. Cela est mauvais par essence parce que cela conduit lentement l'espèce à la mort !²⁸⁵

On reconnaît dans ces propos la marque d'une conception darwiniste déplorant un processus de contre-sélection naturelle, qui permettrait aux « inaptés » de survivre et proliféreraient par le biais de l'assistance, pesant ainsi par leur coût sur la communauté nationale. En janvier de l'année suivante, la motion est adoptée par le Conseil d'Etat de Prusse, qui fixe au début du mois de juillet une réunion extraordinaire du Conseil d'hygiène publique dont les conclusions sont publiées dans un document au titre éloquent : « L'Eugénique au service de la prospérité nationale ». Or cette orientation correspond déjà à une tendance de fond de l'idéologie nazie, qui se fonde sur un retour à un archaïsme juridique et moral, qui veut opérer le retour à une normativité première qui serait celle

²⁸² Eugen Fischer cité par J. GIRARD, *op. cit.*, p. 24.

²⁸³ Préface de Benoît Massin dans l'ouvrage de P. WEINDLING, *L'hygiène de la race, op. cit.*, p. 26.

²⁸⁴ Il s'agit du Dr Struve d'après J. GIRARD, *op. cit.*, p. 20.

²⁸⁵ *Ibid.*, p. 17.

de la nature, et qui serait moins « la création ou l'instauration du nouveau que la restauration de l'ancien »²⁸⁶

Au-delà des recherches et de l'action de *lobbying*, Girard rappelle également l'impulsion essentielle des médecins pour diffuser les idées eugénistes, à l'image de la conférence donnée lors de cette réunion du *Preussische Landesgesundheitsrat* sur le thème de « l'Eugénique au service du progrès de la nation », qui appuie les idées de menace planant sur le patrimoine héréditaire de la famille allemande saine. En 1932, le conseiller ministériel à la santé publique de la Prusse déclare lui aussi lors d'un congrès que « la science pourrait maintenant établir avec une telle sûreté le pronostic héréditaire dans les cas particuliers que la possibilité serait donnée au médecin de prendre des mesures pour empêcher la descendance des inaptés »²⁸⁷. Ainsi s'ancre l'idée d'empêcher les naissances des vies dites « sans valeur » — pour les raisons qu'on a expliqué dans le chapitre 5 — afin d'éviter la prolifération des « malades héréditaires ». Cette tendance se distingue fondamentalement de d'une France où « rares sont les maximalistes qui préconisent l'euthanasie des nouveau-nés indésirables ou la stérilisation chirurgicale des 'tarés' », comme le rappelle Jacques Léonard, tout en restant néanmoins très ouverte à l'eugénisme dit « positif », comme l'a montré plus récemment Paul-André Rosental²⁸⁸. Notre travail vient ainsi confirmer le paradoxe d'une « modernisation réactionnaire » ayant cours dans l'Allemagne nazie. Les documents légitimant la pratique de la stérilisation mettent en jeu à la fois des méthodes faisant référence aux travaux les plus avancés de biologie et de génétique psychiatrique, comme on l'a déjà vu par l'étude de Pleger. Mais ces données « modernes » sont mésutilisées par une science qui s'appuie sur des postulats tout à fait réactionnaires tels que la « force de la biologie primitive ». L'historien Johann Chapoutot a démontré récemment en quoi la « loi du sang » procède dans l'idéologie nazie d'un déblaiement des fondements d'une culture et d'une biologie dite « germanique » conçue comme un trésor enseveli. Notre travail montre ici comment la psychiatrie allemande n'a pas attendu l'avènement du nazisme pour intégrer ces postulats d'un retour nécessaire à une « authenticité » fictionnée, qui correspond finalement à l'état de nature qu'on avait déjà évoqué au chapitre 5. La biologie est ainsi conçue comme un moyen de ramener le peuple « aux sources pures de son être » pour reprendre les termes du ministre de l'Intérieur Wilhelm Frick. Et cette démarche ne se conçoit pas sans l'éradication des malades héréditaires conçus comme une déviance par rapport à cette origine pure construite par une biologie à la fois moderne dans ses pratiques, mais tout à faire archaïque dans ses postulats de retour

²⁸⁶ Johann CHAPOUTOT, *La loi du sang. Penser et agir en nazi*, Paris, Gallimard, 2014, p. 37.

²⁸⁷ Ostermann (conseiller au ministère prussien de la santé) au Congrès du Hartmannbund à Hanovre, cité par J. GIRARD, *op. cit.*, p. 23.

²⁸⁸ J. LEONARD, *op. cit.*, p. 207 ; Paul-André ROSENTAL, *Destins de l'eugénisme*, Paris, Le Seuil, 2016.

vers un « instinct » en réalité archaïque²⁸⁹. L'étude de divers cas de malades dit « arriérés » et condamnés pour cette raison à la stérilisation est donc une illustration fine de cette mission assignée à une biologie — celle de « traquer par la recherche [...] les lois éternelles de la nature et de diffuser la connaissance de ces lois à une époque où, pour beaucoup trop de gens, l'instinct s'est perdu »²⁹⁰ — certes à la pointe en termes de recherche, mais tournée vers le passé dans ses application.

b) Des « médecins-juges » élevés au rang d'experts par la loi eugénique

« Après la révolution politique et nationale, une deuxième chose est nécessaire : le réveil de la force biologique primitive de la nation » : la déclaration du professeur Staemmler en juillet 1933 citée par René Girard résume bien la force des liens existants entre science et politique dans le régime national-socialiste. D'un côté, le politique se fait le soutien de la recherche psychiatrique et de ses réalisations pratiques. Girard rappelle comment en retour, les médecins ont un rôle de dépistage mais aussi d'action pratique puisque « dans la lutte biologique de l'Allemagne, le devoir [pour les médecins] doit être maintenant de reconnaître clairement où est le danger, et ensuite [...] d'aider à écarter ce danger »²⁹¹. Sans le nommer ainsi, Girard évoque ainsi le rôle d'expertise dont sont parés les médecins dès l'avènement du nouveau régime. La loi de stérilisation est une étape marquante de l'installation de ce fonctionnement technocratique par le pouvoir inédit qu'elle confère au médecin, et qui interpelle du côté français. En août 1933, le Dr Lindenau analyse ce thème dans un article consacré à « la situation du médecin dans la loi pour l'empêchement de la descendance morbide ». Jean Girard le cite dans sa thèse pour souligner comment,

Pour la première fois dans la législation allemande, le médecin apparaît comme juge [...] Le médecin a donc franchi la barrière qui sépare du tribunal la place des experts et des témoins, et prend place sur la « sella curulis » [la chaise curule romaine des magistrats] ; ainsi sera amené [...] une collaboration et une pénétration réciproque beaucoup plus étroite des connaissances médicales et juridiques²⁹² ;

Dans les « tribunaux de santé héréditaire » (*Erbgesundheitsgerichte*), il s'avère que le médecin est sur le même pied que le juriste, et la décision prise à la majorité donne potentiellement un poids plus fort aux experts médicaux qu'à l'homme de loi, attestant de la pertinence de l'expression de « médecin-juge » utilisée par Lindenau. On a donc ici un exemple frappant de l'aspect bureaucratique de la dictature nazie, c'est-à-dire un « régime politique où une caste de médecins

²⁸⁹ Voir la section « L'archétype et l'archaïque : pour une archéologie normative » dans l'ouvrage de J. CHAPOUTOT, *op. cit.*

²⁹⁰ D'après le spécialiste de l'hérédité Ernst Lehmann, cité par J. Chapoutot, *Ibid.*

²⁹¹ M. Staemmler dans le *Deut. Mediz. Woch* du 14 juillet 1933, Cité par J. GIRARD, *op. cit.*, p. 24

²⁹² Cité par J. GIRARD, *op. cit.*, p. 33.

et de biologistes détiennent une fraction non négligeable du pouvoir »²⁹³. Cette situation est actée dès 1934 par les pleins-pouvoirs juridiques (*Vollmacht*) qui leur sont en effet procurés dans la loi eugénique. Le patient « a perdu sa responsabilité juridique. Seul le médecin décide ce qu'il convient de faire au patient, éventuellement contre sa volonté »²⁹⁴. Robert Proctor souligne au sujet de la stérilisation comme plus tard pour de l'euthanasie des malades mentaux qu'aucun médecin n'a jamais été contraint. « Il leur en fut donné le pouvoir, et ils remplirent leur tâche sans protester, souvent de leur propre initiative »²⁹⁵. Les sources mises en œuvre dans ce chapitre permettent même d'aller plus loin dans la compréhension fine d'un tel processus. En effet, c'est surtout en vertu d'une autre « loi », plus implicite celle-ci, que les médecins se retrouvent investis de ces pleins-pouvoirs : ils sont chargés de rétablir dans la pratique la loi de la nature que la « contre-sélection » avait empêché de fonctionner. Cette rhétorique a l'avantage de dépolitiser et de démoraliser la question, érigeant les médecins allemands comme simples exécutants d'un savoir qui dicte simplement une sorte de mode d'emploi prophylactique permettant la santé du *Volk*. La « loi naturelle » qu'il s'agit de rétablir par la sélection permet de rendre acceptable la mise en pratique de la stérilisation forcée, car elle confère à leur action une neutralité morale, validée de surcroît par leur irresponsabilité pénale.

Jean Girard montre également comment, pour certains médecins, l'adhésion au national-socialisme a clairement été le moyen d'accélérer la réalisation pratique de leurs aspirations scientifiques. Il cite ainsi le Dr Hoffmann qui explique par exemple en juillet 1933 que le nazisme permet de

Transplanter dans le domaine pratique pour le bien de la communauté nationale, les importantes aspirations de la science psychiatrique dont la réalisation échoua jusqu'alors sur l'opposition des partis politiques antérieurs [à l'égard] de mesures eugéniques destinées à empêcher la propagation des porteurs de dispositions morbides²⁹⁶.

Contrairement à une représentation apolitique de la science, l'histoire de la compréhension médicale de l'arriération met en relief la politisation forte du domaine de la psychiatrie. En effet, de nombreuses recherches ont démontré comment sous le III^e Reich, les eugénistes allemands cherchent de manière « utopique, scientifique et technocratique, à vouloir confier le destin de la cité à une élite scientifique, surtout composée de médecins et de biologistes »²⁹⁷. Paul Weindling et Peter Weingart mettent tous deux en évidence le double phénomène d'une « scientisation de la société » liée en

²⁹³ Préface de Benoît Massin dans l'ouvrage de P. WEINDLING, *L'hygiène de la race*, op. cit., p. 48.

²⁹⁴ *Ibid.*, p. 16-17.

²⁹⁵ Robert PROCTOR, *Racial hygiene : Medicine Under the Nazis*, Cambridge, Cambridge University Press, 1988.

²⁹⁶ J. GIRARD, op. cit., p. 25.

²⁹⁷ Préface de Benoît Massin dans l'ouvrage de P. WEINDLING, op. cit., p. 48.

retour à une « politisation de la science » au sujet de l'eugénisme. Le second montre en particulier comment la scientisation des sociétés modernes est soutenue par le rôle d'expert conféré de manière privilégiée aux scientifiques, et qui se révèle déterminant dans les décisions administratives ou judiciaires. La préface de *L'hygiène de la race* atteste également du rôle central des médecins et du « lobbying » intensément pratiqué — et ce bien avant 1933 comme on l'a bien mis en évidence dans ce chapitre²⁹⁸.

L'impératif de la « santé immédiate » du *Volk* est néanmoins insuffisant à comprendre comment la quasi-totalité des dossiers médicaux de malades internés dans les asiles du Brandebourg ont pu être validés par les *Erbgesundheitsgesetz* en vue d'une procédure de stérilisation forcée. La mise en œuvre systématique de décision attendant de manière patente au droit à la vie ne peut pas se comprendre uniquement par l'engagement des médecins dans le parti nazi, comme l'a déjà montré Paul Weindling²⁹⁹. Le terrain étudié dans ce travail démontre aussi la part essentielle d'une opération de dépolitisation et de démoralisation de la question, qui permet de nuancer le fanatisme de l'ensemble de la profession médicale vis-à-vis de l'hygiène de la race nazie. Toute la force de la loi de stérilisation réside dans sa présentation — aux exécutants comme au grand public — en tant qu'opération bénéfique sur un plan économique et prophylactique, mais surtout qui n'appelle aucun questionnement moral puisqu'il s'agit d'un décret « naturel ». Sur ce point, Jean Girard rappelle que l'échelle de l'individu est envisagée par les eugénistes allemands comme créatrice de « désordre » dans une loi naturelle perturbée par la sanctuarisation de l'assistance aux faibles :

Dans la libre nature, les déchets s'éliminent d'eux-mêmes, les inaptes périssent, les races se décanent de tout ce qu'elles ont de malade et de malsain. Dans nos peuples civilisés modernes, au contraire, ces déchets s'accumulent et se multiplient sans cesse ; les loi de la nature y sont viciées, détournées de leur but primitif et éternel ; pitié mal entreprise, déchaînement des intérêts égoïstes particuliers, attachement routinier à des principes surannés qui n'ont en considération que l'absolu respect – et pourrait-on dire : la divinisation – de

²⁹⁸ Benoît Massin insiste ainsi sur la caution essentielle des élites scientifiques dans la mise en pratique de l'hygiène raciale : « Une grande partie de la communauté bio-médicale allemande non seulement s'engagea politiquement, cautionna scientifiquement la politique « bioraciale » du nazisme et se dévoua avec un zèle sans pareil à sa scrupuleuse application, mais bien souvent, comme le souligne R. Proctor, l'inspira, l'initia et l'orienta. Les anthropologues, des généticiens et des médecins intervenaient à tous les niveaux de cette gigantesque machine technocratique biomédicale, contrôlant génétiquement et racialement le droit à la vie, le droit au mariage, le droit d'enfanter [...], la santé immédiate et future de l'ensemble des populations gouvernées par le III^e Reich ». *Ibid.*, p. 25.

²⁹⁹ Dans son ouvrage, les exemples d'eugénistes de gauche et de religion juive viennent le rappeler. *Ibid.*

l'individu même inutile, même nuisible, ceci au mépris et au grand dommage des intérêts les plus immédiats de la communauté : tels sont les responsables de ce désordre³⁰⁰.

Une telle évolution est compréhensible uniquement si l'on considère l'intérêt absolument supérieur de la communauté nationale (*Volk*), et en particulier ici la santé de la race. Dans la *Rassenhygiene*, la protection du tout est défendue contre l'individu dont les droits sont présentés comme un égoïsme qui entrave les « lois naturelles ». Cet argument, repris dans les films de propagande nazis, s'appuie sur l'idée d'une sélection artificielle ayant pour but de rétablir par des mesures eugénistes de tri et d'élimination. La présentation de ces arguments permet d'évacuer tout cas de conscience. Mais bien que cette thèse, comme d'autres travaux récents, aient montré la pénétration des logiques eugénistes dans la sphère idéologique française³⁰¹, la loi de 1934 fait apparaître ses limites par les résistances françaises sur le plan moral.

c) Une mesure amoralisée tirée d'une science à l' « incertitude inévitable »

La thèse de Jean Girard permet de voir en quoi les thèses de la science eugéniste allemande avaient l'assentiment des médecins français sur les postulats de la transmission des pathologies héréditaires. Néanmoins, croiser la politique eugéniste nazie avec sa réception de l'autre côté de la frontière permet aussi de mettre en relief certaines résistances qui expliquent en partie pourquoi une telle mesure n'a jamais été mise en pratique en France. Les différents aspects mis en avant dans les dossiers servant à justifier la décision de stérilisation forcée ont ceci de commun qu'ils utilisent de nombreux arguments biologiques et économiques. Présenté de manière très rationnel, un tel discours revendiquant une scientificité avérée a principalement pour but de mettre à distance tout aspect moral, et ainsi toute résistance possible de la part d'aliénistes qui n'étaient sans doute pas tous des exécutants sans scrupule de l'idéologie nazie. L'évacuation de toute morale dans la question — il s'agit de la « loi de la nature », présentée par essence comme neutre et « pure » de toute intentionnalité — paraît ainsi cruciale pour arriver à convaincre une telle proportion des psychiatres qu'il était tout à fait légitime de condamner en masse les arriérés à la stérilisation forcée.

Or cette mise à distance de tout aspect moral dans la question de la stérilisation forcée représente précisément la pierre d'achoppement sur laquelle on constate les plus grandes résistances du côté français. Quelques mois après la mise en application de la loi, Jean Girard se demande dans sa thèse « si en France, rien n'a encore été fait dans ce sens, que penser de l'évolution quasi-

³⁰⁰ J. GIRARD, *op. cit.*, p. 65-66. On peut citer cet intertitre du film *Erbkrank*, qu'on reprendra en conclusion : “Was nach den Naturgesetzen in der Freiheit zugrunde gehen würde, wird behütet und gepflegt”, qui résume parfaitement l'idée de contre-sélection naturelle qui doit être corrigée.

³⁰¹ Paul-André ROSENAL, *Destins de l'eugénisme*, Paris, Le Seuil, 2016.

foudroyante de l'Allemagne, qui à notre sens est déjà tombée dans l'exagération? », ce qui dénote bien une désapprobation vis-à-vis des mesures prises par les nazis³⁰². Les raisons qui poussent le médecin alsacien à ce jugement critique sont centrées sur les enjeux moraux d'un tel acte. En effet, Girard dénonce une exagération de la portée des mesures mises en pratiques de manière systématique. Il rappelle le rôle prophylactique du médecin en le nuancant par le rappel de sa mise en balance permanente par les préoccupations morales. Celles-ci sont rappelées par beaucoup de praticiens français à l'époque face à l'offensive d'un eugénisme négatif voulant contrôler les naissances. Ceux tenus par Dr Schneider, médecin à l'hôpital des Enfants Malades, sont emblématiques de la tension entre pression pronostique et rôle immédiat du médecin en tant que soignant :

Voici devant moi le plus vilain échantillon de l'espèce humaine. Comme médecin d'enfants, je cherche à le sauver et à améliorer son état. Mais l'eugéniste est là en même temps qui dit : quelle néfaste besogne tu fais! Tu ferais mieux de laisser cet enfant qui va peut-être périr, livré à son triste sort, car c'est un type d'homme qui n'est pas désirable. Et tel Janus, je regarde à la fois vers le présent comme pédiatre et vers l'avenir comme eugéniste³⁰³.

Tenus en 1927, ces propos montrent tout le dilemme entre rôle de médecin concerné par la peur d'une dégénérescence future de la nation à cette période, mais qui reste contrebalancée par l'impératif présent de soin inhérent à la profession médicale, consistant pour le pédiatre à « sauver » et « améliorer ». Ainsi la principale résistance du côté français se situe bien sur ce plan moral, ce qui montre que l'apolitisation ou l'amoralisation de la question a échoué en-dehors des frontières allemandes. On peut à ce titre parler de « contre-transfert » ici en réaction aux événements sous le III^e Reich³⁰⁴. Chez les médecins catholiques en particulier, la condamnation est forte. Dans les *Bulletins de la Société médicale Saint-Luc, Saint-Côme et Saint-Damien*³⁰⁵, ils dénoncent l'absence de déontologie dans les mesures de stérilisation en faisant sans cesse référence à la voie suivie par le voisin allemand. Or dans des articles publiés dans les mois suivant la *GzVeN*, on retrouve les thèmes récurrents de l'incertitude des connaissances de la jeune science qu'est encore la génétique, les dérives possibles en terme d'euthanasie, la non pertinence de l'argument économique, mais surtout le risque d'éradiquer des lignées qui auraient pu être « saines en puissance », ce qui confirme

³⁰² *Ibid.*, p. 15.

³⁰³ Ancien pédiatre et ancien président de la Société française d'eugénisme, ces propos du Dr Schreiber dans la *Revue philanthropique* en 1929 soulignent la position ambiguë du médecin : il se trouve partagé entre sentiment d'empathie au présent, et craintes liées à une vision prospective négative quant à la santé de la population.

³⁰⁴ Sur la notion de transfert, contre-transferts et sur l'histoire croisée, voir Michael WERNER et Bénédicte ZIMMERMANN, *De la comparaison à l'histoire croisée*, Paris, Le Seuil, 2004.

³⁰⁵ La société est une organisation de médecins catholiques créée en 188. Elle est « une des premières [sociétés] à organiser l'action de catholiques en milieu professionnel, Hervé GUILLEMAIN, « Les débuts de la médecine catholique en France », *Revue d'histoire du XIX^e siècle. Société d'histoire de la révolution de 1848 et des révolutions du XIX^e siècle*, n° 26-27, 2003, p. 227-258.

l'importance de la perception de la dénatalité française qui joue réellement en faveur d'une résistance à toute mesure d'eugénisme négatif en France³⁰⁶. La préservation du nombre semble plus importante que le risque de la naissance d'enfants dégénérés. Dans un article de 1934 au titre éloquent — « Des médecins accepteraient-ils ce rôle odieux ? », le Dr Clément s'interroge : « Combien d'enfants sains vont, grâce à ces théories, être sacrifiés à la crainte de voir naître un enfant de moindre valeur ? »³⁰⁷. Cette question rhétorique est centrale dans la résistance française à la stérilisation forcée.

La question de la stérilisation forcée des « tarés » et les enjeux moraux qu'elle implique fait ainsi fortement réagir les médecins français, mais aussi les autorités religieuses dont les positions ne sont pas sans impact à l'époque. Girard constate que dans les années 1930,

L'Église catholique condamne absolument et sévèrement toute opération stérilisante effectuée pour des motifs eugéniques ; d'après la doctrine catholique, les présomptions téméraires de la science vont contre la raison humaine et divine [...] L'opposition semble donc absolue et irréductible de la part de l'Église romaine³⁰⁸.

La force de la réaction de l'Église catholique à la mesure se traduit d'ailleurs en Allemagne par des débats confessionnels depuis les premiers projets de lois³⁰⁹. Ian Kershaw souligne en effet la « grande force et l'unité intérieure de la *Weltanschauung* catholique qu'aucun conflit théologique n'affaiblissait (à l'inverse des protestants) et qui, à travers ses prétentions à une interprétation totale, exerçait sur les croyants une influence bien plus forte, en terme de doctrine ou de comportement, que le luthéranisme sur la plupart des protestants »³¹⁰. Contrairement à l'euthanasie qui suscita un rejet général ignorant le paramètre confessionnel, la *GzVeN* illustre l'existence de réactions divergentes selon un facteur confessionnel.

D'autre part, le sentiment d'une loi aux implications pratiques démesurées existe aussi sur le plan scientifique en France, Sur un plan purement médical, beaucoup de médecins français en appellent donc à la prudence quand à la « sécurité des bases scientifiques et hérédito-biologiques ». En réaction aux postulats héréditaristes de la loi, Jean Girard souligne lui aussi le manque de certitude

³⁰⁶ Le problème de la dénatalité française est au cœur des préoccupations des médecins et hygiénistes de l'époque. Ainsi on trouve de nombreux titres d'articles du bulletin médical de la société Saint Luc, saint Côme et saint Damien consacrés à cette question. Ainsi « Le problème de la natalité et les médecins », *Bull. Méd. Soc. S. L.*, mars 1932.

³⁰⁷ G. CLEMENT, « Des médecins accepteraient-ils ce rôle odieux ? », *Bull. Méd. Soc. S. L.*, juin 1934.

³⁰⁸ L'auteur note par ailleurs que « l'Église protestante est par contre beaucoup moins catégorique », et que nombreux sont les protestants plébiscitant l'hygiène raciale. Contrairement à l'euthanasie qui suscita un rejet général ignorant le paramètre confessionnel, la *GzVeN* représente donc bien une mesure pertinente pour illustrer les réactions divergentes selon le facteur confessionnel ; La question de la réception plus grande du protestantisme aux idées eugéniques gagnerait à être étudiée. *Ibid.*, p. 63.

³⁰⁹ Voir Valentine HOFFBECK, « Le catholicisme à l'épreuve de l'eugénisme en France et en Allemagne (1919-1934) », *Revue d'Allemagne et des pays de langue allemande*, vol. 45, n°2, 2013, p. 177-192.

³¹⁰ *Ibid.*, p. 183-188.

quant à l'identification des personnes visées par la loi de stérilisation, et qui se fondent sur des travaux aux résultats encore peu probants :

Nous voulons simplement montrer [...] qu'il règne encore beaucoup d'obscurité et d'incertitude dans nos connaissances sur l'hérédité pathologique, malgré les importantes recherches effectuées dans ce domaine en particulier par les savants allemands. On sait que toutes nos connaissances sur l'hérédité reposent sur les lois fondamentales de Naudin-Mendel [qui] ne peuvent s'appliquer que d'une façon « élastique » et très incertaine à l'homme ; leurs résultats théoriques sont toujours faussés dans l'espèce humaine par le fait que [...] les facteurs extérieurs susceptible d'agir pour modifier ces résultats y sont extraordinairement nombreux et variés. D'où une incertitude inévitable³¹¹.

Les propos de Girard sont d'une grande importance, puisqu'ils montrent que même un non-spécialiste faisant des recherches sur le sujet n'a nulle difficulté à reconnaître l' « obscurité et [l']incertitude » qui prévalent encore à l'époque quant au savoir « sur l'hérédité pathologique », comme on a pu l'observer dans ce chapitre. Les incertitudes concernant la nosographie de l'arriération sont parmi les plus manifestes et mises en avant comme argument en faveur de la mesure à garder en terme de réalisations pratiques. Dans un article du *Bulletin de la Société médicale Saint Luc* de 1936, un médecin souligne à ce titre qu'en stérilisant des individus dont la « généalogie pathologique rigoureuse est impossible à établir », le risque est grand de mutiler à grande échelle précisément car les limites nosographiques ne sont pas du tout claires, et ce en particulier pour le retard mental :

La loi allemande veut stériliser la débilité mentale congénitale, mais où est le point de départ entre l'idiotie, l'imbécillité et la débilité simple? On parle de stériliser des tarés, puis des déficients, et on arrive fatalement à stériliser des indésirables³¹².

En particulier, beaucoup de médecins français rappellent l'impasse dans laquelle se trouve la psychiatrie des années 1930 concernant l'identification des causes d'arriération, qui sont pourtant au fondement de la décision de stérilisation de l'autre côté de la frontière :

La débilité mentale congénitale, que la loi allemande range dans la liste des maladies exposant à la stérilisation, est loin d'être une entité clinique bien nette [...] Les trois degrés classique : idiotie, imbécillité, débilité, ne sont pas nettement délimitables³¹³.

La loi allemande inclut la « débilité mentale congénitale » seule. Or beaucoup de travaux récents, y compris outre-Rhin, mentionnent la difficulté de trancher entre origine exogène et congénitale. De telles remarques critiques et mesurées de la part de médecins français ne sont pas un

³¹¹ J. GIRARD, *op. cit.*, p. 53-54.

³¹² J. OKINCZYK, « Les conditions d'un ordre social chrétien et le rôle du médecin catholique dans son avènement », *Bull. Med. Soc. S.L.*, septembre-octobre 1936, p. 23.

³¹³ J. GIRARD, *op. cit.*, p. 55.

hapax : Daniel Barker montre au sujet de la posture critique de Penrose qu'elle est partagée par d'autres scientifiques, qui enjoignaient les tenants de l'hygiène raciale à « commencer à se comporter comme des scientifiques et d'étudier la déficience mentale avec la même rigueur et la même impartialité qu'ils appliquaient généralement à d'autres problèmes »³¹⁴. Pour beaucoup de scientifiques raisonnant en dehors d'un cadre idéologique, la connaissance encore imparfaite de la marche des processus héréditaire est une raison justifiant d'éviter de mutiler les corps d'autrui de manière contrainte. Jean Girard souligne les implications pour la profession médicale :

En Allemagne, le médecin jusqu'ici uniquement gardien de la santé publique, prend maintenant des décisions qui agiront puissamment sur l'évolution physique et mentale du futur peuple allemand. Cette omnipotence est grosse de destinée et entraîne avec elle de très lourdes responsabilités³¹⁵.

Au final, la réaction française par rapport à la loi est prudente et mesurée. Même la Société française d'eugénisme, qui regroupe les biologistes, pédiatres et aliénistes les plus engagés en faveur de la cause, condamne les pratiques ayant cours dans l'Allemagne nazie³¹⁶. En 1935, bien que son président concède que « théoriquement, le plus simple serait de supprimer les tarés eux-mêmes, ou d'empêcher leur reproduction », citant l'exemple des Spartiates, il dénonce néanmoins les « horribles décisions » prises par le voisin allemand qui conduisent selon lui à un « eugénisme de haras »³¹⁷.

En définitive, la loi de stérilisation adoptée par les nazis doit être interprétée comme une mesure qui se situe tout à fait dans la lignée des considérations qui entourent le secteur de l'arriération depuis le début du XX^e siècle. L'approche par les dossiers médicaux de patients et les documents ayant servi de justification aux décisions de stérilisation forcée sur cette population montrent à échelle finale comment il est bien moins question d'eugénisme que de sélection au sens strict, c'est-à-dire d'élimination d'une population surnuméraire. Un tel tri s'effectue en pratique avec un total affranchissement de tout critère économique ou biologique. Force est de constater que l'ensemble des argumentaires développés pour justifier cette politique d'élimination n'interviennent au final que comme justification *a posteriori* d'une démarche dont le but n'est pas tant de choisir les plus productifs ou les moins contagieux que d'opérer une sélection. En effet, si elle mobilise en

³¹⁴ D. BARKER, *op. cit.*, p. 374.

³¹⁵ J. GIRARD, *op. cit.*, p. 61-62.

³¹⁶ Fondée en 1913 à la suite du Congrès international d'eugénique de Londres en 1912, cette société ne regroupe qu'une centaine de membres et n'a pas une grande importance au sein de l'opinion française. Y militent par exemple les aliénistes Georges Heuyer ou Edouard Toulouse.

³¹⁷ Dr LAUTIE, « l'Eugénisme », *Bull. Med. Soc. S.L.*, février 1935, p. 50.

surface les arguments des théories biologiques et de génétique psychiatrique les plus pointues du moment, ce n'est au final que pour mettre en pratique un tri qui n'est qu'un retour paradoxal à une loi naturelle archaïque. D'après nous, il est donc impossible de réduire le totalitarisme nazi comme la mise en pratique d'un modèle réactionnaire. La thèse d'un régime qui procéderait par un rejet total de la modernité ne peut donc être validée. L'Allemagne du milieu des années 1930 reste le pays le plus performant sur le plan scientifique. A l'inverse, les travaux de l'Ecole de Francfort mettant en exergue la modernité du nazisme qui s'exprimerait par la mise en œuvre d'une rationalité bureaucratique sous-estime les structures de pensée archaïques et *völkisch* qui sous-tendent toute l'hygiène raciale. La direction tout à fait rétrograde adoptée par les principes qui guident l'hygiène raciale mise en acte — et dont la loi de 1934 n'est que le premier acte, en est une bonne preuve. Ainsi c'est la description du nazisme comme « forme pathologique et réactionnaire de la modernité » (*pathologische reaktionäre Erscheinungsform der Moderne*)³¹⁸ qui nous semble la plus pertinente au vu des documents et des échelles que nous avons croisé dans ce dernier chapitre. Un tel processus pris entre progrès et régression n'a pu être mis en œuvre que par l'entremise d'une apolitisation et d'une amoralisation de la question, la rendant ainsi acceptable sur le plan moral par l'ensemble du corps médical. L'impératif biologique est devenu justifiable précisément par le détournement des mesures décrites comme « modernes », validées par les dernières découvertes de la génétique psychiatrique, et par suite légitimes.

Pourtant, si la génétique psychiatrique nazi procède par des conclusions qui sont arrangées pour coller au postulat de départ concernant la compréhension des mécanismes de l'arriération, comme on l'a vu dans l'enquête de Werner Pleger, quelques autres scientifiques mènent des recherches exemptes de visée idéologique. En 1937, la compréhension apportée par Lionel Penrose sur la transmission héréditaire de la phénylcétonurie va susciter l'enthousiasme. Pourtant, si l'on excepte la sclérose tubéreuse, la phénylcétonurie est la seule pathologie apte à expliquer la déficience mentale grâce à un schéma explicatif de type mendélien. Nul ne se doute alors que très peu de maladies mentales, hormis la chorée de Huntington, suivent un schéma de transmission strictement mendélien. Toutefois, dans le cadre de la compréhension nouvelle de la transmission de la déficience

³¹⁸ Expression utilisée par Jeffrey HERF, « Reactionary modernism », *Theory and Society*, vol. 10, n° 6, p. 805-832. On pourra consulter aussi l'article plus récent du même auteur dans un ouvrage collectif sur le thème de la décadence. Voir Jeffrey HERF, « Un nouvel examen du modernisme réactionnaire. Les nazis, la modernité et l'Occident », in Z. STERNHELL (dir.), *L'éternel retour. Contre la démocratie, l'idéologie et la décadence*, Paris, Presses de Sciences Po, 1994.

mentale, l'exemple de la phénylcétonurie fascine et suscite un optimisme nouveau, comme le rapporte Lionel Penrose :

Ses conceptions [celles du Dr Berry, très en vogue en Angleterre à l'époque] représentaient un point de vue fataliste largement répandu. Dans ce contexte, on peut comprendre facilement à quel point le Dr Turner a été ravi, lorsqu'en 1934, je lui ai annoncé qu'un biochimiste scandinave avait découvert une nouvelle cause, tout à fait inattendue, à certains cas d'imbécillité...L'origine de l'anomalie semblait être une condition héréditaire récessive, mais la déficience mentale se manifestait en conséquence d'un défaut de fonctionnement du foie, pas du cerveau. Je me souviens que les yeux du Dr Turner se sont mis à briller d'excitation à cette nouvelle, et nous nous sommes mis ensuite à discuter de la possibilité, dans l'avenir, d'un traitement rationnel de ces patients, qui consisterait à modifier leur régime alimentaire très tôt dans leur enfance³¹⁹.

Et en effet, en 1954, un pédiatre allemand nommé Horst Bickel démontre une hypothèse qu'avait pressenti Penrose, mais aussi formulée par les deux médecins alsaciens officiant entre Cernay et Strasbourg et dont on a détaillé toutes les étapes de leur recherches. Un régime pauvre en phénylalanine dès la naissance permet bien de prévenir de l'apparition d'un retard mental, comme avaient tenté de le montrer Marcel Rhein et Robert Stoeber dans leur tentative de « régime cétonique ». Dans l'immédiat après-guerre, l'heure est à l'enthousiasme : le « mendélisme médical » représente l'explication scientifique de certaines pathologies psychiatriques. Pour la première fois, des caractères morphologiques et psychiques sont reliés ensemble à l'anomalie biochimique provoquée par l'altération d'un gène. On cherche là une explication rationnelle des symptômes observés, à savoir que l'absence d'une molécule au niveau physiologique est à l'origine d'une pathologie sur le plan mental. De plus, cette approche permet d'envisager des perspectives thérapeutiques, puisque la suppression de la phénylalanine est la preuve absolue de la véracité de la chose. Sur un plan anthropologique, la symbolique est donc considérable : la phénylcétonurie montre soudain que la déficience mentale peut frapper tout le monde et pas seulement les classes pauvres. Ceci est un autre argument en faveur d'une moindre stigmatisation de la misère associée depuis longtemps aux pathologies mentales, et par là aussi vers un démantèlement du concept de dégénérescence. Pour toutes ces raisons, dans l'immédiat après-guerre, ces découvertes suscitent de grands espoirs de pouvoir dépister et donc réduire l'arriération. Les décennies suivantes montrent pourtant que l'on est loin de pouvoir appliquer les lois de transmission des caractères mendéliens à toutes les pathologies mentales ou de les expliquer par des mécanismes d'erreurs métaboliques fréquents. D'un point de vue strictement médical, la phénylcétonurie est peu représentative de l'évolution de la compréhension de l'arriération, qui avance peu. C'est toutefois avec cet exemple

³¹⁹ Lionel Penrose cité par Daniel J. KEVLES, *Au nom de l'eugénisme: génétique et politique dans le monde anglo-saxon*, Paris, Presses universitaires de France, 1995, p. 229.

emblématique que Penrose ouvre sa lecture inaugurale au *Galton Laboratory* à Londres, établissant ainsi symboliquement dans son discours la filiation de la génétique psychiatrique comme outil de compréhension nouveau remplaçant les idées eugénistes baptisées par le même Galton dans la décennie 1880³²⁰.

³²⁰ On peut mentionner que Fölling continue lui aussi ses recherches en quête de malades atteints de phénylcétonurie. Pour l'ensemble de ses recherches sur le sujet, Fölling est couronné par un prix remis par J.F.Kennedy, et par ailleurs la phénylcétonurie reste souvent mentionnée sous le terme de « maladie de Fölling ». C'est seulement en 1940 que Moss décrit la conversion de la phénylalanine en un autre acide aminé, la tyrosine, qui avait déjà été utilisé dans les expériences de Penrose ainsi qu'à Cernay, comme substitut de la phénylalanine. En 1947, Jervis explique que le problème métabolique engendré par la maladie viendrait d'une mise en échec de ce mécanisme situé au niveau du foie. Sur les recherches génétiques consacrées au handicap dans la période suivante, voir Britta-Marie SCHENK, *Behinderung verhindern: Humangenetische Beratungspraxis in der Bundesrepublik Deutschland (1960er bis 1990er Jahre)*, Francfort-sur-le-Main, Campus Verlag, 2016.

Conclusion

Le film de sensibilisation documentaire *Erbkrank* (littéralement « malade héréditaire ») est tourné au milieu des années 1930, avec le but affiché de persuader le public allemand de la légitimité de la loi de stérilisation récemment mise en application dans le cadre de la mise en œuvre de la politique d'hygiène raciale nazie³²¹. Si ce film représente « une production cinématographique qui reflète les orientations de la politique allemande en terme de santé publique en général et de recherche et d'assistance psychiatrique en particulier »³²², il ne peut toutefois se comprendre pleinement qu'à la mesure de la profondeur temporelle des thèses sur lesquelles il se fonde. Celles-ci consistent à diffuser une image dépréciative des « malades héréditaires », et au premier chef des malades dits « arriérés » (*schwachsinnig*). Tourné dans le contexte précis des premières années de la mise en pratique de la *Rassenhygiene*, symbolisée par la « loi d'élimination des descendances malades héréditairement » (*Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses*, ou *GzVeN*), interpréter ce film documentaire à la seule lumière du changement radical induit par cette loi s'avèrerait insuffisant. Certes, les affirmations que véhicule *Erkrank* soutiennent la propagande sanitaire nazie véhiculée et ont pour but de légitimer la mise en œuvre systématique, dès le 1^{er} janvier 1934, d'une politique d'eugénisme négatif sur les corps de huit catégories de malades, considérés comme atteints d'un mal transmissible génétiquement³²³. Néanmoins, ce film a une valeur fondamentale pour conclure notre travail de thèse, en ce que tout son contenu illustre à quel point la stérilisation des malades arriérés repose sur des postulats et des préjugés admis depuis bien longtemps au sein du milieu des aliénistes, et ce au-delà des frontières de l'Allemagne elle-même. Ce constat explique sa place dans la conclusion de notre thèse. Notre travail nous a permis d'acquérir la certitude que ce

³²¹ Le film *Erbkrank* a une datation incertaine, notamment en l'absence de générique qui permettrait d'identifier sa date de réalisation. Christian Bonah et Vincent Lowy estiment qu'il a été tourné entre 1934 et 1936 par Herbert Gerdes. Sur sa genèse, son contenu et son interprétation, ainsi que sur ses prolongements dans un autre film de propagande sanitaire plus tardif, parlant celui-ci, on lira l'article de Christian BONAHA et Vincent LOWY, « D'*Erbkrank* (1934-36) à *Opfer der Vergangenheit* (1937) : les représentations du handicap mental dans le cinéma de propagande nazi », in C. MEYER, *Normes et normalisation du travail*, Annecy, GEPSO, 2010, p. 35-49. L'idée d'une conclusion reprenant les acquis de notre travail à la lumière de ce court-métrage doit sa paternité à cet article et surtout au cours réalisé dans le cadre de l'enseignement « Cinéma, littérature et médecine » dispensé en faculté de médecine. Les remarques de Joël Danet sur le plan technique, la contextualisation de ce cours par Anne Rasmussen et les multiples réflexions impulsées par Christian Bonah sur le film documentaire comme source pour l'historien ont été essentiels dans l'intérêt développé pour ce type de document.

³²² C. BONAHA et V. LOWY, *op. cit.*, p. 36.

³²³ Ces huit catégories sont la débilité mentale congénitale, la schizophrénie, la folie maniaco-dépressive, l'épilepsie héréditaire, la danse de Saint-Guy (ou chorée de Huntington), la cécité héréditaire, la surdité héréditaire et les malformations corporelles graves et héréditaires. Une neuvième catégorie peut être stérilisée toute personne sujette à des crises graves d'alcoolisme, pathologie dont nous avons montré les liens avec l'idée de transmission héréditaire de l'arriération dans les chapitres 2, 3 et 6.

film, d'une vingtaine de minutes seulement, résume en réalité l'ensemble des débats agitant la psychiatrie en général et le domaine de la prise en charge des malades arriérés — qui représentent près des trois quarts des personnes victimes d'une stérilisation forcée entre 1934 et 1939 — et ce tout au long du demi-siècle qui précède sa réalisation. Il s'agira ainsi de partir des postulats ce « film de sensibilisation documentaire », en partie tourné dans l'asile de Dalldorf à Berlin, et dont la date correspond à notre borne chronologique supérieure, pour réaffirmer l'utilité et la pertinence de l'étude menée sur l'histoire des déficients mentaux et de leur place dans la prise en charge asilaire.

Il n'est pas surprenant que le coût excessif que représentent les arriérés pour la société — telle vision des arriérés comme membres improductifs à la charge de la société constitue le cœur du chapitre 5 —, soit un des thèmes centraux du film *Erbkrank*. Le martellement de l'argument économique tout au long du film parachève des décennies d'hésitation, au moment où sont effectuées d'importantes coupes dans la dépense publique concédée aux déficients mentaux en Allemagne, mais aussi en France, avec des moyens certes différents. L'un des intertitres du film mentionne que « les dépenses pour les malades héréditaires s'élèvent chaque année à 1,2 milliards de Reichsmark »³²⁴, chiffre immédiatement opposé à celui d'autres dépenses publiques, évidemment moins importantes, afin de condamner le coût des malades mentaux pour la collectivité. La menace pour les comptes publics ne se limite d'ailleurs pas aux frais engendrés par les seuls malades mentaux, comme doit le prouver l'exemple de « quatre sœurs arriérées [qui] ensemble [totalisent] 80 ans de prise en charge asilaire. Parmi six autres frères et sœurs, trois sont encore en vie et retomberont elles aussi un jour à la charge de l'Etat »³²⁵. Il s'agit ainsi de construire le sentiment d'un danger croissant, à propos d'une population elle-même exponentielle. En effet, les fratries d'arriérés évoquées dans *Ebkrank* appartiennent toujours à des familles nombreuses, pourvoyeuses de surcroît de membres qui « atteignent souvent un âge canonique »³²⁶. De telles affirmations constituent des contre-vérités. Ainsi on a pu voir dans le chapitre 2 que les services consacrés aux arriérés se caractérisaient par un taux de mortalité plus élevé que la moyenne des asiles — qui ont pour but de faire naître, ou d'accentuer, la crainte de leur multiplication exponentielle. Depuis la fin du XIX^e siècle, une telle menace de la progression de type géométrique des lignées « dégénérées » est un argument

³²⁴ „Die Ausgaben für Erbkrank betragen jährlich 1,2 Milliarden Reichsmark. Für die Verwaltung in Reich, Ländern und Gemeiden werden nur 713 Millionen Mark ausgegeben”.

³²⁵ „4 schwachsinnige Geschwister. Zusammen 80 JAHRE ANSTATSAUFENTHALT [en majuscule sur le carton]. Von 6 weiteren Geschwistern leben noch 3, die auch einmal dem Staat zur Last fallen werden“.

³²⁶ „Viele Irre erreichen ein hohes Alter“.

démographique utilisé de manière ambiguë³²⁷, mobilisé notamment dans l'optique d'incarner le danger que ceux-ci représentent pour la santé du corps social. Les affiches de propagande, créées à l'occasion de la loi de stérilisation, reprennent largement une idée qui était déjà centrale au début du siècle, par exemple dans les écrits d'Emil Kraepelin abordés dans le chapitre 6. Une telle multiplication exponentielle des malades « héréditaires » accentue d'autant plus l'impression de saturation, qui constitue l'un des premiers enjeux concernant la prise en charge asilaire des arriérés mis en évidence dès la fin du chapitre 1 de cette thèse³²⁸. En France, comme en Allemagne, les services et établissements créés font face à la congestion rapide des structures. Associé au faible taux de sortie caractéristique chez les malades arriérés, l'écueil réel de la surpopulation est l'un des arguments invoqués en faveur de la stérilisation forcée, qui permet de désinstitutionnaliser de nombreux arriérés sans pour autant prendre le risque qu'ils contaminent la population saine d'après les postulats de l'hygiène raciale nazie.

Dans *Erbrank*, la négation de la légitimité des deniers dépensés par la collectivité a des implications plus graves sur le statut accordé aux déficients mentaux. Le film suggère que l'argent dépensé en excès l'est surtout inutilement. Cette idée se situe dans la lignée du processus mis en évidence dans le chapitre 5 de la thèse, où nous avons pu démontrer que l'argument du coût élevé des déficients mentaux est doublé dès le début des années 1910 par l'accent mis sur leur statut de « non-valeur sociales ». On a pu démontrer que, dès le début du XX^e siècle, les tentatives d'évaluation du rendement effectif de leur travail — et, à l'échelle de l'institution, celui des services qui les hébergent — ont massivement débouché sur la condamnation de l'absence de rendement suffisant. A l'échelle individuelle, l'arriéré ralentit le maître lorsque ce dernier cherche à le faire travailler à l'atelier. A l'échelle de chaque institution, le manque de rendement est utilisé comme argument pour jeter le discrédit sur des services comme celui du Dr Bourneville. Ainsi, nous avons pu évoquer dans le chapitre 5 des critiques formulées par le psychologue Alfred Binet en France qui, à partir de statistiques sur la faible productivité des pensionnaires, cherche à prouver l'inutilité d'un service à vocation éducative. A l'échelle du secteur de l'assistance aux malades mentaux, l'image

³²⁷ On a pu souligner dans le chapitre 6 comment la théorie de la dégénérescence de Morel reposait sur un postulat interprété différemment en France et en Allemagne : si celle-ci postule la stérilité finale de l'idiot, comme paroxysme du processus, les écrits de Kraepelin montrent quant à eux une accentuation plus forte de la crainte d'une multiplication des souches malades. La différence entre France et Allemagne peut être comprise en raison du régime démographique différent adopté par les deux pays à la même période : dans une Allemagne où la croissance démographique reste manifeste après la Première Guerre mondiale, la crainte d'une multiplication des individus malades est plus crédible.

³²⁸ Un autre exemple de chiffre fourni sur une lignée pathologique dans le film : « Fillette arriérée avec sa mère malade mentale. Grand-père nerveux, père malade héréditaire, un frère arriéré. Jusque-là, la lignée a coûté à l'Etat 62300 Reichsmark ».

d'une pathologie dont on ne peut obtenir une amélioration que par des efforts importants et patients commande progressivement la désaffection des aliénistes vis-à-vis des malades, l'absence de guérison probante étant décrite comme peu valorisante pour l'institution et leur propre capacité à soigner ce type de malades mentaux. *Erbkrank* reprend en tous points cette idée lorsque se succèdent des intertitres suggérant le lien entre arriération et fainéantise³²⁹, dont l'effet est amplifié par l'accumulation de chiffres sur les cartons en général. La fin du chapitre 3 a servi à démontrer que le malade que les aliénistes classent dans la catégorie de l'imbécile moral est en particulier sujet à des travers tels que la paresse, la duplicité et toutes sortes de comportements regroupés sous le terme d'« asociaux », d'après une terminologie qui, selon l'hypothèse que nous avons formulée, remonterait à un traité de l'aliéniste français Paul Sollier. Dans *Erbkrank*, les travers moraux et sociaux associés aux déficients mentaux sont présentés en opposition avec la vertu laborieuse, associée aux individus dits « sains », ouvriers et paysans, représentés à la fin du film. Les images d'un cultivateur et de sa famille se livrant aux travaux des champs symbolise l'idéal qui doit être atteint par la *Rassenhygiene* d'un peuple fort, et donc sain. Cet exemple de corps individuel est en réalité une métaphore du corps de la nation, du *Volk*, qu'il s'agit de préserver par la loi de stérilisation concernant ceux dont on considère qu'ils pèsent comme une charge sur la collectivité. L'esprit de la loi s'appuie sur des données qui étaient déjà en germe dans les décennies précédentes.

A l'échelle nationale enfin, l'arriéré ne donne pas l'image d'un rendement effectif. Le coût de sa prise en charge est conçu comme une « dette » qu'il devrait rembourser à la société. On trouve ici une spécificité propre à la maladie mentale : pour quelle autre pathologie exigerait-on en effet que les malades compensent les frais de leur hospitalisation ? Cette rhétorique constitue elle aussi un poncif de la période, relevé dès le chapitre 1, dont les principes guident la fondation des établissements. Une telle conception procède d'une vision du corps et de l'âme comme entités radicalement séparés, qui veut que — hormis pour les infirmes — l'esprit malade soit guéri par l'activité corporelle. Or l'arriéré vient annuler ce raisonnement. L'état valide des cas les plus légers semble d'autant plus faire ressortir ces reproches. La fin du chapitre 1 se clôt déjà par un constat désillusionné : dès les origines, la prise en charge des arriérés souffre d'un déni de soutien de la part des pouvoirs publics en Allemagne, mais surtout en France. L'accumulation des cas présentés dans le film avec le bilan de leur entretien asilaire chiffré en Reichsmark ne fait que reprendre une condamnation ancienne du coût de la prise en charge asilaire. Par ailleurs, *Erbkrank* présente les soins aux arriérés comme une faveur, voire un luxe qui leur serait accordée au détriment d'autres catégories sociales appartenant,

³²⁹ Dans une lignée de dégénérescence qui associe ce trait de caractère aux pathologies de l'arriération et de l'alcoolisme : « Deux frères. Un autre frère alcoolique et qui recule devant le travail » (*Zwei Brüder. Ein weiterer Bruder Alkoholiker und arbeitscheu. Zusammen 28 Jahre Anstaltsaufenthalt*).

elles, à la population dite « saine ». La phrase qui ouvre le film est éloquente : « un pays dans lequel la descendance d'hommes alcooliques, de voleurs et de crétins est logée dans des palaces, alors que les travailleurs et les paysans vivent dans des demeures misérables, est un pays qui court à sa perte »³³⁰. Un retour sur le début de la période étudiée permet de réaliser que de telles affirmations étaient déjà présentes, dans une forme identique, sous la plume des opposants à l'ouverture du service de Bicêtre, un demi-siècle plus tôt en France. Pour discréditer la légitimité de l'éducation aux arriérés, le service est lui aussi décrit comme un palace, que l'on oppose aux locaux dont disposent des lycéens et des militaires plus mal lotis³³¹. Or ce discours, quelle que soit l'époque, cherche à faire ressentir comme une injustice les moyens dépensés pour des malades mentaux, qu'on présente volontiers comme des privilégiés oisifs, par rapport à une population laborieuse qui vit, elle, dans une misère qui n'en devient que plus scandaleuse lorsqu'elle est ainsi opposée à la situation des arriérés à qui l'on bâtirait des « palaces » aux frais de la collectivité³³². Le chapitre 5 illustre comment la préoccupation incessante pour le coût de ces tentatives — et par là le déni de légitimité dont elles ont structurellement souffert depuis l'origine — est aussi un facteur clé permettant de comprendre l'abandon progressif des efforts destinés à conférer du crédit à une curabilité, même partielle, des pathologies relevant du retard mental. Au final, un tel argumentaire procède d'une valeur différente accordée à l'être humain, et en l'occurrence d'une valeur inférieure concédée au déficient mental. L'un des cartons du film mentionne dans cet ordre d'idée que « la somme qui a été dépensée pour ces fous indignes de vivre aurait pu constituer un capital pour aider 40 pauvres familles nombreuses à s'établir dans un lotissement neuf »³³³. De l'inutilité de la dépense, à l'inutilité des arriérés, on passe insidieusement à leur non-valeur sociale absolue en tant que valeur négative.

³³⁰ „Wo den Nachkommen von Säufnern, Verbrechern und Schwachsinnigen Paläste gebaut werden, indes der Arbeiter und Bauer mit einer kümmerlichen Hütte vorlieb nehmen muss, da geht ein solches 'Volk' mit Riesenschritten seinem Ende entgegen". Il s'agit d'une phrase de Walter Gross, l'un des médecins membres du NSDAP qui sera l'un des rédacteurs des lois de Nuremberg. Voir C. BONAHE et V. LOWY, *op. cit.*

³³¹ On peut reproduire ici cet extrait d'un article de presse datant de 1887 figurant dans le chapitre 1 pour mettre en valeur un parallèle qui n'est pas injustifié. La rhétorique perverse de la présentation des nécessiteux comme des êtres qui accaparent des deniers publics qui auraient pu être employés à d'autres fins est au centre de l'argumentaire du journaliste vilipendant le « luxe » du service de Bicêtre : « On leur [les idiots] a même établi des water-closets monumentaux, qui restent d'autant plus superbes que nos gâteaux ont l'habitude de ne point s'en servir. Leur culotte est là! Infirmiers et infirmières les changent, en moyenne, de linge cinq à six fois par jour. Réussira-t-on jamais à leur apprendre le chemin de ces cabinets, luxueusement établis? On peut en douter. Si nos lycées et nos casernes avaient cela! S'ils possédaient ce confort, ou même quelque chose d'approchant! Mais hélas! La bourse de l'Etat et des départements n'est pas inépuisable. Quand elle est vidée, il n'y a plus rien dedans. [...] Quand le palais est construit, il faut l'admirer sans rechigner encore à la note payée ». Archives A.P.H.P., Bicêtre, 646 FOSS 49 (articles de presse), Emile Cère, « Chronique », in *La France*, 30 septembre 1887.

³³² « Mais pour les malades mentaux qui sont complètement obtus et indifférents pour leur entourage, on a bâti des palaces ». „Aber für Irre, die völlig stumpf sind für ihre Umgebung, baute man Paläste”

³³³ „Die Summe, si bisher für diesen lebensuntüchtigen Irren gezahlt wurde, hätte 40 armen kinderreichen Familien als Eigenkapital zu einer Siedlung verholfen”.

Le *leitmotiv* de l'opposition entre sain et malsain, central dans le film, ne fait que traduire une séparation entre individus jugés « normaux » sur le plan sanitaire, contrairement aux « tarés ». Dans la filiation des recherches de Volker Roelcke³³⁴, le dernier chapitre de cette thèse a mis en évidence comment l'idée d'une parenté morbide, qui est au cœur de la politique d'hygiène raciale nazie, découle en partie d'une réinterprétation de la théorie de la dégénérescence. Celle-ci représentait un paradigme majeur pour les aliénistes et les médecins européens de la fin du XIX^e siècle, et l'on peut constater son influence jusque dans l'entre-deux-guerres en ce qui concerne la compréhension de la transmission de l'arriération. Le chapitre 6 démontre en particulier comment les observations médicales faites au sujet des arriérés répondent à un schéma constant reprenant les grandes lignes de cette théorie. Tout d'abord à Bicêtre où elles sont orientées vers la reconstitution de véritables lignées dégénérées. Partant du malade arriéré, les aliénistes reconstituent pêle-mêle une filiation constituée d'alcooliques, syphilitiques, nerveux, tuberculeux et autres tatoués, comme autant de membres pris dans une même parenté morbide. Nous avons identifié les mêmes filiations pathologiques dans les dossiers médicaux de l'établissement de Cernay dans l'entre-deux-guerres. A Berlin, de telles généalogies ne s'observent que plus tardivement, mais deviennent évidentes avec l'essor de la *Rassenhygiene* et des études familiales utilisant l'outil statistique pour objectiver un lien de causalité entre ces « fléaux sociaux » et l'origine de l'arriération. De tels liens sont utilisés explicitement dans *Erbkrank*, dont l'un des intertitres restitue une telle lignée de dégénérescence en associant « des jumeaux arriérés » à un « père fraudeur (Betrüger) » et une « mère nerveuse et alcoolique »³³⁵.

En lien avec ce thème de la dégénérescence et ses stigmates, les chapitre 3 et 6 de la thèse soulignent en quoi les publications, tout comme les diagnostics posés en pratique par les aliénistes, présentent une même ambiguïté, mêlant arguments d'ordre moraux et mise en évidence d'une pathologie qui relève du déficit d'intelligence. L'un des apports de notre travail est de démontrer en quoi la façon dont sont décrits les arriérés — par les aliénistes, les psychologues, les instituteurs ou leur entourage — mobilise des considérations fortement morales et disciplinaires. Autour de 1900, les capacités cognitives ne constituent pas le seul paramètre de ce qu'on désigne aujourd'hui par le terme d'intelligence. Ce glissement fréquent du diagnostic, sur le plan de la conformité, à un idéal social et moral montre qu'entre la fin du XIX^e siècle et les années 1930, la catégorie des « arriérés »

³³⁴ Volker ROELCKE, *Krankheit und Kulturkritik : Psychiatrische Gesellschaftsdeutungen im bürgerlichen Zeitalter (1790-1914)*, Francfort-sur-le-Main, Campus Verlag, 1999.

³³⁵ „Einige Zwillinge. Schwachsinnig. Vater Betrüger. Mutter nervös und Trinkerin”.

excède largement celle, contemporaine, des « handicapés mentaux »³³⁶. Le dernier chapitre de notre thèse a démontré en quoi ces reproches d'ordre disciplinaire sont réutilisés comme pièces dans le dossier constitué par les médecins-juges pour justifier la décision de stérilisation forcée devant les « tribunaux de santé héréditaire » (*Erbgesundheitsgesetz*). *Erbkrank* vient servir d'exemple à ce glissement du danger sanitaire — la transmission des tares au sein de la population — au péril moral et social. Or ce basculement dans le propos du film est rigoureusement identique à celui que l'on a relevé dans les discours des aliénistes à la fin du chapitre 3. Fil directeur de tout le dernier tiers du film, la vision de l'arriéré comme menace sociale se construit en réalité dès la fin du XIX^e siècle³³⁷. Ici aussi, l'argumentaire du film ne fait que reprendre un fonds de suspicion déjà existant, en l'alimentant par des représentations inquiétantes suggérant la filiation entre arriérés et criminels. L'un d'entre eux, décrit comme « issu d'une lignée dégénérée », serait un « voleur et auteur de crimes sexuels récidiviste [pris en charge] dans un asile depuis 29 ans »³³⁸. Dans le film comme dans notre chapitre 3, on passe ainsi graduellement de la mise en avant de la monstruosité physique à celle de la monstruosité sociale, qu'on a démontrée à partir de la figure de l'« imbécile moral » dans la thèse.

Par ailleurs, cette vision moralisante a pour corollaire une certaine déshumanisation de l'arriéré. Nous avons exploré certain des procédés de dépréciation du déficient mental dans le chapitre 3. Ces derniers apparaissent de manière identique dans le film de propagande, mais considérablement amplifiés par un emploi intentionnellement dépréciatif des images. Insistant sur les malformations des malades, les attitudes hébétées des patients ou mettant en avant la glotonnerie de malades incapables de se nourrir de manière autonome, la caméra n'est qu'un nouvel instrument qui vient suppléer l'œil de l'expert ou la plaque photographique de l'aliéniste dans l'étude des arriérés. Davantage encore que certains propos que nous restituons dans nos chapitres, *Erbkrank* permet de prendre la mesure de la violence du registre employé à propos de cette catégorie particulière de malades mentaux, réduits à une « sous-humanité ». En effet, plusieurs séquences visent explicitement à prouver que « beaucoup d'idiots se situent bien en-dessous de l'animal, ne parvenant jamais à

³³⁶ Elle comprend tout le spectre de ce que Michel Foucault avait désigné par le terme d'« enfant fou », à quoi s'ajoutent les adultes atteints de retard mental. Nous n'avons jamais employé cette expression car nous ne l'avons jamais rencontrée dans les sources. Néanmoins, elle désigne avec beaucoup de pertinence la catégorie des enfants arriérés. Elle ne suffit toutefois pas à qualifier les adultes arriérés. L'ambiguïté des catégories ne fait que confirmer la fonction disciplinaire du terme d'arriération : un adulte arriéré n'est finalement qu'enfant parce qu'il ne s'est pas adapté aux exigences productives, sociales et morales exigible de tout citoyen valide digne de ce nom.

³³⁷ Elle est à rattacher à une perception d'une dangerosité tendanciellement croissante du malade mental en général. Voir Laurence GUIGNARD, Hervé GUILLEMAIN et Stéphane TISON (dir.), *Expériences de la folie : criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIX^e - XX^e siècles)*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2013.

³³⁸ „Schwerverbrecher aus belasteter Sippe. Vorbestraft wegen Zuhälterei und Sittlichkeitsverbrechens. MEHRFACHER Raub- und Lustmörder. Seit 29 Jahren in einer Irrenanstalt”.

apprendre quoi que ce soit et sont de surcroît malpropres »³³⁹, comme le proclame un intertitre. La propagande sanitaire nazie mobilise ainsi un fonds agressif et dépréciatif déjà perceptible dans certaines de nos sources. Ceci explique sans doute l'aspect frappant du film, dont la « simplicité presque archaïque [...] repose sur le simple fait de montrer de manière crue et cruelle des malades mentaux en dénonçant leur monstruosité physique »³⁴⁰.

Pourtant, le film *Ebkrank* n'est pas qu'un résumé tronqué de représentations passéistes. Toute l'habileté de la propagande nazie est de construire son argumentation en adoptant un langage et des symboles témoignant d'une modernité sur le plan scientifique. Le film procède de l'ambiguïté constitutive de toute l'hygiène de la race nazie, qui réactive à la fois des thèses archaïques, telles que les « lois de la nature », mais qui s'appuie aussi sur les outils les plus récents mobilisés dans les travaux de l'*Erbbiologie* (« biologie de l'hérédité »). Ce caractère paradoxal a été mis en lumière à la fin du chapitre 6, qui montre en quoi la *Rassenhygiene* se construit entre le recours à une biologie primitive et un modernisme scientifique avéré. On y retrouve des éléments communs aux pièces qui apparaissent dans les dossiers médicaux de patients pris en charge dans l'asile berlinois avant d'être stérilisés, à l'image de l'arbre généalogique qui apparaît à plusieurs reprises sous forme de croquis sur les cartons du film. S'il vient « donner un tour scientifique à la démonstration »³⁴¹ dans le film, on peut en dire tout autant de sa valeur dans les dossiers de patients.

Le dernier tiers du film est également marqué par une autre donnée mise en évidence dans le chapitre 4 de notre thèse, en l'occurrence le glissement progressif vers une inquiétude quant à « l'invisibilité » possible d'une partie des cas de maladies héréditaires, qu'on relève dès le début du XX^e siècle. Sur ce point, la dernière partie du chapitre 3 démontre l'utilisation de l'appareil photographique comme « rétine de la science » destinée à objectiver les atteintes organiques et autres malformations pour tenter de comprendre l'origine des cas les plus graves d'arriération. Le chapitre suivant prouve qu'après 1900, l'enjeu devient surtout de saisir la limite entre le retard mental et la « normalité ». Cette limite, pour laquelle l'institution scolaire sert de révélateur, équivaut à la frontière entre normal et pathologique dans l'esprit des aliénistes comme des psychologues. Le chapitre 4 démontre comment, historiquement, les tests d'intelligence sont nés pour trouver un outil plus sûr permettant de différencier les retardés mentaux des écoliers. L'enjeu du « tri » est similaire dans les dernières scènes d'*Erbkrank* : « Chaque malade infirme ou arriéré n'est pas forcément malade héréditaire... Mais chacun — même celui en apparence en bonne santé — fonde une lignée

³³⁹ „Tief unter dem Tier stehen viele Idioten, die sich nie verständlich zu machen lernen und zumeist unrein sind »

³⁴⁰ C. BONAHE et V. LOWY, *op. cit.*, p. 44.

³⁴¹ *Ibid.*, p. 43.

malade héréditairement et peut être porteur et transmetteur d'un patrimoine génétique malade »³⁴². La suspicion d'une pathologie héréditaire sous-jacente légitime dès lors une sélection, en dépit même d'une apparence éloignée de la monstruosité évoquée plus tôt. C'est dans cette brèche d'une apparence « normale » cachant pourtant un patrimoine héréditaire peut-être vicié que s'infiltrer *Erbkrank*, pour laisser entendre au spectateur que « les malades héréditaires qui héritent les prédispositions à la maladie mentale de leurs parents sont, de loin, la majorité des malades mentaux, chez lesquels ces prédispositions ne se manifestent pas extérieurement »³⁴³. Cette affirmation peut résumer toute la seconde partie du chapitre 6 de notre thèse, dont l'enjeu est justement de chercher un moyen d'identifier, de sélectionner, puis d'éliminer les souches potentiellement pathologiques que représentent les retardés mentaux, même les plus légers. Identifier de manière rapide et efficace les malades arriérés est d'ailleurs un enjeu qui dépasse amplement l'aire germanique, comme on a pu le prouver par l'étude fine des étapes des recherches menées par deux médecins alsaciens sur les malades de l'établissement de Cernay, et ce afin d'identifier les mécanismes génétiques de la transmission de la phénylcétonurie.

A ce propos, un autre apport de notre travail réside dans la réflexion menée sur le discours scientifique, qui est en partie employé dans le but d'augmenter la valeur que différents spécialistes espèrent conférer à leur argument³⁴⁴. Les tentatives d'objectivation de l'arriération et ses causes représentent l'un des thèmes majeurs de la thèse à partir du chapitre 3. Les chapitres 5 et 6 en particulier mettent en évidence que l'idéologie n'est pourtant jamais loin de la science. Il en est de même dans le cadre de l'argumentaire du film, dans lequel le recours classique aux statistiques catastrophistes est largement mobilisé pour renforcer l'évidence d'un danger absolu dans les esprits.

³⁴² „Nicht jeder geistig oder körperlich Behinderte ist erbkrank...Aber jedes -auch scheinbar gesunde - glied einer erbkranken Sippe und kann Träger und Vererber des kranken Erbgutes sein”.

³⁴³ „Wie weitaus grösste Zahl aller Irren erworben die Anlagen zur Geisteskrankheit von ERBKRAKEN Eltern, bei denen die Anlagen äusserlich nicht in Erscheinung traten“.

³⁴⁴ L'apport des *Sciences Studies* a été fondamental dans notre travail de thèse. L'aptitude de la littérature à nous faire réfléchir sur des thèmes similaires, tels que les travers de la rationalisation ou de l'objectivation excessive de l'agir humain ne doit pourtant pas être négligée, à l'image de cet extrait de *l'Homme sans qualités* de l'écrivain — et ingénieur — autrichien Robert Musil, dont les deux tomes inachevés sont contemporains de notre sujet : « Ne voir dans la bonté qu'une forme particulière de l'égoïsme ; rapporter les mouvements du cœur à des sécrétions internes ; constater que l'homme se compose de huit ou neuf dixièmes d'eau ; expliquer la fameuse liberté morale du caractère comme un appendice automatique du libre-échange ; ramener la beauté à une bonne digestion et au bon état des tissus adipeux ; réduire la procréation et le suicide à des courbes annuelles qui révèlent le caractère forcé de ce que l'on croyait le résultat des décisions les plus libres ; sentir la parenté de l'extase avec l'aliénation mentale ; mettre sur le même plan la bouche et l'anus, puisqu'ils sont les extrémités orale et rectale d'une même chose... : de telles idées, qui dévoilent en effet dans une certaine mesure les trucs de l'illusionnisme humain, bénéficient toujours d'une sorte de préjugé favorable et passent pour particulièrement scientifiques. C'est sans doute la vérité qu'on aime en elles ; mais tout autour de cet amour nu, il y a un goût de la désillusion, de la contrainte, de l'inexorable, de la froide intimidation et des sèches remontrances, une maligne partialité ».

Ainsi un carton affirme avec une précision suggérée par l'utilisation de données chiffrées, néanmoins douteuses, que « le nombre de malades héréditaires a augmenté de près de 450% dans les 70 dernières années, tandis que l'augmentation de la population totale n'a été que de 50% Ainsi dans 50 ans, une personne sur 4 sera atteinte d'une maladie mentale »³⁴⁵. Ces données servent de preuve pseudo-scientifique en vertu de la « foi dans le nombre » (*trust in numbers*) qu'on a évoquée à l'occasion des tests de Q.I. et, dans les derniers chapitres de notre travail, des statistiques utilisées par les études familiales de génétique psychiatrique.

Enfin, un dernier aspect important de notre travail consiste à pointer des mécanismes destinés à rendre acceptable pour la communauté médicale de l'époque une mesure aussi violente que la stérilisation forcée. Le but premier d'*Erbkrank* réside dans la justification de la loi de stérilisation, et découle de tous les arguments présentés auparavant. Cette action violente, qui ne se fonde pas sur le consentement et qui est décidée par le seul corps médical, est présentée comme légitime dans le film, parce qu'elle protégerait le corps de la nation d'individus innocents, mais irresponsables. Ce qui fait d'eux des coupables, c'est la contagion qu'ils engendrent : « les malades héréditaires sont innocents. Ils deviennent coupables à partir du moment où ils transmettent leur souffrance à des enfants »³⁴⁶. Une telle affirmation permet de ménager une empathie fictive, tout en justifiant la mise en œuvre d'une politique eugéniste violente. Le film invoque également la volonté divine comme autre procédé rhétorique. Selon un argument d'autorité, reproduit sur l'un des cartons du film, « l'empêchement des descendance malades héréditaires est un décret divin »³⁴⁷. Or une telle affirmation procède d'un argumentaire rigoureusement semblable à celui qu'ont développé le juriste Karl Binding et le Dr Alfred Hoche dans leur opuscule de 1920, dont on a analysé dans le chapitre 5 le contenu et, surtout, la réception particulière dans le contexte de l'immédiat après-guerre. La rhétorique des « vies indignes d'être vécues » (*lebensunwerte Leben*) et de la miséricorde, qui justifie leur abrègement, n'a encore une fois pas été inventée par la propagande nazie. Une telle thèse trouve une oreille attentive dans le contexte désastreux de l'après-Première Guerre mondiale en Allemagne. La deuxième moitié de notre travail démontre, à partir du chapitre 4, en quoi le secteur de la prise en charge de l'arriération fait l'objet d'une constante rhétorique du tri : il faut séparer les « éducatibles » (*bildungsfähig*) des « inéducatibles » (*bildungsunfähig*), mais aussi les écoliers « normaux » de ceux

³⁴⁵ „Die Zahl der Geisteskranken hat in den letzten 70 Jahren um 450% zugenommen, während die Zunahme der Gesamtbevölkerung nur 50% betrug”.

³⁴⁶ „Erbkranke sind schuldlos. Sie werden schuldig, wenn sie ihr Leid auf Kinder vererben“.

³⁴⁷ „Die ‘Verhütung erbkranken Nachwuchses ist ein sittliches Gebot. Sie bedeutet praktische Nächstenliebe und höchste Achtung vor den gottgegebenen Naturgesetzen”. Un autre intertitre proclame que l'eugénisme « signifie en pratique l'amour du prochain et la plus haute attention pour les lois de la nature établies par Dieu ».

que l'on considère comme des « débilés légers » (*leichter Schwachsinniger*). La stérilisation forcée procède du même impératif de sélection. Mais dans *Erbkrank*, comme dans la pratique, la force du discours réside dans une amoralisation du propos amplement utilisée par la propagande nazie³⁴⁸, mais aussi dans le discours scientifique développé depuis le début du XX^e siècle sur le sujet. Notre travail de thèse met en avant comment des travaux scientifiques successifs ont su dépolitiser la question, en utilisant une apparente neutralité, pour défendre des conclusions telles que l'incurabilité de la déficience mentale, ou tout du moins le légitime abandon de tentatives éducatives, comme l'a montré le chapitre 4 pour la France. La montée des idées de sélection entravée par l'assistance est ancienne, mais prend une importance capitale dans les années 1930. Un intertitre souligne que « ce que les lois de la nature feraient disparaître sans l'action humaine est gardé et soigné »³⁴⁹. Dans ce cadre, l'argument naturaliste de la « loi de la nature » permet de justifier la sélection et la stérilisation des « malades héréditaires ». Il s'agit de rendre la mesure amoralisée. L'insistance sur le caractère quasi-inévitable du scénario d'une contamination générale de la population — de la « race aryenne » dans le discours nazi — par les déficients mentaux ne fait apparaître que plus impérieuse la mesure de stérilisation des « descendance malades ». Si le spectateur ne l'avait pas encore compris, les métaphores les plus évidentes suggèrent l'impératif d'un rétablissement d'une sélection naturelle perdue : « le paysan qui détruit la mauvaise herbe qui l'envahit favorise ce qui a véritablement de la valeur »³⁵⁰. *Erbkrank* met ainsi en relief un aspect fondamental du chapitre 6 concernant la nature paradoxale de l'hygiène raciale nazie, fondée sur un discours archaïque tout en mobilisant des scientifiques parmi les plus pointus de l'époque.

Le chapitre 6 apporte ainsi des éléments de réponse à la question de l'action consentie des psychiatres chargés d'orchestrer les décisions de stérilisation. C'est à eux qu'il est donné, sous la dictature nazie, de rétablir la sélection naturelle tronquée par l'assistance aux nécessiteux. Leur place est signalée dès le début du film, qui s'ouvre par une citation du Dr Walter Gross, un médecin corédacteur des lois de Nuremberg et fondateur de *l'Aufklärungsamt für Bevölkerungspolitik und Rassenhygiene*³⁵¹. Paul Weindling montre que la loi de 1934 illustre un « renforcement mutuel entre le pouvoir médical et l'autorité de l'Etat »³⁵². Notre chapitre 6 confirme ce constat en l'illustrant par une analyse des

³⁴⁸ Voir sur ce thème Volker ROELCKE, « Biologizing social facts : An early 20th Century Debate on Kraepelin's Concepts of Culture, Neurasthenia, and Degeneration », *Culture, Medicine & Psychiatry*, vol. 21, n° 4, 1997, p. 383-403.

³⁴⁹ „Was nach den Naturgesetzen in der Freiheit zugrunde gehen würde, wird behütet und gepflegt“.

³⁵⁰ „Der Bauer, der das Überwuchern des Unkrauts verhindert, fördert das Wertvolle“.

³⁵¹ C. BONAHE et V. LOWY, *op. cit.*,

³⁵² Paul WEINDLING, *L'hygiène de la race. Hygiène raciale et eugénisme médical en Allemagne, 1870-1932*, Paris, La Découverte, 1998, p. 183.

détails de l'élimination d'une catégorie de « malades héréditaires » qui suscitait justement le désintérêt de la plupart des psychiatres et de l'Etat depuis le début des années 1930. Tout l'intérêt de notre thèse est toutefois de fournir des éléments nuanciant ce qui pourrait apparaître comme une conclusion téléologique. En effet, l'exemple des réactions des médecins français à la loi de stérilisation montre que 1933 reste tout de même une césure fondamentale pour comprendre la biopolitique qui a pu être mise en place sous le III^e Reich.

De surcroît, le chapitre 2, consacré aux relations entre les individus internés pour arriération et leur entourage, vient déplacer le point de vue présenté sur la question. Les correspondances des familles, la douleur à l'annonce du diagnostic ou de la mort du proche interné permettent de voir en quoi la vision dépréciative des « malades héréditaires » que tente de véhiculer *Erbkrank* a en partie échoué sous le III^e Reich. De tels témoignages sont difficiles à saisir dans la posture de l'historienne limitée à l'écrit comme source principale d'information, alors que le lien avec ces malades en institution s'est sans doute construit sur d'autres modes. Sans ce point de vue, qui prouve l'attachement fort de beaucoup de famille à l'enfant ou au frère qui a dû être confié à une prise en charge asilaire, comment comprendre l'arrêt de l'*Aktion T4* quelques années plus tard ? L'entrée dans la Seconde Guerre mondiale s'accompagne de la légalisation de l'euthanasie des malades et handicapés mentaux jugés « inutiles à la société » (*gesellschaftsunntzlich*), continuant un processus de sélection et d'élimination qui avait commencé avec la loi de stérilisation de 1934³⁵³. Cette étape supplémentaire dans la radicalisation de la politique d'hygiène raciale provoque toutefois une forte indignation au sein de la population, en particulier chez les familles émues et troublées devant les disparitions de plus en plus fréquentes des déficients mentaux internés. Leurs plaintes sont relayées notamment par les autorités religieuses. Le sermon du 3 août 1941 de l'évêque de Münster montre la pertinence des thèses défendues dans le chapitre 5 de notre travail. M^{gr} Galen dénonce en effet « ce principe que l'on a de tuer un homme improductif », dans une déclaration qui fut cruciale dans l'arrêt — seulement officiel certes — de l'*Aktion T4*³⁵⁴. Comme on a pu le pressentir dans le chapitre 2 consacré aux relations avec les familles, l'impact de l'argument eugénique et racial, pourtant central

³⁵³ Udo BENZENHÖFER, *Der gute Tod?: Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart*, München, Beck, 1999. Sur les malades et handicapés mentaux victimes de l'action *Tiergarten 4*, voir Petra FUCHS, Maïke ROTZOLL, Ulrich MÜLLER, Paul RICHTER et Gerrit HOHENDORF, «*Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst*» : *Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen Euthanasie*, Göttingen, Wallstein, 2007.

³⁵⁴ C'est cependant surtout la crainte de ne plus pouvoir mobiliser les catholiques qui fut l'élément clé de la décision de Hitler prise au cours du mois d'août 1941. Le sermon de Mgr Galen dénonce notamment le viol du 5^e commandement par l'Action T4. Or les autorités nazies n'osèrent pas toucher à l'évêque, Goebbels craignant de devoir renoncer à utiliser les soldats de Münster, voire d'autres communautés catholiques, pour l'effort de guerre. Voir I. KERSHAW, *L'opinion allemande* (note 52), p. 302-304.

dans l'idéologie nazie, comme on a pu le voir par l'exemple du film *Erbkrank*, avait été surestimé en ce qui concerne la population allemande.

On peut terminer sur la pertinence de la comparaison avec la France, et même d'autres pays européens. Si l'on excepte son caractère obligatoire, et le nombre bien plus élevé de stérilisations effectuées en Allemagne³⁵⁵, la politique allemande de stérilisation forcée présentait en 1933 de fortes similitudes idéologiques avec les programmes eugéniques étrangers. A l'inverse, la mise en place dès le 18 août 1939 de la politique d'« euthanasie » est une radicalisation sans équivalent que dissimule mal l'euphémisme de la dénomination. Elle place l'historien face à l'impossibilité heuristique de toute comparaison possible. L'extermination de ces « vies indignes d'être vécues » (*lebensunwerten Leben*) entraîna la mort par injection ou gazage de 80 000 victimes lors d'exécutions dont on sait aujourd'hui qu'elles servirent de propédeutique à la « Solution finale ».

³⁵⁵ 380 à 400 000 et au moins 5000 décès des suites d'une opération chirurgicale présentée comme peu risquée par les autorités sanitaires.

Table des matières

Introduction générale	13
Chapitre 1 : La création de sections pour arriérés dans le cadre asilaire.....	55
A. Prendre en charge le retard mental dans des lieux éducatifs asilaires à la fin du XIX^e siècle	57
1. L'Idiotenanstalt de Dalldorf à Berlin : une école accolée à l'asile (1881)	57
a) Un contexte de manque d'établissements publics pour arriérés.....	57
b) L'organisation de l'établissement et des pavillons consacrés aux arriérés	63
1) Catégories prises en charge dans l'Irrenanstalt.....	63
2) L'organisation de l'Idiotenanstalt	65
c) Etat des savoirs sur l'arriération : un champ situé entre aliénisme et pédagogie spéciale en Allemagne ...	67
2. La « section des idiots » de Bicêtre, une école dans l'asile (1883).....	70
a) Un contexte de fondation marqué par l'absence d'établissement public pour arriérés en France	70
b) Public concerné et organisation du service au sein de l'asile	74
c) Théories médicales sur l'arriération	77
3. L'institut Saint-André de Cernay en Alsace : un Idiotenanstalt fondé au sein du Reichsland d'Ober- Elsass (1891)	79
a) Contexte spécifique d'un établissement privé confessionnel	79
b) Public pris en charge et organisation de l'établissement.....	83
4. Comparaison des trois établissements à la fin du XIX ^e siècle	85
a) Des établissements dont la vocation va à contre-courant du postulat de l'incurabilité de l'arriération	85
b) Des débats autour d'une nosographie floue	89
c) Le pédagogique au secours du médical.....	91
d) Le médico-pédagogique au service de l'utilité sociale.....	97
B. Tableau comparé des premières années : vis-à-vis des dynamiques contradictoires et difficultés communes	103
1. L'évolution des services dans les premières années de fonctionnement	103
a) Brève histoire de l'asile de Dalldorf et de l' <i>Idiotenanstalt</i> de 1885 à 1914.....	103
b) Brève histoire du service de Bicêtre jusqu'aux années suivant le départ de D.-M. Bourneville (1885-fin des années 1900)	104
2. Histoires croisées : mythes et réalités de la situation comparée entre France et Allemagne	106
a) Le topos de l'avance allemande dans les discours et la pratique psychiatrique française, une rhétorique instrumentalisée par les promoteurs de l'éducation des arriérés en France (1894-1904)	106
b) Les apports d'une histoire croisée : diachronies, résistances et contre-transferts.....	112
1) Des influences triangulaires et des transferts complexes	112

2) Des influences croisées	116
3. Des problèmes partagés en France et en Allemagne	117
a) Sortir d'un surpeuplement chronique	117
b) Eduquer les idiots : une tâche socialement contestée.....	125
c) La réforme impossible : l'exemple des écoles de perfectionnement (<i>Hilfschulen</i>)	129

Chapitre 2 : De la famille à l'asile, enjeux de la prise en charge institutionnelle des arriérés..... 137

A. Définition institutionnelle de l'assistance des « idiots » de part et d'autre du Rhin..... 140

1. L'assistance aux nécessiteux et le régime d'internement des malades mentaux en Allemagne	140
a) L'évolution de l'assistance dans le <i>Reich</i> bismarckien à la fin du XIX ^e siècle	140
b) Mécanismes d'assistance et procédure d'admission des arriérés à Dalldorf (1893-1914)	143
2. De la loi de 1838 à sa contestation : l'assistance aux aliénés en France à la fin du XIX ^e siècle	148
a) « L'indigent [appartient] d'abord à sa famille,...ensuite à son village...à sa province, enfin à sa patrie »..	148
b) L'aliénisme et la loi du 30 juin 1838 : modes de placement utilisés à Bicêtre à la fin du XIX ^e siècle	151
c) La contestation de la loi de 1838 et son abrogation pour les enfants arriérés	154
3. Entre France et l'Allemagne : le statut particulier de l'assistance dans le Reichland alsacien.....	156
a) Le fonctionnement de l'assistance en Alsace-Moselle à l'époque du <i>Reich</i> et la fixation du prix de pension à Saint-André	156
b) L'évolution vers un alignement sur la législation du Reich et les modalités pratiques d'admission à Cernay	159

B. Les causes des demandes de placement des arriérés 163

1. La famille et le recours au placement des arriérés en institution	165
a) L'impossibilité de s'occuper du malade chronique à domicile	166
b) Accidents domestiques et déclenchement de la demande de soins	172
c) Le risque de « contagion » morale à l'intérieur du foyer	176
2. L'action de l'assistance publique : suppléer la famille défaillante et sauver l'enfance en danger..	181
a) Le placement d'enfants arriérés suite au retrait de l'autorité parentale	182
b) Pallier la famille : placement d'orphelins et de victimes de maltraitance	185
3. Interner l'arriéré pour protéger la société : le pôle judiciaire	188
a) L'asile comme outil de contrôle des enfants dangereux pour eux-mêmes ou leur entourage.....	188
b) Délits sexuels et irresponsabilité pénale : interner ceux qu'on ne peut emprisonner ?.....	191
4. Le goulet d'étranglement de l'école.....	193
a) L'éviction de l'institution scolaire.....	193
b) Un moyen de régler la question disciplinaire ?.....	194
5. Les demandes volontaires de parents payants ou hors secteurs.....	199

C. Après l'asile : devenir des malades à la sortie des sections pour arriérés..... 203

1. Le retour au domicile des parents.....	203
---	-----

2.	Apprentissage et intégration dans une famille d'accueil : la Familienpflege	205
3.	Le transfert vers un autre établissement ou une autre section	207
a)	Une question d'âge ?	207
b)	Un moyen de se débarrasser de ceux que la direction juge « indésirables » ?	212
D.	Vivre dans l'institution	216
1.	Choisir l'institution	216
a)	L'asile comme moyen de régler un problème familial et social	216
b)	La nécessité médico-juridique : isoler pour guérir	218
2.	Pénétrer dans l'institution : arrachement à la famille et attachement épistolaire	221
a)	« Se substituer au cocon protecteur de la famille » : les échanges épistolaires	222
b)	Conflits avec l'institution : espoirs de guérison et déceptions	227
3.	Mourir dans l'institution	231
4.	Bilan : enjeux de la fonction de « creuset » conférée à l'asile	233
	Chapitre 3 : Sous le regard médical. Décrire, diagnostiquer et définir le retard mental	239
A.	Critères d'évaluation pratiques de l'arriération autour de 1900	241
1.	Sources utilisées et pertinence d'une comparaison nosographique	242
2.	« Je voyais bien qu'il n'était pas comme les autres » : expertise familiale et filtre médical	246
a)	De la sphère familiale à la sphère médicale : une certification empirique des premiers signes de la déficience mentale	248
b)	L'entourage face aux hypothèses sur l'origine du trouble	252
1)	Causes précédant ou accompagnant la naissance	252
2)	« Il est tombé hors de son berceau sur la tête » : causes postpartum	259
3.	Une tripartition commune à la nosographie française et allemande : la hiérarchie idiot/imbécile/débile	264
a)	L'idiotie	264
b)	L'imbécilité	268
c)	La débilité mentale	273
4.	Diagnostiquer un niveau d'arriération : enjeux médicaux et institutionnels	277
a)	Critères diagnostics retenus par les médecins et aliénistes des deux pays	277
b)	Une finalité pratique : attribuer une place à chaque malade dans l'institution	285
c)	Un progressif durcissement des enjeux pronostics du classement	289
B.	Sous l'œil du médecin : trouver la part « visible » de l'arriération (fin du XIX^e siècle – années 1910)	295
1.	Photographie et nososcopie du retard mental : l'arriéré face à la « rétine de la science » (vers 1900)	297

a)	La plaque photographique, un outil d'objectivation des types d'arriération à but argumentatif :.....	298
b)	Un enjeu étiologique : localiser, observer et conserver les lésions expliquant le retard mental	303
2.	Le « stigmaté » comme trace visible de l'arriération (après 1900)	307
a)	Les « stigmatés de dégénérescence », signe d'une pathologie individuelle et collective	307
b)	L'apparence comme non-appartenance au genre humain : l'arriéré déshumanisé	312
3.	Une nosographie moralisante en France et en Allemagne (1890-début du XX ^e siècle)	316
a)	« L'intelligence paraît être normale » : la pathologisation des comportements « déviants »	317
b)	La catégorie nosographique de l' « imbécile moral » (<i>moralischer Imbezill</i>)	320
c)	La construction d'un « anormal » à redresser	326

Chapitre 4 : Mesurer et normaliser l'intelligence. Naissance et diffusion de la psychométrie 333

A. Identifier la limite entre intelligence « normale » et pathologique en France et en Allemagne 335

1.	La nécessité de repérer les enfants « anormaux » entre école et asile, une conséquence de la démocratisation scolaire	335
a)	En Allemagne, le recours à l'asile pour ceux dont le niveau est trop faible pour les <i>Hilfsschulen</i>	335
b)	En France, un phénomène similaire mais diachronique	338
2.	« Le vague de leurs formules révèle le vague de leurs idées » : la psychométrie comme réponse à l'aliénisme.....	342

B. Théorie et mise en pratique des tests psychométriques au début du XX^e siècle en France 348

1.	« Savoir si un enfant a l'intelligence de son âge » : l'invention de l' « âge d'intelligence »	348
2.	L'exemple de l'utilisation des tests à Cernay dans l'entre-deux-guerres.....	352
3.	Conséquences pratiques de l'utilisation du test : amorce d'une bipolarisation accrue entre « incurables » et « éducatibles » ?.....	357
4.	Psychologie, quantification et mesure de l'esprit au début du XX ^e siècle.....	362

C. Diffusion et réinterprétation des tests psychométriques en Allemagne (1912-1935) 366

1.	La diffusion en Allemagne : création du test Binet-Bobertag et application (1912-fin des années 1920).....	368
a)	Du Binet-Simon au Binet-Bobertag	368
b)	Occurrence du test Binet-Bobertag dans l'évaluation de l'intelligence en pratique avant 1933.....	373
2.	L'évolution du rapport au test dans l'entre-deux-guerres : vers un primat de l'héréditaire (1931)	376
3.	Les tests d'intelligence, un outil légitimant la décision de stérilisation forcée (1933-35).....	381
4.	Bilan : limite de l'usage des tests d'intelligence en France et en Allemagne	388

Chapitre 5 : Du fardeau familial à la charge sociale. Fondements et échecs de l'utilisation des arriérés 395

A. Principes et limites de la mise au travail des arriérés en France et en Allemagne (1880-1914).....	399
1. Fondements et justifications de la mise au travail (1885-début du XX ^e siècle).....	399
a) « Le devoir impérieux est de considérer la vie scolaire comme une préparation à la vie du dehors » : apprendre pour sortir de l'asile	399
b) Un dressage des corps : l'exemple de la gymnastique à Bicêtre.....	408
2. Contestation de ces actions éducatives	412
a) « On ignore à quoi tout cela sert, quel est le bénéfice pratique et tangible que la société en retire »	412
b) Un travail « mauvais comme qualité, faible comme quantité » : inefficacité et plaintes des maîtres	416
c) De l'improductivité à l'incurabilité de l'arriéré : une menace pour les intérêts professionnels des aliénistes directeurs d'institution	423
3. Rendre utile pour rester dans l'asile : désillusion et rationalisation de la prise en charge asilaire des arriérés	432
a) Des services coûteux pour des résultats faibles : un mauvais rendement renforçant la perte de légitimité de l'assistance.....	432
b) L'économisation des rapports au sein de l'asile pour limiter le coût de la prise en charge asilaire	437
c) Quand « guérir » signifie « rendre utile » : une taylorisation des soins aux arriérés ?.....	443
B. Les arriérés à l'épreuve des crises (1914-début des années 1930)	447
1. Accentuation des idées d'inutilité sociale et civique des arriérés dans une société en voie de radicalisation	447
a) La Première Guerre mondiale et les arriérés « à l'épreuve du feu » en France : une occasion ratée d'intégration à la Nation (1914-1918)	447
b) L'argument économique au centre de la première vague eugéniste après la Première Guerre mondiale en Allemagne : Binding et Hoche (1920)	455
c) L'asile, un dernier refuge contesté	459
2. Vers des institutions à deux vitesses : éduquer les « éducatibles », se débarrasser des « incurables » (1910 - début des années 1930).....	465
a) Le démantèlement du service des idiots de Bicêtre (1919-1924) et l'enlèvement des services pour arriérés de la région parisienne	466
b) Berlin et la réforme de Dalldorf (1924-26) : rationalisation de la prise en charge dans un contexte de crise 469	
c) En Alsace, un apparent dynamisme des structures qui cache une segmentation de la prise en charge des arriérés.....	474
3. La mise en pratique d'une sélection des arriérés et sa légitimation économique (1929 - milieu des années 1930)	483
a) Crise, eugénisme et rationalisation : de l'inutilité économique à la menace sociale.....	483
b) Production et reproduction : la stérilisation forcée comme remède à l'inutilité sociale.....	489

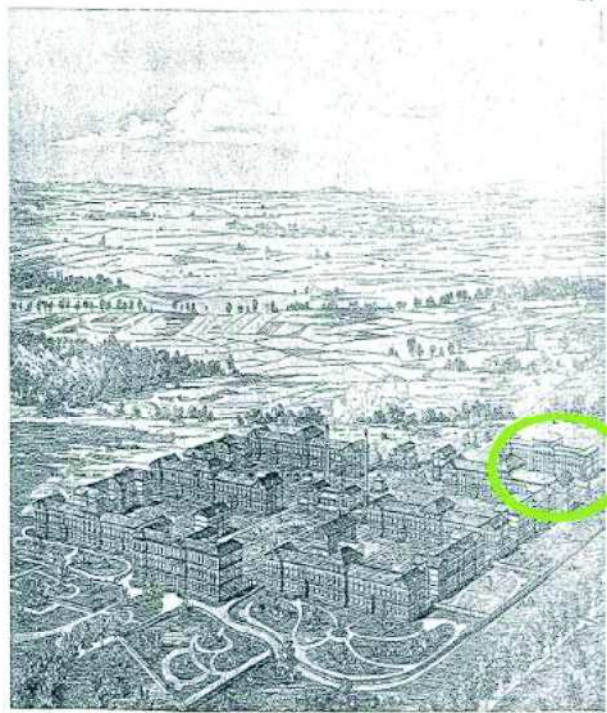
Chapitre 6 : Hérité et curabilité de l'arriération. De la théorie de la dégénérescence à la génétique psychiatrique (1857-1935)	497
A. Arriération et dégénérescence en France et en Allemagne.....	497
1. L'arriéré comme paroxysme du processus de dégénérescence en France (2 ^e moitié du XIX ^e siècle)	497
a) Hérité et parenté pathologique dans les dossiers médicaux des malades arriérés de Bicêtre (fin du XIX ^e siècle).....	497
b) Le « crétin » au fondement de la parenté pathologique des maladies mentales depuis Morel (1857)	502
c) Un outil commode palliant l'inaptitude de la médecine mentale à expliquer les mécanismes de l'hérité	505
2. Popularisation et diffusion de l'idée de dégénérescence dans une Europe en crise (fin XIX ^e -début XX ^e siècle)	509
a) Kraepelin et la relecture allemande de la dégénérescence : l' <i>Entartungsirrese</i>	509
b) La dégénérescence, miroir des peurs de déclin des nations européennes.....	513
3. Gérer la dégénérescence : la peur de la contagion et l'essor d'un impératif de sélection après 1910	516
a) Contrer la dégénérescence : l'utopie d'une sélection eugénique	516
b) Un nouveau paradigme de l'hérité humaine : aux racines des recherches sur l'origine génétique de l'arriération (début du XX ^e siècle).....	518
c) La césure de la Première Guerre mondiale dans les discours en France et en Allemagne.....	521
B. Eugénisme, génétique psychiatrique et études cliniques (1904-1935)	525
1. Les études familiales, une compréhension mendélienne de la « transmission » de l'arriération (1904-1931)	525
a) L'étude familiale menée à Wittenau : hérité de l'arriération et statistiques au service de la biologisation des faits sociaux (1931)	525
b) Utilité pratique des généalogies morbides : la légitimation de la stérilisation des arriérés	533
c) Des petits pois aux arriérés : Henri H. Goddard et l'étude fondatrice de la famille Kallikak aux Etats-Unis (1910-1912)	537
2. Les recherches cliniques autour de la phénylcétonurie : une compréhension biochimique de l'hérité des troubles mentaux (1933-1936)	541
a) Les expériences cliniques menées à Cernay : des recherches sur la biochimie et la génétique de l'arriération	542
1) D'Oslo à Cernay, la genèse d'un projet lié à une découverte récente en biochimie.....	542
2) Protocole et déroulement des expérimentations : trouver des malades phénylcétonuriques.....	544
3) Identifier des lignées morbides : vers un diagnostic biochimique de l'arriération ?.....	550
b) Interprétation des recherches de Cernay : un "clinical mendelism" à l'alsacienne	553

c) De la valeur d'une histoire des « perdants » : comparaison entre l'étude de Cernay et le <i>Colchester Survey</i> (1934-1936)	557
1) Lionel Penrose et l'identification de la phénylcétonurie en Angleterre	557
2) Deux destins différents pour des recherches semblables : de la contingence en sciences.....	560
3) Rationaliser le dépistage de l'arriération en détectant les « tares familiales » : du local au global.....	565
C. Juguler la menace de la déficience mentale dans l'entre-deux-guerres	571
1. La réalisation d'un eugénisme en acte en Allemagne (1925-1936)	571
a) Fonctionnement et dispositions légales de la loi du 14 juillet 1933.....	571
b) La stérilisation forcée des « faibles d'esprit congénitaux » (<i>angeborene Schwachsinniger</i>) de l'asile de Wittenau (1934-1936)	574
1) Un critère héréditaire galvaudé : l' « arriéré congénital »	574
2) Un retard scolaire négligeable face au critère du danger moral	578
2. La loi de stérilisation vue de France (1933-1934).....	583
a) Une mesure eugéniste pour « se protéger contre le péril de la dégénérescence ».....	583
b) Des « médecins-juges » élevés au rang d'experts par la loi eugénique	588
c) Une mesure amorale tirée d'une science à l' « incertitude inévitable »	591
Conclusion	599

Annexe 1 : Plans et vue extérieure des établissements de Bicêtre, Dalldorf et Cernay

Aperçu des trois établissements à la fin du XIX^e siècle

- Photographie du bâtiment de « l'asile-école » de Bicêtre (source : M.-V. Clin)
- Carte postale représentant l'institut Saint-André (*St. Andreas Anstalt*) pendant la période allemande à Cernay (qui est alors nommé *Sennheim*). Au premier plan, des Sœurs de la congrégation posent avec des pensionnaires (source : ASC)
- Gravure représentant une vue aérienne de l'asile de Dalldorf, en périphérie de Berlin. A l'extrémité nord-est (cerclé en vert), en marge des 10 pavillons, l'*Idiotenanstalt* fondé en 1883 (source : gravure tirée de l'ouvrage du Dr. Carl Ideler, *Die staedtische Irren-Anstalt zu Dalldorf*, Herausgegeben vom Magistrat zu Berlin, Verlag von Julius Springer, 1883).



IRREN-ANSTALT ZU DALLDORF.

Plan de l'asile de Dalldorf (page suivante)

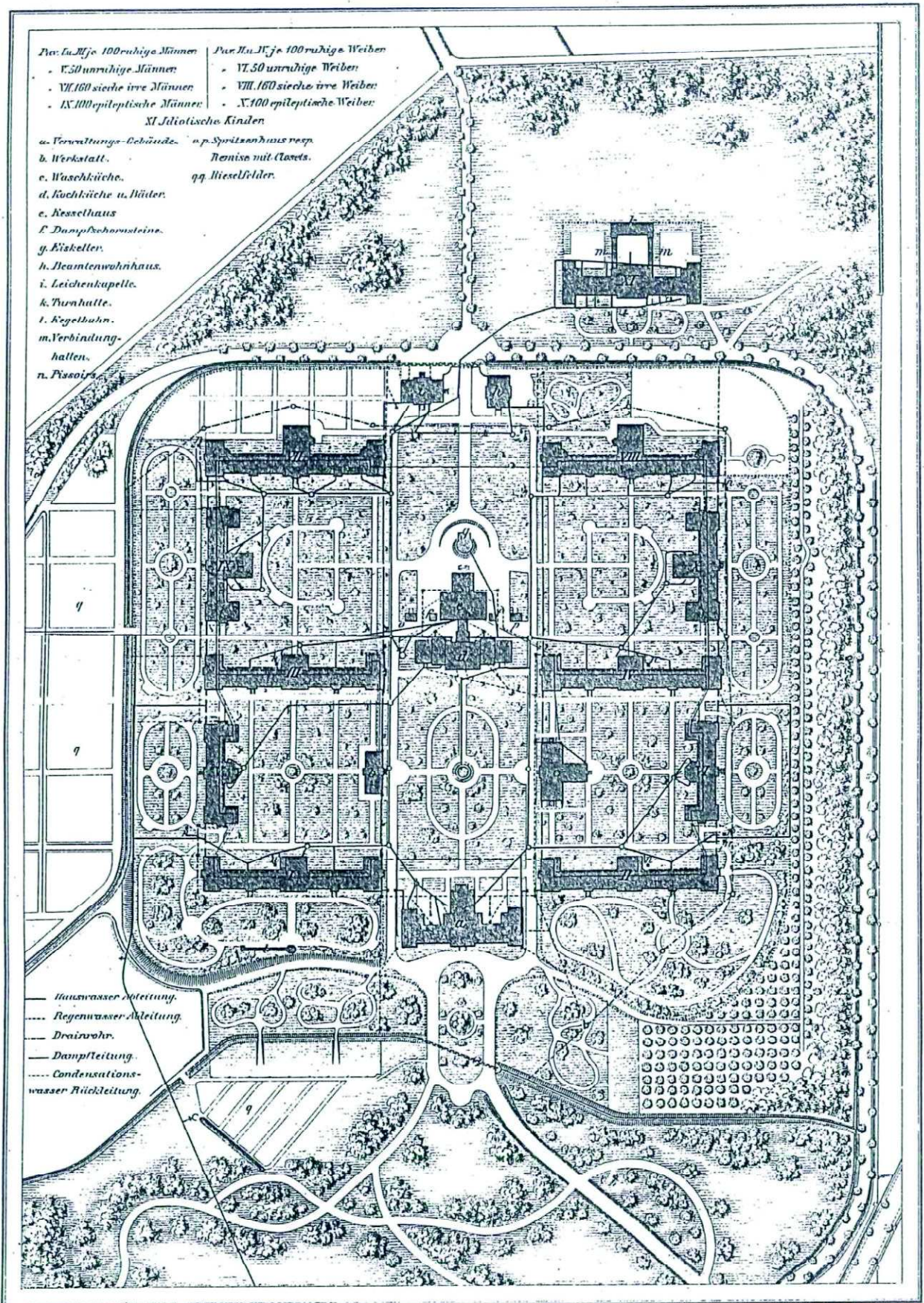
Sur ce plan publié dans un ouvrage rédigé par le premier directeur de l'asile, on aperçoit les dix pavillons de l'asile, qui sont ordonnés en fonction des pathologies et de l'état agité ou non (*ruhige/unruhige*) des malades, comme l'indique la légende. L'axe nord/sud indique la division majeure qui parcourt l'asile de manière classique, qui présente une division sexuelle entre hommes et femmes classique, comme l'aborde le chapitre 1.

Comme la vue aérienne ci-dessus, ce plan met en évidence la situation tout à fait particulière de l'*Idiotenanstalt* achevé quelques mois après l'asile lui-même. Il est situé au nord-est, en marge des dix pavillons. Symboliquement, il se trouve sur le seuil, en dehors de la clôture asilaire indiquée par les murs qui entourent l'asile. Cette place assignée va au-delà de l'anecdote : loin d'être une coïncidence, elle indique une prise en charge des déficients mentaux originellement moins intégrée à l'aliénisme du côté allemand que chez le voisin français, comme l'explique le chapitre 1. Jusqu'au début du XXe siècle, la direction des « établissements pour idiots » (*Idiotenanstalt*) est d'ailleurs confiée à une personne issue du domaine pédagogique et non médical, à l'image de Hermann Piper à Dalldorf.

(source : Dr. Carl Ideler, *Die staedtische Irren-Anstalt zu Dalldorf*, Herausgegeben vom Magistrat zu Berlin, Verlag von Julius Springer, 1883).

IRREN-ANSTALT ZU DALLDORF.

Bl. 2.



Annexe 2 : De la comparaison entre deux asiles français et allemand

	Bicêtre	Dalldorf
Nom	Service des enfants idiots de Bicêtre (asile-école)	<i>Idiotenanstalt (Communalanstalt)</i> de Berlin
Lieu	Au sud de Paris, hors périphérique, au sein de Bicêtre dans la commune de Kremlin-Bicêtre	Dalldorf (aujourd'hui Wittenau), à 10 km au nord de Berlin. 14 ha de jardins (entourés d'un mur), à l'époque en dehors de la ville.
Date	Rapport de Bourneville dès 1878 au Conseil général, puis affrontements avec les représentants de l'Assistance publique. Les travaux sont lancés en 1882, début du service v 1883-85.	Après 30 ans de discussion, on décide enfin en 1880 de fonder un " <i>kommunale Idiotenanstalt</i> ".
Organisme créateur	Assistance publique et Conseil général de la Seine où Bourneville siège j 1883 (Etat) → public Longs et intenses débats avant que le projet soit finalement adopté	Commune de Berlin → public Cause : prix croissants des instituts privés des instituts (<i>Irrenanstalt</i>) privés Création liée à un <i>Irrenanstalt</i> , et sous la direction d'une personne issue du domaine médical. Mais on crée aussi un poste de " Erziehungsdirektor ", symbolique d'un renforcement du travail pédagogique
Personnalité à l'origine de la fondation	Désiré-Magloire Bourneville (1840-1909). Quitte le service en 1905. Neurologue français	Hermann Piper (1846 - 1943) " <i>Erziehungsdirektor</i> " A la base un Volksschullehrer, autodidacte (" <i>Selbststudium</i> ") et qui s'est affirmé grâce à son assiduité et son zèle comme un pédagogue spécial nationalement et internationalement reconnu. Il fait de Dalldorf (qui deviendra Wittenau)
Apports et innovations reconnues à cette personne	Bourneville est reconnu comme l'aliéniste ayant relancé en France les tentatives d'éducation des arriérés, après les tentatives isolées et sans postérité d'Itard (1801) et Séguin (1846) . Evidemment, cette vision élude les tentatives menées en "province", dans les établissements privés notamment (cf. Cernay). Bicêtre constitue en cela un modèle (médecin-chef de Hoerdts se forme là-bas en 1922, à Cernay aussi)	Piper fera de Dalldorf un institut modèle (" <i>Musteranstalt</i> " selon SER) très connu. Selon les contemporains, Dalldorf devient la "Mecque des éducateurs de faibles d'esprit" (die "Mekka der Schwachsinnigerzieher" selon Schwenk en 1916 p 150 SER)
Activités institutionnelles, etc	Créateur de revues médicales : "Le progrès médical" Edite de nombreux anciens écrits sur le handicap mental	Il siège en 1898 à la conférence pour l'idiotie. A partir de 1903, offre des cours de formation (à l'échelle de la région) pour les instituteurs de l'institut. Grand mérite reconnu pour le développement d'une didactique pour les handicapés mentaux (ce qui n'existait pratiquement pas l'époque)
Influences pédagogiques	Bourneville réédite les travaux d'Itard et de Séguin notamment, et reprend des méthodes/jeux éducatifs utilisés par Séguin	Séguin (car à l'époque, aucune didactique pour l'éducation des HM) → ses travaux sont tombés dans l'oubli
Raison invoquée pour la création	Bourneville dénonce l'état lamentable dans lequel sont laissés les idiots de Bicêtre (descriptions frappantes par Maxime du Camp notamment). Manque de lits, insalubrité, arguments du coût pour la société	Les enfants idiots dont doit s'occuper la ville de Berlin étaient auparavant orientés vers des instituts privés
Taille (à différente date)	En 1892 : 471 enfants En 1903 : 428 enfants 1889 : 222 enfants fréquentent la "petite école", 212 en 1892, puis assez stable, en 1901 on en compte 170-140	1020 lits à l'ouverture (!) => 1000 psychisch Kranke (hommes et femmes), mais combien d'idiots?? Mais pour le Erziehungsanstalt : 100 lits prévus, et à l'ouverture, 81 enfants idiots en 1881 220 en 1912 selon Piper
Organisation	Service des idiots de Bicêtre au sein de l'hôpital de Bicêtre : plusieurs pavillons (gâteux, asile école, infirmerie) + le jardin des formes	Organisation en pavillons (10 pour l' <i>Irrenanstalt</i>) Derrière l' <i>Irrenanstalt</i> , un bâtiment est fini en 1881 pour les idiots (2 ailes, une pour les filles, une pour les garçons). Au centre, la maison de l' <i>Erziehungsinspektor</i> .
Vocation du service (éducation/soin/travail?)	"Le médical et le pédagogique, double vocation structurelle" selon J.Gâteaux. => Bourneville est le fondateur de l'IMP (institut médico-pédagogique)	Volonté de permettre aux "perfectionnables" d'acquiescer un métier, et aux plus lourdement handicapés d'arriver à un minimum d'indépendance (manger, marcher seul).

	L'éducation par paliers aux 5 sens, puis l'initiation aux rudiments du calcul, écriture, travaux manuels est centrale (dispositifs ingénieux mis en place par le médecin. Noter l'influence de Séguin).	H. Piper écrit dans plusieurs revues médicale et pédagogique pour expliquer les techniques mises en place (influence de Séguin notamment).
Différentes catégories de handicaps concernés	Division en : -groupe I (lui-même divisé entre "idiots complets" et "enfants gâteux invalides" qui sont susceptibles d'amélioration, et ceux "tout à fait incurables" qui ne peuvent faire l'objet que de soins hygiéniques) -groupe II qui fréquente la "petite école" (on y dispense les principaux procédés de l'éducation physiologique de Séguin = fonctions organiques et motrices, puis éducation sensorielle et gym) -groupe III = fréquente la "grande école"	Dans l'école (sorte de " <i>Hilfschule</i> "), 5 classes de niveau : Les 5 classes : - 5e classe : la <i>Versuchsklasse</i> (classe d'essai). Les élèves y sont introduits dans l'ordre naturel, à propos des choses qu'on apprend normalement dans son milieu familial (par ses parents, ses frères et soeurs). On y apprend : la vue, ouïe, odorat, goût, toucher (5 sens) - 4e classe : " <i>eigentliche Schule</i> ". Cours de religion, lecture, écriture, calcul, chant, gym, dessin, géographie, histoire. - De la 5e à la 2e classe : " <i>Anschauungsunterricht</i> "
Méthodes développées avec les idiots (cas les plus graves)	-éducation physiologique (apprendre à être propre, s'habiller seul, marcher)	Assez semblables (cf. article de Piper dans le <i>Pädagogische Zeitung</i>)
Méthodes développées avec les arriérés (cas les plus légers)	-savoir compter, lire, reconnaître les couleurs -enseignement professionnel (1883 : ateliers de menuiserie, cordonnerie et couture, puis plus tard serrurerie, vannerie, rempaillage, broserie, et enfin jardinage en 1892)	-idem : peu à peu dans chaque classe, on s'initie au calcul, lecture... -enseignement professionnel. Grande attention portée à l'artisanat et au travail manuel (Handwerk + Handarbeit). Répartition en ateliers pour cordonnerie, couture, reliure (<i>Buchbindung</i>) et vannerie (<i>Korbmacher</i>), etc. Les garçons comme les filles doivent participer au ménage et aux travaux de jardinage.
Nombre de classes	4 classes pour les cas de handicap les moins lourds	5 classes
Innovations notables dans le domaine de la prise en charge du handicap	-nouveau : l'IMP -éveil au toucher par différentes étoffes -jeux sur les formes -méthodes de calcul (Voir livre de J. Gâteux-Mennecier, <i>Bourneville, la médecine mentale et l'enfance</i>)	Développe un nombre important de matériaux pour les cours: -Schnurapparat (1889) -Formentisch (1890) -Nähapparat (1891) -Farbtafel -Rechenbilder (grille de retenue)
Iconographie	<u>Photographies</u> : -des crânes des idiots après autopsie (recherche d'une cause organique de l'idiotie) -des visages et expression des idiots -des patients dans le cadre du "musée pathologique" (responsable : Sollier, interne de Bourneville) -le service, les pavillon, les infirmières	<u>Photographies</u> : -Mundstellung bei Vokabeln -image du service, des enfants ± Livres pédagogiques illustrés écrits par Piper -den "Kleinen Sprachmeister" (1897), "Kleinen Rechenmeister" (1906), "Kleine Modelleur" (1909)
Prise de parti dans les débats de l'époque et présupposés idéologiques	Bourneville était un médecin anticlérical prenant activement parti à la politique de la IIIe République (député de Paris, etc). Croyance fervente dans le fait que les enfants idiots sont inéducables, contre l'avis général (contexte du positivisme de l'époque, idée de progrès infini sous la IIIe République...)	Piper était un fervent adversaire des <i>Hilfschule</i> (débats passionnés avec H. Kielhorn).
Date de fermeture du service	Fermeture en 1924-25 et envoi des enfants vers les asiles de Vaucluse, Ville-Evrard, Villejuif et Moisselles	Changements administratifs en 1925

Une prise en charge plus ouverte du côté allemand?

La localisation spécifique de l'*Idiotenanstalt* en-dehors des murs de l'asile se trouve accentué par un dispositif mis en place dès la fin des années 1890 : la « prise en charge en familles d'accueil » (*Familienpflege*). Ce système abordé dans le chapitre 1 permet de libérer des lits dans l'asile en plaçant les malades chroniques stabilisés au sein de familles d'accueil, souvent domiciliées dans la campagne brandebourgeoise. Les arriérés sont décrits comme particulièrement disposés à profiter de ce système, étant donné la stabilité de l'état de beaucoup, qu'on considère comme « incurables », c'est-à-dire que les médecins postulent que leur état n'évoluera plus. Ils sont alors placés dans des familles où ils fournissent un menu travail agricole ou domestique. Quand leur état ne leur permet pas, ils sont simplement pris en charge par leurs tuteurs qui sont en échange rémunérés.

L'affiche ci-dessous date des années 1920 et des réformes d'Emil Bratz abordées dans le chapitre 5 (le *Wittenauer System*), mais donne une image du système qui est conçu comme un progrès par rapport à la clôture asilaire (« avant », *früher*). Parmi les cinq « strates » de la « prise en charge échelonnée » (*gestaffelte Fürsorge*) pratiqué à Berlin, la *Familienpflege* représente le 3^e degré, qui fait néanmoins l'objet d'une surveillance médicale régulière.



Cette prise en charge en-dehors des murs de l'asile pour les arriérés chroniques est une originalité majeure du côté allemand par rapport à ce qu'on observe à Bicêtre. Le service des idiots est rapidement congestionné dans les années 1890, et le Dr Bourneville milite rapidement pour une déshospitalisation des cas chroniques, afin de libérer des places dans le service. Le chapitre 1 démontre cette distinction fondamentale entre France et Allemagne, avec l'asile de Dalldorf qui met en place une prise en charge plus ouverte sur l'extérieur.

Annexe 3 : La demande de soin et l'admission dans l'asile

5. 9. 96.	Chief Verurteilung der Clara. Linschme in jungen Jahren im Falle von
31. 7. 96.	Hysterie. Aufnahm.
<u>Physikals-Attest.</u>	
<p>Chief Verurteilung ihrer Mutter ^{Lebe in} W seit des Meisters Leinze Lennig, Schriftf. der Hof- baurat Fritz Röggermann, Friedrichstr. 23 für Aufnahme; auf ihren Geisteszustand in un- serer Meinung ist es nicht möglich, sie Attest niedergestellt, zur Unterbringung des Kindes in einen Heilanstalt.</p>	

Certificat médical établi à Berlin le 31 juillet 1896 en vue de l'admission à Dalldorf

Ce thème est abordé dans le chapitre 2. Cet extrait du dossier médical représente un exemple de raison invoquée par la famille et pour demander l'internement d'un enfant dans l'asile de Dalldorf. La certification faite par un médecin de la famille ayant examiné le malade mentionne sa domiciliation à Berlin ainsi que l'« état mental » (*Geisteszustand*) qui nécessite d'après lui « le placement de l'enfant dans un établissement pour idiots » (*die Unterbringung des Kindes in eine Idiotenanstalt*).

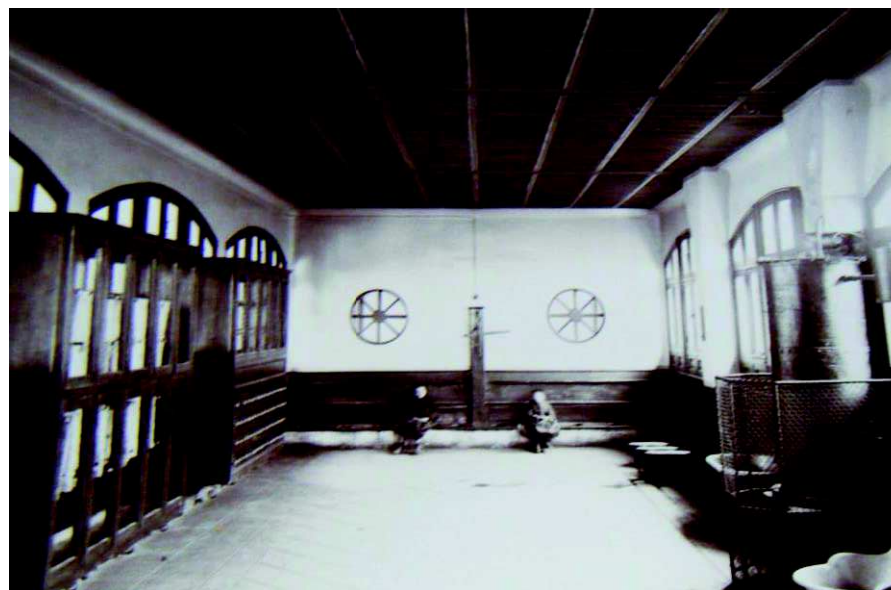
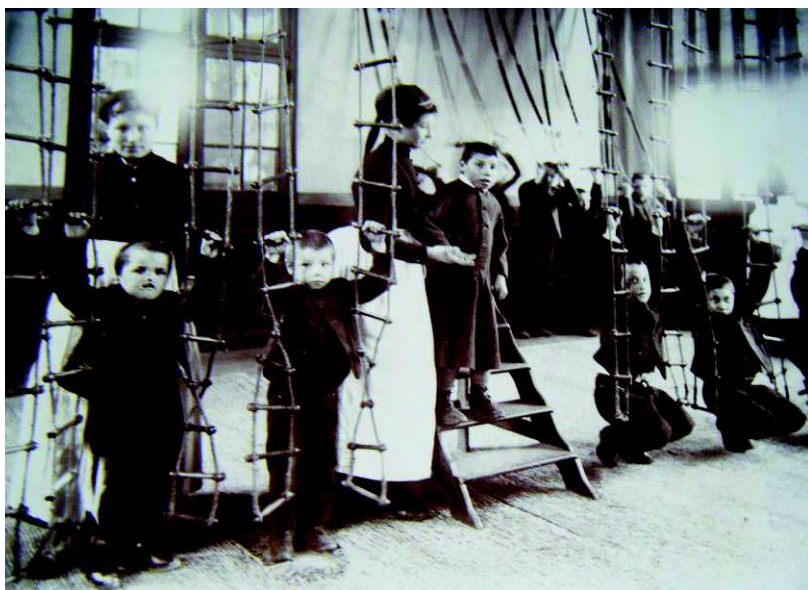
Le document illustre ainsi deux conditions nécessaires à l'obtention d'une place dans l'asile, d'une part l'existence d'un trouble mental attesté par un médecin, d'autre part la domiciliation nécessaire dans la ville de Berlin (source : Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical, 1896).

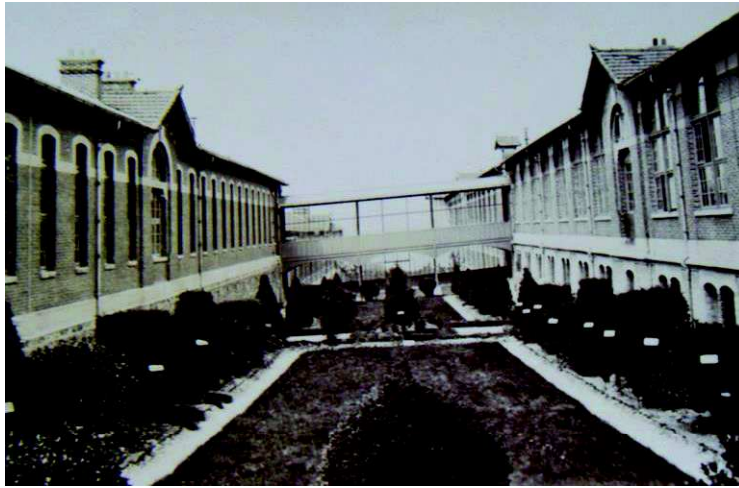
Annexe 4 : Les méthodes pédagogiques mises en œuvre par Désiré-Magloire Bourneville et Hermann Piper autour de 1900



L'éducation sensorielle dans le service des idiots de Bicêtre autour de 1900

Le chapitre 1 explique la division entre « petite école », réservée aux cas les plus graves, et « grande école », dans laquelle les malades au retard mental moins grave (et sans manifestations physiques invalidantes) sont éduqués de manière scolaire. Ici on peut observer des aspects de l'éducation des sens défendue par Bourneville dans son service. Inspiré lui-même des théories du pédagogue Edouard Séguin, l'aliéniste insiste sur le rôle fondamental de la perception du corps et de la nécessité d'apprendre aux enfants les plus gravement atteints à se mouvoir seul. Les infirmières les accompagnent patiemment dans la montée d'un escabeau ou d'une petite échelle, méthodes qui sont expliquées dans les nombreuses publications richement illustrées du médecin. Par la maîtrise des sphincters, le traitement du gâtisme est un autre aspect de la « petite école », qui est dotée d'une salle d'hydrothérapie ([source](#) : fonds M.-V. Clin).





Le « jardin des formes » de Bicêtre
 Le « jardin géométrique » ou « jardin des formes » dans le service des idiots de Bicêtre doit servir à figurer les solides de manière plus concrète, pour apprendre aux enfants les formes basiques de la géométrie lors de leçons en plein air. Le jardin des surfaces sert lui à l'enseignement de la géométrie plane (source : fonds M.-V. Clin).



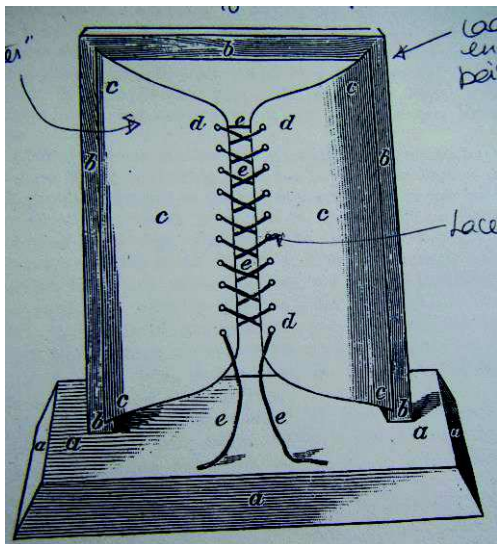
Les salles de classe des différents services :

-la « grande école » de Bicêtre (à droite, v. 1900, fonds M.-V. Clin)
 -l' *Erziehungsinspektor* Hermann Piper devant les planches destinées aux leçons de chose à Berlin (en haut à gauche ; fonds *Heilpädagogik* Berlin)
 -une sœur enseignante avec ses élèves (en bas à gauche, milieu des années 1930, fonds ASC).



But double de l'éducation des arriérés dans les services asilaires

L'éducation dispensée dans les établissements a toujours un but à la fois philanthropique et pragmatique. Il s'agit de permettre à chaque individu d'être autonome. Mais d'autre part, cette autonomie favorise aussi le fonctionnement des services. Ainsi pour permettre aux enfants retardés d'apprendre peu à peu le laçage, Hermann Piper invente un appareil fait d'un cadre en bois et d'ailettes en cuir souple dont on peut observer ci-dessous un dessin présent dans l'un de ses articles. A Bicêtre aussi, Bourneville crée des chaussures spéciales dont les orifices destinés au laçage sont agrandis, pour apprendre progressivement à maîtriser la techniques. Le chapitre 5 montre comment le versant pragmatique de l'éducation des arriérés devient un impératif de plus en plus pesant dans un contexte financier contraint. L'« échelle hospitalière » créée par le psychologue Alfred Binet en est un exemple frappant développé dans ce chapitre. Elle montre comment l'autonomisation du déficient mental a des implications fortes à l'échelle de l'institution, d'autant que le successeur de Bourneville à la tête du service de Bicêtre tente de la mettre en pratique autour de 1910 afin de limiter les frais de fonctionnement du service. Peu à peu, l'idée que ces malades doivent « rembourser » à la société le coût de leur prise en charge asilaire devient de plus en plus forte en France et en Allemagne.

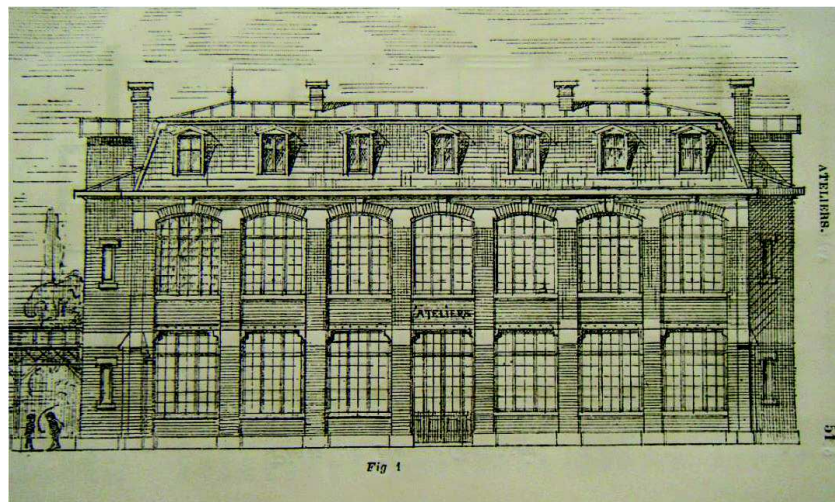
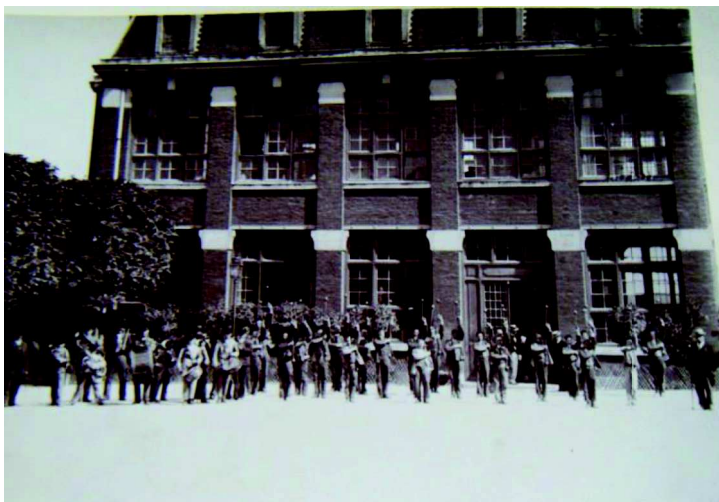


Annexe 5 : La gymnastique comme outil de disciplinarisation des corps



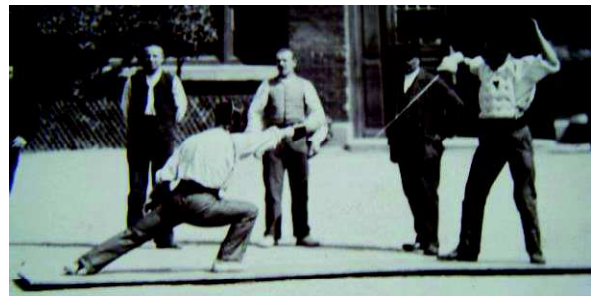
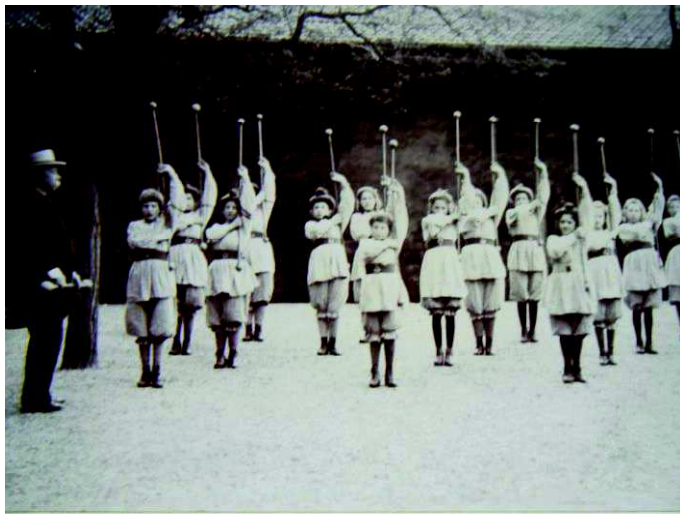
La gymnastique dans la cour de Bicêtre

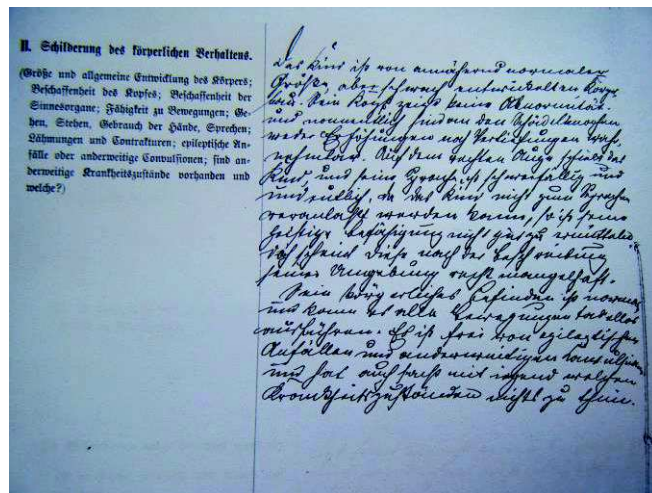
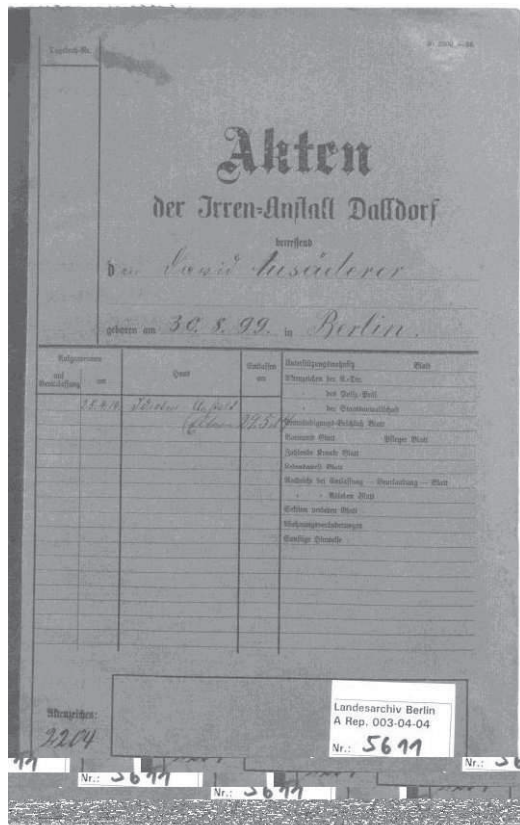
Les mouvements sont effectués en cadence dans la cour de Bicêtre, ici sous le regard de Bourneville. Ils sont enchaînés au son d'un orchestre qui joue des morceaux dont les paroles encouragent la disciplinarisation des corps et des esprits, comme le montre le chapitre 5. Ainsi « une, deux, une deux » est conçu être joué sur une « cadence de course » et invite au maintien : « une, deux, une, deux, tenons-nous un peu mieux! ».





Les séances de gymnastique dans la cour de Bicêtre s'insèrent dans un contexte de généralisation des exercices physiques propre à la fin du XIX^e siècle, expliqué dans le chapitre 5. L'escrime était parfois proposée aux plus âgés et dégourdis du service (source : fonds M.-V. Clin).





Les dossiers médicaux (*Akten*) de l'asile de Dalldorf contiennent des observations médicales de différentes nature, comme on le souligne dans le chapitre 3. Outre celles des aliénistes, les questionnaires qui sont généralement remplis en vue de la demande l'admission offrent une vision supplémentaire des troubles perçus à travers le prisme familial : le filtre médical est moindre dans ces descriptions qui se basent dans une grande mesure sur les indices relevés par la famille, comme ici la « genèse de l'état corporel » (*Schilderung des körperlichen Verhaltens*) vise à reconstituer le développement de l'enfant depuis la naissance, et l'existence d'un choc éventuel sur la tête pouvant expliquer la survenue d'un retard mental. Il s'agit d'une cause fréquente, comme nous l'abordons dans le chapitre 3.

Annexe 7: Comparer le regard médical à partir des questionnaires médicaux d'admission allemands et alsaciens

Le chapitre 3, on compare les pratiques médicales et les diagnostics des deux pays. A ces fins, on a confronté le contenu des questionnaires remplis avant l'admission dans différents établissements allemands et alsaciens (Dalldorf, Cernay, Sonnenhof), au moment où l'Alsace était encore germanophone, et les questionnaires remplis en allemand, puis après 1918 en français.

QUESTIONNAIRE MÉDICAL
 CERNAY (Haut-Rhin)
 17 MAR 1913

Informations importantes:
 Ce questionnaire est le plus grand soin par un médecin qui devra examiner personnellement l'intéressé.

Prénoms nom, Age, Domicile actuel
 Gaston, 10 ans, 11 ans
 Hausmann, 11 rue de la Gare, Cernay

I. Antécédents familiaux.

Y a-t-il eu décès de PÈRE ?
 père décédé à l'âge de 45 ans par suite d'une tuberculose pulmonaire.

Y a-t-il eu décès de MÈRE ?
 mère décédée à l'âge de 35 ans par suite d'une tuberculose pulmonaire.

Y a-t-il eu décès de frères ou sœurs ?
 aucun.

Y a-t-il eu décès de grands-parents ?
 aucun.

Y a-t-il eu décès de oncles ou tantes ?
 aucun.

Y a-t-il eu décès de cousins ou cousines ?
 aucun.

Y a-t-il eu décès de neveux ou nièces ?
 aucun.

Y a-t-il eu décès de frères ou sœurs de la mère ?
 aucun.

Y a-t-il eu décès de grands-parents de la mère ?
 aucun.

Y a-t-il eu décès de oncles ou tantes de la mère ?
 aucun.

Y a-t-il eu décès de cousins ou cousines de la mère ?
 aucun.

Y a-t-il eu décès de neveux ou nièces de la mère ?
 aucun.

"Sonnenhof"
 Sonenhofer Anstalt für Erziehung und Pflege Geisteskranker in Böhmen-Steier.

Ärztlicher Fragebogen.

A. Vorgehichte.

Gebohrten des Kindes: 17. Nov. 1902

Gebohrten am: 17. Nov. 1902

Gebohrten in: Cernay

Religionsbekenntnis: Kath.

Beruf des Vaters: Kaufm.

Beruf der Mutter: Hausfrau

Stand der Eltern blutsverwandt? nein

Wo? Cernay

Stand der Eltern körperlich gesund oder woran waren sie (Org. Lungen, Nieren, Haut, Knochen, Rheumatismus, Gicht, Tuberkulose, Leber)? nein

Stand geistiger Gesundheit, Selbstmord, Trunksucht, Epilepsie, Melancholie, Schwachsinn, geistige Abweichungen in der Schule angenommen: nein

a) bei den Eltern? nein

b) bei den Eltern der Eltern? nein

c) bei den Geschwistern der Eltern? nein

Das väterliche Kind der Eltern ist das aufzunehmende? ja

Welcher von den Geschwistern des Kindes sind gestorben? 1 Kind von der Mutter

zu welchem Alter? 1 Jahr von der Mutter

Fragebogen.
 betreffend ein in die Anstalt der Stadt Berlin zu Dalldorf aufzunehmendes Kind.

I. Personalia.

Vor- und Nachname? Oskar Adamant, 11 Jahre

Geburtsort und -jahr? 20. I. 06.

Geburtsort? Döbeln.

Wohnort? Döbeln, 10. I. 06.

(Seit wann in Berlin?)

Religion? ev.

Ständig oder unständig geboren? ständig

Name, Beruf oder Stand des Vaters? Oskar Adamant, Kaufm.

Name, Beruf oder Stand der Mutter? Hausfrau

Seit wann leben die Eltern in Berlin? seit 10 Jahren in der Nähe, 13 Jahren in Döbeln.

Wann und wie ist er bei dem Kind geimpft und mit welchem Erbfuge? (Bezeichnung des Impfstoffes.) keine

II. Schilderung des körperlichen Befindens.

(Wuchs und allgemeine Entwicklung des Körpers; Beschaffenheit des Kopfes; Beschaffenheit der Sinne; Fähigkeit zu Bewegungen; Gehen, Stehen, Sitzen, Liegen, Krabbeln, Kriechen; Nahrungsaufnahme und Verdauung; Ausscheidung; Sprache; geistige Entwicklung; sonstige Bemerkungen.)

Wuchs und allgemeine Entwicklung des Körpers: Kind normal, 115 cm. Körperbau kräftig.

Beschaffenheit des Kopfes: Kopf normal, Haare dunkel, glänzend.

Beschaffenheit der Sinne: Sehvermögen normal, Gehör normal, Geruch normal, Geschmack normal, Tastsinn normal.

Fähigkeit zu Bewegungen: Kind kräftig, kann laufen, springen, klettern, krabbeln, kriechen.

Nahrungsaufnahme und Verdauung: Kind frisst gut, Verdauung normal.

Ausscheidung: Stuhl normal, Urin normal.

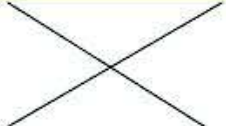
Sprache: Kind spricht gut, versteht gut.

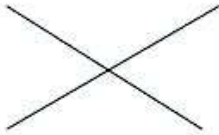


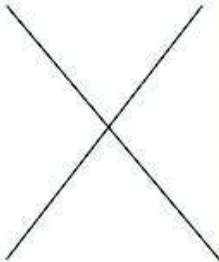
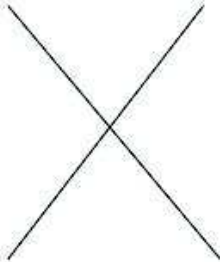
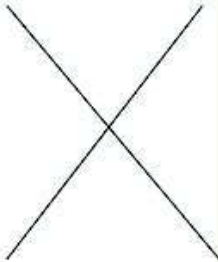
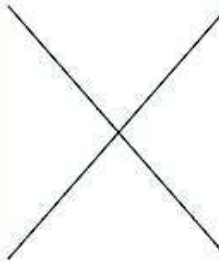
sonstige Bemerkungen: Kind gesund, keine Krankheiten.

Comparer le regard médical à partir des questionnaires médicaux d'admission allemands et alsaciens : tableau analytique

	Dalldorf (1883-1925)	Cernay en allemand (avant 1918)	Sonnenhof (1911-1918)	Cernay bilingue contenu français (années 1920)	Cernay bilingue contenu allemand (années 1920)	Cernay français (Fin des années 1920)	Bicêtre
Renseignements personnels / Personnalités	Beruf? Sind Vater und Mutter mit einander verwandt? In welchem Grade? Kind ehelich geboren?	Beruf der Eltern u. sonstige Mitteilungen Sind oder waren dieselben Alkoholiker? Miteinander verwandt?	Sind die Eltern blutsverwandt?	Profession des parents et autres renseignements (alcooliques? Parents?)	/ Beruf der Eltern und sonstige Mitteilungen (Alkoholiker oder miteinander verwandt?)	Enfant légitime? Profession des parents. A-t-il/elle abandonné sa famille? La famille vit-elle dans la misère? Les parents sont-ils consanguins?	Oui
Antécédents familiaux/ Vorgeschichte (père, mère, collatéraux)	Sind Geistes- oder Nervenkrankheiten, Trunksucht, Selbstmord, Verbrechen, auffalende Charaktere vorgenommen bei Vater? Mutter? (+ énumération des collatéraux).	Sind etwa gewisse Krankheiten, Geistesstörungen, Gehirn- oder Nervenleiden, Epilepsie etc. in der Familie erblich?	Sind die Eltern körperlich gesund oder woran leiden sie ((...) Nerven, Rheumatismus, Tuberkulose, Lues)? Sind Geisteskrankheiten, Selbstmord, Trunksucht, Epilepsie, Neigung zu Straftaten, Taubstummheit, auffalende Charakter-Eigentümlichkeiten, Schwachsinn oder mangelhafte Leistungen in der Schule vorgekommen bei den Eltern? (+ collatéraux et enfants)	Existe-t-il dans la famille certaines maladies héréditaires, troubles mentaux, neurasthénie, épilepsie, maladies de nerfs?	Sind etwa gewisse Krankheiten, Geistesstörungen, Nervenleiden, Epilepsie, etc. in der Familie	Etat de santé du père/mère. Mentionner en particulier les affections nerveuses et mentales y compris l'arriération intellectuelle, la tuberculose, la syphilis	Oui
Etat de santé des parents au moment de la conception						Atteint d'une intoxication ou maladie chronique comme l'éthylisme, syphilis, tuberculose, épilepsie, aliénation mentale?	Oui
Etat de la mère pendant la grossesse			Hat die Mutter während der Schwangerschaft mit diesen Kindern körperlich oder geistig gelitten? Trauma?			A-t-elle eu une maladie infectieuse? Éclampsie? Vomissements? Hémorragies? Des chagrins ou des soucis graves?	Oui

Sur la fratrie de l'enfant/ Geschwister			Wieviel von den Geschwistern des Kindes sind gestorben? Mit welchem Alter? Sind die lebenden Geschwister gesund?			Combien d'enfants morts-nés et fausses-couches? D'enfants vivants? De quoi sont-ils décédés? Existe-t-il des maladies familiales et héréditaires, de la Tb, de l'arriération mentale, de l'aliénation, de l'épilepsie?	Oui
Apparition des troubles/ antécédents personnels de l'enfant	In welchem Lebensjahre ist die geistige Schwäche zuerst wahrgenommen worden? Wodurch zeigte sie sich?	Wann haben sich die ersten Spuren des Blödsinns gezeigt? Ist er angeboren oder wie ist er entstanden?	Ist die Geistesschwäche erst nach einer der unter Punkt (11 bis 16 dans le questionnaire) erwähnten Krankheiten oder schon vorher eingetreten? Wann, ev. woran erkannten die Eltern zuerst den Schwachsinn ihres Kindes? Was hielten sie für die Ursache desselben?	Quand les premiers symptômes de la faiblesse d'esprit ont il été remarqués? Cause? Existent-ils depuis la naissance?	Wann haben sich die ersten Spuren des Schwachsinn oder Blödsinns gezeigt? Ist es angeboren oder wie ist es entstanden?	Né à terme? Accouchement normal ou non? Traumatisme obstétrical? Né bien-portant ou maladie foetale, malformation?	Oui
Premières années de la vie de l'enfant / Antécédents personnels		Wie steht es mit der Gesundheit (...). Speichelfluss, Epilpsie, Gebrechen? Haben dieselben Folgen hintergelassen?	Hat das Kind zur Beruhigung öfters gesitige Getränke, Wossnabkochungen oder dergl. bekommen? Zähnen : mit Störungen verbunden? Welche aufdeckenden Krankheiten hat es bis jetzt überstanden? Sind Gehirnerkrankungen vorgekommen? Welcher Art (Schlagartige Lähmungen, Gehorn oder Gehirnhautentzündung, Kongestionen, Krämpfe)? Sind ausgebildete (epileptische) Krampfanfälle oder Erscheinung von Schwindel beobachtet worden? Köpverletzungen? Wareb sir mit Zeichen der Gehirnerschütterung verbunden (Erbrechen, Krämpfen)?			Maladies contractées dans l'enfance : méningo-encéphalites, fièvres éruptives, Tb, rachitisme, affections endocriniennes, traumatismes céphaliques, convulsions? => maladie mentale existait-elle déjà à la naissance ou apparaît à la suite d'une maladie?	Oui

<p>Etat actuel de l'enfant au point de vue physique / Schilderung des körperlichen Verhaltens</p>	<p>Grösse und allgemeine Entwicklung des Körpers ; Beschaffenheit des Kopfes ; Beschaffenheit der Sinnesorgane ; Fähigkeit zu Bewegungen ; Gehen, Stehen, Gebrauch der Hände, Sprechen ; Lähmung und Contracturen ; epileptische Anfälle oder anderweitige Convulsionen</p>	<p>Kann er ohne Hilfe gehen, und aufrecht sitzen? Wieweit kann er sich noch selbst helfen? Wie steht es überhaupt mit dem Gebrauch seiner Glieder? Kann er allein essen? Kann er sich selbst an- u. auskleiden? Ist er gelähmt, ganz oder teilweise? Verkrüppelt? Wie ist sonst der Körper und insbesondere der Kopf beschaffen? Gross oder klein? (+ Augen, Mund...).</p>	<p>"Körperlicher Befund " Wann lernte das Kind selbständig gehen? Wann fing es an zu sprechen? Kann es allein essen, trinken? Form des Kopfes, Ohren, Augen (...). Körper jetzt völlig entblößen lassen! Ernährungszustand, Haut, Hals (...). Leidet das Kind zurzeit an Tuberkulose? Oder an hochgradiger Idiotie, Epilepsie, Geisteskrankheit?</p>	<p>Quel est généralement la formation de son corps? La tête est-elle grosse ou petite? Bien ou mal formée? Quelle est l'expression des yeux, de la bouche, du visage? Etat de santé (≠ maladies, émission de bave...)</p>	<p>Wie ist sonst der Körper und besonders der Kopf? Ist er gross oder klein? Wie die Augen und Gesichtsausdruck? Gesundheit? (Brust, Unterleibsorgane, Speichelfluss oder sonstige Gebrechen)</p>	<p>Marche sans appui? A des malformations/infirmités/paralysies? Incontinence? Vue/ouïe Organes internes (digestions, troubles endocriniens...)</p>	<p>Oui</p>
<p>Etat actuel de l'enfant au point de vue psychique / Schilderung des geistigen Verhaltens / Gegenwartig der geistige Zustand?</p>	<p>Achtet er auf seine Umgebung, unterscheidet er die Personen und Gegenstände derselben? Kann er Nahrungs- und andee körperliche Bedürfnisse selbstständig befriedigen resp. bis welchem Grade? Beschäftigt es sich? Spielt es? Oder hat es Neigung zu einzelnen bestimmten Tätigkeiten?</p>	<p>Kann der Angemeldete sprechen? Hört er und versteht er, was man zu ihm spricht?</p>	<p>"Psychischer Befund " Besucht das Kind die Schule? Kann es etwas schreiben, lesen, rechnen? Auf nachfolgende Fragen sind die Antworten nachgeben und mit den gemachten Sprachfehlern wiederzugeben) : wie heisst du? Wer ist dies (Zeigen auf die Person, welche über das Kind Auskunft gibt). Was ist das Vorhalten eines Gegenstandes Buch, Löffel, Schlüssel, Taschenmesser, Taschenuhr). Ahnt es auf den Befehl : "Mache es so wie ich!" folgende Bewegungen nach? Fingerspreizen, händehalten, Beine feltwärts heban, Stehen aufd einem Beine. Wie spricht es Vorgesprochenes nach? Z.B. "Ich esse gern Kuchen".</p>	<p>Peut-il parler? Entend et comprend ce qu'on lui dit? Peut-il marcher sans appui et s'asseoir? Jusqu'à quel point peut-il renoncer dans ses actions à l'appui d'autrui? Se servir de ses membres? Mange-t-il seul? S'habille sans aide? Paralysé ou estropié? Partiellement ou complètement?</p>	<p>Kann der Angemeldete sprechen? Hört er und versehter was man zu ihm pricht? Kann er auch ohne Hilfe gehen, und aufrecht sitzen? Inwieweit kann er sich selbst heilen? Wie steht es überhaupt mit dem Gebrach seiner Glieder? Kann er allein essen? Sich selbst an- und auskleiden? Ist er gelähmt, anz oder teilweise? Verkrüppelt?</p>	<p>Compréhension du langage parlé? Gestes? Capables d'exécuter des ordres simples (ouvrir la bouche, fermer les yeux, montrer sa main?) Sait parler et se faire comprendre? Activité générale : mange seul? Joue? Sociable?</p>	<p>Oui</p>
<p>Facultés intellectuelles évaluées</p>	<p>Hat es schon einige Kenntnisse oder Fertigkeiten erworben (Lesen, Schreiben, Zeichnen, Stricken, u.ä.)?</p>		<p>idem</p>	<p>Y-a-t-il des facultés mentales? Lesquelles?</p>	<p>Sind geistige Anlagen vorhanden und welche?</p>	<p>Connaissance des objets usuels (vêtements, meubles, ustensiles de toilette, de table) et s'en servir</p>	<p>Oui</p>

	Kann es einfache Aufforderungen und Fragen auffassen und Laute und Gebärden beantworten? Kennt es Farben, Formen, Zahlen, Tageszeiten und dergl.?					Lecture, écriture, calcul ou apte à recevoir une instruction scolaire? Si non, aptitudes pratiques? Travaux?	
Caractère	Im besonderen möge beachtet werden : ist est stumpf (apathisch) oder lebhaft und erregbar? Ist er eigensinnig und boshaft oder folgsam?	Beschreibung des Charakters : gutmütig oder bössartig, willig oder störrig, heiter oder düster, still oder lärmend, träge oder sehr beweglich, gesellig oder menschenscheu?	Ist es still, laut, gleichgültig, gesellig oder lieber für sich allein, erregt, boshaft? Verdächtig auf Onanie?	Description du caractère : bon ou mauvais, obéissant ou entêté, gai ou taciturne, silencieux ou non, paresseux ou très agité? Aime-t-il la société ou la fuit-il?	Beschreibung des Charakters : gutmütig oder bössartig, willig oder störrig, heiter oder düster, still oder lärmend, träge oder sehr beweglich, gesellig oder menschenscheu?	Bon et docile? Irritable et agité? Entêté, agressif? Gai ou triste? Loquace ou taciturne? Bruyant ou silencieux?	Oui
Informations relevant de la déviance/morale/dangerosité	Hat es Neigung zu Untugenden oder gefährlichen Handlungen?		Hat es gewisse Triebe und Gewohnheiten (Onanie, Neigung zum Zerstören, Fortlaufen, Sammeln, Stehlen)?			Destruction, brutalités? Fugues et évasions? Pyromanie - vols - coprophagie? Précocité ou perversité sexuelle?	Oui
Traitement déjà tentés/Ursache und bisherige Behandlung	Können bestimmte Ursachen des Leidens angegeben werden und welche? Hat bereits eine ärztliche oder pädagogische Einwirkung stattgefunden? In welcher Weite und mit welchem Erfolge?					Quelles sont les raisons d'ordre médical, moral ou social qui motivent l'admission dans l'IMP?	Oui
Allgemeines / Besondere Bemerkungen	Macht er sich unrein? Nur Nachts oder auch am Tage?	Ist der angemeldete reinlich besonders hinsichtlich der natürlichen Verrichtungen? Kommen Bettnässen vor?	Verunreinigt es sich manchmal mit Urin, mit Kot? Tags? Nachts? Wer hat dem Arzt über die Vorgeschichte Auskunft erteilt?	Propreté relative aux besoins naturels : lui arrive-t-il de mouiller son lit? Maladies contagieuses à son domicile?	Ist der Angemeldeten reinlich besonders hinsichtlich der natürlichen Verrichtungen? Kommen Bettnässen vor?	Urgence de l'admission? Aliénation?	Oui

Annexe 8 : Le regard médical à travers l'outil photographique



L'arriéré sous l'œil de la science : L'outil photographique est aussi utilisé par le Dr Bourneville pour reconstituer une « typologie » des catégories d'arriération. Le chapitre 3 illustre comment les « types mongoliens » sont une forme de classement qui correspond aux pratiques ethnographiques de l'époque. Ces photographies dénotent de surcroît une attention esthétique : les pensionnaires du service sont toujours classés par taille, de manière à produire une composition harmonieuse (sources : fonds M.-V. Clin).





Des malades d'âges variés à Bicêtre : cette photographie illustre la diversité en terme d'âge qui existait dans le service de Bicêtre. Le chapitre 2 aborde cette question de l'inadéquation entre âge biologique et développement intellectuel, qui est synthétisée par l'expression de « l'âge d'intelligence » popularisée par le psychologue Alfred Binet. Elle sera au centre de la création des tests d'intelligence étudiés dans le chapitre 4 (source : fonds M.-V. Clin).

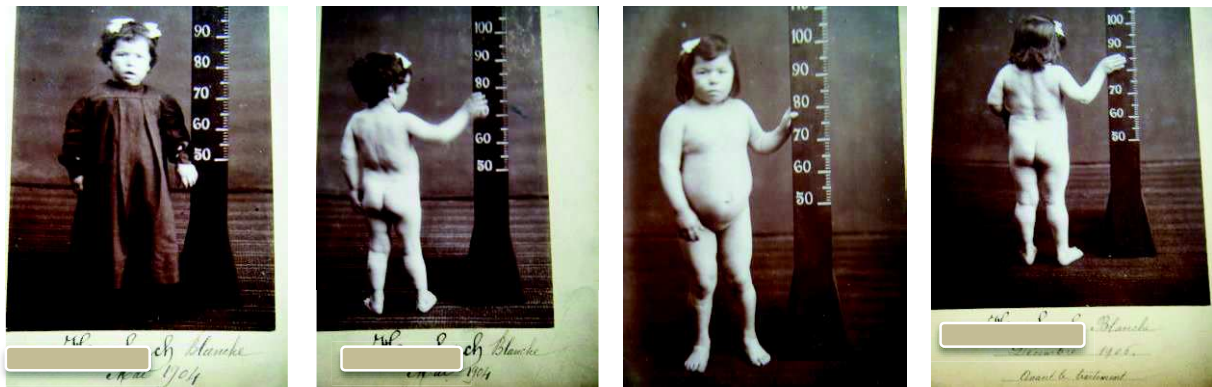


Un outil nosographique

La photographie est aussi outil d'objectivation des lésions physiques et malformations accompagnant les cas de pathologies les plus graves liées au retard mental. Ici, la fillette âgée de 6 ans présente une hydrocéphalie, visible par la taille anormalement grande de sa boîte crânienne.

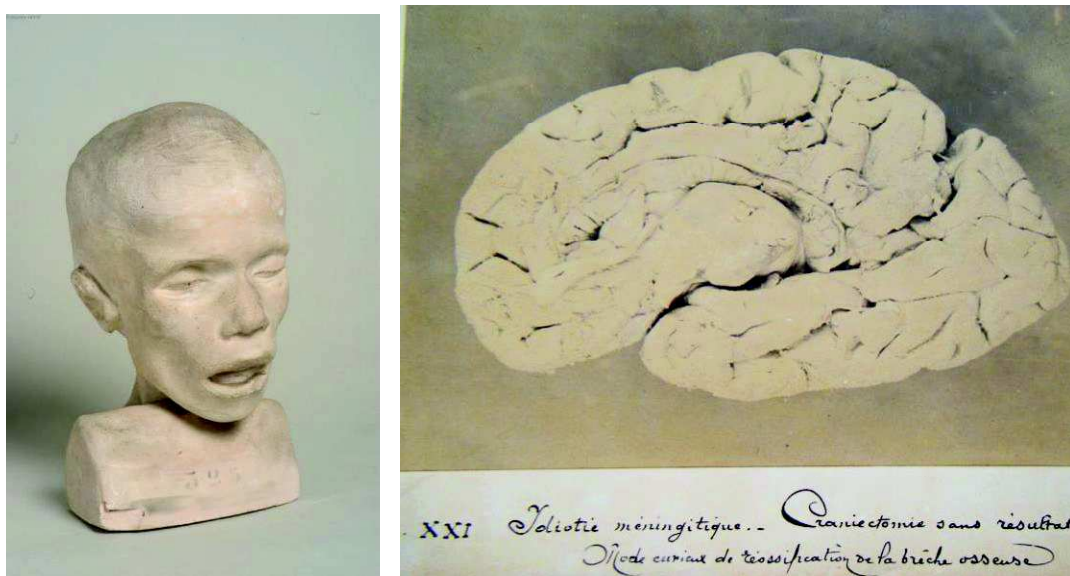
Raymonde était une malade prise en charge dans le service de Bicêtre au moment où il est dirigé par Bourneville (source : fonds M.-V. Clin).

Le « musée pathologique » du service des idiots de Bicêtre



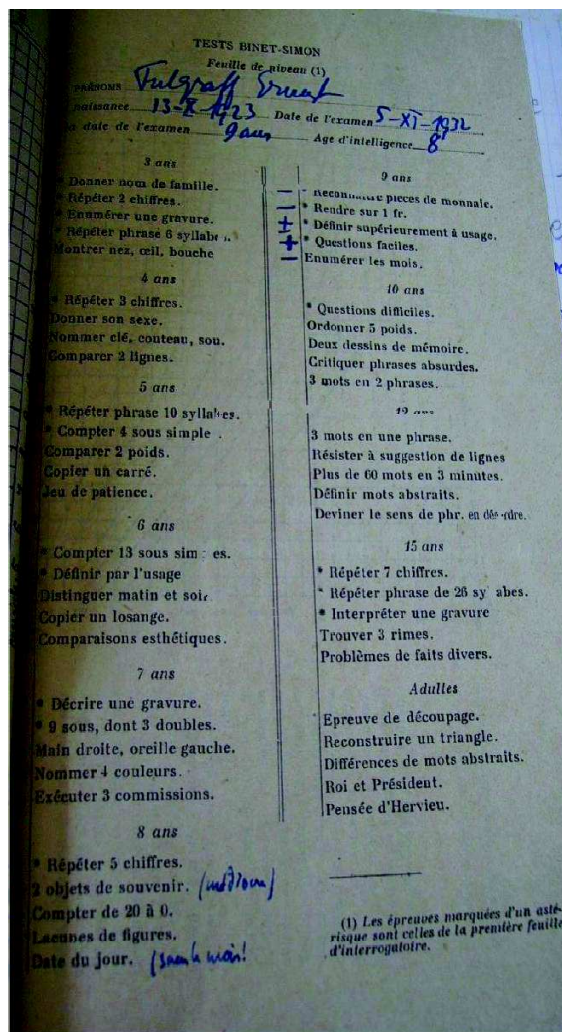
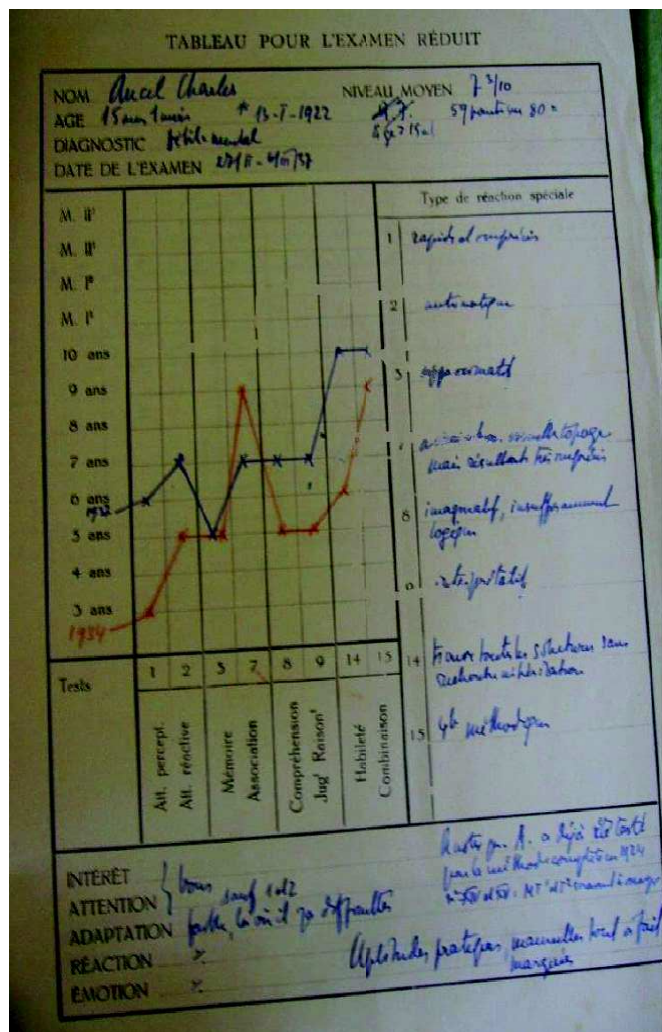
Le « musée pathologique » est créé par Bourneville à la suite de son travail avec Jean-Martin Charcot à la Salpêtrière. Le chapitre 3 explique dans quelle mesure ce travail a pour but d'objectiver par l'outil photographique les progrès dans l'éducation des enfants en mettant en avant une amélioration « visible » des enfants pris en charge à Bicêtre. Ici on peut observer l'évolution de Blanche H. entre mai 1904 et décembre 1906.

Eléments du « musée pathologique » fondé par Bourneville à Bicêtre



Le « musée pathologique » créé par Bourneville étudiait aussi les patients du service *post mortem*. Le chapitre 3 aborde cette autre activité de l'aliéniste, qui a effectué de nombreux moulages d'enfants décédés et des lésions anatomiques présentées par certains, ainsi que des dissections et des photographies des cerveaux des idiots. Par exemple, le cerveau d'un malade dont la pathologie est apparue des suites d'une méningite est représenté afin d'objectiver une

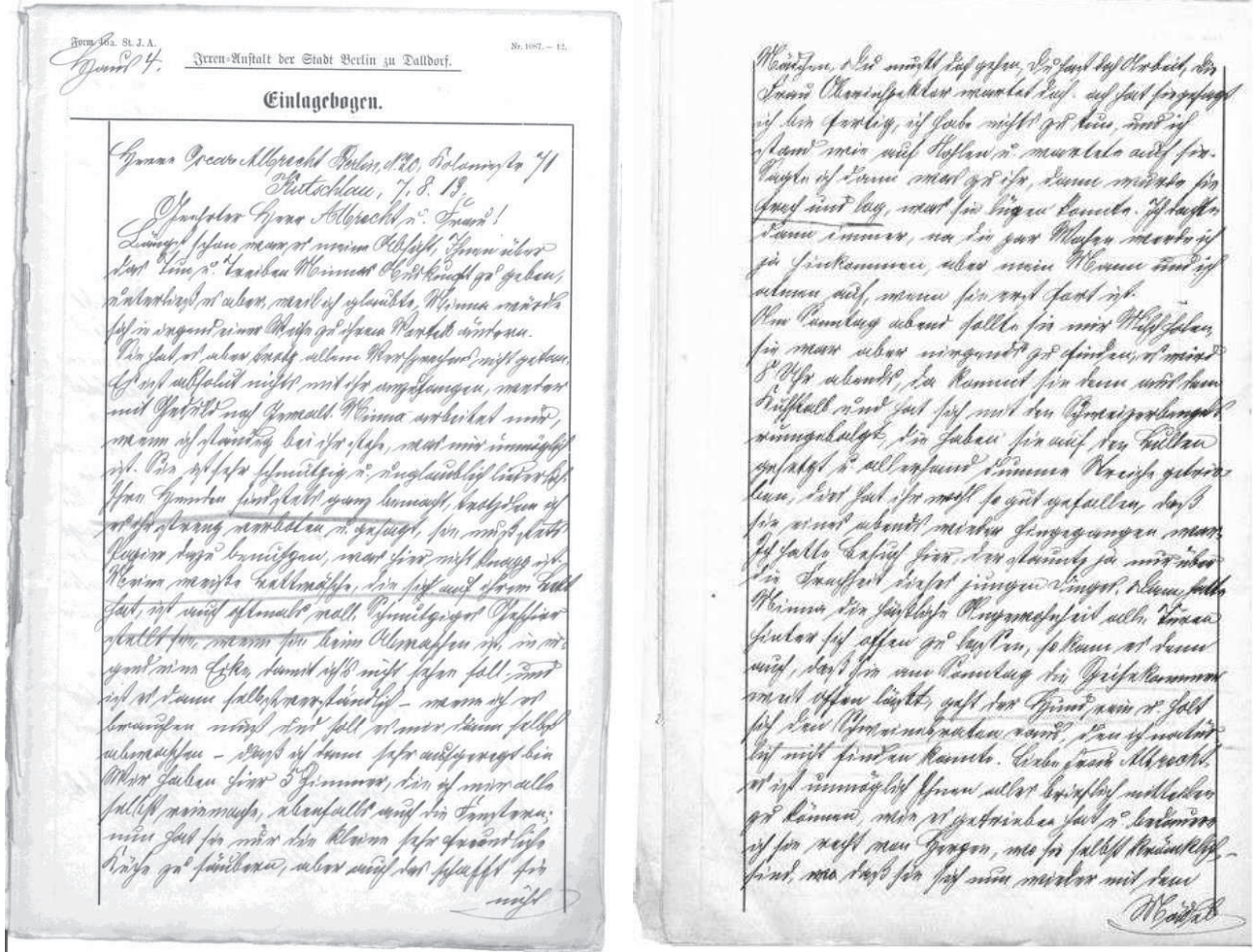
Annexe 9 : Mesurer l'intelligence ? Les tests psychométriques employés par le psychiatre de Cernay dès le milieu des années 1920



Courbe d'évolution de l'âge mental en fonction du temps et test Binet-Simon (Cernay, 1932)

Le chapitre 4 décrit les outils créés par la psychométrie. On voit ici des exemples de leur emploi dans l'établissement de Cernay, tels qu'ils sont évoqués dans ce chapitre précis. La pratique des tests d'intelligence — pour lesquels est employé le modèle formalisé élaboré par Binet et Simon en 1911 — est fréquente à partir de l'arrivée du Dr Stoeber. Elle démontre que, contrairement à ce que les discours des aliénistes laissaient entendre, cette méthode est utilisée dans la pratique, malgré rivalités disciplinaires. La confrontation de ces tests au parcours des malades montre aussi qu'ils sont un instrument indicatif parmi d'autres, et donc qu'ils sont utilisés de manière souple.

**Annexe 10 : Pratique et difficulté du « système de prise en charge familial »
(Familienpflegesystem)**



Lettre de M. et Mme Rohm, famille d'accueil (*Familienpflege*) à la famille de Minna A.

Ce courrier est représentatif des plaintes qui parvenaient des tuteurs à l'*Erziehungsinspektor* Piper à Dalldorf ou directement aux familles des malades pris en charge hors de l'asile. Les époux Rohm expliquent dans ce courrier qu'ils ont l'intention de licencier Minna car elle est négligée (*liederlich*), menteuse et effrontée (*frech*). La tutrice évoque tous les objets de plainte qu'elle relève dans le travail de Minna : laissant souvent le cellier ouverte, elle oublie

Ce courrier montre aussi comment la définition des arriérés comme troublant l'ordre social engage l'entourage au sens large. L'auteur du courrier évoque ainsi les voisins et toute la communauté villageoise comme témoins pouvant attester du comportement désordonné de la jeune fille. De la même façon, elle déplore l'effronterie (*Frechheit*) de Minna, qui a provoqué l'indignation d'invités déjeunant dans la demeure du couple. La solution pour les tuteurs est disciplinaire : plus de sévérité s'impose vis-à-vis de Minna pour la guérir (*Sie ist nicht anders zu kurieren als durch Strenge*). Autrement, la menace invoquée est représentative des éléments mis en évidence dans le chapitre 5 : « sans cela, elle ne deviendra jamais un membre utile de la société humaine » (*sonst wird niemals ein nützlichen Glied der menschlichen Gesellschaft aus ihr werden*). Enfin, la lettre évoque aussi la dépendance des individus pris en charge vis-à-vis de l'institution comme de la famille, puisque la tutrice dit souvent répéter à Minna que lorsque ses parents seront morts, elle n'aura plus personne pour s'occuper d'elle (source : Landesarchiv Berlin, A Rep. 003-04-04, Dossier médical n°5568, courrier de la famille d'accueil de Minna A. à l'asile de Dalldorf).

Le placement familial (*Familienpflege*), une des étapes du *Stappelsystem* mis en place dans les années 1920 à Berlin

Emil Bittmann in Pflege bei den Eltern.
Auf dem 1. März 1896 ist Emil Bittmann, ein 17-jähriger
junger Mann, in die Familie der Eltern in Libenwalde
übergeben worden. Der Vater ist ein 45-jähriger
Mann, die Mutter eine 40-jährige Frau. Der Junge
ist ein kräftiger, großer Bursche, der in der
Landwirtschaft arbeitet. Er ist ein sehr
ruhiger, fleißiger Mensch, der sich
seiner Pflichten sehr wohl bewusst ist.
Die Eltern sind sehr zufrieden mit
dem Jungen und hoffen, dass er
sich in der Familie gut entwickeln
wird. Die Kosten für die Pflege
werden von der Familie getragen.
Dalldorf, den 1. März 1896.
Piper

Rapport de l'Erziehungsinspektor Piper

Comme on le montre dans le chapitre 5, la prise en charge de jeunes adultes auparavant pensionnaires de l'*Idiotenanstalt* se transforme parfois en prise en charge hors de l'asile. On appelle ce système la *Familienpflege*. Il se déroule néanmoins dans le cadre d'un suivi par l'inspecteur d'éducation (*Erziehungsinspektor*) de l'établissement pour idiots (*Idiotenanstalt*).

Des rapports sont élaborés par Piper à l'issue de chaque visite, dont la fréquence est généralement bi-annuelle. L'exemplaire ci-contre décrit la visite effectuée pour s'assurer des bonnes conditions de vie et des éventuels progrès d'Emil B., pris en charge par un couple à Libenwalde, dans la campagne berlinoise. Le rapport mentionne le bon état physique du garçon « fort et grand » (*kräftiger grosser Bursche*), mais que les crises d'épilepsie altèrent parfois. Dans ce cas précis, le malade ne travaille pas dans la famille d'accueil — le rapport de Piper décrit que regarder son livre d'images est son occupation principale — mais bénéficie simplement d'une prise en charge hors des murs de l'asile. Ce mode de prise en charge qui rompt la clôture de l'asile avait surtout pour but de libérer des places dans le service des idiots, en sortant les cas chroniques pour lesquels on estime que les démarches éducatives ne sont plus nécessaires. La date du rapport (1896) prouve que le système de placement familial a été rapidement mis en place pour l'*Idiotenanstalt* de Dalldorf, notamment pour permettre de libérer des places.

(Source : A Rep. 003-04-04, Dossier médical n°5649, Rapport de Hermann Piper sur Emil B., 1896).

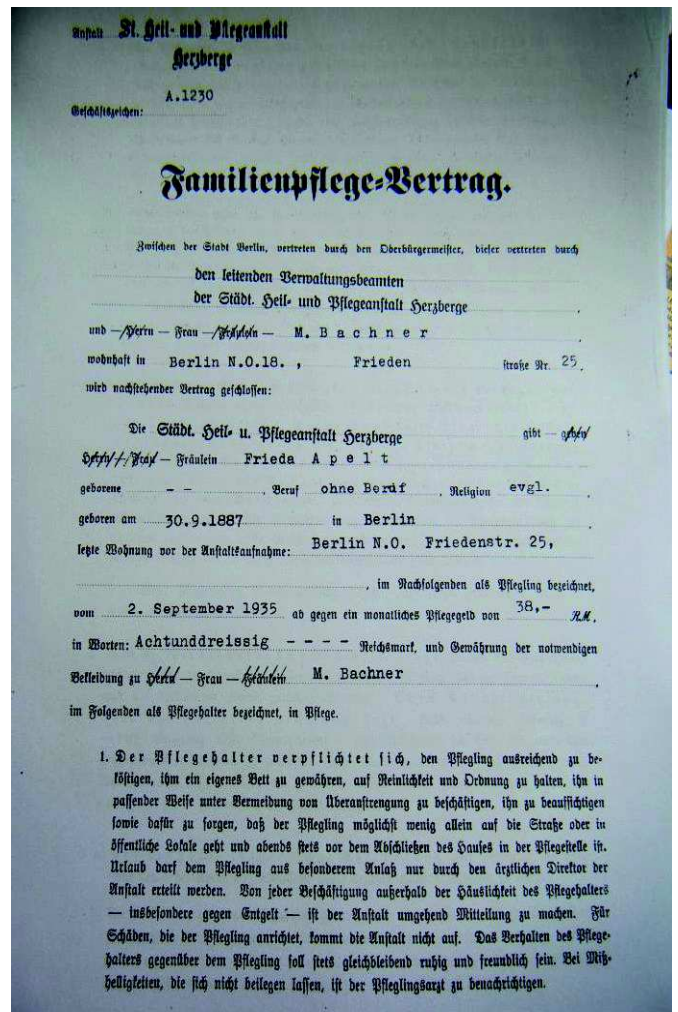


Carte postale envoyée à Dalldorf et destinée à Hermann Piper

Cette carte postale est envoyée par une famille d'accueil (*Familienpflege*) qui prend en charge un ancien pensionnaire de l'*Idiotenanstalt* nommé Bruno. Le couple l'accueillant donne des nouvelles après une maladie qui a touché l'adolescent. Par ailleurs, elle mentionne Fritz, un ancien enfant probablement accueilli chez le couple, qui était « un garçonnet si tranquille » (*es war so ein ruhiger Burschen*). L'attachement transparait dans cette carte, ce qui donne une image alternative des relations conflictuelles entre familles d'accueil et malades abordées dans le chapitre 5.

Contrat conclu avec une famille d'accueil (*Familienpflegevertrag*)

Le système des familles d'accueil utilisé pour désengorger le service des idiots (*Idiotenanstalt*) des malades chroniques. La fin du chapitre 1 explique les modalités de la mise en place rapide de ce système à Dalldorf, tandis que ses aspects pratiques sont illustrés par les exemples du chapitre 5. Le système est contractuel. Le contrat mentionne notamment la rémunération dont font l'objet les tuteurs et les obligations qui les lient à l'asile.




Annexe 11 : « Gagner son pain » : la formation aux travaux manuels.

CHANT SCOLAIRE

Appliqué à l'exercice de gymnastique suivant : élever et abaisser — alternativement ou simultanément — les bras avec flexion en 3 temps.

Allegro. § REFRAIN.



f A l'a - te - lier on tra - vail - le, cha - cun
y fait un mé - tier : Ce - lui - ci tres - se la
pail - le, son voi - sin est un chai - sier. De la
1^{er} COUPLET.
for - ge qui s'al - lu - me on en - tend aux en - vi -

Photographies des ateliers de Bicêtre (v. 1900) et de Cernay (v. 1930)

La broserie et la vannerie figurent parmi les métiers enseignés dans les ateliers destinés à la formation des arriérés. Ces photographies peuvent aussi être mise en lien avec le conflit entre une entreprise privée de balais alsacienne et le lancement d'un atelier de balais dans l'asile de Hoerd (Bas-Rhin).

L'un des chants utilisé à Bicêtre dans le cadre des exercices de gymnastique célèbre ce travail : « A l'atelier, chacun fait son travail, chacun y fait un métier : Celui-ci tresse la paille, son voisin est chaisier »

(Sources : archives M.-V. Clin pour la partition et la photographie de gauche (v. 1900), archives ASC pour la photographie du vannier et son apprenti (datée des années 1930).





A l'asile de Cernay, les malades jugés incapables de suivre un apprentissage mais néanmoins valides étaient employés dans les champs caillouteux de l'Ochsenfeld pour enlever les pierres des champs mis en culture sur le domaine dépendant de l'institut Saint-André de Cernay. Le chapitre 5 de la thèse aborde le rôle du travail comme « thérapie occupationnelle » pour les arriérés pris en charge dans les asiles étudiés, mais aussi ses aspects économiques qui prennent une importance croissante dans la période.

La mise au travail des arriérés dans les ateliers et fermes des différents établissements

Le travail en atelier à Bicêtre

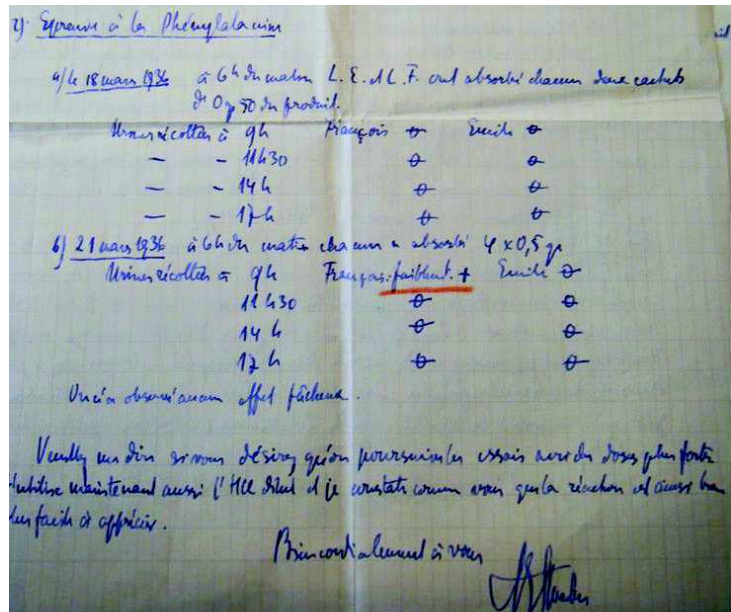
La formation professionnelle des jeunes gens admis dans le service de Bicêtre est conçue selon un but double,, décrit par Bourneville en ces termes : « Le produit du travail compense non seulement le salaire des maîtres et l'intérêt du capital engagé dans la construction des ateliers, mais donne encore un bénéfice à l'Administration. Toutefois, pour nous, l'enseignement professionnel réalise un objectif bien plus élevé ; il occupe utilement les enfants, contribue à employer tout leur temps, et nous fournit le moyen de rendre chaque année à la société un certain nombre d'anciens malades devenus capables de subvenir à leurs besoins ». Le chapitre 5 démontre que le premier but de rentabilité à l'échelle de l'institution prend progressivement le pas sur le second à l'échelle de toute la société, d'essence philanthropique. Cette évolution est nourrie par un certain scepticisme des aliénistes quant à la curabilité — c'est-à-dire l'éducation — de nombreux individus considérés comme arriérés.



Annexe 12 : Expériences de génétique psychiatrique à Cernay : protocole de l'étude de la phénylcétonurie

Les expérimentations de génétique psychiatrique menées sur des pensionnaires pris en charge dans l'institut Saint-André de Cernay sont étudiées dans le chapitre 6. Ayant pour but d'élucider la transmission de la phénylcétonurie (pathologie héréditaire entraînant un retard mental chez l'enfant atteint), elles se déroulent parallèlement à celles du généticien anglais Lionel Penrose, qui obtiendra lui le prix Nobel pour sa découverte.

Les recherches des médecins alsaciens n'ont jamais été publiées. La reconstitution du protocole et du raisonnement des Dr Rhein et Stoeber à partir des correspondances intenses qui les liaient entre Cernay et Strasbourg a permis d'étudier un versant peu abordé de l'histoire des sciences : celle qui est bâtie par les perdants. Non publiées, de telles recherches n'existent pas dans la littérature sur le sujet, conduisant à la conclusion que la France était restée en dehors du « mendélisme clinique » par rapport aux sphères anglo-saxonnes et allemandes.




270 L. PENROSE AND J. H. QUASTEL

Table IV. Normal diet. Means of 4 specimens of urine per day

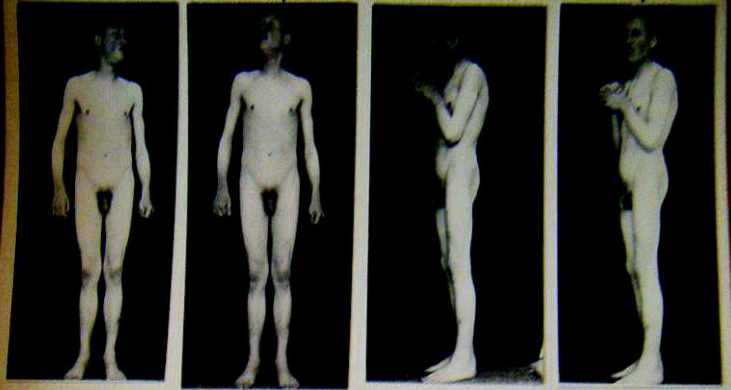
Patient	Date	Substance added to diet	Phenylpyruvic acid mg./100 ml.		Urea %	Phenylpyruvic (Q)/urea Ratio
			Method			
			Q	P		
A	3. xii. 35	dL-Phenylalanine (3 g.)	114	143	1-17	0-097
A	11. ii. 36	d-Phenylalanine (3 g.)	159	180	1-65	0-096
A	14. i. 36	L-Phenylalanine (3 g.)	158	147	1-80	0-088
A	29. iv. 36	L-Phenylalanine (3 g.)	200	185	1-98	0-101
A	18. xii. 35	Tyrosine (6 g.)	171	151	2-47	0-069

Pierre Kilpert 11 ans Kruisvang (Norvège)



Troelling: positif.
 urine: n.p.
 sang: R.W.M.: -; urée: 0,15; sucre: 0,90;
 cholestérine: 1,02; acide urique: 0,027
 figure biliaire: 4
 particularités somatiques: langue épaisse, un peu fissurée;
 lobules du nez adhérents; oreilles en moineau;
 même les pieds un peu;
 disposition psych: idiotie congénitale
 traits familiaux: frère de Victor Kilpert

Victor Kilpert 18 ans Kruisvang (Norvège)



Troelling: positif.
 urine: alb. trace; urée: 0,15; sucre: 0,90;
 cholestérine: 1,02; acide urique: 0,027
 figure biliaire: 4
 particularités somatiques: microcéphalie; extrémités, nez, oreilles et
 orteils, surtout orteils, courts, avant-bras; mains et pieds;
 extrémités inférieures peu fermes;
 disposition psych: idiotie congénitale;
 traits familiaux: frère de Pierre Kilpert.

Les deux feuillets ci-avant ont été retrouvés dans le fonds Marcel Rhein à la BIU-Santé à Paris. Ils concernent pourtant des malades pris en charge dans l'institut Saint-André de Cernay. Pierre et Victor H. sont largement évoqués dans le chapitre 6 à propos des expérimentations menées par le Dr Rhein à Strasbourg et le psychiatre de Cernay, le Dr Robert Stoeber.

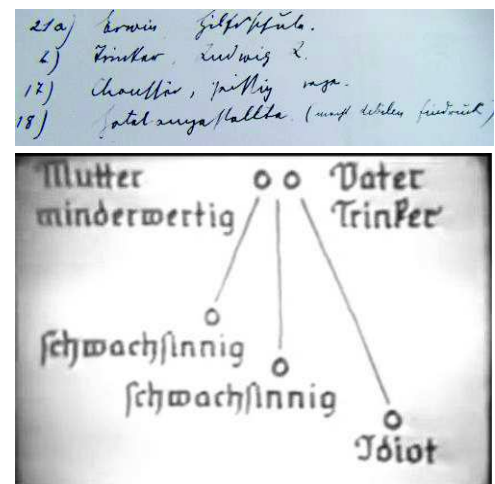
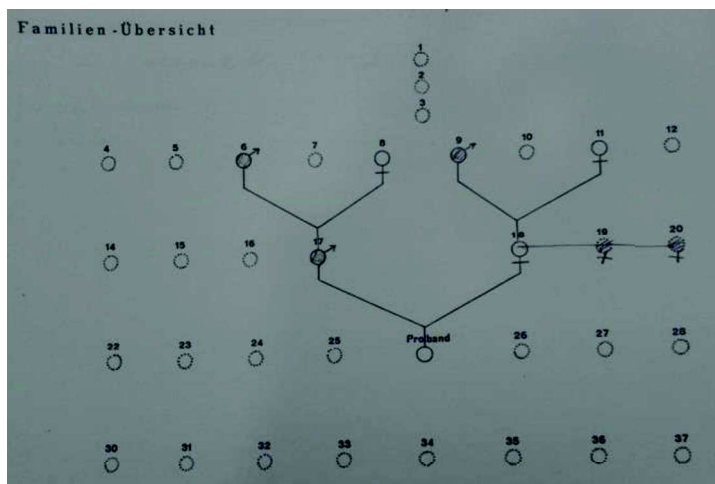
Les deux documents montrent comment les deux médecins ont récolté patiemment des informations permettant de trouver dans l'institut des patients phénylcétonurie (voir chapitre 6), reconnaissables par un test urinaire — la « réaction de Fölling » — positif, comme le mentionne la première indication figurant sur le feuillet. Cette réaction urinaire a été pratiquée sur plusieurs centaines de malades pris en charge à Saint-André, jusqu'à en trouver un petit nombre atteint de cette anomalie métabolique. C'est seulement au début des années 1930 qu'on comprend que cette pathologie empêche de synthétiser l'acide phénylpyruvique et entraîne un retard mental.

L'enjeu est pour les deux médecins alsaciens de prouver en quoi cette pathologie est héréditaire, et donc permet de comprendre la transmission de l'arriération — ou au moins d'un type d'arriération. Dans cette optique, les particularités somatiques des deux frères H. correspondent à ce que les dernières découvertes de la biochimie ont mises en évidence — par exemple, la présence de plaques eczémateuses. Mais surtout, le feuillet mentionne les « tares familiales », qui indique un seul élément déterminant : Victor et Pierre sont frères.

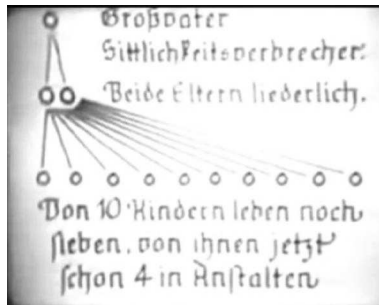
Annexe 13 : La compréhension de la transmission de l'arriération par la représentation d'arbres généalogiques

Le chapitre 6 étudie l'essor de la génétique psychiatrique dans l'entre-deux-guerres en France et en Allemagne. Du côté allemand, le concept de généalogie morbide est transcrit graphiquement dans des « tableaux familiaux synoptiques » (*Familienübersicht*). A Dalldorf, ce type de document se retrouve dans les dossiers médicaux de patients seulement à partir de 1934 et la stérilisation des patients. Ils mentionnent toutes les pathologies psychiatriques qu'on retrouve chez les collatéraux. Sur l'extrait, on observe ici la mention du 21) a qui est passé dans une école de perfectionnement (*Hilfsschule*), le suivant alcoolique (*trinker*), ou le 18) qui « a un air débile » (*macht debilen Eindruck*). On les retrouve abondamment dans les affiches de propagande nazie dès la mise en place de la *GzVeN*. Elle apparaît aussi sur un carton du film *Erbkrank* (ci-dessous).

La forme même de l'arbre généalogique reprend en apparence scientifique en lien avec les connaissances nouvelles de la science génétique naissante. En réalité, il s'agit essentiellement d'une adaptation graphique des généalogies morbides que nous trouvons à l'identique dès la fin du XIXe siècle dans les observations des médecins de Bicêtre par exemple. Les inconnues qui subsistent encore sur l'origine de l'arriération sont ignorées, et les études familiales telle celle étudiée dans le chapitre 6 viennent valider de manière bancale les interrogations qui subsistent sur la transmission de l'arriération. Le carton de *Erbkrank*, contemporain du document ci-dessus, prouve que la propagande se base sur les pratiques asilaires.



Annexe 14 : La construction l'arriération comme danger héréditaire dans la propagande sanitaire nazie



Der Bauer, der das Überwuchern des Unkrauts verhindert, fördert das Wertvolle



Le film de propagande sanitaire *Erbkrank*, étudié en conclusion, fournit un bon résumé de l'ensemble des problématiques abordées dans cette thèse. La peur de la prolifération des individus considérés comme « malades héréditaires » (*Erbkrank*) déjà exprimée dans les écrits d'Emil Kraepelin est étudiée au début du chapitre 6. Elle apparaît sur plusieurs cartons du film. Le lien entre vice moral et maladie mentale est établi par le lien entre le grand-père criminel sexuel (*Sittlichkeitverbrecher*), les parents « débauchés » (*liederlich*) et les dix petits-enfants dont « 4 sont déjà pris en charge dans des asiles » (*von ihnen jetzt schon 4 in Anstalten*).

La conclusion du film reprend un fil directeur qu'on retrouve dans les trois derniers chapitres de la thèse : l'idée de sélection nécessaire pour pallier celle, naturelle, qui n'existe plus précisément en raison de dispositifs tels que la prise en charge asilaire des arriérés. La métaphore qui clôt le film est transparente : « Le paysan qui empêche la repousse des mauvaises herbes favorise ce qui a de la valeur » (*Der Bauer, der das Überwuchern des Unkrauts verhindert, fördert das Wertvolle*). L'image d'enfants considérés comme « sains » en terme d'hygiène raciale succède à l'aphorisme, jouant un rôle de contrepoint évident.



Die Zahl der Geisteskranken hat in den letzten 70 Jahren um **450%** zugenommen, während die Zunahme der Gesamtbevölkerung nur **50%** betrug



SOURCES

I - ARCHIVES

Liste des abréviations

ADBR : Archives départementales du Bas-Rhin

ADHR : Archives départementales du Haut-Rhin

ASC : Archives des Sœurs de la Croix (rue Knauth, Strasbourg)

AISA : Archives de l'Institut Saint-André de Cernay

BIU Santé : Bibliothèque Universitaire de Santé de la faculté de médecine de Paris

Archives publiques françaises,

- **Archives de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (A.P.H.P.), Paris**

ADMINISTRES

7 Q/1 Bicêtre : Répertoire d'enfants idiots, épileptiques, 1907-1915

7 Q/30-32 Bicêtre : Registre d'admissions de la fondation Vallée, 1890-1935

ARCHIVES MEDICALES

6R 112 – 137 : Registres d'observations médicales (5e division 4e section), 1886-1925

BICETRE ET FONDATION VALLEE

B 1040 : Compte-rendu du service (1904)

B 1317 : Maurice ROYER (préface de Bourneville), *De l'absolue nécessité de l'assistance des enfants anormaux et de ses résultats au point de vue social*, 1907.

B 57451 : Désiré-Magloire BOURNEVILLE, *Rapport sur l'assistance des enfants idiots et dégénérés*, Lyon, A. Waltener, 1894, p. 76-78.

B 6009 : Album de photos de la fondation Vallée : service du docteur Bourneville, 1901

B 8224 : D.-M. BOURNEVILLE, *Histoire de la fondation Vallée*, Bicêtre, imprimerie des enfants, 1892, 71 p.

B 82716 : D.-M. BOURNEVILLE, *Histoire de la section des enfants de Bicêtre (1879-1892)*, Paris, Bataille, 1892, 140 p.

B 82717 : D.-M. BOURNEVILLE, *Hospice de Bicêtre. Compte rendu du service des enfants arriérés nerveux et épileptiques*, Paris, imprimerie typographique des enfants, 1899, LXIV p

B 82718 : Paul SOLLIER, *Catalogue du musée pathologique. Service du docteur Bourneville*, Bicêtre, imprimerie typographique des enfants, 1892, 76 p.

B 827 21 : Commission de surveillance des asiles d'aliénés du département de la Seine, Visite du 3 mars 1914, Paris, Bicêtre, imprimerie des enfants, 1914, 15 p.

B 827 22 : D.-M. BOURNEVILLE, *Hospice de Bicêtre. Histoire, organisation, budget, statistique, etc.* Paris, Alcan, 1900, 30 p.

B 8331 : D.-M. BOURNEVILLE, *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie, l'idiotie et l'hydrocéphalie.*

280 PER 22 : D.-M. BOURNEVILLE, « Réflexions sur les anormaux. A propos d'une visite à Bicêtre », *La Revue philanthropique*, 1907-1908, p. 149-159.

DOSSIERS PERSONNELS DE PATIENTS

3R 1 1-54 : Dossiers médicaux de patients aliénés, nés de 1792 à 1914 (1870-1933)

FONDS FOSSOYEUX

646 FOSS 1 : Diplômes et lettres Désiré-Magloire Bourneville

646 FOSS 3 : Articles de presse sur Bourneville et la politique (1889)

646 FOSS 24 : Articles de presse divers (enfance et assistance)

646 FOSS 42 : Articles de presse sur les aliénés (1880)

646 FOSS 46 : Articles de presse 1878-1888. *Varia*

646 FOSS 47 : Articles de presse 1884-1885. *Varia*

646 FOSS 49 : Articles de presse sur les idiots (faits divers, visites à Bicêtre) 1886-87. *Varia*

HISTORIQUES DE L'HOPITAL BICETRE, 1893-1943

D 285-317 : 1893-1925

PHOTOGRAPHIES

C 5141/1 : Hospice de Bicêtre, Service du docteur Bourneville – Section des enfants – 1889

AUTRES FONDS

9L 23 : Carton « activité et fonctionnement », section « enfants » (coupures de presse)

9L 47 : Service du Dr Roubinovitch ; Fêtes et distractions

9L 48 : Carton « Affaires et plaintes » ; liasse « accidents et incidents »

9L49 : Fondation Vallée et Service de la 5^e division, 4^e section

- **Archives de Paris**

D1 X3 14-54 : Procès-verbaux de la Commission de Surveillance des asiles publics d'aliénés du département de la Seine (1885-1934)

- **Archives départementales du Bas-Rhin (Strasbourg)**

ARCHIVES NOTARIALES (APRES 1879)

1 VP/PP18

1 VP 382

3Q Res Strasb. (Raess), série 1,2,3

3Q DS Strasb. 1405 1888

GOUVERNEMENT D'ALSACE-LORRAINE

AL 66 17 : Fondation et administration de l'asile de Hoerdt

AL 66 27 : Assistance aux aliénés du Haut-Rhin

AL 66 28 : Construction à Rouffach de l'établissement du Haut-Rhin

AL 63 : Etablissements privés

AL 66 106 : Assistance à l'enfance

AL 121 828 : Correspondance Commissaire général de la République/Direction de l'Assistance publique avec le Préfet du Bas-Rhin, 1922-1925

ALIENES

285 D 5 : Asile de Hoerdt

285 D 7 : Divers Hoerdt

285 D 10 : Dossier de la Préfecture du Bas-Rhin concernant l'installation d'une section pour enfants anormaux à l'asile de Hoerdt, 1922-1939

- **Archives départementales du Haut-Rhin (Colmar)**

ARCHIVES DE L'ADMINISTRATION DU REICHSLAND D'ALSACE-LORRAINE (1871-1918)

Registratur I Section IV (assistance)

Fach 6 : Assistance aux handicapés et incurables

8 AL 1/ 2199 : Assistance aux handicapés physiques et mentaux : *Acta generalis* (1834-1912)

8 AL 1/ 2221 – 2225 : Etablissement pour handicapés mentaux Saint-André de Cernay (admissions 1904-1917)

Fach 7-13 : Hôpitaux, hospices, institutions de bienfaisance

8 AL 1/2284 – 2286 : Subventions aux institutions de bienfaisance et hôpitaux (1889-1920)

Registratur III, Section C (cultes)

Fach 1 : Ordres, congrégations, communautés : divers (tous cultes)

8 AL 1/11947 – 11948 : Recensement des ordres, congrégations, sectes et établissements congrégationnistes (1872-1924)

Registratur III Section III (santé humaine et animale)

Fach 1 : Malades mentaux

8 AL 1/13335 – 13336 : Prise en charge des malades mentaux : *Acta generalia* (1838-1918)

ARCHIVES DE LA PREFECTURE (1918-1940)

Assistance aux indigents, malades, infirmes, vieillards et incurables

X9, 568, 611 : Liste des établissements pour handicapés, aveugles et sourds-muets

X614, 623, 594 : Demandes d'admission de malades indigents, incurables, infirmes dans un établissement de soin

Purgatoire 19571 : *idem*

- **Archives départementales du Val-de-Marne (Créteil)**

1J1097 : prospectus de l'Institut médico-pédagogique pour le « traitement et l'éducation des enfants nerveux, instables, arriérés, etc. des deux sexes fondé par le Dr Bourneville en 1892 ». 22, rue Saint Aubin, Vitry (près Paris) avec lettre donnant les prix de pension, 1929

1J1460 : Institut médico-pédagogique pour le traitement et l'éducation des enfants nerveux, instables, arriérés (etc.) fondé par le Docteur Bourneville en 1892 à Vitry-sur-Seine : 1 pièce de présentation illustrée, s.d.

- **Archives de la Bibliothèque Interuniversitaire de Santé (Paris)**

MS 2503-2505 : Papiers du Dr. Marcel Rhein

- **Archives de l'Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP) « Pierre Mâle » (Arnouville-les-Gonnesse)**

Dossiers médicaux de patients (non cotés)

- **Archives du Centre Catholique des Médecins Français (Paris)**

Bulletins de la Société Saint-Luc, Saint-Côme et Saint-Damien (1884-1939)

Archives publiques allemandes

- **Landesarchiv Berlin**

STÄDTISCHE IRRENANSTALT DALLDORF/WITTENAUER HEILSTÄTTEN

A Rep. 003-04-04 (Band 1- 5) : Aufnahmebücher (1880-1928)

Pour la période 1880-1928, on trouve 31 registres d'admission (*Aufnahmebücher*), classés par ordre alphabétique (ex : *Band 5 = Aufnahmebuch – Buchstabe Dim-Duz, E*), qui répertorient les patients admis dans l'asile de Dalldorf.

De 1880 à 1928, il n'existe pas de registre séparé pour les enfants (de 5 à 16 ans environ) qui sont pris en charge dans l'*Idiotenanstalt* (leurs noms sont mélangés avec ceux de la population adulte de l'*Irrenanstalt* de Dalldorf où sont pris en charge uniquement des adultes. Dans ces registres d'admission (où figurent la date de naissance ainsi que la « date d'admission » ou *Aufnahmedatum*), le travail a consisté à repérer les malades ayant été admis pour le diagnostic d'idiotie (*Idiotie*) ou

alors au moment de leur minorité, laissant supposer qu'ils sont passés par l'*Idiotenanstalt* qui est la seule section de l'asile admettant des enfants.

-Band 1 : A Rep. 003-04-04 Nr 33 (Buchstabe A)

-Band 2 : A Rep. 003-04-04 Nr 34 (Buchstabe Ba-Baz, Bun-Bur)

-Band 3 : A Rep. 003-04-04 Nr 35 (Buchstabe Bl-Bug)

-Band 4 : A Rep. 003-04-04 Nr 36 (Buchstabe Ca-Coz, Dab-Dil)

-Band 5 : A Rep. 003-04-04 Nr 37 (Buchstabe Dim-Duz, E)

Patientenakten der Irrenanstalt Dalldorf (1880-1930)

A Rep. 003-04-04 n°5568-n°5982 : « dossiers médicaux » et « dossiers administratifs »

A Rep. 003-04-04 n°5983-n°6058 : « dossiers scolaires » (*Schulenakten*) après 1926

Au total, 424 dossiers ont été retrouvés grâce aux registres d'admission. Ces dossiers sont à la fois des « dossiers médicaux » (*Patientenkrankenakten*) et des « dossiers administratifs » (*Patientenverwaltungsakten*). Les cotes des dossiers sont comprises entre le n°5568 et le n°6058. Il ne contient pas que des malades compris alphabétiquement entre la lettre A et D, puisqu'au fil de l'exhumation des dossiers, on a pu repérer des séries de dossiers d'enfants se suivant dans le fonds grâce à l'aide de l'archiviste Kertin Bötticher.

Les archives de l'ancien *Idiotenanstalt* de Dalldorf changent à partir d'environ 1926-28. Contrairement à la période 1881-1925 où les dossiers des patients étaient mélangés avec ceux du reste de l'asile, ils prennent une forme différente de ceux de l'asile et sont renommés « dossiers scolaires » (*Schulenakten*). Ce changement correspond aussi à un changement administratif, puisque l'*Idiotenanstalt* est rebaptisé *Erziehungsanstalt der Wittenauer Heilstätten* en 1925. En 1938, l'asile se dote d'un service neuro-psychiatrique et de sa propre policlinique. En 1941, l'ancien *Erziehungsanstalt* est rebaptisé *Städtische Nervenlinik für Kinder*, d'où le nom donné à la cote.

A Rep. 000-02-01 : Stadtverordnetenversammlung der Stadt Berlin

Dossier 1406 (1864-1910) : *Die blödsinnigen Personen, welche auf Kosten der Kommune verpflegt und unterrichtet werden* (« les personnes débiles, qui sont prises en charge et soignées sur le budget communal »)

Coûts de la prise en charge à l'institut Bösch (Schönhauser Allee 135)

Coûts de la prise en charge pour l'*Idiotenanstalt* du Dr. Heyersch (Neustadt-Eberswalde)

Procès-verbal sur l'assistance des idiots pauvres nés à Berlin en 1873

Construction d'un *Idiotenanstalt* sur le terrain de la commune de Dalldorf (1880)

Instructions destinées à l'*Erziehungsinspektor* s'occupant de l'*Idiotenanstalt* rattaché à l'asile communal de la ville de Berlin

Dispositions légales concernant l'admission d'enfants idiots dont les parents sont solvables (*zahlunsfähige*)

Emploi du temps

Embauche de l'*Erziehungsinspektor* Hermann Piper dans l'*Idiotenanstalt* de Dalldorf

Règlement de l'institut de Wuhlgarten (concernant l'admission, la gestion et le renvoi des épileptiques et le remboursement des coûts)

Remboursements pour les instituts de Dalldorf, Herzberge et Wuhlgarten

Nouveau règlement pour le traitement du personnel enseignant de l'*Idiotenanstalt* de Dalldorf et du service des épileptiques de Wuhlgarten

- **Archives de l'institut de *Rehabilitationspädagogik* (Berlin)**

Fonds spécifique « pédagogie spéciale des handicapés mentaux » (*Geistigbehindertenpädagogik*)

17. Ordner : *Veröffentlichungen zu Piper und Dalldorf (1883-2000)*

18. Ordner : *Veröffentlichungen von Hermann Piper (1880-1912)*

Archives privées françaises

- **Archives de l'Institut Saint-André de Cernay**

DOSSIERS PERSONNELS DES MALADES : PIECE N°22, SERIE 7M1

Rack 1 - Rack 2 - Rack 3 - Rack 4

Il s'agit d'un classement chronologique avec 2 à 3 cartons/an contenant les dossiers personnels des malades. Le contenu des dossiers personnels s'étoffe de manière croissante avec le temps, notamment sur le plan des renseignements médicaux. Ce constat permet de supposer l'influence de l'arrivée du neuropsychiatre le Dr Stoeber au sein de l'institut en 1926. Alors qu'ils ne répondaient à aucune organisation précise jusque-là, les dossiers se composent dès lors de deux versants :

Une partie administrative :

- acte de naissance
- extrait de jugement
- questionnaire rempli par le médecin traitant
- enquête par les services sociaux
 - questionnaire du médecin-chef
- inventaire des objets apportés par l'enfant
 - correspondance avec parents et administrations

Une partie médico-pédagogique :

- feuilles de santé
- feuilles d'examens pédagogiques (tests basés sur l'échelle métrique de l'intelligence Binet-Simon, dans sa version de 1911)

- **Archives de la Maison Générale des Sœurs de la Croix (Strasbourg)**

SERIE A

1 A – Préliminaires à la fondation – acte de donation

7 A – Pièces et écrits divers de personnes ayant un rôle dans la fondation de l'institut

SERIE F

4 F – Guerres 1914-18 et 1939-45

8 F – Relations avec les organismes de tutelle

SERIE G

G – Procès verbal du conseil général de la congrégation

SERIE M

2 M – Documentation générale relative à l'activité de l'institut St André

3 M – Lettres, rapports, comptes-rendus relatifs à l'activité de l'Institut

5 M – Relations avec l'Action Catholique et les autres groupements

6 M – Correspondance avec les résidents

7 M – Education et loisirs

8 M – Enseignement

9 M – Formation des jeunes

13 M – Statistiques et chroniques

14 M – Relations avec les collaborateurs

15 M – Renseignements concernant l'œuvre

SERIE P

4 P 4 – Centenaire de l'institut

SERIE Q

1 Q à 9 Q – Temporel (biens immobiliers et mobiliers)

SERIE S

S – Photos, souvenirs

- **Archives personnelles de Marie-Véronique Clin, conservatrice du Musée d'histoire de la médecine (Paris)**

Non classées

Carton avec papiers divers concernant la Fondation Vallée Bourneville

Recueils de chants pour les enfants des écoles de l'hospice de Bicêtre (imprimés par l'imprimerie typographique des enfants)

Album d'étoffes utilisées pour l'éducation sensorielle des enfants dans le « service des idiots de Bicêtre »

Chemise avec les photographies destinées au « Musée pathologique » de Bicêtre et leur « fiches signalétiques »

Chemise avec diverses photographies du service

II – Sources imprimées françaises et allemandes

- **Presse générale et locale**

La France

La Lanterne

La Petite République Française

La vie à Paris

L'Elsässer

Le Journal de Cernay

Le Petit Journal

L'Humanité

La Revue des deux Mondes

- **Périodiques et presse médicale**

Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie

Annales médico-psychologiques

Annales d'hygiène publique et de médecine légale

L'Année psychologique

La Revue philanthropique

Le Progrès médical

Medizinisch-pädagogische Monatschrift für die gesamte Sprachheilkunde

Zeitschrift für angewandte Psychologie

Zeitschrift für die Behandlung schwachsinniger und epileptischer Kinder

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie

Zeitschrift für Kinderforschung

- **Rapports**

Désiré-Magloire BOURNEVILLE, « Rapport fait au nom de la Commission chargée d'examiner le projet de loi adopté par le Sénat : tendant à la révision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, urgence déclarée », Paris, Maison Quantin, 1890

Georges PAUL-BONCOURT et Jacques ROUBINOVITCH, « Rapport sur les catégories des pupilles difficiles de l'Assistance publique, sur le programme de leur instruction et éducation médico-pédagogiques et sur la réalisation pratique de ce programme », Paris, 1907.

- **Ouvrages spécialités**

Précis, dictionnaires de médecine et de psychiatrie

Gilbert BALLET (dir.), *Traité de pathologie mentale*, Paris, Doin, 1903.

Amédée DECHAMBRE (dir.), *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, Paris, Masson, 1879.

Emmanuel REGIS, *Précis de psychiatrie*, Paris, Doin, 1914.

Assistance et tentatives médico-pédagogiques pour les arriérés

Paul BRU et Désiré-Magloire BOURNEVILLE, *Histoire de Bicêtre (hospice, prison, asile)*, Paris, Progrès médical, 1890.

Désiré Magloire BOURNEVILLE, *De l'Assistance des enfants dits incurables*, Paris, V. Goupy et Jourdan, 1889.

Désiré Magloire BOURNEVILLE, *Histoire de la section des enfants de Bicêtre, 1879-1892*, Paris, Progrès médical, 1889.

Désiré Magloire BOURNEVILLE, *Les Enfants anormaux au point de vue intellectuel et moral*, Paris, Progrès médical, 1905.

Désiré Magloire BOURNEVILLE, *Traitement médico-pédagogique des différentes formes de l'idiotie*, Paris, Alcan, 1905.

Désiré Magloire BOURNEVILLE, *Lettre sur la création de classes spéciales pour les enfants arriérés*, Paris, 1899.

Désiré Magloire BOURNEVILLE, *Histoire de la fondation Vallée, Bicêtre*, Progrès médical, 1892.

Désiré Magloire BOURNEVILLE, *Histoire de la section des enfants de Bicêtre (1879-92)*, Paris, Progrès médical, 1892.

Désiré Magloire BOURNEVILLE, *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie et l'hystérie : Compte rendu des observations recueillies à la Salpêtrière de 1872 à 1875*, Paris, A. Delahaye, 1876.

Désiré Magloire BOURNEVILLE, *Recueil de chants pour les enfants des écoles de l'hospice de Bicêtre (2e édition)*, Bicêtre, Imprimerie typographique des Enfants, 1909.

Marcel BOURNEVILLE, « Réflexions sur les anormaux », *Revue philanthropique*, 1907.

Emil BRATZ, „50 Jahre Dalldorf“, in *Festschrift zum 50jährigen Bestehen der Anstalt Dalldorf (Hauptanstalt der Wittenauer Heilstätten)*, Berlin, 1929, p. 1-17.

Maxime DU CAMP, *Paris, ses organes, ses fonctions et sa vie, dans la seconde moitié du XIX^e siècle*, Paris, 1875.

Louise HUBER, « Le placement des enfants anormaux dans les trois départements recouverts », *Mémoire dactylographié*, s.l., 1931.

Gratian VON LINDEN, *Ochsenfeld, eine neue Station der christlichen Liebe, Zur Erinnerung der neuerrichteten Idioten-Anstalt in Ochsenfeld*, Strasbourg, Druck und Verlag von F.I. Le Roux, 1892.

Hermann PIPER, „Aus dem Berichte über die städtliche Idiotenanstalt Dalldorf“, *Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger und Epileptischer*, 1(5)/1885, n°2, 31-32.

Hermann PIPER, „Der Formentisch“, *Zeitschrift für die Behandlung schwachsinniger und epileptischer Kinder*, 6(10)/1890, n°2, p. 20-25.

Hermann PIPER, *Der kleine Modelleur. Eine Anweisung in Schule und Familie*, Berlin, 1910.

Hermann PIPER, *Der kleine Sprachmeister. Ein Lehr- und Bilderbuch*, Berlin, 1898.

Hermann PIPER, „Die Sprachbrechen bei schwachsinnigen und idiotischen Kindern“, *Medizinisch-pädagogische Monatschrift für die gesamte Sprachheilkunde*, vol. 1, n°2, 1891, p. 51-58.

Hermann PIPER, „Die Heilung von Sprachbrechen bei schwachsinnigen resp. idiotischen Kindern“, *Medizinisch-pädagogische Monatschrift für die gesamte Sprachheilkunde*, vol. 1, n°2, 1891, p. 51-58.

Hermann PIPER, „Ein Apparat für Zöglinge der Unterstufe der Idiotenanstalt“, *Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger und Epileptischer*, vol. 5, n°6, 1889, p. 102-104.

Hermann PIPER, „Ein Wort, die „Hilfsklassen“ oder „Hilfschulen“ betreffend“, *Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger und Epileptischer*, vol. 6, n°4, 1890, p. 102-104.

Hermann PIPER, *Erinnerungen aus meiner Tätigkeit*, Berlin, 1939.

Hermann PIPER, „Lehrplan für eine Idiotenanstalt“, *Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger und Epileptischer*, 4(8)/1888, n°2, 28-29, n°3, p. 41-48.

Hermann PIPER, „Vorkommende Abnormitäten der Sprachwegzeuge bei schwachsinnigen resp. idiotischen Kindern und dadurch bedingte Sprachgebrechen“, *Medizinisch-pädagogischen Monatschrift für die gesamte Sprachheilkunde*, 15/1895, n°2, p. 18-21.

Hermann PIPER, „Welche Unterrichtsdisziplinen sind mit Rücksicht auf die an Sprachgebrechen leidenden Idioten zu pflegen? Sind auf Erfahrung beruhende Methoden vorhanden, resp. Welcher Lehrgang ist vorzuschlagen?“, *Zeitschrift für die Behandlung schwachsinniger und epileptischer Kinder*, vol. 4, n°1, 1888, p. 5-11.

Maurice ROYER, « De l'absolue nécessité de l'assistance des enfants anormaux et de ses résultats au point de vue social », Thèse d'exercice, Paris, 1907.

Édouard SEGUIN, *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots*, Paris, Baillière, 1848.

C.F. VAN VLEUTHEN, „Die Familienflege der Wittenauer Heilstätten nach dem Kriege, mit besonderen Berücksichtigung der Pflegeheime“, *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, vol. 92, 1929, p. 35-41.

Approches psychiatriques sur l'arriération et la dégénérescence

Jean BAQUE, *Sur les stigmates physiques et les stigmates psychiques de la dégénérescence mentale héréditaire*, Paris, Davy, 1889.

Oswald BERKHAN, *Über den angeborenen und früh erworbenen Schwachsinn, Geistesschwäche des Bürgerlichen Gesetzbuches, für Psychiater*, Braunschweig, F. Vieweg & Sohn, 1904.

Henri BRUNET, *Dégénérescence mentale et goitre exophtalmique*, Paris, Steinheil, 1893.

Oswald BUMKE, *Über Nervöse Entartung*, Berlin, Springer-Verlag, 1912.

Charles FERÉ, *La famille névropathique : théorie tératologique de l'hérédité et de la prédisposition morbides et de la dégénérescence*, Paris, F. Alcan, 1898.

Georges HEUYER, *Enfants anormaux et délinquants juvéniles : nécessité de l'examen psychiatrique des écoliers*, Paris, G. Steinheil, 1914

Fritz HINRICHSSEN, *Vergleich der Beziehungen endogener und exogener Art bei kindlichem Schwachsinn*, 1923.

Emil KRAEPELIN, *Einführung in die psychiatrische Klinik*, Leipzig, J.A. Barth, 1916.

Emil KRAEPELIN, 'On the Question of Degeneration' („Über Nervöse Entartung“, 1912), Traduction d'Eric J. ENGSTROM., *History of Psychiatry*, vol. 18, n°3, 2007, p. 399-404 ;

Maurice LEGRAIN, *Dégénérescence sociale et alcoolisme*, Paris, 1900.

Louis LÉTER, *De l'alcoolisme considéré comme cause de dégénérescence et dans ses rapports avec l'épilepsie des descendants*, Paris, H. Jouve, 1892.

Valentin MAGNAN et Paul-Maurice LEGRAIN, *Les dégénérés*, Paris, Rueff et Cie, 1895.

Lucien MAYET, *Les stigmates physiologiques de la dégénérescence*, Paris, 1903.

Maurice MAZIER, *Dégénérescence de l'espèce humaine : ses causes principales*, Paris, H. Jouve, 1895.

Bénédict-Auguste MOREL, *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives*, Paris, J. B. Baillière, 1857.

Hermann PIPER, *Zur Ätiologie der Idiotie*, Berlin, 1893.

Paul SOLLIÉ, *Psychologie de l'idiot et de l'imbécile*, Paris, F. Alcan, 1891.

Paul SOLLIÉ et Désiré Magloire BOURNEVILLE, *Du rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme*, Paris, Progrès médical, 1889.

Jules VOISIN, *L'idiotie, hérédité et dégénérescence mentale : psychologie et éducation de l'idiot*, Paris, Alcan, 1893.

Aspects moraux de l'arriération

Charles FERÉ, *Dégénérescence et criminalité : essai physiologique*, Paris, F. Alcan, 1895.

Hermann PIPER, „Die pathologische Lüge“, *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie, Pathologie und Hygiene*, 8/1906, n°1, p. 1-15.

Heinrich SCHAEFER, *Der moralische Schwachsinn : Allgemeinverständlich dargestellt für Juristen, Ärzte, Militärärzte und Lehrer*, Halle a.S., C. Marhold, 1906.

Psychométrie

Alfred BINET, *Les idées modernes sur les enfants*, Paris, Flammarion, 1910.

Alfred BINET, « Les nouvelles classes de perfectionnement », *Bulletin de la Société Libre pour l'Etude Psychologique de l'Enfant*, 7e année, n°41, juillet-août-septembre 1907, p. 170-183.

Alfred BINET, « Nouvelles recherches sur la mesure du niveau intellectuel chez les enfant d'école », *L'Année psychologique*, vol. 17, 1910, p. 145-201.

Alfred BINET et Théodore SIMON, « Application des méthodes nouvelles au diagnostic du niveau intellectuel chez des enfants normaux et anormaux d'hospice et d'école primaire », *L'Année psychologique*, 1904, vol. 11.

Alfred BINET et Théodore SIMON, « A propos de la mesure de l'intelligence », *L'Année psychologique*, vol. 11, 1905.

Alfred BINET et Théodore SIMON, « Définition de l'idiotie et de l'imbécillité », *Annales médico-pédagogiques*, mai-juin 1910.

Alfred BINET et Théodore SIMON, « L'arriération », *L'Année psychologique*, vol. 16, 1909.

Alfred BINET et Théodore SIMON, *Les enfants anormaux : guide pour l'admission des enfants anormaux dans les classes de perfectionnement*, Paris, A. Colin, 1907.

Alfred BINET et Théodore SIMON, *Sur la nécessité d'établir un diagnostic scientifique des états inférieurs de l'intelligence*, Paris, Masson, 1905.

Otto BOBERTAG, *Über Intelligenzprüfungen nach der Methode von Binet und Simon*, Leipzig, Verlag von Johann Ambrosius Barth, 1928.

Henry Herbert GODDARD, « *The Kallikak Family : a Study in the Heredity of Feeble-mindedness* », New-York, The MacMillan C^{ie}, 1921.

Jules SIMONIN, « Essai des tests psychiques scolaires pour apprécier l'aptitude intellectuelle au service militaire », *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*, Nantes, A. Dugas, 1910, p. 238.

William STERN et Otto WIEGMANN, *Methodensammlung zur Intelligenzprüfung von inderm und Jugentlichen*, Leipzig, Barth, 1920.

Sur l'utilisation et le coût des arriérés

Emil BRATZ, „Kann die Versorgung der Geisteskranken billiger gestaltet werden und wie?“, *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, n°98, 1932, p. 1-40.

Paul CHAVIGNY, « Les débiles intellectuels, leur situation dans l'armée », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 4, n°11, 1909.

Paul COURBON, « De l'influence de la guerre sur la participation des psychopathes à la vie sociale », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 1923, p. 97-109.

Herbert H. GODDARD, *Human Efficiency and the Levels of Intelligence*, Princeton, Princeton University Press, 1920.

Gaston HAURY, *Les anormaux au régiment et les malades mentaux au régiment*, Paris, Masson, 1913.

COLIN, LAUTIER ET MAGNAC, « Les imbéciles à l'armée », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1916.

Léon PRUVOST, *Les débiles mentaux à la guerre. Leur utilisation*, Paris, Jouve, 1915.

C. SAINT-AUBIN, *Les débiles intellectuels, leur aptitude au service militaire en temps de guerre*, thèse de médecine, Nancy, 1918.

Jules SIMONIN, « Les débiles mentaux dans l'armée. Débiles simples et délinquants », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, vol. 4, n°17, 1912.

Sur la sélection et la stérilisation forcée des arriérés

Karl BINDING et Alfred HOCHÉ, *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens : ihr Mass und ihr Ziel*, Berlin, Berliner Wissenschaft Verlag, 1920.

Jean GIRARD, « Considérations sur la loi eugénique allemande du 14 juillet 1933 », Thèse, Strasbourg, 1934.

Henri Herbert GODDARD, *The Kallikak Family : A Study in the Heredity of Feeble-Mindedness*, New York, Macmillan, 1912.

Alfred JOST, *Das Recht auf den Tod*, Berlin, Dietrich, 1895.

Werner PLEGER, „Erblichkeitsuntersuchungen an schwachsinnigen Kindern“, *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, vol. 135, n° 1, 1931, p. 225-252

Bibliographie

I Ecriture de l'histoire et méthodologie d'une histoire croisée

- COMPARATISME ET HISTOIRE CROISEE FRANCO ALLEMANDE

Outils de travail et ouvrages généraux

Vincent DUCLERT, *Histoire de France. La République imaginée*, Paris, Belin, 2014.

Dieter HEIN, *Deutsche Geschichte im 19. Jahrhundert*, München, C.H. Beck, 2015.

Sandrine KOTT, *L'Allemagne du XIX^e siècle*, Paris, Hachette, 1999.

Helmut Walser SMITH (dir.), *The Oxford Handbook of Modern German History*, Oxford, Oxford University Press, 2015.

Hans-Ulrich WEHLER, *Deutsche Gesellschaftsgeschichte*, München, C.H. Beck, 2008.

Hans-Ulrich WEHLER et Christophe CHARLE, *Essais sur l'histoire de la société allemande: 1870-1914*, Paris, Editions de la Maison des sciences de l'homme, 2003.

Approches générales et méthodologie de l'histoire comparée et transnationale

Christian BONAHE, « Formation, recherche et pratique médicales en France et en Allemagne pendant la deuxième moitié du XIX^e siècle : comparaisons, transferts et contre-transferts », Thèse, Strasbourg, 1996.

Christian BONAHE, *La science sous influence: l'université de Strasbourg, enjeu des conflits franco-allemands, 1872-1945*, Strasbourg, La Nuée Bleue, 2005.

Christoph CONRAD et Sebastian CONRAD (dir.), *Die Nation schreiben : Geschichtswissenschaft im internationalen Vergleich*, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 2002.

Michel ESPAGNE, *Les transferts culturels franco-allemands*, Paris, Presses Universitaires de France, 1999.

Michaël WERNER et Michel ESPAGNE, « La construction d'une référence culturelle allemande en France : genèse et histoire (1750-1914) », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, vol. 42, n°4, 1987, p. 969-992.

Heinz-Gerhard HAUPT et Jürgen KOCKA, *Comparative and transnational history: Central European approaches and new perspectives*, New York, Berghahn, 2010.

Hartmut KÄELBLE, *Der historische Vergleich : eine Einführung zum 19. und 20. Jahrhundert*, Francfort-sur-le-Main, Campus Verlag, 1999.

Hartmut KÄELBLE, *Nachbarn am Rhein : Entfremdung und Annäherung der französischen und deutschen Gesellschaft seit 1880*, München, Beck, 1991.

Hartmut KÄELBLE et Jürgen SCHRIEWER *Gesellschaften im Vergleich: Forschungen aus Sozial- und Geschichtswissenschaften*, Francfort-sur-le-Main, Peter Lang, 1998.

Bettina SEVERIN-BARBOUTIE, « Entre idéal et réalité. L'histoire comparée face aux sources », in *Les Cahiers Irice. Histoires croisées*, Paris, CNRS Editions, 2010, p. 76-85.

Michaël WERNER et Bénédicte ZIMMERMANN, *De la comparaison à l'histoire croisée*, Paris, Le Seuil, 2004.

- APPROCHES MULTISCALAIRES : JEUX D'ECHELLES ET ENJEUX DE L'ETUDE DE CAS

Autour des problématiques de la microhistoire

Philippe ARTIERES et Dominique KALIFA, « L'historien et les archives personnelles : pas à pas », *Sociétés et représentations*, n°13, 2002, p. 7-15.

Carlo GINZBURG, *Le fromage et les vers: l'univers d'un meunier du XVI^e siècle*, Paris, Aubier, 1976.

Jean-Claude PASSERON et Jacques REVEL (dir.), *Penser par cas*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2005.

Jaques REVEL, *Jeux d'échelles. La micro-analyse à l'expérience*, Paris, Le Seuil, 1996.

Spécificité de l'exploitation des dossiers médicaux de patients

Sibylle BRÄNDLI, Barbara LÜTHI et Gregor SPUHLER, *Zum Fall machen, zum Fall werden: Wissensproduktion und Patientenerfahrung in Medizin und Psychiatrie des 19. und 20. Jahrhunderts*, Francfort-sur-le-Main, Campus Verlag, 2009.

Volker HESS et J. Andrew MENDELSON, « Case and series: Medical knowledge and paper technology, 1600–1900. », *History of Science*, vol. 48, 2010, p. 287-314.

Volker HESS, « Krankenakten als Gegenstand der Krankenhausgeschichtsschreibung », *Historia Hospitalium*, 27, 2011, p. 43-52.

André MAGNAN, *Expériences limites de l'épistolaire. Lettres d'exil, d'enfermement, de folie*, Paris, Champion, 1993.

Ulrich MÜLLER, „Metamorphosen. Krankenakten als Quellen für Lebensgeschichten“, in P. FUCHS, M. ROTZOLL, U. MÜLLER (alii.), „Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst“: *Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen „Euthanasie“*, Göttingen, Wallstein, 2007.

Roy PORTER, “The Patient’s View: Doing Medical History from below”, *Theory and Society*, vol. 14, n° 2, 1985, p. 175-198.

Roy PORTER et Andrew WEAR, *Problems and Methods in the History of Medicine*, Londres, Croom Helm, 1987.

II Histoire de la médecine et de la psychiatrie

- HISTOIRE DE LA SANTE

Dictionnaires et outils de travail

Alison BASHFORD et Philippa LEVINE (dir.), *The Oxford Handbook of the History of Eugenics*, Oxford, Oxford University Press, 2010.

Roger COOTER et John V. PICKSTONE (dir.), *Companion to Medicine in the Twentieth Century*, New York, Routledge, 2003.

Isidor FISCHER (dir.), *Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte der letzten 50 Jahre*, Berlin, 1962.

Dominique LECOURT (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, Presses Universitaires de France, 2004.

Pierre MOREL, *Dictionnaire biographique de la psychiatrie*, Le Plessis-Robinson, Synthélabo, 1995.

Roy PORTER, *The Cambridge Illustrated History of Medicine*, Cambridge University Press, 2001.

Jean THUILLIER, *La Folie. Histoire et dictionnaire*, Paris, Robert Laffont, 1996.

Ouvrages généraux d'histoire de la santé

Eva BRINKSCHULTE et Thomas KNUTH (dir.), *Das medizinische Berlin. Ein Stadtführer durch 300 Jahre Geschichte*, Berlin, Be.Bra Verlag, 2010.

Alain CORBIN, Jean-Jacques COURTINE et Georges VIGARELLO (dir.), *Histoire du corps*, Paris, Le Seuil, 2011.

Olivier FAURE, *Histoire sociale de la médecine*, Paris, Anthropos, 1994.

Olivier FAURE et Dominique DESSERTINE, *La maladie entre libéralisme et solidarités: 1850-1940*, Paris, Mutualité française, 1994.

Jean IMBERT et Michel MOLLAT, *Histoire des hôpitaux en France*, Toulouse, Privat, 1982.

Stanis PEREZ, *Histoire des médecins: artisans et artistes de la santé de l'Antiquité à nos jours*, Paris, Perrin, 2015.

Georges VIGARELLO, *Histoire des pratiques de santé: le sain et le malsain depuis le Moyen Age*, Paris, Le Seuil, 1999.

- HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE

Outils de travail et ouvrages généraux

Marie-Gabrielle ABBATUCCI et Jean-Claude MEURISSE, *Index général des thèses de psychiatrie parues en France du début du XVI^e siècle à 1934*, Paris, Edilux/Spécia, 1985.

Alison BASHFORD et Philippa LEVINE (dir.), *The Oxford Handbook of the History of Eugenics*, Oxford 2010.

Dirk BLASIUS, „Einfache Seelenstörung“: *Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800-1945*, Francfort-sur-le-Main, Fischer Taschenbuch Verlag, 1994.

Eric J. ENGSTROM, *Clinical Psychiatry in Imperial Germany: A History of Psychiatric Practice*, Cornell University Press, 2003.

Michel FOUCAULT, *Le pouvoir psychiatrique : cours au Collège de France, 1973-1974*, Paris, Seuil Gallimard, 2003.

Marcel GAUCHET et Gladys SWAIN, *La pratique de l'esprit humain: l'institution asilaire et la révolution démocratique*, Paris, Gallimard, 1980.

Jan Ellen GOLDSTEIN, *Consoler et classer : l'essor de la psychiatrie française*, Le Plessis-Robinson, Synthélabo, 1997.

Mark S. MICALE et Roy PORTER, *Discovering the History of Psychiatry*, Oxford University Press, 1994.

Claude QUETEL, *Histoire de la folie: de l'Antiquité à nos jours*, Paris, Tallandier, 2012.

Claude QUETEL et Jacques POSTEL (dir.), *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Paris, Dunod, 2012.

Heinz SCHOTT et Rainer TÖLLE, *Geschichte der Psychiatrie*, München, C.H. Beck Verlag, 2005.

Andrew T. SCULL, *The Insanity of Place - The Place of Insanity : Essays on the History of Psychiatry*, Londres, Routledge, 2006.

Andrew SCULL, *The Most Solitary of Afflictions: Madness and Society in Britain, 1700-1900*, Yale, Yale University Press, 2005.

Approches comparées et transnationales en histoire de la psychiatrie

Julie CLAUSS, « Un état des lieux diagnostique comme outil de repérage et d'analyse de l'introduction de la notion de schizophrénie à la Clinique psychiatrique universitaire des Hôpitaux de Strasbourg (1912-1962) », Thèse d'exercice, Strasbourg, 2015.

Waltraud ERNST et Thomas MUELLER, *Transnational Psychiatries: Social and Cultural Histories of Psychiatry in Comparative Perspective c. 1800-2000*, Cambridge, Cambridge Scholars Publishing, 2010.

Hugh FREEMAN, Marijke GIJSWIJT-HOFSTRA Harry OOSTERHUIS, et Joost VIJSELAAR (dir.), *Psychiatric Cultures Compared: Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century : Comparisons and Approaches*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 2005.

Thomas MÜLLER, „Vergleich und Transferanalyse in der Medizingeschichte? Eine Diskussion anhand von Reiseberichten als Quelle”, *Medizinhistorisches Journal*, vol. 39, n°1, 2004.

Roy PORTER et David WRIGHT (dir.), *The Confinement of the Insane: International Perspectives, 1800-1965*, Cambridge, Cambridge University Press, 2003.

Volker ROELCKE, Paul WEINDLING et Louise WESTWOOD (dir.), *International relations in Psychiatry : Britain, Germany, and the United States to World War II*, Rochester, University of Rochester Press, 2010.

Volker ROELCKE, “Continuities or Ruptures? Concepts, Institutions and Contexts of Twentieth-Century German Psychiatry and Mental Health Care”, in M. GIJSWIJT-HOFSTRA (*et alii*), *Psychiatric cultures compared: Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century: Comparisons and Approaches.*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 2005, p. 162-182.

Histoire sociale de la psychiatrie en France et en Allemagne

Thomas BEDDIES, „Die Fürsorge für psychisch Kranke in Berlin in der Zeit der Weimarer Republik”, in *Berlin in Geschichte und Gegenwart*, Jahrbuch des Landesarchiv Berlin, 2000, p. 81-99.

Salina BRAUN, *Heilung mit Defekt: Psychiatrische Praxis an den Anstalten Hofheim und Siegburg 1820-1878*, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 2009.

Cornelia BRINK, *Grenzen der Anstalt: Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland, 1860-1980*, Göttingen, Wallstein, 2010.

Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, *L'hécatombe des fous : la famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, Paris, Aubier, 2007.

Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, « Réalité et perspectives de la médicalisation de la folie dans la France de l'entre-deux-guerres », *Genèses*, vol. 82, 2011, p. 52-74.

Catharine COLEBORNE, “Families, Patients and Emotions: Asylums for the Insane in Colonial Australia and New Zealand, c. 1880-1910”, *Social History of Medicine*, 2006, vol. 19, n° 3, p. 425-442.

Aude FAUVEL, « Le crime de Clermont et la remise en cause des asiles en 1880 », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, n°49, 2002, p. 195-216.

Aude FAUVEL, *Témoins aliénés et « bastilles modernes » : une histoire politique, sociale et culturelle des asiles en France (1800-1914)*, Thèse, Paris, 2012.

Volker HESS et Benoît MAJERUS, “Writing the History of Psychiatry in the 20th Century”, *History of Psychiatry*, n°22, 2011, p. 139-145.

Laurence GUIGNARD, Hervé GUILLEMAIN et Stéphane TISON (dir.), *Expériences de la folie : criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIX^e-XX^e siècles)*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2013.

Hervé GUILLEMAIN, *Chronique de la psychiatrie ordinaire : patients, soignants et institutions en Sarthe du XIX^e au XXI^e siècle*, Le Mans, La Reinette, 2010.

Hervé GUILLEMAIN, *Diriger les consciences, guérir les âmes: une histoire comparée des pratiques thérapeutiques et religieuses*, Paris, France, Éd. la Découverte, 2006.

Hervé GUILLEMAIN, « Médecine et religion au XIX^e siècle. Le traitement moral de la folie dans les asiles de l'ordre de Saint-Jean de Dieu (1830-1860) », *Le Mouvement social*, n° 215, 2006.

Benoît MAJERUS, *Parmi les fous : une histoire sociale de la psychiatrie au XX^e siècle*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2013.

James E. MORAN, Leslie Elizabeth TOPP et Jonathan ANDREWS (dir.), *Madness, Architecture and the Built Environment: Psychiatric Spaces in Historical Context*, Londres, Routledge, 2007.

Kevin MYERS, “Contesting Certification: Mental deficiency, Families and the State in Interwar England”, *Paedagogica Historica*, 2011, vol. 47, n° 6, p. 749-766.

Patricia E. PRESTWICH, “Family Strategies and Medical Power: ‘Voluntary’ Committal in a Parisian Asylum, 1876-1914”, *Journal of Social History*, vol. 27, n° 4, 1994, p. 799-818.

Heinz-Peter SCHMIEDEBACH, *Entgrenzungen des Wahnsinns: Psychopathie und Psychopathologisierungen um 1900*, Oldenbourg, De Gruyter, 2016.

Akihito SUZUKI, *Madness at Home: The Psychiatrist, the Patient, and the Family in England, 1820-1860*, Berkeley, University of California Press, 2006.

David WRIGHT, “Getting Out of the Asylum: Understanding the Confinement of the Insane in the Nineteenth Century”, *Social History of Medicine*, 1997, vol. 10, n° 1, p. 137-155.

Sur les trois établissements principaux de la thèse (Bicêtre, Dalldorf, Cernay)

Arbeitsgruppe zur Erforschung der Geschichte der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik (dir.), *Totgeschwiegen 1931-1945. Zur Geschichte der Wittenauer Heilstätten. Seit 1957 Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik*, Berlin, 1989.

Thomas BEDDIES (dir.), *Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin: 1919-1960*, Berlin, Matthiesen, 1999.

Alain DAVID, *L'Hôpital psychiatrique de Hoerdt : ses origines, ses particularités, son évolution*, Thèse d'exercice, Strasbourg, 1981.

Philippe GALANOPOULOS, « Le Dr Bourneville, l'hystérie et l'anticléricalisme au début de la Troisième République: un médecin à l'assaut des superstitions et des croyances religieuses... », Thèse, Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, 2005.

Jacqueline GATEAUX-MENNECIER, *Bourneville et l'enfance aliénée : l'humanisation du déficient mental au XIX^e siècle*, Paris, Centurion, 1989.

Gerhardt NISSEN, „Hermann Piper – Promotor einer kinderpsychiatrisch orientierten Heilpädagogik“, in H. Stutte (dir.), *Jahrbuch für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiet*, VII, 1969, p. 11-19.

Edouard ROUBY, *L'institut Saint-André de Cernay : cent ans au service des handicapés mentaux. Esquisse historique*, Cernay, Imprimerie CAT, 1991.

Wolf STENDER, „Hundert Jahre Klinik Wiesengrund. Eine medizinische Untersuchung zur Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie“, Thèse d'exercice, Berlin, 1982.

Ingeburg WEGER, „Hundert Jahre Bonhoeffer-Nervenlinik. Der Weg von der Irrenanstalt zu Dalldorf bis heute“, *Die Berliner Ärztekammer*, vol. 17, n°9, 1980, p. 416-422.

Nosographie et limites du diagnostic psychiatrique

Beate ALTHAMMER, „Pathologische Vagabunden: Psychiatrische Grenzziehungen um 1900“, *Geschichte und Gesellschaft*, n° 3, 2013, p. 306-337.

German Elias BERRIOS, *The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology since the Nineteenth Century*, Cambridge, Cambridge University Press, 1996.

Steeves DEMAZEUX, *Qu'est-ce que le DSM? Genèse et transformations de la bible américaine de la psychiatrie*, Paris, Ithaque, 2013.

Michel FOUCAULT, *Le pouvoir psychiatrique : cours au Collège de France, 1973-1974*, Paris, Le Seuil, 1974.

Hervé GUILLEMAIN, « Les débuts de la médecine catholique en France », *Revue d'histoire du XIX^e siècle*, n° 26-27, 2003, p. 227-258.

Hervé GUILLEMAIN et Stéphane TISON, *Du front à l'asile, 1914-1918*, Paris, Alma Editions, 2013.

Nancy TOMES, “The Anatomy of Madness: New Directions in the History of Psychiatry”, *Social Studies of Science*, vol. 17, n° 2, 1987, p. 358-371.

Spécificités de la psychiatrie de l'enfant

Thomas BEDDIES, Petra FUCHS et Wolfgang ROSE, *Diagnose „Psychopathie“: Die urbane Moderne und das schwierige Kind. Berlin 1918-1933*, Vienne, Böhlau Verlag, 2016.

Michael KÖLCH, „Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Berlin 1920-1935“, Thèse, Berlin, 2006.

David WRIGHT, “Family Strategies and the Institutional Confinement of “Idiot” Children in Victorian England”, *Journal of Family History*, vol. 23, n° 2, 1998, p. 190-208.

Justice et disciplinarisation de la folie

Luc FORLIVESI, Jean-François POTTIER et Sophie CHASSAT, *Éduquer et punir : la colonie agricole et pénitentiaire de Mettray, 1839-1937*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2005.

Michel FOUCAULT, *Surveiller et punir : naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975.

Laurence GUIGNARD, *Juger la folie. La folie criminelle devant les Assises au XIX^e siècle*, Paris, Presses universitaires de France, 2010.

Laurence GUIGNARD, « L'expertise médico-légale de la folie aux Assises 1821-1865 », *Le Mouvement Social*, vol. 197, n° 4, 2001, p. 57-81.

Laurent MUCCHIELLI (dir.), *Histoire de la criminologie française*, Paris, L'Harmattan, 1995.

Marc RENNEVILLE, *Crime et folie : deux siècles d'enquêtes médicales et judiciaires*, Paris, Fayard, 2003.

- PSYCHIATRIE, EUGENISME ET HYGIENE RACIALE

Dégénérescence et eugénisme

Jean-Christophe COFFIN, *La transmission de la folie: 1850-1914*, Paris, L'Harmattan, 2003.

Anne CAROL, *Histoire de l'eugénisme en France: les médecins et la procréation*, Paris, Le Seuil, 1995.

Claude-Olivier DORON, « Races et dégénérescence: l'émergence des savoirs sur l'homme anormal » Thèse, Paris, 2011.

Daniel J. KEVLES, *Au nom de l'eugénisme : génétique et politique dans le monde anglo-saxon*, Paris, Presses universitaires de France, 1995.

Stefan KÜHL, *Die Internationale der Rassisten: Aufstieg und Niedergang der Internationalen Eugenischen Bewegung im 20. Jahrhundert*, Berlin, Campus Verlag, 2014.

Jacques LEONARD, « Les origines et les conséquences de l'eugénique en France », *Annales de démographie historique*, n° 1, 1986, p. 203-214.

Daniel PICK, *Faces of Degeneration: a European Disorder, c. 1848-1918*, Cambridge, Cambridge University Press, 1996.

Volker ROELCKE, "Biologizing social facts: An Early 20th Century Debate on Kraepelin's Concepts of Culture, Neurasthenia, and Degeneration", *Culture, Medicine & Psychiatry*, vol. 21, n° 4, 1997, p. 383-403.

Volker ROELCKE, *Krankheit und Kulturkritik: Psychiatrische Gesellschaftsdeutungen im bürgerlichen Zeitalter (1790-1914)*, Francfort-sur-le-Main, Campus Verlag, 1999.

Paul-André ROSENTAL, *Destins de l'eugénisme*, Paris, Le Seuil, 2016.

Paul WEINDLING, *Darwinism and Social Darwinism in Imperial Germany: the Contribution of the Cell Biologist Oscar Hertwig, 1849-1922*, Stuttgart, Fischer, 1991.

Paul WEINDLING, "International Eugenics: Swedish Sterilization in Context", *Scandinavian Journal of History*, 1999, vol. 24, n° 2, p. 179-197.

Armand ZALOSZYC, « Eléments d'une histoire de la théorie des dégénérescences dans la psychiatrie française », Thèse d'exercice, Strasbourg, 1975.

Génétique psychiatrique, hygiène raciale et arriération

David BARKER, "The Biology of Stupidity: Genetics, Eugenics and Mental Deficiency in the Inter-War Years", *The British Journal for the History of Science*, vol. 22, n° 3, 1989, p. 347-375.

Johann CHAPOUTOT, *La loi du sang. Penser et agir en nazi*, Paris, Gallimard, 2014.

Jean-Paul GAUDILLIÈRE, "Mendelism and Medicine : Controlling Human Inheritance in Local Context, 1920-1960", *C.R. Acad. Sci. Paris*, vol. 323, 2000, p. 1117-1126.

Patricia RICARD, « La question de l'hérédité des troubles mentaux en Angleterre (1900-1945) : la génétique à la rencontre de la psychiatrie », Thèse, Lille, 2002, p. 220.

Hans Jakob RITTER et Volker ROELCKE, "Psychiatric Genetics in Munich and Basel between 1925 and 1945: Programs-Practices-Cooperative Arrangements", *Osiris*, vol. 20, 2005, p. 263-288.

Volker ROELCKE, „Die Etablierung der psychiatrischen Genetik in Deutschland, Großbritannien und den USA, ca. 1910-1960, Zur untrennbaren Geschichte von Eugenik und Humangenetik“, *Acta Historica Leopoldina*, vol. 48, 2007, p. 173-190.

Volker Roelcke, „Programm und Praxis der psychiatrischen Genetik an der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie unter Ernst Rüdin : Zum Verhältnis von Wissenschaft, Politik und Rasse-Begriff vor und nach 1933“, *Medizinhistorisches Journal*, vol. 37, 2002, p. 21-55.

Hans-Walter SCHMUHL, *Crossing Boundaries: The Kaiser-Wilhelm-Institute for Anthropology, Human Heredity and Eugenics, 1927-1945*, Berlin, Springer, 2007.

Paul WEINDLING, "Weimar Eugenics: The Kaiser Wilhelm Institute for Anthropology, Human Heredity and Eugenics in Social Context", *Annals of Science*, vol. 42, n° 3, 1985, p. 303-318.

Peter WEINGART, Jürgen KROLL et Kurt BAYERTZ, *Rasse, Blut und Gene: Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland*, Francfort-sur-le-Main, Suhrkamp, 1988.

Médecine, eugénisme et stérilisation forcée des malades et handicapés mentaux en Allemagne nazie

Götz ALY, *Die Belasteten: „Euthanasie“ 1939-1945*, Francfort-sur-le-Main, Fischer, 2013.

Thomas BEDDIES et Kristina HÜBENER (dir.), *Kinder in der NS-Psychiatrie*, Berlin, be.bra Wissenschaft, 2004.

Christa BERG et Sieglind ELLGER-RÜTTGARDT, *Du bist nichts, dein Volk ist alles: Forschungen zum Verhältnis von Pädagogik und Nationalsozialismus*, Weinheim, Deutscher Studien Verlag, 1991.

Gisela BOCK, *Zwangssterilisation im Nationalsozialismus : Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik*, Opladen, Westdeutscher Verlag, 1986.

Christian BONAÏ, Étienne LEPICARD et Volker ROELCKE (dir.), *La médecine expérimentale au tribunal : implications éthiques de quelques procès médicaux du XX^e siècle européen*, Paris, Édition des archives contemporaines, 2003.

Christian BONAÏ (dir.), *Nazisme, science et médecine*, Paris, Éditions Glyphe, 2006.

Petra FUCHS, „Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst“: *Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen 'Euthanasie'*, Göttingen, Wallstein, 2007.

Annette HINZ-WESSELS, *NS-Erbgesundheitsgerichte und Zwangssterilisation in der Provinz Brandenburg*, Berlin, be.bra wissenschaft, 2004.

Ernst KLEE, „*Euthanasie*“ im Dritten Reich: die „*Vernichtung lebensunwerten Lebens*“, Francfort-sur-le-Main, Fischer Taschenbuch Verlag, 2010.

Robert N. PROCTOR, *Racial Hygiene: Medicine under the Nazis*, Cambridge, Cambridge University Press, 1988.

Paul WEINDLING, *L'hygiène de la race. Hygiène raciale et eugénisme médical en Allemagne, 1870-1932*, Paris, La Découverte, 1998.

III Histoire du handicap mental

- HISTOIRE DE L'ÉDUCATION

Outils de travail

Antor GEORG et Ulrich BLEIDICK (dir.), *Handlexicon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe und Theorie und Praxis*, Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer, 2001.

Agnès HENRIOT-VAN ZANTEN (dir.), *Dictionnaire de l'éducation*, Paris, Presses universitaires de France, 2008.

Ouvrages généraux

Yves TRAVAILLOT, *Histoire de l'éducation physique: genèse d'une discipline scolaire*, Paris, 2012.

Jean VIAL, *Histoire de l'éducation*, Paris, Presses universitaires de France, 2009.

- HISTOIRE DE L'ARRIÉRATION ET DE L'ÉDUCATION SPÉCIALISÉE (SONDERPÄDAGOGIK)

Thomas BAROW, *Kein Platz im Volksheim?: die „Schwachsinnigenfürsorge“ in Schweden 1916 - 1945*, Bad Heilbrunn, Klinkhardt, 2009..

M. A. BARRETT, “From education to segregation: An inquiry into the changing character of special provision for the retarded in England, c. 1846-1918”, Thèse, Lancaster, 1986.

Elsbeth BÖSL, Anne KLEIN et Anne WALDSCHMIDT, *Disability History: Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte. Eine Einführung*, Bielefeld, Transcript Verlag, 2014.

Christian BRADL, *Anfänge der Anstaltsfürsorge für Menschen mit geistiger Behinderung („Idiotenanstaltswesen“): ein Beitrag zur Sozial- und Ideengeschichte des Behindertenbetreuungswesens am Beispiel des Rheinlands im 19. Jahrhundert*, Francfort, Afra-Verlag, 1991.

Joseph MELLING et Pamela DALE, *Mental Illness and Learning Disability Since 1850: Finding a Place for Mental Disorder in the United Kingdom*, Londres, Routledge, 2006.

Siegling ELLGER-RÜTTGARDT, *Geschichte der Sonderpädagogik: eine Einführung*, München, Ernst Reinhardt Verlag, 2008.

Andreas MÖCKEL, *Geschichte der Heilpädagogik oder Macht und Ohnmacht der Erziehung*, Stuttgart, Klett-Cotta, 2007.

Guy THUILLIER, « Pour une histoire de l'éducation des idiots », *Handicaps et inadaptations – Les cahiers du CTNERHI*, n°50, 1990.

James W. TRENT, *Inventing the Feeble Mind: A History of Mental Retardation in the United States*, Berkeley, University of California Press, 1995.

David WRIGHT, *Downs: The History of a Disability*, Oxford, Oxford University Press, 2011.

David WRIGHT, *Mental Disability in Victorian England: the Earlswood Asylum 1847-1901*, Oxford, Clarendon Press, 2001.

David WRIGHT et Anne DIGBY (dir.), *From Idiocy to Mental Deficiency: Historical Perspectives on People with Learning Disabilities*, Londres, Routledge, 1996.

- ECOLE ET DEFINITION DE L'ARRIERATION

Siegling ELLGER-RÜTTGARDT, „Geschichte der schulischen Behindertenpädagogik“, in *Behinderung, Bildung, Partizipation; Bd. 4: Didaktik und Unterricht*, Stuttgart, Kohlhammer, 2011, p. 169-174.

Siegling ELLGER-RÜTTGARDT., « La scolarisation d'enfants arriérés et handicapés mentaux en France et en Allemagne : étude historique comparative », *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, vol. 4, n°2, décembre 1993, p. 153-161.

Philippe MAZERAU, *La déficience mentale chez l'enfant entre école et psychiatrie: contribution à l'histoire sociale de l'éducation spéciale*, Paris, L'Harmattan, 2001.

Andreas MÖCKEL et Herwig BAIER (dir.), *Erfolg - Niedergang – Neuanfang: 100 Jahre Verband Deutscher Sonderschulen - Fachverband für Behindertenpädagogik*, München, Reinhardt, 1998.

Yves PELICIER et Guy THUILLIER, *Édouard Séguin: 1812-1880*, Paris, Économica, 1980.

Patrice PINELL et Markos ZAFIROPOULOS, *Un siècle d'échecs scolaires: 1882-1982*, Paris, Éditions ouvrières, 1983.

Martine RUCHAT, *Inventer les arriérés pour créer l'intelligence : l'arriéré scolaire et la classe spéciale*, Berne, Peter Lang, 2003.

Gillian SUTHERLAND, “Endpiece. Integrating Historical and Contemporary Studies on Special Education Policy“, *Oxford Review of Education*, vol. 9, n° 3, 1983, p. 277-279.

Monique VIAL, « Les origines de l'enseignement spécial en France : histoire et enjeux d'une loi scolaire, les racines de la psychologie à l'école (1882-1909) », Thèse, Paris, 1990.

Monique VIAL et Antoine PROST, *Les enfants anormaux à l'école : aux origines de l'éducation spécialisée, 1882-1909*, Paris, A. Colin, 1990.

- NORMATIVITE ET CORPS INFIRME

Approches sociologiques et par les Disability studies

Alain BLANC, *Sociologie du handicap*, Paris, A. Colin, 2015.

Eva BRINKSCHULTE, Mariacarla GADEBUSCH BONDIO et Heinz-Peter SCHMIEDEBACH (dir.), *Norm als Zwang, Pflicht und Traum : normierende versus individualisierende Bestrebungen in der Medizin*, Francfort, PL Acad. Research, 2015.

Markus DEDERICH, „Behinderung, Norm, Differenz – Die Perspektive der Disability Studies“, in F. KESSL et M. PLÖBER (dir.), *Differenzierung, Normalisierung, Andersheit*, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2010, p. 170-184.

Jean-François RAVAUD, Emmanuelle FILLON et Isabelle VILLE, *Introduction à la sociologie du handicap. Histoire, politiques et expériences*, Paris, De Bœck, 2014.

Michel FOUCAULT, *Les Anormaux : cours au Collège de France, 1974-1975*, Paris, Le Seuil, 1999.

Petra LUTZ, *Der (im-)perfekte Mensch : Metamorphosen von Normalität und Abweichung*, Cologne, Böhlau Verlag, 2003.

Jacques J. ROZENBERG, Gilles BOETSCH et Christian HERVE, *Corps normalisé, corps stigmatisé, corps racialisé*, Bruxelles, De Bœck Supérieur, 2012.

Regard sur le handicap et iconographie du corps infirme

Bruno-Nassim ABOUDRAR, *Voir les fous*, Paris, Presses universitaires de France, 1999.

Christian BONAÏ et Vincent LOWY, « D’*Erbkrank* (1934-36) à *Opfer der Vergangenheit* (1937) : les représentations du handicap mental dans le cinéma de propagande nazi », in C. MEYER, *Normes et normalisation du travail*, Annecy, GEPSO, 2010, p. 35-49.

Georges CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses universitaires de France, 1966.

Lisa CARTWRIGHT, *Screening the Body. Tracing Medicine’s Visual culture*, Minneapolis, University of Minnesota Press, 1995.

Georges DIDI-HUBERMAN, *L’invention de l’hystérie : Charcot and l’iconographie photographique de la Salpêtrière*, Paris, Editions Macula, 2003.

Georges DIDI-HUBERMAN, « Le cynisme iconographique », *Études françaises*, vol. 21, n° 1, 2007, p. 69-82.

Stéphanie DUPOUY, « Le visage au scalpel : l’expression faciale dans l’œil des savants (1750-1880) » Thèse, Paris, 2007.

Umberto ECO (dir.), *Histoire de la laideur*, Paris, Flammarion, 2007.

Bernd HÜPPAUF et Peter WEINGART (dir.), *Frosch und Frankenstein : Bilder als Medium der Popularisierung von Wissenschaft*, Bielefeld, Transcript Verlag, 2009.

Monique SICARD, *À corps et à raison : photographies médicales 1840-1920*, Paris, Marval, 1995.

Birgit STAMMBERGER, *Monster und Freaks: Eine Wissensgeschichte außergewöhnlicher Körper im 19. Jahrhundert*, Bielefeld, Transcript Verlag, 2014.

Henri-Jacques STIKER, *Corps infirmes et sociétés*, Paris, Aubier Montaigne, 1982.

Henri-Jacques STIKER, *Les fables peintes du corps abîmé : les images de l’infirmité du XVI^e au XX^e siècle*, Paris, Editions du Cerf, 2006.

Georges VIGARELLO, *Le corps redressé : histoire d’un pouvoir pédagogique*, Paris, Armand Colin, 2001.

IV Histoire des sciences

- PSYCHOLOGIE ET PSYCHOMETRIE

Georges CANGUILHEM, « Qu'est-ce que la psychologie? », in G. CANGUILHEM, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, Paris, Vrin, 1968.

John CARSON, “Mental Testing in the Early Twentieth Century: Internationalizing the Mental Testing Story”, *History of Psychology*, 2014, vol. 17, n° 3, p. 249-255.

Harry M. COLLINS et Trevor J. PINCH, *Tout ce que vous devriez savoir sur la science*, Paris, Le Seuil, 2001.

Kurt DANZIGER, *Constructing the Subject: Historical Origins of Psychological Research*, Cambridge University Press, 1994.

Roy LOWE, “Eugenics and Education: a note on the origins of the intelligence testing movement in England”, *Educational Studies*, 1980, vol. 6, n° 1, p. 1-8.

Nicholas John MACKINTOSH, *QI & intelligence humaine*, Bruxelles, De Bœck, 2004.

Mark S. MICALE, *The Mind of Modernism: Medicine, Psychology, and the Cultural Arts in Europe and America, 1880-1940*, Stanford, Stanford University Press, 2004.

Annette MÜLBERGER, “The Need for Contextual Approaches to the History of Mental Testing”, *History of Psychology*, vol. 17, n° 3, 2014, p. 177-186.

Patrice PINELL, « L'invention de l'échelle métrique de l'intelligence », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 108, n°1, 1995, p. 19-35.

Gillian SUTHERLAND, “The Magic of Measurement: Mental Testing and English Education 1900-40”, *Transactions of the Royal Historical Society (Fifth Series)*, 1977, vol. 27, p. 135-153.

Leila ZENDERLAND, *Measuring Minds: Henry Herbert Goddard and the Origins of American Intelligence Testing*, Cambridge, Cambridge University Press, 2001.

- SCIENCE STUDIES ET QUANTIFICATION

Lorraine J. DASTON et Peter Louis GALISON, *Objectivité*, Dijon, Les Presses du réel, 2007.

Alain DESROSIERES, *La politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*, Paris, La Découverte, 1993.

Ian HACKING, *Entre science et réalité : la construction sociale de quoi ?*, Paris, La Découverte, 2008.

Gérard JORLAND, Annick OPINEL et George WEISZ (dir.), *Body Counts, Medical Quantification in Historical and Sociological Perspectives*, McGill-Queen's University Press, 2005.

Bruno LATOUR et Steve WOOLGAR, *La vie de laboratoire: la production de faits scientifiques*, Paris, La Découverte, 2008.

Theodore M. PORTER, *Trust in Numbers: The Pursuit of Objectivity in Science and Public Life*. Princeton, Princeton University Press, 1995.

Dominique PESTRE, *Introduction aux « Science Studies »*, Paris, La Découverte, 2006.

ANNE RASMUSSEN, « Critique du progrès, ‘crise de la science’ : débats et représentations du tournant du siècle », *Mil neuf cent*, vol. 14, n° 1, 1996, p. 89-113.

- CORPS PRODUCTIF ET RENDEMENT SOCIAL DANS ET HORS DE L’INSTITUTION

Monika ANKELE et Eva BRINKSCHULTE, *Arbeitsrhythmus und Anstaltsalltag, Arbeit in der Psychiatrie vom frühen 19. Jahrhundert bis in die NS-Zeit*, Berlin, Steiner-Verlag, 2015.

Benjamin CORIAT, *L’atelier et le chronomètre : essai sur le taylorisme, le fordisme et la production de masse*, Paris, C. Bourgois, 1982.

Marie DERRIEN, « Éliminer ou récupérer ? L’armée française face aux fous du début du XX^e siècle à la Grande Guerre », *Le Mouvement Social*, n° 253, 2015, p. 13-29.

Waltraud ERNST (dir.), *Work, Psychiatry and Society, c. 1750–2015*, Manchester, Manchester University Press, 2015.

Anson RABINBACH, *Le moteur humain : l’énergie, la fatigue et les origines de la modernité*, Paris, La Fabrique, 2004.

Marco SARACENO, « De la mesure du corps à la politique des corps : une histoire des sciences du travail (1880-1920) », *Bulletin de psychologie*, vol. 531, n° 3, 2014, p. 253-256.

Hans-Walter SCHMUHL, *Arbeitsmarktpolitik und Arbeitsverwaltung in Deutschland, 1871-2002: zwischen Fürsorge, Hoheit und Markt*, Nuremberg, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit, 2003.

Nancy TOMES, “From Useful to Useless : The Changing Social Value of Children“, *Reviews in American History*, vol. 14, n° 1, 1986, p. 50-54.

V Enfance, assistance et exclusion

- HISTOIRE DE L’ENFANCE

Simone ALBERTS et Bettina HEINE, *Geschichte der Kindheit*, Baltmannsweiler, Schneider-Verlag, Hohengehren, 2009.

Ivan JABLONKA, *Ni père ni mère : Histoire des enfants de l’Assistance publique (1874-1939)*, Paris, Le Seuil, 2009.

Matthias KEMPER (dir.), *Kindheit - Gesellschaft - Geschichte: pädagogische Perspektiven*, Würzburg, Ergon, 2013.

Stephan LEIBFRIED et Florian TENNSTEDT (dir.), *Politik der Armut und Die Spaltung des Sozialstaats*, Francfort-sur-le-Main, Suhrkamp, 1985.

Jean-Noël LUC, *L’invention du jeune enfant au XIX^e siècle. De la salle d’asile à l’école maternelle*, Paris, Belin, 1997.

Éric PLAISANCE et Gérard VERGNAUD, *Histoire de l’éducation*, Paris, La Découverte, 2012.

Catherine ROLLET, *La politique à l'égard de la petite enfance sous la III^e République*, Paris, INED-Presses universitaires de France, 1990.

Catherine ROLLET, *Les enfants au XIX^e siècle*, Paris, Hachette Littératures, 2001.

- ASSISTANCE, CHARITE ET EXCLUSION

Jens GRÜNDLER, *Armut und Wahnsinn: „arme Irre“ und ihre Familien im Spannungsfeld von Psychiatrie und Armenfürsorge in Glasgow, 1875-1921*, München, Oldenbourg, 2013.

André GUESLIN et Dominique KALIFA, *Les exclus en Europe, 1830-1930*, Paris, Editions de l'Atelier, 1999.

André GUESLIN et Henri-Jacques STIKER (dir.), *Handicaps, pauvreté et exclusion: dans la France du XIX^e siècle*, Paris, Editions de l'Atelier, 2003.

André GUESLIN et Henri-Jacques STIKER (dir.), *Les maux et les mots de la précarité et de l'exclusion en France au XX^e siècle*, Paris, L'Harmattan, 2012.

Hervé GUILLEMAIN, « Médecine et religion au XIX^e siècle. Le traitement moral de la folie dans les asiles de l'ordre de Saint-Jean de Dieu (1830-1860) », *Le Mouvement social*, n° 215, 2006, p. 35-49.

Sandrine KOTT, *L'État social allemand: représentations et pratiques*, Paris, Belin, 1995.

Didier RENARD, « Assistance publique et bienfaisance privée, 1885-1914 », *Politiques et management public*, vol. 5, n° 2, 1987, p. 107-128.

Paul LEULLIOT, *Médecine et assistance en Alsace, XVI^e-XX^e siècle : Recherches sur l'histoire de la santé*, Strasbourg, Librairie Istra, 1976.

Hans MATTHÖFER, Walter MÜHLHAUSEN et Florian TENNSTEDT, *Bismarck und die soziale Frage im 19. Jahrhundert*, Friedrichsruh, Otto-von-Bismarck-Stiftung, 2001.

Catherine MAURER, *La ville charitable : les œuvres sociales catholiques en France et en Allemagne au XIX^e siècle*, Strasbourg, Editions du Cerf, 2011.

Didier RENARD, « Assistance publique et bienfaisance privée, 1885-1914 », *Politiques et management public*, vol. 5, n° 2, 1987, p. 107-128.

Christophe SACHBE et Florian TENNSTEDT (dir.), *Bettler, Gauner und Proleten: Armut und Armenfürsorge in der deutschen Geschichte*, Hambourg, Rowohlt, 1983.

Christoph SACHSSE et Florian TENNSTEDT, *Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland*, Stuttgart, W. Kohlhammer, 1998.

Michael STOLLEIS et Günter AST (dir.), *Origins of the German Welfare State: Social Policy in Germany to 1945*, Berlin, Springer, 2013.

Florian TENNSTEDT, *Sozialgeschichte der Sozialpolitik in Deutschland: Vom 18. Jahrhundert bis zum Ersten Weltkrieg*, Göttingen, Vandenhoeck und Ruprecht, 1981.

VI Quelques productions culturelles liées au handicap

- LITTÉRATURE

Christy BROWN, *My Left Foot*, Londres, Vintage Books, 1998.

Fernand DELIGNY, *Graine de crapule. Conseils aux éducateurs qui voudraient la cultiver*, Paris, Editions Victor Michon, 1945.

Jean-Louis FOURNIER, *Où on va, papa ?*, Paris, Librairie générale française, 2010.

Daniel KEYES, *Des fleurs pour Algernon*, Paris, J'ai lu, 2012.

Claude HELFT et Madeleine BRUNELET, *Une petite sœur particulière : l'histoire de Nelly, née trisomique 21*, Arles, Actes Sud junior, 2000.

- FILMS ET DOCUMENTAIRES EN LIEN AVEC LES REPRESENTATIONS DU HANDICAP MENTAL ET DE L'ANORMALITE

Igmar BERGMAN, *Sonate d'automne*, 1978. Pour le rapport de l'héroïne, Eva (Liv Ullmann), à sa sœur handicapée mentale (Lena Nyman) que sa mère Charlotte (Ingrid Berman) lui a laissée. Cette dernière avait placée Lena en institution. L'intensité dramatique du film tient notamment dans ce rapport au proche malade, qui sert de catalyseur aux conflits entre Charlotte et Eva. Léna ne marche pas et ne prononce que quelques mots. L'égoïsme du caractère de la mère fait ressentir le poids que représente sa fille mentalement et physiquement handicapée. Comme souvent dans le cinéma de Bergman, les tensions intrafamiliales sont ainsi portées à leur comble. Il représente ainsi une illustration frappante des problématiques abordées dans le chapitre 2 consacré aux causes multiples de la demande de prise en charge institutionnelle.

Tod BROWNING, *Freaks. La monstrueuse parade*, 1932. Pour l'image du corps difforme que le film met en avant, et la fascination malsaine pour les êtres définis comme divergents de la normalité. Ainsi il vient illustrer les thèmes du chapitre 3 sur l'apparence de l'arriéré et de manière plus générale la phénoménologie de l'anormal.

Fernand DELIGNY, *Le moindre geste*, 1971. Pour le regard sur des enfants souffrants sur le plan mental, des autistes ou des psychotiques, ainsi que le thème de l'enfant délinquant qu'on retrouve aussi dans les ouvrages de Fernand Deligny. Tourné dans une période fortement marquée par le courant antipsychiatrique, le film propose aussi une réflexion sur des tentatives éducatives pratiquées loin des asiles, dans une « cure libre ».

Damien FRITSCH, *Tant la vie demande à aimer*, Tous Coprod, 2016. Un film documentaire qui aborde le quotidien actuel d'enfants et adolescents polyhandicapés et de leur famille. On observe les parcours et la prise en charge de ces enfants, grâce à des méthodes mobilisant le toucher et le regard. Ces images évoquent des réflexions plus anciennes du Dr Bourneville et d'autres pédagogues sur l'importance d'une éducation sensorielle, qu'on aborde dans le chapitre 1.

David LYNCH, *Elephant Man*, 1980. Le film est consacré à la vie de John Merrick, atteint du syndrome de Protée, ne traite pas du handicap mental. Sa place se trouve justifiée ici par les réflexions qu'il appelle sur le regard posé sur le corps difforme, qui devient ici phénomène de foire. Il vient ainsi faire écho aux questionnements soulevés dans le chapitre 3, en particulier la question des stigmates — Le film est d'ailleurs un hommage aux films de Tod Browning tels que *Freaks*. Il entre aussi en écho à l'accent mis sur l'apparence des arriérés dans le film *Erbkrank* étudié en conclusion.

Jim SHERIDAN, *My Left Foot*, 1989. Le film est adapté du roman éponyme, avec Daniel Day-Lewis dans le rôle de Christy Brown, né atteint d'une paralysie cérébrale au début du XX^e siècle en Irlande. En dépit du

diagnostic pessimiste des médecins, la famille nombreuse fait preuve de volontarisme et intègre l'enfant à son quotidien. Stimulé sans relâche par sa mère et le reste de la fratrie, il apprend peu à peu à se servir de la seule partie valide de son corps, c'est-à-dire son pied gauche.

François TRUFFAUT, *L'enfant sauvage*, 1970. Le film de Truffaut reprend le rapport *Mémoires et rapport sur Victor de l'Aveyron* rédigé par Jean Itard au début du XIX^e siècle. Il met en scène les interrogations que suscite l'enfant capturé par des paysans, qui semble être sourd-muet, voire « idiot ». Malgré tout, le Dr Itard entame l'éducation du garçon, fort de la conviction que son retard mental n'est qu'une conséquence négative de son manque de socialisation précoce. Il tente de lui apprendre le langage, des gestes de base comme l'ouverture d'une porte ou encore les règles de politesse. Même si Victor parvient à formuler quelques sons, le film met aussi en relief la frustration d'Itard devant les échecs répétés de sa pédagogie. Ce film, dans lequel Truffaut joue lui-même le rôle du médecin, représente un document intéressant à l'égard de l'un des débuts marquant de ce qu'on nomme aujourd'hui l'éducation spécialisée, mais met aussi en perspective la patience et la douceur nécessaires à toute démarche éducative, et les résistances que peut susciter toute tentative d'apprentissage, thème qui figure aussi bien dans le premier chapitre de la thèse que dans le 5.

Robert ZEMECKIS, *Forrest Gump*, 1994. Le célèbre film dont le héros est incarné par Tom Hanks figure ici dans les pistes qu'il fournit de manière assez juste, nous semble-t-il, sur le regard porté sur le handicap mental léger, qu'on nommait à la fin du XIX^e siècle (et donc qui est nommé dans ce travail de thèse) la « débilité légère ». La question qui se pose pour le petit Forrest d'entrer dans l'école communale engage l'emploi d'une échelle métrique d'intelligence telle qu'on la décrit dans le chapitre 4. De surcroît, l'exclusion récurrente du jeune Forrest dans le milieu scolaire, puis professionnel illustre avec justesse la question de la normalité. Même si la suite de son parcours se trouve fortement idéalisée pour les besoins du scénario, ce film fait émerger des pistes intéressantes sur le regard porté sur le retard mental.

Valentine HOFFBECK

De l'arriéré au malade héréditaire

Histoire de la prise en charge et des représentations du handicap mental en France et Allemagne (1890-1934)

Résumé

Cette thèse aborde l'histoire des enfants et adultes handicapés mentaux en France et en Allemagne entre 1890 et le milieu des années 1930. Ce travail prend pour objet les personnes atteintes de déficience mentale, qualifiées à l'époque de « débiles mentaux », « imbeciles », « idiots » ou du terme plus générique d' « arriérés ». Cette étude apporte un éclairage nouveau sur plusieurs thèmes, en adoptant une perspective transnationale pour éclairer la circulation et les résistances dans les pratiques médicales et pédagogiques destinées aux arriérés. Cherchant à mettre en valeur la part de construction qui est en jeu dans l'élaboration de ces catégories nosographiques, les critères aboutissant à créer la « faiblesse d'esprit » (*Schwachsinnigkeit*) sont étudiés à travers de points de vue variés (famille, instituteurs, psychologues et aliénistes). On montre ainsi comment la catégorie est forgée par ceux qui les observent au quotidien. A l'échelle des institutions étudiées, l'évolution des pratiques asilaires démontre une volonté progressive de rationaliser le tri entre ceux qu'on pense « éducatibles » et les « incurables » par l'emploi d'outils tels que les tests psychométriques. La thèse démontre aussi comment les arriérés sont envisagés peu à peu comme une charge, voire un danger à l'échelle nationale. Après la Grande Guerre, le coût de leur prise en charge est vu comme un fardeau dans les deux pays, justifiant une rationalisation des soins qui leur sont accordés. Ils sont surtout considérés comme porteurs de tares transmissibles héréditairement, soit des individus qu'il s'agit de sélectionner voire d'éliminer en tant que danger sanitaire. La thèse explore ces deux aspects observés en France comme en Allemagne, et leur part dans la légitimation de la stérilisation forcée des arriérés comme « malades héréditaires » mise en place par la loi adoptée dès les premiers mois de l'avènement du III^e Reich, ainsi que les réactions du milieu psychiatrique français.

Mots-clés : handicap mental — psychiatrie — eugénisme — histoire sociale/médicale — asiles — histoire des pratiques.

Summary

The topic of this PhD dissertation is the history of mentally deficient children and adults in both France and Germany between 1890 and 1934. This work focuses on people who suffered from mental retardation although at that time they would have been referred to as "feeble-minded," "idiots" or "imbeciles." This study provides a new focus on different subjects. The various circulations of medical models are considered in a dynamic perspective. It also provides an original vision of the construction of the category of feeblemindedness, influenced by agents like doctors [psychiatrists], families or teachers, questioning what was done in practical terms. Mentally deficient people were shaped by the gaze of the people they interacted with. They are also examined in a social and economic context to which these individuals respond. The evolution of the characterization of feeble-mindedness and the use of intelligence tests highlight various attempts to classify those individuals in a more rational way. From a more specific psychiatric point of view, this thesis shows how the emphasis on their classification as "unproductive persons" as well as the description of feeble-mindedness as a hereditary and "racial" disease transformed them into a social issue in the context of the rise of social Darwinism and eugenics, which led to their sterilization in Germany from 1934 on.

Keywords : mentally deficient — psychiatry — eugenism — social/medical history — asylum — medical practices.