Université Lumière Lyon 2
Laboratoire de recherche historique Rhône-Alpes
École doctorale Sciences sociales 483

Marie Derrien

« La tête en capilotade »

Les soldats de la Grande Guerre internés dans les hôpitaux psychiatriques français

(1914-1980)

Thèse pour l'obtention du doctorat d'histoire

Soutenue le 21 novembre 2015

Directrice de thèse : Isabelle von Bueltzingsloewen

Jury :

Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, professeure, Université Lyon 2
Laurent DOUZOU, professeur, I.E.P. de Lyon
Hervé GUILLEMAIN, maître de conférences, Université du Maine
Denis PELLETIER, directeur d'études, E.P.H.E. (rapporteur)
Anne RASMUSSEN, professeure, Université de Strasbourg (rapportrice)

Remerciements

Mes remerciements vont tout d'abord à Isabelle von Bueltzingsloewen qui m'a fait découvrir les archives de l'hôpital psychiatrique du Vinatier. Elle est aussi la première à m'avoir parlé des « articles 55 ». Je lui suis reconnaissante de m'avoir accompagnée dans mes recherches tout au long de ces années, avec rigueur et disponibilité.

Je remercie Laurent Douzou, Hervé Guillemain, Denis Pelletier et Anne Rasmussen d'avoir accepté d'être membres de mon jury.

De nombreux archivistes, des bibliothécaires et des médecins m'ont aidée dans mon travail. J'ai été reçue par le docteur Claude Marescaux et l'équipe du Département d'information médicale au Centre hospitalier du Vinatier, par Sabine Jean-Feydel au Centre hospitalier Alpes-Isère, par le docteur Hélène Brun-Rousseau au Centre hospitalier de Cadillac, par Blandine Maurier au Centre hospitalier Saint-Jean-de-Dieu de Lyon, par Geneviève Boris au Centre hospitalier de la Savoie, par Isabelle Schmitt à l'EPSAN et par Claudine Bellamy au Centre hospitalier Paul Guiraud. Noémie Gruère m'a transmis les informations puisées dans les archives du Centre hospitalier de Montfavet. Madame Garric et madame Saliou ont guidé mes recherches dans les archives du Val-de-Grâce et du SAMHA. Au SHD, les conseils du capitaine Caron, responsable des archives de la justice militaire, ont été précieux. Renaud Pras m'a donné libre accès aux documents conservés par le service départemental de l'ONAC de l'Isère. Bernard Le Ferran m'a permis de consulter les dossiers de plusieurs membres de la Fédération nationale des plus grands invalides de guerre. Jérôme van Wijland m'a signalé plusieurs manuscrits conservés à la bibliothèque de l'Académie de médecine. Qu'ils soient tous remerciés pour leur accueil chaleureux et le temps qu'ils m'ont consacré.

Au cours de mes recherches, j'ai eu la chance de rencontrer des enfants et des petits-enfants de poilus, de militants associatifs et de médecins. Ma thèse doit beaucoup à leurs témoignages. Je remercie vivement Jacqueline Cuvier, Marie-Noëlle Gougeon, Georgette T., ses filles et son petit-fils, Gabriel Z. et sa fille, Simone Viallet ainsi que Michel et Frédérique S. pour la confiance qu'ils m'ont accordée. Ma reconnaissance va également à

messieurs Thivillon et Bazin, anciens employés de l'hôpital psychiatrique de Saint-Jean-de-Dieu à Lyon, qui ont accepté de me livrer leurs souvenirs à propos de deux patients anciens combattants de la Grande Guerre.

Mes échanges avec des chercheurs et des doctorants ont enrichi ma réflexion tout au long de la thèse. Anne-Sophie Anglaret, Éva Blanc, Nicolas Beaupré, François Buton, Fabrice Cahen, Sophie Delaporte, Annie Deperchin, Laurent Douzou, Christine van Everbroeck, Véronique Fau-Vincenti, Bruno Fouillet, Raphaël Georges, Fanny Giraudier, Charlotte Gobin, Valentine Hoffbeck, Rémy Kubicki, André Loez, Nicolas Mariot, Paul Marquis, Romaric Nouat, Philippe Olivera, Anne Rasmussen, Marianna Scarfone, Christina Vanja, Vincent Viet et Aurélien Zaragori ont répondu à mes questions, m'ont transmis des documents ou m'ont indiqué de nouvelles pistes de recherche. Grâce aux talents de généalogiste de Gisèle Camp, je suis parvenue à retrouver plusieurs soldats dans le dédale des archives. La famille Salisbury m'a aidée à réaliser plusieurs traductions en anglais.

J'adresse des remerciements tout particuliers à Emmanuelle Picard, pour ses conseils précieux et son soutien, à Sylvain Bertschy et à Peggy Bette, que j'ai si souvent sollicités, ainsi qu'à Solenn Huitric qui, en m'accueillant dans son bureau, a rendu mon quotidien de doctorante plus facile et tellement plus agréable. Je veux aussi saluer la petite équipe des doctorants du LARHRA et les amis de l'AJCH avec lesquels j'ai eu le plaisir de réaliser de beaux projets.

Le conseil général de la Somme et l'Historial de la Grande Guerre m'ont attribué une bourse qui m'a aidée à financer ma thèse. Mon école doctorale et mon laboratoire ont également soutenu mon projet. En m'hébergeant – Vincent à Bordeaux, Maëlle, Sophie et Olivier à Paris, Catherine et Michel à Grenoble, Valentine à Strasbourg, Solenn et Antoine ainsi que Laura et Alexandre à Lyon – mes amis et ma famille m'ont eux aussi donné les moyens matériels de poursuivre mes recherches aux quatre coins de la France. Je les remercie de m'avoir accueillie chez eux à chaque fois que j'en ai eu besoin. Ma gratitude va également à ceux qui ont généreusement accepté de relire ma thèse – Clément, Emmanuelle, Éva, Marianna, Solenn, Raphaël – et dont l'aide a été décisive.

Je veux enfin remercier mes parents et ma sœur pour leur soutien constant, leurs encouragements et leur patience, ainsi que Clément, qui sait tout ce que je lui dois.

Sommaire

Introduction générale 9

Partie I : Soldats internés, psychiatres et commandement militaire face à la folie de 1870 à la Grande Guerre 51

Chapitre 1 : La prise en compte de la maladie mentale dans l'armée française avant la Grande Guerre 55

I - L'armée française et la psychiatrie : une collaboration difficile 57

II - Principes, modalités et acteurs de l'assistance psychiatrique dans l'armée pendant la Grande Guerre 86

Chapitre 2 : Des hommes « à interner » : profils, trajectoires et conditions de vie des militaires dans les asiles français entre 1914 et 1918 125

I - L'expérience de la guerre au prisme de la folie 126

II - L'expérience de l'internement au prisme de la guerre 163

Chapitre 3 : Le discours sur la folie et les pratiques psychiatriques en temps de guerre, ruptures ou continuités ? 199

I - Reconnaître, nommer, expliquer la maladie mentale. L'impact de la guerre sur le discours psychiatrique 201

II - Repenser l'internement. Pratiques psychiatriques et représentations sociales de la folie en temps de guerre 259

Partie II : Les « mutilés du cerveau ». Statuts et trajectoires des anciens combattants de la Grande Guerre internés dans les hôpitaux psychiatriques de 1919 aux années 1980 303

Chapitre 4 : La loi sur les pensions militaires du 31 mars 1919 ou la mise en place d'un régime d'exception pour les anciens combattants internés 309

I - L'article 55 de la loi des pensions : origines et conséquences d'un régime d'exception . 311

II - Les internés d'après l'armistice : des anciens combattants sans pension militaire 343

Chapitre 5 : Les « articles 55 » dans l'entre-deux-guerres, des internés ordinaires ? 375

I - Un statut unique, des situations plurielles..... 376

II - Des internés au long cours..... 409

Chapitre 6 : Les derniers « mutilés du cerveau » (1939-1980). Des poilus oubliés ? 439

I - Les « articles 55 » dans la Seconde Guerre mondiale 441

II - L'« ensevelissement asilaire » des derniers poilus internés 463

Conclusion générale 479

Table des illustrations 491

Index nominatif 493

Table des matières 497

Introduction générale

Cette thèse trouve son origine dans une recherche menée en 2008 dans les archives de l'hôpital psychiatrique du Vinatier. Je travaillais alors sur les asiles d'aliénés dans la première moitié du XXe siècle et mon objectif était de comprendre pourquoi les femmes représentaient, à cette époque, la majorité des internés. Pour mettre en lumière les facteurs culturels, économiques et sociaux susceptibles d'expliquer cette prédominance féminine, je comparais les trajectoires d'individus des deux sexes. C'est ainsi que j'ai découvert le cas des anciens combattants de la Grande Guerre. Au-delà de mon intérêt pour l'histoire du premier conflit mondial, le contexte dans lequel j'ai rencontré ces hommes, ou plutôt les traces qu'ils ont laissées dans les archives d'un hôpital psychiatrique, explique sans doute pourquoi ces derniers ont immédiatement retenu mon attention. La notion de traumatisme étant aujourd'hui devenue « un lieu commun »[1], les souffrances psychiques endurées par les militaires tendent à s'afficher dans les médias, mais aussi dans la littérature ou dans le cinéma, comme une dimension incontournable de nos représentations de la guerre. Ce phénomène, s'il est particulièrement prégnant aux États-Unis où l'on ne compte plus les films et les séries télévisées mettant en scène un vétéran atteint de stress post-traumatique[2], s'observe également dans d'autres pays. En France, alors que je découvrais les dossiers médicaux des poilus internés, *Valse avec Bachir* était présenté en compétition officielle au festival de Cannes. Ce film d'animation documentaire met en scène son réalisateur, Ari Folman, qui, pour comprendre un cauchemar récurrent, s'efforce de se remémorer son expérience de soldat pendant la guerre du Liban[3]. La même année, Jean-Paul Mari, grand reporter au *Nouvel Observateur*, publiait une enquête consacrée aux traumatismes psychiques des civils et des militaires en Bosnie, au Rwanda, en Afghanistan et en Irak[4]. Un documentaire prenant appui sur ce travail, récompensé par le grand prix du festival international du grand reportage d'actualité, a été diffusé en 2010 sur France 2[5].

Or le titre donné à l'ouvrage et au documentaire de Jean-Paul Mari, *Sans blessures apparentes*, s'avère être une expression employée quatre-vingt-dix ans plus tôt par Jean Lépine, médecin-chef à l'asile d'aliénés de Bron (Rhône), pour décrire certains soldats de 14-

---

[1] Voir Didier FASSIN, Richard RECHTMAN, *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, Paris, Flammarion, 2007, p. 11.
[2] Voir Anna WINTERSTEIN, « Quand Hollywood raconte les vétérans », *Libération*, 13 décembre 2011.
[3] *Valse avec Bachir*, réal. : Ari FOLMAN, 2008. Voir l'analyse du film proposée par Bruno Cabanes : Bruno CABANES, « Valse avec Bachir, ou le spectacle du trauma », *Esprit*, août-septembre 2008, p. 251-253.
[4] Jean-Paul MARI, *Sans blessures apparentes*, Paris, Robert Laffont, 2008, p. 251-253.
[5] *Sans blessures apparentes. Enquête sur les damnés de la guerre*, réal : Jean-Paul MARI et Franck DHELENS, 2009.

18 soignés dans son service[6]. Cette coïncidence, qui ne peut manquer de frapper l'historien, rappelle que les travaux des psychiatres sur les maladies mentales des combattants se sont multipliés dès la Première Guerre mondiale, soit bien avant les années 1980 et l'introduction de la notion de stress post-traumatique dans le vocabulaire médical puis dans le langage courant[7]. Cependant, en 2008, le cas des poilus rendus fous par la guerre était encore méconnu. S'il était évoqué par des écrivains comme Sébastien Japrisot dans *Un long dimanche de fiançailles*[8] ou par des cinéastes comme Bertrand Tavernier dans *La vie et rien d'autre*[9] et Gabriel le Bomin dans *Les fragments d'Antonin*[10], il intéressait peu les historiens. Ce constat, ainsi que la découverte d'archives d'une grande richesse, ont donné naissance à mon projet de thèse. Néanmoins, dans le temps long que nécessite une recherche doctorale, l'étude des traumatismes mentaux liés à la Première Guerre mondiale s'est considérablement développée et mon travail s'est finalement inscrit dans le contexte d'une production historiographique en plein essor. Retracer les principales étapes de la redécouverte des poilus aliénés, longtemps restés des « oubliés de la Grande Guerre »[11], permet de comprendre pourquoi et comment ce retournement de situation s'est opéré.

I - Les poilus internés ou la redécouverte d'« oubliés de la Grande Guerre »

Une recherche au croisement de deux historiographies

Le cas des soldats de la Grande Guerre qui ont souffert de traumatismes mentaux se situe au croisement de deux historiographies : celle de la Première Guerre mondiale et celle de la psychiatrie. Paradoxalement, cette position frontalière qui confère au sujet toute sa richesse peut expliquer pourquoi il a peu retenu l'attention des historiens. En effet, les deux champs de

---

[6] Jean LÉPINE, *Troubles mentaux de guerre*, Paris, Masson, 1917, p. 50.

[7] La reconnaissance officielle des traumatismes psychiques liés à la guerre comme pathologie en médecine mentale date de 1980. L'*American Psychiatry Association* a alors décidé d'inscrire le stress post-traumatique dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, ouvrage établissant la nosographie psychiatrique en vigueur aux États-Unis et qui fait référence à l'échelle internationale. Voir Allan YOUNG, *The Harmony of Illusions : Inventing Posttraumatic Stress Disorder*, Princeton, Princeton University Press, 1995.

[8] Sébastien JAPRISOT, *Un long dimanche de fiançailles*, Paris, Éditions Denoël, 1991.

[9] *La vie et rien d'autre*, réal. : Bertrand TAVERNIER, 1989.

[10] *Les fragments d'Antonin*, réal : Gabriel Le BOMIN, 2005.

[11] J'emprunte cette expression à Annette Becker qui l'a forgée en 1998 pour désigner les prisonniers et les habitants des territoires occupés par l'ennemi. Voir Annette BECKER, *Oubliés de la Grande Guerre. Humanitaire et culture de guerre : populations occupées, déportés civils et prisonniers de guerre*, Paris, Noêsis, 1998 (rééd. Hachette, 2003).

recherche dans lesquels il s'inscrit sont longtemps restés imperméables. La situation a cependant évolué à partir des années 1990 à la faveur d'un profond renouvellement des approches de la Première Guerre mondiale. Les historiens de 14-18, bien que divisés par des débats parfois virulents[12], prônent depuis cette époque un recentrage des recherches sur les individus et leurs expériences de guerre[13]. Se plaçant à leur hauteur, ils entendent rendre compte du quotidien des soldats et des civils et plus particulièrement des souffrances qu'ils endurent. Les travaux réalisés dans cette optique permettent de redécouvrir l'histoire « oubliée » de plusieurs catégories de la population[14] et c'est dans ce contexte que la figure des combattants atteints de troubles mentaux commence à apparaître sous la plume des historiens. Ainsi, en juillet 1998, un colloque organisé par l'Historial de la Grande Guerre est consacré à l'histoire culturelle comparative du choc traumatique depuis la Première Guerre mondiale[15]. En 1999, la thèse de Sophie Delaporte sur les discours des médecins face aux soldats blessés et malades fait une large place à la psychiatrie militaire[16]. La même année, dans *La Guerre censurée. Une histoire des combattants européens de 14-18*, Frédéric Rousseau évoque la folie comme un refuge face à l'horreur des combats[17]. Enfin, dans un article paru en 2000 dans les *Annales*, Annette Becker propose une analyse des troubles mentaux de guerre chez les militaires et les civils en démontrant la pertinence d'une réflexion

[12] Pour une mise au point sur la controverse, voir Antoine PROST, « La guerre de 1914 n'est pas perdue », *Le Mouvement social*, 2002, n° 199, p. 95-119 ; François BUTON, André LOEZ, Nicolas MARIOT, Philippe OLIVERA, « 14-18 : retrouver la controverse », *La Vie des idées*, décembre 2008, disponible en ligne à l'adresse : http://www.laviedesidees.fr/1914-1918-retrouver-la-controverse.html.

[13] Voir Élise JULIEN, « À propos de l'historiographie de la Première Guerre mondiale », *Labyrinthe*, 2004, n° 2, p. 53-68.

[14] Annette BECKER, *Oubliés de la Grande Guerre, op. cit*. Plus récemment, les enfants, les couples, les veuves, les intellectuels ou encore les civils du département de l'Aisne ont fait l'objet de travaux de recherche. Voir Peggy BETTE, *Veuves françaises de la Première Guerre mondiale : statuts, itinéraires et combats*, thèse d'histoire, Université Lumière Lyon 2, 2012 ; Nicolas MARIOT, *Tous unis dans la tranchée ? 1914-1918, les intellectuels rencontrent le peuple*, Paris, Seuil, 2013 ; Manon PIGNOT, *Allons enfants de la patrie. Génération Grande Guerre*, Paris, Seuil, 2012 ; Philippe SALSON, *L'Aisne occupée. Les civils dans la Grande Guerre*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2015 ; Clémentine VIDAL-NAQUET, *Couples dans la Grande Guerre. Le tragique et l'ordinaire du lien conjugal*, Paris, Les Belles Lettres, 2014.

[15] « Choc traumatique et histoire culturelle », *14-18 : Aujourd'hui, Today, Heute*, 2000, n° 3.

[16] Sophie DELAPORTE, *Le discours médical sur les blessures et les maladies pendant la Première Guerre mondiale*, thèse d'histoire, Université de Picardie, 1999. En 1993, Sophie Delaporte avait consacré son mémoire de DEA à la psychiatrie : *La psychiatrie pendant la Grande Guerre*, mémoire de DEA, Université de Picardie, 1993.

[17] Frédéric ROUSSEAU, *La Guerre censurée : une histoire des combattants européens de 14-18*, Paris, Seuil, 1999.

qui met en relation guerre totale et troubles mentaux[18]. Dès lors, le cas des soldats souffrant de traumatismes psychiques est régulièrement évoqué dans les dictionnaires et les ouvrages sur la Première Guerre mondiale[19], sans pour autant susciter une recherche qui leur soit entièrement dédiée.

Tout comme les historiens de la Grande Guerre, ceux de la médecine ont tardé à s'intéresser aux soldats atteints de troubles mentaux. Ce phénomène tient sans doute au contexte très particulier dans lequel l'histoire de la psychiatrie s'est développée en France. En effet, ce champ de recherche a longtemps été exclusivement investi par des psychiatres qui cherchaient à comprendre comment leur savoir et leur profession s'étaient construits. Ce n'est que dans les années 1960-1970, alors que le mouvement anti-psychiatrique atteignait son apogée, que l'histoire de la folie et des asiles d'aliénés a commencé à susciter l'intérêt des sociologues et des philosophes, au premier rang desquels Michel Foucault[20]. Son travail pionnier, devenu une référence incontournable, a longtemps constitué un horizon indépassable, conduisant les chercheurs à n'écrire l'histoire de la psychiatrie qu'en s'inscrivant dans la continuité de son œuvre[21] ou en s'employant à la critiquer[22]. Dès lors, deux lectures de l'histoire se sont affrontées, focalisées l'une et l'autre sur les origines de la psychiatrie dans lesquelles chacune entendait mettre en évidence la « vérité du commencement »[23]. Les psychiatres avaient-ils toujours voulu venir en aide aux fous ou les avaient-ils au contraire toujours réprimés ?

Dès la fin des années 1970, des historiens ont cependant travaillé à écrire une histoire de la psychiatrie sans visée militante ou polémique en s'inscrivant dans le cadre plus large

---

[18] Annette BECKER, « Guerre totale et troubles mentaux », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, n° 1, 2000, p. 135-131.

[19] Voir par exemple Sophie DELAPORTE, « Névroses de guerre », *in* Stéphane AUDOIN-ROUZEAU, Jean-Jacques BECKER (dir.), *Encyclopédie de la Grande Guerre 1914-1918 : Histoire et critique*, Paris, Bayard, 2004, p. 357-365 ; Bruno CABANES, « Mon cerveau est tordu comme un fil de fer serré », *in* Bruno CABANES, Anne DUMENIL (dir.), *Larousse de la Grande Guerre*, Paris, Larousse, 2007, p. 291-297.

[20] Michel FOUCAULT, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1972 ; *Le Pouvoir psychiatrique. Cours au collège de France, 1973-1974*, Paris, Gallimard/Le Seuil, 2003 ; *Les Anormaux. Cours au collège de France, 1974-1975*, Paris, Gallimard/Le Seuil, 1999.

[21] Robert CASTEL, *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Éditions de Minuit, 1976.

[22] Gladys SWAIN, Marcel GAUCHET, *La pratique de l'esprit humain : l'institution asilaire et la révolution démocratique*, Paris, Gallimard, 1980. Pour un aperçu critique de ces deux ouvrages voir Jan GOLDSTEIN, *Consoler et classifier : l'essor de la psychiatrie français*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo, 1997, p. 18-19.

[23] Marcel GAUCHET, *De Pinel à Freud, in* Gladys SWAIN, *Le sujet de la folie : naissance de la psychiatrie*, Paris, Calmann-Lévy, 1997, p. 7.

d'une histoire sociale de la médecine. Cette nouvelle approche, développée en Grande-Bretagne et aux États-Unis par Roy Porter et Mark Micale, connaît un véritable essor en France depuis les années 2000. L'objectif est désormais d'écrire une histoire de la folie qui fasse une large place à l'expérience des malades. C'est donc à travers le point de vue du patient que sont examinés les aspects culturels, sociaux, institutionnels ou encore médico-légaux de l'internement[24]. En outre, l'étude de la psychiatrie et de la folie ne relève plus uniquement de l'histoire de la médecine mais s'inscrit dans une histoire globale dont elle éclaire les dimensions politique[25], religieuse[26], judiciaire[27] ou bien genrée[28]. Enfin, l'approche micro historique est privilégiée, la reconstitution des trajectoires individuelles d'hommes et de femmes internés se révélant être un procédé particulièrement efficace dès lors qu'il est possible de recourir aux archives nominatives – registres d'entrée, dossiers médicaux – des hôpitaux psychiatriques[29]. Dans la mesure où ces documents sont soumis au secret médical, l'évolution des conditions d'accès aux sources a constitué une condition de possibilité en même temps qu'un facteur essentiel de ce renouvellement historiographique qu'on pourrait qualifier de tournant « matériel ». Jusqu'en 2008, seules les archives concernant les malades nés il y a plus de 150 ans étaient librement communicables. Lorsque ce délai n'était pas écoulé, la consultation pouvait être autorisée à titre dérogatoire à condition que la demande,

---

[24] Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, Benoît EYRAUD, « Changements institutionnels et parcours individuels : itinéraires croisés de deux patients psychotiques au long cours (années 1950 à nos jours) », *in* Axelle BRODIEZ-DOLINO, Isabelle von BUELTZINGSLOWEN, Benoît EYRAUD, Christian LAVAL, Bertrand RAVON (dir.), *Vulnérabilités sanitaires et sociales. De l'histoire à la sociologie*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2014, p. 103-117 ; Benoît MAJERUS, *Parmi les fous. Une histoire sociale de la psychiatrie au XXe siècle*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2013.

[25] Fanny LE BONHOMME, « Au croisement des logiques politiques et médicales : les "patients-camarades" des services psychiatriques de la Charité (Berlin-est, République démocratique allemande, 1959-1964 », *Cultures et conflits*, n° 90, 2013, p. 21-38 ; Aude FAUVEL, *Témoins aliénés et « Bastilles modernes ». Une histoire politique, sociale et culturelle des asiles en France. (1800-1914)*, thèse d'histoire, EHESS, 2005 ; Laure MURAT, *L'Homme qui se prenait pour Napoléon. Pour une histoire politique de la folie*, Paris Gallimard, 2011.

[26] Hervé GUILLEMAIN, *Diriger les consciences, guérir les âmes. Une histoire comparée des pratiques thérapeutiques et religieuses (1830-1939)*, Paris, La Découverte, 2006.

[27] Laurence GUIGNARD, *Juger la folie. La folie criminelle devant les Assises au XIXe siècle*, Paris, Presses universitaires de France, 2010.

[28] Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, « À propos d'Henriette D. : les femmes et l'enfermement psychiatrique dans la France du XXe siècle », *Clio. Histoire, Femmes et Sociétés*, 26/2007, p. 89-107 ; Nicole EDELMAN, *Les métamorphoses de l'hystérique, du début du XIXe siècle à la Grande Guerre*, Paris, La Découverte, 2003 ; Aude FAUVEL, « Madness : a 'female malady'? Women and Psychiatric Institutionalisation in France », *in* Patrice BOURDELAIS, John CHIRCOP (dir.), *Vulnerabilities, social inequalities and health in perspective*, Lisbonne, Éditions Colibri, 2010, p. 61-75 ; Yannick RIPA, *La ronde des folles. Femmes, folie et enfermement au XIXe siècle*, Paris, Aubier, 1985.

[29] Voir en particulier les travaux d'Isabelle von Bueltzingsloewen, de Fanny Le Bonhomme et de Benoît Majerus précédemment cités.

dûment justifiée, soit formulée par l'intermédiaire d'un médecin. La modification de cette règlementation a ouvert de nouvelles possibilités aux chercheurs. Désormais, les archives nominatives sont librement communicables 25 ans après le décès du malade ou, si la date du décès est inconnue, 120 ans après sa naissance[30]. Les archives encore soumises au secret médical peuvent être consultées après obtention d'une dérogation délivrée par la Direction des Archives de France avec l'accord du directeur de l'hôpital sans qu'il soit nécessaire d'obtenir l'appui d'un médecin.

Cependant, en dépit du renouvellement profond qui vient d'être décrit, l'historiographie de la psychiatrie continue d'être marquée par la prépondérance des études concernant le XIXe siècle, la Seconde Guerre mondiale et les années de réforme de la psychiatrie qui l'ont suivie. La première moitié du XXe siècle, quant à elle, constitue toujours un terrain de recherche plus rarement investi[31] et le premier conflit mondial est à peine évoqué dans les grandes histoires de la folie publiées dans le courant des années 2000[32]. À cette époque, les principales contributions sur le sujet restent celles de professionnels de la psychiatrie, notamment le mémoire de Bernadette Laverdure-Cassarin consacré aux militaires internés à l'asile de Villejuif (Seine)[33], celui d'Hubert Bieser, ancien infirmier psychiatrique, sur les soldats aliénés de l'asile de Ville-Évrard (Seine)[34], ou encore l'ouvrage publié en 1999 par Louis Crocq, psychiatre des armées et professeur associé de psychologie pathologique à l'université Paris V, sur les traumatismes psychiques de guerre[35].

---

[30] Loi n° 2008-696 du 15 juillet 2008 relative aux archives, publiée au *Journal officiel* du 16 juillet 2008.

[31] Voir Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, « Réalité et perspective de la médicalisation de la folie dans la France de l'entre-deux-guerres », *Genèses*, n° 82, 2011/1, p. 52-74.

[32] Voir par exemple Claude QUÉTEL, *Histoire de la folie de l'Antiquité à nos jours*, Paris, Tallandier, 2009.

[33] Bernadette LAVERDURE-CASSARIN, *Un moment particulier dans la psychiatrie du XXe siècle : les aliénés militaires de la section militaire de l'asile de Villejuif pendant la première guerre mondiale : étude de 1697 cas, d'après les certificats d'internement en placement d'office des registres de la loi de l'asile de Villejuif*, mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'études spécialisées de psychiatrie, Université de Caen, 1992.

[34] Hubert BIESER, *Les militaires aliénés à l'asile de Ville-Évrard de mai 1915 à décembre 1918*, mémoire en vue de l'obtention du certificat supérieur d'université d'histoire des pratiques soignantes, sociales et éducatives en santé mentale, Université Paris XII Val de Marne, 1993. Ce travail a inspiré le scénario d'une bande dessinée : Hubert BIESER, Jean-David MORVAN, Yann Le GAL, *Vies tranchées. Les soldats fous de la Grande Guerre*, Paris, Delcourt, 2010. Il a ensuite été remanié pour donner naissance à un livre : Hubert BIESER, *Les soldats aliénés à l'asile de Ville-Évrard. Mars 1915-décembre 1918*, Paris, L'Harmattan, 2014.

[35] Louis CROCQ, *Les traumatismes psychiques de guerre*, Paris, Odile Jacob, 1999.

Un champ de recherche très investi à l'étranger

Dans les années 2000, il existe donc en France peu d'ouvrages d'historiens consacrés aux troubles mentaux des combattants de la Grande Guerre, à l'exception des travaux pionniers de Sophie Delaporte. Ce champ de recherche est au contraire très investi à l'étranger. Le cas de l'Italie est étudié par Bruna Bianchi[36], celui de l'Allemagne par Paul Lerner, puis par Jason Crouthamel et Stephanie Neuner[37], celui de l'Autriche par Hans Georg Hofer[38]. Quant à l'exemple britannique, il est sans doute le mieux connu grâce aux travaux d'Anthony Babington, de Ben Shepard, de Peter Leese, de Peter Barham, ou encore de Fiona Reid, pour ne citer que les principaux auteurs à avoir écrit sur le sujet[39]. Sans surprise, la production britannique est dominée par l'étude du *shell shock* qui, ainsi que l'a montré Jay Winter, occupe une place majeure dans les représentations anglo-saxonnes de la Grande Guerre[40]. Si plusieurs des études que je viens de citer sont centrées sur la définition médicale des traumatismes endurés par les combattants, d'autres contributions s'appuient sur l'analyse de dossiers médicaux et s'attachent à rendre compte de l'expérience des soldats atteints de troubles mentaux. C'est notamment le cas des recherches menées par Peter Barnham, celui-ci faisant le choix de se placer du point de vue des malades et de retracer leurs itinéraires. Par ailleurs, plusieurs historiens prennent le parti d'envisager l'histoire des soldats atteints de troubles mentaux sur le long terme, invitant à repenser les bornes chronologiques habituellement retenues qui incitent à envisager la guerre comme une parenthèse.

---

[36] Bruna BIANCHI, *La follia e la fuga. Nevrosi di guerra, diserzione e disobbedenzia nell' esercito italiano (1915-1918)*, Rome, Bulzoni, 2001.

[37] Paul LERNER, *Hysterical men : War, Psychiatry, and the Politics of Trauma in Germany, 1890-1930*, New York, Cornell University Press, 2003 ; Jason CROUTHAMEL, *The Great War and German Memory : Society, Politics and Psychological Trauma*, Exeter, University of Exeter Press, 2009 ; Stephanie NEUNER, *Politik und Psychiatrie. Die Staatliche Versorgung psychisch Kriegbeschädigter in Deutschland, 1920-1939*, Göttingen, Vandenhoeck und Ruprecht, 2011.

[38] Hans-Georg HOFER, *Nervenschwäche und Krieg. Modernitätskritik und Krisenbewältigung in der österreichischen Psychiatrie (1880-1920)*, Wien, Böhlau, 2004.

[39] Anthony BABINGTON, *Shell Shock : A History of the Changing Attitudes to War Neuroses*, Londres, Leo Cooper, 1997 ; Ben SHEPARD, *A War of Nerves : Soldiers and Psychiatrists in the Twentieth Century*, Harvard, Harvard University Press, 2001 ; Peter LEESE, *Shell Shock. Traumatic neurosis and the British Soldiers of the First World War*, New York, Palgrave Macmillan, 2002 ; Peter BARHAM, *Forgotten Lunatics of the Great War*, New Haven, Yale University Press, 2004 ; Fiona REID, *Broken Men. Shell Shock, Treatment and Recovery in Britain, 1914-1930*, Londres/New York, Continuum, 2010.

[40] Jay WINTER, « Shell Shock and the Cultural History of the Great War », *Journal of Contemporary History*, n° 1, 2000, p. 7-11.

Compte tenu de l'essor considérable de ce domaine de recherche dans d'autres pays, il n'est guère étonnant que le cas de la France ait d'abord retenu l'attention de chercheurs étrangers. Ainsi, la première étude consacrée à l'exemple français est la thèse d'un historien américain, Marc Roudebush, qui porte sur la perception de l'hystérie masculine par les neurologues et les psychiatres français[41]. Dix ans plus tard, Gregory Thomas, chercheur à l'université de Louisiane, publie le premier ouvrage sur les soldats français atteints de troubles mentaux, s'interrogeant sur leur condition pendant la guerre et après l'armistice[42]. Les apports de son enquête, qui s'appuie essentiellement sur les archives de l'Assistance publique et sur l'analyse de la littérature médicale, sont nombreux, surtout en ce qui concerne la période de l'après-guerre. En effet, Gregory Thomas retrace le combat associatif autour des pensions militaires attribuées aux anciens combattants internés dans les asiles d'aliénés. Si les principales mesures obtenues sont présentées, leur portée n'est cependant pas évaluée. En suscitant de nombreuses interrogations, ce travail ouvre donc la voie à de nouvelles recherches. Peut-on dire que les soldats transférés dans les asiles d'aliénés ont été abandonnés, comme l'affirme Gregory Thomas dès l'introduction de son livre bien que ces établissements soient, par la suite, peu pris en compte dans son étude[43] ? Quelle est l'origine des dispositions législatives concernant les anciens combattants atteints de troubles mentaux ? Au-delà des prescriptions formulées par les médecins dans les revues scientifiques, selon quels critères détermine-t-on si ces hommes ont droit ou non à une pension militaire ?

Quelques années avant la publication du livre de Gregory Thomas, cette dernière question a retenu l'attention de Patricia Prestwich, professeur émérite à l'université d'Alberta. Dans un article publié en 2003, celle-ci analyse les arguments mis en avant par les malades et leurs familles en s'appuyant sur plusieurs dossiers nominatifs établis par le ministère des Pensions[44]. Bien qu'il laisse entrevoir la richesse d'une source peu connue des historiens français de la Première Guerre mondiale, cet article n'explique pas comment l'État réagit face aux demandes qui lui sont adressées. Si le traitement réservé aux anciens combattants souffrant de troubles mentaux est jugé désavantageux par Patricia Prestwich puis par Gregory Thomas, l'argumentaire qui sous-tend les mesures prises à leur égard reste à analyser.

---

[41] Marc ROUDEBUSH, *A Battle of Nerves : Hysteria and Its Treatments in France During World War I*, Berkeley, University of California, 1999.
[42] Gregory. M. THOMAS, *Treating the Trauma of the Great War: Soldiers, Civilians, and Psychiatry in France, 1914-1940*, Baton Rouge, Louisiana State University Press, 2009.
[43] *Ibid.*, p. 15.
[44] Patricia E. PRESTWICH, « "Victims of War" ? Mentally-Traumatized Soldiers and the State, 1918-1939 », *Proceedings of the Western Society for French History*, vol. 31, 2003, p. 243-254.

Le tournant des années 2010 : l'essor des enquêtes sur la psychiatrie de guerre en France

Suite à la parution du livre de Gregory Thomas, l'histoire des soldats traumatisés par l'expérience de la Grande Guerre suscite en France un intérêt croissant. L'avance prise par la recherche dans d'autres pays fournit un cadre solide pour aborder l'étude du cas français tandis que, grâce aux travaux de Sophie Delaporte et d'Anne Rasmussen, l'histoire de la médecine militaire occupe désormais une place reconnue dans l'historiographie de la Grande Guerre[45]. Ainsi, à l'approche du centenaire de 14-18, les publications se multiplient. En 2011, Jean-Yves Le Naour fait paraître la première synthèse sur les soldats français atteints de troubles mentaux[46]. Après avoir étudié, en 2002, le cas particulier d'Anthelme Mangin, soldat amnésique interné dans un asile d'aliénés et réclamé par plusieurs familles après la guerre[47], il dénonce, dans ce nouvel ouvrage, l'attitude des psychiatres, considérés comme des « bourreaux en blouse blanche » au service de l'armée[48]. Un an plus tard, Laurent Tatu et Yves Bogousslavsky, tous deux médecins, s'emparent à leur tour du sujet et proposent une analyse plus nuancée[49]. Contrairement à Gregory Thomas, ces trois auteurs font le choix d'étudier la seule période de la guerre et s'inscrivent dans le prolongement des recherches menées par Sophie Delaporte et Marc Roudebush. Ils exposent le fonctionnement de la chaîne d'évacuation des « blessés psychiques », les débats des psychiatres et des neurologues face aux symptômes des soldats, le soupçon qui pèse sur ces derniers et la collusion entre l'armée et les médecins. L'exemple du zouave Deschamps qui, en 1916, frappe le médecin-major Clovis Vincent pour échapper à une séance d'électrothérapie particulièrement violente, est mobilisé pour démontrer la brutalité des médecins. L'expérience des soldats n'est quant à elle évoquée qu'à travers les exemples fournis par la littérature médicale, de nombreuses descriptions de malades ayant été publiées par des psychiatres pendant la guerre.

---

[45] Sophie DELAPORTE, *Les médecins dans la Grande Guerre, 1914-1918*, Paris, Bayard, 2003 ; Anne RASMUSSEN, « Dans l'urgence et le secret. Conflits et consensus autour de la grippe espagnole, 1918-1919 », *Mil neuf cent. Revue d'histoire intellectuelle*, n° 25, 2007, p. 171-190 ; « À corps défendant : vacciner les troupes contre la typhoïde pendant la Grande Guerre », *Corps, revue interdisciplinaire*, 5, 2008, p. 41-48 ; « L'électrothérapie en guerre : pratiques et débats en France (1914-1920) », *Annales historiques de l'électricité*, n° 8, 2010, p. 73-91 ; « Civilian populations vs. Soldiers ? Public health and infectious diseases in France, 1914–1918 », *Medizin, Gesellschaft und Geschichte*, n° 31, 2013, p. 95-118.

[46] Jean-Yves LE NAOUR, *Les soldats de la honte*, Paris, Perrin, 2011.

[47] Jean-Yves LE NAOUR, *Le soldat inconnu vivant*, Paris, Hachette Littératures, 2002.

[48] Jean-Yves LE NAOUR, *Les soldats de la honte, op. cit.*, p. 18.

[49] Julien BOGOUSSLAVSKY, Laurent TATU, *La folie au front. La grande bataille des névroses de guerre (1914-1918)*, Paris, Imago, 2012.

Les dossiers médicaux des soldats ne sont donc pas mobilisés. Ces derniers sont en revanche exploités dans le cadre de plusieurs mémoires soutenus par de jeunes chercheurs. En 2008, Marie Leclercq a travaillé sur les archives médicales du centre neuropsychiatrique de Montpellier. En 2010, Paul Marquis s'est appuyé sur les dossiers de l'asile de Fleury-les-Aubrais (Loiret) et Florimond Givaudan-Bourlès sur ceux de l'asile du Mans (Mayenne), tandis que j'ai commencé à travailler sur les dossiers de l'asile de Bron (Rhône)[50]. La même année, la journée d'études organisée au Mans par Laurence Guignard, Hervé Guillemain et Stéphane Tison a mis cette source à l'honneur, en réunissant des historiens qui proposent de centrer leur analyse non pas sur les centres de neuropsychiatrie de l'avant ou de l'arrière mais sur les asiles d'aliénés[51]. Dans le prolongement de cette journée, Hervé Guillemain, spécialiste de l'histoire de la psychiatrie, et Stéphane Tison, spécialiste de l'histoire de la Grande Guerre[52], ont poursuivi leur travail sur les soldats internés entre 1914 et 1918 dans les asiles de la 4e région militaire, c'est-à-dire ceux du Mans, de Mayenne et d'Alençon[53]. Le résultat de leurs recherches a fait l'objet d'un livre, publié à l'automne 2013[54]. En invitant le lecteur à se méfier des raccourcis trompeurs, cet ouvrage démontre la nécessité de resituer l'expérience des poilus internés dans l'histoire de la psychiatrie avant 1914 et, tout en renouvelant l'analyse des discours tenus par les psychiatres, il s'attache à rendre compte du point de vue des malades, puisant de nombreuses informations dans leurs dossiers médicaux.

Ma démarche présente de nombreux points communs avec celle adoptée par Hervé Guillemain et Stéphane Tison. Comme celle de ces deux historiens, mon enquête porte sur les asiles d'aliénés et se fonde en premier lieu sur l'analyse des archives produites dans ces établissements. Elle inscrit cependant la réflexion dans un cadre plus large tant sur le plan

---

[50] Florimond GIVAUDAN-BOURLÈS, *Folie et traumatisme en Sarthe pendant la Première Guerre mondiale*, mémoire de master 2, Université du Mans, 2010 ; Marie LECLERCQ, *Les névrosés de la Grande Guerre dans la XVIe région militaire : étude du « centre de neuro-psychiatrie » de Montpellier*, mémoire de master 2, Université Paul Valéry Montpellier III, 2008 ; Paul MARQUIS, *1914-1918, une guerre des nerfs. Médecins et combattants français face aux troubles « psychiques » et « nerveux » de la Grande Guerre (1914-1924)*, mémoire de master 2, I.E.P. de Paris, 2010.

[51] Voir les actes de la journée : Laurence GUIGNARD, Hervé GUILLEMAIN, Stéphane TISON (dir.), *Expériences de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIXe-XXe siècles)*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2013.

[52] Voir Hervé GUILLEMAIN, *Diriger les consciences, guérir les âmes. Une histoire comparée des pratiques thérapeutiques et religieuses (1830-1939), op. cit.* ; Stéphane TISON, *Comment sortir de la guerre ? Deuil, mémoire et traumatisme (1870-1940)*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2011.

[53] Les régions militaires sont mises en place par la loi du 24 juillet 1873 portant sur l'organisation de l'armée. Elles constituent des bassins de recrutement capables de réunir les mêmes effectifs. Sur l'origine de ce découpage, voir Jean-François CHANET, *Vers l'armée nouvelle. République conservatrice et réforme militaire, 1871-1879*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2006.

[54] Hervé GUILLEMAIN, Stéphane TISON, *Du front à l'asile, 1914-1918*, Paris, Alma, 2013.

géographique que chronologique et croise les archives asilaires avec d'autres fonds, de manière à prendre en compte l'ensemble des acteurs qui interagissent avec les soldats internés.

II - Axes problématiques

Le premier objectif de ma thèse est d'observer le fonctionnement d'une société plongée dans la guerre et confrontée à l'une de ses conséquences : l'internement de soldats atteints de troubles mentaux. Il s'agit de montrer comment, en prenant l'asile d'aliénés pour terrain d'étude et en analysant l'expérience d'un groupe d'individus apparemment isolé et minoritaire, il est possible de contribuer à une histoire totale de la guerre. En effet, contrairement à ce qu'on pourrait croire en se focalisant sur la littérature médicale, le sort de ces hommes n'intéresse pas seulement les psychiatres. Le recours à des archives de différentes natures montre que leur famille, leurs camarades, leurs chefs, les représentants de l'armée, de l'État, des départements et des communes ou encore l'administration asilaire réagissent, interviennent, prennent des décisions à leur sujet. Entre 1914 et 1918 puis jusqu'à la disparition des derniers poilus internés, la situation des soldats atteints de troubles mentaux soulève, selon le point de vue adopté, des enjeux scientifiques, militaires, politiques, économiques ou encore culturels qui dépassent leurs simples cas particuliers. Les parcours de ces hommes et leurs témoignages révèlent en outre une dimension longtemps méconnue de la violence de guerre et des souffrances endurées par les soldats, y compris après l'armistice.

Examiner comment leurs troubles sont considérés par les médecins mais aussi par l'ensemble de la société amène à se demander dans quelle mesure le conflit transforme la prise en charge et la perception d'une catégorie spécifique de la population, les aliénés. Participant à réfléchir au rôle de la guerre dans les transformations des dispositifs d'action publique, ma thèse a pour deuxième objectif d'évaluer l'impact des années 1914-1918 sur l'évolution de l'assistance psychiatrique au XXe siècle. Cette question est analysée à plusieurs échelles. Elle invite à examiner si la guerre a entraîné une redistribution des rôles entre l'État, les départements et les communes, qui définissent et mettent en œuvre la politique d'assistance aux aliénés. Elle permet aussi d'observer comment le conflit a constitué pour les psychiatres l'opportunité de mettre en place des réformes, de conquérir une légitimité et des champs d'action nouveaux ou encore, au niveau individuel, de faire progresser une carrière.

En retraçant le parcours des malades, le but est également de déterminer si la guerre modifie durablement l'expérience intime de l'internement.

La définition de ces deux axes problématiques, articulés tout au long de la thèse, m'a conduite à adopter plusieurs partis pris méthodologiques. Cherchant à mettre en lumière des effets de rupture ou, au contraire, de continuité, j'ai choisi d'inscrire ma recherche dans le temps long et non dans les limites chronologiques du conflit qui tendent à masquer la complexité de nombreux phénomènes. Plusieurs travaux ont montré que la guerre se prépare avant 1914 et que, même sur un plan strictement militaire, sa fin est difficile à dater[55]. Ces bornes n'ont pas plus de sens en ce qui concerne la psychiatrie aux armées. En effet, cette spécialité se développe en France depuis les années 1870. Les débats soulevés par le dépistage et le traitement des soldats aliénés n'apparaissent donc pas subitement à l'occasion du conflit, pas plus qu'ils ne disparaissent après l'armistice. On trouve d'ailleurs des militaires dans les asiles avant l'entrée en guerre du pays et, parmi les poilus entrés dans les asiles d'aliénés entre 1914 et 1918, certains sont encore traités longtemps après le retour à la paix. Mes recherches couvrent donc une période qui s'étend de la défaite de 1870 à la fin des années 1970, soit des débuts de la psychiatrie militaire en France à la mort des derniers poilus internés[56]. Ce choix permet de tenir compte des temporalités propres à chaque acteur et donc de faire varier les échelles d'analyse. En effet, il ne s'agit pas seulement de déterminer quels dispositifs sont mis en place pour accueillir les soldats atteints de troubles mentaux mais aussi d'observer le fonctionnement des institutions qui les prennent en charge, plus particulièrement les asiles, en se plaçant du point de vue des administrateurs, des médecins, des malades et de leurs familles. Cette approche par le bas, qui se fonde notamment sur la reconstitution de trajectoires individuelles, permet de confronter les discours aux pratiques et de faire apparaître les écarts entre la théorie et la réalité du terrain.

Une histoire sociale de la Grande Guerre vue au prisme de la folie

En prenant pour cadre les asiles d'aliénés et pour objet d'étude les parcours des soldats internés, cette thèse souhaite rendre compte de l'expérience d'individus placés en marge du

[55] Voir notamment Olivier COSSON, *Préparer la Grande Guerre. L'armée française et la guerre russo-japonaise (1899-1914)*, Paris, Les Indes Savantes, 2013 ; Bruno CABANES, *La victoire endeuillée. La sortie de guerre des soldats français*, Paris, Le Seuil, 2004.

[56] Le dernier poilu dont j'ai retrouvé la trace dans les archives est décédé en 1975. Il est cependant tout à fait possible que d'autres soient morts après cette date.

conflit[57]. De fait, ces hommes constituent, à plusieurs titres, une catégorie marginale et marginalisée. Bien que leur nombre soit inconnu, on considère que seule une minorité de mobilisés a souffert de troubles mentaux et qu'ils sont plus rares encore à avoir été internés. Leur séjour à l'asile semble en outre les soustraire à l'armée et les isoler du reste de la société. Enfin, en raison de leur maladie, leur témoignage paraît peu fiable. L'objectif de mon travail est d'interroger chacun de ces postulats en commençant par identifier et, lorsque c'est possible, par dénombrer les soldats internés. Alors qu'on considère souvent, sans questionnement préalable, qu'il s'agit d'un groupe homogène, la population militaire qui séjourne dans les asiles d'aliénés reflète la variété des expériences combattantes et l'importance des différenciations sociales dans l'armée française[58]. L'attention portée aux officiers, aux soldats qui n'ont jamais été au front, à ceux qui sont originaires des colonies ou qui ont été faits prisonniers par l'ennemi permet de le montrer. Ce faisant, le but n'est pas de collectionner des histoires singulières mais, au contraire, de replacer ces individus dans un contexte militaire, social et familial afin de mettre en perspective leur expérience de la guerre. Suivant la formule employée par Nicolas Beaupré et Christian Ingrao, il s'agit de « se pencher sur le minoritaire pour mieux saisir l'expérience majoritaire »[59].

Ainsi, mon travail se fonde sur la conviction que les récits des soldats internés, y compris lorsqu'ils sont délirants, renseignent l'historien sur la réalité de la guerre. Comme le préconise Annette Becker dans l'article « Guerre totale et troubles mentaux », les déclarations des soldats internés sont donc « lu[e]s comme n'importe quelle source »[60] permettant d'étudier l'impact sur les mobilisés et leurs proches de l'entrée en guerre, des permissions, des combats comme des moments d'inaction, ou encore du retour au foyer. Ces témoignages donnent par ailleurs tout son sens au concept de guerre totale en permettant de s'interroger sur la manière dont le conflit est perçu par des individus qui n'y participent plus directement. L'intérêt d'envisager la vie quotidienne des mobilisés au-delà du temps des batailles et de la vie dans les tranchées a été démontré par Emmanuelle Cronier dans la thèse qu'elle a

[57] Nicolas BEAUPRÉ, Christian INGRAO, « Marginaux, marginalité et marginalisation durant la Grande Guerre », *in* Stéphane AUDOIN-ROUZEAU, Jean-Jacques BECKER (dir.), *Encyclopédie de la Grande Guerre 1914-1918*, Paris, Bayard, 2004, p. 761-775.
[58] Voir Rémy CAZALS, André LOEZ (dir.), *Identités troublées : 1914-1918, les appartenances sociales et nationales à l'épreuve de la guerre*, Toulouse, Privat, 2011 ; André LOEZ, « Militaires, combattants, citoyens, civils : les identités des soldats français en 1914-1918 », *Pôle sud*, n° 36, 2012, p. 67-85 ; Nicolas MARIOT, *Tous unis dans la tranchée ?, op. cit.*
[59] Nicolas BEAUPRÉ, Christian INGRAO, « Marginaux, marginalité et marginalisation durant la Grande Guerre », art. cit., p. 762.
[60] Annette BECKER, « Guerre totale et troubles mentaux », art. cit., p. 138.

consacrée aux permissionnaires[61]. Or, si la médecine de guerre a fait l'objet de plusieurs travaux de recherche, on sait encore peu de choses sur le quotidien des militaires français qui, blessés ou malades, ont été hospitalisés à l'arrière du front[62]. En prenant les asiles d'aliénés pour terrain d'étude, l'objectif est de contribuer à combler cette lacune. Que deviennent les soldats après leur internement ? Comment occupent-ils leur temps ? Quelle place la guerre tient-elle dans leur existence ?

Ces questions concernent aussi bien la période 1914-1918 que les années d'après-guerre. En effet, tous les soldats ne quittent pas l'asile à la fin du conflit. Ces hommes, pour qui le retour de guerre est impossible, symbolisent la « victoire endeuillée » décrite par Bruno Cabanes[63]. Pour eux, comme pour les anciens combattants internés dans les années d'après-guerre, la démobilisation psychique n'a pas lieu. S'intéresser aux soldats internés permet d'étudier les répercussions du conflit sur les individus une fois la paix revenue et d'interroger la notion de sortie de guerre qui, depuis une dizaine d'années, est devenue pour les historiens un objet d'étude à part entière. Le passage de la guerre à la paix a notamment été exploré dans sa dimension psychologique et intime par plusieurs chercheurs. Bruno Cabanes s'est ainsi intéressé à la manière dont les soldats ont vécu la démobilisation, Dominique Fouchard a analysé leur retour dans leurs familles, Manon Pignot a envisagé celui-ci du point de vue des enfants, Peggy Bette a consacré ses recherches aux veuves, tandis que Sophie Delaporte a travaillé sur les souffrances des mutilés[64]. Le cas des anciens combattants internés offre l'opportunité de donner la parole à des individus qui n'ont pas pu sortir de la guerre, leur

[61] Emmanuelle CRONIER, *L'échappée belle : permissions et permissionnaires du front à Paris pendant la Première Guerre mondiale*, thèse de doctorat, Université Paris I, 2005.
[62] Il faut toutefois mentionner dans le cas des gueules cassées l'ouvrage de Sophie Delaporte : Sophie DELAPORTE, *Gueules cassées de la Grande Guerre*, Paris, Agnès Viénot Éditions, 2004. De nombreux témoignages publiés dans l'entre-deux-guerres évoquent par ailleurs le séjour dans des hôpitaux militaires. Sur ce sujet, on peut également se reporter aux lettres envoyées par des soldats hospitalisés rassemblées par Christophe Dargère : Christophe DARGÈRE, *Je vous écris de mon hôpital : destins croisés de six soldats ligériens blessés pendant la Grande Guerre*, Paris, L'Harmattan, 2011.
[63] Bruno CABANES, *La victoire endeuillée, op. cit.*
[64] Dominique FOUCHARD, *Le poids de la guerre. Les poilus et leur famille après 1918*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2013 ; Manon PIGNOT, *Allons enfants de la patrie, op. cit.* ; Peggy BETTE, *Veuves françaises de la Première Guerre mondiale : statuts, itinéraires et combats, op. cit.* ; Sophie DELAPORTE, « Le corps et la parole des mutilés de la Grande Guerre », *Guerres mondiales et conflits contemporains*, n° 205, 2002/1, p. 5-14.

témoignage constituant une source rare et précieuse pour le chercheur lorsqu'il souhaite saisir, par une histoire « au ras du sol »[65], ce que signifie le retour à la vie civile.

Ces hommes constituent par ailleurs une catégorie très particulière au sein du mouvement combattant dont l'essor et l'influence ont été décrits par Antoine Prost[66]. À la suite de son travail, les associations d'anciens combattants et la pression décisive qu'elles ont exercée sur le pouvoir législatif ont fait l'objet de plusieurs analyses. Les travaux d'Olivier Faron, de Sophie Delaporte et de Peggy Bette montrent comment des associations se sont constituées autour des pupilles de la nation, des gueules cassées et des veuves de guerre[67]. La thèse de Pascal Mounien décrit le fonctionnement de ces différents groupements au niveau local à partir de l'exemple de la Gironde[68]. Dans le cadre de cette thèse, l'objectif est de déterminer quelle a été la place des anciens combattants internés dans le paysage associatif de l'après-guerre. Enfin, retracer le parcours des derniers poilus traités dans les hôpitaux psychiatriques offre l'opportunité d'explorer un pan particulier de la mémoire de la Grande Guerre en s'intéressant au souvenir laissé par ces hommes dans les familles et dans les établissements où ils ont séjournés[69].

Une histoire de l'assistance psychiatrique civile et militaire en France au XXe siècle

À travers le cas des soldats atteints de troubles mentaux, ma recherche souhaite également contribuer à écrire l'histoire de l'assistance psychiatrique civile et militaire au XXe siècle. Dans cette perspective, la Grande Guerre est envisagée comme une étape dont il s'agit de déterminer le rôle et la portée. Cette problématique implique là encore d'élargir la séquence chronologique le plus souvent réduite à la période 1914-1918. En effet, plusieurs travaux ont décrit la prise en charge des soldats atteints de troubles mentaux et montré qu'elle

---

[65] Jacques REVEL, « L'histoire au ras du sol », préface de l'édition française de Giovanni LEVI, *Le pouvoir au village. Histoire d'un exorciste dans le Piémont du XVIIIe siècle*, Paris, Gallimard, 1989, p. I-XXXII.

[66] Antoine PROST, *Les anciens combattants et la société française, 1914*-1939, 3 tomes : *Histoire, sociologie, mentalités*, Paris, Presses universitaires de France, 1977.

[67] Sophie DELAPORTE, *Gueules cassées de la Grande Guerre*, *op. cit.* ; Peggy BETTE, *Veuves françaises de la Première Guerre mondiale*, *op. cit.*

[68] Pascal MOUNIEN, *Les anciens combattants girondins et la société sous la Troisième république*, thèse de droit, Université Montesquieu-Bordeaux IV, 2002.

[69] Peu de travaux sont consacrés à la mémoire de la Grande Guerre après 1945. Voir Rémi DALISSON, *Les guerres et la mémoire. Enjeux identitaires et célébrations de guerre en France de 1870 à nos jours*, Paris, CNRS, 2013 ; Raphaël GEORGES, « Quelle mémoire pour les soldats alsaciens-lorrains de la Grande Guerre ? », *Le Mouvement social*, n° 251, 2015, p. 59-74 ; Nicolas OFFENSTADT, *Les fusillés de la Grande Guerre et la mémoire collective (1914-1999)*, Paris, Odile Jacob, 1999.

avait été largement improvisée après le début du conflit, sans toutefois expliquer pourquoi aucun dispositif n'existait auparavant, si ce n'est en soulignant le manque d'intérêt pour la psychiatrie dans l'armée. Or, pour comprendre cette situation, il est nécessaire de revenir aux origines de la psychiatrie militaire et de prêter attention aux individus qui ont permis son développement. On peut alors déconstruire le schéma naturalisant selon lequel la multiplication du nombre de soldats atteints de troubles mentaux suffit à susciter leur prise en charge. Par ailleurs, s'intéresser à la psychiatrie militaire ne doit pas faire oublier que celle-ci n'est qu'une spécialité parmi d'autres. C'est pourquoi, à l'appui des recherches récentes sur le Service de santé et sur la médecine militaire avant et pendant le conflit[70], il s'agit de repérer ce qui distingue la psychiatrie mais aussi de dire pourquoi sa spécificité ne doit pas être surévaluée.

En réinscrivant la séquence 1914-1918 dans le temps long, l'objectif est donc de mettre en lumière des continuités qui échappent à l'analyse lorsque celle-ci se focalise sur les années de la guerre. En prêtant uniquement attention aux centres de neurologie et de psychiatrie installés à l'avant et à l'arrière du front durant le conflit, on sous-estime le rôle dévolu aux asiles d'aliénés et on oublie que ces établissements ont longtemps constitué le seul lieu de prise en charge des soldats atteints de troubles mentaux. Parce que cette situation change après 1914, ma thèse vise à montrer comment, à l'aune du conflit, est repensé le rôle d'une institution qui fait, depuis plusieurs dizaines d'années, l'objet de critiques de plus en plus vives. Au-delà des discours, l'examen des modalités d'entrée, de sortie, de traitement à l'asile d'aliénés permettent de mesurer concrètement l'impact de la guerre sur son fonctionnement.

Pour éviter des généralisations abusives et tenir compte d'éventuelles particularités locales, ces indicateurs doivent être comparés dans plusieurs établissements. Tous les asiles d'aliénés n'ont en effet pas le même statut juridique, les mêmes moyens financiers ou les mêmes autorités de tutelle. Leur situation géographique ainsi que leur taille influe sur le rôle

[70] Voir Jean-François CHANET, *Vers l'armée nouvelle. République conservatrice et réforme militaire, 1871-1879*, *op. cit.* ; Sylvain BERTSCHY, « La prise en charge des blessés et malades de l'armée : genèse d'un problème public et mise en scandale du Service de santé militaire », *in* Frédéric ROUSSEAU (dir.), *La Grande Guerre des sciences sociales*, Outremont, Athéna Éditions, 2014, p. 109-158; Anne RASMUSSEN, « Dans l'urgence et le secret. Conflits et consensus autour de la grippe espagnole, 1918-1919 », art. cit. ; « À corps défendant : vacciner les troupes contre la typhoïde pendant la Grande Guerre », art. cit. ; « L'électrothérapie en guerre : pratiques et débats en France (1914-1920) », art. cit. ; Odile ROYNETTE, *« Bons pour le service ». L'expérience de la caserne en France à la fin du XIXe siècle*, Paris, Belin, 2000 ; Vincent VIET, *La santé en guerre, 1914-1918*, Paris, Presses de Sciences Po, 2015.

qui leur est dévolu comme sur le type de population civile et militaire qu'ils accueillent. Il faut donc se demander si cette diversité induit des écarts. De même, l'action des différents acteurs qui interviennent dans le fonctionnement des asiles, souvent dissimulée par une approche désincarnée et globalisante de l'institution, doit être prise en compte. L'exemple des soldats internés montre comment les psychiatres, les malades et leurs familles ainsi que le personnel administratif des asiles, le préfet, les maires, les conseillers généraux et, pendant la guerre, les cadres du Service de santé militaire, contribuent, par leurs choix individuels et collectifs, à définir et à faire évoluer l'assistance psychiatrique. Le cas de ces patients permet en outre d'observer, dans l'entre-deux-guerres, l'intervention nouvelle d'individus issus du mouvement combattant, ces derniers réclamant un droit de regard sur le fonctionnement des asiles d'aliénés bien avant la création des premières associations d'usagers de la psychiatrie, apparues en France dans les années 1960.

En prêtant attention à l'ensemble de ces acteurs, j'ai cherché à mettre en évidence les enjeux sociaux, culturels, politiques, économiques et juridiques de la prise en charge des poilus atteints de troubles mentaux. Ce travail apporte un éclairage indispensable pour comprendre les ressorts des décisions prises à leur égard, souvent décrites sans qu'on en saisisse les motivations. On sait notamment que l'État décide, au lendemain de l'armistice, de financer les pensions, la rééducation professionnelle, le placement et les soins médicaux des anciens combattants. Partant, je me suis attachée à analyser le statut réservé aux internés et la manière dont celui-ci s'articule avec les lois qui régissent l'assistance psychiatrique. Ces questions, qui impliquent de s'intéresser de près au coût de l'internement et à la répartition des frais entre l'État, les départements et les communes, peuvent sembler quelque peu arides. Elles sont pourtant incontournables pour dépasser le stade du constat et expliquer pourquoi le sort des internés diffère de celui des autres anciens combattants blessés ou malades.

Enfin, mon but est d'écrire l'histoire de l'assistance psychiatrique au XXe siècle du point de vue d'une catégorie particulière de malades internés. Cette thèse s'inscrit donc dans la lignée des travaux récents dans lesquels, à l'aide des outils de la micro-histoire, le chercheur se place à la hauteur des patients pour envisager l'internement en tant qu'expérience vécue. Le cas des anciens combattants convient tout particulièrement à cette approche car nombre d'entre eux sont des malades chroniques qui effectuent des séjours au long cours. En 1937, les asiles français, qui changent alors de dénomination pour devenir des

hôpitaux psychiatriques, comptent encore 3 720 poilus parmi leurs malades[71]. Une partie de ces hommes est toujours internée durant la Seconde Guerre mondiale, alors que la famine frappe très durement les hôpitaux psychiatriques[72], puis lors de la « révolution psychiatrique » marquée par l'arrivée des neuroleptiques et l'avènement de la psychiatrie de secteur[73]. Les conséquences de ces évolutions thérapeutiques et institutionnelles peuvent donc être étudiées, non par le haut en s'appuyant sur les discours des médecins, mais à partir des trajectoires individuelles des malades[74].

En m'intéressant à des hommes qui ont cessé de « tenir », j'ai également voulu observer comment on perçoit, on nomme et on donne sens à leur état. Ma recherche examine donc les représentations parfois concurrentes dont les soldats internés font l'objet. Si le point de vue des psychiatres a été étudié à plusieurs reprises, l'analyse s'est essentiellement fondée sur les ouvrages et les articles qu'ils ont publiés pendant la guerre. Le but est ici de confronter les discours aux pratiques en s'intéressant à la manière dont, sur le terrain, les médecins réagissent face aux soldats internés. Les représentations de la maladie mentale véhiculées par les psychiatres mais aussi par les neurologues[75], la frontière entre ces deux spécialités étant très floue, doivent d'autre part être considérées comme le reflet d'un état des savoirs et de la situation d'une profession en quête de légitimité. De ce point de vue, on peut se demander si la guerre a constitué une opportunité pour promouvoir une autre image de la folie et mettre en œuvre des projets réformateurs qui se heurtaient jusqu'alors à la figure du fou irrécupérable, inutile et dangereux pour la société. Dissocier maladie mentale et incurabilité est en effet, pour les psychiatres, un moyen d'être reconnus comme des médecins à part entière et

---

[71] *Annales de la Chambre des députés. Débats parlementaires*, séance du 7 décembre 1937, p. 2775.

[72] Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, *L'Hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, Paris, Aubier, 2007 (rééd. Flammarion, 2009).

[73] Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, Olivier FAURE (dir.), *Questions à la « révolution psychiatrique »*, Lyon, Éditions La Ferme du Vinatier, 2001.

[74] Cette approche a été retenue dans plusieurs publications récentes : Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, « À propos d'Henriette D. : les femmes et l'enfermement psychiatrique dans la France du XXe siècle », art. cit. ; Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, Benoît EYRAUD, « Changements institutionnels et parcours individuels : itinéraires croisés de deux patients psychotiques au long cours (années 1950 à nos jours) », *in* Axelle BRODIEZ-DOLINO, Isabelle von BUELTZINGSLOWEN, Benoît EYRAUD, Christian LAVAL, Bertrand RAVON (dir.), *Vulnérabilités sanitaires et sociales*, *op. cit.*

[75] Dans un souci de simplicité, j'utiliserai le terme « neurologue » bien que celui de « neurologiste » se rencontre fréquemment dans les sources de la première moitié du XXe siècle. De même, le terme de « psychiatre » sera préféré à celui d'« aliéniste » qui, quant à lui, devient de plus en plus rare à mesure que l'on avance dans le siècle.

d'étendre le champ de leur action. Cette hypothèse invite donc à interroger la place du conflit dans le processus de médicalisation de la folie[76].

Pour évaluer l'évolution des représentations de la folie liée à la guerre, il ne suffit toutefois pas de s'intéresser aux discours et aux pratiques des psychiatres. Le point de vue des proches des malades permet d'observer la manière dont ces hommes sont perçus dans la société. Comme l'ont constaté certains médecins pendant la guerre, la mutilation évoque dans l'opinion publique la participation effective aux combats, le courage, la force et le sacrifice, alors que la maladie suggère au contraire une idée de faiblesse physique. Dans le cas des soldats atteints de troubles mentaux, le soupçon de simulation peut s'ajouter à cet *a priori* négatif. Pour aborder cette question sans m'en tenir aux publications médicales déjà maintes fois citées, j'ai choisi de m'intéresser aux réactions des chefs et des juges militaires, en considérant la façon dont ils identifient et prennent en charge les individus atteints de troubles mentaux. Enfin, l'examen de certaines mesures dont la portée est fortement symbolique comme l'attribution de décorations, de la mention « Mort pour la France » ou d'une pension militaire, m'a permis d'observer l'évolution des dispositions juridiques concernant la réforme, la prise en charge et l'indemnisation des soldats internés et de déterminer si ces transformations peuvent être mises en relation avec une modification des représentations sociales de la folie.

III - Sources et méthodes

Cette thèse porte sur les soldats internés dans les asiles d'aliénés. Les archives produites par ces établissements ont été des sources capitales. Or, bien que leur exploitation par les historiens tende à devenir moins rare, ces fonds sont encore largement méconnus. Il n'est donc pas inutile de présenter dans le détail leur organisation et leur contenu, d'indiquer où ils sont conservés et comment le chercheur peut y accéder, tout en exposant la méthode que j'ai suivie pour exploiter ces documents. Les archives des asiles d'aliénés ne sont cependant pas les seules à avoir été mobilisées. Loin de renvoyer l'image d'un monde clos, elles mettent en lumière les interventions de nombreux acteurs extérieurs dont les décisions ont une influence sur le quotidien des soldats internés. Mon travail a donc consisté à identifier les sources qui me permettraient d'une part de cerner ces acteurs et d'autre part de retracer la

[76] Voir Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, « Réalité et perspective de la médicalisation de la folie dans la France de l'entre-deux-guerres », *Genèses*, n° 82, 2011/1, p. 52-74.

genèse de leur action à l'égard des « aliénés de guerre ». Celles-ci sont présentées ici selon ses deux axes de recherche. Cette organisation, qui vise à garantir la clarté du propos, ne signifie pas qu'elles ont été analysées dans un seul objectif. Bien au contraire, l'utilisation des archives a été transversale, mes recherches ayant suivi un parcours fait de va-et-vient, de recoupements et confrontations répétées entre les documents qui s'éclairaient les uns les autres au fil du temps.

Les archives asilaires : conditions d'accès, nature et apports

En 1914, la France compte 115 établissements destinés au traitement des aliénés qui, chacun, produisent leurs propres archives[77]. S'il est impossible de consulter l'intégralité de cette masse documentaire, des données concernant le personnel et le mouvement des malades (entrées, sorties, transferts, décès) sont réunies, pour l'ensemble des asiles du pays, dans la *Statistique annuelle des institutions d'assistance*. Les volumes annuels de cette publication ont été dépouillés mais leur exploitation soulève plusieurs problèmes. Les variables utilisées ne sont pas toujours définies, certaines données disparaissent ou apparaissent au cours de la période et la répartition des malades selon le type de pathologie doit être analysée avec beaucoup de prudence puisque la classification employée est loin de faire consensus chez les psychiatres[78]. Par ailleurs, entre 1914 et 1918, la désorganisation des asiles d'aliénés entraîne la suspension de cette publication. Pour la période de la guerre, il faut donc se contenter d'un seul recueil, publié en 1920, ne présentant qu'une partie des données habituellement produites et ce pour 70 établissements seulement. En outre, les chiffres fournis par ces asiles ne distinguent pas les soldats des civils. Par conséquent, qui s'intéresse à la population militaire ne peut appuyer son analyse sur ces données et doit se rendre à l'évidence : en dépit de quelques tentatives qui seront présentées dans la thèse, aucun bilan n'a été dressé à l'échelle de la France concernant les soldats internés.

L'approche monographique s'impose donc. Pour envisager différents cas de figure, j'ai choisi de faire une exploitation quantitative des archives produites par quatre établissements : l'asile de Bron (Rhône), l'asile Saint-Robert (Isère), l'asile Saint-Pierre

[77] Voir *Statistique annuelle des institutions d'assistance, années 1914 à 1919*, Paris, Imprimerie nationale, 1921, p. 50.
[78] Voir François CHAPIREAU, « L'évolution du recours à l'hospitalisation psychiatrique au XXe siècle », *in* François CHAPIREAU, Magaly COLDEFY (dir.), *La prise en charge de la santé mentale en France*, Paris, La Documentation française, 2006, p. 127-143.

(Bouches-du-Rhône) et la Maison nationale de Charenton (Seine)[79]. Ces asiles, dont on trouve les photographies sur des cartes postales d'époque présentées en annexe 2, ont été choisis en fonction de plusieurs critères. Il s'agissait tout d'abord de sélectionner des établissements aux profils variés afin d'observer l'influence de plusieurs paramètres. Les asiles que j'ai retenus sont ainsi situés en région parisienne comme en province, en milieu urbain (Bron, Charenton, Saint-Pierre) ou rural (Saint-Robert) et plus ou moins proches du front[80]. Chacun d'entre eux se trouve dans une région militaire différente, à l'exception de ceux de Bron et Saint-Robert qui relèvent tous deux de la 14e région (voir la carte des régions militaires en annexe 3). Cette configuration permet d'envisager des variations éventuelles dans le fonctionnement des asiles entre différentes divisions administratives et au sein de l'une d'elles. Les quatre établissements choisis présentent en outre l'avantage de ne pas avoir la même taille. En 1913, l'asile de Bron est un des plus grands de France. Il accueille plus de 2 068 malades, contre 1 227 pour l'asile Saint-Pierre, 1 132 pour l'asile Saint-Robert et 568 pour la Maison nationale de Charenton. Pendant la guerre, ces établissements ont reçu entre 312 et 1 981 militaires, soit des groupes de dimension variable qui représentent, au total, plus de 4 000 individus. Enfin, trois de ces quatre asiles accueillent certaines catégories de soldats qui ne se retrouvent pas dans tous les établissements. Ainsi, les prisonniers rapatriés d'Allemagne sont réunis à l'asile de Bron avant d'être transférés dans d'autres établissements, tandis que les soldats des colonies sont regroupés dans les asiles du sud de la France, notamment à l'asile Saint-Pierre. Le choix de la Maison nationale de Charenton a, quant à lui, permis de tenir compte du cas particulier des officiers, très rarement internés dans les asiles publics d'aliénés. En effet, pour leur éviter d'être traités avec les hommes du rang, les officiers atteints de troubles mentaux sont généralement soignés chez eux ou dans des maisons de santé privées qui, pour la plupart, n'ont pas laissé d'archives. En raison de sa réputation et de son histoire, qui seront présentées par la suite, la Maison nationale de

[79] Ce dernier établissement a plusieurs fois changé de nom. Initialement baptisé « Hôpital de Notre-Dame de la Paix de la Charité de Charenton », il fut ensuite désigné, en fonction des régimes politiques, comme la maison impériale ou royale de Charenton. À partir de 1871, on parle de la « Maison nationale de Charenton » puis de la « Maison nationale de santé de Saint-Maurice ». Voir Adeline FRIDE, *Charenton ou la chronique de la vie d'un asile de la naissance de la psychiatrie à la sectorisation*, thèse de psychologie, EHESS, Université Paris V, 1983. Dans un souci de simplicité, j'ai utilisé l'appellation « Maison nationale de Charenton » tout au long de la thèse. Je reviendrai sur son statut particulier dans le chapitre 1.

[80] J'ai fait le choix de ne pas sélectionner d'asile du Nord de la France parmi ces quatre établissements, La plupart d'entre eux ayant été évacués pendant la Première Guerre mondiale, leur cas de figure est en effet très spécifique. D'autre part, les destructions subies en 1914-1918 puis en 1939-1945, ont souvent pour conséquence des lacunes importantes dans les fonds.

Charenton a toutefois reçu des gradés. Son exemple offre l'opportunité de parcourir toute la hiérarchie militaire, du simple homme de troupe au lieutenant-colonel (voir la répartition par grades des militaires internés dans les asiles étudiés en annexe 7).

Parallèlement à l'exploitation systématique des archives conservées dans ces quatre établissements, j'ai conduit des recherches ciblées, d'ordre qualitatif, dans les fonds d'autres asiles. J'ai dépouillé les archives de l'asile de Stephansfeld (Bas-Rhin) pour étudier le cas particulier d'un établissement situé en territoire allemand pendant la guerre puis redevenu français. J'ai sélectionné d'autres asiles en raison de l'activité associative qui s'y est développée, notamment celui de Cadillac (Gironde) et de Naugeat (Haute-Vienne). L'asile de Bassens (Savoie) a retenu mon attention parce qu'il a été dirigé par un militant de l'Union Fédérale, une des plus grandes associations d'anciens combattants de l'après-guerre. Dans le but de prendre en compte des établissements aux statuts juridiques différents, j'ai également exploité le fonds de l'asile de Saint-Jean-de-Dieu de Lyon (Rhône), asile privé faisant fonction d'asile public, et celui de la maison de santé privée de Castel d'Andorte (Gironde), qui présentaient l'avantage d'être situés dans les mêmes départements que des asiles publics sur lesquels je travaillais également, me permettant d'observer les relations établies entre ces différents types d'asiles et de suivre les malades transférés des uns vers les autres. L'échec de certaines investigations m'a parfois conduit à découvrir d'autres fonds que j'ai décidé d'exploiter. Ainsi, m'étant rendue aux archives départementales de l'Allier pour consulter les archives de la colonie familiale d'Ainay-le-Château[81], j'ai finalement dépouillé celles de l'asile Sainte-Catherine qui se sont révélées plus riches. Comme on le verra, le choix des asiles sur lesquels ont porté mes recherches a eu pour conséquence de concentrer l'analyse sur le cas de l'armée de terre. Prendre en compte le cas des marins, aurait en effet nécessité d'élargir le corpus, en dépouillant les archives d'autres établissements, situés à proximité des grands ports, mais aussi celles du Service de santé de la marine. Mon terrain d'étude se limite en outre au front de l'Ouest, où a combattu la majorité des soldats français.

[81] La colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier) a été créée en 1900 par le département de la Seine qui souhaitait y placer des malades calmes et inoffensifs dans le but de désencombrer ses asiles. Les patients, libres de leurs mouvements, étaient confiés à des familles nourricières. Voir Thomas MÜLLER, « Les débuts du placement familial des aliénés en France et la visite du docteur Paetz. Parcours croisés dans la psychiatrie du XIXe siècle », *PSN*, n° 2, mars-avril 2005, p. 98-108. Les archives de la colonie conservées aux archives départementales de l'Allier sont malheureusement peu nombreuses et, pour la plupart, de nature purement administrative (certificats de placement, de sortie ou de décès).

Outre les critères déjà évoqués, le choix des établissements sur lesquels j'ai travaillé a été dicté par la possibilité matérielle de consulter leurs archives. Bien qu'elles suscitent l'intérêt croissant des historiens comme des particuliers et que la loi encadre leur consultation, les conditions de conservation et d'accès à ces documents sont en effet très variables. Certains hôpitaux psychiatriques possèdent toujours leurs archives. Depuis 1968, un agent spécialisé doit, en principe, en assurer « la garde, le classement et la communication »[82]. La mise en œuvre de ce dispositif a cependant donné des résultats très inégaux selon les établissements. Accaparé par la gestion des archives courantes ou semi-actives, le personnel manque malheureusement de temps et de moyens pour gérer les archives dites « historiques » et accueillir les chercheurs, même si des efforts remarquables sont accomplis dans certains hôpitaux. Bien souvent, les archives historiques n'ont pas fait l'objet d'un inventaire et sont remisées en l'état dans des conditions plus ou moins favorables à leur bonne conservation et à leur exploitation[83]. Certains documents, encore éparpillés dans les services, sont parfois redécouverts à l'occasion de travaux ou de déménagements, comme cela a été le cas au Centre hospitalier Le Vinatier, ancien asile de Bron, au cours de ma thèse. De plus, les services d'archives, lorsqu'ils existent, ne disposent pas toujours de locaux suffisamment grands et adaptés pour conserver l'ensemble des documents qui leur sont confiés. Ceux-ci sont alors stockés dans une cave ou dans des services qui accueillent des patients et il faut du temps pour les faire venir dans un lieu aménagé pour la consultation. Faute de place, l'hôpital psychiatrique du Vinatier a quant à lui décider de confier à un prestataire le stockage à Aurillac des dossiers de malades dont le séjour s'est achevé après 1950 : pour pouvoir être consulté, chaque dossier doit être numérisé aux frais du chercheur qui en fait la demande[84].

Pour des raisons pratiques, les hôpitaux psychiatriques font de plus en plus souvent le choix de verser leur fond historique aux archives départementales. Le chercheur dispose alors d'un inventaire et peut consulter les documents dans des conditions facilitées[85]. Dans ce cas de figure, les versements ne concernent cependant pas toujours l'intégralité des archives. Il arrive en effet que seule une partie d'entre elles fasse l'objet d'un versement tandis que d'autres, en particulier les dossiers médicaux, restent entreposés sur le site de l'hôpital. Cette

[82] Voir l'article 14 d décret du 11 mars 1968 publié au *Journal officiel* le 14 mars 1968.
[83] Seul le Centre hospitalier Alpes-Isère possède un inventaire de ses archives historiques. Au cours de ma thèse, le Département d'information médicale du Centre hospitalier Le Vinatier a toutefois indexé l'intégralité des dossiers médicaux.
[84] Les dossiers sont stockés à Aurillac.
[85] Précisons que le fonds de l'asile de Cadillac versé aux archives départementales de la Gironde, notamment les dossiers nominatifs, était en cours d'inventaire lorsque j'ai mené mes recherches.

situation se rencontre notamment au Centre hospitalier Alpes-Isère (ancien asile Saint-Robert) et au Centre hospitalier du Vinatier (ancien asile de Bron). Cette politique, liée au caractère particulièrement sensible de ces documents, permet à la direction de contrôler directement leur communication et rassure le corps médical qui préfère conserver la possibilité de les consulter aisément. Par conséquent, le chercheur doit souvent composer avec des fonds dispersés, consultant ici le dossier administratif d'un malade et là son dossier médical, lorsqu'une distinction a été établie entre les deux[86]. Il arrive également que les critères de sélection des documents confiés aux archives départementales soient très flous, les seuls bordereaux de versements ne permettant pas toujours de reconstituer l'histoire du fonds. Pour la Maison nationale de Charenton par exemple, les dossiers médicaux déposés aux archives départementales du Val-de-Marne ne représentent de toute évidence qu'un échantillon. Fort heureusement, celui-ci se compose presque exclusivement de militaires internés entre 1914 et 1918. Il n'a pas été possible de déterminer pourquoi ceux-ci ont été conservés ni ce que sont devenus les autres[87]. S'agit-il de dossiers que le psychiatre de l'époque avait choisi de conserver à des fins scientifiques ? Ont-ils été classés à part pour des raisons administratives pendant ou après la guerre ? L'historien, conscient que cette situation peut induire un biais dans ses recherches, est réduit à faire des hypothèses[88]. De même, il est souvent confronté aux conséquences des tris et des éliminations effectués par les hôpitaux ou lors du versement aux archives départementales. En raison de leur volume, les dossiers nominatifs ne sont en effet pas toujours conservés dans leur intégralité et, selon les établissements, différents types d'échantillonnage ont été adoptés. Au Centre hospitalier Saint-Égrève, ancien asile Saint-Robert, les dossiers des malades sortis, transférés ou décédés dans l'entre-deux-guerres ont été détruits, à l'exception de ceux dont le nom de famille commence par un B ou un T[89]. À

[86] C'est le cas pour l'asile de Bron dont les dossiers administratifs sont conservés aux archives départementales du Rhône tandis que les dossiers médicaux se trouvent à l'hôpital ou chez un prestataire à Aurillac. Voir l'inventaire des archives conservées aux Archives départementales (AD) du Rhône : Florence BEAUME, Isabelle FLATTOT, *Le centre hospitalier Le Vinatier 1869-1967 (sous-série H-Dépôt)*, Lyon, 2002.

[87] D'après les registres d'entrée, l'asile de Charenton a reçu 928 militaires pendant la Première Guerre mondiale. Or le fonds comporte seulement 223 dossiers de soldats internés entre 1914 et 1918. Mes démarches auprès du Centre hospitalier Esquirol et des archives départementales des Yvelines n'ont pas permis de savoir si d'autres dossiers sont encore conservés sur le site de l'hôpital.

[88] La comparaison entre les 223 dossiers conservés, intégralement dépouillés au cours de ma thèse, n'a pas permis de faire apparaître la logique qui a pu présider à leur conservation (profil des malades, type de pathologie, mode d'entrée ou de sortie, etc.).

[89] Cette technique d'échantillonnage alphabétique s'est répandue en France dans les années 1980. À l'origine, les dossiers des individus dont les patronymes commençaient par TRA ou BER étaient conservés, en référence à l'enquête des « 3 000 familles » lancée par le démographe Jacques

compter de 1910, le fonds de l'asile Saint-Pierre ne contient plus que les dossiers des patients sortis, transférés ou décédés dans les années finissant par 0[90].

Enfin, quel que soit le lieu de consultation, l'accès aux archives contenant des informations nominatives ou de nature médicale est soumis à dérogation, suivant les règles décrites plus haut. Dans le cadre de mes recherches, j'ai effectué plusieurs dizaines de demandes de dérogation. Toutes ont été favorablement accueillies à deux exceptions près : en 2012, l'hôpital psychiatrique de Ville-Évrard (Seine) a rejeté ma demande[91], tandis que la clinique de Champvert (Rhône), ancienne maison de santé, spécialisée dans l'accueil des officiers durant la Première Guerre mondiale, n'a jamais donné suite à ma requête. L'obtention des autorisations nécessaires, qui requiert entre un et plusieurs mois[92], représente pour le chercheur un exercice délicat puisqu'il doit dresser la liste des documents dont il aura besoin sans savoir lesquels seront utiles. Elle suppose par ailleurs le respect de règles éthiques et déontologiques, le chercheur devant notamment préserver l'anonymat des malades. C'est pourquoi seuls leur prénom et une lettre de leur nom sont mentionnés dans cette thèse[93].

Dès lors qu'il lui est possible d'y accéder, les archives asilaires offrent au chercheur de multiples possibilités. Leur grande variété permet en effet de diversifier les approches et les échelles d'analyse. Dans les quatre établissements placés au cœur de ma recherche, les registres d'admission, dits registres matricules d'inscription ou « Livres de la loi »[94], ont été dépouillés afin de réunir les mêmes informations sur chaque soldat interné entre le 2 août

---

Dûpaquier. Voir Jérôme BOURDIEU, Lionel KESZTENBAUM, Gilles POSTEL-VINAY, *L'enquête TRA. Histoire d'un outil, outil pour l'histoire*, Paris, Ined, 2014. Ce type d'échantillonnage pose de nombreux problèmes, notamment parce qu'il ne tient pas compte du volume initial des documents échantillonnés et parce que les lettres B et T ne sont pas représentatives de la diversité des populations.

[90] L'échantillonnage chronologique présente lui-aussi des défauts : le pas choisi n'est pas significatif et laisse des dizaines d'années sans documentation. Sur l'abandon de ces techniques et ses motifs, voir le *Cadre méthodologique pour l'évaluation, la sélection et l'échantillonnage des archives publiques* publié en juillet 1914 par la délégation interministérielle aux Archives de France, disponible en ligne à l'adresse : http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piecejointe/2014/09/cadre_methodo_vd.pdf

[91] La direction de l'hôpital m'a refusé l'autorisation de consulter les registres d'entrée de l'asile. Il m'a cependant été proposé d'accéder à plusieurs cartons contenant des dossiers médicaux. Ces derniers étant sélectionnés selon des critères inconnus, j'ai préféré travailler sur un autre établissement de la région parisienne, la Maison nationale de Charenton.

[92] La dérogation est accordée ou refusée par la direction des Archives de France, après consultation de la direction du Centre hospitalier producteur des archives.

[93] Je n'ai dérogé à cette règle que lorsque mes recherches s'appuyaient non sur des dossiers médicaux mais sur les dossiers nominatifs de prévenus en conseil de guerre dont le cas est connu ou dont les dossiers sont désormais consultables en ligne sur le site « Mémoire des hommes ».

[94] Les registres d'admission sont appelés « Livres de la loi » en référence à la loi du 30 juin 1838 dont l'article 12 prescrit leur tenue.

1914 et le 11 novembre 1918[95]. Dans le cas de l'asile Saint-Pierre, l'existence d'un registre dédié aux militaires a permis de gagner un temps précieux dans la saisie des informations[96]. Ces documents permettent de connaître l'état civil, l'âge, la situation familiale, professionnelle et militaire, la date d'entrée, de sortie, de transfert ou de décès ou encore la pathologie diagnostiquée pour chaque individu[97]. À partir de ces renseignements, l'objectif a été de dresser un portrait sociologique de la population militaire et d'étudier les caractéristiques de son séjour à l'asile en comparant les données obtenues pour les soldats à celles que fournit la *Statistique annuelle des institutions d'assistance* pour l'ensemble des malades internés avant et pendant la guerre (mode d'entrée et de sortie, durée de séjour)[98]. Les tableaux et les graphiques réalisés dans ce but sont présentés dans un volume d'annexes afin de pouvoir être consultés en parallèle de la thèse. Le lecteur peut ainsi s'y reporter aisément à chaque fois qu'ils sont mentionnés dans le texte. Ce choix permet en outre de rassembler les données réunies pour les différents asiles étudiés et donc de faciliter leur comparaison.

Il faut toutefois préciser que la quantité et la densité des informations fournies par les registres varient selon les établissements. En effet, ces derniers sont plus ou moins bien tenus d'un asile à l'autre en raison de la surcharge de travail liée au contexte de la guerre mais aussi en fonction des pratiques locales. Les ajustements réalisés pour obtenir ou analyser certaines informations sont donc exposés tout au long de la thèse dans le souci de présenter au lecteur, à chaque étape du raisonnement, la méthode mise en œuvre à partir des données disponibles. Comme on le verra, la combinaison de différents types d'archives a permis de sortir de certaines impasses, quitte, lorsqu'il était impossible de procéder autrement, à concentrer l'analyse sur deux ou trois asiles seulement.

Les dossiers médicaux des soldats ont notamment fourni des renseignements précieux. Ces derniers comportent deux types de documents. Leur versant administratif se compose généralement de l'avis d'internement, des arrêtés préfectoraux concernant le malade, des fiches comptables relatives au règlement des frais d'hospitalisation et, le cas échéant, au

[95] Je reviendrai sur le choix de ces bornes chronologiques dans le chapitre 3.
[96] D'autant que ce registre est, à la différence des « Livres de la loi », librement communicable.
[97] Les bulletins de situation et les certificats établis par les médecins sont par ailleurs recopiés dans les registres d'admission.
[98] Sur le traitement quantitatif des archives asilaires, Anne Digby a fourni des pistes de réflexion intéressantes. Voir Anne DIGBY, « Quantitative and Qualitative perspectives on the Asylum », *in* Roy PORTER, Andrew WEAR (dir.), *Problems and Methods in the History of Medicine*, Londres, Croom Helm, 1987, p. 153-174.

versement de la pension militaire et des certificats de sortie et de décès[99]. Leur versant médical permet quant à lui de connaître le diagnostic des médecins et son évolution au cours de l'internement, les traitements mis en œuvre ainsi que le contenu des bulletins de santé envoyés aux familles des malades lorsque celles-ci en font la demande. Ils peuvent aussi comporter des annotations renseignant le chercheur sur le quotidien des patients, leurs activités ou encore les visites qu'ils reçoivent. Enfin, ces dossiers renferment parfois des papiers et objets personnels, tels que le livret militaire d'un ancien combattant, ses médailles, des photographies, des dessins et des écrits que le psychiatre a choisi de garder, estimant qu'ils présentaient un intérêt du point de vue médical. Les lettres adressées aux malades sont également conservées dans le dossier, de même que celles qu'ils ont écrites mais qui, jugées trop délirantes ou agressives, n'ont jamais été envoyées[100].

La richesse du dossier médical montre que son intérêt n'est pas uniquement de compléter les renseignements consignés dans les registres d'entrées. Son exploitation dans un but quantitatif a d'ailleurs ses limites, tant sa forme et son contenu peuvent varier d'un asile à un autre mais aussi selon les malades d'un même établissement. De fait, la culture du dossier médical est relativement récente. Bien que la question n'ait jamais fait l'objet d'une étude approfondie, il semble que la première moitié du XXe siècle constitue dans ce domaine une période de transition[101]. Petit à petit, l'habitude de prendre des notes sur chaque malade, de rendre compte par écrit de l'évolution de son état et de recueillir sa parole, s'affirme et se diffuse. Le phénomène est cependant encore balbutiant au début du conflit et le contexte de la guerre ne facilite pas son développement, l'urgence de la situation, l'afflux de malades, la pénurie de personnel constituant au contraire autant de freins. Faire ce constat ne revient pas à déplorer l'imperfection des sources pour mieux justifier une démarche qui consisterait à écarter les dossiers les moins fournis. Adopter une approche qualitative de ces archives ne signifie pas céder à l'attrait du « bel exemple »[102] en sélectionnant uniquement les cas les plus richement documentés. À l'asile Saint-Robert et à la Maison nationale de Charenton,

---

[99] Ce versant administratif peut faire l'objet d'un dossier spécifique, comme c'est le cas à l'asile de Bron.

[100] Cette pratique est courante dans les asiles d'aliénés : les lettres des malades sont lues par les médecins et les infirmiers qui décident de les transmettre ou non à leurs destinataires.

[101] On trouve néanmoins d'intéressantes pistes de réflexions sur cette question dans la thèse de Clément Fromentin. Voir Clément FROMENTIN, *La fabrique de la clinique. Une histoire de la pratique psychiatrique, 1850-1939*, thèse de médecine, Université Paris 7, 2008.

[102] J'emprunte cette expression à Nicolas Mariot qui, dans la postface de son dernier ouvrage, propose sur cette question une réflexion méthodologique très stimulante. Voir Nicolas MARIOT, *Tous unis dans la tranchée ?, op. cit.*, p. 406.

l'intégralité des dossiers de soldats internés entre 1914 et 1918 puis sortis, transférés ou décédés entre ces deux dates ont été dépouillés[103]. À l'asile de Bron, en raison du nombre de militaires et parce que le classement des dossiers suit un ordre alphabétique et non chronologique, j'ai choisi de dépouiller un carton de dossiers sur deux[104].

Ce faisant, les lacunes du dossier médical et son caractère aléatoire ont été pris pour objet d'analyse : que savent les psychiatres sur leurs malades ? Qu'ignorent-ils ? Qu'estiment-ils important ? Quels usages font-ils du dossier ? Ceux-ci varient-ils en fonction des patients ? Les dossiers médicaux permettent ainsi à l'historien d'entrer dans l'intimité de la pratique psychiatrique. Car, à l'exception de Raymond Mallet, chef du centre de psychiatrie de la 4e armée et auteur d'un roman intitulé *Le pavillon H*[105], les psychiatres ne se sont en effet guère confiés sur leur travail durant la guerre, si ce n'est à travers leurs nombreuses publications scientifiques[106]. Celles-ci ont bien sûr retenu mon attention : les principales revues de l'époque, en particulier les *Annales médico-psychologiques*, ont été dépouillées ainsi que les ouvrages et les thèses en rapport avec la psychiatrie militaire publiés pendant ou après le conflit[107]. Le dossier médical offre néanmoins l'opportunité de confronter les discours tenus dans un cadre officiel et suivant un style très formaté, aux pratiques de terrain et aux réflexions privées, consignées par le médecin pour son propre usage. Les dossiers médicaux sont aussi le reflet de l'expérience individuelle de l'internement. Tout en fournissant les moyens d'approfondir la connaissance du groupe des militaires internés, ils ont donc été utilisés pour reconstituer des parcours individuels. Cette approche biographique, qui a donné chair à mes recherches, consiste à observer au plus près, non plus un groupe, mais des individus plongés dans la guerre. Je postule ainsi, comme de nombreux chercheurs avant moi, que la confrontation de trajectoires singulières fait apparaître le général et le particulier[108]. À

---

[103] Tous les dossiers n'ont pas été conservés. J'ai pu en consulter 223 pour l'asile de Charenton et 198 pour l'asile Saint-Robert.

[104] À l'asile Saint-Pierre, aucun dossier de malade sorti, transféré ou décédé après 1910 et avant 1920 n'ayant été conservé, le travail sur ces archives n'a pas été possible.

[105] Raymond MALLET, *Le pavillon H*, Paris, Crès et Cie, 1921.

[106] Ce constat est d'ailleurs valable pour l'ensemble du monde médical. Voir Sophie DELAPORTE, *Les médecins dans la Grande Guerre, 1914-1918, op. cit.* Ajoutons que les archives privées de psychiatres sont très rares. Ainsi, les petits-enfants de Jean Lépine ne détiennent plus de documents ayant appartenus à leur grand-père.

[107] Sophie Delaporte a dressé dans sa thèse un panorama des thèses de psychiatrie publiées pendant la guerre. Pour en repérer d'autres, j'ai dépouillé le catalogue des thèses de médecine conservé à la Bibliothèque nationale de France.

[108] Voir Jean-Claude PASSERON, Jacques REVEL (dir.), *Penser par cas*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2005. Pour un exemple de mise en œuvre de ce principe, voir Clémentine VIDAL-NAQUET, *Couples dans la Grande Guerre, op. cit.*

travers les différents documents qui les composent, les dossiers médicaux livrent les témoignages directs ou indirects de ces soldats et de leurs familles qui n'ont pas raconté ailleurs la guerre, la folie ou l'asile et qui, pourtant, avaient beaucoup de choses à dire. L'étude de ces sources soulève certes plusieurs difficultés. Il importe de ne pas perdre de vue que les lettres des proches, écrites dans un contexte particulier, sont porteuses d'enjeux spécifiques (obtenir un congé, une réforme, une pension). Ce constat vaut également pour les écrits des malades et des médecins qui posent également d'autres problèmes. Comment aborder un récit délirant, quelle foi lui accorder ? À quelles conditions peut-on considérer que les notes du médecin reflètent la parole du malade ? Il n'existe pas de réponse unique à ces questions qui, en fonction de chaque situation, ont été examinées en appliquant aux témoignages des soldats internés les mêmes précautions méthodologiques que celles qui s'imposent face aux récits des combattants en général[109]. À ce titre, il importe de souligner que l'objectif n'a pas été de traquer le délire dans les écrits des malades mais, au contraire, de considérer les écrits délirants comme un observatoire privilégié de la réalité telle qu'elle est perçue par ces individus.

Enfin, l'analyse des dossiers médicaux a permis de mesurer la portée des décisions administratives et politiques concernant les soldats puis les anciens combattants internés. Ainsi, grâce au croisement des sources, les directives et les circulaires émanant du Service de santé militaire, des préfets et de différents ministères ne sont pas restées des dispositions abstraites. Pour retrouver l'ensemble de ces textes réglementaires, le dépouillement de plusieurs fonds s'est révélé une stratégie payante, chaque asile n'ayant pas conservé les mêmes documents[110]. Dans certains établissements, les échanges entre la direction des asiles et les autorités, rendant compte de la mise en œuvre sur le terrain des dispositions officielles, ont pu être retracés à l'aide des registres d'enregistrement du courrier entrant et sortant. Les délibérations des commissions de surveillance, chargées de rendre un avis sur toutes les questions touchant à l'administration intérieure et la gestion quotidienne des asiles publics,

---

[109] Voir Jean Norton CRU, *Témoins : essai d'analyse et de critique des souvenirs de combattants édités en français de 1915 à 1928*, Paris, Les Étincelles, 1929 ; Leonard V. SMITH, « Le récit du témoin. Formes et pratiques d'écritures dans les récits sur la Grande Guerre », *in* Christophe PROCHASSON, Anne RASMUSSEN (dir.), *Vrai et faux dans la Grande Guerre*, Paris, La Découverte, 2004, p. 277-301 ; Sonia BRANCA-ROSOFF, « Conventions d'écriture dans la correspondance de soldats », *Mots*, n° 24, 1990, p. 21-36.

[110] Il existe dans les fonds de certains asiles des cartons ou des liasses rassemblant les documents administratifs relatifs aux soldats et aux anciens combattants. Le plus souvent, ces archives sont éparpillées et seul un dépouillement systématique de l'ensemble des cartons permet de les retrouver.

ont, elles aussi, livré des renseignements précieux[111]. Enfin, les archives administratives des asiles ont permis de repérer les anciens combattants internés. En effet, alors que pendant la guerre les registres d'admissions indiquent clairement quels malades sont mobilisés, le statut d'ancien combattant pensionné pour aliénation mentale n'apparaît pas systématiquement dans l'entre-deux-guerres. C'est grâce aux listes nominatives conservées dans les archives de plusieurs asiles que les dossiers de ces hommes ont pu être retrouvés.

Les archives asilaires, point de départ de mes recherches, m'ont permis d'identifier les acteurs et les institutions impliqués dans la prise en charge des soldats internés, la définition de leur statut juridique et de leurs droits. Sachant d'où émanaient les décisions, j'ai poursuivi mes dépouillements en m'intéressant aux fonds qui me donneraient les moyens de retracer leur genèse.

Retracer la genèse des politiques de prise en charge des soldats internés et observer leur mise en application

Durant la guerre, le principal interlocuteur des asiles d'aliénés est la direction du Service de santé militaire qui, à compter de 1915, change de statut et devient un sous-secrétariat d'État. Le Service Historique de la Défense (SHD) détient des archives produites par la direction du Service de santé, rapatriées de Moscou dans les années 1990, dont le dépouillement s'est révélé très utile pour étudier le développement de la psychiatrie militaire avant 1914. Pour la période 1914-1918, la majeure partie des sources disponibles est conservée au centre de documentation du musée du Val-de-Grâce[112]. On trouve notamment, pour chaque région militaire, les rapports des chefs des centres de psychiatrie, ainsi que les circulaires, les notes, les instructions et la correspondance concernant les soldats atteints de troubles mentaux. Grâce à ces documents, j'ai pu déterminer comment les soldats étaient évacués, selon quels critères leur internement était décidé et quel rôle était officiellement dévolu aux asiles d'aliénés.

[111] Tous les établissements publics recevant des aliénés au titre de la loi du 30 juin 1838 sont dotés d'une commission de surveillance composée de cinq membres nommés par le préfet. Les commissions de surveillance tiennent séance tous les mois.

[112] Ces archives ont été rassemblées au Val-de-Grâce à l'initiative de Justin Godart, qui, dès 1916, a souhaité que les objets et les documents témoignant de l'action du Service de santé soient réunis et conservés. Voir Jean-Jacques FERRANDIS, « Le Musée du Service de Santé des armées au Val-de-Grâce », *Histoire des sciences médicales*, n° 2, 1999, p. 183-190.

Associées aux archives des asiles d'aliénés, les archives du Service de santé militaire m'ont en outre permis de repérer des cas particuliers. Constatant que certains soldats entraient à l'asile après avoir comparu devant un conseil de guerre, j'ai voulu savoir comment la justice militaire identifiait et traitait les hommes considérés irresponsables en raison de leur état mental. J'ai donc décidé de dépouiller les dossiers de non-lieu prononcés par deux conseils de guerre, celui de Lyon et celui de la 27e division d'infanterie. Les raisons de ce choix, ainsi que la méthode mise en œuvre, sont exposées dans le chapitre 3. Pour mieux comprendre comment étaient repérés les prisonniers internés à l'asile de Bron qui, parce qu'atteints de troubles mentaux, bénéficiaient d'un rapatriement, j'ai consulté les archives du Comité international de la Croix-Rouge (CICR) à Genève. Enfin, je me suis intéressée au cas des soldats décédés durant leur internement en étudiant les conditions d'attribution de la mention « Mort pour la France ». Mes recherches m'ont rapidement montré qu'il s'agissait d'une question complexe, rarement abordée par les historiens[113] et dont l'examen, nécessitant de confronter diverses sources, réclamait beaucoup de temps. C'est pourquoi j'ai choisi de concentrer mon analyse sur l'asile de Bron, en croisant les dossiers de malades, les registres de décès, le fichier des « Morts pour la France » consultable en ligne sur le site *Mémoire des hommes* et les archives de l'état civil conservées dans plusieurs communes.

Au-delà de l'attribution de la mention « Mort pour la France », mes recherches ont porté sur l'ensemble des droits accordés aux soldats, puis, après l'armistice, aux anciens combattants internés. Ceux-ci sont définis par la loi du 31 mars 1919 sur les pensions militaires d'invalidité. La consultation de divers guides juridiques publiés dans l'entre-deux-guerres afin d'informer les bénéficiaires de cette loi m'a renseignée sur le statut réservé aux internés, exposé dans son article 55. J'ai ensuite tenté de retracer la genèse de cet article. Pour cela, je me suis intéressée aux débats parlementaires qui ont précédé le vote de la loi et j'ai dépouillé les archives de la commission des Pensions de la Chambre des députés. Certaines thèses de médecine ainsi que des articles publiés dans les revues de psychiatrie m'ont également permis de mieux comprendre les enjeux de cette loi, en m'indiquant les difficultés soulevées par sa mise en application, difficultés dont les archives asilaires se faisaient aussi l'écho. La référence récurrente aux tribunaux départementaux et aux cours régionales des Pensions m'a notamment incitée à entreprendre des recherches sur ces deux juridictions. Leurs archives, qui n'ont malheureusement pas toujours été conservées, sont encore

[113] Les renseignements fournis par Annie Deperchin ont été essentiels et je la remercie de l'aide qu'elle a bien voulu m'apporter.

méconnues des historiens. Elles sont pourtant très instructives, ainsi que l'a montré le dépouillement des dossiers de procédure du tribunal départemental des Pensions de l'Isère pour la période 1921-1935. Ce fonds présentait l'intérêt de concerner des individus dont j'avais la possibilité de retrouver les dossiers médicaux dans les archives de l'asile Saint-Robert, situé dans le même département[114]. J'ai ainsi identifié une cinquantaine d'anciens combattants internés auxquels une pension militaire pour aliénation mentale a été refusée et qui, pour cette raison, n'étaient pas présents sur les listes dressées à l'asile[115]. L'apport de ce travail a donc été capital, me permettant d'envisager, dans la seconde partie de ma thèse, le cas des anciens combattants dont la maladie n'a pas été reconnue comme une conséquence de la guerre. Les pièces réunies dans les dossiers de procédure se sont en outre révélées d'une grande richesse. Elles rendent compte de l'argumentaire déployé par toutes les parties concernées, y compris le malade qui, dans plusieurs cas, justifie sa requête en exposant son histoire au tribunal. Rédigées après le conflit, ces lettres constituent des témoignages précieux sur les conditions du retour à la vie civile et les souffrances qui l'ont accompagné. Ces dossiers de procédure ont d'autre part attiré mon attention sur certains arrêts du Conseil d'État, m'incitant à consulter les recueils publiés par cette juridiction afin de déterminer par qui elle avait été saisie et comment elle avait tranché divers points litigieux. Enfin, pour suivre l'évolution du statut des anciens combattants internés, j'ai également effectué des recherches par mots-clés dans le *Journal Officiel. Lois et décrets*. Les tables des matières des documents et des débats parlementaires, disponibles au centre de documentation parlementaire de l'Assemblée nationale, m'ont servi à collecter toutes les propositions de loi concernant ces individus ou leur famille, ainsi que les rapports et les discussions qu'elles ont pu susciter. Ces documents ont constitué une clé de compréhension indispensable, me permettant de mesurer toutes les conséquences du statut réservé aux « aliénés de guerre ».

Associées aux archives asilaires, ces sources ont compensé deux lacunes majeures. La première est relative aux archives des ministères dont dépendent les asiles publics d'aliénés, c'est-à-dire le ministère de l'Intérieur puis, en 1920, le ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales et enfin, à compter de 1930, le ministère de la Santé publique. Leurs fonds, difficiles à localiser, n'ont en effet livré que peu d'informations en rapport avec mes recherches. Sur le point très précis du sort réservé à la Maison nationale de Charenton dans l'immédiat après-guerre, le recours aux archives privées de Jules-Louis

[114] À condition toutefois que leur nom de famille commence par un B ou un T puisque, comme nous l'avons vu, seuls ces dossiers ont été conservés pour l'entre-deux-guerres.
[115] Sauf si, à l'issue de la procédure au tribunal, une pension leur a finalement été accordée.

Breton, ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales en 1920-1921, a en partie permis de contourner le problème. Il a fallu, sinon, s'en tenir à la correspondance conservée dans les fonds des asiles et aux éléments apportés plus ponctuellement par les sources que je viens de mentionner. La seconde lacune à laquelle j'ai été confrontée concerne les archives du ministère des Pensions, créé en 1920. Alors qu'outre-manche, les historiens peuvent appuyer leurs analyses sur de nombreux documents produits par son équivalent britannique, il ne subsiste, en France, qu'une infime partie des archives de ce ministère, consultables au Bureau des victimes civiles des conflits contemporains (BAVCC), antenne du SHD située à Caen. Le fonds a en effet subi d'importantes destructions, certaines archives ayant été utilisées comme brouillons durant la Seconde Guerre mondiale en raison de la pénurie de papier, tandis que, dans les années 1950, de mauvaises conditions de stockage ont entraîné la disparition d'autres documents. Enfin, des éliminations massives ont été décidées. Parmi les documents « rescapés », on trouve essentiellement des textes de loi, des copies de circulaires ou de notes administratives qui ne permettent ni d'avoir un aperçu global du nombre de pensionnés pour maladie mentale, ni de connaître leur répartition dans les asiles du pays. Une pochette regroupe certes quelques documents relatifs aux aliénés. Elle est toutefois très incomplète puisque j'ai retrouvé dans les archives asilaires plusieurs textes réglementaires qui n'y figurent pas. Quant aux dossiers individuels des pensionnés, un temps conservé par les Archives nationales à Fontainebleau, ils doivent depuis plusieurs années être regroupés dans de nouveaux locaux à Caen et sont restés inaccessibles tout au long de ma thèse. Le travail accompli par Peggy Bette et Patricia Prestwich à partir de ces archives avant leur transfert a pourtant montré leur intérêt[116]. C'est donc à grand regret que j'ai dû renoncer à les exploiter.

Situer les poilus internés dans le mouvement combattant

En l'absence d'archives du ministère des Pensions, le fonds de l'Office national des mutilés et réformés[117], conservé aux archives nationales, a été très utile. Créé en mars 1916, cet établissement rattaché au ministère des Pensions à partir de 1920 et géré de façon paritaire par l'État et les associations d'anciens combattants, a pour fonction d'apporter une aide morale et financière aux mutilés et réformés et de promouvoir leur rééducation en apportant

[116] Voir Peggy BETTE, *Veuves françaises de la Première Guerre mondiale, op. cit.* ; Patricia E. PRESTWICH, « "Victims of War" ? Mentally-Traumatized Soldiers and the State, 1918-1939 », art. cit.
[117] L'Office national des mutilés et réformés est l'ancêtre de l'Office national des anciens combattants et victimes de guerre (ONACVG), créé en 1946.

des financements aux écoles qui les accueillent[118]. En dépouillant les délibérations du conseil d'administration, des assemblées générales et du conseil de perfectionnement, chargé des questions touchant aux intérêts moraux et matériels des invalides de guerre, j'ai pris connaissance des mesures prises en faveur des anciens combattants et de leurs familles. L'Office national s'appuyant sur des comités départementaux, j'ai également consulté leurs archives en divers endroits. Bien qu'elles aient souvent été versées aux archives départementales, il arrive qu'une partie des fonds, voire leur totalité, soit toujours en possession des services qui ont succédé aux offices. C'est notamment le cas dans l'Isère où j'ai eu la chance d'accéder librement aux documents stockés dans les locaux du service départemental. J'ai ainsi pu consulter des dossiers de demande de secours et des dossiers de pupilles qui ont fourni des renseignements nombreux et précis sur la situation des parents, des épouses et des enfants d'anciens combattants internés[119], sachant que, pour certains d'entre eux, je disposais par ailleurs de dossiers médicaux[120].

Pour étudier la vie militante et associative qui s'organise autour des anciens combattants internés, je me suis tournée vers la presse. Le *Journal des mutilés*, principal hebdomadaire combattant, publie régulièrement, entre 1916 et 1944, des articles au sujet des anciens combattants internés[121]. Pour compléter mes recherches, j'ai consulté d'autres titres, en particulier *Le Mutilé de l'Algérie*, dont les articles évoquent le sort des anciens combattants originaires de la colonie mais internés en France, loin des leurs, et *Le Blessé crânien*, qui présente l'avantage de couvrir la période de l'après Seconde Guerre mondiale, alors que le *Journal des mutilés* ne paraît plus. Grâce à ces journaux, j'ai identifié les hommes et les femmes qui cherchent à attirer l'attention sur le sort des « aliénés de guerre » et j'ai dressé la liste de leurs revendications. Pour approfondir ce travail, je me suis intéressée aux points de vue exprimés sur ce sujet au sein d'une des plus grandes associations d'anciens combattants, l'Union fédérale, en étudiant les comptes rendus de ses congrès annuels, conservés à la

---

[118] Voir Antoine PROST, *Les anciens combattants et la société française, 1914-1939*, t. 1 : *Histoire*, *op. cit.*, p. 80-82.

[119] Pour la plupart, ces dossiers ont malheureusement été détruits peu de temps après mes dépouillements.

[120] L'échantillonnage des dossiers médicaux de l'asile Saint-Robert n'a pas permis de retrouver tous les dossiers recherchés.

[121] D'abord mensuel, il devient hebdomadaire à partir d'août 1917. Le titre du journal est modifié à plusieurs reprises. Toutefois, celui-ci débute toujours par la formule « Journal des mutilés ». Dans un souci de simplicité, la plupart des historiens l'appellent donc ainsi. À propos de ce journal, voir Antoine PROST, *Les anciens combattants et la société française, 1914-1939*, t. 1, *op. cit.*, p. 216-217 ; Anne LEGOFF, « La Grande Guerre vue par les combattants. Les photographies du *Journal des mutilés* (1919-1938) », *Bibliothèque de l'École des Chartes*, t. 167, 2009, p. 41-68.

Bibliothèque internationale de documentation contemporaine (BDIC). Parallèlement, j'ai recherché toutes les sources susceptibles de fournir des informations sur deux associations spécialisées dans la défense ou la prise en charge des anciens combattants atteints de troubles mentaux. J'ai découvert les statuts de l'Association d'assistance aux blessés nerveux de guerre (ABNG), créée dès 1917 à Paris, ainsi qu'une brochure publicitaire présentant ses activités à la Bibliothèque interuniversitaire de médecine de Paris (BIUM). J'ai ensuite pris contact avec l'Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique installé en lieu et place de la maison de rééducation ouverte par l'ABNG. Peu d'archives sont cependant conservées sur ce site. Une visite sur place m'a tout de même permis d'identifier le médecin de l'association, qui n'est autre que le psychologue Henri Wallon. Or, parmi ses papiers personnels conservés aux Archives nationales, on trouve une série de fiches concernant des anciens combattants qu'il a soignés pour le compte de l'ABNG.

J'ai trouvé de nombreux renseignements sur l'Association d'aide aux mutilés du cerveau, fondée en 1930 à Bordeaux, dans le fonds de l'office départemental des anciens combattants de la Gironde conservé aux archives départementales, ainsi qu'aux archives municipales de Bordeaux et dans les archives de l'asile de Cadillac. En apprenant dans le *Journal des mutilés* qu'une amicale rattachée à cette association avait été fondée à Limoges, j'ai poursuivi mes recherches dans le fonds de l'office départemental de la Haute-Vienne. Enfin, j'ai découvert que cette amicale, et plus généralement, l'Association d'aide aux mutilés du cerveau, avaient entretenu des relations étroites avec la Légion française des combattants et le secrétariat général aux Anciens Combattants mis en place par le régime de Vichy[122]. Dans les archives de ce secrétariat, conservées aux archives nationales, j'ai d'ailleurs trouvé un dossier consacré aux « mutilés du cerveau ».

Reconstituer des parcours biographiques

Au fur et à mesure que je progressais dans mes recherches, les noms de certains soldats, de médecins ou encore de militants associatifs sont apparus de manière récurrente. Pour mieux situer leur histoire, mais aussi comprendre leurs interactions, j'ai souhaité reconstituer des parcours biographiques. Pour les soldats, j'ai tout d'abord utilisé les registres

[122] Je remercie vivement Anne-Sophie Anglaret, doctorante à l'université Paris V, qui a attiré mon attention sur les archives de la Légion française des combattants et du secrétariat général aux Anciens Combattants en me fournissant de nombreux documents.

matricules de recrutement. Si la richesse de cette source n'est plus à démontrer[123], la quantité et la fiabilité des informations qu'elle livre varient néanmoins beaucoup d'un individu à l'autre. Ainsi, il m'est souvent arrivé de ne trouver aucune mention de l'internement d'un soldat alors que son nom figurait dans les registres d'entrée de tel ou tel asile[124]. À plusieurs reprises, les feuillets matriculaires m'ont néanmoins servi à corroborer les récits de certains malades affirmant avoir été jugés par un conseil de guerre, avoir été prisonniers ou bien avoir été blessés lors d'une bataille. C'est cette source qui m'a permis de connaître le nom des hôpitaux dans lesquels Paul S. a séjourné, informations capitales pour retrouver ses dossiers médicaux. C'est également grâce à elle que j'ai su quel diagnostic a été posé par la commission de réforme au sujet de Jean-Marie N., soldat pour lequel je n'ai retrouvé aucun dossier médical mais dont je savais qu'il avait souffert de troubles mentaux. Mes recherches m'ont finalement appris qu'il n'avait jamais été placé dans un asile d'aliénés mais avait été traité dans l'une des formations du centre de psychiatrie de la 14e région militaire. Pour comprendre pourquoi il n'avait pas été interné, je me suis tournée vers le service des archives médicales et hospitalières des armées (SAMHA), à Limoges. J'espérais y trouver des informations sur la prise en charge de plusieurs soldats avant leur transfert à l'asile. Si les recherches nominatives ont rarement abouti, j'ai pu, en procédant en sens inverse, repérer de nouveaux cas car les registres et les dossiers médicaux produits dans différentes formations de la 14e région militaire indiquent le nom d'individus que j'ai ensuite retrouvé dans les asiles d'aliénés.

Pour retracer en détail le parcours de quelques soldats, j'ai par ailleurs entrepris la collecte de sources orales. Contrairement à ce que je supposais, il a été difficile de retrouver des médecins ou des infirmiers susceptibles de me renseigner sur d'anciens combattants internés. Ni mes tentatives auprès d'un psychiatre à la retraite, dont le nom apparaissait sur certains dossiers médicaux dans les années 1960, ni mes requêtes auprès de l'association des retraités de l'hôpital psychiatrique du Vinatier ne m'ont permis d'avancer dans mes recherches. Deux entretiens téléphoniques avec d'anciens employés de l'hôpital psychiatrique

[123] Jules Maurin l'a montré en 1982 dans un ouvrage de référence tiré de sa thèse d'État, récemment réédité : Jules MAURIN, *Armée, guerre, société : soldats languedociens (1889-1919)*, Paris, Publications de la Sorbonne, 2013.

[124] C'est l'une des raisons pour lesquelles j'ai renoncé à faire un dépouillement systématique de ces registres. Ce travail était en outre rendu difficile par la dispersion des sources. En effet, chaque asile d'aliénés accueille pendant la guerre des soldats originaires de toute la France. Il aurait donc fallu beaucoup de déplacements en archives pour collecter des informations sur chaque individu. Enfin, la numérisation des registres, lancée dans de nombreux départements après le début de ma thèse, a souvent rendu ces documents temporairement inaccessibles.

de Saint-Jean-de-Dieu (Rhône) ont, en revanche, été fructueux, chacun étant en mesure de me confier des renseignements précis sur un malade dont ils avaient gardé le souvenir. Les témoignages les plus riches ont cependant été ceux des familles. À deux reprises, j'ai eu la chance d'être contactée par les descendants de poilus internés qui, effectuant eux-mêmes des recherches, étaient prêts à me raconter ce qu'ils savaient. J'ai ainsi eu plusieurs entretiens avec la petite-fille de Jean-Marie S. et le petit-fils de Paul S. qui m'ont laissé consulter leurs archives familiales[125]. La démarche qui consistait à contacter moi-même les descendants de certains soldats internés était, quant à elle, très délicate. Comment aborder des hommes et des femmes susceptibles d'ignorer ce pan de leur histoire familiale, auxquels je risquais donc de révéler des informations douloureuses, ou qui ne souhaitaient peut-être pas évoquer un passé encore tabou ? Je n'ai franchi ce pas que dans deux cas. Dans le premier, je disposais de plusieurs sources qui me permettaient de retracer le parcours d'un soldat fait prisonnier dès le début de la guerre et qui, n'ayant pas pu reprendre le cours de son existence après l'armistice, avait été interné à l'asile Saint-Robert entre 1920 et 1942. Je savais que son épouse avait été secourue par le comité départemental des mutilés de l'Isère et que deux de ses enfants étaient pupilles de la nation. Cet homme étant originaire d'un petit village, une simple recherche dans les pages blanches m'a permis de constater que l'un de ses fils était toujours en vie. Il a répondu à la demande que je lui ai adressée par courrier et a accepté de me rencontrer. Pour cet homme âgé qui n'avait guère connu son père, cet entretien a été difficile et je lui suis très reconnaissance d'avoir bien voulu évoquer avec moi ses souvenirs. Parce qu'elle avait été moins directement affectée, mon entretien avec l'épouse du neveu de Jules T., entourée de ses filles, a été moins riche d'enseignements mais plus apaisé. Je cherchais cette fois à retracer le parcours d'un soldat dont j'avais repéré le cas dans les archives de la Mission française à Berlin, conservées aux archives départementales du Bas-Rhin. Capturé par l'ennemi, puis interné dans un asile de Silésie, il n'a été retrouvé par les autorités françaises qu'en 1920. Pour Francisque Z., comme pour Jules T., ma visite auprès de leurs descendants a aussi été l'occasion de me rendre sur leur sépulture. Comme nous le verrons, cette expérience s'est révélée très instructive. L'exemple des quatre soldats que je viens de mentionner – Jean-Marie N., Paul S., Francisque Z. et Jules T. – reflète la variété des situations individuelles. Ces hommes ont entre 17 et 30 ans lorsque la guerre éclate. Trois habitent la France, un l'Algérie. Deux sont faits prisonniers. Leurs troubles se sont tantôt déclarés pendant le conflit, tantôt après l'armistice, alors qu'ils étaient rentrés chez eux. Leur histoire est analysée dans le cours

[125] Ces archives se composent de photographies et de lettres.

la thèse. Afin de restituer l'ensemble des informations réunies à leur sujet et de permettre au lecteur de découvrir certains documents que leurs descendants m'ont autorisée à reproduire, j'ai choisi de leur consacrer une notice individuelle présentée dans l'annexe 1. Pour signaler la possibilité de s'y reporter, la première occurrence de leur nom dans chaque chapitre de la thèse est suivie d'un astérisque.

Parallèlement aux recherches que j'ai menées sur le parcours des soldats internés, je me suis intéressée aux médecins qui les ont soignés. Leurs ouvrages, les notices nécrologiques qui leur ont été consacrées dans les revues de psychiatrie ainsi que les dossiers nominatifs conservés à la bibliothèque de l'Académie de médecine ont constitué mes principales sources. Trois hommes ont particulièrement retenu mon attention : Emmanuel Régis, Jean Lépine et Roger Mignot. Peu connus, ils ont pourtant joué un rôle essentiel dans le développement de la psychiatrie militaire en France[126]. On trouvera leurs biographies dans les annexes à la suite de celles des quatre soldats évoqués précédemment. Enfin, j'ai voulu connaître les militants associatifs qui se sont engagés dans la défense des anciens combattants internés. Plusieurs d'entre eux étant titulaires de la Légion d'honneur, leurs dossiers individuels, accessibles en ligne pour la plupart, ont été consultés avec profit[127]. Sans eux, il aurait été difficile de trouver des informations sur Marguerite Hérold, fondatrice de l'Assistance aux blessés nerveux de la guerre, ou sur René Poudevigne, qui a signé de nombreux articles consacrés aux « aliénés de guerre » dans le *Journal des mutilés* mais a laissé peu de traces dans les archives. De même, les registres matricules de recrutement ont été très utiles. C'est en consultant le feuillet matriculaire de Georges Cuvier, fondateur de l'Association d'aide aux mutilés du cerveau, que j'ai recueilli les informations me permettant de retrouver son dossier de demande de la carte du combattant. Celui-ci indiquait qu'il était membre de la Fédération nationale des plus grands invalides de guerre. J'ai donc contacté le directeur de cette association qui m'a autorisé à consulter le dossier personnel de Georges Cuvier, mais aussi ceux de Claudius Collonge et de Jean Puynège qui ont aussi œuvré en faveur des « aliénés de guerre ». Les documents concernant Georges Cuvier mentionnaient une adresse parisienne à laquelle j'ai découvert sa fille habitait toujours. Ma rencontre avec cette dernière m'a permis de consulter les archives familiales et de mieux cerner un personnage qui, au fur et à mesure de mes recherches, s'est révélé être un acteur de tout

[126] Si une notice a été consacrée à Emmanuel Régis dans le *Dictionnaire biographique de la psychiatrie* publié par Pierre Morel, ce n'est pas le cas de Jean Lépine ni de Roger Mignot. Voir Pierre MOREL, *Dictionnaire biographique de la psychiatrie*, Paris, Synthélabo, 1999.
[127] Précisons que cela a également été le cas pour plusieurs anciens combattants internés.

premier plan. En fonction du résultat de mes recherches, j'ai décidé de consacrer une notice biographique aux personnages à propos desquels j'étais parvenue à réunir de nombreuses informations.

Cette thèse s'organise en deux grandes parties. La première est consacrée à la prise en charge des soldats atteints de troubles mentaux dans les asiles d'aliénés de 1870 à 1918. L'objectif est tout d'abord d'examiner comment l'assistance psychiatrique aux armées, dont la création est réclamée bien avant 1914, se met finalement en place durant la Grande Guerre. Ainsi, après avoir présenté les débats qui ont marqué l'introduction progressive de la psychiatrie au sein du Service de santé militaire, le chapitre 1 analyse les structures créées pendant le conflit pour traiter les « blessés psychiques » et précise la place dévolue aux asiles, désormais relégués au bout de la chaîne d'évacuation. En pénétrant dans ces établissements, le chapitre 2 s'attache à identifier la population militaire internée entre 1914 et 1918. Il retrace l'expérience de guerre des soldats atteints de troubles mentaux et la manière dont ils ont vécu, au quotidien, leur internement. Enfin, le chapitre 3 élargit la perspective en s'intéressant aux différents acteurs qui entourent les militaires internés, qu'il s'agisse des médecins, du commandement, de leurs camarades mobilisés ou de leurs familles. Les discours sur la folie et les pratiques liées à l'internement sont ainsi étudiés dans le but d'évaluer les ruptures potentiellement induites par la guerre.

Dans une seconde partie, ma thèse s'interroge sur le devenir des soldats qui restent internés après l'armistice et sur celui des anciens combattants entrés dans les asiles durant l'entre-deux-guerres. En observant ce que signifie, de 1919 à 1980, être un poilu interné, le but est de déterminer la place réservée à ces hommes parmi les malades mentaux et les vétérans de la Grande Guerre. Lorsqu'ils sont pensionnés, ces patients disposent de droits spécifiques qui, sur le plan juridique, les distinguent parmi la population internée. C'est ce que montre le chapitre 4, en retraçant la genèse de l'article consacré aux aliénés dans la loi du 31 mars 1919 sur les pensions d'invalidité. Ce chapitre, jouant un rôle pivot dans la thèse, analyse comment s'opère la transition entre le temps de guerre et le temps de paix tant au niveau des institutions qu'à celui des individus. Le chapitre 5, centré sur l'entre-deux-guerres, s'intéresse à l'application de la loi dans les asiles d'aliénés et aux difficultés qu'elle soulève afin d'expliquer pourquoi, en dépit de leur statut juridique et du combat des associations, les poilus sont, au quotidien, assimilés à des malades ordinaires. Fort de ce constat, le chapitre 6 montre comment, alors qu'ils sont censés être privilégiés, ces patients n'ont pas mieux résisté

que les autres à la famine qui a frappé les hôpitaux psychiatriques pendant la Seconde Guerre mondiale. En reconstituant les parcours des derniers poilus internés, il examine quel a été leur sort face aux bouleversements majeurs que connaît l'institution psychiatrique entre 1939 et 1980.

Partie I

Soldats internés, psychiatres et commandement militaire face à la folie de 1870 à la Grande Guerre

> « La France, que les gens d'outre-Rhin affectaient de croire dégénérée, qui semblait avoir oublié ses vertus guerrières, et qui avait cessé en tous cas d'être sobre, la France saisie comme en plein rêve par le cataclysme de la guerre, a maîtrisé ses nerfs et tendu son énergie. Ses troupes insuffisamment préparées, soumises à des efforts qui dépassent l'imagination humaine, se sont adaptées, non à la lutte égoïste pour l'existence, mais au sacrifice quotidiennement consenti, à la lutte pour le pays et pour la race, au milieu de la mort. Dans l'ensemble, leur santé n'a pas fléchi. Leur système nerveux ne porte que les marques naturelles de la lutte. Il n'y a eu, ni dans l'enfer de Verdun, ni dans les autres, d'épidémie mentale quelconque, ni par la crainte, ni par l'horreur. »[1]

C'est sur ces mots que Jean Lépine*, médecin-chef à l'asile de Bron désigné pour diriger le centre de psychiatrie de la 14e région militaire, conclut en 1917 l'ouvrage qu'il consacre aux troubles mentaux de guerre. Cette analyse toute vibrante de patriotisme, qui lui vaut une critique dithyrambique dans les *Annales médico-psychologiques*, vient pourtant contredire les rapports qu'il envoie mensuellement au Service de santé militaire, soulignant l'afflux incessant des soldats dans son service depuis le début de la guerre. De fait, les discours des médecins varient selon les contextes, les publics et les intérêts qu'ils servent. Si, dans le cadre d'une publication soumise à le censure, il est de bon ton d'affirmer la supériorité de la race française, les propos diffèrent lorsqu'il s'agit de justifier la mise en place d'un système d'assistance psychiatrique aux armées. Jean Lépine, bien qu'il clôture son livre en minimisant le nombre de « blessés psychiques », fait d'ailleurs partie des médecins qui, dès avant 1914, alertaient la direction du Service de santé militaire sur les défaillances de l'armée française. Depuis la défaite de 1870, un petit groupe de psychiatres a en effet entrepris de démontrer la nécessité de mieux sélectionner les recrues, d'apprendre à repérer les individus incorporés en dépit de troubles mentaux et à gérer leur présence dans les rangs. Les premiers promoteurs de la psychiatrie militaire parviennent ainsi à susciter un débat qui dépasse bientôt la sphère médicale. Les discussions d'avant-guerre et les mesures auxquelles elles ont donné lieu constituent un cadre de référence dont l'analyse est indispensable pour comprendre la prise en charge des soldats atteints de troubles mentaux entre 1914 et 1918.

Même si la plupart des psychiatres récusent comme Jean Lépine l'idée « d'épidémie mentale », les sources attestent que plusieurs milliers de mobilisés sont internés durant le conflit. La guerre totale, qui éprouve durement les corps, n'épargne pas non plus les esprits. Une fois précisé le rôle dévolu aux asiles d'aliénés, il est possible d'observer au plus près le fonctionnement de ces établissements et la population militaire qu'ils reçoivent. Le parcours des soldats permet de saisir les différentes modalités du basculement dans la folie et l'étendue

[1] Jean LÉPINE, *Troubles mentaux de guerre, op. cit.*, p. 191.

de ses conséquences. En effet, leur situation ne concerne pas seulement le Service de santé et le corps médical, mais également le commandement militaire, contraint de s'adapter face à ces hommes, l'État qui décide d'organiser leur réforme ou leur récupération, et des familles entières, confrontées à une maladie stigmatisante, considérée comme incurable.

Chapitre 1 : La prise en compte de la maladie mentale dans l'armée française avant la Grande Guerre

Lorsque la France entre en guerre à la fin de l'été 1914, son armée n'est pas en mesure de faire face à la multiplication dans ses rangs des cas de militaires atteints de troubles mentaux. C'est donc dans une improvisation quasi totale que se met en place la prise en charge de ces hommes. Si cet état de fait est aujourd'hui bien connu[1], le manque de préparation du Service de santé militaire en matière d'assistance psychiatrique mérite analyse. Faut-il déduire que l'armée française découvre la psychiatrie entre 1914 et 1918 ? Adopter ce schéma interprétatif revient à considérer que la Grande Guerre joue pour la psychiatrie militaire le rôle de matrice qu'on lui attribue dans bien des domaines[2]. À l'encontre de cette thèse, Hervé Guillemain et Stéphane Tison privilégient une approche qui rétablit « la continuité entre l'avant-guerre et le conflit »[3]. En adoptant la même démarche, ce chapitre vise à retracer l'histoire de la perception et de la prise en charge de la maladie mentale au sein de l'armée depuis le début du XXe siècle. Cette mise en perspective permet d'interroger l'assertion récurrente selon laquelle rien n'était prévu en 1914 en montrant que le système mis en place pendant le conflit pour traiter les militaires aliénés n'est pas une création *ex nihilo*.

Ce système peut aujourd'hui être décrit avec précision. Sophie Delaporte s'y est intéressée la première[4] et ses recherches ont été complétées par de nombreux travaux[5]. On connait désormais les procédures, les structures, les moyens d'évacuation et de traitement des militaires atteints de troubles mentaux. Néanmoins, dans la littérature médicale produite pendant le conflit jusque dans l'historiographie la plus récente, l'attention s'est focalisée sur

[1] Louis CROCQ, *Les blessés psychiques, op. cit.* ; Sophie DELAPORTE, *Le discours sur les blessures, op. cit. ;* Hervé GUILLEMAIN, Stéphane TISON, *Du front à l'asile, 1914-1918, op. cit.* ; Paul MARQUIS, *La guerre des nerfs, op. cit.* ; Marc ROUDEBUSH, *A Battle of Nerves, op. cit. ;* Laurent TATU, Julien BOGOUSSLAVSKY, *La folie au front, op. cit.* ; Gregory. M. THOMAS, *Treating the trauma of the Great War, op. cit.*

[2] La Grande Guerre est souvent considérée comme la matrice des totalitarismes et plus généralement, du XXe siècle. Voir Georges MOSSE, *La brutalisation des sociétés européennes. De la Grande Guerre aux totalitarismes*, Paris, Hachette, 1999. Sur la récurrence de cette idée, déclinée dans de nombreux domaines, voir Frédéric ROUSSEAU, « 1914-1918, matrice du XXe siècle : une nouvelle figure historique ou un prêt à ne plus penser ? », *in* Frédéric ROUSSEAU, Jean-François THOMAS (dir.), *La fabrique de l'évènement*, Paris, Michel Houdiard, 2008, p. 295-310.

[3] Hervé GUILLEMAIN, Stéphane TISON, *Du front à l'asile, 1914-1918, op. cit.*, p. 26.

[4] Sophie DELAPORTE, *Le discours sur les blessures, op. cit.*

[5] Voir note 1.

ce que cette organisation comportait de nouveau, c'est-à-dire sur la création de centres de psychiatrie dans la zone de l'arrière et sur le front. Contrairement à cette tendance, il s'agit ici d'éclairer le rôle et la place dédiés aux asiles d'aliénés. Ces établissements, qui sont avant la guerre les seuls à recevoir les militaires atteints de troubles mentaux, constituent un terrain privilégié sur lequel la coopération entre psychiatrie civile et psychiatrie militaire s'est construite. Or ils deviennent une formation parmi d'autres dans le système d'assistance psychiatrique aux armées qui s'instaure entre 1914 et 1918. Ils représentent donc pour le chercheur un point d'observation particulièrement intéressant pour mesurer les changements induits par cette nouvelle organisation, censée permettre au Service de santé militaire de faire face à l'afflux de soldats souffrant de pathologies psychiatriques.

I - L'armée française et la psychiatrie : une collaboration difficile

Retracer l'histoire de la psychiatrie militaire implique de se confronter à une difficulté majeure : la psychiatrie dans la première moitié du XXe siècle constitue un angle mort de l'historiographie et il en va logiquement de même pour sa branche militaire qui constitue une spécialité dont l'origine et les développements sont largement méconnus[6]. Pourtant, les sources ne manquent pas et, pour les mettre en perspective, il est possible de s'appuyer sur les travaux qui ont été consacrés à l'armée française depuis la défaite de 1870 jusqu'à la veille du premier conflit mondial. Ces études permettent de comprendre dans quelles circonstances l'armée a progressivement « ouvert ses portes » à la psychiatrie.

1) Le développement de la psychiatrie militaire en France

a) La question des maladies mentales dans l'armée : un problème longtemps méconnu

Les cas de soldats atteints d'aliénation mentale apparaissent dans la littérature médicale bien avant 1914[7]. On en trouve déjà plusieurs dans le célèbre *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie* publié en 1800 par Philippe Pinel (1745-1826), considéré comme le père de la médecine spéciale[8]. La psychiatrie, ou plutôt l'aliénisme car c'est ainsi qu'on appelle alors cette discipline, en est à ses balbutiements. Cependant, dès les origines, les répercussions des bouleversements politiques et sociaux sur la santé mentale des individus retiennent l'attention des aliénistes. Dans son dernier ouvrage, Laure Murat a montré comment Jean-Étienne Esquirol, Alexandre Brierre de Boismont ou encore Henri Legrand du Saulle ont étudié l'influence des évènements révolutionnaires dans

[6] La thèse de médecine soutenue par Anne-Hélène Poutou fournit néanmoins des repères utiles. Voir Anne-Hélène POUTOU, *La psychiatrie militaire. Grandes lignes historiques - Perspectives d'avenir*, thèse de médecine, Université de Bordeaux 2, 1999.

[7] On repère la mention de troubles mentaux chez des combattants dès l'Antiquité. Voir Louis CROCQ, *Les traumatismes psychiques de guerre*, *op. cit.*, p. 33-34.

[8] Philippe PINEL, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, Paris, Richard, Caille et Ravier, 1800 (voir par exemple aux pages 85 et 170). Sur Philippe Pinel, la biographie de référence est : Dora WEINER, *Comprendre et soigner, Philippe Pinel (1745-1826). La médecine de l'esprit*, Paris, Fayard, 1999.

la genèse de la folie[9]. Leurs recherches portaient sur l'ensemble de la population : les civils y occupaient une place majeure mais les militaires, qu'ils rencontraient parfois dans les établissements où ils exerçaient, ont également fait l'objet d'observations. C'est notamment le cas dans les travaux de Jean-Étienne Esquirol qui, en tant que médecin-chef à Charenton[10], pouvait observer dans sa pratique quotidienne des soldats et des officiers internés. En effet, les ministères de la Guerre et de la Marine plaçaient prioritairement dans cet asile les militaires aliénés qui représentaient, entre 1800 et 1840, près d'un tiers des malades[11].

La présence d'aliénés dans l'armée, qu'ils aient été incorporés malgré leurs troubles mentaux ou que ceux-ci soient apparus au cours du service, est donc un fait connu très tôt. Il ne commence cependant à être documenté au sein du Service de santé militaire qu'à partir des années 1860. En 1863, le médecin aide-major Jules Arnould (1830-1894) publie dans la *Gazette médicale de Paris* une longue note sur les soldats aliénés passés par son service de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce[12] et, l'année suivante, on commence à décompter les cas d'aliénation mentale au sein de la statistique médicale de l'armée[13]. Toutefois, l'intérêt d'une étude entièrement consacrée aux troubles mentaux des soldats n'est pas encore manifeste aux yeux des médecins, civils comme militaires, d'autant que la spécialisation médicale, à laquelle nous sommes aujourd'hui accoutumés, commence à peine à se dessiner. Loin de faire l'unanimité, celle-ci est accusée de limiter le champ de compétences de chaque médecin et donc de le rendre moins performant[14]. C'est sans doute la raison pour laquelle Jules Arnould tient à préciser, dès les premières lignes de son article, que « la pathologie mentale dans l'armée […] ne saurait constituer, à côté des études connues sur l'aliénation, une étude parallèle que l'on doive parcourir séparément »[15].

---

[9] Laure MURAT, *L'homme qui se prenait pour Napoléon*, *op. cit.*

[10] Il occupe cette fonction de 1825 à sa mort en 1840. L'hôpital porte aujourd'hui son nom.

[11] Entre 1840 et 1854 cette proportion baisse mais les militaires représentent tout de même un quart de la population internée. Anne-Marie BERNARD, Jacques HOUDAILLE, « Les internés de Charenton, 1800-1854 », *Population*, n° 2, 1994, p. 503.

[12] Jules ARNOULD, « Notes pour servir à l'histoire de la folie dans l'armée, d'après les observations faites au Val-de-Grâce », *Gazette médicale de Paris*, n° 17 et 18, 1863, p. 267-258, 306-309, 362-365 et 394-396.

[13] La loi du 23 janvier 1851 prescrit qu'une statistique médicale soit établie chaque année et annexée au compte rendu sur le service du recrutement de l'armée. La mesure n'est appliquée qu'à partir de 1862 et il faut attendre 1864 pour qu'un chapitre spécifiquement dédié aux cas d'aliénation mentale apparaisse.

[14] Sur ces résistances à la spécialisation et leurs différentes motivations, voir Patrice PINELL, « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 156-157, 2005, p. 4-36.

[15] Jules ARNOULD, « Notes pour servir à l'histoire de la folie dans l'armée, d'après les observations faites au Val-de-Grâce », art. cit., p. 267.

Aussi, lorsqu'en 1871 les aliénistes cherchent à décrire l'impact de la guerre franco-prussienne, ils observent toujours l'ensemble de la population, sans faire de distinction nette entre militaires et civils[16]. Leurs conclusions sont présentées dans de longs articles publiés dans les *Annales médico-psychologiques*, revue de référence fondée en 1843, ainsi que lors de discussions au sein de la Société médico-psychologique, qui réunit les médecins aliénistes français depuis sa création en 1852[17]. C'est devant cette société que Ludger Jules Joseph Lunier présente la première étude approfondie entièrement consacrée à l'influence de la guerre sur l'aliénation mentale. Lunier a successivement occupé les fonctions de médecin-chef de l'asile de Niort (Deux-Sèvres) et de médecin-directeur de l'asile de Blois (Loir-et-Cher), avant d'être nommé inspecteur général du service des aliénés en 1864[18]. Cette fonction stratégique lui permet de réaliser une étude de grande ampleur, fondée sur l'analyse de données recueillies dans l'ensemble des asiles français[19]. Convaincu de l'intérêt de la statistique[20], il propose de déterminer, chiffres à l'appui, si les évènements de 1870-1871 ont provoqué une augmentation du nombre d'aliénés. Il reproduit dans son étude de multiples tableaux qui synthétisent les résultats de son enquête et développe des études de cas détaillées avec pour objectif d'observer l'ensemble de la population internée. S'il s'attache à distinguer hommes et femmes, provinciaux et citadins, ou encore à évaluer l'influence de la profession, il ne considère pas les militaires comme un groupe spécifique. Mais il indique tout de même

[16] « Communications relatives à l'influence exercée par la guerre sur l'aliénation mentale et le service des aliénés », *Annales médico-psychologiques*, n° 6, 1871, p. 220-222 ; Henri LEGRAND DU SAULLE, « L'état mental des habitants de Paris pendant les évènements de 1870-1871 », *Annales médico-psychologiques*, 1871, n° 6, p. 222-241 ; Benedict-Augustin MOREL, « Du délire panophobique des aliénés gémissants. Influence des évènements de guerre sur la manifestation de cette forme de folie », *Annales médico-psychologiques*, 1871, n° 6, p. 321-367 ; Louis-Alexandre ESPIAU DE LAMAËSTRE, « Rapport sur le service médical de l'asile public d'aliénés de Bailleul (Nord) pour l'année 1870 », *Annales médico-psychologiques*, 1871, n° 6, p. 345-376.

[17] Sur l'histoire de la Société médico-psychologique, voir Ian DOWBIGGIN, « French psychiatry and the search for a professional identity : The Société Médico-Psychologique, 1840-1870 », *Bulletin of the History of Medicine*, n° 3, 1989, p. 331-355.

[18] Voir les « Discours prononcés sur la tombe du docteur Lunier », *Annales médico-psychologiques*, n° 2, 1885, p. 355-370.

[19] Son statut lui permet aussi d'assurer la diffusion de son étude : rédacteur en chef des *Annales médico-psychologiques* depuis 1867, son travail est publié dans la revue par extraits en 1872, 1873 et 1874. Voir Ludger LUNIER, « Influence des évènements de 1870-1871 sur le mouvement de l'aliénation mentale en France », *Annales médico-psychologiques*, n° 7 et 8, 1872, p. 161-184 ; « De l'influence des grandes commotions politiques et sociales sur le développement des maladies mentales », *Annales médico-psychologiques*, n° 9 et 10, 1873, p. 241-463 puis n° 11 et 12, 1874, p. 30-59 et p. 350-394. Il paraît ensuite sous la forme d'un ouvrage : Ludger LUNIER, *De l'influence des grandes commotions politiques et sociales sur le développement des maladies mentales : mouvement de l'aliénation mentale en France pendant les années 1869 à 1873*, Paris, F. Savy, 1874. Lunier est par ailleurs président de la Société médico-psychologique pour l'année 1873.

[20] Ludger Lunier est membre de la Société de statistique de 1866 à sa mort et œuvre durant toute sa carrière pour faire établir des données précises sur l'aliénation mentale en France.

avoir dénombré, parmi les individus dont l'internement a été provoqué par les évènements, 195 militaires auxquels il faut ajouter 74 hommes dont la maladie a été déclenchée par la peur d'être mobilisé. Par ailleurs, la volonté d'identifier les « causes déterminantes » de la folie chez les internés de 1870-1871 le conduit à étudier de près le cas des soldats à partir des observations qui lui ont été adressées. Il met ainsi en avant comme autant de facteurs étiologiques la « frayeur de la guerre », la « crainte de marcher à l'ennemi », le « chagrin d'être soldat », la « menace d'être fusillé », les « privations » subies par les militaires prisonniers en Allemagne ou encore les « émotions pendant une bataille ». Son étude ne semble pourtant pas avoir suscité de réactions dans l'armée, du moins celles-ci n'ont-elles pas laissé de traces, peut-être parce que les résultats de Lunier sont rassurants. D'après lui, la guerre de 1870-1871 n'a pas provoqué une augmentation du nombre d'aliénés en France.

Un autre travail, publié en 1872, débouche sur un tout autre constat. Il est l'œuvre du docteur Eugène Dufour (1844-1925), médecin-adjoint de l'asile d'Armentières (Nord). Publiée dans les *Annales médico-psychologiques*, cette étude semble être passée inaperçue. Pourtant, elle présente l'intérêt d'être exclusivement consacrée à la question de la folie chez les militaires. Dufour étudie l'évolution du nombre de soldats internés à l'asile d'Armentières entre 1838 et 1872[21] et en conclut que « la profession militaire, en l'état du moins, est on ne peut plus favorable au développement de folie ». Pire, il estime que l'aliénation dans l'armée « affecte, de plus en plus, les formes graves, qui s'offrent en outre, avec un état d'acuité inaccoutumée »[22]. Pour bien comprendre cet article et sa conclusion alarmiste, il est nécessaire de tenir compte du contexte de sa publication. La France vient de perdre la guerre et les appels en faveur d'une réforme profonde des institutions militaires se multiplient. Dufour, qui a fait la guerre comme médecin-major du 3e régiment de marche des mobilisés du Nord, entend participer à la réflexion en envisageant la situation de son point de vue de médecin aliéniste[23]. Son travail s'inscrit dans un mouvement plus large qui touche l'ensemble du monde médical. Comme l'a montré Jean-François Chanet, « l'examen de conscience auquel se sont livrées les élites françaises après les désastres de 1870-1871 s'est étendu à l'hygiène et aux pratiques de santé […] »[24]. Les efforts portent essentiellement sur l'assainissement des casernes, la propreté des soldats et la lutte contre la prostitution qui

[21] Eugène DUFOUR, « Note statistique sur les militaires admis à l'asile d'Armentières de 1838 à 1872 », *Annales médico-psychologiques*, n° 7 et 8, 1872, p. 52-72.
[22] *Ibid.*, p. 72.
[23] *Ibid.*, p. 52.
[24] Jean-François CHANET, *Vers l'armée nouvelle. République conservatrice et réforme militaire, 1871-1879*, *op. cit.*

répand dans l'armée les maladies vénériennes[25]. Les aliénistes, pour leur part, participent peu à ces entreprises, si l'on fait exception de la modeste contribution de Dufour qui ne débouche d'ailleurs sur aucune proposition concrète et ne trouve guère d'écho auprès de ses collègues.

Si les aliénistes s'impliquent peu dans la « bataille de l'hygiène »[26] qui mobilise le monde médical immédiatement après 1871, une autre conséquence de la défaite retient plus nettement leur attention : la généralisation progressive du service militaire à l'ensemble de la nation[27]. En effet, il apparaît rapidement que tous les hommes appelés sous les drapeaux ne sont pas « bons pour le service » et l'armée doit, tout en élargissant son périmètre de recrutement, renforcer les critères de sélection des conscrits. Les médecins militaires s'efforcent donc de fournir aux conseils de révision les moyens de déterminer l'aptitude des jeunes hommes qui se présentent devant eux à intégrer les rangs de l'armée. Le calcul du périmètre thoracique du conscrit ou la mesure de la « robusticité humaine » font ainsi l'objet de nombreuses recherches[28]. Les instructions ministérielles insistent sur la nécessité d'éviter l'incorporation d'hommes dont l'état de santé est douteux ou qui ne semblent pas en mesure de résister aux rigueurs de la vie militaire, rappelant la liste des maladies et des infirmités incompatibles avec le service. Parmi ces pathologies figurent l'aliénation mentale, l'épilepsie, la paralysie générale ou partielle ou encore l'idiotie. Leur mention n'est pas nouvelle mais elle retient désormais l'attention des aliénistes, et ce pour au moins trois raisons étroitement liées. D'une part, le contexte y est favorable, l'opinion des médecins au sujet de l'armée en général étant plus reconnue et mieux écoutée. Par ailleurs, les aliénistes occupent, dans la seconde moitié du XIXe siècle, une position moins précaire qu'auparavant. La loi de 1838 leur a en effet conféré « le monopole du traitement légitime de la folie »[29] et constitue une reconnaissance officielle de leur spécialité. Enfin, ils forment à présent une profession plus organisée, dotée d'une revue de référence et d'une société savante, qui entend exercer ses fonctions par-delà les murs des asiles. Ils revendiquent notamment un rôle prophylactique :

---

[25] *Ibid.*, p. 225-245 ; Odile ROYNETTE, *« Bons pour le service », op. cit.*

[26] J'emprunte cette expression à Jean-François Chanet.

[27] Dès 1872, il est mis fin au remplacement qui permettait aux conscrits de se soustraire à leurs obligations en rémunérant un autre homme pour se substituer à eux. En 1889, les exemptions accordées aux ecclésiastiques, aux soutiens de famille, aux instituteurs et aux étudiants sont supprimées et tous doivent accomplir un service d'au moins un an. Puis, en 1905, le système du tirage au sort est à son tour supprimé. Désormais tous les hommes âgés de 20 ans sont tenus d'effectuer un service militaire. Sur ces questions voir Annie CRÉPIN, *Histoire de la conscription*, Paris, Gallimard, 2009.

[28] Voir Odile ROYNETTE, *« Bons pour le service », op. cit.*, p. 180-198.

[29] Robert CASTEL, *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Éditions de Minuit, 1976, p. 16.

repérer les aliénés dans la société, en particulier dans les institutions phares de la Troisième République, l'école et l'armée, où des mécanismes similaires sont à l'œuvre. L'instruction primaire comme le service militaire ont certes été rendus obligatoires, mais tous les individus ne sont pas en mesure de répondre aux exigences de l'école et de l'armée. Or si l'intervention des aliénistes auprès des enfants dont la scolarisation révèle « l'anormalité » est acceptée et permet dès 1909 la création de classes spécialisées, il en va autrement dans l'armée. Il faut bien plus de temps pour que leurs recommandations et leurs avertissements soient entendus car le Service de santé militaire, le ministère de la Guerre, l'État-major mais aussi l'opinion refusent d'admettre qu'il puisse y avoir des aliénés dans l'armée.

b) « Regarder le problème en face »

Les premières études qui visent à mettre en évidence la fréquence de l'aliénation mentale dans l'armée sont réalisées à Bordeaux par des élèves d'Emmanuel Régis*. Grande figure de l'histoire de la médecine mentale, ce dernier a joué un rôle pionnier dans de nombreux domaines, qu'il s'agisse de la psychiatrie coloniale[30] et médico-légale[31] ou de l'introduction de la psychanalyse en France[32]. En 1914, il est considéré comme le père de la psychiatrie militaire française[33]. Pourtant, peu de travaux existent à son sujet[34]. Son parcours, plutôt atypique pour l'époque, est pourtant très intéressant. Après avoir débuté des études de médecine à Toulouse, il obtient en 1877 une place d'interne, d'abord à l'asile de Ville-Évrard (Seine) puis à Sainte-Anne (Seine). Élève de Benjamin Ball, qui n'est autre que le premier titulaire de la chaire de clinique des maladies mentales de la faculté de médecine de Paris créée en 1879, Régis soutient une thèse sur la « folie à deux » en 1880 puis devient le chef de

---

[30] Sur cette question voir René COLLIGNON, « La psychiatrie coloniale française en Algérie et au Sénégal. Esquisse d'une historisation comparative », *Tiers-Monde*, n° 187, 2006, p. 527-546.

[31] Passionné par les régicides, très impliqué dans son activité d'expert auprès des tribunaux, Régis donne à partir de 1884 à Bordeaux un cours libre de médecine mentale destiné aux juristes. Voir Emmanuel RÉGIS, *Les Régicides dans l'histoire et dans le présent : étude médico-psychologique*, Paris, Maloine, 1890 ; *Résumé des conférences de psychiatrie médico-légale faites aux avocats stagiaires de Bordeaux*, Bordeaux, Gounouilhou, 1907.

[32] La postérité a plutôt retenu le rôle joué par son élève, Angelo Hesnard, dans ce domaine. Voir Emmanuel RÉGIS, Angelo HESNARD, *La doctrine de Freud et de son école*, Paris, Delarue, 1913.

[33] En 1956, la revue *L'Information psychiatrique* consacre un numéro entier à Emmanuel Régis C'est une source précieuse pour l'historien : *L'Information psychiatrique*, n° 1, 1956.

[34] La thèse de médecine de Frédéric Léal apporte des informations intéressantes mais ne constitue pas une véritable biographie. Voir Frédéric LÉAL, *Albert Pitres (1848-1928) et Emmanuel Régis (1855-1918), les deux fondateurs de l'École Neuropsychiatrique de Bordeaux*, thèse de médecine, Université de Bordeaux 2, 1997.

clinique de son maître[35]. En 1882, il se détourne pourtant de la carrière parisienne à laquelle il semblait promis. Il choisit d'occuper le poste de médecin-chef de la maison de santé de Castel-d'Andorte en Gironde et s'établit parallèlement comme « praticien de clientèle », fait tout à fait exceptionnel pour un psychiatre à cette époque[36]. Quelques années plus tard, grâce à l'appui de son ami Albert Pitres, neurologue et chef de service à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, il obtient au sein de cet établissement la direction d'une section réservée aux malades délirants. Régis inaugure ainsi un des premiers services psychiatriques d'hôpital[37]. Puis Pitres, devenu doyen de la faculté de médecine de Bordeaux, lui propose de donner des cours. Or l'École principale du Service de santé de la marine, installée à Bordeaux en 1890, fonctionne en liaison étroite avec la faculté de médecine. À travers ses enseignements, Régis peut donc nouer des relations au sein de l'armée et y introduire les premiers enseignements de la psychiatrie militaire[38]. Les travaux de ses élèves contribuent à développer ce champ nouveau de la médecine mentale auquel il les encourage à s'intéresser. Un des tout premiers est Antoine Lacausse, qui soutient en 1889 une thèse consacrée à l'étude des dégénérés psychiques dans l'armée[39]. Dans les années suivantes, d'autres de ses étudiants produisent des recherches sur la justice militaire[40], les dégénérés dans les troupes coloniales[41] ou encore la

---

[35] La « folie à deux » désigne une pathologie dans laquelle deux individus partagent et se transmettent les mêmes troubles psychotiques. Voir Emmanuel RÉGIS, *La folie à deux, ou folie simultanée*, thèse soutenue devant la faculté de médecine de Paris, 1880.

[36] Selon Angelo Hesnard, Emmanuel Régis renonce au concours des asiles d'aliénés de la Seine en raison de la mésentente entre son maître, Benjamin Ball, et Valentin Magnan, estimant peut-être que ce dernier cherchera à lui barrer la route. Voir Angelo HESNARD, « Éloge du professeur Régis », *L'Information psychiatrique*, n° 1, 1956, p. 23-35. L'affaire est peut-être plus complexe encore si l'on en croit Jean Biéder : Régis, qui aurait été candidat au poste de médecin de l'asile de Bailleul, a fait l'objet d'une campagne de dénigrement, le décrivant comme incompétent et clérical. Voir Jean BIÉDER, « Comment Régis n'est pas venu à Bailleul », *Annales médico-psychologiques*, n° 10, 1995, p. 728-733.

[37] Il ne s'agit pas d'un quartier d'hospice, tel qu'il en existe dans les hôpitaux généraux des départements qui n'ont pas d'asile d'aliénés, mais d'un service destiné à accueillir des malades délirants pour lesquels un internement peut être évité. J'y reviendrai dans le chapitre 3. Emmanuel RÉGIS, « Les délirants des hôpitaux. Leur assistance, leur utilité du point de vue de l'enseignement », *La Presse médicale*, n° 73, 1903, p. 645-648.

[38] Il est intéressant de noter que plusieurs des thèses de psychiatrie militaire soutenues par des élèves de Régis sont présentées devant un jury présidé par le professeur Georges Morache, titulaire de la chaire de médecine légale de la faculté de médecine de Bordeaux, mais aussi directeur du Service de santé militaire du 18e corps d'armée.

[39] Antoine LACAUSSE, *Les dégénérés psychiques dans l'armée*, thèse soutenue devant la faculté de médecine de Bordeaux, 1889.

[40] Émile FERRIS, *Responsabilité et justice militaire*, thèse soutenue devant la faculté de médecine de Bordeaux, 1896.

[41] Marius CAVASSE, *Les dégénérés dans l'armée coloniale, de leur recrutement et de leur valeur militaire (étude médico-légale)*, thèse soutenue devant la faculté de médecine de Bordeaux, 1903.

démence précoce dans l'armée[42]. Régis forme des médecins comme Jean Abadie, Henri Damaye et Angelo Hesnard qui joueront un rôle important dans la mise en place de l'assistance psychiatrique aux armées pendant la Grande Guerre[43]. Sur une photographie de 1911 reproduite ci-après, il apparaît assis au milieu de ses élèves, dont plusieurs portent l'uniforme des « navalais »[44].

Figure 1 : Emmanuel Régis entouré de ses élèves vers 1910-1911[45]

La ville de Bordeaux constitue donc un des principaux foyers de développement de la psychiatrie militaire en France au tournant du siècle. Ce n'est cependant pas le seul. La Maison nationale de Charenton, qui accueille officiers et soldats aliénés, constitue un terrain d'étude privilégié. Avec l'aide du docteur Jules Christian, médecin-chef de l'établissement, le médecin-major Louis Catrin, professeur agrégé à l'École militaire d'application du Val-de-

[42] Pierre KAGI, *La démence précoce dans l'armée : étude clinique et médico-légale*, thèse soutenue devant la faculté de Bordeaux, 1905.
[43] La reconstitution du réseau construit par et autour d'Emmanuel Régis mériterait d'être approfondie, mais les sources fournissent peu d'informations précises sur la nature exacte de ses relations avec un certain nombre de médecins. Faute d'archives privées, il est difficile en l'absence d'archives privées d'identifier ceux qui ont été ses interlocuteurs privilégiés et réguliers, en dehors de quelques élèves ou collègues.
[44] Émile Ferris, Marius Cavasse et Pierre Kagi sont des élèves de l'École principale du Service de santé de la marine tout comme Angelo Hesnard. Le terme de « navalais » est le surnom qui leur est donné.
[45] *L'Information psychiatrique*, n° 1, 1956.

Grâce, examine plusieurs militaires internés[46]. En 1901, le fruit de son travail est publié dans un livre intitulé *L'Aliénation mentale dans l'armée*[47]. C'est la première fois qu'un ouvrage est entièrement consacré à cette question, s'efforçant de l'analyser sous tous ses angles et de proposer des solutions pour remédier au problème. Enfin, la psychiatrie militaire prend également son essor à Lyon, où les « santards », élèves de l'École du Service de santé de l'armée de terre, fréquentent la faculté de médecine. Quelques-uns suivent les enseignements du professeur Auguste Pierret, titulaire de la chaire des maladies mentales. Ce dernier préface en 1906 l'ouvrage du médecin-major Paul Chavigny, répétiteur à l'École du Service de santé, consacré à l'étude de simulation dans l'armée et la marine.

À Bordeaux, à Lyon et à Paris, la psychiatrie militaire suscite donc un intérêt de plus en plus marqué. Celui-ci est encore renforcé par les travaux conduits à l'étranger lors de conflits auxquels la France ne prend pas part, en particulier la guerre russo-japonaise (février 1904-septembre 1905). Comme l'ensemble de la profession médicale, les psychiatres s'emploient à dégager les enseignements qui peuvent être tirés de l'expérience du Service de santé militaire russe. Les premières informations leur parviennent sous la forme d'une lettre de Paul Jacoby, médecin-chef de l'asile provincial d'Orel en Russie, adressée en 1904 au professeur Antoine Lacassagne, alors rédacteur-en-chef des *Archives d'anthropologie criminelle*. Paul Jacoby y décrit les graves difficultés rencontrées en Mandchourie pour évacuer et soigner les soldats atteints de troubles mentaux[48]. Puis, dans les années qui suivent la fin de la guerre, des recherches novatrices relatives aux cas d'aliénation mentale survenus dans l'armée sont publiées dans la presse médicale russe. Ces travaux, qui ont notamment permis de mesurer la fréquence avec laquelle des troubles mentaux peuvent survenir chez les soldats[49], sont résumés en 1912 dans les *Annales médico-psychologiques* par le psychiatre polonais Adam Cygielstrejch[50].

---

[46] Les futurs médecins de l'armée peuvent y achever leur formation après le doctorat. Leur cursus sera détaillé dans la sous-partie suivante.

[47] Louis CATRIN, *L'Aliénation mentale dans l'armée*, Paris, J. Rueff, 1901, p. 9.

[48] Paul JACOBY, « Les victimes oubliées de la guerre moderne », *Archives d'anthropologie criminelle*, juin 1904, p. 485-488.

[49] La proportion de militaires qui souffrirent d'aliénation mentale durant ces opérations varie de 2 à 2,7 pour mille. Voir Adrien GRANJUX, « L'aliénation mentale dans l'armée au point de vue clinique et médico-légal », *Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, XIXe session*, Nantes, A. Dugas, 1910, p. 107.

[50] Adam CYGIELSTREJCH, « Les conséquences mentales des émotions de la guerre », *Annales médico-psychologiques*, n° 1, 1912, p. 129-148 et p. 257-277. Il est probable que les médecins qui s'intéressaient à la psychiatrie militaire ont eu accès aux travaux des médecins russes avant la publication de cette synthèse. Certains articles figurent par exemple dans la bibliographie de l'ouvrage

L'expérience russe et l'appel appuyé de Paul Jacoby en faveur de l'organisation d'une assistance psychiatrique dans l'armée donnent un poids nouveau aux arguments des promoteurs de la psychiatrie militaire. Pour eux, comme pour Jacoby et Cygielstrejch, le conflit russo-japonais doit être considéré comme l'exemple de la « guerre moderne » et de ses conséquences nouvelles sur la santé mentale des combattants. Leur point de vue rejoint celui des observateurs de l'armée française dont les rapports, étudiés par Olivier Cosson, mettent en évidence les caractéristiques nouvelles du combat, en particulier sa violence, liée à l'utilisation massive de l'artillerie, et sa durée[51]. Les capacités psychiques des soldats doivent leur permettre de s'adapter à ces conditions. Dans la guerre moderne, les soldats ne peuvent pas être les simples exécutants des ordres qu'on leur donne. Isolés sur le champ de bataille, ils doivent dans des situations extrêmes, prendre des initiatives et réagir rapidement, sans attendre les consignes du commandement ni céder à la panique. L'armée ne peut plus être considérée comme une masse : ce sont les qualités individuelles des hommes qui la composent qui garantissent la victoire. Comme le résume le médecin-major Antonin Mayrac, « l'armée nouvelle n'est plus le domaine du catatonisme et de la stéréotypie. Elle veut des cérébraux »[52].

2) Les recommandations et les avertissements des psychiatres

Il devient donc crucial de tenir compte de l'aptitude mentale des conscrits. Le petit groupe de spécialistes qui forme en France l'avant-garde de la psychiatrie militaire s'attache à en convaincre les ministères de la Guerre et de la Marine. Pour faire entendre leur voix, ils multiplient les interventions lors des congrès des aliénistes et neurologistes dont Emmanuel Régis est un des principaux animateurs. Ces réunions annuelles sont, depuis leur création en 1890, un lieu de rencontre et de réflexion scientifique[53]. Mais elles constituent aussi un cadre dans lequel les aliénistes peuvent exprimer leur opinion sur les grandes questions qui les préoccupent, définir une position commune et interpeller les pouvoirs publics. Ce sont ces congrès qui permettent d'établir officiellement la psychiatrie militaire en tant que domaine de

---

publié en 1909 par André Antheaume et Roger Mignot. Voir André ANTHEAUME, Roger MIGNOT, *Les maladies mentales dans l'armée*, Paris, Doin, 1909.

[51] Voir Olivier COSSON, « Expériences de guerre et anticipation à la veille de la Première Guerre mondiale. Les milieux militaires franco-britanniques et les conflits extérieurs », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, mars 2003, p. 127-147 et *Préparer la Grande Guerre. L'armée française et la guerre russo-japonaise (1899-1914)*, Paris, Les Indes Savantes, 2013.

[52] Antonin MAYRAC, « De la santé psychique du soldat », *Archives d'anthropologie criminelle et de médecine légale et de psychologie normale et pathologique*, n° 206, 1911, p. 125.

[53] Les neurologues se joignent aux aliénistes à partir de 1894.

recherche. En 1895 et en 1899, l'armée apparaît ainsi au détour de quelques interventions comme un terrain d'étude potentiel pour certaines questions touchant l'aliénation mentale en général[54]. En 1905, le médecin-major Adrien Granjux présente une communication consacrée à la question de la folie dans l'armée et dresse un état des lieux des connaissances disponibles sur le sujet. Enfin, en 1909, la psychiatrie militaire fait l'objet d'un rapport et de nombreuses discussions. Cette année-là, le congrès fournit aux civils et aux militaires l'occasion de se rencontrer et de constater qu'ils partagent des préoccupations communes[55]. À partir de cette date, le médecin-major Jules Simonin participe à chaque session en tant que représentant officiel du ministère de la Guerre, tandis que de nombreux autres médecins de l'armée interviennent. L'ensemble de ces congrès débouche sur la formulation de vœux qui permettent d'identifier les objectifs prioritaires des fondateurs de la psychiatrie militaire : promouvoir l'examen mental des militaires traduits en conseil de guerre, éliminer des rangs les individus atteints de troubles mentaux et renforcer l'instruction psychiatrique des médecins de l'armée.

a) Promouvoir l'examen mental des militaires inculpés

Les réclamations des psychiatres concernant les expertises psychiatriques dans l'armée s'inscrivent dans le contexte d'une remise en cause profonde de la justice militaire, touchée par plusieurs scandales dont la retentissante affaire Dreyfus. La sévérité des peines, les conditions de détention, l'incompétence du personnel militaire qui compose les tribunaux, le caractère exceptionnel des procédures sont dénoncés et un mouvement d'opinion en faveur d'une réforme des conseils de guerre se développe[56]. Les aliénistes, qui sont parvenus à s'imposer dans les cours de justice civiles[57], participent aux débats en soulignant l'absence d'experts psychiatres dans les tribunaux militaires. Le problème est évoqué en 1895 au congrès de Bordeaux, puis en 1899 au congrès de Marseille lorsque le docteur Adrien Granjux

---

[54] Albert CHALLAN DE BELVAL « Les conséquences médico-légales de l'épilepsie dans l'armée », *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, VIe session*, Bordeaux, Imprimerie Gounouilhou, 1895, p. 227-234. En 1899, Adrien Granjux évoque les aliénés dans l'armée au cours d'une discussion : *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, X^e^ session*, Marseille, Imprimerie du Journal de Marseille, 1899, p. 476-483.

[55] *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, XIXe session*, Nantes, A. Dugas, 1910.

[56] Voir Odile ROYNETTE, « Les conseils de guerre en temps de paix entre réforme et suppression », *Vingtième siècle. Revue d'histoire*, n° 73, 2002, p. 51-66.

[57] Laurence GUIGNARD, *Juger la folie, op. cit.*

intervient au sujet des militaires condamnés atteints d'aliénation mentale[58]. Sur l'idée d'Emmanuel Régis, les participants décident alors d'émettre un vœu préconisant que tout militaire en prévention de conseil de guerre soit examiné au point de vue mental, si nécessaire avec l'appui d'un expert civil[59]. Ce vœu est renouvelé en 1905 lors du congrès de Rennes, sans donner lieu à une réaction officielle.

En 1906, le ministère de la Guerre autorise toutefois Florentin Pactet, médecin-chef de l'asile de Villejuif (Seine), à examiner des détenus de l'atelier de travaux publics d'Orléansville au cours d'un séjour à Alger, où il effectue une période de rappel comme médecin aide-major de réserve à l'hôpital du Dey. La question est pourtant des plus sensibles. Comme l'écrit Odile Roynette, « au début du siècle, c'est l'ensemble des bagnes militaires et surtout les pénitenciers et les ateliers de travaux publics situés en Afrique du Nord qui sont l'objet de violentes dénonciations »[60]. Or les intentions de Florentin Pactet, qui vient de publier avec son collègue Henri Colin deux ouvrages remarqués sur les « aliénés méconnus et condamnés »[61], sont claires. Son objectif est de repérer des détenus atteints de troubles mentaux[62]. Après en avoir observé une vingtaine, il estime que sept d'entre eux n'auraient pas dû être incorporés car ils présentaient une faiblesse mentale accusée et publie dans la *Revue de psychiatrie* un article reprenant ses principales conclusions[63]. Ses préconisations sont similaires à celles de ses collègues lors des congrès de Marseille et de Rennes.

Le ministère réagit moins d'un an plus tard. Une circulaire de Henry Chéron, sous-secrétaire d'État à la Guerre et avocat de formation, impose aux tribunaux militaires de faire réaliser par un aliéniste l'examen de tous les prévenus dont la santé mentale paraît douteuse[64]. La portée de cette mesure est cependant limitée car l'initiative de l'expertise est réservée aux commissaires du gouvernement et aux rapporteurs près les conseils de guerre. Or les

---

[58] *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, X^e^ session*, *op. cit.*, p. 476-483.
[59] *Ibid.*, p. 508.
[60] Odile ROYNETTE, « Les conseils de guerre en temps de paix entre réforme et suppression », art. cit., p. 53.
[61] Florentin PACTET, Henri COLIN, *Les aliénés devant la justice (aliénés méconnus et condamnés)*, Paris, Masson, 1894 et *Les aliénés dans les prisons (aliénés méconnus et condamnés)*, Paris, Masson, 1902.
[62] Il est difficile d'établir les circonstances exactes de sa visite à l'atelier de travaux publics d'Orléansville. Jules Simonin laisse entendre dans un rapport adressé au ministre de la Guerre qu'il s'agissait d'une « mission confidentielle » (SHD, GR NN9 7 1202). Mais Florentin Pactet explique avoir sollicité lui-même le ministre et fait figurer dans un article l'autorisation officielle qui lui a été accordée. Voir Florentin PACTET, « Les aliénés dans l'armée et dans les pénitenciers militaires », *Revue de psychiatrie*, 1906, p. 485-501.
[63] *Ibid.*
[64] Circulaire du sous-secrétariat d'État à la guerre du 16 novembre 1907, citée dans Angelo HESNARD, « La neuropsychiatrie dans la Marine », *Archives de médecine navale*, n° 53, 1910, p. 58.

tentatives pour modifier ce principe se soldent par un échec. En juin 1909, alors que la Chambre des députés examine un projet de loi portant sur la suppression des conseils de guerre et la modification des codes de justice militaire, plusieurs députés militent pour y faire figurer un article donnant le droit au prévenu, à sa famille ou à son avocat de demander le recours à l'expertise psychiatrique. Cette idée est repoussée, non seulement parce que la Chambre considère qu'elle risquerait d'alourdir et d'allonger les procédures mais aussi parce que certains députés continuent à considérer que l'examen mental des militaires inculpés est tout simplement inutile. La question est finalement renvoyée à un règlement d'administration publique, auquel il appartiendra de définir ultérieurement les conditions dans lesquelles l'expertise psychiatrique doit avoir lieu[65]. Quelques mois après la décision prise à la Chambre, les participants du congrès de Nantes tentent de trouver un compromis et, pour inciter l'autorité militaire à demander des expertises psychiatriques, ils suggèrent qu'un certificat sur l'état mental des prévenus, rédigé par le médecin de leur corps, soit systématiquement versé au dossier d'instruction. Cette proposition reste toutefois sans suite.

b) Éliminer les aliénés de l'armée

Les revendications des promoteurs de la psychiatrie militaire en matière d'expertise judiciaire vont de pair avec la volonté de voir l'armée renforcer la sélection des conscrits. À leurs yeux, la nécessité des expertises psychiatriques auprès des conseils de guerre est le symptôme d'un mal plus profond qu'il faut parvenir à traiter en amont en évitant l'incorporation d'individus atteints de tares mentales. Or ils sont convaincus que les dispositions existantes sont insuffisantes. Certes, une circulaire du 3 juin 1897 prescrit de réformer les militaires, même guéris, qui ont présenté des troubles mentaux mais elle est mal connue et peu appliquée, comme le soulignent en 1909 les docteurs André Antheaume et Roger Mignot*, médecins-chefs à la Maison nationale de Charenton. En étudiant la statistique médicale de l'armée, ces derniers constatent que le nombre de réformes pour cause d'aliénation est inférieur au nombre de soldats hospitalisés pour troubles mentaux[66]. Par ailleurs, lorsque la maladie s'est déjà manifestée dans la vie civile, on ne parvient pas toujours à éviter l'incorporation. La loi du 21 mars 1905 a, il est vrai, prévu pour tout inscrit sur les listes de recensement atteint d'une maladie ou d'une infirmité la possibilité de déposer dans sa

[65] On trouve une reproduction de ces débats dans André ANTHEAUME, Roger MIGNOT, *Les maladies mentales dans l'armée, op. cit.*, p. 223-247.
[66] *Ibid.*, p. 29.

mairie un dossier sanitaire composé des certificats médicaux attestant de son état de santé[67]. Ce dossier doit en principe permettre au conseil de révision de prendre une décision éclairée. Cela suppose toutefois que quelqu'un prenne l'initiative de le constituer. Les conscrits eux-mêmes n'en sont pas toujours capables ou préfèrent dissimuler leur maladie. Quant à leurs familles, elles choisissent souvent de garder le silence, par honte ou dans l'espoir que l'armée constituera une chance d'avenir pour un proche dépendant dont la charge est parfois trop lourde.

Quand bien même le dossier sanitaire existe, encore faut-il que le conseil de révision ait le temps d'en prendre connaissance. Or, comme l'a montré Odile Roynette, les médecins militaires ne disposent le plus souvent que de quelques minutes pour examiner chaque conscrit[68]. La présentation de certificats médicaux devant le conseil de révision pose par ailleurs un autre problème : comment être certain de la valeur d'un tel document, susceptible d'être obtenu dans le but d'échapper au service, avec la complicité du médecin ou bien en simulant une maladie dont il n'a pas su vérifier l'existence ? Car, si l'instruction sur l'aptitude physique au service militaire définit dans ses articles 50 à 54 les pathologies mentales qui doivent motiver l'exemption et la réforme, elle est rédigée dans des termes vagues et concerne des pathologies que les médecins, civils et militaires, savent souvent mal déceler, telle que l'idiotie ou l'épilepsie[69]. Enfin, le cas des appelés n'est pas le seul à retenir l'attention. Les aliénistes estiment en effet que l'entrée d'individus aliénés dans l'armée s'effectue principalement par le biais de l'engagement volontaire. Leurs travaux ont ainsi permis de déterminer que la fréquence des cas d'aliénation mentale est plus importante dans les régiments étrangers et dans les troupes coloniales où les engagés volontaires sont nombreux.

Il faut donc trouver les moyens d'identifier avec certitude, au moment du conseil de révision et lors de l'engagement, ceux qui doivent être « éliminés ». Pour cela, les médecins envisagent plusieurs solutions. En 1905 lors du congrès de Rennes, sous l'impulsion du médecin Adrien Granjux, ils réclament l'examen par un expert de tous les conscrits signalés comme atteints de maladie nerveuse ou mentale. L'arsenal des mesures préconisées s'élargit en 1909 : il est suggéré de demander à l'administration préfectorale d'avertir les conseils de révision lorsque des conscrits ont été internés et de rappeler l'obligation faite aux maires de signaler les cas de déséquilibre mental notoires. On envisage également d'établir un

[67] Loi du 21 mars 1915, Titre II, Chapitre 1er, article 10, *Bulletin des Lois de la République française*, Paris, Imprimerie nationale, t. 70, 1905, p. 1268.
[68] Odile ROYNETTE, « *Bons pour le service* », *op. cit.*, p. 190-191.
[69] « Instruction sur l'aptitude physique au service militaire », *Bulletin officiel du Ministère de la Guerre (édition méthodique)*, Paris, R. Chapelot et Cie, 1905.

partenariat entre l'école et l'armée, la première étant appelée à fournir à la seconde les moyens de repérer rapidement les indésirables. Pour les candidats à l'engagement volontaire, les participants du congrès de Nantes suggèrent ainsi d'ajouter un dossier scolaire visé par le maire au certificat médical attestant de l'absence de troubles mentaux. Un an plus tard, à l'occasion du Congrès international d'assistance aux aliénés organisé à Berlin, le docteur Florentin Pactet propose de généraliser cette mesure à l'ensemble des conscrits en mettant en place dans les écoles un « carnet sanitaire renfermant l'appréciation des professeurs sur les aptitudes psychologiques de chaque élève », dont la communication au conseil de révision serait obligatoire. L'utilisation des tests mis au point par Alfred Binet et Théodore Simon pour évaluer la « valeur intellectuelle » des élèves des écoles communales, un temps envisagée, est en revanche écartée. En effet, selon le médecin-major Jules Simonin, qui a assisté à des tests pratiqués par les deux psychologues sur onze soldats convalescents du Val-de-Grâce, le procédé n'est pas assez sûr et rapide pour être employé avec efficacité à grande échelle[70].

c) Former les futurs médecins militaires

Mais quelles que soient les mesures envisagées, elles ne peuvent donner de résultats probants qu'à la condition que les médecins de l'armée soient capables d'en comprendre l'intérêt et de les mettre en pratique. La formation des futurs médecins de l'armée en matière psychiatrique, très lacunaire, apparaît donc absolument nécessaire. À Lyon comme à Bordeaux[71], les élèves du Service de santé suivent les cours dispensés par la faculté de médecine. Or, le statut de la psychiatrie au sein des facultés de médecine françaises est celui d'une spécialité considérée comme largement secondaire. Il n'existe d'ailleurs que très peu de chaires de clinique des maladies mentales. En 1903, dans un rapport sur l'assistance aux aliénés resté célèbre, Paul Sérieux souligne le retard français : alors qu'il existe vingt chaires de clinique des maladies mentales en Allemagne et dix en Italie, la France n'en compte que

[70] 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, XIXe session, op. cit.*, p. 244. Pendant la Grande Guerre, l'armée américaine est la première à utiliser des tests pour dépister les conscrits atteints de retards mentaux. Voir Mathew THOMSON, « Status, Manpower, and Mental Deficiency in the First World War », *in* Roger COOTER, Mark HARRISON, Steve STURDY (dir.), *War, Medicine and Modernity*, Sutton, Sutton Press, 1999, p 149-166.

[71] L'école de Lyon forme les médecins et pharmaciens de l'armée de terre et de l'air tandis que l'école de Bordeaux forme ceux de la marine et des troupes coloniales.

quatre, à Paris, Lyon, Montpellier et Toulouse[72]. Au sein de la faculté de médecine de Bordeaux, bien qu'Emmanuel Régis soit chargé de cours depuis 1884, la chaire de clinique des maladies mentales n'est officiellement créée qu'en 1913. Par ailleurs, les chaires de clinique spéciales ne bénéficient pas du même statut que les chaires générales. Les enseignements qui s'y rattachent font l'objet de cours dits complémentaires que les étudiants peuvent choisir de suivre ou non[73]. L'enseignement psychiatrique libre, apparu au début du siècle précédent, subsiste mais est lui aussi facultatif[74]. Enfin, aucun stage hospitalier au sein d'un service d'aliénés n'est obligatoire pour devenir médecin[75]. Les élèves du Service de santé, dont la formation se déroule au sein d'hôpitaux militaires, sont très rarement confrontés à des malades atteints de troubles mentaux, dans la mesure où ceux-ci sont généralement transférés dans les asiles d'aliénés publics avec lesquels le Service de santé militaire a signé des conventions. Enfin, après l'obtention du doctorat, les futurs médecins de l'armée de terre achèvent leur formation à l'école militaire d'application du Val-de-Grâce[76] où il n'existe pas de chaire de médecine mentale et où l'enseignement psychiatrique est tout aussi rudimentaire[77]. Ainsi les futurs médecins militaires peuvent-ils effectuer leur scolarité sans recevoir de véritable formation en médecine mentale.

Au début du XXe siècle, tenant compte des avertissements lancés par les psychiatres, le Service de santé militaire apporte plusieurs améliorations à la formation des futurs

---

[72] La médecine mentale est le plus souvent rattachée aux chaires d'hygiène et de médecine légale. Paul SÉRIEUX, *L'assistance aux aliénés en France, en Allemagne, en Italie et en Suisse*, Paris, Imprimerie municipale, 1903, p. 414.

[73] Ce sort est partagé par plusieurs autres spécialités médicales (dermatologie, pédiatrie, ophtalmologie, urologie, syphiligraphie). Sur cette question, voir Jacques POIRIER, « La Faculté de médecine face à la montée du spécialisme », *Communications*, n° 54, 1992, p. 209-227.

[74] Comme d'autres spécialités longtemps tenues à l'écart des facultés de médecine, la psychiatrie fait dès le début du XIXe siècle l'objet d'un enseignement libre c'est-à-dire autorisé mais sans être officiellement reconnu. Il prend la forme de leçons cliniques fondées sur la présentation de malades par des aliénistes au sein de leurs services. La plupart des grands noms de la psychiatrie ont dispensé un enseignement libre, qu'il s'agisse de Pinel, Esquirol, Falret, Morel ou encore Magnan.

[75] Les étudiants peuvent s'ils le désirent effectuer une partie de leur stage obligatoire dans une clinique psychiatrique mais ils sont une minorité à faire ce choix. En 1903, un institut de médecine légale et de psychiatrie est fondé au sein de la faculté de médecine de Paris et un diplôme de médecine légale et psychiatrie est créé. Mais les cours, facultatifs et payants, ne concernent qu'un petit nombre d'étudiants. Voir Paul SÉRIEUX, « Le stage psychiatrique en France et à l'étranger », *Revue de psychiatrie*, n° 11, 1906, p. 441-461 ; Édouard TOULOUSE, « Le stage de médecine mentale et la loi », *Revue de psychiatrie*, 1899, p. 37-38 ; Désiré-Magloire BOURNEVILLE, « De l'enseignement de la médecine mentale », *Le Progrès médical*, n° 14, 1901, p. 289-292.

[76] La scolarité à l'école d'application du Val-de-Grâce dure un an et permet d'obtenir, à condition de réussir les épreuves d'admission, le grade d'aide-major de deuxième classe.

[77] La médecine mentale relève de la chaire d'hygiène et de médecine légale. La création d'une chaire de neuropsychiatrie et de médecine légale date de 1920. Voir *Le Val-de-Grâce et l'école d'application du Service de Santé militaire*, Amiens, Yvert et Cie, 1957, p. 98-100.

médecins de l'armée. À Lyon, le médecin-général inspecteur Vaillard rend obligatoire pour tous les élèves l'accomplissement d'un stage de six mois à l'asile de Bron, durant lequel ils « voient, touchent et interrogent eux-mêmes les malades, le professeur se réservant ensuite de faire la critique des observations prises »[78]. Saluant cet exemple, Adrien Granjux réclame en 1905, lors du congrès de Rennes, que les élèves du Val-de-Grâce puissent suivre les enseignements psychiatriques donnés à la faculté de médecine de Paris et qu'ils soient confrontés aux aliénés militaires internés à la Maison nationale de Charenton. S'il n'obtient pas gain de cause, des conférences dispensées par des aliénistes parisiens sont proposées dès l'année suivante aux élèves de l'école[79]. À une époque où la diffusion des connaissances passe essentiellement par l'écrit, l'accent mis sur l'enseignement de la psychiatrie militaire est se traduit aussi par la publication d'ouvrages qui visent à faire connaître les dernières avancées en la matière. À ce titre, le célèbre *Précis de psychiatrie* d'Emmanuel Régis joue un rôle important. Destiné aux étudiants, il est régulièrement remanié par Régis qui s'efforce de rendre compte des progrès de la discipline. En 1906, pour la troisième édition, il décide d'ajouter plusieurs chapitres dont un consacré à la psychiatrie militaire[80].

Mais ces avancées ne suffisent pas. En 1909, les participants au congrès de Nantes demandent la création d'une formation spécifique qui permette au Service de santé militaire de disposer d'un spécialiste en psychiatrie dans chaque chef-lieu de corps d'armée. Dans l'attente de pouvoir mettre en place une telle organisation, la participation d'aliénistes civils aux expertises psychiatriques militaires est demandée. Dans l'armée de mer, on prend acte de ces réclamations. Quelques mois après la tenue du congrès de Nantes, Henry Chéron, devenu sous-secrétaire d'État à la Marine, fixe par circulaire les conditions de la formation des experts psychiatres militaires[81]. Un an plus tard, une nouvelle circulaire réglemente l'organisation des services de neuropsychiatrie des hôpitaux militaires de la Marine. Des consignes très précises sont données quant à la taille et l'agencement des bâtiments, ainsi que sur les différentes installations permettant l'alitement, l'isolement et la surveillance des

[78] Adrien GRANJUX, « La prévention des maladies nerveuses et mentales dans l'armée », *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, XVe session*, Paris, Masson, 1905, p. 81.
[79] Jules SIMONIN, « Les dégénérés dans l'armée : origine, caractère, prophylaxie », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1909, p. 448.
[80] Emmanuel RÉGIS, *Précis de psychiatrie*, Paris, Doin, 1906.
[81] Circulaire du sous-secrétariat d'État de la Marine du 23 décembre 1909, citée dans Jules SIMONIN, « Les dégénérés dans l'armée : origine, caractère, prophylaxie », *art. cit.*, p. 452-453.

malades[82]. Dans l'armée de terre par contre, aucune décision n'est prise. Pourtant, les mesures réclamées par les aliénistes sont présentées au ministre de la Guerre dans un rapport rédigé par le médecin-major Jules Simonin. Mais les seules réactions officielles émanent du gouvernement militaire de Lyon où le général Robert rédige en novembre 1909 une circulaire destinée aux généraux ainsi qu'aux chefs de corps et de service dans laquelle il souligne la nécessité de surveiller l'état mental des jeunes soldats. Au mois de novembre, c'est le médecin-inspecteur Nimier, directeur du Service de santé de la 14e région militaire[83], qui s'adresse aux médecins-chefs des corps de troupe pour leur rappeler l'importance de repérer les « douteux mentaux ». Le texte de cette deuxième circulaire est directement inspiré des propos tenus à Nantes et, selon toute vraisemblance, a été préparé par le médecin-major Gaston Haury. Ce dernier, ancien élève de la faculté de médecine de Lyon qui s'est spécialisé dans la psychiatrie militaire, a examiné de nombreux militaires internés à l'asile de Bron. Le « plan d'examen pour l'étude d'un anormal » qu'il a mis au point pour guider les médecins dans leur tâche accompagne la circulaire. Long de plusieurs pages, il liste tous les éléments relatifs aux antécédents de l'individu, à son aspect physique et à son état psychique qui doivent être passés en revue[84].

Il n'est pas facile d'expliquer le décalage entre les armées de mer et de terre. Hervé Guillemain et Stéphane Tison notent que, différents travaux ayant établi que la fréquence des maladies mentales était supérieure dans la Marine, le problème y était de fait plus préoccupant[85]. L'essor de la psychiatrie militaire dans l'armée de mer semble également lié à la personnalité d'Angelo Hesnard, incarnant le succès de la collaboration entre médecine civile et militaire initiée à Bordeaux autour de son maître Emmanuel Régis. Hesnard peut en outre compter sur le soutien d'un responsable politique de premier plan, Henry Chéron, dont l'intérêt pour ces questions semble manifeste même s'il est délicat d'en établir précisément l'origine, faute d'informations biographiques[86].

---

[82] « Circulaire du sous-secrétaire d'État relative aux principes à observer dans la construction et l'aménagement des services de neuropsychiatrie dans les hôpitaux maritimes (3 novembre 1910) », *Annales de médecine et pharmacie navales*, n° 95, 1911, p. 138-142.

[83] Une carte des régions militaires françaises en 1914 se trouve en annexe 3.

[84] Ces deux circulaires ainsi que le plan d'examen sont reproduits dans Gaston HAURY, *Les anormaux et les malades mentaux au régiment*, Paris, Masson, 1913, p. 343-355.

[85] Hervé GUILLEMAIN, Stéphane TISON, *Du front à l'asile, 1914-1918, op. cit.*, p. 158.

[86] En dehors de la notice qui lui est consacrée dans le *Dictionnaire des parlementaires français*, on dispose de peu d'informations à son sujet, en particulier sur son action au sein des ministères de la Guerre et de la Marine. Voir Jean JOLLY (dir.), *Dictionnaire des parlementaires français, notices biographiques sur les ministres, sénateurs et députés français de 1889 à 1940*, t. 3, Paris, Presses universitaires de France, 1963, p. 1033-1037.

3) Écarter de l'armée les militaires atteints de troubles mentaux : les dispositions prises à la veille de la guerre

a) Un débat rendu public

L'année 1909 est importante à plus d'un titre. C'est d'abord, comme nous l'avons vu, l'année du congrès de Nantes qui marque l'apogée du mouvement des psychiatres en faveur d'une prise en compte de l'aliénation mentale dans l'armée. C'est aussi l'année où, pour la première fois, ce problème cesse d'être l'affaire de spécialistes pour toucher un plus large public. Le 10 août, *Le Matin* publie un article du docteur Jacques Roubinovitch intitulé « Les aliénés dans notre armée ». Les lecteurs de ce quotidien à grand tirage[87] découvrent les difficultés de l'armée russe pendant la guerre contre le Japon, les débats qui se sont tenus au congrès de Nantes et les vœux formulés par les médecins. Aucune source ne permet de déterminer si cet article est le fruit d'une stratégie élaborée par les participants au congrès de Nantes ou une initiative personnelle du docteur Roubinovitch, contributeur régulier du *Matin* où il tient une rubrique intitulée « Chez les aliénés »[88]. En 1906, il avait déjà utilisé le journal pour soutenir la lutte contre l'absinthe[89]. Cette fois, il s'emploie à faire savoir que l'aliénation mentale existe aussi dans l'armée. Cette nécessité semble être apparue aux psychiatres avec force à la suite des débats de juin 1909 à la Chambre. N'y a-t-on pas entendu un député, qui plus est ancien médecin militaire, affirmer au sujet d'un conscrit dont on examinait le cas que « s'il était fou, il ne serait pas soldat »[90] ? La référence récurrente à cette réflexion dans les articles scientifiques publiés après 1909 montre qu'elle provoque une prise de conscience chez les aliénistes qui réalisent que les préjugés doivent être combattus dans l'armée, en particulier au sein du Service de santé militaire, mais aussi de manière plus générale dans l'opinion publique.

---

[87] En novembre 1910, *Le Matin* tire 670 000 exemplaires par jour. Avec *Le Petit Journal*, *Le Petit Parisien* et *Le Journal*, il fait partie des quotidiens les plus lus en France. Voir Claude BELLANGER, Jacques GODECHOT, Pierre GUIRAL, Fernand TERROU (dir.), *Histoire générale de la presse française*, t. 3, Paris, Presses universitaires de France, 1972, p. 296.

[88] Voir par exemple : Jacques ROUBINOVITCH, « Les fous tels qu'ils sont », *Le Matin*, 9 septembre 1904 ; « Les zoomanes », *Le Matin*, 4 juin 1906 ; « Les fous de demain », *Le Matin*, 30 décembre 1906.

[89] *Ibid.*, « Guerre à l'alcool », *Le Matin*, 13 octobre 1909.

[90] Cette phrase est prononcée par Louis Cachet, député de l'Orne de 1902 à 1910, inscrit au groupe des républicains nationalistes. Il entre à l'école du Service de santé militaire de Strasbourg en 1869, sert pendant la guerre franco-prussienne puis termine ses études au Val-de-Grâce. Il quitte l'armée une fois reçu comme docteur pour installer son propre cabinet médical. Voir Jean JOLLY (dir.), *Dictionnaire des parlementaires français*, *op. cit.*, p. 822-823.

Quelques jours après la parution de l'article de Jacques Roubinovitch, une affaire éclate à Toulon. Le 111e régiment de ligne, placé sous le commandement du colonel Quiquandon, se trouve en casernement dans la ville. Un soldat en pleine crise de démence doit être transporté à l'hôpital Saint-Mandrier où il décède le jour même. Si l'évènement ne passe pas inaperçu, c'est que l'autopsie du soldat Santini, « faible de cervelle »[91], révèle qu'il faisait l'objet depuis plusieurs mois de sévices graves infligés par ses camarades. Son corps présente de nombreuses ecchymoses et des traces de brûlures sont repérées dans l'une de ses oreilles parce que ses tortionnaires y glissaient pendant son sommeil un morceau de papier à cigarette enflammé. Un médecin révèle l'affaire au journal *Le Petit Var*, principal quotidien local qui lui consacre à plusieurs reprises sa une, tandis que des entrefilets paraissent dans plusieurs journaux nationaux[92]. La population toulonnaise s'émeut de ce drame et plusieurs personnalités corses dénoncent le sort réservé à leur « compatriote »[93]. Mais la mort du soldat Santini ne suscite pas seulement des manifestations de solidarité régionaliste, d'autant que deux autres décès surviennent au mois de septembre au sein du 111e régiment. Celui du soldat Vidil, atteint d'une bronchite, qui s'est suicidé après avoir été menacé de comparution devant le conseil de guerre par son capitaine qui ne l'estimait pas malade, et celui du soldat Maunier, mort à la suite d'une hémorragie cérébrale pour n'avoir pas osé signaler ses œdèmes aux pieds et aux jambes au médecin-major, ce dernier lui ayant promis la prison s'il se faisait porter malade. Dès lors, l'affaire prend une ampleur nouvelle. *L'Humanité* entreprend de raconter à ses lecteurs ce qui se passe à Toulon. Le 24 septembre, le colonel Quiquandon fait l'objet d'une violente attaque dans un article » publié en une du journal sous le titre « La caserne de la mort »[94]. C'est en effet sur la personnalité de cet homme, accusé de favoritisme et de cruauté, que se concentrent les journalistes[95]. Dans le but d'étouffer le scandale, les autorités militaires décident de l'affecter au 18e régiment de ligne à Pau à la fin du mois de septembre.

L'affaire, qui semblait oubliée, est relancée le 7 février 1910, à l'occasion de la discussion du budget de la Guerre. Maurice Allard, député socialiste du Var, interpelle alors le

---

[91] *Journal officiel*. *Débats parlementaires. Chambre des députés*, 1ère séance du 7 février 1910, p. 614.

[92] Une série d'articles intitulés « Le calvaire d'un soldat » parait en une du *Petit Var* le 14, le 15, le 17, le 18 et le 19 août 1909. Le 25 août 1909, le journal publie un nouvel article sous le titre « Les incidents du 111e d'infanterie ». Des entrefilets relatant la mort du soldat Santini paraissent également dans la presse nationale, par exemple dans *La Croix* les 17, 19 et 27 août 1909, dans *Le Matin*, les 16 et 18 août 1909, ou encore dans *Le Petit Parisien*, les 16, 17, 19 et 30 août 1909.

[93] Le 25 août 1909, *Le Petit Var* publie en première page une lettre ouverte du maire de Corbara, Paul Martelli, évoquant la résolution du député Pascal Ceccaldi d'intervenir auprès du ministre de la Guerre.

[94] A.-M. Maurel, « La caserne de la mort », *L'Humanité*, 24 septembre 1909, p. 1.

[95] « L'affaire Quiquandon n'est pas close… », *L'Humanité*, 3 octobre 1909, p. 1. ; A.-M. Maurel, « L'affaire Quiquandon », *L'Humanité*, 6 octobre 1909, p. 1.

général Brun, ministre de la Guerre, pour réclamer des sanctions contre le colonel Quiquandon[96]. Résumant les faits, il observe qu'il aurait mieux valu ne pas incorporer le soldat Santini, visiblement atteint d'un retard mental. C'est exclusivement sur ce point que le général Brun choisit de répondre. Se concentrant sur le fait que les trois soldats décédés ne jouissaient pas de toutes leurs facultés mentales, il affirme qu'ils n'auraient pas dû être maintenus au régiment. Cette stratégie, qui permet de déplacer le débat et d'éviter au général Brun de condamner ouvertement un gradé, fonctionne, conduisant les députés à demander pourquoi aucun de ces militaires n'a été réformé. Le ministre de la Guerre s'engage alors à donner « les ordres les plus stricts pour que les hommes qui présentent des cas de ce genre ne soient pas maintenus au régiment et soient renvoyés dans leurs foyers le plus tôt possible »[97].

Les décès survenus au 111e régiment de ligne de Toulon auraient pu se résumer à une série de faits divers locaux. Leur impact tient pour beaucoup au contexte politique dans lequel ils surviennent et au rôle joué par Maurice Allard. Il fait peu de doute que c'est à l'instigation de ce socialiste libre-penseur, proche collaborateur du *Petit Var* et de *L'Humanité*, que les évènements sont couverts. Avec Édouard Vaillant, il a réclamé à plusieurs reprises la suppression du code militaire, des conseils de guerre et de l'armée permanente[98]. En juin 1909, il s'est en outre associé au groupe de députés qui demandaient que le principe de l'examen mental de tous les prévenus en conseil de guerre soit inscrit dans la loi[99]. Les évènements survenus à Toulon viennent renforcer et justifier sa position en réactivant des critiques anciennes sur le service militaire et la vie de caserne. Si les faits sont d'une gravité exceptionnelle, ils illustrent les difficultés auxquelles sont confrontés la plupart des conscrits et c'est sans doute pour cette raison qu'ils touchent l'opinion publique, bien plus que le fait que le soldat Santini ait été incorporé en dépit d'un retard mental manifeste. Comme l'a montré Odile Roynette, le service militaire représente une mise à l'épreuve tant sur le plan physique que psychique[100]. Les sévices subis par Santini constituent une version particulièrement violente et cruelle des brimades que les soldats peuvent s'infliger.

[96] *Journal officiel. Débats parlementaires. Chambre des députés*, 1ère séance du 7 février 1910, p. 613-625.
[97] *Ibid.*, p. 23.
[98] En 1898, Édouard Vaillant, Emmanuel Chauvière, Jules Breton, Jules Coutant et Maurice Allard sont les auteurs d'une « proposition de loi ayant pour objet de supprimer le code militaire et les conseils de guerre et de soumettre les soldats à la même juridiction ». En 1904, Maurice Allard s'associe à la contre-proposition de loi défendue par Édouard Vaillant qui réclame la suppression de l'armée permanente et des conseils de guerre. Voir Annie CRÉPIN, « Avant L'Armée nouvelle : les socialistes, Jaurès, et la défense nationale », *Cahiers Jaurès*, n° 207-208, 2013, p. 11-26.
[99] *Annales de la Chambre des députés, Débats parlementaires*, séances des 10 et 11 juin 1909, Paris, Imprimerie du Journal officiel, p. 494-510.
[100] Odile ROYNETTE, *« Bons pour le service »*, *op. cit.*, p. 404.

Officiellement interdites dans l'armée française depuis 1877, celles-ci n'ont pas pour autant disparu et restent souvent considérées comme un passage obligé pour les jeunes recrues. À la brutalité de certains camarades s'ajoute la sévérité de la discipline militaire. Les cas des soldats Maunier et Vidil révèlent la souffrance physique imposée par les exercices auxquels il vaut mieux ne pas essayer de se soustraire, la crainte de la punition étant plus forte que l'envie d'échapper à ses obligations.

On peut donc considérer que l'affaire de Toulon, sans avoir l'envergure d'un scandale national, joue un rôle d'évènement déclencheur. Elle survient alors que le général Brun vient d'être nommé au ministère de la Guerre, et que les psychiatres militent activement en faveur d'une prise en compte de l'état mental des conscrits. La décision prise par le ministre constitue le meilleur moyen de mettre fin à la polémique, somme toute à peu de frais : épargnant la hiérarchie militaire et sans remettre en cause globalement les conditions du service militaire, le général Brun se contente de reconnaître que celui-ci n'est pas souhaitable pour ceux dont les facultés mentales sont imparfaites. La direction du Service de santé militaire est alors invitée à proposer une instruction permettant d'écarter de l'armée les militaires atteints de troubles mentaux. Les documents préparatoires qui permettent d'en retracer la genèse sont conservés au Service historique de la défense. Au sein de cette liasse se trouve une reproduction des débats à la Chambre des députés sur laquelle la déclaration du général Brun est entourée en rouge : c'est sa promesse que le travail du Service de santé militaire doit permettre d'honorer.

b) Les réticences de l'armée de terre

Un premier projet est donc préparé et adressé pour examen aux différentes directions du ministère de la Guerre. Il se heurte immédiatement à l'opposition de la direction de l'Infanterie dont les réticences semblent se focaliser sur la question de l'engagement volontaire. À plusieurs reprises, les psychiatres ont en effet souligné la fréquence des cas d'aliénation mentale chez les candidats à l'engagement[101]. S'inspirant des recommandations formulées en 1909 au congrès de Nantes, le projet prévoit que ces derniers devront désormais subir un examen psychique spécifique et fournir deux pièces attestant de leur équilibre mental : leur dossier scolaire visé par le maire d'une part, un certificat médical du médecin de

[101] Voir par exemple Joseph CAZENEUVE, *Engagement volontaire et dégénérescence mentale*, thèse soutenue devant la faculté de médecine de Lyon, 1905.

famille d'autre part[102]. Dans un courrier adressé à la direction du Service de santé militaire le 26 mai 1910, la direction de l'Infanterie déclare ainsi : « le nombre de pièces exigées pour un engagement volontaire est déjà considérable et il paraît peu prudent de l'augmenter, ce qui pourrait avoir pour effet de diminuer le nombre des engagements ». Ces mesures lui paraissent particulièrement superflues lorsqu'il s'agit de réclamer des garanties « aux élèves des Grandes Écoles Civiles et des Grandes Écoles Militaires, engagés par devancement d'appel »[103]. La direction du Service de santé tente alors de trouver un compromis : sans exiger la présentation de ces pièces justificatives, on propose d'inviter chaque homme à les fournir de son propre chef. Mais la direction de l'Infanterie refuse de réviser sa position.

Or la direction du Service de santé n'ignore pas le retard pris par la France. Pour préparer cette instruction, elle a dressé un panorama de la situation dans les armées européennes [104] et s'inquiète de l'avance prise par l'Allemagne. Outre-Rhin, tous les établissements de cure ou soumis au contrôle de l'État fournissent en effet au recrutement la liste de tous les sujets traités qui appartiennent aux classes mobilisables tandis que tous les médecins militaires sont astreints à un « stage de maladies mentales »[105]. La direction du Service de santé a par ailleurs fait traduire, lire et étudier les travaux publiés en 1910 par le docteur Franz Apt, médecin militaire autrichien pourtant peu connu, en charge de la subdivision des malades aliénés et névropathes de l'hôpital militaire de Przemysl[106]. Elle sait également qu'en Belgique les engagés volontaires doivent être porteurs d'une attestation familiale certifiée par le médecin de famille[107]. Et si elle observe qu'en Angleterre le système reste perfectible, elle note que de larges mesures de réforme sont prévues lorsque des troubles

---

[102] SHD, Proposition d'instruction ministérielle relative aux « Dispositions à prendre en vue d'écarter de l'armée les militaires atteints de troubles mentaux », GR NN9 7 1202.

[103] *Ibid.*

[104] Au SHD, la liasse cotée GR NN9 7 1202 contient de nombreux documents de travail qui attestent de ces recherches sur l'assistance psychiatrique dans les armées européennes. Plusieurs psychiatres ont par ailleurs attiré l'attention dans leurs travaux sur le retard français. Voir par exemple Angelo HESNARD, « La neuropsychiatrie dans la Marine », *Archives de médecine navale*, n° 53, 1910, p. 46-58.

[105] Sur le développement de la psychiatrie militaire en Allemagne voir Martin LENGWILER, « Psychiatry Beyond the Asylum : the Origins of German Psychiatry Before World War I », *History of Psychiatry*, 14/1, 2003, p. 41-62.

[106] Franz APT, *Einige Worte über die psychiatrische Tätigkeit des Truppenarztes*, Przemsyl, 1910.

[107] Une annexe à l'arrêté royal du 12 septembre 1912 relatif aux engagements de volontaires de carrière présente le modèle suivant, qui sert d'attestation relative à l'intégrité du système nerveux : « Je soussigné X affirme n'avoir jamais remarqué chez (nom du fils ou du pupille) des symptômes d'aliénation mentale, de faiblesse d'intelligence, d'hallucinations, d'épilepsie ou d'incontinence d'urine ». Cette attestation doit être validée par un médecin. Enfin les deux signatures, celle du parent et du docteur, doivent être légalisées par la commune. Je remercie Christine van Everbroeck des précisions qu'elle m'a apportées sur ce point.

sont constatés au cours du service[108]. Il faut néanmoins attendre juin 1912 pour qu'un nouveau projet parvienne à faire l'unanimité, l'obligation de fournir un dossier scolaire et un certificat médical pour les engagements volontaires ayant été supprimée. Dans sa nouvelle mouture, l'instruction se contente d'inviter les médecins militaires à examiner attentivement les conscrits à la recherche de stigmates corporels susceptibles de traduire un déséquilibre, un retard psychique ou des troubles du comportement, tels que des malformations, une faiblesse de constitution ou encore des tatouages. L'instruction attire plus particulièrement l'attention sur les engagés volontaires, les « bons absents »[109] et les illettrés face auxquels les médecins sont appelés à redoubler de vigilance. À chaque visite médicale, lors du conseil de révision ou lors de l'incorporation, elle préconise de compléter l'examen somatique par un examen psychique, qui, si nécessaire, peut être approfondi après l'affectation du soldat par un séjour d'observation à l'hôpital. Enfin, elle précise que le repérage des individus aliénés doit se poursuivre au cours du service. Il est ainsi demandé aux gradés de signaler toute anomalie dans le comportement d'un soldat, en particulier lorsque celui-ci s'est rendu coupable d'infractions, et ce avant de prendre une sanction à son égard[110]. Afin de garantir l'application de ces consignes, l'instruction s'attache en outre à régler la question de la formation des médecins militaires de l'armée de terre. Elle prévoit la formation d'experts spécialistes en psychiatrie qui devront obtenir un diplôme devant la faculté de médecine de Paris ou dans toute autre faculté française dispensant une formation similaire. Cette spécialisation, qu'on veut réserver à des « médecins d'élite », n'est accessible qu'aux médecins-majors de deuxième classe au moins dont l'aptitude à remplir la fonction d'expert est déterminée à l'issue d'une épreuve écrite éliminatoire et d'un stage probatoire de deux mois.

L'instruction paraît au *Bulletin officiel* le 5 avril 1913[111]. Son efficacité est renforcée par un accord conclu quelques mois auparavant entre les ministères de la Guerre et de l'Intérieur, désireux de coordonner leurs efforts pour provoquer la réforme de tous les aliénés

---

[108] Sur le développement de la psychiatrie militaire en Grande-Bretagne voir Simon WESSELY, Edgar JONES, « The Origins of British Military Psychiatry Before the First World War », *War and Society*, 19/2, 2001, p. 91-108.

[109] On appelle ainsi les hommes qui ne se présentent pas au conseil de révision et sont considérés « bons pour le service » sans avoir passé la visite médicale. Considérés comme des délinquants militaires, ils ne peuvent pas être réformés à moins qu'il soit absolument impossible de les utiliser. Ils sont le plus souvent classés dans l'infanterie, l'absence de renseignements sur leurs qualités physiques ne permettant pas d'évaluer s'ils pourraient être versés dans d'autres armes.

[110] SHD, Proposition d'instruction ministérielle relative aux « Dispositions à prendre en vue d'écarter de l'armée les militaires atteints de troubles mentaux », 1912, GR NN9 7 1202.

[111] « Instruction ministérielle du 5 avril 1913 relative aux dispositions à prendre en vue d'écarter de l'armée les militaires atteints de troubles mentaux », *Bulletin officiel du Ministère de la Guerre*, 1913, p. 373.

inscrits sur les tableaux de recrutement. Dans ce but, une circulaire en date du 29 janvier 1913 impose aux préfets l'envoi annuel d'états répertoriant tous les internés concernés[112].

c) Un résultat très limité

En mai 1913, devant le IIIe Congrès de médecine légale des pays de langue française, le médecin-major Jules Simonin se félicite de l'instauration officielle de l'expertise psychiatrique aux armées : « ces mesures montrent combien l'administration de la Guerre a eu le souci de tenir compte des utiles suggestions venues des milieux scientifiques », affirme-t-il[113]. Il n'en reste pas moins qu'au terme d'un parcours long et difficile, l'instruction interministérielle relative aux « dispositions à prendre en vue d'écarter de l'armée les militaires atteints de troubles mentaux » constitue une version très édulcorée du projet initial et témoigne des réticences persistantes de l'armée de terre à prendre en compte la question de l'aliénation mentale chez les militaires. Ses craintes sont simples à comprendre : alors que la faiblesse des effectifs français face aux troupes allemandes est considérée comme alarmante, renforcer la sélection des conscrits risque de tarir le recrutement d'autant que les aliénistes ciblent tout particulièrement les unités qui constituent des réservoirs de soldats susceptibles de venir compléter les contingents : engagés volontaires, bataillons d'indigènes, bataillons d'Afrique[114]. Face à la montée des tensions internationales, les réflexions sur les nouvelles exigences de la guerre moderne semblent de moins en moins à l'ordre du jour. À défaut d'être des « cérébraux », les combattants dont la France a besoin doivent être nombreux.

Le renforcement des critères de sélection des conscrits pose donc problème. En outre, si le principe de l'élimination des aliénés fait l'unanimité, c'est parce qu'il est très flou. Qui doit-on refuser dans l'armée exactement ? Dès 1909, le souci de trouver un juste équilibre dans le tri des conscrits était perceptible chez les médecins de l'armée qui participaient au congrès de Nantes. Il faut trouver le moyen d'être efficace sans être trop sévère. Le cas des « débiles mentaux » montre combien il est difficile de décider où se situe le juste équilibre, sachant qu'il faudrait pouvoir établir à partir de quel degré d'arriération mentale un individu doit être considéré inapte au service. Or les spécialistes eux-mêmes éprouvent d'énormes

---

[112] Circulaire du ministère de l'Intérieur en date du 29 janvier 1913, citée par Jules SIMONIN, « Les dégénérés dans l'armée : origine, caractère, prophylaxie », art. cit., p. 455.
[113] *Ibid.*, p. 460.
[114] Les bataillons d'Afrique sont formés d'hommes condamnés à des peines légères. Voir Chantal ANTIER, « Le recrutement dans l'empire colonial français, 1914-1918 », *Guerres mondiales et conflits contemporains*, n° 230, 2002, p. 23-36.

difficultés à distinguer différents stades de retard mental et les catégories nosographiques auxquelles ils ont recours, c'est-à-dire l'idiotie, l'imbécilité et la débilité, sont très mal définies. De plus, le recours à la notion d'âge mental ne suffit pas à régler la question. Si l'utilisation du test d'Alfred Binet et Théodore Simon ne remporte pas l'adhésion des médecins-majors Jules Simonin et Paul Chavigny, c'est parce qu'ils estiment qu'un arriéré au point de vue scolaire n'est pas obligatoirement incapable de faire un bon soldat. Ainsi, s'ils admettent que l'âge mental minimum qu'on devrait exiger d'un conscrit est de douze ans (soit l'âge auquel un élève termine ses études primaires), Jules Simonin présente en 1909 au Congrès de Nantes le cas d'un soldat dont l'âge mental est évalué à neuf ans seulement mais qui se montre capable de tenir « honorablement et utilement sa place dans la masse armée »[115]. Au début des années 1910, ce type de constat conduit à l'apparition de plus en plus fréquente dans les écrits des médecins militaires de la catégorie des « demi-bons », qui désigne des individus jugés « utilisables », au moins dans le service auxiliaire, en dépit de certaines tares mentales. On perçoit bien cette évolution à la lecture de la communication présentée en 1912 au congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Tunis par Jules Simonin. Évoquant la « crise des effectifs », il rappelle que réformer un homme, c'est « exonérer […] un citoyen du lourd impôt qui pendant deux ans aliène sa liberté et, pendant vingt-cinq années, l'expose à verser son sang pour le pays […] ».

Rédigée alors que les débats autour de la loi des trois ans battent leur plein, l'instruction ministérielle du 5 avril 1913 reflète les préoccupations de l'époque. L'accent n'est plus tant mis sur l'élimination de ceux dont l'aptitude psychique serait insuffisante que sur leur gestion au sein de la troupe. Le livre publié par le médecin-major Gaston Haury en 1913 est symptomatique de ce changement de perspective[116]. Après avoir effectué des recherches sur les fugues dans l'armée et les soldats « bons absents »[117], il présente la synthèse de ses réflexions dans un ouvrage intitulé *Les anormaux et les malades mentaux au régiment*. Ce livre destiné aux officiers se propose de leur fournir des rudiments de médecine psychiatrique. Il n'y a là rien d'entièrement nouveau : Emmanuel Régis, qui préface le livre, est l'un des premiers à avoir insisté sur la nécessité d'instruire les officiers et donnait des cours à l'École militaire d'infanterie de Saint-Maixent. Toutefois, le but poursuivi par Gaston

[115] Jules SIMONIN, « Essai des tests psychiques scolaires pour apprécier l'aptitude intellectuelle au service militaire », art cit., p. 238.
[116] Gaston HAURY, *Les anormaux et les malades mentaux au régiment*, Paris, Masson, 1913.
[117] Gaston HAURY, *Les fugues dans l'armée (désertions, absences illégales)*, Lyon, Rey, 1910 ; « Le dépistage des anormaux psychiques. Étude mentale d'une catégorie de délinquants militaires, "les bons absents" », *Archives d'anthropologie criminelle et de médecine légale*, n° 198 et 199, juin-juillet 1910, p. 458-472 et p. 519-538.

Haury n'est plus seulement d'apprendre aux officiers comment repérer les anormaux et les malades mentaux mais aussi de leur expliquer comment les utiliser. Ainsi, après avoir exposé quelques principes généraux sur le fonctionnement du cerveau et la folie, il en vient à proposer aux officiers d'interroger et d'observer de près leurs hommes, puis d'établir une « fiche psychologique » sur chacun d'eux. En effet, il estime que « c'est la meilleure façon de tirer le maximum de rendement des individus que de savoir ce qu'on est en droit exactement, scientifiquement, d'exiger d'eux et de les mettre en état de produire »[118]. Il insiste par exemple sur l'existence de débiles adaptables, pour lesquels le service militaire constituerait « une véritable thérapeutique », à condition de protéger ces hommes contre d'éventuels camarades malveillants, de les empêcher de boire et de veiller à ce qu'ils écrivent régulièrement à leur famille – au besoin en accomplissant cette besogne à leur place – dans le but de prévenir tout accès de mélancolie. On imagine l'ampleur de la tâche qui, si elle peut difficilement se concevoir en temps de paix, à la caserne, paraît tout à fait insurmontable en temps de guerre. Pourtant, à la veille du conflit, la position de Gaston Haury ne choque pas et le livre fait l'objet de plusieurs recensions élogieuses[119]. Incapables de décider clairement des critères qui doivent motiver la réforme, rattrapés par la peur de priver l'armée d'hommes nécessaires à la défense nationale, les promoteurs de la psychiatrie militaire se rangent derrière une idée simple et rassurante : seule la mise à l'épreuve de l'individu permet de trancher. C'est ainsi que Jules Simonin propose, en 1912, d'adopter à l'égard des « douteux mentaux » le même principe que celui que préconise le docteur Kelsch, médecin inspecteur de l'armée, dans le cas de la tuberculose latente : « le véritable critérium de l'aptitude au service militaire réside en dernière analyse dans un essai loyal plus ou moins prolongé de ce service »[120].

En 1914, choisir de faire cet essai revient pourtant à prendre un risque non négligeable. La formation d'experts psychiatriques parmi les médecins de l'armée n'a pas été mise en œuvre. Reportée à l'automne 1914, elle est définitivement remise à plus tard par le déclenchement de la guerre. En cas d'incident, il est donc difficile de trouver un médecin à même de réaliser une évaluation sérieuse de l'état mental d'un soldat d'autant que la direction du Service de santé est très réticente à l'idée de solliciter des experts civils. Jules Simonin lui-

[118] Gaston HAURY, *Les anormaux et les malades mentaux au régiment, op. cit.* p 331.
[119] Voir par exemple la recension proposée dans la rubrique « Chronique des livres » du n° 12 de la revue *Paris médical* de 1913 (p. 1083) ou encore celle publiée la même année dans la section « Bibliographique » du n° 100 des *Archives de médecine et de pharmacie navale* (p. 396).
[120] Jules SIMONIN, « Les débiles mentaux dans l'armée. Débiles simples et délinquants (étude médico-clinique) », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, n° 17, 1912, p. 414.

même y est opposé. On perçoit ici les limites de la coopération entre les deux mondes. Si les médecins de l'armée acceptent de traiter d'égal à égal avec leurs confrères civils dans le cadre de débats théoriques, la pratique doit constituer leur domaine réservé. Autre limite de taille, l'instruction ministérielle d'avril 1913 ne prévoit aucune solution pour la prise en charge en temps de guerre des soldats atteints de troubles psychiatriques. Cette question pourtant cruciale est complètement négligée. En effet, la psychiatrie militaire s'est développée en France selon deux grandes orientations, en accord avec l'air du temps – la dimension prophylactique[121] et l'aspect médico-légal – tandis que les questions relatives à l'évacuation et au traitement des militaires aliénés en temps de guerre ne font pas l'objet de vœux lors des congrès. Par ailleurs, la direction du Service de santé ne semble pas convaincue qu'il faudra gérer un nombre important de « blessés psychiques » en cas de conflit. Dans le compte rendu du congrès de Nantes qu'il adresse au ministre de la Guerre, Jules Simonin, souligne certes la nécessité de prêter attention à la question de l'aliénation mentale dans l'armée mais affirme aussitôt que les craintes des psychiatres sont exagérées :

> « Le chiffre considérable de cas d'aliénation observés chez les Russes en Mandchourie est avant tout une question de race et provient d'autre part de l'alcoolisme invétéré des Slaves. […] il ne semble pas quand on considère l'histoire des campagnes françaises anciennes ou récentes que notre armée ait à redouter pareille accumulation d'aliénés »[122].

Ainsi, bien que la psychiatrie militaire se soit développée en France dès les années 1890, l'armée française est une des dernières en Europe à prendre des dispositions pour se prémunir contre l'incorporation de jeunes hommes instables au plan mental. La portée de l'instruction ministérielle rédigée en 1913 est en outre très limitée. Faute de consensus et face à la montée des tensions internationales, ces mesures tardives ne constituent que des concessions *a minima*. De nombreuses questions sont laissées de côté et les quelques dispositions prises peinent à entrer en vigueur. La psychiatrie militaire n'est toujours représentée que par une poignée de spécialistes dont les positions à l'approche de la guerre sont de plus en plus ambigües. En conséquence, elle occupe toujours une position marginale au sein du Service de santé militaire. Nombreux sont les médecins de l'armée qui ne comprennent pas son utilité voire la méprisent. C'est ce qui explique l'accueil réservé en août

[121] Les parallèles fréquents avec la bactériologie sont frappants : l'armée doit agir contre l'aliénation mentale de la même façon qu'un « organisme contre les microbes ». Voir André ANTHEAUME, Roger MIGNOT, *Les maladies mentales dans l'armée, op. cit.*, p. 203.

[122] SHD, Compte rendu du XIXe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française rédigé par le médecin-major de première classe Simonin, GR NN9 7 1202.

1914 à Frantz Adam, médecin-adjoint des asiles de la Seine mobilisé comme aide-major au 23e régiment d'infanterie, qu'il relate en ces termes :

> « Je vais me présenter à mon médecin-chef ; il attendait un chirurgien, je lui annonce que je suis psychiatre. "Psy-quoi ?" demande son officier d'administration ; et le major Mendès, navré, déclare à son collaborateur que je ne suis "qu'un médecin de fous". »[123]

[123] Frantz ADAM, *Sentinelles prenez garde à vous : souvenirs et enseignements de quatre ans de guerre avec le 23e R.I.*, Paris, Legrand, 1933.

II - Principes, modalités et acteurs de l'assistance psychiatrique dans l'armée pendant la Grande Guerre

Dès les premiers mois de la guerre, la multiplication des cas de troubles mentaux chez les combattants prend le Service de santé militaire de court. Pour faire face à la situation, celui-ci tente d'abord d'appliquer les principes qui prévalaient jusqu'alors et se tourne vers les asiles, qui constituent dans un premier temps les seules structures dont dispose le pays pour accueillir les soldats aliénés. Déjà très encombrés, ces établissements sont donc fortement sollicités. Ils représentent à la fois un repoussoir qui motive la création de nouveaux modes de prise en charge et une indispensable soupape de sécurité, puisqu'ils sont les seuls à disposer de l'espace, des moyens et de l'organisation qui permettent d'accueillir les soldats les plus gravement atteints. Selon quelles modalités entrent-ils en guerre et comment s'inscrivent-ils dans la chaîne d'évacuation ?

1) Les asiles d'aliénés : pièces clés du dispositif mis en place par le Service de santé militaire

Lorsque la France entre en guerre, le Service de santé militaire peut s'appuyer sur un réseau d'asiles d'aliénés répartis sur l'ensemble du territoire. Avant de voir selon quels principes s'organise leur collaboration avec les autorités militaires, il est nécessaire de comprendre comment fonctionnent ces établissements. À quoi ressemblent-ils, comment leur rôle est-il défini, quels patients accueillent-ils et selon quelles règles ?

a) Les caractéristiques du « système asilaire national » à la veille de la guerre

Le « système asilaire national »[124] français tire son origine du vote de la loi du 30 juin 1838 qui impose à tous les départements d'organiser le placement et le traitement des aliénés indigents nés ou résidant sur leur territoire[125]. Cette loi a donc donné naissance à plusieurs types d'établissements en fonction des choix opérés localement. La plupart des départements

[124] L'expression est celle de l'historienne Jan Goldstein. Voir Jan GOLDSTEIN, *Consoler et classifier. L'essor de la psychiatrie française*, Paris, Institut Synthélabo, 1997.

[125] Précisons qu'il existait déjà quelques asiles publics d'aliénés en France. Quelques départements ont en effet ouvert un établissement avant 1838, comme la Sarthe ou la Seine inférieure. Voir Hervé GUILLEMAIN, *Chroniques de la psychiatrie ordinaire. Patients, soignants et institutions en Sarthe du XIXe au XXIe siècle*, Le Mans, Éditions de la Reinette, 2010.

décident de créer leur propre asile d'aliénés. Dans le Rhône, l'asile de Bron ouvre en 1876. Suivant les prescriptions des aliénistes de l'époque, au premier rang desquels Jean-Étienne Esquirol, les établissements sont construits en périphérie des villes, dans un environnement encore rural. Ce choix s'explique par le rôle thérapeutique attribué à l'isolement des malades, au grand air et aux travaux agricoles. Mais les arguments sont aussi d'ordre pratique : il faut trouver des terrains suffisamment vastes et bon marché. Les asiles départementaux sont en effet des établissements imposants qui s'étendent sur plusieurs dizaines d'hectares et comprennent souvent un parc, des champs, des vignes, un potager, une ferme.

L'ouverture d'un asile public suppose donc de très lourdes dépenses. Pour la construction des trois asiles de Sainte-Anne, de Ville-Évrard et de Vaucluse, le département de la Seine consent à dépenser dix millions de francs[126]. Le département de l'Oise doit quant à lui faire un emprunt de quatre millions de francs pour appliquer la loi de 1838. Lorsqu'ils ne sont pas en mesure d'assumer de tels frais, ou s'ils ne le souhaitent pas, les départements disposent de plusieurs alternatives. Ils peuvent tout d'abord transformer des bâtiments existants. C'est le cas dans l'Isère où le dépôt de mendicité installé dans l'ancien couvent de Saint-Robert devient l'asile départemental en 1838. Ils ont également la possibilité de réunir leurs malades aliénés dans un quartier de l'hospice général. En Loire-Inférieure par exemple, les internés sont placés à l'hospice Saint-Jacques. Cette solution suscite néanmoins la désapprobation des aliénistes qui voient dans les quartiers d'hospice la survivance d'un système dépassé et, en 1908, le ministère de l'Intérieur rappelle aux préfets la nécessité d'inspecter régulièrement ces quartiers afin de s'assurer que les malades y sont bien traités[127]. Enfin, des accords peuvent être passés avec l'asile public ou privé d'un autre département[128]. Dans la mesure où les asiles privés, fondés et gérés par des congrégations ou des ordres religieux, sont nombreux, il paraît souvent inutile d'engager des dépenses pour construire un établissement public concurrent. Cette solution est plus simple, plus rapide et plus économique, à court comme à long terme, puisque les asiles religieux pratiquent souvent des

[126] Il s'agit de la somme que le département a été autorisé à dépenser en 1863 et qui pouvait, en cas de besoin, être élevée à quinze millions. En plus de ces trois premiers établissements, le département de la Seine construit l'asile de Villejuif en 1884, l'asile de Maison-Blanche en 1900 et celui de Moisselles en 1904. Voir Michel CAIRE, *Contribution à l'histoire de l'hôpital Sainte-Anne (Paris) : des origines au début du XXe siècle*, thèse de médecine, Cochin-Port-Royal, 1981, p. 37.

[127] « Quartiers d'hospice affectés aux aliénés. Surveillance par le Conseil général. Circulaire ministérielle », *Annales médico-psychologiques*, n° 7, 1908, p. 342-344.

[128] La loi de 1838 posait certaines conditions. Les asiles privés concernés devaient notamment disposer d'un médecin résident. Voir Jan GOLDSTEIN, *Consoler et classifier*, *op. cit.*, p. 391. Cependant, cette règle n'est pas toujours respectée avant la fin du XIXe siècle, comme l'a montré Hervé Guillemain : Hervé GUILLEMAIN, *Diriger les consciences, guérir les âmes*, *op. cit.*

tarifs moins élevés que les asiles publics[129]. Elle est donc souvent retenue et c'est la raison pour laquelle on trouve en France de nombreux établissements privés « faisant fonction d'asile public ». On peut citer le cas de l'asile de Saint-Jean-de-Dieu, situé à Lyon, qui reçoit les malades hommes du département de la Loire, de la Drôme et du Gard.

La distinction entre asile religieux et asile public est moins nette qu'on pourrait le penser. En 1914 encore, le personnel de nombreux asiles publics est composé par les sœurs issues de congrégations qui ont passé des conventions avec les départements. Comme l'a montré Hervé Guillemain, cette situation s'explique par la difficulté à recruter des laïcs pour occuper cette fonction difficile mais aussi par le mode de fonctionnement des asiles dont les points communs avec la vie monacale sont nombreux. La séparation des sexes est une règle absolue qui s'applique aussi bien aux malades qu'à leurs gardiens[130] : seules des femmes travaillent dans les services de femmes et il en est de même du côté des hommes. Ce principe, ainsi que l'ensemble des normes édictées par les aliénistes, se traduit dans les plans type qui servent de référence pour tous les établissements, les bâtiments étant organisés de manière à regrouper les malades selon le sexe et le comportement (calmes ou agités), à favoriser la surveillance et à garantir le maintien de l'ordre[131]. La répartition des aliénés s'effectue également en fonction de leur statut social. L'asile est en effet un univers très hiérarchisé où les malades sont pris en charge selon le tarif qu'ils sont à même de payer. Les plus pauvres, dits indigents, sont traités au régime commun. Leurs frais d'internement sont acquittés par les départements et les communes dans lesquels ils résident. Pour les malades payants, plus le prix de journée est élevé, plus les avantages sont importants. Les patients les plus riches peuvent séjourner dans les pensionnats, lorsque l'asile en possède, le plus souvent installés dans des bâtiments distincts du reste de l'établissement. Ils bénéficient d'un confort supérieur et d'une meilleure nourriture. Dans certains asiles, le tarif payé par les malades de la première classe permet même d'obtenir une chambre individuelle et de s'adjoindre les services d'un domestique attitré.

---

[129] Jan Goldstein met également en avant un autre facteur : les départements qui choisissent de traiter avec des asiles privés tenus par des congrégations étaient le plus souvent des régions très catholiques : la Bretagne, la Normandie, l'Alsace, la Lorraine, la Franche-Comté. Voir Jan GOLDSTEIN, *Consoler et classifier, op. cit.*, p. 400.

[130] En psychiatrie, les infirmiers ont été appelés gardiens jusque dans les années 1930.

[131] Sur l'architecture asilaire en France, on pourra consulter entre autres : Jean-Michel LÉNIAUD, « Un champ d'application du rationalisme architectural : les asiles d'aliénés dans la première moitié du XIXe siècle », *L'Information psychiatrique*, n° 6, juillet 1980, p. 747-761 ; Lucile GRAND, « L'architecture asilaire au XIXe siècle, entre utopie et mensonge », *Bibliothèque de l'École des Chartes*, n° 1, 2005, p. 165-196 ; Pierre-Louis LAGET, « Naissance et évolution du plan pavillonnaire dans les asiles d'aliénés », *Livraisons d'histoire de l'architecture*, n° 7, 2004, p. 51-70.

Les pensionnats sont destinés à garantir aux asiles publics la présence dans leurs murs d'une clientèle aisée qui constitue une source de revenus non négligeable. Mais ils sont fortement concurrencés par de nombreux établissements privés, généralement appelés maisons de santé. S'il en existe beaucoup en région parisienne, la province n'en est pas dépourvue. Dans la région lyonnaise, la maison de santé de Saint-Vincent de Paul, celle de Champvert ou encore celle du docteur Rémi Courjon située à Meyzieu, bénéficient d'une solide réputation. Dans la région bordelaise, on l'a vu, Emmanuel Régis travaille un temps à la maison de santé de Castel d'Andorte. Il n'est pas le seul médecin de renom à exercer dans ce type d'établissements. André Antheaume, qui fonde en 1911 une maison de santé à Rueil-Malmaison après avoir quitté son poste de médecin-chef à la Maison nationale de Charenton, constitue un autre exemple[132]. Le succès de ces institutions, analysé par Olivier Faure[133], se traduit par la multiplication des encarts publicitaires dans les grands quotidiens et les revues de psychiatrie. On y vante le confort des installations, avec lequel les pensionnats des asiles ont du mal à rivaliser, la qualité des traitements proposés et le recours à des méthodes novatrices (hydrothérapie, électrothérapie, massages). La clientèle visée est riche car les tarifs sont élevés. Les familles viennent souvent chercher une solution pour faire soigner et parfois se débarrasser d'un parent dont la maladie, jugée infamante, ne doit pas être révélée au grand jour. Il est en effet bien plus discret et moins stigmatisant de faire un séjour dans une maison de santé plutôt que dans un asile. C'est pourquoi les publicités des maisons de santé bannissent soigneusement le terme « aliéné »[134] bien que plusieurs d'entre elles soient autorisées à recevoir des malades sous contrainte au titre de la loi du 30 juin 1838.

Enfin, certains établissements destinés à recevoir des aliénés occupent une position originale au sein du « système asilaire national ». Sept asiles sont dits autonomes, parmi lesquels on compte l'asile de Cadillac (Garonne) et l'asile Saint-Pierre (Bouches-du-Rhône)[135]. Leur statut, qui a longtemps été flou, découle de leur histoire particulière. Tous sont en effet antérieurs à la loi du 30 juin 1838. Leurs bâtiments, leur terrain, leur mobilier leur appartiennent en propre et leur autonomie administrative n'est limitée que par le pouvoir

[132] L'établissement, créé par André Antheaume et Louis Bour, a été baptisé sanatorium de la Malmaison.
[133] Olivier FAURE, *Les cliniques privées. Deux siècles de succès*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2012.
[134] *Ibid.*, p. 25.
[135] Les cinq autres sont les asiles de Montperrin (Bouches-du-Rhône), d'Armentières et de Bailleul (Nord), de Bassens (Savoie) et de Château-Picon (Gironde).

de contrôle attribué à l'État[136]. Tout comme les asiles privés, ils passent des traités avec certains départements qui leur confient leurs aliénés. La France possède en outre un établissement destiné aux aliénés dont le statut est unique. Il s'agit de la Maison nationale de Charenton. Située à Saint-Maurice, dans la banlieue sud-est de Paris, elle a été fondée en 1641 par les frères de Saint-Jean-de-Dieu et a d'abord fonctionné comme une maison de santé privée accueillant parmi ses pensionnaires des hommes et des femmes enfermés sur décision du roi. Fermée en 1795, elle est finalement rouverte deux ans plus tard et devient la propriété de l'État, placée sous la tutelle directe du ministère de l'Intérieur[137]. Dès lors, la Maison nationale accueille prioritairement les fonctionnaires, les officiers et les soldats, les agents des administrations et les élèves des grandes écoles devenus aliénés.

Quel que soit le type d'établissement pris en compte, la loi du 30 juin 1838 fixe les conditions administratives et juridiques de l'assistance aux aliénés, en particulier les modalités selon lesquelles la décision d'interner ou de libérer un malade doit être prise. L'entrée dans un asile peut résulter d'un placement volontaire ou d'un placement d'office[138]. Dans le premier cas, l'internement est demandé par un membre de la famille du malade[139]. Dans le second, il est ordonné par le préfet lorsqu'un individu perturbe l'ordre public, ou s'il est jugé dangereux pour lui-même ou pour les autres. Dans les deux cas, la nécessité de l'internement doit être constatée par un médecin, certificat à l'appui. Quant aux règles qui président à la sortie de l'asile, elles dépendent de la manière dont le malade y est entré. Lorsque le placement est volontaire, la sortie peut être obtenue par la famille. Si le médecin souhaite s'y opposer, il doit avertir le maire de la commune où réside l'aliéné, lequel peut faire suspendre la sortie et avertir le préfet qui pourra décider d'un placement d'office. Dans le cas d'un placement d'office, la sortie dépend uniquement du préfet, ce dernier prenant sa décision au vu des rapports médicaux mensuels adressés par le directeur de l'asile.

À la veille de la Grande Guerre, le système asilaire français est constitué de 58 asiles départementaux, de 14 quartiers d'hospice, de 16 asiles privés faisant fonction d'asiles publics

---

[136] Le ministre de l'Intérieur nomme le directeur ainsi que les membres de la commission de surveillance et les médecins par l'intermédiaire du préfet. Il approuve les budgets, les comptes et les prix de journée. Voir Henri MOULONGUET, *Les asiles d'aliénés autonomes*, thèse soutenue devant la faculté de droit de Paris, 1913.

[137] Voir Jean RAYNIER, Henri BEAUDOIN, *L'assistance psychiatrique française : assistance, législation, médecine légale, psychiatrie sociale*, t. 1, Paris, Le François, 1949, p. 22.

[138] Voir Jean RAYNIER, Henri BEAUDOIN, *L'assistance psychiatrique française, op. cit.*, t. 2, p. 61-72.

[139] Le malade ne peut pas demander lui-même son internement : le placement libre n'existe pas car on considère qu'un individu aliéné ne peut pas être conscient de ses troubles.

et de 26 asiles privés proprement dits[140]. La plupart reçoivent alors plusieurs centaines d'aliénés, comme le montrent les données réunies dans la Statistique générale de France[141]. À cette date, la surpopulation est un problème majeur : le nombre d'internés est en effet passé de 65 505 au 31 décembre 1900 à 77 013 au 31 décembre 1913[142]. Les malades s'entassent dans des locaux devenus trop petits et où les conditions d'hygiène se sont considérablement dégradées, notamment dans la Seine où la construction d'un septième asile est envisagée[143]. Pourtant, c'est sur ce réseau d'établissements, et uniquement sur lui, que le Service de santé militaire prévoit de s'appuyer pour assurer la prise en charge de tous les militaires aliénés en cas de conflit.

b) Un réseau d'asiles sous convention avec le Service de santé militaire

Un des premiers asiles d'aliénés à être désigné par le Service de santé militaire pour accueillir les militaires atteints de troubles mentaux est la Maison nationale de Charenton. Dès le début du XIXe siècle, la pratique est courante et motivée par l'impossibilité de conserver ces soldats, agités et potentiellement dangereux, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce[144]. À la veille de la Première guerre mondiale, cet établissement n'a toutefois pas de monopole. Le règlement du Service de santé ne mentionne pas cet asile mais précise simplement, dans son article 202, que « les militaires en activité atteints d'aliénation mentale ne sont admis dans les hôpitaux militaires que momentanément » avant d'être « dirigés sur un établissement d'aliénés »[145]. L'article 544 indique quant à lui que la demande d'internement doit être adressée par l'autorité militaire au préfet, selon les dispositions prévues dans la loi du 30 juin

[140] On trouvera la liste de ces établissements ainsi qu'une carte indiquant leur localisation sur le territoire français dans Gilbert BALLET (dir.), *Traité de pathologie mentale*, Paris, Doin, 1903, p. 1591.
[141] En effet, bien que les spécialistes préconisaient de ne pas interner plus d'une ou deux centaines de malades dans un même établissement, la plupart des asiles français dépassent ce nombre.
[142] *Bulletin de l'Institut national d'hygiène*, janvier-mars 1948, p. 3.
[143] Florentin PACTET, Raphaël LOISEAU, *Projet de construction d'un nouvel asile d'aliénés, étude de l'organisation, plan, façades et coupes*, Paris, Imprimerie nouvelle, 1913.
[144] Dans une lettre datée du 23 juin 1809 adressée au directeur de Charenton, l'économe de l'hôpital du Val-de-Grâce demande l'évacuation des militaires aliénés « parce que leur état ne peut que s'aggraver à la vue des malades en danger qu'ils ont toujours sous les yeux, ou par les contrariétés auxquelles ils sont exposés de la part de leurs camarades. Pour le danger qui en résulterait pour les autres malades, si l'on n'était pas en mesure de prévenir les accès furieux qu'ils peuvent avoir et contre lesquels nous n'avons pas de ressources que le cachot ou les camisoler qui souvent empirent le mal ». Voir Jean-Rodolphe ZANZOTTO, *Militaires et invalides à la maison de Charenton (1797-1813)*, mémoire de maîtrise d'histoire, Paris XII - Val de Marne, 1993, p. 64.
[145] *Règlement sur le Service de Santé de l'armée à l'intérieur*, Paris, Charles Lavauzelle, 1911, p. 77.

1838 : il s'agit donc toujours d'un placement d'office[146]. Le Service de santé traite généralement avec l'établissement le plus proche du lieu où se trouve le militaire à interner. Pour cela, il passe des conventions avec la plupart des asiles du pays, comme avec l'ensemble des hôpitaux civils dans lesquels il souhaite pouvoir placer des militaires. Ces conventions n'ont pas toujours été conservées[147] mais elles suivent un même modèle, établi pour répondre à trois objectifs principaux.

Il s'agit tout d'abord de s'assurer qu'il existe dans chaque région militaire au moins un asile où placer des militaires aliénés. Les établissements concernés s'engagent en effet à accepter les malades qui leur sont adressés par le Service de santé. Le modèle établi pour servir à la rédaction de ces conventions prévoit un nombre de lits à réserver aux malades militaires. À l'asile de Sainte-Catherine (Allier), où l'on compte environ 800 malades en janvier 1914, treize lits sont réservés pour les soldats, brigadiers et caporaux, cinq pour les sous-officiers et cinq autres pour les officiers. Il arrive cependant que les conventions ne contiennent pas de précisions à ce sujet. C'est le cas pour l'asile de Bron comme pour celui de Saint-Robert, où l'on peut supposer que les administrateurs ont préféré ne pas donner de garanties précises, estimant sans doute préférable de statuer au cas par cas, en fonction du nombre de lits disponibles à un moment donné. Ce choix s'explique probablement par le fait que ces deux établissements sont déjà très encombrés en 1913 lorsque ces accords sont passés avec le Service de santé. En 1914, l'asile de Bron est alors le plus peuplé de France avec un peu plus de 2 000 aliénés.

Ces conventions répondent aussi à des impératifs financiers. Comme l'a montré Jean Imbert, jusqu'au milieu du XIXe siècle les prix de journée appliqués aux militaires dans les hôpitaux civils fluctuent beaucoup[148]. C'est d'autant plus vrai dans les asiles, où ces prix sont extrêmement variables[149]. Pour y remédier, la loi du 7 juillet 1877 prescrit au Service de santé de négocier des tarifs avec les différents établissements civils susceptibles d'accueillir des militaires et de les faire inscrire dans une convention. Celle-ci doit définir le montant des frais qui pourront être réclamés à l'État pour le traitement, l'alimentation, l'habillement des militaires et même, en cas de décès, pour leur inhumation. La manière les factures sont

---

[146] *Ibid.* Sur le placement d'office des militaires dans les asiles d'aliénés, voir Jean RAYNIER, Henri BEAUDOIN, *L'assistance psychiatrique française*, *op. cit.*, t. 1, p. 91-94 ; FAVERET, « Le placement des militaires aliénés », *L'Aliéniste français*, n° 2, 1938, p. 65-70.

[147] J'ai retrouvé les conventions signées par l'asile de Bron en 1913 (AD du Rhône, H-Dépôt Vinatier, L 60), par l'asile de Saint-Robert en 1913 (Archives du Centre Hospitalier Alpes-Isère, non coté) et par l'asile Sainte-Catherine en 1889 (AD de l'Allier, 1 X 3).

[148] Jean IMBERT, *Les hôpitaux en France*, Paris, Presses universitaires de France, 1994, p. 42.

[149] Sur ce point, voir Jan GOLDSTEIN, *Consoler et classifier*, *op. cit.*, p. 399.

établies, les moyens ainsi que les délais de paiement sont également précisés. Enfin, un cahier des charges définit les conditions dans lesquelles les militaires doivent être traités. Les renseignements fournis par les conventions révèlent donc comment le Service de santé envisageait, dans les années qui ont précédé la guerre, la prise en charge des militaires aliénés. Or la comparaison avec les modèles de convention prévus pour les hôpitaux civils permet de constater que celles qui sont signées par les asiles présentent peu de spécificités : les exigences définies pour les militaires aliénés sont celles qui valent pour n'importe quels soldats hospitalisés[150]. Il est généralement précisé qu'ils devront être « placés dans les meilleures conditions que permettent les ressources de l'asile »[151]. La classe de traitement est choisie en fonction du grade. Les officiers doivent être assimilés à des pensionnaires des classes les plus élevées et bénéficier d'une chambre individuelle sauf si leur état nécessite de les placer dans des salles communes. Les sous-officiers sont considérés comme des pensionnaires de troisième ou quatrième classe, tandis que les caporaux, brigadiers et simples soldats sont placés à la dernière classe. La hiérarchie militaire est ainsi strictement respectée dans l'asile et transparaît au quotidien dans le régime alimentaire comme dans la tenue portée par chacun : les officiers peuvent revêtir des vêtements civils tandis que les sous-officiers reçoivent les habits fournis par l'établissement, différents de ceux qu'on donne aux hommes du rang.

Ces conventions sont en principe renégociées tous les cinq ans afin de tenir compte de l'évolution des prix de journée. Il aurait été particulièrement intéressant de disposer des différentes versions rédigées au fil du temps. Leur comparaison mettrait-elle en lumière une prise de conscience face aux recommandations des aliénistes ou démontrerait-elle au contraire l'inertie du Service de santé militaire ? Il est difficile de répondre, les quelques conventions trouvées dans les archives n'étant disponibles que sous un seul exemplaire établi à une date donnée. Cependant, il semble peu probable que des modifications majeures aient été introduites, dans la mesure où le règlement du Service de santé n'évolue guère et l'on peut supposer que les conventions ont plutôt contribué à figer le système de prise en charge des soldats aliénés. Fort des ententes passées avec un grand nombre d'établissements, le Service de santé peut en effet considérer qu'il maîtrise la situation. La mise en œuvre des conventions

[150] Voir le modèle fourni dans le *Règlement sur le Service de Santé de l'armée à l'intérieur*, Paris, Charles-Lavauzelle, 1911, p. 492-505. Je remercie Romaric Nouat de m'avoir fourni plusieurs exemples de conventions établies entre le Service de santé et des hôpitaux de la région de Tours.
[151] Cette expression est celle qui figure dans la convention signée en 1889 par l'asile Sainte-Catherine. On trouve dans les autres des formulations similaires.

signées avec les asiles ne semble avoir soulevé aucun problème notable avant la guerre[152]. Dans son traité d'hygiène militaire, le professeur Georges Morache évacue d'ailleurs la question en quelques mots : « l'armée ne possède pas de maisons spéciales pour les aliénés, elle fait admettre ses malades dans les asiles départementaux, en vertu de traités passés avec l'administration. Il n'y a donc pas lieu de s'occuper ici de ces établissements, sinon pour signaler leur existence »[153]. Néanmoins, la Première Guerre mondiale remet radicalement en cause cette organisation.

2) La mobilisation des asiles français

De fait, la géographie asilaire française se trouve profondément modifiée dès le début de la guerre. Sous l'effet des évacuations et des réquisitions, un vaste mouvement de transfert des malades civils internés s'organise à travers le pays.

a) Une géographie bouleversée par la guerre

Dès septembre 1914, l'armée allemande envahit le nord de la France. L'avancée rapide des troupes ennemies pousse les autorités françaises à faire évacuer plusieurs hôpitaux de la région parisienne. Or, depuis 1844, les asiles de la Seine ont pour habitude de libérer des lits en transférant régulièrement leurs malades les moins visités dans les asiles de province. En 1912, 7 000 malades sont dans ce cas[154]. C'est logiquement cette solution qui est retenue pour évacuer l'ensemble des hommes et des femmes internés. Près de 5 500 aliénés sont ainsi envoyés dans une quarantaine d'asiles du pays[155], tandis que les patients intransportables sont regroupés dans les services des hôpitaux de Bicêtre et la Salpêtrière ainsi qu'à l'asile de Villejuif[156].

En province, l'entrée en guerre se traduit donc par un afflux de malades nouveaux, transférés depuis le département de la Seine. Le préfet de la Gironde envoie le 2 septembre un télégramme au directeur de l'asile de Cadillac, indiquant l'arrivée imminente de 130 malades.

---

[152] Il n'en est jamais fait mention dans les archives des établissements sur lesquels j'ai travaillé.
[153] Georges MORACHE, *Traité d'hygiène militaire*, Paris, J.-P. Baillière, 1889, p. 857.
[154] Antony RODIET, *De l'organisation des asiles publics d'aliénés de la Seine après la guerre*, manuscrit soumis pour le prix Baillarger de 1918, conservé à la bibliothèque de l'Académie de médecine.
[155] Sur l'évacuation des malades de l'asile de Ville-Évrard, voir Hubert BIESER, *Les soldats aliénés à l'asile de Ville-Évrard*, *op. cit.*, p. 17-19.
[156] Antony RODIET, « La situation des asiles de la Seine pendant la guerre et les transferts des aliénés en province », *Le Progrès médical*, 1919, p. 428-429.

La nouvelle est présentée comme « un ordre qu'il n'y a pas à discuter » et le directeur est prié de se tenir prêt à venir chercher ces aliénés à Bordeaux si jamais cela s'avérait nécessaire[157]. Dans la réponse qu'il rédige le jour même, le préfet détaille les mesures d'urgence qui viennent d'être prises. Un bâtiment utilisé comme débarras est en cours d'aménagement et, pour trouver plus de place, l'administration envisage de louer un immeuble attenant à l'asile[158]. Le 6 septembre l'asile de Saint-Robert (Isère) voit quant à lui arriver 187 hommes de Ville-Évrard (Seine) et 262 femmes de Maison-Blanche (Seine). Plus de 80 000 francs sont dépensés pour acheter dans l'urgence des lits, des draps, des couvertures et du mobilier[159]. Les malades sont accompagnés par des médecins et des infirmiers qui ont reçu pour consigne de se mettre à la disposition des établissements de province. À Saint-Robert, le docteur Salomon Lwoff, médecin-chef des asiles de la Seine, offre ainsi son concours durant plusieurs mois[160].

Bien que les transferts se déroulent sans incident majeur, les difficultés sont nombreuses. Ainsi, le linge nécessaire à l'habillement des malades n'est pas toujours envoyé dans les asiles qui doivent les accueillir. Après l'arrivée des aliénées transférées depuis Paris, le docteur Antony Rodiet doit dépêcher une infirmière à l'asile de Moisselles pour récupérer leurs vêtements. Plus grave encore, les dossiers médicaux des malades transférés ne sont pas toujours remis aux établissements dans lesquels ils sont envoyés : le directeur de l'asile Saint-Robert découvre par exemple qu'il manque une centaine de dossiers d'hommes dans ceux qui lui sont parvenus, et qu'une cinquantaine de ceux qu'il a reçus pour les femmes ne correspondent à aucune malade[161]. Décidés dans l'urgence, les transferts se déroulent sans qu'on ait eu le temps et les moyens de les organiser dans les règles[162].

---

[157] Archives du Centre hospitalier de Cadillac, télégramme du préfet de la Gironde au directeur de l'asile de Cadillac, 2 septembre 1914, non coté.

[158] Archives du Centre hospitalier de Cadillac, lettre du directeur de l'asile de Cadillac au préfet de la Gironde, 2 septembre 1914, non coté.

[159] Archives du Centre hospitalier Alpes-Isère, commission de surveillance de l'asile Saint-Robert, séance du 8 avril 1916, non coté.

[160] Archives du Centre hospitalier Alpes-Isère, commission de surveillance de l'asile Saint-Robert, séance du 23 mars 1915, non coté.

[161] Archives du Centre hospitalier Alpes-Isère, registre des correspondances, lettre du directeur de l'asile Saint-Robert au préfet de l'Isère, 7 septembre 1914, non coté.

[162] Une anecdote rapportée par le docteur Rodiet montre à quel point certaines évacuations ont été chaotiques : 750 aliénés belges, évacués devant la menace allemande, devaient être reçus à l'asile de Vaucluse. Mais le chef du transfert ayant mal compris la consigne donnée, ils sont conduits à l'asile de Montdevergues, dans le Vaucluse, et doivent faire demi-tour à peine arrivés. Voir Antony RODIET, *L'assistance familiale aux aliénés pendant la guerre*, manuscrit présenté pour le prix Baillarger de 1916, p. 170. Le manuscrit est conservé à la bibliothèque de l'Académie de médecine.

Si les asiles de la Seine ont pu être évacués dès le mois de septembre, d'autres établissements sont soudain plongés dans la guerre alors que tous leurs malades se trouvent encore dans leurs murs. C'est le cas de ceux qui se trouvent en territoire occupé. Dans le Nord, les asiles de Lommelet et d'Esquermes continuent tant bien que mal à fonctionner. Le second est entièrement réquisitionné en 1917, les malades étant dirigés vers la Belgique[163]. L'asile d'Armentières, occupé durant quelques jours puis victime des bombardements, est en partie détruit en novembre 1914. Les aliénés ont été évacués dans l'urgence[164] : 225 arrivent à l'asile de Beauregard où, pour leur trouver une place, on cherche comment déplacer les aliénées qui viennent d'arriver de l'asile de Moisselles…[165] Quant à l'asile de Bailleul, il est brièvement occupé par les Allemands en octobre 1914, sans que les malades aient trop à en souffrir. Contrairement aux informations publiées dans la presse, l'ennemi ne s'est pas amusé à les faire échapper[166]. La situation est plus préoccupante dans l'Aisne où le médecin-directeur de l'asile de Prémontré fuit devant l'avancée de l'ennemi, abandonnant 1 300 malades à leur sort[167]. L'établissement est occupé et ne sera évacué qu'en 1916[168].

Le Service de santé militaire est donc privé de certains asiles sur lesquels il comptait pour accueillir des combattants atteints de troubles mentaux. Toutefois, bon nombre d'établissements qui jouxtent la zone des combats ne sont pas évacués, comme celui de Châlons-sur-Marne. En avril 1916, le journal *L'Œuvre* dénonce la situation et réclame le transfert des malades vers d'autres établissements :

> « […] Nuit et jour le canon tonne. Par surcroît, quand il fait beau, " taubes " et " aviatiks " viennent lancer des bombes. Les pauvres fous, déjà surexcités par le grondement continuel de la canonnade, entrent alors dans des colères folles ou de

---

[163] Voir Jean-Yves ALEXANDRE, *Lommelet. L'histoire continue, 1825-2013*, Roubaix, EPSM de l'agglomération lilloise, 2013.

[164] Le 25 octobre, les bombardements tuent 5 malades de l'asile d'Armentières. La situation chaotique favorise les évasions. L'évacuation est organisée le 31 octobre 1914.

[165] Antony RODIET, *L'assistance familiale aux aliénés pendant la guerre*, manuscrit présenté pour le prix Baillarger de 1916, conservé à la bibliothèque de l'Académie de médecine.

[166] Jean LE DROGOU, *La maison de santé de Bailleul, de l'asile à l'E.P.S.M. des Flandres*, Les Éditions hospitalières, 2001, p. 41.

[167] Dans son journal, le docteur Antony Rodiet rapporte l'évènement sans donner le nom du médecin : « M. que je croyais un héros et que je plaignais depuis six mois parce que son asile est envahi a fui devant l'ennemi. Il est révoqué et personne de nous n'osera élever la voix pour prendre sa défense ».

[168] Les malades des asiles occupés par l'ennemi, parmi lesquels Prémontré, sont évacués en Belgique, sous la conduite du docteur Georges Raviart et y restent jusqu'en août 1918. Sur l'asile de Prémontré, voir, Jean CHARPENTIER, « Un asile martyr. Prémontré pendant la guerre », *L'Informateur des aliénistes et des neurologistes*, n° 7, 1921, p. 154-157.

navrants abattements. Les yeux hagards, la bouche contractée, ils courent à travers l'établissement, en poussant des cris furieux. »[169]

En l'absence d'archives du ministère de l'Intérieur, il est impossible de savoir suivant quels arbitrages l'évacuation de tel ou tel asile a été décidée. Selon toute vraisemblance, l'encombrement des asiles et les difficultés multiples que suscite l'organisation des transferts en temps de guerre expliquent qu'ils aient été réservés aux cas extrêmes. Ainsi, à l'asile de Bailleul, les aliénées supportent longtemps les bombardements et doivent régulièrement être installées dans les sous-sols[170]. L'évacuation n'est ordonnée qu'en dernière limite, à la fin du mois de mars 1918. Les 1 400 malades sont alors réparties dans 18 établissements[171] et, quelques jours plus tard, l'asile tombe aux mains de l'ennemi. Il sera ravagé par les bombardements[172].

Pour le Service de santé militaire, ces établissements situés à proximité du front jouent un rôle essentiel : tout en conservant leurs malades civils, ils accueillent non seulement des combattants aliénés mais aussi des soldats blessés ou malades. L'asile de Bailleul libère deux pavillons pour accueillir des blessés français et britanniques, autorise des militaires à venir se laver au service des bains, assure une partie du nettoyage du linge des troupes stationnées à proximité. L'asile de Saint-Venant, dans le Pas-de-Calais, abrite pendant toute la guerre des hôpitaux et ambulances militaires[173]. Dans l'Oise, après une brève occupation par les Allemands, l'asile de Clermont reprend son fonctionnement et accueille à partir de juin 1918 une ambulance militaire[174]. À Dury-lès-Amiens (Somme), les malades sont ressemblés dans une partie des bâtiments de l'asile, afin de libérer trois pavillons où un sanatorium est installé par le Service de santé militaire[175]. Alors que les bâtiments manquent, les asiles représentent de manière générale des établissements dont on entend tirer profit. En province, les réquisitions se limitent à une ou plusieurs divisions au sein d'un asile. Mais dans la capitale,

---

[169] « Pitié pour eux ! », *L'Oeuvre*, 14 avril 1916.
[170] Jean LE DROGOU, *op. cit.*, p. 45.
[171] AD du Nord, lettre du directeur de l'asile d'aliénées de Bailleul au préfet du Nord, au président et aux membres du Conseil général du Nord, 27 avril 1918, 9 R 994. Henri Damaye indique quant à lui que les malades ont été répartis dans 25 asiles d'aliénés. Voir Henri DAMAYE, *Le médecin devant l'assistance et l'enseignement psychiatriques*, Paris, Maloine, 1922, p. 121.
[172] Henri DAMAYE, « L'asile de Bailleul », *Annales médico-psychologiques*, n° 11, 1919, p. 47-51.
[173] Anne CRÉTON « Situation des établissements psychiatriques de 1914 à 1918 », communication lors de la journée « Psychiatrie et Guerre » à l'ESPM des Flandres, le 15 mai 2014.
[174] François BASSÈRES, *Le Service de Santé de la IIIe armée pendant la bataille de France*, Paris, Charles-Lavauzelle, 1922.
[175] *Rapport médical et compte-rendu administratif, asile de Dury-lès-Amiens, année 1914*, Amiens, Imprimerie du Progrès de la Somme, 1915.

des établissements entiers, évacués de leurs patients, sont transformés en hôpitaux militaires. Or l'exemple parisien montre à quel point les réquisitions s'avèrent problématiques. Le Service de santé militaire prévoit l'hospitalisation à l'asile de Maison-Blanche des mutilés et des amputés, tandis que des militaires convalescents doivent venir occuper les asiles de Ville-Évrard et de Moisselles[176]. Enfin, des vieillards évacués de Villers-Cotterêts et 700 aliénés en provenance de Belgique sont accueillis à l'asile de Vaucluse. Il ne reste donc plus que deux établissements destinés aux malades civils dans le département de la Seine : l'asile de Villejuif et l'asile Sainte-Anne. Au bout d'un an, cette situation devient intenable et les protestations des médecins se multiplient. En mai 1915, le docteur Édouard Toulouse, médecin-chef de la division des femmes de l'asile de Villejuif, signale des rixes quotidiennes dans les quartiers d'aliénées agitées, impossibles à empêcher en raison du nombre de malades[177]. De son côté, le professeur Gilbert Ballet, médecin-chef de la clinique des maladies mentales de l'asile Sainte-Anne, alerte le préfet de la Seine sur la situation de son service où « les couloirs sont encombrés de lits »[178]. À cette date, ces deux établissements, qui peuvent normalement accueillir 2 217 malades, en comptent 2 680. La situation des aliénés militaires n'est pas meilleure. La Maison nationale de Charenton ne suffisant pas à tous les accueillir, il faut créer, dès la fin de l'année 1914, un service supplémentaire à l'asile de Villejuif. Le Service de santé militaire doit donc se rendre à l'évidence : le système mis en place à Paris ne permet de faire face ni à l'afflux de militaires aliénés, ni au nombre de civils qu'il faut pouvoir interner. Au printemps 1915, il décide donc de revoir son organisation. En mai, une section pour les militaires aliénés est ouverte à l'asile de Ville-Évrard, ainsi qu'un service pour « confus et psychonévrosés ». Puis, en novembre 1915, l'établissement est finalement entièrement rendu aux autorités civiles et le service des « confus et psychonévrosés » est transféré à l'asile de Maison-Blanche.

Si la situation n'est pas aussi critique en province, plusieurs asiles sont également confrontés à un manque de place préoccupant. C'est particulièrement le cas lorsque, en plus des malades militaires, ces établissements sont sollicités pour accueillir d'autres populations vulnérables. Aux portes de Lyon, l'asile de Bron a cédé la première division de femmes[179],

[176] Dans un second temps, l'asile de Moisselles est réservé à des militaires musulmans blessés. Voir Antony RODIET, « La situation des asiles de la Seine pendant la guerre et les transferts des aliénés en province », art. cit., p. 429.
[177] Archives du Service de santé militaire (ASSM), centre de documentation du Val-de-Grâce, lettre du préfet de la Seine au sous-secrétaire d'État du Service de santé militaire, 14 août 1915, A 73.
[178] *Idem*.
[179] Les sources divergent sur ce point : certaines mentionnent la 10e division des femmes, mais celle-ci n'existe pas sur le plan de l'asile réalisé en 1913. Il est donc probable qu'il s'agisse de coquilles.

soit une centaine de lits, au Service de santé militaire qui y a installé un hôpital militaire temporaire pour des militaires blessés[180]. Mais il doit aussi loger dans un pavillon particulier une dizaine de vieillards incurables dont on cherche à libérer les lits pour pouvoir accueillir des militaires[181]. À partir de janvier 1915, il héberge en outre 300 pupilles des Hospices civils de Reims évacués au début de la guerre[182]. Dans la Meuse, l'asile de Fains est confronté à une situation similaire : il continue d'accueillir des aliénés civils et militaires mais doit également recevoir des vieillards évacués de l'hospice de Bar-le-Duc, puis des réfugiés. Ces derniers étant très nombreux, il est finalement décidé le 10 juillet 1918 d'évacuer tous les malades mentaux vers l'asile de Mont-de-Marsan[183].

Ce sont donc des asiles très encombrés, pour la plupart déjà sollicités pour accueillir des malades de la Seine et privés d'une partie de leurs bâtiments réquisitionnés, qui accueillent durant toute la guerre les militaires aliénés. Cette situation révèle la double erreur commise par le Service de santé, dont l'organisation est bousculée à la fois par l'afflux des militaires atteints de troubles mentaux et par le nombre de civils qui doivent être internés. Les asiles ne peuvent supporter à eux seuls la prise en charge de ces deux types de population. Ils sont progressivement secondés dans leur tâche par l'apparition de nouvelles formations sanitaires. Leur rôle et leur place dans la chaîne d'évacuation sont ainsi entièrement repensés.

b) L'évolution de la place des asiles dans la chaîne d'évacuation

Lorsque la France entre en guerre, l'organisation du Service de santé militaire en campagne est définie par le règlement promulgué en 1910[184]. Pour les soldats atteints de troubles mentaux, comme pour l'ensemble des militaires, qu'ils soient blessés ou malades, la procédure réglementaire donne la priorité à l'évacuation. Ce principe repose sur l'idée d'une guerre courte, dominée par l'offensive : dans ce schéma, l'idée de traiter les blessés et les

---

[180] Les malades femmes qui étaient installées dans cette division doivent être réparties dans le reste de l'établissement. L'hôpital militaire est d'abord dénommé « hôpital temporaire numéro 3 », puis « hôpital complémentaire numéro 12 ». Pour éviter une réquisition, l'asile a accepté de signer une convention avec le Service de santé militaire.

[181] *Rapports et délibérations du Conseil général du Rhône*, séance du 24 août 1915, Lyon, Imprimeries réunies, 1915, p. 1008.

[182] *Ibid.*, p. 1137. À l'origine, la convention signée avec le Service de santé militaire prévoyait d'y installer des officiers aliénés. Mais celui-ci, après une visite des locaux, a estimé qu'ils ne pouvaient pas convenir, sans qu'on sache exactement pourquoi. Lorsqu'il envisage de revenir sur sa décision, les enfants rémois sont déjà installés dans les pensionnats. Les officiers aliénés sont donc finalement placés à la maison de santé privée de Champvert.

[183] G. MARGUERY, *Histoire de l'hôpital psychiatrique de Fains*, C.H.S. de Fains, 1995.

[184] *Règlement sur le Service de santé en campagne*, Paris, Charles-Lavauzelle, 1911.

malades à proximité de la zone des combats est inconcevable. Par conséquent, quels que soient leur état et la nature de leur pathologie, le transfert des blessés et des malades vers les hôpitaux de l'intérieur est la solution privilégiée. Pour les soldats qui présentent des troubles mentaux, la prise en charge est particulièrement aléatoire et largement improvisée. Le médecin-major Henri Damaye raconte comment, durant les premiers mois de la guerre, « commotionnés, mentaux et névropathes se rencontraient un peu partout […] dans les ambulances de toute catégorie, dans les infirmeries de gare, les dépôts d'éclopés […] »[185]. En effet, en l'absence de formations sanitaires spécialisées, ces hommes sont mélangés aux autres blessés et malades, puis évacués avec eux vers les hôpitaux de l'intérieur. Ces derniers, vite surchargés, n'ont d'autre choix que de les transférer au plus vite dans les asiles d'aliénés les plus proches. On peut ainsi lire dans le compte moral de l'hôpital civil de Reims établi pour l'année 1914 :

> « […] Nous avons reçu, en effet, dès les premiers jours d'août, des soldats malades dans beaucoup de salles et surtout, chose qui n'était pas prévue, un si grand nombre d'aliénés en observation que, non seulement nos cellules étaient au complet, mais même les salles Navier et St Maurice en étaient remplies. Ce nombre anormal d'aliénés à l'hôpital demandant une organisation qu'il nous était difficile de créer en quelques jours, le Service de Santé décida de les envoyer directement en observation à l'Asile départemental de Châlons, après un séjour de 48 heures seulement à l'hôpital. »[186]

Dans certaines régions militaires, grâce aux initiatives de quelques médecins, la prise en charge s'améliore. Ils organisent le regroupement de ces soldats non pas dans les asiles mais au sein de plusieurs hôpitaux, dans des services dédiés. C'est le cas dès le 15 août 1914 à l'hôpital du Val-de-Grâce où Marcel Briand, médecin-chef à l'asile Sainte-Anne, est affecté comme médecin-major à la direction d'un service de psychiatrie installé dans la division habituellement réservée aux malades fiévreux. À l'hôpital militaire de Bordeaux, sous l'égide du professeur Régis, les militaires sont placés dans des salles spéciales à partir du 20 août[187]. Au même moment, un dispositif similaire est mis en place par le docteur Louis Spillmann à l'hôpital militaire de Nancy. À cette date ces services constituent encore des exceptions.

Cette situation n'est pas propre à la psychiatrie. Il n'existe pas, lorsque la guerre éclate, de centres spécialisés dans le traitement de tel ou tel type de militaires malades et

---

[185] Henri DAMAYE, *Le médecin devant l'assistance et l'enseignement psychiatriques*, Paris, Maloine, 1922, p. 97.
[186] Archives municipales (AM) de Reims, compte rendu moral de l'hôpital civil en 1914, FM3Q.
[187] Emmanuel RÉGIS, « Les troubles psychiques et neuro-psychiques de la guerre », *Revue philosophique de la France et de l'étranger*, t. 80, 1915, p. 106.

blessés[188]. La neurologie fait en la matière figure de discipline pionnière. En effet, à la demande de la Société de neurologie de Paris, la direction du Service de santé militaire décide par une circulaire du 9 octobre 1914 la création de services « destinés à l'observation et au traitement des malades présentant des lésions du système nerveux central et périphérique ou des manifestations psychonévropathiques » dans chaque chef-lieu de corps d'armée[189]. Cette circulaire, souvent considérée comme l'acte de naissance des centres de psychiatrie des régions militaires, crée en fait des centres neurologiques au sein desquels on hospitalise à la fois des malades présentant des accidents nerveux et des malades atteints de troubles mentaux. Dans certains cas, les seconds sont réunis au sein d'une sous-section dont la direction peut être confiée à un psychiatre, alors que le centre est placé sous l'autorité d'un neurologue[190]. Mais la création de centres de psychiatrie autonomes n'a pas été prévue : lorsque le médecin-principal Paul Chavigny rédige, au début de l'année 1915, un long article sur la psychiatrie dans l'armée, il mentionne la création de services de neurologie dans la zone de l'intérieur mais insiste sur le fait que la psychiatrie a été totalement négligée[191].

Cette situation témoigne de l'essor pris depuis le début du siècle par la neurologie. Cette nouvelle spécialité a non seulement fait des névroses son domaine réservé[192] mais elle a aussi imposé sa domination en s'emparant des principales positions universitaires et en particulier de la chaire des maladies mentales et de l'encéphale de la faculté de médecine de Paris[193]. Sans doute ne faut-il pas trop exagérer l'opposition entre les deux disciplines dont la parenté reste étroite et qui sont associées tous les ans lors des congrès des médecins aliénistes

---

[188] Paul CHAVIGNY, « Psychiatrie et médecine légale aux armées », *Paris médical*, n° 17, 1915, p. 184.

[189] Henri CLAUDE, « L'organisation des centres neurologiques régionaux », *Paris médical*, 1915, p. 61-65. À titre de comparaison, les premiers services de radiologie et ceux de mécanothérapie sont créés les 17 et 24 octobre, les centres d'ophtalmologie sont créés le 31 octobre, les centres de chirurgie maxillo-faciale le 10 novembre.

[190] C'est le cas au sein du centre neurologique de la 15e région militaire, dirigé par le professeur Jean Sicard et qui possède une section réservée aux soldats atteints de psychoses, confiée à un psychiatre, le docteur Louis Boudon. Sur l'histoire de ce centre, voir Jean-Jacques FERRANDIS, « Les collections anatomo-clinique réalisées à Marseille durant la guerre 14-18 », *Histoire des sciences médicales*, n° 1, 2011, p. 29-37.

[191] Paul CHAVIGNY, « Psychiatrie et médecine légale aux armées », art. cit.

[192] Dans la leçon inaugurale qu'il prononce en 1911, Jules Déjerine n'hésite pas à affirmer que « par ses études sur l'hystérie, Charcot sut soustraire aux psychiatres un domaine que ceux-ci tenteront vainement de reconquérir ». Voir Jules DÉJERINE, *Clinique des maladies du système nerveux, leçon inaugurale*, Paris, Masson, 1911, p. 19. Sur la question de l'hystérie et de ses rapports avec la psychiatrie et la neurologie, voir Nicole EDELMAN, *Les métamorphoses de l'hystérique*, *op. cit.*

[193] Voir Jean GARRABÉ, « Les chaires de clinique des maladies mentales et des maladies nerveuses à Paris », *L'Information psychiatrique*, 2012/7, p. 549-557 ; Patrice PINELL, « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 156-157, 2005/1-2, p. 4-36. Sur le rôle joué par Jean-Martin Charcot dans la séparation entre psychiatrie et neurologie voir aussi Toby GELFAND, « Neurologist or psychiatrist ? The public and private domains of Jean-Martin Charcot », *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, vol. 26, 2000, p. 216-229.

et neurologistes de France. Nombreux sont les médecins à revendiquer des compétences dans les deux spécialités voire à prôner leur fusion au sein d'une seule discipline neuropsychiatrique. En 1914, la Société de neurologie et la Société médico-psychologique ont d'ailleurs une douzaine de membres en commun[194]. Gilbert Ballet, membre honoraire de chacune de ces deux sociétés, s'élève en 1911 contre la « séparation irrationnelle et pratiquement fâcheuse » des deux disciplines et s'émeut que certaines neurologues limitent le domaine de la psychiatrie « aux malades qui ont perdu la conscience de leur état ou pour lesquels il est nécessaire de recourir aux formalités de la loi de 1838 »[195]. De fait, les tensions sont fortes entre les psychiatres, cantonnés pour la plupart dans les asiles, et les neurologues, qui occupent des postes plus prestigieux dans les facultés de médecine. Pour les premiers, la guerre est l'occasion de démontrer que leur champ de compétences ne se limite pas aux aliénés incurables. Mais dès le début du conflit, l'ascendant pris par la neurologie permet à ses représentants de peser sur les décisions du Service de santé militaire. À partir d'octobre 1915, la Société de neurologie organise des séances exceptionnelles consacrées à l'étude des questions soulevées par la guerre que Justin Godart préside à plusieurs reprises. Elle obtient en outre l'autorisation d'y faire participer des représentants des centres de neurologies de l'avant et de l'arrière[196]. Les membres de la Société de neurologie semblent eux-mêmes agréablement surpris de leur influence. Comme le souligne un avis publié dans la *Revue neurologique* en 1916, « le mouvement neurologique a pris en France une importance imprévue »[197]. En comparaison, le retard avec lequel la Société médico-psychologique tente d'intervenir dans les débats est frappant. Ce n'est qu'en avril 1916 que cette dernière s'occupe d'examiner « les moyens les plus propres à obtenir des pouvoirs publics l'utilisation des compétences dans le domaine de la médecine mentale militaire ». Sans surprise, ses membres constatent « qu'il serait utile de créer non loin du front des formations destinées à recevoir les malades appelés à guérir dans un temps relativement court, déprimés, confus, etc., en même

[194] Il s'agit de Gilbert Ballet, Ernest Dupré, Ernest Huet, Maxime Laignel-Lavastine, Jean Lépine, Maurice Dide, Albert Mairet, André Barbé, Emmanuel Régis, Albert Pitres, Albert Devaux et Marc Trénel. À l'exception de ce dernier, médecin-chef de l'asile de Ville-Évrard, de Maurice Dide, médecin-directeur de l'asile de Braqueville et d'André Barbé, médecin suppléant à l'hospice de Bicêtre, tous occupent des fonctions universitaires. Voir *Revue neurologique*, vol. 1, 1914, p. 127-131 ; *Annales médico-psychologiques*, n° 5, 1914, p. 223-240.
[195] Gilbert BALLET, « Le domaine de la psychiatrie », *La Presse médicale*, n° 37, 1911, p. 377.
[196] Société de neurologie de Paris, séance du 21 octobre 1915, *Revue neurologique*, 1914-1915, p. 1244.
[197] « Avis », *Revue neurologique*, n° 1, 1916, p. 1.

temps que les aliénés plus gravement atteints, et de mettre ces formations sous la direction médicale de [leurs] collègues »[198].

Le manque de réactivité de la Société médico-psychologique est sans doute lié à sa désorganisation profonde du fait de la mobilisation. Pour preuve, les *Annales* cessent de paraître jusqu'en juillet 1915 tandis que les séances de la société ne reprennent qu'en mars 1916. À cette date, de nombreux membres ont rejoint les rangs de l'armée[199] et cinq sont décédés depuis le début du conflit dont le très influent Gilbert Ballet. L'un des secrétaires annuels de la société, Paul Juquelier, médecin-directeur de l'asile de Moisselles (Seine), est mobilisé dès le 4 août 1914 comme médecin-chef de la place de Senlis[200] puis au centre neurologique de Tours. Il ne regagne la capitale qu'en 1917, mis à la disposition du préfet de la Seine et désigné pour occuper la fonction de médecin-chef à l'asile de Ville-Évrard (Seine)[201]. Le président, Auguste Vigouroux, médecin-chef de l'asile de Vaucluse, est affecté à sa demande au centre neurologique de Bourges en tant que collaborateur d'Henri Claude, neurologue placé à la tête cette formation. Il assiste rarement aux réunions de la Société médico-psychologique[202]. À l'inverse, la *Revue neurologique* n'a jamais cessé de paraître[203] et la Société de neurologie a continué de se réunir quand même bien la moitié de ses membres sont mobilisés lorsque le pays entre en guerre[204]. Celle-ci n'est cependant pas privée de son président puisque c'est une femme, Augusta Déjerine, qui a été élue à cette fonction en janvier 1914[205]. De plus, quatre de ses membres les plus éminents ont été affectés dans les services de neurologie de la capitale : Pierre Marie et Jules Déjerine dirigent le service des « lésions traumatiques du système nerveux » à l'hôpital de la Salpêtrière, Joseph Babinski est responsable de deux formations installées à l'hospice de Bicêtre et à la Pitié. Quant à Achille

---

[198] Société médico-psychologique, séance du 17 avril 1916, *Annales médico-psychologiques*, n° 7, 1916, p. 398.

[199] La Société médico-psychologique n'indique malheureusement pas combien.

[200] « Le médecin chef de la place, placé sous l'autorité et la responsabilité du commandement d'arme, est l'agent centralisateur de tous les renseignements d'ordre sanitaire provenant de l'autorité civile et des médecins chefs de service des corps de troupes et établissements ». Voir Frédéric QUÉGUINEUR, *Ministère de la Guerre, Direction du Service de santé, sous-série GR9 NN7, répertoire détaillé*, p. 5.

[201] Ces informations sont tirées de la nécrologie du docteur Paul Juquelier publiée dans *Le Petit Parisien* : « Un médecin tué par sa femme jalouse », *Le Petit Parisien*, 15 avril 1921.

[202] Voir la nécrologie d'Auguste Vigouroux : *Annales médico-psychologiques*, n° 11, 1919, p. 71.

[203] Sa périodicité n'a toutefois pas pu être parfaitement respectée entre 1914 et 1916.

[204] C'est du moins ce qu'affirme Augusta Déjerine dans l'allocution qu'elle prononce à l'occasion de la séance du 5 novembre 1914. Voir Société de neurologie de Paris, séance du 5 novembre 1914, *Revue neurologique*, 1914-1915, p. 199.

[205] Augusta Déjerine fut la première femme diplômée de l'internat des hôpitaux de Paris. Elle est l'épouse de Jules Déjerine, lui aussi neurologue. Son parcours a jusqu'à présent peu retenu l'attention des historiens. Un fonds réunissant ses papiers personnels est conservé à la bibliothèque de l'Académie de médecine.

Souques, il est d'abord affecté dans ce dernier hôpital puis remplace Déjerine à sa mort en 1917.

Ainsi, comme le constate tardivement la Société médico-psychologique, les psychiatres ont plus de difficultés que leurs collègues neurologues à faire reconnaître leurs compétences pour être affectés dans des formations où ils pourraient se rendre utiles. À la fin de la guerre, les services de psychiatrie sont annexés aux centres de neurologie dans plusieurs régions militaires[206]. Des centres de psychiatrie indépendants voient néanmoins le jour, en particulier lorsque le nombre de malades à accueillir est particulièrement important comme dans le gouvernement militaire de Paris par exemple[207], mais aussi là où une collaboration ancienne s'est établie entre neurologues et psychiatres comme à Bordeaux où Albert Pitres dirige le centre de neurologie et Emmanuel Régis celui de psychiatrie. Ce cas de figure se rencontre également lorsqu'une même région militaire est convoitée par un neurologue et un psychiatre influents. La concurrence entre les deux spécialités est parfois rude. C'est le cas dans la 14e région militaire où le professeur Jean Lépine, titulaire de la chaire des maladies mentales et nerveuses de la faculté de médecine de Lyon, semble tout désigné pour prendre la tête du centre de neurologie créé en application de la circulaire du 9 octobre 1914. Réformé en raison de rhumatismes et d'une faiblesse cardiaque, il souhaite depuis longtemps investir le champ de la psychiatrie militaire. En 1912 déjà, il n'hésitait pas à proposer ses services à Jules Simonin et se portait volontaire pour former les futurs médecins de l'armée destinés à devenir experts en psychiatrie[208]. Pourtant, en décembre 1914, le centre de neurologie est dans un premier temps placé sous la responsabilité des docteurs Étienne Martin, titulaire de la chaire de médecine légale de Lyon, Louis Bériel, qui a été l'élève de Lépine, et Paul Sollier, médecin d'un sanatorium de Boulogne-Billancourt[209]. Seuls les cas de psychoses doivent être dirigés sur le service de Jean Lépine à l'asile de Bron. Les malades dont il est autorisé à s'occuper doivent donc obligatoirement être internés. Très contrarié par cette décision, il

[206] C'est le cas dans les 3e, 7e, 8e, 12e, 13e, 17e, 19e, 20e et 21e régions militaires. Pour situer ces régions, voir la carte en annexe 3. Une liste des centres de neuropsychiatrie de l'avant et de l'arrière a été établie par Paul Marquis : Paul MARQUIS, *1914-1918, une « guerre des nerfs ». Médecins et combattants français face aux troubles « psychiques » et « nerveux » de la Grande Guerre (1914-1924)*, *op. cit.*, p. 292-293.

[207] Marcel Briand, médecin-chef de l'asile Sainte-Anne, est placé à la tête du service de psychiatrie.

[208] SHD, lettre de Jean Lépine au médecin-major Jules Simonin, 1er novembre 1912, GR NN 9 7 1202.

[209] Depuis 1897, Paul Sollier reçoit des patients dans un « établissement hydrothérapique » qu'il a fondé avec son épouse Alice Dubois à Boulogne-Billancourt. Parmi ses malades, on compte quelques célébrités dont Marcel Proust qui y séjourne entre novembre 1905 et janvier 1906. Voir Edward BIZUB, *Proust et le moi divisé. La Recherche, creuset de la psychologie expérimentale*, Genève, Droz, 2006.

réclame au directeur du Service de santé de la région d'être désigné officiellement pour le traitement des « cas de neurologie » :

> « Le ministre jugera peut-être qu'en dehors des garanties que lui présentent […] mes fonctions universitaires, mes titres personnels justifient qu'un tel service me soit confié. Il y a quatorze ans que j'ai été honoré d'un prix de l'Institut pour des recherches sur la commotion des centres nerveux[210], qui est justement un des problèmes du présent. Je suis membre de la Société de neurologie de Paris[211], je suis actuellement chargé de travaux de neurologie pure – et non de psychiatrie – dans divers traités classiques en cours de publication […] »[212].

Il est clair que Jean Lépine, qui a soutenu en 1899 une thèse sur les hématomyélies[213], s'estime aussi compétent en neurologie qu'en psychiatrie. En 1912, *Le Correspondant médical* le décrit d'ailleurs comme ayant été « élevé dans le culte de la biologie, neurologiste, puis aliéniste »[214]. En février 1915, il est finalement nommé chef du service de psychiatrie de la 14e région militaire mais se trouve de fait cantonné contre son gré au traitement des maladies mentales. Le service de neurologie est quant à lui placé sous la direction de Paul Sollier à partir d'avril 1915[215]. De quinze ans le cadet de Jean Lépine, il n'occupe aucune position universitaire en France mais il a été l'élève de Jean-Martin Charcot et bénéficie peut-être de soutiens en haut lieu. En juillet 1914, il a été promu officier de la Légion d'honneur et a reçu ses insignes des mains du professeur Louis Landouzy, doyen de la faculté de médecine de Paris[216]. On peut estimer que la direction du service de neurologie de Lyon constitue pour lui un véritable accélérateur de carrière : la Section photographique et cinématographique de

---

[210] Jean LÉPINE, « Quelques travaux récents sur la pathogénie de la commotion cérébrale », *Revue de médecine*, n° 1, 1900, p. 84.

[211] Jean Lépine est membre de la Société de neurologie de Paris au titre de correspondant national depuis sa création en 1899. Voir *Bulletins officiels de la Société de neurologie de Paris*, Paris, Masson, 1899, p. 4.

[212] ASSM, centre de documentation du Val-de-Grâce, lettre du professeur Jean Lépine au directeur du Service de santé de la 14e région militaire, 10 décembre 1914, A 230.

[213] Jean LÉPINE, *Étude sur les hématomyélies*, thèse soutenue devant la faculté de médecine de Lyon, 1900. L'hématomyélie correspond à un épanchement sanguin dans la moelle épinière. Voir *Larousse médical*, Paris, Larousse, 2006, p. 440.

[214] Docteur VAINTRAY, « Le professeur Jean Lépine, de Lyon », *Le Correspondant médical*, 1912, p. 3-4.

[215] Paul Sollier donne des conférences à l'Université libre de Bruxelles à partir de 1898. En 1909, il devient membre du conseil d'administration de cet établissement. Voir Olivier WALUSINSKI, Julien BOUGOSSLAVSKY, « À la recherche du neuropsychiatre perdu : Paul Sollier (1861-1933) », *Revue neurologique*, 2008, p. 239-247.

[216] AN, Paris, dossier de Légion d'honneur de Paul Auguste Sollier, LH/2533/9.

l'armée vient filmer dans son service[217] et il obtient de multiples récompenses, ce qui ne manque pas d'irriter Jean Lépine.

L'exemple de la 14e région militaire montre donc l'enjeu que représente l'obtention d'un poste à la tête d'un centre relevant du Service de santé militaire et les difficultés des psychiatres à faire reconnaître leurs compétences, y compris lorsqu'ils occupent des fonctions universitaires prestigieuses. À la fin de la guerre, la variété des dénominations traduit bien la diversité des situations. En effet, « suivant les milieux et les tendances », comme le résume Raoul Benon, médecin-chef du quartier des maladies mentales de l'hospice de Nantes et du centre de psychiatrie de la 11e région militaire[218], les services peuvent être « neurologiques », « neuro-psychiatriques », « psychiatriques » et on rencontre également l'appellation « centre de neurologie et de psychiatrie »[219].

À partir de l'automne 1915, une nouvelle étape s'ajoute progressivement en amont du parcours des « blessés psychiques » avec l'apparition de centres spécialisés à proximité de la ligne de front. Cette fois encore, l'initiative revient à quelques neurologues et psychiatres. Les faits sont désormais bien connus, aussi je n'en rappellerai que les grandes lignes[220]. Dès le début de la guerre, on essaie dans certains hôpitaux de la zone des armées de rassembler les « mentaux » avant leur évacuation. Cet effort est dicté par la nécessité d'isoler les plus agités dans des locaux munis de cabanons. C'est pour cette raison par exemple qu'au sein de la 1ère armée, ces militaires sont de plus en plus souvent orientés vers les places fortes de Toul et de Verdun. Au mois de mars 1915, le médecin-major Jean Abadie, ancien élève de Régis à Bordeaux, fait installer deux services de neuropsychiatrie à Fismes et à Épernay pour la 5e armée[221]. Le premier est confié à Henri Damaye qui a, lui aussi, suivi les enseignements de

[217] Ce film, réalisé en 1917, est conservé par l'ECPAD sous la cote 14.18 A 892. Un extrait peut être visionné à partir de la plateforme pédagogique Medfilm : http://medfilm.unistra.fr

[218] Raoul BENON, « Organisation et fonctionnement d'un service de psychiatrie militaire », *Annales médico-psychologiques*, n° 32, 1919, p. 234.

[219] C'est le cas par exemple du centre de la 17e région militaire dirigé par le docteur Raymond Cestan.

[220] Louis CROCQ, *Les blessés psychiques, op. cit.* ; Sophie DELAPORTE, *Le discours sur les blessures, op. cit.*, t. 2, p. 442-447 et « Les réponses thérapeutiques », *14-18 : Aujourd'hui, Today, Heute*, n° 3, 2000, p. 39-41 ; Hervé GUILLEMAIN, Stéphane TISON, *Du front à l'asile, 1914-1918, op. cit.*, p. 184-192; Paul MARQUIS, *La guerre des nerfs, op. cit.*, p. 103-106 ; Laurent TATU, Julien BOGOUSSLAVSKY, *La folie au front, op. cit.*, p. 18-25 ; Gregory. M. THOMAS, *Treating the trauma of the Great War, op. cit.*, p. 32-38.

[221] René CHARPENTIER, « Note sur l'assistance psychiatrique de guerre », *Annales médico-psychologiques*, n° 11, 1919, p. 188.

Régis[222]. Puis, suivant cet exemple, plusieurs centres sont mis en place à une dizaine de kilomètres du front, notamment à Verdun pour la 1ère armée, à Amiens pour la 2e et à Toul pour la 3e. Comme à l'arrière, malades nerveux et mentaux sont mélangés. La généralisation de ces centres à l'ensemble du front est réclamée par la Société de neurologie dans un vœu adressé au sous-secrétaire d'État du Service de Santé militaire le 21 octobre 1915[223].

Depuis le mois de juillet, la direction du Service de Santé est en effet devenue un sous-secrétariat dont la direction est confiée à Justin Godart. Ce dernier entreprend une vaste réforme qui modifie fondamentalement l'organisation du Service de santé. L'augmentation du nombre de formations sanitaires dans la zone de l'avant est décidée afin de permettre une prise en charge rapide des malades et des blessés à proximité du front. L'évacuation depuis la zone des armées ne concerne dès lors que les cas qui ne peuvent pas être traités sur place ou pour lesquels la guérison suppose une plus longue récupération. Pour soigner au mieux les militaires tout en évitant les transferts à l'arrière, des centres spécialisés de chirurgie maxillo-faciale et d'ophtalmologie sont créés[224]. C'est dans ce contexte particulièrement favorable qu'en février 1916 Justin Godart donne satisfaction aux neurologues. Comme pour les centres de l'arrière, les psychiatres obtiennent dans le sillage de leurs confrères la mise en place de centres équivalents[225].

Ces nouvelles structures sont confrontées à de multiples difficultés. Le personnel comme le matériel font défaut et le fonctionnement dans son ensemble était souvent chaotique, comme en témoigne le médecin-major Henri Damaye. Affecté au centre psychiatrique de la 6e armée, il raconte comment, en pleine bataille du Chemin des Dames, son service est supprimé, faute de locaux où le transférer[226]. C'est sans doute en raison de leurs conditions d'existence très aléatoires que ces formations ont laissé très peu d'archives et qu'il est très difficile de les localiser précisément[227]. Elles jouent néanmoins un important rôle

---

[222] Henri DAMAYE, « Aperçu général sur la psychiatrie d'un service d'armée », *Annales médico-psychologiques*, n° 9, 1918, p. 90-98.

[223] Le texte de ce vœu est le suivant : « que, dans chacune des armées, il soit créé des centres neuro-psychiatriques, comme il en existe dans plusieurs d'entre elles, centres dans lesquels seront examinés et suivis tous les malades atteints d'affections nerveuses et mentales […] ». Voir *Revue neurologique*, n° 23-24, novembre-décembre 1915, p. 1248.

[224] Sur la réforme du Service de santé militaire menée par Justin Godard, voir notamment Vincent VIET, *La santé en guerre, 1914-1918, op. cit.* ; Sylvain BERTSCHY, « La prise en charge des blessés et malades de l'armée : genèse d'un problème public et mise en scandale du Service de Santé Militaire », *in* Frédéric ROUSSEAU (dir.), *La Grande Guerre des sciences sociales, op. cit.*, p. 109-158.

[225] On peut supposer qu'ils ont été eux aussi souvent annexés à des centres de neurologie. Le manque d'archives ne permet cependant pas de le vérifier.

[226] Henri DAMAYE, *Le médecin devant l'assistance et l'enseignement psychiatriques, op. cit.*, p. 106.

[227] Voir Paul MARQUIS, *1914-1918, une « guerre des nerfs », op. cit.*, p. 292-293.

de filtre. Leur existence change donc considérablement le rôle des asiles qui, au lieu d'assumer seuls la prise en charge des soldats atteints de troubles mentaux, deviennent le dernier maillon de la chaîne d'évacuation.

Aux principes qui définissent les rôles des différentes structures de la chaîne d'évacuation des « blessés psychiques » s'ajoutent d'autres règles qui concernent la répartition des militaires dans les asiles français. Rarement détaillées dans la littérature médicale et militaire de l'époque, qui n'expose que des principes très généraux et renseigne peu sur leur mise en pratique, les consignes officielles sont difficiles à connaître. Les documents conservés au centre de documentation du Val-de-Grâce ne fournissent sur le sujet que des indications partielles tandis que l'analyse du parcours individuel des militaires internés s'avère souvent décevante. En effet, le trajet de chaque malade est rarement détaillé dans le dossier médical et le feuillet matriculaire. Les raisons qui ont conduit à l'évacuer dans tel ou tel asile restent donc souvent obscures. Néanmoins, la confrontation des éléments d'information épars livrés par ces différentes sources permet de mieux comprendre comment était choisi le lieu d'internement des militaires aliénés.

c) La répartition des militaires aliénés dans les asiles français

Au début de la guerre, le principe qui guide la répartition des militaires atteints de troubles mentaux dans les centres de psychiatrie de l'arrière et dans les asiles qui leur sont associés est le même que celui qui s'applique pour n'importe quel malade à évacuer : la région d'hospitalisation est fonction du corps d'armée auquel chaque militaire appartient. Le 15 août 1915, une note fixe les conditions d'évacuation des militaires atteints de troubles mentaux. Elle précise que chaque train sanitaire semi permanent doit être équipé d'un compartiment spécial réservé à ces hommes. Situé de préférence au bout d'un wagon de blessés assis, ses fenêtres sont, tout comme celles des toilettes, pourvues de grillages et de barreaux[228]. Pour assurer la surveillance des malades, des infirmiers affectés dans les hôpitaux d'évacuation et les gares régulatrices sont spécialement détachés[229].

---

[228] SHD, « Essai sur le fonctionnement du Service de Santé de gare régulatrice par le médecin principal de 2e classe Melliès », GR9 NN7 191. En 1919, dans un rapport sur la constitution et l'aménagement des trains sanitaires, le médecin régulateur de la gare de Connantre, commune de la Marne, précise que ces mesures sont insuffisantes et n'ont pas permis d'éviter « plusieurs accidents mortels ».

[229] Ministère de la Guerre, *Instruction provisoire sur les évacuations par voie ferrée des malades et blessés des armées sur la zone de l'intérieur*, Paris, Imprimerie typographique, 1917, p. 18. Les hôpitaux d'évacuation sont situés à l'arrière du front, en première et en deuxième ligne, à proximité

Cependant, les zones d'hospitalisation correspondant à tel ou tel corps d'armée sont modifiées tout au long de la guerre[230]. De plus, d'autres éléments entrent en ligne de compte et sont rapidement considérés comme plus importants. La priorité est d'évacuer les militaires vers les hôpitaux où ils pourront être le mieux pris en charge, en fonction de leur pathologie. Il faut également s'efforcer de constituer des convois qui puissent effectuer le trajet le plus court et le plus simple[231]. Enfin, la destination de chaque militaire dépend du nombre de lits vacants dans chaque formation[232]. C'est ainsi qu'en septembre 1916 une dépêche ministérielle impose d'évacuer les malades mentaux en fonction du nombre de places disponibles dans les différents centres de psychiatrie et les asiles du territoire[233]. Par conséquent, les zones d'hospitalisation varient très fréquemment et il est souvent difficile, en l'absence de sources, de reconstituer précisément les logiques qui président à l'évacuation des malades. Celles-ci semblent d'ailleurs échapper en partie aux médecins eux-mêmes : Émile Thibaud, médecin-chef de la section des hommes à l'asile de Clermont dans l'Oise, constate ainsi que les règles sont « des plus variables ». Dans son rapport médical pour l'année 1916, il note qu'un hôpital militaire qui envoyait habituellement dans l'asile un grand nombre de malades les adresse désormais au Val-de-Grâce, d'où ils sont transférés vers d'autres établissements[234]. On comprend donc qu'il n'existe pas de parcours type puisque la combinaison de ces différents critères peut conduire les autorités, selon les circonstances, à prendre des décisions très variables. Les choix effectués ne sont d'ailleurs pas toujours très heureux : le 27 décembre 1916, le 4e bureau de l'État-major de l'armée, chargé des transports et du ravitaillement, signale au sous-secrétariat d'État du Service de santé que des militaires aliénés évacués depuis la gare régulatrice de Gray, en Haute-Saône, ont effectué un voyage éprouvant jusqu'à Brest, située à plus de 700 kilomètres de distance[235].

---

des gares régulatrices. On y opère un tri entre les militaires blessés et malades qui peuvent être évacués et ceux qui sont intransportables.

[230] Joseph LE HÉNAFF, Henri BORNECQUE, *Les chemins de fer français et la guerre*, Paris, Chapelot, 1922, p. 72.

[231] Ces principes ne sont pas propres à la psychiatrie. Alfred Mignon explique dans l'étude qu'il consacre après la guerre au fonctionnement du Service de santé pendant le conflit comment le principe de « l'échelonnement des évacuations » s'est progressivement imposé. Les blessés et les malades dans un état grave étaient envoyés dans les régions de l'arrière les plus proches, tandis que ceux qui pouvaient supporter un voyage étaient orientés vers des régions plus éloignées. Voir Alfred MIGNON, *Le Service de Santé, op. cit.*, p. 515.

[232] *Ibid.*, p. 35.

[233] ASSM, centre de documentation du Val-de-Grâce, note du 4e bureau de l'État-major de l'armée pour le sous-secrétariat d'État du Service de santé militaire, 27 décembre 1916, A 229.

[234] *Rapport médical sur le service de la section des hommes, asile de Clermont*, Imprimerie Daix et Thiron, 1917, p. 64.

[235] *Ibid.*

Une fois évacués à l'arrière, les militaires dont l'état nécessite un internement sont pris en charge dans le principal asile de la région militaire dans laquelle ils se trouvent. C'est ce qu'on observe dans la 14e région militaire. À l'asile de Bron, près de 60 % des militaires accueillis pendant le conflit ne sont pas originaires des départements de la région. Par contre, dans un asile de petite taille et moins accessible comme celui de Saint-Robert, près de 44 % des soldats ont été mobilisés dans la région et 22 % sont originaires de l'Isère.

	Asile de Bron		**Asile Saint-Robert**	
	En nombre	**En %**	**En nombre**	**En %**
14e région militaire	320	16,2	136	43,6
Rhône	182	9,2	14	4,5
Isère	49	2,5	68	21,8
Drôme	33	1,7	8	2,6
Savoie	24	1,2	9	2,9
Haute-Savoie	29	1,5	25	8,0
Hautes-Alpes	3	0,2	12	3,8
Reste de la France	1184	59,8	97	31,1
Non renseigné et étrangers	477	24,1	79	25,3
Total	1981	100,0	312	100,0

Tableau 1 : Origine géographique des soldats internés à l'asile de Bron et à l'asile Saint-Robert pendant la guerre

On note toutefois plusieurs exceptions à ce principe général car il existe des asiles spécialement désignés pour accueillir certaines catégories de militaires aliénés. Ainsi, ceux dont les troubles se déclarent en Afrique sont systématiquement rapatriés et dirigés vers les asiles de Marseille et d'Aix-en-Provence. Il est en effet impossible de les interner sur place car la France n'a développé aucune assistance psychiatrique dans ses colonies, à la différence de la Grande-Bretagne ou de la Hollande. Depuis le milieu du XIXe siècle un système de transfert des aliénés vers la métropole s'est mis en place. L'Algérie, la Tunisie et le Sénégal ont conclu un accord avec l'asile de Marseille et l'asile d'Aix-en-Provence, vers lesquels sont évacués tous les malades qui doivent être internés[236]. Lorsque la guerre éclate, les médecins dénoncent le retard français en matière d'assistance aux aliénés des colonies depuis plus d'une

[236] En 1845, la ville d'Alger conclut un accord avec l'asile de Marseille. Il est étendu en 1848 aux trois provinces (Alger, Oran, Constantine). En 1852, une lettre du préfet des Bouches-du-Rhône informe la colonie algérienne que l'asile de Marseille est trop encombré pour recevoir de nouveaux malades. Un traité est alors passé avec l'asile Montperrin situé à Aix-en-Provence. Voir René COLLIGNON, « La psychiatrie coloniale française en Algérie et au Sénégal », *Tiers-Monde*, n° 187, 2006, p. 527-546 ; Richard C. KELLER, *Colonial Madness. Psychiatry in French North Africa*, Chicago, University of Chicago Press, 2007.

dizaine d'années. La question, mise à l'ordre du jour du congrès colonial français en 1905 puis du congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France à Dijon en 1908, a fait l'objet d'un long rapport en 1912[237]. Le transport des aliénés vers la métropole y est décrit comme « inhumain » et la création rapide d'établissements spécialisés est réclamée. Considéré aujourd'hui comme « le texte fondateur de la psychiatrie coloniale française »[238], ce rapport est une nouvelle illustration de la coopération entre psychiatres civils et militaires et du rôle essentiel joué par Emmanuel Régis. En effet, il est l'œuvre commune du psychiatre bordelais et d'un médecin principal des troupes coloniales, Henri Reboul. Les deux hommes insistent sur la nécessité de disposer de structures spécialisées dans la prise en charge des soldats indigènes qui viendraient à développer des troubles mentaux, notamment en cas de conflit[239]. Mais, en 1914, la guerre met un terme aux débats. Puisque les asiles de Marseille et d'Aix-en-Provence ont pour habitude de recevoir les malades des colonies, le plus simple est de ne rien changer à cette organisation. Ces établissements sont également retenus pour accueillir les militaires aliénés évacués depuis le front d'Orient. Ces derniers sont débarqués à Toulon ou Bizerte, puis orientés vers les asiles de Marseille et Aix-en-Provence[240].

À partir de 1918, en raison de l'encombrement de ces deux établissements, le Service de santé militaire décide d'orienter également ces malades vers les asiles de Mondevergues-les-Roses (Vaucluse), Pierrefeu (Var), Saint-Pons (Alpes-Maritimes), Privas (Ardèche), Cadillac (Garonne), Mont-de-Marsan (Landes), Angoulême (Charente supérieure) et La Rochelle (Charente inférieure). Ce choix répond à des critères précis. D'une part, les médecins considèrent que l'amélioration de l'état de santé des malades des colonies ne peut être garantie s'ils ne sont pas hospitalisés dans une région bénéficiant « de conditions climatiques favorables »[241]. D'autre part, on cherche à interner ces hommes à proximité des ports d'embarquement en vue de leur rapatriement éventuel[242]. Toutefois celui-ci n'est décidé que lorsque l'incurabilité est absolument certaine. Ainsi, les soldats ne peuvent passer leurs

---

[237] René COLLIGNON, « La psychiatrie coloniale française en Algérie et au Sénégal », *art. cit.*, p. 528.
[238] Jean-Michel BÉGUÉ, « Genèse de l'ethnopsychiatrie, un texte fondateur de la psychiatrie coloniale française : le Rapport de Reboul et Régis au Congrès de Tunis en 1912 », *Psychopathologie africaine*, n° 2, 1997, p. 177-220.
[239] Emmanuel RÉGIS, Henri REBOUL, *L'assistance des aliénés aux colonies*, Paris, Masson, 1912, p. 205-206.
[240] Il arrive également qu'ils soient évacués sur Alger, d'où ils sont ensuite transférés à Marseille ou Aix-en-Provence.
[241] ASSM, centre de documentation du Val-de-Grâce, lettre du sous-secrétaire d'État du Service de santé militaire au directeur du Service de santé du gouvernement militaire de Paris, 7 février 1918, A 229.
[242] ASSM, centre de documentation du Val-de-Grâce, lettre du ministre de l'Intérieur au sous-secrétaire d'État du Service de santé militaire, 20 avril 1918, A 229.

congés de convalescence dans leurs foyers : ceux-ci se déroulent obligatoirement dans des dépôts du Midi, afin d'éviter d'organiser le transport de ces hommes vers leur pays.

Les soldats rapatriés des camps de prisonniers d'Allemagne constituent une autre catégorie de militaires aliénés regroupée dans un asile spécifique. À partir de 1915, les premiers rapatriements de prisonniers sont organisés conformément aux dispositions de la Convention de Genève signée en 1906. Comme le prévoit ce texte, les convois ne concernent dans un premier temps que les « sanitaires »[243] et les militaires invalides qu'on estime incapables de reprendre les armes une fois rendus à leur pays. Une liste définissant quelles blessures, maladies et infirmités donnent droit au rapatriement est établie en juin 1915 par les belligérants, qui comprend les maladies mentales incurables[244]. Mais ces dispositions ne permettent pas de régler le sort des prisonniers dont l'état de santé est susceptible de s'améliorer et que les belligérants refusent donc de laisser rapatrier. Grâce aux efforts du Comité international de la Croix-Rouge, il est finalement décidé que ces hommes pourront être internés en Suisse. Ils sont destinés à y rester jusqu'à la fin de la guerre, sauf si, au bout de trois mois, leur état est resté inchangé. Dans ce cas uniquement, ils sont rapatriés. Les tractations reprennent pour déterminer quels prisonniers pourront bénéficier d'un internement en Suisse et une nouvelle liste est établie en février 1916 qui comprend d'abord seulement l'hystérie[245], puis, à partir de juillet 1916, la neurasthénie[246]. Lorsque l'état des internés qui relèvent de ces catégories s'aggrave, ils sont placés dans des asiles en attendant le rapatriement auquel ils ont dès lors droit en tant qu'incurables. Ces dispositions semblent toutefois insuffisantes et, dès 1917, la Croix-Rouge internationale propose d'interner en Suisse les prisonniers qui, après au mois 18 mois de captivité, souffrent de ce qu'on appelle désormais la « psychose des fils de fer » ou « psychose de barbelés »[247]. La mesure n'est pas adoptée en ces termes mais, au mois de mai, dans le cadre des négociations qui aboutissent aux accords de Berne, on s'entend pour accorder une attention particulière aux cas de psychasthénie, définie comme « la dépression morale et physique que produit la captivité

---

[243] On désigne ainsi « les médecins, pharmaciens, infirmiers, brancardiers, aumôniers, officiers d'administration de service de santé, personnel des sociétés de secours reconnues et autorisées, ordonnances de médecins, soldats du train, conducteurs des voitures, animaux et automobiles de la formation ». Voir Georges CAHEN-SALVADOR, *Les prisonniers de guerre, 1914-1918*, Paris, Payot, 1929, p. 207.
[244] Noëlle ROGER, *Le train des grands blessés*, Paris, Attinger frères, s. d.
[245] Major Édouard FAVRE, *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés, 1916, second rapport*, Berne, Bureau du service de l'internement, 1917, p. 208-209.
[246] *Ibid.*, p. 209-210.
[247] Georges CAHEN-SALVADOR, *Les prisonniers de guerre, 1914-1918, op. cit.*, p. 247.

prolongée ». Celle-ci est considérée comme une maladie relevant de l'internement en Suisse[248].

L'entrée en vigueur de ces règles entraîne tout au long de la guerre une augmentation du nombre des rapatriements de prisonniers atteints de troubles mentaux. Comme tous les autres rapatriés, ceux-ci arrivent en France par convois sanitaires et sont accueillis à Lyon[249]. Nœud ferroviaire de premier plan, située à proximité de la Suisse, la ville devient dès 1915 le point de départ des prisonniers des armées ennemies et le lieu de réception des captifs français rapatriés[250]. L'asile de Bron étant l'établissement le plus proche pour prendre en charge les militaires qui doivent être internés, il est décidé d'y regrouper ces hommes car il est impossible de les laisser poursuivre leur voyage. En effet, le trajet jusque Lyon est déjà difficile. Le 12 juillet 1917 par exemple, une cinquantaine de malades arrivent dans un état de grande agitation et après avoir brisé les vitres de leurs wagons[251]. Par ailleurs, l'asile accueille aussi près d'une centaine de prisonniers allemands et austro-hongrois en attente d'un rapatriement vers Constance.

Enfin, il faut mentionner le cas des militaires mobilisés dans les armées alliées. Pendant la guerre, aucun asile particulier n'est désigné pour accueillir ces hommes. Des Italiens, des Russes, des Serbes, des Belges sont pris en charge à Bron, à Charenton et à Marseille. Ce n'est qu'en 1920 que le ministère de la Guerre et le ministère de l'Intérieur décident conjointement de grouper les 55 militaires russes encore internés en France à l'asile de Saint-Ylie dans le Jura[252]. La mesure a pour but de faciliter leur rapatriement vers leur pays. Aucune disposition similaire ne semble avoir été prise pour les soldats d'autres nationalités.

---

[248] *Ibid.*, p. 258.

[249] Les soldats pris en charge à l'asile de Bron représentent moins de 1 % de l'ensemble des militaires rapatriés pendant la guerre. Voir Bruno FOUILLET, « La ville de Lyon au centre des échanges de prisonniers de guerre (1915-1919) », *Vingtième siècle. Revue d'histoire*, 2005, n° 86, p. 25-42.

[250] *Ibid*. Sur la ville de Lyon pendant la Grande Guerre, voir également Nicolas BEAUPRÉ, Anne CHARMASSON-CREUS, Thomas BREBAN, Fanny GIRAUDIER (dir.), *14-18, Lyon sur tous les fronts ! Une ville dans la Grande Guerre*, Milan, Silvana Editioriale, 2014.

[251] ASSM, centre de documentation du Val-de-Grâce, lettre du médecin-inspecteur directeur de la 14e région militaire au sous-secrétaire d'État du Service de santé militaire, A 230.

[252] AD du Jura, transfert à Saint-Ylie des soldats russes aliénés (1920-1923), Xp 1107.

3) Le nombre des soldats atteints de troubles mentaux : un décompte impossible ?

Pour comprendre les enjeux soulevés par l'évacuation des soldats atteints de troubles mentaux, il faut s'interroger sur son ampleur. Depuis le début des commémorations du centenaire, plusieurs estimations ont été avancées. Dans le cadre de la promotion du documentaire tiré de l'ouvrage de Jean-Yves Le Naour, *Les soldats de la honte*, diffusé à l'automne 2014, France 3 indiquait par exemple que 100 000 soldats français ont été « psychologiquement traumatisés », sans expliquer d'où provient cette estimation[253]. En vérité, l'historien doit faire preuve d'humilité et de prudence car le décompte n'est pas facile à établir.

a) Les limites des sources

Il convient tout d'abord de s'entendre sur la nature exacte de la question posée. Au cours de cette guerre si longue et si terrible, tous les combattants font l'expérience d'une forme de souffrance psychique, plus ou moins profonde et durable. Comme l'affirmait Georges Mosse, « le choc traumatique a représenté l'une des blessures de guerre les plus répandues lors de la guerre 14-18 »[254]. Mais l'idée de fournir une évaluation du nombre total de militaires dont la santé mentale a été ébranlée au point de présenter des pathologies psychiatriques est une chimère à laquelle il faut d'emblée renoncer. Sans même parler des problèmes épineux que soulève toute tentative de définition de cette catégorie d'individus (qu'est-ce que la santé mentale, où commence la pathologie ?), il est évident que tous ceux qui auraient pu relever d'une prise en charge psychiatrique n'ont pas été soignés par le Service de santé militaire. Les cas de figure sont multiples : certains sont morts avant d'être repérés comme malades, d'autres ont terminé la guerre sans recevoir de soins parce qu'ils sont plus ou moins parvenus à maîtriser leurs troubles et que leur entourage s'en est accommodé, d'autres encore ont été soignés pour des affections organiques sans que leur souffrance psychique soit prise en compte ou identifiée comme une maladie mentale.

---

[253] Dans son ouvrage, Jean-Yves Le Naour semble reprendre pour son compte une estimation établie par Hubert Bieser, selon lequel 62 500 militaires français auraient souffert de troubles psychiatriques temporaires ou permanents pendant la Grande Guerre. Mais, à ma connaissance, l'origine de ce chiffre n'a jamais été précisée. Voir Jean-Yves LE NAOUR, *Les soldats de la honte*, *op. cit.*, p. 11.

[254] Georges MOSSE, « Le choc traumatique comme mal social », *14 -18 : Aujourd'hui, Today, Heute*, n° 3, 2000, p. 27-36.

Décider de s'en tenir au cas des militaires qui sont entrés dans les centres de psychiatrie de l'avant et de l'arrière ne permet pas de régler le problème. Leur nombre n'a jamais fait l'objet d'une évaluation officielle. Pendant le conflit, le Service de santé a certes décompté les militaires qui nécessitaient des soins. Mais les statistiques qu'il a établies donnent peu de renseignements sur les malades et ne précisent pas leur nombre en fonction des pathologies. Il en va de même du rapport dressé par le député Louis Marin au lendemain de la guerre[255]. Il faudrait donc trouver le moyen d'établir nous-mêmes un bilan. On pourrait imaginer réunir les données relatives à chaque centre de psychiatrie. Cependant, les données sont très lacunaires pour les centres de l'avant. Quant à ceux de l'intérieur, les rapports adressés par les médecins responsables de ces services au Service de santé n'ont pas tous été conservés et n'étaient pas toujours rédigés régulièrement. Enfin, l'utilisation de ces rapports pose deux problèmes supplémentaires. D'une part, dans les centres où sont reçus des malades relevant à la fois de la neurologie et de la psychiatrie, les chiffres produits ne distinguent pas toujours clairement ces deux catégories. D'autre part, les militaires sont pris en charge dans plusieurs centres, d'abord à l'avant puis à l'arrière. Par conséquent, en additionnant le nombre de malades reçus dans chaque service, il est impossible d'éviter de compter plusieurs fois un même homme. C'est ce que constatent André Fribourg-Blanc, professeur de psychiatrie au Val-de-Grâce[256], et Antony Rodiet, médecin-chef de l'asile de Ville-Évrard (Seine) lorsqu'ils s'efforcent d'établir le bilan des cas de folie survenus chez les militaires français entre 1914 et 1918. Malgré leurs efforts, les deux hommes doivent se résigner à tirer la conclusion suivante :

> « […] il est presque impossible d'établir pendant la guerre de 1914-1918 une statistique complète des cas d'aliénation mentale chez les mobilisés à cause des nombreux déplacements de tous ces hommes qui, lorsqu'ils ont été soignés pour troubles mentaux, ont parcouru successivement toutes les formations hospitalières de la zone des armées d'abord, et ensuite du territoire […] »[257].

Les rapports des centres de psychiatrie et de neuropsychiatrie ne peuvent donc servir à déterminer le nombre exact de militaires atteints de troubles mentaux pendant la guerre : il

---

[255] Sur cette question, voir Antoine PROST, « Compter les vivants et les morts : l'évaluation des pertes françaises de 1914-1918 », *Le Mouvement Social*, n° 222, 2008, p. 41-60.

[256] Sur le parcours d'André Fribourg-Blanc, voir Noël FRIBOURG-BLANC, *Le médecin général André Fribourg-Blanc (1888-1963). Le fondateur de la psychiatrie militaire au service des souffrants*, Paris, Christian Éditions, 2010.

[257] André FRIBOURG-BLANC, Antony RODIET, *La folie et la guerre de 1914-1918*, Paris, Alcan, 1930, p. 2. D'après son petit-fils Noël Fribourg-Blanc, que je remercie d'avoir répondu à mes questions, les archives d'André Fribourg-Blanc ne comportent pas de correspondance avec Antony Rodiet ni de documents de travail relatifs à l'étude conduite par les deux hommes.

paraît peu raisonnable de se livrer à des calculs qui, une fois toutes ces limites prises en compte, n'auraient plus vraiment de sens. Cependant, ils contiennent tout de même des indications très intéressantes, notamment le nombre de lits. D'après Jules Froment et Jean Abadie, les centres de neurologie et de psychiatrie « se placent au premier rang de par leur importance » dans la liste des formations créées pendant la guerre par le Service de santé militaire[258]. En mars 1918, les centres de psychiatrie réunissent environ 5 000 lits[259]. En y ajoutant ceux installés dans les centres de neurologie ou de neuropsychiatrie pour les malades atteints de troubles mentaux ou neurologiques, on aboutirait à un total de 20 000 lits, d'après un article du médecin-major René Jude publié en 1923[260].

Ces rapports permettent également de connaître le nombre de structures qui composent les centres. En effet, certains d'entre eux se répartissent en plusieurs services, parfois installés dans des bâtiments divers. C'est le cas à Lyon où le centre de psychiatrie comprend en 1918 onze formations sanitaires. Tous les malades sont placés à leur arrivée à l'hôpital complémentaire numéro 9, installé dans les bâtiments de l'École de santé militaire de Lyon. En fonction du diagnostic établi dans ce premier hôpital, ainsi que de leur situation au regard de l'autorité militaire, les militaires sont orientés vers l'une des autres formations du service. En tout, dans l'ensemble de ses formations, le centre peut prendre en charge plus de 1 000 malades : c'est un des plus grands de France, après celui du Gouvernement militaire de Paris. Dans d'autres régions, les services de psychiatrie sont de taille nettement plus modeste. Il est fréquent qu'il ne s'agisse que de quelques salles d'un hospice[261]. Mais l'existence de quelques très grands centres, dont l'organisation s'est petit à petit complexifiée pour faire face à l'afflux de malades, constitue un élément important pour apprécier l'importance de la psychiatrie au sein du Service de santé militaire pendant la Première Guerre mondiale.

---

[258] *Science et dévouement. Le Service de Santé, la Croix-Rouge, les Œuvres de Solidarité de Guerre et d'Après Guerre*, Paris, Quillet, 1918, p. 206. Le chapitre consacré à la psychiatrie et la neurologie de guerre est l'œuvre de Jean Abadie (professeur à la faculté de médecine de Bordeaux, ancien élève d'Emmanuel Régis) et Jules Froment (professeur à la faculté de médecine de Lyon, ancien élève de Raphaël Lépine, père de Jean Lépine). Pendant la guerre, Jean Abadie dirige une automobile chirurgicale tandis que Jules Froment exerce au sein du service de neurologie de la Pitié.

[259] On en compte exactement 4356. ASSM, centre de documentation du Val-de-Grâce, rapport sur le traitement des militaires atteints de troubles mentaux, 530.

[260] René JUDE, « Chronique psychiatrique », *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, t. 78, 1923, p. 554.

[261] C'est par exemple le cas dans la 4e région militaire. Voir Stéphane TISON, « Des soldats à l'asile : étude prospective de la 4e région militaire (Alençon, Le Mans, Mayenne) », *in* Laurence GUIGNARD, Hervé GUILLEMAIN, Stéphane TISON (dir.), *Expériences de la folie*, *op. cit.*, p. 101-115.

b) Le bilan de l'automne 1917

Un autre document conservé dans les archives du Service de santé fournit des données concernant le nombre de militaires soignés pour troubles mentaux pendant les trois premières années de la guerre. Il s'agit d'un « état des malades et des blessés ayant reçu des soins neuro-psychiatriques » dressé dans des circonstances bien particulières[262]. Il est élaboré à l'automne 1917, Justin Godart ayant demandé aux directeurs du Service de santé des régions militaires de recenser les malades entrés dans les formations de leur circonscription depuis le début du conflit[263]. Ce bilan ne résulte pas d'une initiative spontanée du sous-secrétaire d'État. Celui-ci a été contacté au mois d'octobre par la Croix-Rouge américaine, qui, pour mieux évaluer les besoins auxquels elle pourrait avoir à faire face, souhaite connaître le nombre de soldats français ayant reçu des « soins neuropsychiatriques »[264].

Une fois les données nécessaires rassemblées, le Service de santé semble en mesure de livrer des informations très précises : en octobre 1917, le nombre total de militaires pris en charge pour troubles mentaux depuis le début de la guerre est de 26 533. Mais ce chiffre, bien faible, ne donne qu'un aperçu partiel de la situation et doit être analysé avec prudence. D'une part, seuls les soldats évacués du front dans les formations de l'arrière sont pris en compte pour l'établir et, parmi ceux-ci, les militaires traités dans les centres des 19e, 20e et 21e régions militaires ne sont pas comptabilisés[265]. D'autre part, les services de l'intérieur n'existaient pas, pour la plupart, avant février 1915 : tous les soldats évacués auparavant ne peuvent donc pas être décomptés. Enfin, les différentes catégories définies dans le cadre de cette enquête posent problème. Il a été demandé aux responsables des centres d'indiquer le nombre de militaires traités pour « troubles mentaux » mais aussi pour « psychonévroses », « commotion », maladies ou blessures des « nerfs périphériques » ou du « système nerveux central ». Cette typologie, qui regroupe des appellations très floues, n'a pas été choisie par le Service de santé militaire français mais correspond en tout point à celle que proposait la Croix-Rouge américaine dans sa demande à Justin Godard. Il n'est donc pas étonnant de ne pas la retrouver dans les rapports établis au sein des centres de psychiatrie et de neuropsychiatrie et on peut penser que, pour s'y conformer, ces services ont dû réaliser des

[262] ASSM, centre de documentation du Val-de-Grâce, A 512.
[263] ASSM, centre de documentation du Val-de-Grâce, minute du sous-secrétaire d'État du Service de santé militaire aux directeurs des Services de santé des régions, 8 novembre 1917, A 512.
[264] ASSM, centre de documentation du Val-de-Grâce, lettre de la Croix-Rouge américaine au sous-secrétaire d'État du Service de Santé militaire, 25 octobre 1917, A 512.
[265] Il est vraisemblable que les centres de ces régions n'ont pas répondu à la demande de Justin Godard. En effet, celle-ci leur avait bien été adressée.

calculs à partir des décomptes qu'ils réalisaient mensuellement. Or aucune consigne officielle n'a été donnée en la matière. Chaque centre a donc pu ranger des pathologies différentes sous les grandes appellations proposées. De plus, les centres comptabilisaient généralement le nombre d'entrées et non le nombre d'individus traités : un même militaire pouvait donc être comptabilisé plusieurs fois s'il était admis à plusieurs reprises. Pour toutes ces raisons, la fiabilité des chiffres communiqués au Service de santé est toute relative. La solution la plus raisonnable consiste à ajouter aux militaires traités pour troubles mentaux, ceux qui furent considérés comme commotionnés (16 299) et « psychonévrosés » (32 644). On obtient un total de 75 476 : à partir de ce document, on peut donc uniquement estimer le nombre de militaires atteints d'une maladie psychique – et traités en tant que tels par le Service de santé dans les centres de psychiatrie et de neuropsychiatrie de l'intérieur jusqu'en octobre 1917 – entre les deux chiffres dont on dispose, soit 26 533 et 75 476.

Le résultat reste donc imprécis et discutable. Mais on aurait tort de considérer que l'impossibilité d'établir un bilan est propre au cas français. En dépit des estimations produites pour d'autres nations impliquées dans la guerre, il est rare de pouvoir avancer des chiffres avec certitude. En effet, les problèmes soulevés par les sources sont tout aussi nombreux dans les autres pays[266]. Dans son dernier ouvrage, Peter Leese a montré combien les statistiques produites en Grande-Bretagne par le ministère des Pensions sont sujettes à caution[267]. Il est d'ailleurs étonnant qu'il indique dans le même livre que des études récentes ont permis d'estimer le nombre de soldats français atteints de troubles psychologiques à 200 000[268]. L'auteur sur lequel il prend appui pour l'affirmer est Marc Roudebush, qui s'est toujours refusé à produire un chiffre, considérant que les sources ne le permettaient pas[269]. Dans l'article cité par Peter Leese, Marc Roudebush se contente d'indiquer, dans une note de bas de page, que le nombre de cas en France pourrait être similaire ou supérieur à celui qui a été avancé par Paul Lerner pour le cas allemand, soit 200 000[270]. C'est également ce nombre que

[266] Les États-Unis ont été le seul pays engagé dans la guerre à établir un décompte précis des soldats atteints de troubles mentaux : les statistiques officielles en ont dénombré 69 400. Voir Louis CROCQ, *Les traumatismes psychiques de guerre, op. cit.*, p. 38-39.
[267] Peter LEESE, *Shell Shock, op. cit.*, p. 9-10.
[268] *Ibid.*, p. 10.
[269] Il l'affirme notamment dans sa thèse. Voir Marc ROUDEBUSH, *A Battle of Nerves, op. cit.*, p. 14.
[270] Marc Roudebush écrit : « Although difficulties of interpretation prevent me from hazarding a specific estimate at this date, it is likely that the numbers in France were as high as those in Germany, or higher ». Voir Marc ROUDEBUSH, "A Battle of Nerves : Hysteria and Its Treatments in France During World War I", *in* Mark S. MICALE, Paul LERNER (dir.), *Traumatic Pasts. History, Psychiatry and Trauma in the modern age, 1870-1930*, New York, Cambridge University Press, 2001, p. 254.

Peter Leese considère comme l'estimation la plus crédible pour la Grande-Bretagne[271]. En réalité, aucune source ne permet d'étayer solidement ce chiffre, y compris pour l'Allemagne où d'autres chercheurs ont proposé des estimations différentes. Ainsi, les travaux de Stephanie Neuner ont conduit à établir le chiffre de 613 047 soldats traités pour troubles psychiques[272]. Enfin, quand bien même un décompte serait possible pour chacun de ces pays, la comparaison des données serait extrêmement délicate, puisque, comme le soulignent Hervé Guillemain et Stéphane Tison, « les définitions de la maladie mentale et les dispositifs pour la prendre en charge varient d'un État à l'autre »[273].

c) Le nombre d'internés

S'il est impossible de dire avec exactitude combien d'hommes ont été pris en charge dans les services de psychiatrie, peut-on fournir une estimation du nombre de ceux qui furent internés ? Telle était l'ambition d'André Fribourg-Blanc et d'Antony Rodiet. L'enquête qu'ils lancent auprès de tous les asiles français en 1924 est prometteuse mais les directeurs et les médecins qu'ils ont contactés sont très peu nombreux à donner suite à leur demande, faute de temps pour effectuer des recherches ou parce qu'ils ne disposent pas des données nécessaires. Quant aux quelques réponses reçues, elles sont peu concluantes[274]. Pour mener à bien leur projet, ils ne peuvent pas non plus s'appuyer sur la littérature médicale, les études statistiques spécifiquement consacrées à la population militaire internée pendant le conflit étant extrêmement rares. Le psychiatre Calixte Rougé, médecin-chef de l'asile de Limoux, a fait connaître dans une série d'articles publiés pendant la guerre que 86 militaires étaient entrés dans son établissement entre 1914 et 1919[275]. S'il appelait ses collègues à l'imiter, son exemple a été peu suivi. Quelques médecins fournissent cependant des chiffres. Les docteurs Aristide Journiac et Pierre Alaize réalisent en 1922 une étude sur les militaires internés à l'asile Saint-Pierre à Marseille et indiquent avoir reçu 1 028 mobilisés[276]. Dans une thèse soutenue en 1919, Jean Couette précise que l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-

[271] Peter LEESE, *Shell Shock, op. cit.*, p. 10.
[272] Stephanie NEUNER, *Politik und Psychiatrie, op. cit.*, p. 48.
[273] Hervé GUILLEMAIN, Stéphane TISON, *Du front à l'asile, 1914-1918, op. cit.*, p. 18.
[274] Dans leur livre, les deux hommes présentent les extraits de neuf réponses. Voir André FRIBOURG BLANC, Antony RODIET, *La folie et la guerre de 1914-1918, op. cit.*, p. 4.
[275] Calixte ROUGÉ, « Résumé statistique des militaires internés à l'asile de Limoux du 2 août 1914 au 31 décembre 1919 », *Annales médico-psychologiques*, n° 12, 1920, p. 331-336.
[276] Ce travail est mentionné dans les *Annales médico-psychologiques* mais il est resté introuvable. Voir « Statistique des militaires aliénés placés à l'asile Saint-Pierre à Marseille pendant la guerre 1914-18 », *Annales médico-psychologiques*, n° 1, 1922, p. 375.

Loire) a accueilli 932 militaires internés[277]. En 1922, Pierre Simeray recense tous les militaires entrés à l'asile de Clermont (Oise) entre le 2 août 1914 et le 31 décembre 1919. Il en compte 390[278]. En 1928, Charles Mouchette effectue le même travail à l'asile de Maréville et en dénombre 917[279].

Pour connaître le nombre de militaires internés en France, il faut donc conduire des recherches dans les archives de chaque asile. La tâche est colossale, d'autant qu'il est rare que les rapports des médecins fournissent les données recherchées. La plupart du temps, il est nécessaire de dépouiller les registres d'entrées tenus pendant la guerre pour en extraire les informations concernant les malades de l'armée[280]. Ce travail a été accompli par plusieurs chercheurs dans différents établissements. Selon Bernadette Laverdure-Cassarin, 1 697 militaires ont été admis à l'asile de Villejuif[281]. Hervé Guillemain et Stéphane Tison ont comptabilisé pour les trois asiles de la 4e région militaire, c'est-à-dire ceux du Mans, de Mayenne et d'Alençon, 370 soldats internés entre 1914 et 1920[282]. Dans les quatre établissements où j'ai eu accès aux registres d'entrées, voici les résultats que j'ai obtenus, en prenant en compte les malades étrangers (militaires des armées ennemies faits prisonniers et militaires des armées alliées), puis en se concentrant sur les militaires mobilisés dans l'armée française :

[277] Jean COUETTE, *Un centre de neuro-psychiatrie en Anjou pendant la guerre*, thèse soutenue devant la faculté de médecine de Paris, 1919.
[278] Pierre SIMERAY, *Contribution à l'étude des séquelles des commotions et traumatismes crânio-cérébraux de guerre*, thèse soutenue devant la faculté de médecine de Paris, 1922, p. 23.
[279] Charles MOUCHETTE, *Contribution à l'étude des séquelles lointaines des commotions de guerre*, thèse soutenue devant la faculté de médecine de Nancy, 1928, p. 29.
[280] Les registres d'entrées constituent la source la plus fiable pour effectuer ce travail. En effet, les dossiers individuels des militaires internés n'ont pas tous été conservés. Dans certains établissements, le travail est simplifié par l'existence de registres spécifiques pour les militaires qui permettent d'établir plus rapidement leur nombre. C'est le cas pour l'asile de Marseille ou encore celui de Charenton.
[281] Bernadette LAVERDURE-CASSARIN, *Un moment particulier dans la psychiatrie du XXe siècle : les aliénés militaires de la section militaire de l'asile de Villejuif pendant la première guerre mondiale*, *op. cit.*
[282] Hervé GUILLEMAIN, Stéphane TISON, *Du front à l'asile, 1914-1918*, *op. cit.*, p. 165.

	Nombre de militaires entrés entre le 2 août 1914 et le 11 novembre 1918	Nombre de militaires mobilisés dans l'armée française entrés entre le 2 août 1914 et le 11 novembre 1918
Asile de Bron	1981	1777
Maison nationale de Charenton	928	907
Asile Saint-Pierre	909	825
Asile Saint-Robert	312	299

Tableau 2 : Nombre de militaires internés dans chaque asile entre le 2 août 1914 et le 11 novembre 1918[283]

Pour l'asile Saint-Pierre à Marseille, le nombre de militaires internés obtenu est légèrement inférieur à celui indiqué par les docteurs Journiac et Alaize. Cette différence tient sans doute à ce que ces derniers arrêtent leur décompte à la fin de l'année 1918 et non au 11 novembre comme j'ai décidé de le faire. La date est bien sûr symbolique puisque des militaires continuent d'être internés par la suite mais elle permet de fixer une borne claire au travail de dépouillement qui pourrait sinon être poursuivi jusqu'à la fin des opérations de démobilisation. Or, après l'armistice, il devient difficile de repérer les militaires dans les registres d'entrée. En effet, les malades qui viennent d'être démobilisés sont inscrits en tant que civils dans la mesure où ils n'appartiennent plus à l'armée. Le résultat du dépouillement est donc faussé.

Cette difficulté doit également être prise en compte pour le reste de la période considérée. En effet, le même problème se pose au sujet des militaires réformés durant le conflit. S'ils sont pris en charge à l'asile après leur réforme, ils n'apparaissent pas dans le registre comme militaires et échappent au décompte. On peut donc considérer que les chiffres obtenus sous-évaluent le nombre réel des hommes qui ont participé au conflit et ont été internés. À l'inverse, les malades qui sont transférés d'un asile à l'autre sont comptabilisés plusieurs fois. Leur cas est extrêmement intéressant puisqu'il offre la possibilité de reconstituer un parcours à travers plusieurs dossiers médicaux mais ces doublons influent aussi, bien qu'à la marge, sur les résultats obtenus pour chaque asile et lorsqu'on cumule les chiffres obtenus pour chaque établissement. Il n'est de toute façon pas possible d'envisager

[283] Un tableau détaillé comprenant le nombre de militaires étrangers et de prisonniers internés est présenté en annexe 4. Je ne compte chaque malade qu'une seule fois lorsqu'il a effectué plusieurs séjours à l'asile.

une extrapolation à partir de ces données qui ne concernent que dix asiles sur les quatre-vingt-dix que compte alors le pays. Ces chiffres permettent au moins d'affirmer que le nombre de militaires internés se compte selon toute vraisemblance en dizaines de milliers. S'en tenir à cet ordre de grandeur est certes frustrant. Dans l'état actuel de nos connaissances et en toute rigueur, nous n'avons cependant pas d'autre choix.

*
**

> « Dès le temps de paix, de toutes les spécialités, la psychiatrie fut celle qui avait eu le plus de peine à obtenir droit de cité dans le Service de Santé militaire et lui avait fallu forcer les portes de haute lutte. »[284]

Le constat dressé par Paul Chavigny en 1915 résume sans détour le sort réservé à la psychiatrie militaire. Mais il indique tout aussi clairement que celle-ci ne naît pas en 1914. L'entrée en guerre du pays et la nécessité de gérer des « blessés psychiques » toujours plus nombreux fournissent l'opportunité de faire aboutir les réformes réclamées depuis de longues années. Les principaux acteurs impliqués dans cette transition de la théorie à la pratique sont ceux qui, depuis les années 1890, ont contribué à l'élaboration et à la diffusion des principes sur lesquels repose pendant la guerre l'assistance psychiatrique aux armées. En s'appuyant sur la coopération qu'ils ont contribué à établir entre milieu civil et milieu militaire, notamment par le biais de l'enseignement, ils parviennent à mettre en place un système d'évacuation et de prise en charge des combattants atteints de troubles mentaux. Largement impensé avant le conflit, ce nouveau dispositif repose sur la coordination entre trois types de structures – centres de l'avant, centres de l'arrière, asiles d'aliénés – et est, en nombre de lits, l'un des plus importants du Service de santé militaire[285].

Peut-on pour autant affirmer que les réticences de l'armée ont été entièrement vaincues ? La psychiatrie militaire s'affirme-t-elle vraiment comme une spécialité à part

[284] Paul CHAVIGNY, « Psychiatrie et médecine légale aux armées », art. cit., p. 185.
[285] Cette organisation semble avoir constitué un modèle pour plusieurs autres pays, en particulier l'Italie, et la question des transferts de pratiques entre belligérants constitue une piste de recherche intéressante qui mériterait d'être approfondie.

entière dont il serait possible d'identifier les apports ? L'évolution du rôle dévolu aux asiles d'aliénés au sein de la chaîne d'évacuation conduit-elle à faire émerger une perception nouvelle de la maladie mentale dans la communauté scientifique, dans l'armée voire dans la société ? Pour répondre à ces questions, il faut d'abord examiner comment les grands principes et les dispositifs que je viens de présenter prennent forme, de manière concrète, sur le terrain. Dans cette perspective, le prochain chapitre s'appuie sur l'étude empirique de la situation quotidienne rencontrée dans les asiles de mon corpus. Il place au cœur de l'analyse les militaires internés eux-mêmes, objets mais aussi acteurs de la psychiatrie militaire qui, en interaction avec les médecins, contribuent à façonner les discours et les pratiques.

Chapitre 2 : Des hommes « à interner » : profils, trajectoires et conditions de vie des militaires dans les asiles français entre 1914 et 1918

Dans le langage officiel des administrations militaires, étatiques et asilaires, les mêmes termes sont toujours employés pour désigner les soldats internés. Leur ordre peut toutefois varier, ces hommes étant tantôt appelés « militaires aliénés », tantôt « aliénés militaires ». Cette inversion survient ici et là, sans logique apparente. De fait, les deux expressions sont utilisées comme de parfaits synonymes bien qu'elles conduisent à mettre l'accent soit sur le statut militaire, soit sur la maladie. En ce sens, elles reflètent la position singulière occupée par les soldats internés à l'intersection entre la guerre et la folie, position qui fait d'eux des témoins exceptionnels.

Les archives asilaires offrent l'opportunité d'entendre la voix de ces individus qui n'ont pas laissé d'autres témoignages. Les réponses qu'ils fournissent aux médecins et aux infirmiers, leurs écrits et parfois leurs dessins, composent donc des récits inédits. Ceux-ci représentent pour l'historien un matériau d'une grande richesse, permettant d'observer, par le prisme de la folie, l'expérience de la guerre mais aussi celle de l'internement. Ainsi, il est possible de connaître les circonstances dans lesquelles les troubles mentaux des soldats sont apparus et ont été identifiés. En indiquant ce qui nourrit les délires des malades, leurs dossiers médicaux permettent d'observer comment le conflit s'empare de ces hommes jusqu'à envahir tout leur univers mental. Ils mettent également en lumière la complexité du rapport à la guerre et au combat ainsi que la variété des trajectoires qui ne se résument pas au parcours conduisant du front à l'asile. Enfin, ils donnent à voir les conditions d'internement des militaires pendant la guerre et leur quotidien dans les asiles d'aliénés.

I - L’expérience de la guerre au prisme de la folie

Pour comprendre la démarche que j’ai adoptée face aux dossiers médicaux des soldats internés, quelques précisions méthodologiques s’imposent. Il importe tout d’abord de souligner que ma perspective est celle de l’historien et qu’il ne s’agit en aucun cas de produire une analyse d’ordre psychopathologique : mon objectif n’est pas rechercher dans les récits des malades les facteurs qui pourraient expliquer pourquoi, quand ou comment ces hommes sont « devenus fous » mais de comprendre ce que leurs témoignages donnent à voir de leurs expériences de la guerre. Face à l’infinie variété des situations individuelles, j’ai cherché à identifier des cas de figure récurrents ou atypiques. Sans établir une typologie rigide, j’ai ainsi voulu mettre en lumière certains profils et certaines trajectoires. Si je distingue, dans l’organisation de mon propos, les militaires dont la folie est prise en charge alors qu’ils se trouvent loin de la ligne de feu et ceux qui sont évacués depuis la zone des combats, ces catégories ne sont ni étanches, ni immuables. Le parti-pris consiste à partir de cette classification, qui rejoue l’opposition classique entre le front et l’arrière ou encore les combattants et les non combattants, pour mieux en montrer les limites voire la déconstruire.

1) La folie aux marges de la guerre

Tous les soldats internés n’arrivent pas à l’asile après avoir été évacués de la ligne de feu. L’analyse des dossiers médicaux montre que l’internement peut aussi survenir au cours de moments d’intervalle ou de transition entre le front et l’arrière, en particulier lors de la mobilisation et pendant les permissions. Dans le cas des prisonniers dont la maladie se déclare dans les camps, l’entrée à l’asile fait suite au rapatriement sanitaire. Ce sont les trois cas de figure analysés ici.

a) Le temps du départ : les troubles de la mobilisation

Dans la thèse qu’il a soutenue en 1977, Jean-Jacques Becker a été le premier à démontrer que l’entrée en guerre n’a pas suscité chez les Français un enthousiasme généralisé. Depuis, et bien qu’il reste solidement ancré dans la mémoire collective, le mythe du départ « la fleur au fusil » a été complètement déconstruit par les historiens. On sait désormais que les sentiments qui ont dominé en août 1914 ont été la surprise, l’inquiétude et la résolution.

Les effets de foule qui ont entraîné des manifestations de liesse populaire ont été étudiés : leur caractère ponctuel, souvent limité aux grandes villes, a ainsi pu être établi. On a en revanche moins prêté attention aux réactions de désespoir provoquées par l'annonce de la mobilisation puis le départ des hommes. Certes, Jean-Jacques Becker mentionne dans l'ouvrage tiré de sa thèse des suicides survenus « ci et là », en particulier celui de Marc Bouffier, un ami du maire de Lyon Édouard Herriot[1]. Choisi par ce dernier pour assurer la fonction d'adjoint en remplacement d'un mobilisé, il se pend le 14 août 1914 à la suite d'un « accès de mélancolie aiguë causé par la guerre », selon le rapport établi par le préfet[2]. Depuis quelques années, des travaux ont contribué à faire connaître la manière dont les enfants et les couples sont entrés dans la guerre[3]. Le cas des militaires internés au mois d'août 1914 apporte un éclairage nouveau sur cette question : si leur exemple reste spécifique, il constitue un témoignage précieux sur les émotions suscitées par l'irruption du conflit dans la vie des individus. Leurs souffrances, difficiles à saisir car souvent réprimées par pudeur autant que par nécessité, sont révélées par les archives asilaires[4].

Au mois d'août 1914, l'État français parvient, en l'espace de quelques jours, à mobiliser trois millions cinq cent mille hommes et ce sans rencontrer de difficultés notables. Quelques mois plus tard, *Le Petit Parisien* se félicite d'une telle réussite et en déduit que « […] dès les premiers instants de la crise actuelle, […] l'équilibre nerveux de la nation a merveilleusement résisté »[5]. Pourtant, avant même leur départ ou quelques jours après leur arrivée au dépôt puis sur le front, certains hommes présentent des troubles mentaux, comme en témoigne le médecin inspecteur général Alfred Mignon, chef du Service de santé de la 3e armée : « la guerre n'était pas commencée et nous n'étions encore qu'à la période de concentration que des cas d'aliénation mentale nous étaient signalés […] », écrit-il[6]. Une partie de ces hommes est internée dans les asiles d'aliénés. Ces derniers font donc face dès le début de la guerre à un premier afflux de soldats. Dans trois des établissements sur lesquels j'ai travaillé, le nombre d'entrées de militaires au mois d'août 1914 est supérieur à celui

---

[1] Jean-Jacques BECKER, *1914 : comment les Français sont entrés dans la guerre*, Paris, Presses de la Fondation nationale des Sciences Politiques, 1977, p. 352.
[2] AD du Rhône, rapports journaliers de mobilisation, août – décembre 1914, 1 M 143. Je remercie Bruno Fouillet de m'avoir signalé ce rapport.
[3] Manon PIGNOT, *Allons enfants de la patrie, op. cit.* ; Clémentine VIDAL-NAQUET, *Couples dans la Grande Guerre, op. cit.*
[4] Clémentine Vidal-Naquet les qualifie de « souffrances avalées ». Voir Clémentine VIDAL-NAQUET, « La séparation. L'amour à l'épreuve du départ au combat en août 1914 », *Vingtième siècle. Revue d'histoire*, n° 123, 2014/3, p. 102.
[5] « La guerre et la santé de la race », *Le Petit Parisien*, 8 janvier 1915.
[6] Alfred MIGNON, *Le Service de Santé pendant la guerre 1914-1918*, t. 1, Paris, Masson, 1927, p. 628.

enregistré les mois suivants. Seul l'asile Saint-Pierre à Marseille ne semble pas avoir été touché par ce phénomène (voir le tableau ci-dessous et l'annexe 8). Cette situation spécifique est difficile à expliquer. L'hôpital militaire marseillais Michel Lévy suffisait-il à prendre en charge les mobilisés qui présentaient des troubles mentaux ? Comptait-il plus de places ou était-il mieux organisé pour accueillir ces hommes que l'hôpital du Val-de-Grâce par exemple, où il est impossible de garder des militaires agités[7] ? Les mobilisés qui présentaient des troubles mentaux ont-ils été plutôt orientés vers l'autre asile du département, à Aix-en-Provence[8] ? Ou bien a-t-on volontairement et plus qu'ailleurs cherché à limiter les internements[9] ? Mes recherches n'ont pas permis de trancher entre ces hypothèses.

	Nombre d'entrées de militaires	
	En août 1914	**En moyenne entre septembre et décembre 1914**
Asile de Bron	20	9
Maison nationale de Charenton	39	19
Asile Saint-Pierre	9	9
Asile Saint-Robert	16	5

Tableau 3 : Nombre de militaires internés en août 1914 et en moyenne pour la période septembre-décembre 1914

Dans certains établissements, l'importance du phénomène peut être mise en évidence en rapportant le nombre de soldats internés en août au nombre global d'entrées pendant le conflit. Dans les asiles du Mans, de Mayenne et d'Alençon, Hervé Guillemain et Stéphane Tison ont ainsi montré que les 36 soldats internés au cours du premier mois de la guerre représentent 10 % de la population militaire reçue entre 1914 et 1918. Ce résultat ne peut

[7] Au Val-de-Grâce, le service central de psychiatrie est installé dans une division spéciale, le 4e Fiévreux, placée sous la direction du médecin-major Marcel Briand. Les conditions sont spartiates et inadaptées à l'accueil de malades mentaux. Cette situation est d'ailleurs dénoncée en janvier 1918 par la commission supérieure consultative du Service de santé : « les malades sont trop nombreux, n'ont pas le cubage d'air nécessaire, la disposition du Service au 3e étage a permis des suicides par précipitation, la difficulté de surveillance favorise les évasions […]. Ces services n'ont pas d'infirmiers spécialisés, ni de locaux adaptés à ce genre de malades […] ». Voir ASSM, centre de documentation du Val-de-Grâce, 530.

[8] Les archives de l'établissement, très lacunaires en raison des destructions provoquées par des inondations successives, ne permettent pas de le vérifier.

[9] Les médecins militaires se montrèrent-ils particulièrement méfiants envers les soldats du Midi, réputés peu fiables et tire-au-flanc ? Voir Jean-Yves LE NAOUR, *Désunion nationale. La légende noire des soldats du Midi*, Paris, Vendémiaire, 2011.

cependant pas être généralisé. Dans les quatre asiles étudiés ici, les internés du mois d'août 1914 représentent entre 1 et 5 % seulement de l'ensemble de la population militaire entrée pendant le conflit. Cette différence s'explique par le profil des établissements pris en considération. En effet, la taille de la cohorte influe sur le résultat obtenu, or les asiles de Bron, de Charenton, de Marseille et de Saint-Robert reçoivent pendant la guerre un nombre de malades nettement supérieur à celui des asiles de la 4e région militaire[10]. C'est d'ailleurs à Saint-Robert, établissement de taille plus modeste, que le taux est le plus élevé même s'il reste nettement inférieur à 10 %.

Pour dépasser les particularités locales et voir se dessiner une tendance claire, il faudrait pouvoir appuyer l'analyse sur le nombre des entrées enregistrées dans un plus grand nombre d'asiles. Mais encore faudrait-il être en mesure de distinguer les mobilisés internés avant même d'avoir combattu et ceux qui ont participé aux batailles d'août 1914. L'armée française essuie en effet, dès les premières semaines de la guerre, de lourdes défaites qui occasionnent des pertes très élevées[11]. Vêtus d'uniformes épais et lourds, les soldats doivent supporter de longues marches sous de fortes chaleurs[12]. Or déterminer à quel moment et à quel endroit les militaires internés en août 1914 sont pris en charge est très délicat : les dossiers précisent généralement depuis quel hôpital militaire ils sont transférés à l'asile, mais pas d'où ils ont été évacués en premier lieu. Par conséquent, il est presque toujours impossible de savoir à quelle occasion leurs troubles mentaux ont été identifiés et de situer précisément cet évènement par rapport aux mouvements de leurs régiments[13].

Les dossiers des militaires internés en août 1914 permettent cependant d'approfondir l'analyse en privilégiant une approche qualitative. Les discours de ces hommes reflètent le climat général qui règne dans le pays sous l'effet de la « décharge émotionnelle » provoquée par l'annonce de la mobilisation. Celle-ci est décrite par le sergent Adolphe E., interné le 4 mai 1915 à la Maison nationale de Charenton, qui se souvient très précisément qu'il se trouvait à Paris, place de Fontenoy, et qu'il a été immédiatement saisi d'une « crise de sueur

[10] Hervé Guillemain et Stéphane Tison comptent 370 soldats internés dans ces asiles entre 1914 et 1920. Entre 1914 et 1918, l'asile Saint-Robert, le plus petit de mon corpus, en reçoit 312 à lui seul. Voir Hervé GUILLEMAIN, Stéphane TISON, *Du front à l'asile, 1914-1918, op. cit.*, p. 165.
[11] 27 000 soldats français sont tués le 23 août 1914, « jour le plus meurtrier de l'histoire de France ». Voir Jean-Michel STEG, *Le jour le plus meurtrier de l'histoire de France – 22 août 1914*, Paris, Fayard, 2013.
[12] Damien BALDIN, Emmanuel SAINT-FUSCIEN, *Charleroi, 21-23 août 1914*, Paris, Tallandier, 2012, p. 49-54.
[13] Les historiques des régiments ne sont donc d'aucun secours.

et d'anxiété »[14]. Les sentiments qui s'emparent de la population sont exacerbés chez les mobilisés internés. La haine de l'ennemi, la tendance à voir des espions partout se traduit par l'entrée à l'asile de Bron de deux soldats qui, ayant pris leurs camarades de régiment pour des Prussiens, ont tenté de les tuer. À la Maison nationale de Charenton, le soldat Prosper E., interné le 9 août, ne peut pas être approché car il « voit des ennemis constamment autour de lui » et cherche à se défendre. Le soldat Léon Y., qui voit lui aussi « des Allemands qu'il doit détruire » est conduit dans le même établissement le 14 août après être passé à l'acte en blessant gravement un autre malade[15]. Plusieurs certificats d'entrée font état d'un sentiment d'impuissance, partagé par une bonne part des mobilisés mais qui, au lieu de déboucher sur une forme de résignation[16], devient intolérable pour ceux qui sont internés. Enfin, l'inquiétude face aux dangers qui s'annoncent se transforme en une angoisse profonde. C'est le cas pour le soldat Henri N., transféré à la Maison nationale de Charenton depuis l'hôpital du Val-de-Grâce le 18 août 1914, à propos duquel le docteur Marcel Briand, placé à la tête du service de psychiatrie du Val-de-Grâce, établit le rapport suivant : « Le soldat N. est atteint de dépression mélancolique, craintes imaginaires, il est dans l'imminence d'un malheur qu'il ne peut pas définir. Pleurs. Lamentations »[17]. Le style lapidaire propre au certificat médical renvoie l'image d'un psychiatre froid et insensible mais Marcel Briand examine ce malade avec les critères de son époque : pleurer ou gémir, de surcroît en public, sont des comportements inconvenants pour un homme, en temps de paix et plus encore en temps de guerre où chacun est supposé faire preuve de sang-froid et de courage. Comme l'a montré Clémentine Vidal-Nacquet, les larmes sont censées être réservées aux femmes[18]. Des hommes, il est au contraire attendu de faire face à la situation sans laisser transparaître leur émotion, comme s'y efforce Francisque Z.*, interné après la guerre. Son épouse raconte au médecin :

> « Lorsque la guerre se déclara il y avait dix mois que nous étions mariés, et nous avions une fillette de 10 jours. Très jeune, il partit des premiers, me laissant

[14] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du sergent Adolphe E., 4 X 990.
[15] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, registres matricules hommes, 4 X 530.
[16] Cet état de résignation est décrit dans de nombreux témoignages de combattants. On en trouve deux exemples dans Nicolas MARIOT, « Deux écrivains à la recherche des raisons de faire la guerre », *Agone*, n° 53, 2014, p. 32-33.
[17] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, registres matricules hommes, 4 X 530.
[18] Clémentine VIDAL-NAQUET, art. cit., p. 102-166.

presque mourante sous le choc de la douleur ; son désespoir fut immense, il me le cacha, mais je le sus plus tard par des personnes à qui il s'était confié. »[19]

Pour se donner du courage, de nombreux mobilisés internés dans les premiers jours d'août 1914 ont en outre consommé beaucoup d'alcool[20]. D'après Georges Dumas et Henri Aimé, 31 des 131 militaires entrés au Val-de-Grâce durant cette période ont abusé de la boisson, soit 22 %[21]. D'après les certificats de vingt-quatre heures, qui sont produits lors d'un second examen des malades après leur admission[22], 30 % des militaires internés à la Maison nationale de Charenton présentent des symptômes d'intoxication alcoolique. Certains sont coutumiers du fait, tandis que pour d'autres il s'agit d'un comportement totalement nouveau. Dans l'excitation suscitée par la nouvelle de la guerre, l'abus de boisson est, il est vrai, une pratique courante. Comme le souligne François Cochet, « dans la culture militaire de l'époque, c'est un rappel aux beuveries qui suivent le conseil de révision et s'inscrivent dans des rites de virilisation […] »[23]. On boit avant de partir, au dépôt du régiment et en prenant le train, comme le déplorent Georges Dumas et Henri Aimé : « Les braves gens qu'on apercevait le long des voies, dans les gares, pendant les premiers jours d'août 1914, tendant des " litres " aux mobilisés, ne se doutaient guère du genre de service qu'ils rendaient à nombre d'entre eux »[24]. Ainsi, le soldat Charles T., interné à l'asile Saint-Robert le 9 août, affirme avoir été saoul plusieurs jours durant après l'annonce de la mobilisation :

> « Voici le jour de la mobilisation. Qu'ante j'ai apris sesi tous content de partir en guerre. Nous étions de nonbreux colègues. On se mis à boire en veut tu en voila depuis mon départ de thonon je n'ais put arriver à me désouler que le 4e jour de la mobilisation. Ou le colonel qui ly est actuellement fis un Reçi d'engourgagement. A tous c'est soldats. Après ce reçi tous les militaires mobilisés tous près à partir en

[19] Archives du Centre hospitalier Alpes-Isère, dossier de Francisque Z., lettre du 29 janvier 1925, non coté.

[20] L'alcoolisme est un grand pourvoyeur d'aliénés en Mayenne. Le nombre élevé des internements enregistrés dans les asiles de la 4e région militaire étudiés par Hervé Guillemain et Stéphane Tison pourrait-il s'expliquer ainsi ? Voir Claude QUÉTEL, Jean-Yves SIMON, « L'aliénation alcoolique en France (XIXe siècle et première moitié du XXe siècle) », *Histoire, économie et société*, vol. 7, n° 4, 1988, p. 507-533.

[21] Georges DUMAS, Henri AIMÉ, *Névroses et psychoses de guerre chez les austro-allemands*, Paris, Félix Alcan, 1918, p. 38.

[22] Un premier certificat est produit lors de l'internement d'un malade dans un asile d'aliénés. Dans les vingt-quatre heures qui suivent l'admission, un médecin de l'établissement dresse un deuxième certificat qui confirme ou infirme la nécessité de l'internement. Puis un troisième certificat est établi au bout de quinze jours. Les suivants sont en principe rédigés tous les mois.

[23] François COCHET, « 1914-1918, l'alcool aux armées. Représentations et essai de typologie », *Guerres mondiales et conflits contemporains*, n° 222, 2006, p. 23.

[24] Georges DUMAS, Henri AIMÉ, *op. cit.*, p. 38.

guerre sont écriée Vive la France mois qui était un peut pris de boisson Je cria Vive la France. »[25]

L'alcoolisation est parfois telle que le malade décède quelques heures après son entrée à l'asile. C'est ce qui arrive au soldat Aimable R., interné le 9 août dans un état de délire aigu. Sa température dépasse les quarante degrés, il meurt le lendemain[26]. Le phénomène est suffisamment grave pour pousser l'État à interdire la vente d'absinthe à partir du 16 août 1914[27].

Les dossiers médicaux des militaires internés au moment de leur mobilisation mettent en lumière la manière dont celle-ci bouleverse leur existence, jusqu'à provoquer chez eux une perte de repères insupportable. Pour autant, ils ne choisissent pas l'insoumission : les hommes qui refusent d'être incorporés, se mettant dans l'illégalité, sont très peu nombreux dans les asiles sur lesquels j'ai travaillé[28]. Le dépouillement des dossiers de non-lieu du conseil de guerre de Lyon permet de mieux comprendre pourquoi. 139 dossiers comportent une expertise psychiatrique et, parmi eux, 9 concernent des militaires insoumis[29]. Selon les psychiatres qui les examinent, ces hommes présentent tous un retard mental. Ils n'ont pas compris l'ordre de mobilisation, n'ont pas su lire leur livret militaire, ou ont cru qu'ils étaient dégagés de leurs obligations. L'internement n'est préconisé que dans deux cas. Pour les autres, seule la réforme est recommandée car les individus ne présentent pas de danger, ni pour eux-mêmes, ni pour leur entourage. Alors que les asiles comptent peu de places et que le pays manque de bras, il paraît sans doute préférable de les laisser en liberté tout en reconnaissant leur irresponsabilité.

Les militaires internés en août 1914 ont donc majoritairement répondu à l'ordre de mobilisation. Mais le départ, qui signifie quitter les siens, constitue une épreuve qu'ils ne parviennent pas à surmonter. Lorsque le docteur Roger Mignot* examine le soldat François E., admis au Val-de-Grâce le 10 août 1914 et transféré au bout de quatre jours à la Maison nationale de Charenton, il conclut que celui-ci souffre « de confusion mentale avec

[25] Archives du Centre hospitalier Alpes-Isère, dossier du soldat Charles T., non coté.
[26] Hervé Guillemain et Stéphane Tison ont repéré des cas similaires à l'asile du Mans et de Mayenne. Voir Hervé GUILLEMAIN, Stéphane TISON, *Du front à l'asile, 1914-1918, op. cit.*, p. 43-44.
[27] Voir Thierry FILLAUT, « La lutte contre l'alcoolisme dans l'armée pendant la Grande Guerre. Principes, méthodes, résultats », *in* Laurence GUIGNARD, Hervé GUILLEMAIN, Stéphane TISON (dir.), *Expériences de la folie, op. cit.*, p. 141-152.
[28] De manière générale, on estime que les insoumis ont été peu nombreux. Ils représenteraient 1,5 % seulement des hommes mobilisés. Voir Jules MAURIN, « Les combattants face à l'épreuve de 1914-1918 », *in* Guy PEDRONCINI (dir.), *Histoire militaire de la France*, t. 3, Paris, Presses universitaires de France, 1992, p. 272.
[29] Ces dossiers sont conservés au SHD sous les cotes 10 J 1543 à 10 J 1561.

mélancolie paraissant être caractérisée par la séparation de sa famille »[30]. Dans les quelques traces écrites laissées par ces malades, on perçoit un sentiment de déracinement intense. Le soldat Théophile L., entré à l'asile de Bron le 5 septembre 1914, écrit ainsi à ses parents :

> « Depuis que je suis parti de la maison j'ai bien eu des malheur, que la vie m'est bien triste […] venez à mon secours, je vous en supplie. Je compte donc sur vous car le temps me dure de revoir mon cher pays de Mieussy, je pense que bientôt vous viendrez me chercher afin que je puisse revoir ma mère pour lui aider […] »[31]

Au mal du pays, qui se manifeste un mois à peine après le départ, s'ajoute l'inquiétude pour ceux qu'on a laissés derrière soi. Pour Théophile L., cultivateur, veuf, père de trois enfants, et qui s'occupe de sa mère, la situation est angoissante. Il arrive d'ailleurs que les hommes désignent clairement le moment de la séparation comme le début de leur maladie. C'est le cas du soldat Édouard T., qui raconte au docteur Mignot être « parti de chez lui la tête dérangée parce qu'il quittait une femme et 5 enfants »[32]. Certains, qui pensaient au contraire avoir surmonté cette épreuve sans difficulté, arrivent à l'asile au bout de quelques jours. Lorsqu'il a quitté son foyer le 4 août, après avoir cousu le portrait de Guillaume II au fond de son pantalon, le caporal Léon O. paraissait plein d'enthousiasme : « je suis parti à la guerre avec une gaieté qui a pu laisser croire à ma femme que j'étais heureux de la quitter », affirme-t-il. Mais il estime bientôt ne pas recevoir assez rapidement les lettres de son épouse par la faute du service des postes. Cette idée l'obsède et il refuse de manger. Évacué à Verdun, il est ensuite dirigé vers le Val-de-Grâce puis arrive à la Maison nationale de Charenton le 3 septembre 1914. Dans une lettre adressée au médecin, il réclame de reprendre sa place dans l'armée, à la condition toutefois de rester près des siens :

> « Ne pourrait-on pas me redonner un fusil et des cartouches et me placer même dans les postes les plus dangereux de Paris ou des environs, me permettant, autant que le destin le permettra, de revoir de temps en temps ma femme et mon fils ? »[33]

En 1916, alors qu'il réalise une étude sur les militaires entrés à l'asile de Limoux, Calixte Rougé remarque la prédominance des trentenaires parmi les soldats internés en août 1914. Pour l'expliquer, il signale qu'à cet âge la mobilisation suscite la peur de perdre une situation parfois durement acquise et de ne plus pouvoir veiller sur les siens alors même qu'on

[30] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, registres matricules hommes, 4 X 530.
[31] Archives du Centre hospitalier Le Vinatier, dossier médical du soldat Théophile L., non coté.
[32] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Edouard T., 4 X 989.
[33] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du caporal Léon O., 4 X 989.

pensait en avoir terminé avec le régiment[34]. L'hypothèse est intéressante, d'autant qu'on observe le même phénomène dans les asiles de la 4e région militaire étudiés par Hervé Guillemain et Stéphane Tison, mais aussi à Bron, Saint-Robert et Charenton, où l'âge moyen de ce groupe de militaires est de 36 ans[35]. Dans les établissements sur lesquels j'ai travaillé, aucun des internés d'août 1914 n'appartient à l'armée d'active, bien que Lyon, Grenoble, Marseille et la région parisienne accueillent de nombreuses garnisons. Or il s'agit bien d'une particularité propre à ce groupe : l'âge moyen des militaires internés entre 1914 et 1918 s'établit autour de 32 ans dans les asiles de Bron, Saint-Robert et Charenton[36]. Les hommes internés au mois d'août 1914 sont donc en moyenne plus vieux que ceux qui entrent à l'asile pendant les quatre années du conflit. La probabilité qu'ils aient fondé une famille est plus élevée, puisqu'à la fin du XIXe siècle les hommes se marient en moyenne à 28 ans et ont leur premier enfant à 34 ans[37]. Dans un ouvrage sur la psychologie du soldat publié en 1918, Louis Huot, médecin principal des troupes coloniales, et Paul Voivenel, médecin aide-major affecté dans une ambulance, distinguent la réaction de « l'adulte » et du « jeune homme » à la perspective du départ.

> « [L'] adulte sentait qu'il fallait – que c'était là un devoir plus élevé – quitter sa famille, sa femme, ses enfants, laisser son métier, jeter par-dessus la haie des chemins tout ce qui avait été sa raison de vivre, pour s'offrir désormais à ce qui devenait sa raison de mourir. Mais pour les jeunes gens il n'en fut pas de même. […] Ils ont inentamé leur bouquet d'illusions. Ils croient aux baisers radieux de la Gloire, et les batailles sont singulièrement coloriées à leurs yeux […] »[38]

Pour preuve, ils évoquent les chants, les cris et les défilés des plus jeunes mobilisés, auxquels ne s'associaient que dans un second temps des hommes plus âgés[39]. Les résultats de l'enquête menée par Jean-Jacques Becker le confirment : dans les notes communales établies par les instituteurs du Gard par exemple, les manifestations d'enthousiasme sont majoritairement

---

[34] Calixte ROUGÉ, « Influence de la guerre actuelle 1° Sur le mouvement de la population de l'asile de Limoux du 2 août 1914 au 31 décembre 1915, 2° Sur les psychoses des aliénés internés pendant la même époque », *Annales médico-psychologiques*, 1916, p. 439.

[35] La moyenne calculée pour les asiles de la 4e région militaire est de 35 ans. Voir Hervé GUILLEMAIN, Stéphane TISON, *Du front à l'asile, 1914-1918, op. cit.*, p. 40. Il n'a pas été possible d'effectuer le calcul pour l'asile Saint-Pierre à Marseille où je n'ai eu accès qu'aux registres militaires qui, à la différence des registres d'admission, ne précisent pas la date de naissance ni l'âge des malades.

[36] L'âge moyen est de 33 ans à l'asile du Mans. Voir Florimond GIVAUDAN-BOURLÈS, *Folie et traumatisme militaire en Sarthe pendant la Première Guerre mondiale*, *op. cit.*, p. 19.

[37] Jean DUPÂQUIER (dir.), *Histoire de la population française*, t. 3 : *de 1878 à 1914*, Paris, Presses universitaires de France, 1988, p. 427 ; Fabienne DAGUET, « La fécondité en France au cours du XXe siècle », *Insee Première*, n° 873, 2002.

[38] Louis HUOT, Paul VOIVENEL, *La psychologie du soldat*, Paris, La Renaissance du livre, 1918, p. 81.

[39] *Ibid.*

associées aux hommes les moins âgés[40]. Jules Maurin observe lui aussi à partir des témoignages des combattants languedociens une influence de l'âge sur la réaction des mobilisés : les plus jeunes, plus optimistes, voyaient selon lui dans la guerre « une grande aventure à vivre, l'aventure de leur vie »[41].

Est-ce aussi de cette manière que réagissent les jeunes hommes issus des classes qui sont appelées par anticipation pendant la guerre ? Si le phénomène observé en août 1914 dans les asiles d'aliénés ne se reproduit pas dans des proportions comparables lors de la mobilisation des classes 1915 à 1919[42], on observe tout de même l'internement de quelques soldats qui viennent à peine d'être incorporés. Le soldat D., de la classe 1917 appelée le 7 janvier 1916, est incorporé le 17 janvier mais arrive à l'asile de Bron dès le 31 et est réformé en mai pour « délire avec tendances démentielles »[43]. Le soldat Henri E., qui appartient à la classe 1918 appelée le 16 avril 1917, est incorporé le 2 mai 1917 et entre à Bron le 22 mai 1917. Il est réformé dès le mois de novembre pour « mélancolie confusionnelle »[44].

b) Déposer « l'armure morale » : l'impact psychique de la permission

Si les dossiers médicaux des militaires internés témoignent des souffrances suscitées par la mobilisation, les permissions constituent une autre mise à l'épreuve du psychisme des soldats. Supposées avoir une influence bénéfique sur le moral des combattants, leur rôle quasi thérapeutique doit être nuancé, comme l'a montré Emmanuelle Cronier. En raison des espoirs et des inquiétudes qu'elles suscitent lorsqu'on les attend, puis par la tension émotionnelle qu'elles génèrent une fois obtenues, les permissions ont des effets ambivalents[45]. Pendant la guerre, leur impact psychique a rarement retenu l'attention des psychiatres. Dans leurs publications, la permission est évoquée ici et là, le plus souvent dans le cadre d'une étude de cas, mais elle n'est presque jamais identifiée comme un moment critique, propice à l'apparition de troubles mentaux. Pourtant, en 1930, André Fribourg-Blanc et Anthony Rodiet affirment rétrospectivement que les cas de militaires pris en charge en raison de troubles

---

[40] Jean-Jacques BECKER, *1914 : comment les Français sont entrés dans la guerre*, *op. cit.*, p. 297.
[41] Jules MAURIN, *Armée, Guerre, Société, op. cit.*, p. 576.
[42] Les classes 1914 à 1919 sont appelées afin de grossir les effectifs et ce sans attendre la date qui était normalement prévue pour leur incorporation. Ainsi, la classe 1914 est appelée le 1er septembre 1914, la classe 1916 le 8 avril 1915, la classe 1917 le 7 janvier 1916, la classe 1918 le 16 avril 1917 et la classe 1919 le 15 avril 1918.
[43] AD de l'Isère, registre matricule, subdivision de Vienne, matricule 575, 11NUM/1R1588_01.
[44] AD du Puy-de-Dôme, registre matricule, subdivision de Riom, matricule 1230, R 3652.
[45] Emmanuelle CRONIER, *L'échappée belle : permissions et permissionnaires du front à Paris pendant la Première Guerre mondiale*, thèse de doctorat, Université Paris I, 2005, vol. 1, p. 283-344.

mentaux au cours de leur permission n'ont pas été rares. Dans les sept catégories qu'ils proposent de retenir pour classer les malades reçus au Val-de-Grâce, deux concernent les permissionnaires : d'une part ceux qui, lors de leur séjour à Paris, ont été arrêtés parce qu'ils « déliraient sur la voie publique, ou se livraient à des excentricités et causaient du scandale dans une gare, dans la rue, ou les cafés, cinémas, théâtres » et, d'autre part, ceux qui se présentaient d'eux-mêmes ou étaient conduits par leur famille pour subir un examen[46]. On retrouve ces différents cas de figure dans les dossiers médicaux.

Si la permission est une source de tension émotionnelle, c'est d'abord parce que les combattants ne savent pas exactement quand ils vont l'obtenir. Accordées aux combattants à partir du mois de juillet 1915, elles sont dans un premier temps très rares. Attendre une permission revient à être plongé dans l'incertitude. La place de chacun dans la liste des départs varie constamment en fonction des mutations, des promotions, des évacuations et des décès et, jusqu'en juin 1917, elle est tenue secrète[47]. La suspension des permissions peut de plus être décidée en cas d'opération militaire. Dans ce contexte, les rumeurs entretiennent les espérances vaines comme les accès de désespoir sans fondements. Finalement, l'obtention d'une permission surprend souvent le soldat : « La permission brutale comme 210 boches, vous descend sur la tasse au moment précis où on ne l'attendait pas »[48]. Le choc émotionnel provoqué par son annonce peut donc être très intense et, pour certains hommes comme Albert E., l'excitation qu'elle suscite prend un tour pathologique. Le certificat établi par le médecin de l'ambulance indique que ce « bon soldat » a eu « une émotion violente » le 7 juillet 1916 en apprenant qu'on venait de lui accorder une permission qu'il n'espérait pas. Il s'est mis à divaguer. Interné à la Maison nationale de Charenton le 15 juillet, il en sort guéri quatre mois plus tard[49].

Le système selon lequel l'attribution des permissions est décidée est très critiqué par les poilus : jugé arbitraire et inique, il génère d'importantes tensions et se trouve au cœur des revendications formulées par les combattants dès l'été 1915. Lorsque l'attente se fait trop longue, il arrive que la permission devienne une obsession. Pour certains, le sentiment d'être victime d'une injustice et la frustration d'un départ sans cesse repoussé deviennent insupportables et entraînent l'apparition d'idées de persécution. C'est le cas pour Victor E., entré le 8 septembre 1916 à l'asile de Cadillac (Garonne). Au cours d'un entretien avec le

[46] André FRIBOURG BLANC, Antony RODIET, *La folie et la guerre de 1914-1918, op. cit.*, p. 6-7.
[47] Emmanuelle CRONIER, *L'échappée belle : permissions et permissionnaires du front à Paris pendant la Première Guerre mondiale, op. cit.*, p. 133.
[48] « La permission », *La Fusée*, n° 18, 20 juin 1917, p. 3.
[49] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Albert E., 4 X 990.

médecin, il raconte comment, en 1916, on lui a refusé sa permission. Son amertume pourrait laisser croire que l'évènement est récent. En réalité, l'échange a lieu en octobre 1938.

> « - Pourquoi vous a-t-on retiré de la ligne de feu ?
>
> - Pourquoi on m'a retiré de la ligne de feu ? On m'a retiré de la ligne de feu, je m'en vais vous dire pourquoi. J'ai été une fois en permission en 1915. Je suis rentré à l'expiration de ma permission exactement. Alors, il y avait une deuxième tournée de permissions qui était vers le mois de juin, alors c'était mon tour et moi vous savez, quand on fait des injustices qui me semblent comme ça, je prends à cœur… j'ai vu qu'il y avait certaines préférences comme on en fait partout, je suis parti quand même, j'ai été absent 48 heures. Aucun gradé, ni aucun gendarme m'a arrêté. Quand je suis revenu, ma compagnie était partie à 10 kms plus loin. Juste je rencontre sur ma route Mr. Le lieutenant X… (beaucoup de détails – parle avec volubilité). »[50]

Une fois obtenue, la permission constitue un moment de relâchement, pendant lequel les combattants s'autorisent à prendre du repos et à profiter de la vie. Comme le résume Jean Lépine*, l'espace de quelques heures ou de quelques jours, « l'armure morale est posée »[51]. Les effets sont positifs sur certains militaires : la permission peut constituer un rempart contre le basculement dans la folie en offrant l'opportunité de mettre provisoirement la guerre entre parenthèses. Pour d'autres, le retour chez soi est profondément perturbant, comme pour ce soldat qui, au cours d'une permission agricole, se remet à son travail de cultivateur, s'attelle à la besogne sans relâche, au point de se persuader qu'il n'est désormais plus soumis aux obligations militaires et peut reprendre le cours ordinaire de sa vie[52]. Dans un rapport rédigé à l'intention du Service de santé militaire, le docteur Raoul Benon, chef du service de neuropsychiatrie de la 11e région militaire, constate que la permission joue un rôle non négligeable dans l'apparition de troubles mentaux : « […] alors que ces malades ont supporté souvent sans accident de longs mois de campagne, il suffit qu'ils viennent en permission chez eux pour que le délire éclate »[53]. Si dans bon nombre de cas les excès de boisson sont désignés responsables, le rapport signale aussi que certains militaires traités après une permission ne présentent pas d'« appoint alcoolique ». Pour ceux-là, la permission a provoqué une confrontation brutale et insupportable avec les changements, réels ou imaginés, survenus chez leurs proches mais aussi en eux-mêmes. Le fossé entre le front et l'arrière et le sentiment de ne pas retrouver la vie qui était la leur avant la guerre les frappe soudainement. Parce qu'ils ont l'impression de ne pas retrouver leur foyer tel qu'ils l'ont quitté, ils éprouvent le

[50] Archives du Centre hospitalier de Cadillac, dossier de Victor E., non coté.
[51] Jean LÉPINE, *Troubles mentaux de guerre*, *op. cit.*, p. 92.
[52] *Ibid.*, p. 155.
[53] ASSM, centre de documentation du Val-de-Grâce, « Note sur un syndrome délirant de guerre », A 65.

sentiment d'être perdus et parfois d'avoir été trahis. Ainsi, parmi les militaires internés au cours d'une permission, plusieurs se sont rendus coupables de voies de fait, dont leurs épouses sont généralement les premières victimes en raison du soupçon d'infidélité qui pèse sur elles[54]. Le soldat Léon Y., âgé de 39 ans, part en permission le 6 novembre 1917. Trois jours plus tard, au cours d'une altercation avec sa femme, il tente de l'étrangler et est immédiatement conduit au Val-de-Grâce. Désespéré parce que son épouse ne vient pas lui rendre visite, il essaie de se suicider en se jetant du haut d'un escalier et est interné à la Maison nationale de Charenton. En réponse aux questions du psychiatre, il explique qu'il avait le sentiment que « sa femme n'était plus la même envers lui » et s'imaginait qu'elle le trompait avec l'un de ses camarades[55]. Les permissions constituent également un moment pour régler des conflits familiaux. C'est ce qu'entend faire le soldat Félix S. lorsqu'il part en permission le 28 juin 1917 avec quatre grenades. À son arrivée, il en jette une sur son frère qu'il accuse de profiter de son absence pour lui voler sa part d'héritage. Placé à la prison militaire, il bénéficie d'un non-lieu sur expertise psychiatrique et est interné le 15 novembre 1917 à l'asile de Bron[56]. Dans les deux cas, les accès de violence survenus à l'occasion du retour dans les foyers révèlent des troubles nés sur le front mais passés inaperçus.

Sans que des incidents n'éclatent, l'entourage du permissionnaire s'aperçoit parfois des changements survenus chez lui. La sœur du soldat Eugène N., âgé de 41 ans et comptable dans le civil, est ainsi frappée par l'état aussi bien physique que mental de son frère pendant les quelques jours qu'il passe auprès d'elle en avril 1917 :

> « Lors de sa dernière permission, c'est-à-dire quelques jours avant qu'il soit reconnu malade, il présentait tous les signes de la folie complète […] ; d'autre part, physiquement, il nous a paru étrangement vieilli, n'ayant plus que l'apparence lamentable d'une loque humaine. »[57]

Or, d'après le récit d'Eugène, les troubles sont apparus dès le mois de mars 1917. Ce dernier affirme qu'il a alors commencé à éprouver des difficultés pour trouver ses mots, qu'il se perdait dans les boyaux. Lors de sa permission, son état s'est aggravé. Il a erré une nuit dans son village, incapable de retrouver sa maison, égarant sans s'en rendre compte son casque et sa capote. Eugène N. retourne pourtant au front et n'est évacué qu'au mois d'août. Il est alors pris en charge dans plusieurs hôpitaux du centre de psychiatrie de la 14e région militaire,

[54] Jean-Yves LE NAOUR, *Misères et tourments de la chair durant la Grande Guerre : les mœurs sexuelles des Français, 1914-1918*, Paris, Aubier, 2002.
[55] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Léon Y., 4 X 992.
[56] SHD, conseil de guerre de Lyon, dossier de non-lieu du soldat Félix S., 10 J 1554.
[57] Archives du Centre hospitalier du Vinatier, dossier du soldat Eugène N., lettre de sa soeur au médecin, 19 septembre 1917, non coté.

avant d'être interné à l'asile de Bron en janvier 1918. Il meurt trois mois plus tard, des suites d'une méningo-encéphalite. Le sergent Jules T. connaît un sort similaire. Il profite d'une permission obtenue en novembre 1916 pour consulter un médecin parce qu'il « commence à sentir malade ». Bien qu'il présente des troubles de la parole, des pertes de mémoire et des tremblements, il doit retourner au front, où son état s'aggrave. Il est interné à la Maison nationale de Charenton le 14 décembre 1917. Atteint de la syphilis, il meurt en février 1918[58].

Enfin, le retour au front, issue inévitable de la permission, constitue une nouvelle épreuve, d'autant que les soldats savent désormais ce qui les attend. L'arrivée à la gare ou le voyage sont alors les moments où se manifestent les symptômes du basculement dans la maladie. Maxime Laignel-Lavastine, chef du centre des psychonévroses installé à l'asile de Maison-Blanche (Seine)[59], le note en mai 1917, soulignant « la fréquence des crises hystériques, à la gare de l'Est, au moment du départ des permissionnaires pour rejoindre leur secteur »[60]. L'alcool peut une fois encore être incriminé mais, à nouveau, les troubles apparaissent parfois sans qu'il ne joue aucun rôle. Plusieurs dossiers de militaires internés en témoignent. Le soldat Paul T., interné le 19 mai 1917, explique au psychiatre qui l'interroge qu'il avait le sentiment « qu'on voulait l'empêcher de partir et qu'on lui indiquait un faux train ». Une fois installé dans le compartiment, il s'est mis à entendre des voix qui lui disaient qu'il « n'en avait plus pour longtemps »[61]. Chez le soldat Jean U., interné le 1er mai 1917, la tristesse du retour au front se transforme en une crise mélancolique profonde. Il « tombe » du train, sans qu'il soit possible de déterminer s'il agit d'un accident ou d'une tentative de suicide[62]. La fin d'une permission joue donc elle aussi un rôle révélateur pour certains troubles psychiatriques. C'est particulièrement vrai dans le cas des soldats atteints d'un retard mental dans la mesure où reprendre le chemin du régiment suppose de comprendre le système des permissions. Le soldat Pierre I. en est incapable. Examiné en novembre 1917, il explique au médecin : « on ne m'a pas donné ma permission, je suis parti »[63]. D'autres, qui essaient bien de rejoindre le front, n'y parviennent pas. C'est le cas du soldat Léon N., âgé de 34 ans,

---

[58] Selon les médecins, le sergent Jules T. est atteint d'une paralysie générale. Cette pathologie correspond aux troubles psychiatriques qui se manifestent lors du dernier stade de la syphilis. AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du sergent Jules T., 4 X 992.

[59] Le centre des psychonévroses, créé par Gilbert Ballet à l'asile de Ville-Évrard, est transféré en novembre 1915 à l'asile de Maison-Blanche. Il est alors confié à Maxime Laignel-Lavastine.

[60] Maxime LAIGNEL-LAVASTINE, « Travaux des centres neurologiques militaires - Centre des psychonévroses du gouvernement militaire de Paris », *Revue neurologique*, vol. 2, 1917, p. 359.

[61] AD du Val de Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Paul T., 4 X 992.

[62] AD du Val de Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Jean U., 4 X 992.

[63] SHD, conseil de guerre de la 27e division d'infanterie, dossier de non-lieu du soldat Pierre I., 11 J 1095.

qui passe plus de trente jours dans une salle d'attente à la gare de Perrache à Lyon, épuisant toutes ses économies pour se nourrir, parce qu'il ne sait pas comment se rendre à son dépôt[64].

c) Dans les camps de prisonniers

Parmi les militaires internés dont les troubles mentaux sont identifiés et pris en charge alors qu'ils se trouvent loin du front, il faut aussi prendre en compte le cas des prisonniers. Dans leur grande majorité, ces hommes ont été capturés pendant les combats et on peut supposer que certains d'entre eux étaient déjà malades, leur état pouvant expliquer qu'ils soient tombés aux mains de l'ennemi[65]. C'est ce qui est arrivé au soldat Benjamin R., affecté au 262e régiment d'infanterie et prisonnier à compter du 14 mai 1917. Comme il n'a pas opposé de résistance à l'ennemi, les circonstances de sa capture sont jugées suspectes. Il est déclaré déserteur et condamné à mort par contumace par le conseil de guerre de la 81e division d'infanterie. À son retour en France en février 1919, il est écroué à la prison militaire de Nantes puis condamné à la peine de mort par jugement contradictoire du conseil de guerre de la 11e région de corps d'armée. Mais à peine la sentence est-elle prononcée qu'on s'aperçoit que Benjamin R. souffre de troubles mentaux. Le 18 juin 1921, la Cour de cassation annule sa condamnation : il se trouve alors à l'asile de Grimaudière (Vendée) où il est interné en raison d'un délire de persécution[66].

Pour des raisons inconnues, Benjamin R. n'a pas fait partie des militaires dont les troubles mentaux ont été repérés dans les camps de prisonniers et qui, pour cette raison, ont été reconduits en France. Entre le début et la fin de la guerre, 486 soldats français rapatriés d'Allemagne et de Suisse sont internés à l'asile de Bron qui a été désigné pour les recevoir[67]. Mais ce chiffre ne correspond pas au nombre total des hommes qui ont bénéficié des accords entre les belligérants du fait d'une maladie mentale. En effet, ceux qui ne nécessitent pas un placement à l'asile sont pris en charge au sein des différentes formations du centre de psychiatrie de la 14e région militaire. Parmi les militaires rapatriés, la part des hommes qui doivent être internés est inconnue, sauf pour le mois de juillet 1917. Sur 100 prisonniers

---

[64] SHD, conseil de guerre de Lyon, dossier de non-lieu du soldat Léon N., 10 J 1551.
[65] Voir Jean LÉPINE, *Troubles mentaux de guerre*, *op. cit.*, p. 146.
[66] *Bulletin de la Cour de cassation*, t. 126, n° 6, juin 1921, p. 445-446. Le dossier de Benjamin R. n'a pas été retrouvé parmi les archives de l'asile de la Grimaudière conservées aux AD de la Vendée.
[67] Les dossiers des malades portent la mention « rapatrié d'Allemagne », y compris lorsque ces derniers ont d'abord été internés en Suisse. Il n'est donc pas possible de distinguer les deux cas de figure. Sur le choix de l'asile de Bron pour accueillir les rapatriés dont l'état nécessite un internement, voir Chapitre 1, I, 2, c.

« aliénés » rapatriés, seuls 40 sont internés, la proportion variant sans aucun doute selon les mois. Par ailleurs, les officiers placés à la maison de santé de Champvert ne peuvent pas être comptabilisés, faute d'accès aux archives. On retrouve l'un d'entre eux à la Maison nationale de Charenton : rapatrié en septembre 1915, le lieutenant Auguste E. a quitté Champvert pour le Val-de-Grâce, avant d'être interné dans le service du docteur Roger Mignot[68].

L'échelonnement dans le temps des entrées de prisonniers à l'asile de Bron est révélateur (annexe 5). Les premiers sont internés au mois de juillet 1915. Par la suite, des rapatriés sont envoyés à l'asile par petits groupes qui ne dépassent jamais la dizaine. Ce n'est qu'en juillet 1916, suite à l'entrée en vigueur d'une nouvelle liste de maladies donnant droit au rapatriement, qu'on observe l'arrivée massive d'une cinquantaine de prisonniers[69]. À partir de cette date, les échanges s'intensifient entre les belligérants et les aliénés sont plus nombreux dans les convois. Onze prisonniers rapatriés sont en moyenne internés tous les mois de l'année 1917, puis vingt en 1918. Ces résultats démontrent l'effet des mesures mises en œuvre sous l'égide de la Croix-Rouge internationale et laissent supposer que le repérage des prisonniers atteints de troubles mentaux s'est progressivement amélioré. Cette tâche difficile incombe, à compter de mars 1916, aux commissions médicales itinérantes chargées de visiter les camps et devant lesquelles les prisonniers malades doivent se présenter[70]. Les médecins qui les composent disposaient-ils de compétences approfondies en psychiatrie ? On peut en douter[71]. Quand bien même, la présence de spécialistes ne suffit pas car il faut encore que les prisonniers qui souffrent de troubles mentaux se rendent à la visite. Or ces hommes, en particulier en cas de dépression, peuvent ne pas se considérer comme malades ou bien avoir honte. Si être prisonnier est parfois perçu comme un déshonneur, le rapatriement pour maladie mentale constitue un stigmate supplémentaire[72]. Enfin, les cas les plus graves échappent de

[68] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du lieutenant Auguste E., 4 X 992.
[69] Voir Chapitre 1, I, 2, c.
[70] Il ne leur est cependant pas toujours possible de le faire, par manque d'information ou parce qu'ils ont été envoyés au travail lors du passage de la commission. Sur ce point, voir Marianne WALLE, « Les prisonniers de guerre français internés en Suisse (1916-1919) », *Guerres mondiales et conflits contemporains*, n° 152, 2014, p. 57-72.
[71] Il en va de même pour ceux qui soignent les prisonniers internés en Suisse. Dans son rapport pour l'année 1917, le médecin major Édouard Favre, chef du service historique de l'internement des prisonniers de guerre en Suisse, indique qu'il a été nécessaire d'attirer l'attention des médecins sur le risque de confondre indiscipline et maladie mentale. Il leur a été demandé de bien observer les prisonniers internés dont le comportement semble anormal, en particulier ceux qui reçoivent des punitions. Voir Major Édouard Favre, *L'internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés, 1917, second rapport*, Berne, Bureau du Service de l'Internement, 1918, p. 150.
[72] C'est sans doute une des raisons pour lesquelles les sanitaires rapatriés évoquent très rarement dans leurs rapports de captivité les troubles psychologiques provoqués par la captivité, préférant mettre en avant la résistance des hommes et leur force de caractère.

fait aux visites organisées dans les camps puisque les malades sont évacués vers des hôpitaux civils, le plus souvent des asiles. L'officier Louis Y. a suivi ce parcours. Fait prisonnier en décembre 1914, il présente des symptômes d'aliénation mentale alors qu'il se trouve au camp de Gütersloh en Westphalie et est placé dans un hôpital civil à Münster. Après avoir été rapatrié en mai 1915, il explique qu'il a rencontré cinq prisonniers français souffrant de « troubles cérébraux » dans cet établissement[73]. Des cas similaires sont également signalés à des associations qui informent à leur tour le comité international de la Croix-Rouge. Le Vêtement du prisonnier[74] joue ce rôle d'intermédiaire en juin 1917 lorsqu'on l'avertit qu'une vingtaine de prisonniers français atteints de maladies mentales se trouvent à l'hôpital du camp de Stendal, en Saxe. Malgré tous ces efforts, certains soldats sont oubliés, comme Jules T.* : capturé en janvier 1916 à l'Hartmannswillerkopf, éperon rocheux dominant la plaine d'Alsace dont les belligérants se disputent âprement le contrôle, il est porté disparu. Ce n'est qu'en mai 1919 que des médecins de la Mission militaire française à Berlin le retrouvent à l'asile à Bunzlau en Silésie. Son rapatriement en France est immédiatement organisé[75]. Atteint de démence précoce, il est interné à l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle). En novembre 1923, pour le rapprocher de sa famille qui vit dans la Drôme, il est finalement transféré à l'asile Saint-Robert[76].

Si les registres d'entrée de l'asile de Bron permettent de connaître le nombre de prisonniers rapatriés et internés, les sources qui fournissent des renseignements sur leurs parcours individuels sont rares. Leurs dossiers, peu voire pas annotés, n'offrent que de rares indications sur les circonstances de leur capture et leur vie dans les camps. Cet état de fait n'est pas étonnant pour l'asile de Bron, où l'utilisation du dossier médical est en général très limitée, mais il semble plus net encore pour les rapatriés. Il révèle pour partie le manque d'informations à la disposition de l'administration comme des médecins. Ces derniers ignorent souvent tout de ce qui est arrivé aux rapatriés pendant leur captivité. Ceux qui

[73] ASSM, centre de documentation du Val-de-Grâce, rapport de captivité de l'officier Louis Y., carton 633, dossier 27.
[74] Le Vêtement du prisonnier est une œuvre rattachée à la Croix-Rouge française dont le but est de vêtir les prisonniers français et belges en Allemagne, qu'ils soient militaires ou civils.
[75] AD du Bas-Rhin, compte rendu hebdomadaire du 13-20 mai 1919 du service de santé de la Mission militaire française de Berlin, 121 AL 361. La Mission militaire française à Berlin est chargée de rapatrier les prisonniers français qui se trouvent encore en Allemagne après l'armistice. Elle comporte un Service de santé qui recherche plus spécifiquement les blessés et les malades. Voir Bruno CABANES, *La victoire endeuillée*, *op. cit.*, p. 377-394.
[76] AD du Bas-Rhin, compte rendu hebdomadaire du 13-20 mai 1919 du Service de santé de la Mission militaire française de Berlin, 121 AL 361. Je remercie la famille de Jules T. pour les renseignements qu'elle a bien voulu me communiquer à son sujet.

arrivent d'Allemagne ont subi une visite médicale de contrôle à Constance, destinée à s'assurer que leur cas relève bien du rapatriement mais la fiche de renseignements établie à cette occasion se borne le plus souvent à les déclarer atteints d'une pathologie mentale (*Geisteskranken*). Quant aux prisonniers qui ont été internés dans des asiles en Allemagne ou en Suisse[77], ils semblent être rapatriés sans les fiches d'observations établies dans ces établissements, à moins qu'elles aient été perdues ou qu'il n'ait pas été jugé utile de les transmettre aux médecins. Ainsi, Paul S. a sur lui une feuille d'observations rédigée en allemand lorsqu'il entre à l'asile de Bron le 13 janvier 1917. Mais, faute de lire la langue de l'ennemi, le secrétariat n'estime pas nécessaire de la communiquer au docteur Jean Lépine. Ce n'est que plusieurs mois plus tard que ce dernier apprend l'existence du document[78].

Au-delà des difficultés pratiques à obtenir des renseignements, force est de constater que le cas des rapatriés ne suscite pas un intérêt particulier chez les psychiatres[79]. Jean Lépine évoque peu les prisonniers dans l'ouvrage qu'il publie en 1917[80]. Chef du centre de psychiatrie de la 14e région militaire, il est pourtant le psychiatre le mieux placé pour conduire des recherches sur les troubles mentaux développés en captivité. Même les médecins qui ont eux-mêmes fait l'expérience de la captivité semblent peu s'y intéresser après leur rapatriement. C'est le cas de Joseph Charpentier, médecin-directeur de l'asile de Saint-Alban (Lozère). Fait prisonnier dès septembre 1914, alors qu'il était affecté dans un hôpital de Maubeuge, il avoue pourtant que six mois de captivité l'ont conduit aux frontières de la folie.

---

[77] À l'asile de Cery (Lausanne) par exemple, le directeur indique dans son rapport pour l'année 1916 : « nous avons eu passablement d'admissions d'internés prisonniers ». Voir *Rapport annuel du directeur de l'asile de Cery*, Lausanne, Imprimerie Giesser et Held, 1916. Je remercie Gilles Jeanmonod de m'avoir communiqué ce document.

[78] AD du Rhône, archives du Centre hospitalier Le Vinatier, dossier administratif de Paul S., H-Dépôt Vinatier Q 804. Le problème ne semble pas limité au cas des rapatriés. Dans une lettre adressée au directeur de l'asile le 2 mars 1917, Jean Lépine affirme qu'il a du faire preuve d'une grande insistance pour obtenir auprès du secrétariat 109 dossiers qui ne lui avaient pas été communiqués. AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, H-Dépôt Vinatier L 60.

[79] Quant aux rapports de captivité établis par tous les médecins rapatriés, afin de renseigner le Service de santé militaire sur les problèmes sanitaires et les conditions de détention dans les camps, ils n'évoquent presque jamais de cas de troubles mentaux parmi les prisonniers. Il est vrai que ces derniers étaient sans doute peu nombreux en comparaison avec d'autres pathologies. D'autre part, on a vu que les cas les plus graves étaient transférés dans des asiles et non dans les hôpitaux des camps. ASSM, centre de documentation du Val-de-Grâce, cartons 633 à 641.

[80] Le livre a été numérisé et mis en ligne par la bibliothèque médicale Cushing-Whitney de l'université de Yale. Il est donc possible d'effectuer une recherche dans le texte : le mot « prisonnier » n'apparaît que 5 fois (pages 20, 39, 60, 102 et 169).

Ironie du sort, il a été enfermé dans le camp de Gütersloh, qui se trouve être installé dans les bâtiments d'un asile d'aliénés[81] :

> « Comme on nous promettait notre évacuation en France et que nous restions toujours là, j'ai connu toutes les affres du persécuté systématisé à qui on promet toujours sa sortie sans jamais la lui donner. N'ai-je pas eu même des hallucinations, tout au moins des illusions ? Il me semblait apercevoir derrière le grillage tel ou tel de mes malades de Prémontré, déguisé en sentinelle allemande et ricanant en bénissant la justice immanente. »[82]

En comparaison avec le silence des médecins français, la production des psychiatres allemands sur le sujet paraît importante. Toutefois, comme l'a montré Paul Lerner, les prisonniers intéressent les médecins parce que leur cas sert à démontrer que les névroses et l'hystérie surviennent chez des individus prédisposés qui veulent échapper à leur devoir ou obtenir une pension. En effet, les soldats seraient peu nombreux à présenter ces pathologies en captivité puisque, protégés du danger, ils n'éprouvent pas la nécessité de développer ce type de troubles[83]. En France, il faut attendre décembre 1919 pour qu'un jeune interne en psychiatrie, Maurice Boivin, soulève devant la Société clinique de médecine mentale la question de la dépression chez les prisonniers de guerre[84]. Il a lui-même été interné dans les camps de Darmstadt et de Königsbruck et raconte que certains des hommes qu'il a côtoyés développaient des « troubles mentaux de nature nettement mélancolique […] sous l'influence des souffrances physiques et morales endurées » en particulier la faim, les punitions et la mise à l'isolement[85]. Sa communication ne donne cependant lieu à aucune discussion.

Les témoignages des malades ne suffisent pas à compenser le silence des médecins. L'ennui, l'inquiétude pour les siens, les privations, le sentiment d'avoir failli à son devoir, la mauvaise alimentation, les châtiments physiques, le travail forcé sont autant d'épreuves que doivent endurer les prisonniers mais dont ils parlent peu une fois internés. Beaucoup sont

---

[81] La construction de l'asile de Gütersloh, situé en Rhénanie du Nord-Westphalie, vient tout juste de s'achever lorsque la guerre éclate. Pendant le conflit, il sert de camp pour des officiers prisonniers. Il reçoit ses premiers malades en 1919 et devient célèbre dans l'entre-deux-guerres grâce aux travaux de son médecin directeur, Hermann Simon, qui y expérimente la thérapie par le travail.

[82] René Charpentier vient d'être nommé médecin-directeur de l'asile de Saint-Alban (Lozère) lorsque la guerre éclate. Il était auparavant médecin-adjoint de l'asile de Prémontré (Aisne). Voir « Les médecins aliénistes et la guerre », *Annales médico-psychologiques*, n° 6, 1914, p. 650-651.

[83] Voir Paul LERNER, *Hysterical men*, *op. cit.*, p. 68-69.

[84] La Société clinique de médecine mentale a été fondée en 1908 sous l'égide de Valentin Magnan par les médecins des asiles de la Seine. Elle a pour but la mise en commun d'études cliniques. Lors des séances mensuelles qui se tiennent au service de l'Admission à Sainte-Anne, ses membres présentent des malades dont le cas est ensuite discuté.

[85] Maurice BOIVIN, « Note sur le développement de la mélancolie chez les prisonniers de guerre », *Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale*, n° 9, 1919, p. 337-340.

incapables de fournir des explications et leur parole est rarement retranscrite. Une fois transférés dans des établissements où les médecins sont un peu moins débordés et quand leur état s'améliore, leur histoire finit parfois par être mieux connue. C'est ainsi que le parcours du lieutenant Auguste E. est finalement retracé après son entrée à la Maison nationale de Charenton. Sa captivité commence le 26 août 1914 au fort d'Ingolstadt, camp de représailles pour officiers[86]. Dix mois plus tard, persuadé qu'on l'accuse « de ne pas avoir fait son devoir », il tente de se suicider. On le conduit alors dans un lazaret, où il affirme avoir été torturé avec des pilules électriques « dans le but de le faire parler de la France ». Quelques semaines plus tard, il est placé dans une maison de santé à Munich où, selon lui, les mêmes scènes se reproduisent : on cherche à lui arrêter le cœur, à lui faire une hernie, à lui couper le sang, parce qu'il refuse de fournir « des renseignements sur la France ». Son état de santé ne s'améliorant pas, il est rapatrié au bout d'un mois[87]. En s'appuyant sur les témoignages de gradés, Annette Becker et Bruno Cabanes ont insisté sur le sentiment de frustration et d'impuissance éprouvé par les prisonniers qui ne peuvent prendre part à la défense de leur pays[88]. Auguste E., capturé dès le début de la guerre, n'a pas participé au conflit en tant que combattant : a-t-il trouvé dans son délire le moyen de surmonter cette situation ? Celui-ci lui aurait permis de supporter son sort, mais aussi de faire face aux suspicions qui pèsent sur les prisonniers. Rappelons qu'à leur retour, ces hommes sont soumis à une enquête afin d'établir s'ils n'ont pas déserté ou capitulé. Aucune décoration ne peut leur être remise avant la fin des hostilités[89]. Jean Lépine constate d'ailleurs chez les officiers rapatriés la prépondérance des idées d'indignité et la peur d'avoir à démontrer qu'ils ne se sont pas rendus à l'ennemi[90].

Les préoccupations des hommes du rang étaient-elles différentes ? Les sources sont trop lacunaires pour permettre de l'affirmer. Est-ce par exemple pour laver son honneur que le soldat Francisque Z. tente à plusieurs reprises de s'évader ou bien pour échapper à l'ennui, aux privations et aux souffrances de la vie de prisonnier ? Mobilisé au 52e régiment d'infanterie, il a lui aussi été capturé dès le début du conflit, le 3 septembre 1914, durant l'attaque du village de Saint-Rémy dans les Vosges. De toute sa compagnie, il n'est revenu qu'un caporal et onze soldats[91]. Son fils a conservé le petit carnet qu'il tenait pendant sa

[86] Charles de Gaulle y a été interné d'octobre 1916 à juillet 1917. Voir Jean LACOUTURE, *De Gaulle*, t. 1, Paris, Seuil, 1984.
[87] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du lieutenant Auguste E., 4 X 992.
[88] Annette BECKER, « Des vies déconstruites. Prisonniers, civils et militaires », *14-18 : Aujourd'hui, Today, Heute*, n° 4, 2001, p. 78-87 ; Bruno CABANES, *La victoire endeuillée*, *op. cit.*, p. 360-361.
[89] Sur ce point, voir Bruno CABANES, *La victoire endeuillée*, *op. cit.*, p. 361-362.
[90] Jean LÉPINE, *Troubles mentaux de guerre*, *op. cit.*, p. 39.
[91] SHD, journal des marches et opérations du 52e régiment d'infanterie, 3 septembre 1914, 26 N 644/1.

captivité. Il y dessine, note scrupuleusement la date à laquelle il reçoit des colis, détaille leur contenu et relève quelques mots d'allemand qu'il veut retenir. Ce jeune cultivateur originaire d'un petit village de l'Isère, qui n'a pas été longtemps à l'école, trouve ainsi un moyen de s'occuper et de conserver une certaine maîtrise du temps. D'abord interné à Ulm, il est transféré dans les camps de Müsingen, de Gmünd puis d'Eglosheim[92]. En 1918, il tente de s'évader. Son épouse explique au médecin de l'asile Saint-Robert :

> « […] il s'évada et fut repris, et dut subir la peine du cachot privation de nourriture ; puis la mine pendant 6 mois, où ces malheureux devaient sous la menace du revolver fournir un travail allant jusqu'à la dernière limite de leurs forces ; et n'ayant qu'une nourriture infecte et en petite quantité. C'est tout et c'est assez je crois pour ruiner la santé la plus robuste. »[93]

Les conditions de travail sont brièvement évoquées par d'autres malades, en particulier dans les mines de sel. Le soldat Camille D., capturé en janvier 1915, raconte à quel point il était maltraité et prétend avoir simulé l'épilepsie pour être rapatrié, sans que cette idée soit prise au sérieux par le médecin. Il meurt trois mois après son entrée à l'asile de Bron, en mai 1918. Le registre des décès indique qu'il a succombé à une « crise épileptiforme »[94].

2) La folie au combat

Les troubles mentaux survenus au moment de la mobilisation, pendant le temps des permissions ou dans les camps de prisonniers tiennent une place très minoritaire dans les travaux publiés par les psychiatres pendant la guerre. L'attention est alors focalisée sur les combattants. Aujourd'hui encore, les troubles mentaux des soldats sont généralement associés à l'horreur des tranchées et des batailles. Ce sont les hommes dont la folie se déclare sur la ligne de feu qui retiennent l'attention du grand public, des psychiatres comme des historiens[95]. La définition de cette catégorie soulève cependant de nombreuses difficultés. Classer les malades selon qu'ils ont été ou non combattants est une opération délicate et souvent peu

[92] Le service des archives du comité international de la Croix-Rouge a établi la présence de Francisque Z. dans ces différents camps à partir des listes dressées par les autorités allemandes.
[93] Archives du Centre hospitalier Alpes-Isère, dossier de Francisque Z., non coté. Précisons que Francisque a été rapatrié après l'armistice et n'a été interné qu'en 1924. Son histoire est évoquée dans la deuxième partie de la thèse.
[94] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, registre des déclarations de décès, 1er mai 1918, H-Dépôt Vinatier Q 388.
[95] À ce titre, le film de Gabriel Le Bomin *Les fragments d'Antonin* fait exception : le personnage principal, soldat atteint de troubles mentaux, est tombé malade alors qu'il se trouvait loin des combats et s'occupait de pigeons voyageurs.

porteuse de sens, tant la Première Guerre mondiale a modifié le rapport des hommes au combat. L'exemple des soldats internés permet de le démontrer.

a) Les combattants internés : une catégorie difficile à cerner

Les psychiatres connaissent l'affectation et le grade de chaque soldat au moment de son internement (voir annexes 6 et 7). Mais ceux-ci peuvent avoir changé plusieurs fois avant qu'ils arrivent à l'asile. Les hommes qui sont affectés dans l'auxiliaire par exemple peuvent très bien avoir d'abord été versés dans le service armé[96]. Par ailleurs, connaître l'affectation d'un soldat ne revient pas à savoir ce qu'a précisément été son expérience de la guerre. Certes les hommes internés dans les asiles sur lesquels j'ai travaillé sont majoritairement issus de l'infanterie, soit l'arme où le taux de mortalité est le plus élevé[97], mais cela ne signifie pas que tous ont été au feu. Combien étaient en réalité détachés dans les États-majors, ou cuisiniers, chauffeurs, musiciens[98] ? Précisons d'ailleurs que si les fantassins sont les plus exposés au danger, leur présence en nombre dans les asiles d'aliénés n'est pas étonnante : la répartition par armes observée dans chaque établissement reflète la composition globale de l'armée française, dans laquelle l'infanterie domine (voir annexe 6). Dans la plupart des cas, le parcours militaire des soldats est inconnu des psychiatres, à tel point qu'il leur est difficile de déterminer s'ils sont allés ou non au front depuis leur mobilisation. Lorsqu'ils sont transférés dans les asiles, les malades ont souvent rencontré plusieurs médecins qui, chacun à leur tour, ont établi un diagnostic, voire entamé des traitements. Pourtant, les traces écrites de ces précédentes prises en charge sont rares et ne parviennent généralement pas jusqu'au bout de la chaîne d'évacuation. Le manque d'informations n'est pas lié à la désorganisation du Service de santé au début du conflit[99]. En 1915 la thèse de Francis Boucherot sur les militaires internés à l'asile de Fleury dans le Loiret signale le problème :

> « Les formalités d'entrée ont été […] pendant longtemps et surtout au début, réduites au strict minimum. À part quelques malades qui étaient passés par des centres comme Fismes, Épernay, rares étaient ceux qui étaient accompagnés de

[96] On sait que les ouvriers qualifiés ont pu être rappelés à l'arrière, de même que des hommes qui possédaient certaines compétences techniques.
[97] SHD, documents relatifs à l'utilisation des ressources en personnel au cours de la guerre, chapitre II : effectifs, octobre 1919, 7 N 552.
[98] Sur la difficulté à définir le groupe des combattants, voir André LOEZ, « Militaires, combattants, citoyens, civils : les identités des soldats français en 1914-1918 », *Pôle sud*, n° 36, 2012, p. 67-85.
[99] Il est probable qu'elle ne soit pas non plus propre à la psychiatrie. L'étude des modalités de prise en charge de soldats relevant d'autres spécialités permettrait de le vérifier.

renseignements éclairant le début de leur affection. Une fiche spéciale – comme il en existe – et sur laquelle on noterait les symptômes saillants, serait précieuse. »[100]

En 1917, si l'on en croit Calixte Rougé, la situation n'a guère évolué :

> « Le plus grand nombre de ces malades nous sont arrivés sans dossier, sans certificat d'origine, sans le moindre renseignement sur le début de leur affection mentale, ses premiers symptômes. […] Ainsi, ce n'est qu'après une longue attente et des démarches personnelles que je suis parvenu à distinguer les militaires venant du front et ceux de l'arrière. »[101]

La guerre terminée, les réflexions d'André Léri démontrent que le problème, qui n'est pas propre aux asiles d'aliénés, n'a jamais été réglé :

> « à l'arrière, […] les médecins ignoraient l'accident causal, ils en ignoraient les circonstances exactes, ils ignoraient le mode d'apparition et la nature des premiers troubles. »[102]

Les dossiers qui témoignent d'investigations poussées sont rares et concernent essentiellement les cas litigieux dans lesquels le médecin est appelé à se prononcer sur l'origine des troubles mentaux, la cause d'un décès ou encore la responsabilité d'un prévenu en conseil de guerre. Les psychiatres ne peuvent généraliser ce type de recherches dans les établissements qui reçoivent des militaires par centaines voire par milliers, alors que le personnel manque aussi bien dans les bureaux que dans les services médicaux. La plupart du temps, on se contente donc d'interroger le malade et sa famille, ce qui ne va pas sans poser problème. Le soldat Marcel N. par exemple, interné à la Maison nationale de Charenton le 28 juin 1917, change souvent de version[103]. Démunis, les psychiatres doutent, hésitent, procèdent par hypothèses ou renoncent à savoir[104]. Sur les 223 dossiers médicaux conservés dans le fonds de la Maison nationale de Charenton, seuls 140 mentionnent que le malade a été au front.

---

[100] Francis BOUCHEROT, *Les maladies mentales dans l'armée en temps de guerre. Août 1914 à Octobre 1915*, thèse soutenue devant la faculté de médecine de Paris, 1915, p. 59.

[101] Calixte ROUGÉ, « Aliénés militaires admis à l'asile de Limoux entre 1916 et 1917 », *Annales médico-psychologiques*, n° 10, 1918, p. 35-47. Hervé Guillemain et Stéphane Tison ont montré que la situation était identique dans les asiles de la 4e région militaire. Voir Hervé GUILLEMAIN, Stéphane TISON, *Du front à l'asile, 1914-1918, op. cit.*, p. 55-56.

[102] André LÉRI, *Commotions et émotions de guerre*, Paris, Alcan, 1918, p. 3. André Léri a dirigé le centre de neurologie de la 10e région militaire puis celui de la 2e armée. Voir Lilianne MAURAN, « André Léri et l'évolution du concept de commotion et d'émotion pendant la Grande Guerre », *Histoire des sciences médicales*, n° 3, 1996, p. 341-349.

[103] AD du Val de Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Marcel N., 4 X 992.

[104] Dans les dossiers, leurs interrogations transparaissent à travers des ratures, des points d'interrogation ou encore l'usage récurrent du conditionnel. L'historien, réduit aux mêmes expédients, ne peut prétendre réaliser, à partir de ces archives, une étude statistique complète et précise.

Mais savoir qu'un malade est allé au front n'est pas suffisant : le séjour peut y avoir été plus ou moins long et n'a pas obligatoirement impliqué la participation à des combats. À la Maison nationale de Charenton, l'interrogatoire des malades lors de leur entrée vise souvent à éclaircir ce point. Les réponses révèlent la variété des situations. Sans multiplier les exemples, on peut mentionner le cas des soldats Léopold Y. et Henri N., qui ont tous deux été au front mais n'appartiennent pas à des unités combattantes : le premier ravitaillait les troupes en munitions[105], le second était attaché comme ordonnance au service d'un sous-lieutenant chargé des approvisionnements[106]. Ces deux hommes estiment néanmoins avoir subi les combats, même sans y prendre directement part, tout comme le lieutenant Albert T. qui « n'a pas été à proprement parler sur le front » mais « a eu l'occasion de voir des champs de bataille encore tout frais des opérations militaires et ce spectacle l'a fortement impressionné »[107]. Il faut aussi mentionner le cas des médecins et des infirmiers du Service de santé qui, sans porter les armes, sont sans cesse confrontés à l'horreur des combats et à leurs conséquences tragiques : ils représentent environ 50 % des hommes mobilisés dans les services et internés à l'asile de Marseille et à l'asile de Bron. Comme l'explique Jean-Norton Cru, le conflit a modifié la définition et la perception du combattant :

> « L'aumônier, le médecin, le conducteur d'auto sanitaire sont des combattants ; le soldat prisonnier n'est pas un combattant, le général commandant le corps d'armée non plus, ni tout le personnel du GQG. La guerre elle-même a imposé cette définition fondée sur l'exposition au danger et non plus sur le port des armes qui ne signifie plus rien. »[108]

Mais qu'est-ce qu'être exposé au danger ? Le cas du soldat Valérius T. permet de prendre conscience de la complexité d'une telle question. Il est examiné le 24 août 1915 par le docteur Henri Carrier, aide-major à l'hôpital militaire Desgenettes. Son parcours est retracé dans un rapport destiné à établir la nécessité d'un internement. On apprend qu'il a été mobilisé à l'arrière dans le service auxiliaire et a été affecté comme manutentionnaire au sein de l'usine d'armement installée en lieu et place de l'Exposition internationale urbaine de Lyon. Il y transportait des baïonnettes encore ensanglantées, ainsi que les vêtements de soldats morts sur lesquels « des morceaux de chair » étaient parfois « encore attachés ». Profondément affecté et incapable d'effectuer le travail qu'on attendait de lui, il a finalement été employé comme convoyeur de wagons. Cette nouvelle fonction l'a conduit à effectuer

[105] AD du Val de Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Léopold T., 4 X 990.
[106] AD du Val de Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Henri N., 4 X 990.
[107] AD du Val de Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du lieutenant Albert T., 4 X 989.
[108] Jean-Norton CRU, *Témoins*, Paris, Les Étincelles, 1929, p. 10.

plusieurs voyages sur le front où il était saisi de crises de panique en entendant le bruit des canons[109]. Il est interné à l'asile de Bron le 18 mai 1915. Valérius T., qui n'est jamais allé dans les tranchées, a pourtant le sentiment d'avoir été en danger.

La complexité du rapport qu'entretiennent les militaires internés avec le combat apparaît également à la lecture des dossiers de ceux qui, protégés du fait de leur affectation, tirent précisément de cette situation privilégiée le motif de leurs troubles. La chasse aux embusqués donne notamment matière à des délires de persécution caractéristiques, qui révèlent à quel point le phénomène est puissant[110]. Certains militaires du service auxiliaire nourrissent ainsi l'obsession d'aller combattre pour échapper aux accusations dont ils affirment être les victimes. C'est ce qui arrive au soldat Jean-Baptiste O. : après avoir été trois fois évacué du front pour maladie, il est réformé en février 1916 en raison de « troubles nerveux », puis versé dans le service auxiliaire au mois de juin. Il est alors placé comme ouvrier à l'usine de Vizille où il travaillait avant la guerre. Un mois plus tard, il quitte son poste sans explication et est accusé de désertion. Dans son rapport, le médecin aide-major Henri Carrier, commis comme expert par le conseil de guerre de Lyon, souligne :

> « En fait, on comprend difficilement son acte si l'on remarque que rappelé dans le service auxiliaire, mais mobilisé dans ses foyers à Vizille […] et gagnant un salaire de près de 9 frs par jours, [O.] se trouvait, de son propre aveu, dans des conditions où il aurait dû se considérer très satisfait. »[111]

Mais pendant l'examen et lors de l'instruction, Jean-Baptiste O. explique qu'il a déserté « parce qu'il était mal vu par les gens de son village, [qui] le traitait d'embusqué, le regardait de travers ». Il réclame à retourner au front pour s'y faire tuer[112]. Sans se résoudre à risquer sa vie, le lieutenant Albert T. éprouve les mêmes remords. Chargé du ravitaillement d'un parc d'artillerie dans la région de Bar-le-Duc, il n'a jamais eu à se battre mais seulement à donner des ordres et à surveiller ses hommes. Il « estime n'avoir pas fait son devoir en restant à l'arrière », finit par se persuader que son capitaine lui en veut et qu'il sera fusillé pour n'avoir pas combattu[113].

Qu'ils y aient ou non pris part, le combat envahit donc les discours des malades internés. Même chez les civils, en particulier les femmes, il est question de batailles et de lutte

---

[109] SHD, conseil de guerre de Lyon, dossier de non-lieu du soldat Valérius T., 10 J 1544.
[110] Voir Charles RIDEL, *Les embusqués*, Paris, Armand Colin, 2007.
[111] SHD, conseil de guerre de Lyon, dossier de non-lieu du soldat Jean-Baptiste O., 10 J 1546.
[112] *Idem.*
[113] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du lieutenant Albert T., 4 X 989.

contre l'ennemi[114]. Ce phénomène traduit l'emprise de la guerre totale sur les individus même si les bouleversements sociaux et politiques exercent toujours une influence frappante sur les délires des aliénés, comme l'a montré Laure Murat[115]. Après le conflit franco-prussien, Ludger Lunier avait déjà mis en évidence la manière dont la guerre s'imposait dans les propos des malades comme dans leurs visions[116]. En 1915, Paul Chavigny semble pourtant frappé par l'homogénéisation des délires dans les asiles d'aliénés :

> « Il est bien habituel dans les asiles que les questions d'actualité viennent teinter le délire d'un grand nombre des internés, mais jamais, croyons-nous, il ne fut donné de constater une telle uniformité dans les formules délirantes des malades. Ce qu'on pourrait appeler le délire militaire, c'est-à-dire le délire à motif militaire, guerrier, combatif, est en ce moment, à l'asile, aussi bien celui des civils que des militaires, il déborde même jusque dans le quartier des femmes. »[117]

b) Le choc des combats

Dès lors, comment évaluer l'impact direct des combats sur les militaires internés ? Les batailles sont rarement détaillées dans les dossiers, sauf par certains soldats qui attachent une grande importance à détailler leur parcours auprès du médecin. Le soldat Louis X., par exemple, situe fermement le début de sa maladie le 15 janvier 1915 au moment de l'assaut de Crouy[118], tandis que le capitaine Léon T., mobilisé au 34e régiment d'artillerie, est obsédé par le désastre de la bataille de Morhange et se lamente d'y avoir perdu tous ses canons[119]. Après cet épisode, il ne parvient plus à se défaire de l'idée qu'on cherche à voler sa batterie. Cependant, les récits des militaires internés se réfèrent rarement à telle ou telle offensive. Aucun ne délire nommément à propos de Verdun ou du Chemin des Dames et je n'ai pas trouvé de cas similaire à celui de ce soldat décrit par le docteur Hippolyte Chassinant,

---

[114] Sur les délires des civils, en particulier des femmes, voir Hervé GUILLEMAIN, Stéphane TISON, *Du front à l'asile, 1914-1918, op. cit.*, p. 89-96 ; Gregory. M. THOMAS, *Treating the trauma of the Great War, op. cit.*, p. 71-94.

[115] Laure MURAT, *L'homme qui se prenait pour Napoléon, op. cit.*

[116] Ludger LUNIER, « Influence des évènements de 1870-1871 sur le mouvement de l'aliénation mentale en France », art. cit. ; « De l'influence des grandes commotions politiques et sociales sur le développement des maladies mentales », art. cit.

[117] Paul CHAVIGNY, « Psychiatrie aux armées », *Paris médical*, n° 7, 1915, p. 416.

[118] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Louis X, 4 X 992.

[119] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du capitaine Léon T., 4 X 992. La bataille de Morhange se déroule du 19 au 20 août 1914, entre les villes de Morhange et Dieuze, alors situées en territoire allemand. Elle se termine sur une victoire allemande.

médecin-directeur de l'asile de Saint-Dizier (Haute-Marne), dont les seuls mots sont « Vauquois… boum… boum… ! »[120].

Si les noms de lieux sont rares, l'évocation des combats passe souvent par la référence aux armes utilisées. Celles-ci ne sont pas décrites pour elles-mêmes, mais parce qu'elles modifient profondément la perception de la bataille. Comme ce soldat interné à l'asile de Saint-Dizier, c'est à partir de leur expérience sensorielle que bon nombre de militaires internés racontent la guerre. L'univers sonore des combats occupe une place importante dans leurs dossiers, tout comme dans les lettres et les témoignages des combattants en général[121]. Le vacarme des bombardements de masse, qui doivent permettre de détruire les positions arrières de l'ennemi et de faire barrage aux assauts, est mentionné à de multiples reprises. « Le bruit du canon m'abattait » explique ainsi le soldat Jules Y., du 54e régiment d'artillerie, entré à la Maison nationale de Charenton le 17 février 1915 dans un état de profonde dépression[122]. Les armes nouvelles frappent particulièrement l'esprit de ces hommes, notamment les gaz, utilisés pour la première fois à Ypres en avril 1915, qui obsèdent le soldat Maurice T., interné à l'asile Saint-Robert le 13 janvier 1917. Ce dernier affirme au médecin que son intestin est rempli de Boches, « groupés en lui et devenus centraux », qui vicient sa nourriture avec des gaz asphyxiants[123]. L'aviation occupe également une place centrale dans les délires. Se remémorant le début de ses troubles mentaux, apparus en juillet 1916, le soldat Louis S. raconte par exemple qu'il entendait « des sifflements, des déchirements, des éclatements de sa chair par des obus, des courants électriques », puis qu'il s'est cru dans « un zeppelin, en aéroplane, on le forçait de bombarder Paris »[124].

Si les armes sont bien présentes, les blessures sont par contre rarement mentionnées par les médecins comme par les malades. Seuls 32 des 223 dossiers conservés dans le fonds de la Maison nationale de Charenton comportent la mention claire d'une blessure, soit 14 %. Au sein de la section militaire de l'asile de Villejuif, Bernadette Laverdure Cassarin comptabilise seulement 153 militaires blessés c'est-à-dire 9 % de l'ensemble de la

[120] Paul CHAVIGNY, « Psychiatrie aux armées », art. cit., p. 416.
[121] Voir Rémy CAZALS, André LOEZ, *Dans les tranchées de 1914-18*, Pau, Éditions Cairn, 2008, p. 65-70 ; Florence GÉTREAU (dir.), *Entendre la guerre. Silence, musiques et sons en 14-18*, Paris, Gallimard/Historial de la Grande Guerre, 2014.
[122] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Jules Y., 4 X 990.
[123] Archives du Centre hospitalier Alpes-Isère, dossier du soldat Maurice T., non coté.
[124] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Louis S., 4 X 990.

population[125]. Le fait peut paraître étonnant[126]. On aurait cependant tort de conclure que les « blessés psychiques » ne pouvaient pas être aussi des « blessés physiques ». Le manque d'information sur le parcours de chaque militaire avant son arrivée à l'asile explique en partie que les psychiatres soient restés dans l'ignorance sur ce point comme sur d'autres. De plus, les atteintes au corps sont soignées avant les troubles mentaux et, en tout état de cause, avant le transfert dans les asiles qui ne sont pas équipés pour opérer les malades. Aussi, le calvaire du sous-lieutenant Benjamin Z., décrit par le docteur Roger Mignot dans un rapport circonstancié, constitue-t-il une scène tout à fait exceptionnelle. Blessé à l'abdomen par un éclat d'obus, ses plaies ne sont pas encore cicatrisées lorsqu'il arrive à la Maison nationale de Charenton. Il hurle terriblement lorsqu'on lui défait ses pansements et meurt quelques jours après son entrée dans l'établissement[127]. Nous sommes en octobre 1914 et la présence de cet homme dans l'asile est sans doute liée à la désorganisation du Service de santé militaire, pris de court par le grand nombre des blessés et des malades. Malgré tout, les psychiatres s'étonnent de ne pas trouver plus de blessés parmi leurs malades et envisagent que les lésions corporelles puissent jouer « le rôle d'un exutoire », en constituant une forme de « dérivation mentale »[128]. Leur raisonnement ne prend pas en compte le fait que les blessures physiques focalisent l'attention des médecins qui se préoccupent rarement de l'état mental des militaires qu'ils doivent soigner, comme le déplore le professeur Pierre Marie, chef du service neurologique militarisé de la Salpêtrière. Georges Dumas, chargé en octobre 1916 d'étudier sur le front de la Somme l'influence de la commotion nerveuse chez les blessés, constate le même problème et propose que des psychiatres soient spécialement chargés de parcourir les services de chirurgie à la recherche des soldats soignés pour une blessure physique mais qui présentent aussi des troubles mentaux[129]. On peut se demander si les symptômes de la maladie mentale ne sont pas mieux tolérés par l'entourage des soldats qui présentent des blessures physiques évidentes, y compris les médecins. Certains parcours semblent indiquer que l'internement a été autant que possible repoussé pour certains hommes qui présentaient des

---

[125] Bernadette LAVERDURE CASSARIN, *Un moment particulier dans la psychiatrie du XXe siècle : les aliénés militaires de la section militaire de l'asile de Villejuif pendant la première guerre mondiale*, *op. cit.*, p. 71.

[126] Certains historiens estiment que 40 % des mobilisés ont été blessés au moins une fois. Sophie DELAPORTE, *Les gueules cassées*, *op. cit.*, p. 16.

[127] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du sous-lieutenant Benjamin Z., 4 X 988.

[128] Marius DUMESNIL, *Délires de guerre. Influence de la guerre sur les formes des psychoses chez les militaires*, Paris, Jouve et Cie, 1916, p. 53.

[129] Pierre MARIE, « Travaux des centres neurologiques militaires (année 1917), Service neurologique militarisé de la Salpêtrière », *Revue neurologique*, n° 7, 1917, p. 341 ; Georges DUMAS, A. DELMAS, « Les confusions mentales d'origine commotionnelles chez les blessés », *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, janvier 1917, p. 77.

troubles mentaux mais qui étaient également de grands blessés. C'est le cas du soldat Jean-Marie S., atteint à la tête par un éclat d'obus alors qu'il se trouvait en première ligne en juin 1916, dans le secteur de Lassigny (Oise). Hémiplégique, il circule dans une voiture mécanique. Après avoir été soigné à l'Institut national des Invalides à Paris, il est interné à l'asile de Maison-Blanche (Seine) pour délire de persécution. Le docteur Gerbeaux, médecin-chef de l'Institut, semble avoir tenté de garder ce malade autant qu'il l'a pu. En 1922, il prend encore de ses nouvelles, de même que plusieurs infirmières qui l'ont soigné[130]. L'histoire de Jean-Marie S. montre l'impact de la blessure physique sur le regard d'autrui : il est plus facile de faire preuve de compréhension face à un combattant atteint de troubles mentaux lorsqu'il porte aussi, inscrite dans sa chair, la trace des souffrances physiques endurées.

Les récits des malades ou la mention d'une blessure ne permettent donc pas de mesurer précisément l'influence de tel ou tel combat. Il faut mobiliser d'autres sources. Les articles et les ouvrages publiés par les psychiatres fournissent un certain nombre d'informations. Jusqu'en 1915, ils minimisent l'incidence des maladies mentales : « les cas de démences provoquées par la guerre, tant dans la population civile que parmi les militaires, sont jusqu'à présent très rares », déclare par exemple le professeur Gilbert Ballet dans les colonnes du *Journal* le 15 novembre 1914[131]. Ce n'est qu'en 1917 que, rétrospectivement, Jean Lépine insiste sur les conséquences de la retraite du mois d'août 1914 « avec le combat le jour et la marche forcée pendant la nuit »[132]. Dès le mois d'octobre 1915 cependant, Paul Chavigny constate que le nombre de cas d'aliénation mentale augmente : plus que l'enterrement des hommes dans les tranchées, c'est selon lui « l'emploi des explosifs à forte charge » qui provoque depuis janvier 1915 l'augmentation des « accidents psychiques »[133]. En 1920, Jacques Baruk et René Bessière affirment quant à eux que l'année 1917, marquée par l'échec de l'offensive Nivelle et la crise morale qui s'en suit, a constitué le « moment critique » de la guerre[134] :

---

[130] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, dossier administratif de Jean-Marie S., H-Dépôt Vinatier Q 655. Jean-Marie S. a été interné à l'asile de Bron après un séjour à Maison-Blanche. Les informations fournies par son dossier ont été complétées par les renseignements portés au registre matricule : voir AD du Rhône, 1 RP 1011. Il n'a pas été possible d'en savoir plus sur le séjour de ce soldat à l'Institut national des Invalides, faute d'archives.

[131] « La folie et la guerre », *Le Journal*, 15 novembre 1914, p. 1.

[132] Jean LÉPINE, *Troubles mentaux de guerre*, *op. cit.*, p. 6.

[133] Paul CHAVIGNY, « Psychiatrie et médecine légale aux armées », art. cit., p. 186.

[134] La grande offensive décidée par le général Nivelle est lancée au printemps 1917 dans l'Aisne, dans le secteur du Chemin de Dames. Présentée comme décisive, elle ne débouche sur aucune avancée réelle et est perçue par les combattants comme un sacrifice inutile. Au même moment une vague de

> « Après un hiver pénible, la lutte se prolongeait ; les énergies commençaient à fléchir, une certaine lassitude se faisait sentir. Puis des espérances exagérées survinrent. Au printemps, une exaltation indéniable mettait en effervescence les troupes des armées qui avaient suivi l'envahisseur dans sa retraite et entrevoyaient dans une offensive prochaine paraissant devoir être décisive la fin de toutes les souffrances. L'insuccès des opérations engagées fut une cruelle déception. Ce fut le découragement […] »[135]

Dans les quatre asiles de mon corpus, c'est pourtant en 1916 que les entrées des militaires sont les plus nombreuses[136]. C'est cette année-là que les soldats subissent les batailles les plus longues du conflit : celle de Verdun, devenue le symbole de la Grande Guerre pour les Français, dure dix mois. Pourtant, à en croire Jean Lépine, « il n'y a eu ni dans l'enfer de Verdun, ni dans les autres, d'épidémie mentale quelconque, ni par l'horreur, ni par la peur »[137]. Pour confronter cette assertion avec la réalité observée sur le terrain, le meilleur indicateur est le mouvement des entrées mensuelles dans les asiles de mon corpus. Celui-ci est représenté sur les quatre graphiques placés en annexe 8. Pour analyser ces courbes, il faut garder à l'esprit que le nombre des entrées enregistrées chaque mois dans les différents établissements dépend de multiples facteurs. Il est notamment lié aux logiques d'évacuation en vigueur à telle ou telle période, rarement évoquées dans les sources asilaires et qu'il est très difficile de reconstituer[138]. Il résulte aussi des capacités globales de chaque asile et du nombre de lits disponibles à un instant donné[139]. Chaque graphique traduit donc en partie les spécificités propres à chaque établissement. Il n'en reste pas moins que les pics observés dans l'ensemble des asiles étudiés peuvent être mis en relation avec les principales batailles conduites par l'armée française. Les principaux afflux de militaires se produisent dans le sillage des batailles de Verdun, de la Somme, du Chemin des Dames puis des offensives allemandes du printemps 1918 ainsi que des contre-offensives alliées. Les

---

mutineries éclate, dont André Loez a montré qu'elles ne s'expliquent pas uniquement par l'échec du Chemin des Dames. Voir André Loez, *14-18, les refus de guerre. Une histoire des mutins*, Paris, Gallimard, 2010.

[135] Jacques BARUK, René BESSIERE, *Quelques considérations sur la neuro-psychiatrie de guerre (service de Sainte-Gemmes, 1914-1919)*, Angers, Siraudeau, 1920, p. 20.

[136] À l'asile de Bron, le nombre d'entrées est certes plus élevé en 1918, mais uniquement en raison de l'arrivée massive de soldats rapatriés d'Allemagne. Voir Chapitre 2, I, 1, c.

[137] Jean LÉPINE, *Troubles mentaux de guerre, op. cit.*, p. 191.

[138] Voir Chapitre 1, II, 2, c.

[139] Un asile qui enregistre peu d'entrées un mois donné a de fortes chances d'en enregistrer beaucoup le mois suivant puisqu'il est plus susceptible d'avoir des lits disponibles, et inversement. Pour atténuer l'influence de ces phénomènes ponctuels, j'ai choisi de construire les graphiques présentés en annexes en calculant une moyenne mobile sur trois mois. Par ailleurs, pour l'asile de Bron, il n'a pas été tenu compte des entrées des militaires rapatriés des camps de prisonniers.

recherches d'Hervé Guillemain et Stéphane Tison ont permis de mettre en évidence le même phénomène dans les asiles de la 4e région militaire[140].

L'impact des combats est donc clairement perceptible au sein des asiles. Les batailles qui font le plus de morts, de disparus et de prisonniers (voir l'annexe 9) et durant lesquelles Denis Rolland a montré que le nombre de suicides augmente[141], sont également celles qui provoquent le plus de « blessures psychiques »[142]. La vue des cadavres est d'ailleurs très souvent évoquée par les malades. Il peut s'agir du corps d'un camarade mais il arrive aussi que ces visions concernent des corps indifférenciés de combattants inconnus. C'est alors le nombre qui domine dans le délire. Le soldat Jean T. explique qu'il a cessé de se nourrir en septembre 1914, car « les aliments le dégoûtaient à la vue des cadavres des chevaux et des belligérants »[143]. Le soldat Yves N. entend grincer les dents des morts et ne peut faire cesser leur bruit[144]. Voir des cadavres signifie aussi, pour ces hommes, prendre conscience du risque encouru par chacun, c'est-à-dire de l'éventualité de leur propre mort. Ce moment est très précisément décrit par le soldat Louis X., pris d'un malaise après un assaut « comme [s'il allait] mourir, comme quelqu'un qui allait être tout de suite foudroyé »[145], ou encore le caporal Victor E., incapable de manger ou de dormir, persuadé qu'il sera tué lors de la prochaine attaque[146]. Certains pensent d'ailleurs être déjà morts, tel le soldat Wilfrid E. qui affirme qu'on lui a enlevé son âme pendant la nuit et qu'il va être enterré[147].

Il est par contre très rare que la mort de l'ennemi soit mentionnée, en particulier lorsqu'elle a été donnée par le soldat lui-même. Les combattants qui ont tué sont certes peu nombreux, comme l'a montré Antoine Prost[148]. Est-ce la raison pour laquelle le sujet n'est pas évoqué dans les interrogatoires conduits lors de l'admission des malades à la Maison nationale de Charenton ? On s'étonne tout de même du peu d'intérêt que les médecins

---

[140] Hervé GUILLEMAIN, Stéphane TISON, *Du front à l'asile, 1914-1918, op. cit.*, p. 59.
[141] Denis ROLLAND, « Le suicide aux armées en 1914-1918 », *in* Rémy CAZALS, Emmanuelle PICARD, Denis ROLLAND (dir.), *La Grande Guerre. Pratiques et expériences*, Toulouse, Privat, 2005, p. 274.
[142] On trouvera en annexes le graphique présenté par Guy Pedroncini et conservé au SHD sous la cote 6 N 58 : Guy PEDRONCINI (dir.), *Histoire militaire de la France*, t. 3, Paris, Presses universitaires de France, 1992, p. 289. Les « pertes » concernent les soldats décédés, blessés ou malades mais aussi les prisonniers et les disparus. Il s'agit ici de comparer des ordres de grandeur, sans ignorer que ces chiffres, en valeurs absolues, varient selon les sources et posent de nombreux problèmes. Sur ce point, voir Antoine PROST, « Compter les vivants et les morts : l'évaluation des pertes françaises », *Le Mouvement social*, n° 222, janvier-mars 2008, p. 41-60.
[143] AD du Val de Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Jean T., 4 X 988.
[144] AD du Val de Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Yves N., 4 X 992.
[145] AD du Val de Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Louis X., 4 X 992.
[146] AD du Val de Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du caporal Victor E., 4 X 992.
[147] AD du Val de Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Wilfrid E., 4 X 992.
[148] Antoine PROST, « Les limites de la brutalisation. Tuer sur le front occidental, 1914-1918 », *Vingtième siècle. Revue d'histoire*, n° 81, janvier-mars 2004, p. 5-20.

semblent manifester devant certaines déclarations de leurs malades. Dans le dossier du soldat Eugène N. par exemple, il est noté qu'il « aurait tiré sur des Allemands » sans que le fait retienne particulièrement l'attention[149]. De même, il est bien écrit dans le dossier du tirailleur Ansoumana E. que celui-ci « se défend d'avoir coupé des Boches », mais on n'y trouve pas plus d'explications[150]. Il est vrai que la mort reste souvent une entité abstraite dans les discours des malades, tout comme dans les dessins du soldat Paul F. reproduits ci-dessous et dans l'annexe 10.

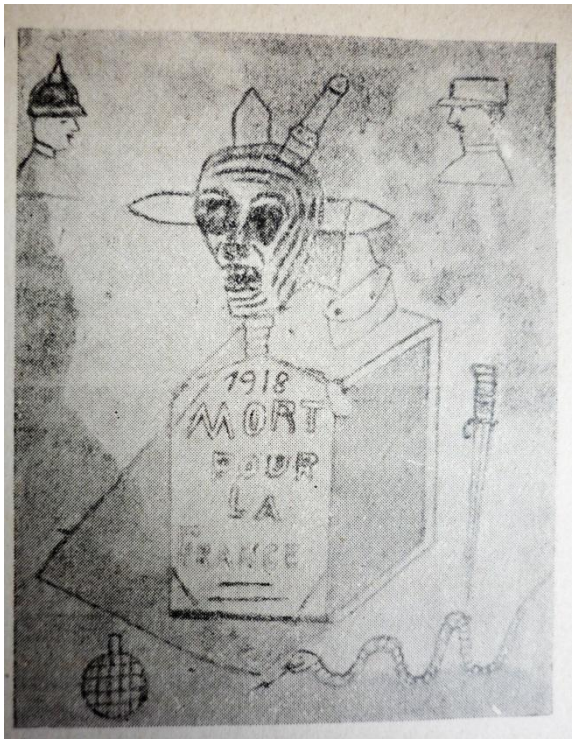


Figure 2 : Dessin du soldat Paul F. présenté par le docteur André Barbé dans la revue *L'Encéphale*

Le psychiatre André Barbé les présente dans un article publié après la guerre dans la revue *L'Encéphale* : Paul F. s'est subitement mis à dessiner en juin 1917 au cours de son séjour à l'hôpital temporaire numéro 3 de Moulins, où il a été pris en charge après un séjour de trois mois à l'asile de Maison-Blanche (Seine). La figure de la mort est évoquée dans cette série de croquis à travers ses symboles classiques : la stèle funéraire, le squelette, la tête de mort, les ossements. Le malade ajoute des éléments emblématiques de la guerre, à savoir la mention « Mort pour la France », les profils d'un soldat allemand et d'un soldat français qui se font face, des armes (poignards, grenade et sabre), des morceaux de corps humains (une

[149] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Eugène N., 4 X 989.
[150] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Ansoumana E., 4 X 992.

jambe, une main). Mais il refuse d'expliquer au médecin ce qu'il a représenté et n'accepte pas de faire d'autres dessins[151].

c) L'omniprésence du danger au-delà du combat

En juin 1917, les docteurs Paul Voivenel et Louis Huot font paraître dans le journal *Mercure de France* un article intitulé « Le diagramme psychologique de la bataille ». Ils y détaillent les émotions auxquelles doivent faire face les combattants avant, pendant et après l'assaut et insistent sur l'importance des périodes de relâchement qui préservent le « système nerveux » des hommes[152]. Or les dossiers des soldats internés mettent précisément en évidence l'absence de repos émotionnel. Dans leurs récits, le danger est permanent, comme si le combat ne prenait jamais fin. Plusieurs travaux ont pourtant souligné à quel point la Première Guerre mondiale, ponctuée par de terribles batailles, a été dominée par les longs temps morts propres à la guerre de position. Dans l'infanterie par exemple, soit l'arme à laquelle appartient la majorité des militaires internés (voir l'annexe 6), la vie du soldat se divise en périodes de cinq à onze jours passées successivement en première ligne, puis en réserve et enfin dans les cantonnements[153]. Le temps du combat est donc relativement limité[154]. Or pour les militaires internés, ce moment n'est pas un paroxysme de tension terrible mais ponctuel : il envahit le quotidien. Lors des examens d'entrée, les médecins de la Maison nationale de Charenton constatent à quel point la perception du temps est perturbée chez ces hommes. Complètement désorientés, ils sont rarement capables de dire quand la guerre a commencé ou depuis combien de temps elle dure. Ce type de symptômes est certes fréquent dans de nombreuses maladies mentales, mais on sait aussi que les combattants de 14-18 ont vu leurs repères temporels profondément bouleversés[155]. Le cas du soldat René T. en

---

[151] André BARBÉ, « Les dessins stéréotypés d'un catatonique », *L'Encéphale*, n° 1, 1920, p. 49-50. Le nom du malade n'est pas indiqué dans l'article et il n'a pas été possible de retrouver sa trace.

[152] Louis HUOT, Paul VOIVENEL, « Le diagramme psychologique de la bataille », *Mercure de France*, 16 juin 1917, p. 642-649.

[153] Thierry HARDIER, Jean-François JAGIELSKI, *Oublier l'apocalypse ? Loisirs et distractions des combattants pendant la Grande Guerre*, Paris, Imago, 2014, p. 31.

[154] Thierry Hardier et Jean-François Jagielski l'ont clairement montré à partir de l'exemple du soldat Georges Leroy : une analyse fine de son emploi du temps révèle qu'il n'a passé que 30 % environ de son temps de guerre dans une zone de danger permanent, c'est-à-dire « à portée de tir de l'artillerie de campagne ». Voir *Ibid.*, p. 30.

[155] Voir Nicolas BEAUPRÉ, « La guerre comme expérience du temps et le temps comme expérience de guerre », *Vingtième siècle. Revue d'histoire*, n° 117, janvier 2013, p. 166-181 ; Jean-François JAGIELSKI, « Modifications et altérations de la perception du temps chez les combattants de la Grande

fournit un exemple frappant. Le 11 octobre 1916, alors qu'on lui demande d'indiquer le nom du président de la République de manière à vérifier s'il est correctement orienté dans le temps, il affirme : « Dans le temps le président s'appelait Poincaré, maintenant ça doit être un Maréchal »[156]. Sa logique est implacable : puisque sa vie est désormais gouvernée par la guerre, le pays doit être dirigé par l'armée.

Comme l'ont très bien montré Thierry Hardier et Jean-François Jagieslki, rêveries et observation de la nature peuvent permettre aux poilus de « sortir mentalement de la guerre »[157]. Or, tels que leurs dossiers les donnent à voir, les soldats internés semblent privés des « échappées mentales » qui permettent à certains combattants de retrouver, l'espace de quelques heures, une forme de paix intérieure. Certes, il existe des contre-exemples. Certains soldats trouvent précisément dans leurs délires un moyen de faire cesser le conflit, comme ceux qui affirment s'apprêter à rétablir la paix, qu'ils aient trouvé l'arme qui détruira définitivement tous les Allemands[158], soient dotés de pouvoirs surnaturels, communiquent avec Dieu ou encore avec Bonaparte[159]. Il ne s'agit pas d'énoncer une vérité générale qui suffirait à résumer la très grande variété des expériences de guerre dont rendent compte les délires des malades[160] mais de mettre en lumière certains traits saillants.

L'absence de moment de relâchement et la perte des repères temporels se traduisent principalement par l'impossibilité de dormir, qui entretient voire aggrave le phénomène : dans les cauchemars dont souffrent les militaires internés, ce qui s'est produit le jour se reproduit la nuit. Certains, même éveillés, revivent en permanence le même assaut, comme le soldat Jean T. qui « revoit la bataille », « entend des coups de feu » et est persuadé qu'un obus va éclater auprès de lui[161]. D'autres, qui voient l'ennemi partout, veulent se défendre y compris contre les leurs. Le soldat Denis T. voit des officiers boches déguisés en Français qui le

---

Guerre », *in* Rémy CAZALS, Emmanuelle PICARD, Denis ROLLAND (dir.), *La Grande Guerre. Pratiques et expériences, op. cit.*, p. 205-215.

[156] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat René T., 4 X 992.

[157] Thierry HARDIER, Jean-François JAGIELSKI, *Oublier l'apocalypse ? Loisirs et distractions des combattants pendant la Grande Guerre, op. cit.*, p. 83.

[158] Le soldat Marcel E. a inventé des machines qui doivent détruire tous les Allemands. AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Marcel E., 4 X 989.

[159] Le soldat Pierre E., interné à l'asile de Charenton le 2 mars 1918, affirme être animé par l'esprit de Bonaparte, demande à voir le ministre de la Guerre pour lui expliquer comment conduire les opérations, lui présenter les nouveaux engins dont il est l'inventeur et qui conduiront la France à la victoire. AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Pierre E., 4 X 992.

[160] Les psychiatres se sont employés à classer ces délires selon des catégories qui existaient déjà avant la guerre. Hervé Guillemain et Stéphane Tison en ont proposé une description détaillée dans le chapitre 9 de leur livre, intitulé « Ce qu'ils disent de leur guerre ». Voir Hervé GUILLEMAIN, Stéphane TISON, *Du front à l'asile, 1914-1918, op. cit.*, p. 201-217.

[161] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Jean T., 4 X 990.

suivent pour le tuer, il en déduit que la France est envahie. Une fois à la Maison nationale de Charenton, où il est évacué le 30 octobre 1916, il accuse encore les médecins et les infirmiers d'être allemands[162]. Mais les malades ne craignent pas toujours l'ennemi parce qu'il les menace eux-mêmes. L'angoisse vient aussi du fait que le Boche est un danger pour tous ceux qu'on aime. Le soldat Louis N. est persuadé qu'un Allemand a abusé de sa femme[163], le lieutenant S. ne supporte pas l'absence de nouvelles de son fils également sous les drapeaux[164], tandis que les malades originaires des départements occupés souffrent de ne pas pouvoir protéger les leurs.

Lorsqu'il ne s'incarne pas uniquement dans la figure du Boche, le danger revêt d'autres visages. Les rats, qui pullulent dans les tranchées, peuplent aussi les délires hallucinatoires. Le péril vient également des « camarades » avec lesquels il faut cohabiter sans les connaître. Le soldat Léon D. s'était engagé avec des amis et comptait passer la guerre auprès d'eux, mais il en a été séparé et ne supporte pas la compagnie de ceux avec qui il a été affecté[165]. Le soldat Pierre R. s'est porté volontaire pour intégrer le 6e régiment de marche de tirailleurs, espérant à tort que cela lui permettrait d'échapper au front. Déçu, il s'adapte mal à sa nouvelle affectation, où « on couche toujours avec les indigènes qui sont sales » et « sous prétexte qu'ils ne boivent pas de vin » on en distribue presque jamais[166]. Plusieurs études ont démontré que la tranchée constitue un espace public où chaque individu évoluant sous le regard des autres doit conformer sa conduite aux codes et aux normes sociales en vigueur : tout manque de courage, de virilité, tout signe de faiblesse morale ou physique peut être assimilé à un déshonneur[167]. À l'obligation de vivre en permanence et dans une grande promiscuité avec des étrangers, situation désagréable et inconfortable pour n'importe quel combattant, s'ajouterait pour de nombreux internés la crainte des moqueries, des brimades voire des violences. Dans quelle mesure faut-il voir une part de vérité dans leurs récits délirants ? La question est délicate. Mais certains rapports d'expertise attestent de la cruauté dont peuvent faire preuve les soldats, en particulier envers des hommes déjà fragiles sur le plan psychique ou atteints de retards mentaux. Bernard T., par exemple, qui avait été exempté

---

[162] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Denis T., 4 X 992.
[163] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Louis N., 4 X 989.
[164] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du lieutenant S., 4 X 989. Le prénom n'est pas indiqué dans le dossier.
[165] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Léon D., 4 X 489.
[166] Fonds du Centre hospitalier de Cadillac, dossier de Jacques R., non coté ; SHD, conseil de guerre de la 27e division d'infanterie, dossier de condamnation de Jacques R., 11 J 1548.
[167] Voir par exemple André LOEZ, « L'espace public des tranchées. Tenir sous le regard des autres en 1914-1918 », *in* Rémy CAZALS, Emmanuelle PICARD, Denis ROLLAND (dir.), *La Grande Guerre. Pratiques et expériences, op. cit.*, p. 259-267.

de service militaire, explique sa désertion survenue en juillet 1915, soit trois mois après son incorporation au 6e régiment d'infanterie coloniale, en racontant « qu'il avait trop peur et qu'il a du fuir. Ses camarades le battaient et menaçaient de le tuer. On voulait le jeter à l'eau. On lui avait pris sa gamelle et on ne voulait plus lui donner d'assiette pour manger ». Après l'avoir examiné, le médecin aide-major Henri Carrier conclut : « il est fort possible que devant sa faiblesse d'esprit, ses camarades se soient amusés de sa bêtise et en aient fait un peu leur souffre-douleur »[168].

Les conflits surviennent aussi avec les supérieurs, à tous les niveaux de la hiérarchie. Le capitaine Léon T. dénonce le comportement de son vieux commandant, dont il doit exécuter les ordres même lorsqu'il ne les approuve pas[169]. Le sergent-fourrier Adrien D., interné le 2 novembre 1914, raconte que son capitaine lui faisait « des difficultés » et « criait au sujet de son service »[170]. Quant au soldat Charles Y., il déclare au médecin, le 7 septembre 1916, que « ceux qui commandent ne risquent rien »[171]. Critiqués, les chefs sont également craints pour le pouvoir que leur confère leur grade. Ainsi, le 31 décembre 1916, le soldat Louis X. confie : « Des fois j'ai peur ! ». S'il refuse tout d'abord d'expliquer ce qui l'effraie, il finit par déclarer : « J'avais peur des gradés, de tous les gradés »[172]. Le sentiment diffus que l'on risque de faire « quelque chose de mal » est fréquemment exprimé par les patients internés à la Maison nationale de Charenton. Le danger vient alors de soi-même et naît de l'incapacité, réelle ou supposée, à remplir son rôle. Les hommes du rang s'inquiètent de ne pas appliquer correctement les ordres reçus, tandis que les gradés craignent de ne pas parvenir à se maîtriser devant leurs hommes, tel le lieutenant Alexandre de E. qui, pris de crises de larmes, ne peut commander sa section[173]. Le cafard devient parfois impossible à réprimer, au point que les hommes doivent lutter contre les idées de suicide qui les envahissent. Dans une lettre rédigée en mars 1915, le soldat Étienne Tanty résume en quelques mots cet état d'esprit : « il y a des moments de noir, très noir cafard, je ne sais comment on peut résister à cette tourmente. Il ne reste plus rien de ce qui fait la raison de vivre, quel que soit le caractère qui prédomine »[174]. Il y résiste pourtant jusqu'à la fin de la guerre, à la différence du soldat Étienne U. qui passe à l'acte en juin 1916. Interné quelques mois plus tard, il explique qu'il

[168] SHD, conseil de guerre de Lyon, dossier du soldat Bernard T., 10 J 1546.
[169] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du capitaine Léon T., 4 X 992.
[170] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du sergent-fourrier Adrien D., 4 X 988.
[171] Archives du Centre hospitalier Le Vinatier, dossier du soldat Charles Y., non coté.
[172] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Louis X., 4 X 992.
[173] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du lieutenant Alexandre de E., 4 X 992.
[174] Étienne TANTY, *Les Violettes des tranchées. Lettres d'un poilu qui n'aimait pas la guerre*, Paris, Editions Italiques, 2002, p. 438.

s'est tiré un coup de fusil dans la région droite du cou « parce qu'il souffrait depuis longtemps et ne dormait pas ». Il ajoute que cela faisait « 8 mois qu'il n'avait plus sa tête comme avant »[175]. 9 % des militaires internés à la Maison nationale de Charenton dont le dossier a été conservé sont clairement signalés comme suicidaires par les médecins. Ce chiffre sous-estime cependant la part des soldats qui ont envisagé de se donner la mort puisqu'ils ne l'ont pas nécessairement confié lors de l'examen d'entrée. À plusieurs reprises, les malades refusent d'ailleurs d'en parler ou nient leurs tentatives de suicide. Lorsque Félix C., médecin-auxiliaire au 237e régiment d'infanterie, arrive à la Maison nationale de Charenton le 15 mai 1915, le médecin remarque qu'il porte un pansement au poignet droit. À force de l'interroger, il finit par lui faire admettre qu'il s'est blessé avec un canif mais Félix C. ajoute aussitôt : « je rougis d'avoir commis cette bêtise »[176].

Comme lui, nombreux sont les militaires internés qui craignent d'être coupables d'une faute grave ou de s'être mis dans l'illégalité. Dans 10 % des dossiers, les hommes affirment avoir comparu devant le conseil de guerre ou devoir y répondre de leurs actes prochainement. La récurrence de ce motif dans les délires des malades est d'ailleurs relevée par le professeur Jean Lépine qui constate qu'il vient la plupart du temps avant la peur de l'ennemi[177]. Sans doute ne faut-il pas s'en étonner dans la mesure où, comme le rappelle Emmanuel Saint-Fuscien, « la hantise du conseil de guerre (qui n'est pas toujours réprobation) est un *topos* de la littérature de témoignage qui revient avec plus ou moins d'insistance, toujours chez des soldats qui n'y comparaissent pas »[178]. Il n'en reste pas moins que les interrogatoires des soldats internés confirment tragiquement l'efficacité de la menace dans la relation d'autorité entre un chef et ses hommes. Tous les soldats qui affirment devoir passer devant un conseil de guerre pensent encourir la peine de mort, y compris pour des peccadilles, sans doute par ignorance du fonctionnement de la justice militaire[179]. Ainsi, les dossiers des militaires internés disent beaucoup de la manière dont ces soldats, et à travers eux les hommes du rang en général, se représentent la justice militaire. La question de savoir comment celle-ci s'exerce à leur endroit est abordée dans le troisième chapitre.

---

[175] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Étienne U., 4 X 990.
[176] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du médecin-auxiliaire Félix C., 4 X 489.
[177] Jean LÉPINE, *Troubles mentaux de guerre*, *op. cit.*, p. 37 ; Marius DUMESNIL, *Délires de guerre*, *op. cit.*, p. 12.
[178] Emmanuel SAINT-FUSCIEN, *À vos ordres ? La relation d'autorité dans l'armée française de la Grande Guerre*, Paris, Éditions EHESS, 2011, p. 196.
[179] *Ibid.*, p. 197.

II - L'expérience de l'internement au prisme de la guerre

Quel est le quotidien des militaires internés entre 1914 et 1918 ? Leur expérience de l'internement traduit le fonctionnement des asiles d'aliénés pendant la guerre, dans un contexte marqué par l'encombrement, le manque de personnel et les pénuries. Elle permet en outre d'évaluer la spécificité de leur prise en charge dans des établissements qui, d'ordinaire, sont destinés à accueillir des malades civils.

1) L'asile, un univers sous-médicalisé

Lorsque la France entre en guerre, la sous-médicalisation des asiles est dénoncée depuis des années. En 1903, dans un long rapport remis au Conseil général de la Seine, le docteur Paul Sérieux, médecin-chef de l'asile de Ville-Évrard (Seine), déplore le manque d'effectifs et de moyens, les « vices de l'organisation », « l'encombrement », les « défectuosités du service médical », en un mot l'incapacité des asiles à être des « instruments de guérison »[180]. En 1914, les réformes radicales qu'il appelait de ses vœux n'ont guère abouti et la guerre aggrave un peu plus cette situation.

a) La mobilisation du personnel médical

Dès août 1914 les asiles français comme la plupart des structures hospitalières sont confrontés à un grave manque de personnel, la mobilisation ayant entraîné le départ massif des hommes. Infirmiers, employés, ouvriers de la ferme et des ateliers ont quitté leurs postes pour rejoindre le front. La situation est particulièrement problématique en ce qui concerne le personnel médical puisque de nombreux psychiatres sont envoyés sur le front ou affectés dans des hôpitaux militaires. Seuls les médecins-directeurs sont automatiquement maintenus dans leurs fonctions, sauf s'ils demandent à partir. À la Maison nationale de Charenton, le médecin-chef Ludovic Marchand est affecté comme aide-major de 1ère classe dans un hôpital temporaire, avant d'être capturé par les Allemands. À l'asile de Bron, le médecin-chef Paul Dodero, est mobilisé comme médecin-major de 2ème classe[181]. Le docteur Viallon assure donc

[180] Paul SÉRIEUX, *L'assistance aux aliénés en France, en Allemagne, en Italie et en Suisse*, Paris, Imprimerie municipale, 1903, p. 974.
[181] AN, Pierrefitte-sur-Seine, dossier de Légion d'honneur, Paul Victor André Dodero, 19800035/461/61654.

seul la direction du service des femmes, ainsi que celle de l'hôpital militaire installé dans l'asile. Le service des hommes est quant à lui dirigé par le docteur Papillon, trop âgé pour être appelé sous les drapeaux[182], tandis que le professeur Lépine s'occupe des malades placés à la clinique[183]. À l'asile Saint-Pierre, le docteur Journiac est privé de son médecin-adjoint et, pendant toute la guerre, c'est un médecin réfugié qui le seconde[184]. Dans certains établissements, il faut même faire appel à des médecins retraités. C'est ainsi que le docteur Max Dubuisson, ancien médecin-directeur de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne), est appelé à reprendre du service à l'asile de Saint-Alban (Lozère)[185]. Les remplaçants se succèdent souvent à un même poste en fonction des besoins des autorités militaires et civiles. À l'asile Saint-Robert, lorsque le médecin-chef Castin est affecté à l'hôpital militaire de Briançon, la direction du service des hommes est assurée par le docteur Payre, un médecin-suppléant. Puis, après un bref retour dans l'établissement en décembre 1914 pendant lequel il prend la tête du service des femmes, le docteur Castin est finalement appelé à la direction de l'asile de Dijon. On envoie alors pour lui succéder le docteur Briche, médecin-chef de l'asile d'Armentières (Nord) désormais évacué[186].

La mobilisation des hommes permet aux femmes et aux étrangers d'accéder à des responsabilités nouvelles. Léocardie Krongold, étudiante russe, est recrutée comme interne à l'asile du Mans (Mayenne)[187], Marguerite Jannin devient médecin-adjoint par intérim à l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle). Quant au docteur Constance Pascal, première femme à avoir occupé la fonction de médecin-adjoint dans un asile d'aliénés en France[188], elle signale dans son journal intime avoir présidé « une commission militaire, fait unique dans les annales

---

[182] Le docteur Papillon décède au mois de mai 1917 après une longue maladie.

[183] La clinique des maladies mentales est construite au sein de l'asile de Bron en 1876 à la suite d'un accord passé entre le docteur Arthaud et le doyen de la faculté de médecine de Lyon. Il s'agit d'un « asile spécial » destiné à permettre l'étude des cas de folie considérés comme les plus intéressants. Il est dirigé par un médecin dépendant de la faculté de médecine. Pour la période qui nous intéresse, il s'agit de Jean Lépine. Voir Florence BEAUME, Isabelle FLATTOT, *Le centre hospitalier Le Vinatier 1869-1967 (sous-série H-Dépôt), op. cit.*, p. 27.

[184] « Statistique des militaires aliénés placés à l'asile Saint-Pierre à Marseille pendant la guerre 1914-18 », art. cit., p. 375.

[185] « Les médecins aliénistes et la guerre », *Annales médico-psychologiques*, n° 6, 1914, p. 382.

[186] Archives du Centre hospitalier Alpes-Isère, commission de surveillance de l'asile Saint-Robert, séance du 23 mars 1915, non coté.

[187] Stéphane TISON, « Des soldats à l'asile : étude prospective de la 4e région militaire (Alençon, Le Mans, Mayenne) », *in* Laurence GUIGNARD, Hervé GUILLEMAIN, Stéphane TISON (dir.), *Expériences de la folie, op. cit.*, p. 107.

[188] Constance Pascal est médecin-adjoint à l'asile de Clermont de 1908 à 1917 puis à l'asile de Charenton jusqu'en 1919. Voir Felicia GORDON, *Constance Pascal (1877-1937). Authority, Femininity and Feminism in French Psychiatry*, University of London, Institute of Germanic & Romance Studies, vol. 8, 2013.

féministes […] »[189]. En dépit de toutes ces mesures, il devient rapidement indispensable de renvoyer à leur poste certains médecins mobilisés. C'est le cas du médecin-chef de l'asile de Chezal-Benoît. En son absence, qui n'aura duré qu'une dizaine de jours, un médecin-assistant a été chargé d'occuper ses fonctions. Antony Rodiet le juge sévèrement :

> « 12 août : asile de Chezal-Benoît. Le médecin-assistant, un homme de 50 ans qui n'a jamais pu terminer ses études et s'est arrêté à 12 inscriptions, est effondré. Il appartient au type « gémisseur ». Il passe son temps à me prédire les catastrophes les plus épouvantables. Le nombre des gardiens étant insuffisant, les aliénés vont s'évader. Ils se feront tuer à l'entrée des villages, car les gens sont armés. Le personnel trop peu nombreux, ne pourra pas résister au surmenage : de là, épidémie, etc. Les malades sont terribles en ce moment ; la guerre les bouleverse ; une émeute est probable […] »[190]

Si Antony Rodiet se montre peu compréhensif envers le manque de sang-froid de son collègue, force est de constater que les craintes de ce dernier ne sont pas totalement infondées, notamment en ce qui concerne la question des gardiens. Partout, la mobilisation prélève un grand nombre des infirmiers employés dans les asiles d'aliénés. Les établissements qui reçoivent des aliénés évacués du département de la Seine peuvent certes maintenir à leur service les infirmiers qui ont accompagné les malades durant leur transfert. Mais beaucoup souffrent de cet « exil » forcé et s'accommodent mal de leurs nouvelles conditions de travail, d'autant que les asiles de province n'offrent pas la même rémunération que ceux de la région parisienne[191]. Le 22 octobre 1914, le directeur de l'asile de Cadillac annonce au préfet de la Gironde qu'il ne souhaite pas garder les infirmiers des asiles de Vaucluse et de Villejuif qui se trouvent dans son établissement : pour justifier sa décision, il affirme que ces derniers menacent la discipline intérieure en cherchant à associer l'ensemble du personnel à leurs revendications[192].

Il faut donc trouver ailleurs un nombre important de remplaçants. À l'asile de Bron par exemple, 71 infirmiers sur 85 sont appelés sous les drapeaux dès les premiers mois de la guerre[193]. Pour faire face à la situation, le directeur demande dans un premier temps l'aide de la police, réclamant des agents cyclistes pour assurer des rondes dans l'établissement. Il tente également de recourir à des infirmières retraitées, avant d'y renoncer, ces femmes n'ayant

---

[189] Jeanne REES, « À propos de Constance Pascal, première femme aliéniste en France », *L'Information psychiatrique*, n° 2, 2001, p. 178.
[190] Anthony RODIET, *L'assistance familiale aux aliénés, op. cit.*, p. 44.
[191] *Ibid.*, p. 262.
[192] Archives du Centre hospitalier de Cadillac, lettre du directeur de l'asile de Cadillac au préfet de la Gironde, 22 octobre 1914, non coté.
[193] AD du Rhône, fonds du Centre Hospitalier Le Vinatier, lettre du directeur de l'asile de Bron au préfet du Rhône, 5 décembre 1914, H-Dépôt Vinatier K 113.

plus l'énergie nécessaire pour accomplir un travail difficile[194]. Faute de mieux, il faut embaucher les premiers venus, c'est-à-dire ceux dont l'armée n'a pas voulu – bien souvent des invalides, des vieillards ou de jeunes gens[195] – ou encore des étrangers, comme l'explique le directeur de l'asile de Bron en janvier 1915 au préfet du Rhône :

> « Je n'ai eu aucune satisfaction de leurs services parce que forains, camelots, ils s'adaptent mal à une profession sédentaire et il faut le dire peu gaie. Les Italiens auxquels j'ai pu m'adresser ne m'ont pas satisfait davantage et j'ai du procéder à des révocations quotidiennes pour brutalité ou indélicatesse. Je suis forcé d'accepter celui qui se présente sans pouvoir contrôler sa moralité. »[196]

Si les asiles pouvaient se montrer un peu plus sélectifs avant la guerre, le recrutement était déjà très difficile et les infirmiers ne disposaient la plupart du temps d'aucune formation particulière[197]. Seuls quelques établissements disposaient d'une école pour l'éducation du personnel qui, pour la plupart, cesse de fonctionner pendant la guerre[198]. Le personnel n'était donc pas choisi en fonction des compétences des candidats mais selon des critères de bonne moralité. C'est sur ce point qu'il faut accepter de transiger pendant le conflit, d'autant que la désorganisation des asiles provoque un certain relâchement de la discipline. C'est ce que sous-entend le directeur de l'asile Sainte-Catherine (Allier) en signalant à la commission de surveillance la révocation de trois infirmières, surprises à boire le lait réservé aux malades[199]. De même, plusieurs notes de service laissent supposer que le directeur de l'asile de l'asile de Bron juge nécessaire de renforcer la surveillance du personnel. Dès novembre 1914, il rappelle l'interdiction de faire visiter l'asile à qui que ce soit. En janvier 1915, il est décidé d'établir régulièrement un inventaire du linge et de réaliser des contrôles à l'improviste, puis,

---

[194] *Rapports et délibérations du Conseil général du Rhône*, séance du 24 août 1915, Lyon, Imprimeries réunies, 1915, p. 1009.

[195] AD de l'Allier, fonds de l'asile Sainte-Catherine, commission de surveillance de l'asile Sainte-Catherine, séance du 21 septembre 1914, 1 X 9.

[196] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, lettre du directeur de l'asile de Bron au préfet du Rhône, 31 janvier 1915, H-Dépôt Vinatier L 13.

[197] Sur les difficultés du recrutement avant la guerre, voir par exemple Antony RODIET, *Les auxiliaires du médecin d'asile*, Paris, Giard et Brière, 1910.

[198] Voir Georges DAUMÉZON, *Considérations statistiques sur la situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés*, thèse soutenue devant la faculté de médecine de Paris, 1935, p. 38-39. Rappelons que la création d'un diplôme d'État d'infirmière date de 1922 et que la réglementation qui détermine son obtention n'est précisément fixée qu'en 1930.

[199] AD de l'Allier, fonds de l'asile Sainte-Catherine, commission de surveillance de l'asile Sainte-Catherine, séance du 21 septembre 1914, 1 X 9. Les pénuries sont moins graves que lors de la Seconde Guerre mondiale et les abus signalés à l'asile Sainte-Catherine n'ont ni l'ampleur ni les conséquences du « coulage » qui sévit dans les hôpitaux psychiatriques français pendant l'Occupation. Voir Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, *L'Hécatombe des fous*, *op. cit.*

en mai, la direction réclame l'établissement de feuilles journalières de présence afin de pouvoir décompter toutes les absences[200].

Mais même pour la direction, la guerre rend impossible l'observation stricte du règlement. Face aux circonstances, certains aménagements s'imposent. Ainsi, alors que le règlement-modèle du service intérieur des asiles d'aliénés institue une stricte séparation des sexes, la pénurie de personnel masculin pousse les administrateurs des asiles à affecter des infirmières dans les services d'hommes. Le caractère exceptionnel de cette mesure ne doit toutefois pas être surévalué : autorisée par un décret du conseil d'État le 12 mai 1914, soit deux mois avant le début de la guerre, elle était à l'étude de plusieurs années. Cette pratique, déjà courante dans de nombreux établissements d'aliénés à l'étranger et adoptée dans deux asiles français en 1913[201], permet de réaliser des économies, les femmes étant moins bien payées que les hommes. Les psychiatres y trouvent également des avantages. Dès 1912, Valentin Magnan, médecin-chef de l'asile Sainte-Anne, se prononce devant l'Académie de médecine en faveur de la substitution du personnel féminin au personnel masculin, auquel il reproche de considérer que « le malade est un désagréable fardeau qui ne lui inspire ni charité ni pitié »[202]. Malheureusement, les archives fournissent peu d'informations sur l'entrée en vigueur de ce décret et ses conséquences pratiques pendant la guerre[203]. Certains asiles semblent l'avoir appliqué plutôt timidement, du moins dans un premier temps, en réservant par exemple l'emploi des femmes aux services de malades tranquilles, de crainte qu'elles ne soient pas capables d'affronter des aliénés agités. C'est le cas à Clermont de l'Oise[204], mais

[200] *Rapports et délibérations du Conseil général du Rhône*, séance du 24 août 1915, Lyon, Imprimeries réunies, 1915, p. 1029-1030.

[201] Les tentatives d'introduction des femmes dans les services d'hommes sont fréquentes dans les pays étrangers, notamment anglo-saxons. Ces expériences sont rapportées dans les *Annales médico-psychologiques* depuis le début du XXe siècle. En 1913, selon Georges Daumézon, deux asiles en France emploient déjà des femmes dans les services d'hommes. Il n'indique malheureusement pas leur nom. Voir Georges DAUMÉZON, *Considérations statistiques sur la situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés*, *op. cit.*, p. 22.

[202] Cité dans le rapport présenté au Ministre de l'Intérieur par le Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, partiellement reproduit dans Georges DAUMÉZON, *Considérations statistiques sur la situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés*, *op. cit.*, p. 22-23.

[203] On remarque toutefois que la féminisation du personnel des asiles d'aliénés a poussé ces derniers à mettre en place des services qui n'existaient pas auparavant. En mars 1918, une crèche est par exemple installée à l'asile de Charenton pour les infirmières qui allaitent. AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, 4 X 229. Il est fait de même à l'asile de Bron dès le mois de mars 1916. AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, H-Dépôt Vinatier L 7.

[204] AN, Pierrefitte-sur-Seine, compte moral et administratif de l'exercice 1915, 19830628 9.

aussi à Bron, où la direction estime également impossible, « par décence », de leur confier des malades gâteux[205].

Il n'existe pas de témoignage concernant la manière dont cette mesure a été perçue par les principales intéressées. Néanmoins, certaines sources indiquent que les femmes n'ont pas accepté de travailler dans les quartiers réservés aux hommes sans afficher des exigences. Alors que la main-d'œuvre féminine est partout recherchée, le salaire versé dans les usines est souvent supérieur à celui prévu pour les infirmières des asiles d'aliénés[206]. Conscientes de se trouver en position de force, les femmes employées dans les services d'hommes réclament dans plusieurs asiles d'être payées comme leurs homologues masculins et obtiennent gain de cause[207]. Quant aux malades, ils ne semblent pas s'étonner de la présence d'infirmières. Pour les militaires, il n'y a là rien d'étonnant puisque celles-ci sont très nombreuses dans les formations sanitaires de l'armée où ils ont été pris en charge avant leur arrivée à l'asile[208]. Le soldat Cyrille X. possède par exemple une photographie prise pendant son séjour au Val-de-Grâce le représentant en compagnie de deux infirmières[209].

---

[205] *Rapports et délibérations, Conseil général du Rhône*, séance du 23 août 1915, Lyon, Imprimeries réunies, 1915, p. 1009.

[206] C'est le cas à Lyon, d'après le directeur de l'asile de Bron. Voir AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, lettre du directeur de l'asile de Bron au préfet, 5 décembre 1914, H-Dépôt Vinatier K 113.

[207] AD de l'Allier, commission de surveillance de l'asile Sainte-Catherine, séance du 14 mai 1915, 1 X 3. À l'asile de Bron, les infirmières employées dans les services d'hommes ont droit à un supplément de traitement. Voir *Rapports et délibérations du Conseil général du Rhône*, séance du 24 août 1915, Lyon, Imprimeries réunies, 1915, p. 1009.

[208] Ces formations sanitaires font d'ailleurs concurrence aux asiles en matière de recrutement. Des infirmières de l'asile de Clermont de l'Oise sont par exemple démarchées pour travailler dans des hôpitaux militaires.

[209] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Cyrille X., 4 X 992.

Figure 3 : Carte postale et photographie conservées dans le dossier du soldat Cyrille X., interné à la Maison nationale de Charenton le 30 avril 1917[210]

Certains militaires peuvent néanmoins se sentir gênés à l'idée d'être examinés en présence de femmes ou d'évoquer devant elles des questions intimes. C'est le cas du sous-lieutenant René L. par exemple, interné à la Maison nationale de Charenton le 2 novembre 1917. Quelques jours après son arrivée, il adresse une lettre au docteur indiquant être syphilitique depuis 1910 et précise : « j'écris pour ne pas causer devant toutes ces infirmières qui sont là […] »[211].

Pour leur part, les administrateurs expriment généralement leur satisfaction, à l'image du directeur de l'asile de Cadillac, qui déclare en juin 1918 devant la commission de surveillance que « les malades sont beaucoup mieux tenus, la propreté et l'entretien des quartiers bien mieux assurés que par des hommes »[212]. C'est également l'opinion des psychiatres, tel Jean Lépine qui affirme devoir aux « infirmières volontaires ou professionnelles de l'Asile de Bron d'avoir vu [ses] malades matériellement bien soignés, avec ces attentions et cette propreté de détails que l'on obtiendra jamais du personnel

[210] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Cyrille X., 4 X 992.
[211] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier de René L., 4 X 992.
[212] Archives du Centre hospitalier de Cadillac, registre des délibérations de la commission de surveillance, séance du 15 juin 1918, non coté.

masculin »[213]. Personne ne semble donc considérer, comme c'est parfois le cas dans les formations de l'avant, que la présence des femmes freine la guérison des malades[214].

Il n'en reste pas moins que le recours à la main-d'œuvre féminine ne suffit pas toujours à pallier le manque de personnel. C'est pour cette raison qu'à partir du mois de mai 1915, l'envoi de militaires du service auxiliaire dans les asiles d'aliénés les plus en difficulté est autorisé. Près d'une quarantaine d'hommes du 144e régiment d'infanterie, du 58e régiment d'artillerie et de la 18e section d'infirmiers militaires sont ainsi affectés à l'asile de Cadillac (Garonne). Leur présence est indispensable et lorsque le ministère de la guerre décide, en janvier 1916, de rappeler à leurs corps tous les militaires qui ont été affectés dans les administrations et les services civils, le directeur s'oppose à leur départ. Des protestations semblent parvenir depuis plusieurs établissements jusqu'au sous-secrétariat d'État du Service de santé militaire, qui ordonne rapidement des sursis d'appel pour tous ceux dont les asiles ne peuvent se séparer[215]. Les sursis sont néanmoins accordés très parcimonieusement : en mars 1918 à l'asile Saint-Pierre, seuls 10 infirmiers en bénéficient alors que l'établissement accueille plus de 300 malades militaires[216].

Mais l'emploi de militaires ne donne pas toujours entière satisfaction. À l'asile de Bron, les soldats détachés comme infirmiers dans l'établissement supportent mal leur sort, en dépit des tentatives du directeur pour leur donner satisfaction : en juin 1915 par exemple, ce dernier fait installer pour eux « une salle de correspondance » avec « tout ce qu'il faut pour écrire, ainsi que des livres et des jeux divers »[217]. Mais, peu dociles, certains n'observent pas le règlement et ne surveillent pas suffisamment les malades. Le directeur déplore une augmentation du nombre d'évasions, des absences répétées, des retours tardifs de permission, la brutalité de certains d'entre eux envers des malades[218]. Le climat est visiblement tendu : en septembre 1916, protestant contre les punitions qui leur ont été infligées, plusieurs militaires

[213] Jean LÉPINE, *Troubles mentaux de guerre, op. cit.*, p. 171.
[214] Paul Courbon et Maxime Laignel-Lavastine estiment par exemple que la présence des femmes « est nuisible dans les services de psychonévroses ». Voir Paul COURBON, Maxime LAIGNEL-LAVASTINE, *Les Accidentés de guerre, leur esprit, leurs réactions, leur traitement*, Paris, J.-B. Baillière, 1919, p. 17.
[215] Archives du Centre hospitalier de Cadillac, circulaire N 41 Ci/7 du sous-secrétariat d'État du Service de santé militaire aux généraux commandant les régions, 15 mars 1916, non coté.
[216] AD des Bouches-du-Rhône, fonds de l'asile d'aliénés de Marseille, commission de surveillance de l'asile Saint-Pierre, séance du 12 mars 1919, 13 HD 8.
[217] Note de service du 7 juin 1915, cité dans les *Rapports et délibérations du Conseil général du Rhône*, séance du 24 août 1915, Lyon, Imprimeries réunies, 1915, p. 1030.
[218] Le directeur évoque 14 évasions et 14 tentatives d'évasion : AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, L 7.

de la 14e section d'infirmiers détachés à l'asile adressent des plaintes au médecin-chef de la Place de Lyon, qui décide d'enquêter[219]. Cette affaire semble néanmoins être restée sans conséquence fâcheuse et des infirmiers militaires continuent par la suite d'être détachés dans l'établissement.

b) Le recours à des moyens thérapeutiques traditionnels

En ce qui concerne les moyens thérapeutiques, la Grande Guerre n'est pas un moment d'innovation dans les asiles d'aliénés. Les médecins appliquent aux militaires les méthodes éprouvées sur les malades civils bien que l'encombrement mette à mal certains principes fondamentaux, notamment la séparation des aliénés en fonction de leur comportement. La distribution des malades dans l'espace est en effet censée obéir à des critères fondés sur une série d'oppositions : paisibles et agités, curables et incurables, propres et malpropres doivent en théorie occuper des unités distinctes. Or, face à l'afflux des militaires, il devient impossible de respecter strictement cette organisation. Les répercussions sur les malades sont indéniables et plusieurs s'en plaignent ouvertement. Le soldat Gaston C. confie dans une lettre à un ami combien cette promiscuité lui est pénible et précise : « je ne puis trouver le sommeil normalement et mon dortoir étant occupé par un nombre assez bruyants mes nuits sont plutôt une corvée qu'un repos […] »[220]. Les familles de certains militaires s'émeuvent de les voir placés au contact de malades plus gravement atteints qu'eux. C'est le cas de l'oncle du soldat François R., venu rendre visite à son neveu interné à la veille de Noël. Le 29 décembre 1916, il écrit au professeur Jean Lépine :

> « Dimanche, j'ai été peiné de le trouver dans une salle d'agités ou entre autres il y en avait deux avec la camisole de force qui hurlaient continuellement mon pauvre neveu qui est tout à fait calme est très affecté d'être dans le milieu démoralisant ou il n'est pas possible de dormir une minute. »[221]

La charge de travail des médecins est écrasante. À la Maison nationale de Charenton, le docteur Roger Mignot doit soigner 700 malades dont 150 militaires, avec la seule aide de deux internes, et ce jusqu'à l'arrivée du docteur Constance Pascal en décembre 1916[222]. Jean

---

[219] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, lettre du directeur au préfet du Rhône, 30 septembre 1916, H-Dépôt Vinatier K 113.
[220] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Gaston C., 4 X 989.
[221] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, dossier administratif de François R., H-Dépôt Vinatier Q 601.
[222] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, lettre du docteur Roger Mignot au docteur Raoul Benon, 21 mars 1916, 4 X 756.

Lépine, chef du centre de psychiatrie de la 14e région militaire, n'est présent à l'asile de Bron que deux matinées par semaine[223]. Il lui est impossible de visiter à chaque malade tous les jours et bien difficile de recourir au « traitement moral » théorisé par Jean-Philippe Pinel. Toujours considéré comme « un des agents les plus importants de la cure en psychiatrie » en 1914, celui-ci repose en principe sur des entretiens réguliers, réalisés en tête-à-tête avec le patient, au cours desquels le psychiatre use de son autorité pour convaincre le malade qu'il peut et doit guérir[224]. Les dossiers n'en conservent aucune trace, ou presque, soulignant l'écart entre les discours et les pratiques. Un médecin comme Gustave Roussy présente certes l'isolement du malade et les « conversations persuasives » comme les éléments clés de la thérapeutique dans un centre de neuropsychiatrie de l'arrière[225]. Néanmoins, ces méthodes sont très difficiles à mettre en œuvre dans les asiles d'aliénés, faute de temps et de personnel. À la Maison nationale de Charenton, la seule description détaillée du malade est rédigée au moment de l'internement. Même lorsqu'un militaire reste plusieurs mois voire des années dans l'établissement, son dossier ne comporte presque jamais d'annotation ultérieure, sauf en cas d'évènement majeur. C'est également le cas pour les feuillets d'observations médicales de l'asile de Bron et de l'asile Saint-Robert. Les dossiers traduisent donc la déficience du suivi médical dans les établissements les plus encombrés, même s'il faut se souvenir que la constitution d'un dossier réunissant toutes les observations relatives à un malade relève d'une culture médicale encore en germe dans la première moitié du XXe siècle. Ainsi, l'absence d'observations écrites ne signifie pas que les malades ne voient plus de psychiatres, mais qu'ils le voient moins souvent, rapidement, et que seules les informations primordiales sont consignées.

Pour soigner les militaires internés, les psychiatres disposent de peu de substances chimiques[226]. Au tournant du siècle, les premières tentatives pour recourir à des « médications perturbatrices », prémices des traitements de choc dont l'usage se développe dans les asiles d'aliénés après la guerre, sont effectuées. L'injection sous-cutanée de nucléinate de soude par exemple doit entraîner une réaction leucocytaire, c'est-à-dire forcer une réaction des défenses

[223] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, délibérations de la commission de surveillance, séance du 7 février 1918, H-Dépôt Vinatier L 9.
[224] Gustave ROUSSY, Jean LHERMITTE, *Les psychonévroses de guerre*, Paris, Masson, 1917, p. 163-165. Gustave Roussy dirige le centre de neurologie de la 7e région militaire tandis que Jean Lhermitte est médecin-chef du centre de neurologie de la 8e région militaire. Le premier a inspiré à Céline le personnage du professeur Bestombes dans *Voyage au bout de la nuit*.
[225] *Ibid.*
[226] Jean-Noël MISSA, *Naissance de la psychiatrie biologique. Histoire des traitements des maladies mentales au XXe siècle*, Paris, Presses universitaires de France, 2006.

immunitaires de l'organisme. Sans que les médecins puissent préciser comment, la fièvre artificiellement provoquée a un effet bénéfique sur l'état mental des malades. Le professeur Jean Lépine, qui fait figure de précurseur, teste cette méthode et publie ses résultats en 1910. Mais si ces techniques suscitent beaucoup d'espoirs, apparaissant « comme la ressource suprême de cette thérapeutique décevante qu'est celle de l'aliénation mentale »[227], leurs résultats sont très variables. En effet, lorsqu'une amélioration se produit, elle ne perdure parfois que quelques heures après l'injection. De plus, ce traitement est délicat à mettre en œuvre car il n'est pas sans risque pour le patient et nécessite un personnel qui fait défaut en temps de guerre[228]. Ainsi, les dossiers ne mentionnent pas l'emploi de ces injections pendant le conflit. La pharmacopée utilisée se compose de quelques calmants (bromure de potassium par exemple) et de toniques (caféine, phosphate de soude) prescrits selon les circonstances. Des remèdes combinant plusieurs de ces substances sont administrés à certains malades. Le soldat Antoine L., entré à l'asile de Bron le 17 décembre 1917, reçoit durant son séjour une potion à base d'eau, de caféine, de sirop d'écorces d'oranges amères, de liqueur ammoniacale anisée, à prendre par cuillère à soupe toutes les quatre à cinq heures, ainsi que des applications de chloroforme mélangé à un baume[229]. Les vertus de ces traitements restent incertaines. Ils servent à masquer les symptômes de la maladie plutôt qu'à la traiter. Au sujet du chlorhydrate d'hyoscine, un composé utilisé dans les cas d'agitation extrême, le docteur Jules Seglas précise par exemple : « le médicament ne paraît exercer aucune action curative ni même substitutive […] Mais on peut affirmer aussi qu'il ne produit aucun effet nuisible »[230].

Utilisée par les psychiatres pour soigner les militaires en Grande-Bretagne et en Allemagne[231], l'hypnose ne suscite pas le même engouement en France où elle reste associée à la pratique controversée de Jean-Martin Charcot. Elle ne semble jamais avoir été employée dans les asiles[232]. En janvier 1918, le docteur Roger Mignot écrit certes au directeur des laboratoires lyonnais Ciba au sujet d'un hypnotique, le Dial, qu'il a testé sur des malades mélancoliques. Celui-ci semble particulièrement en vogue : on en fait la publicité dans les

---

[227] Jean LÉPINE, *Le nucléinate de soude et la leucothérapie en thérapeutique mentale*, Paris, Masson, 1910, p. 5.

[228] Il faut pouvoir maîtriser l'élévation de la température corporelle, la hausse de la pression artérielle et l'accélération du rythme cardiaque. En 1910, Jean Lépine signale que 3 malades sont décédés sur les 71 qu'il a traités par injection de nucléinate de soude, trois sont décédés.

[229] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, dossier du soldat Antoine L., H-Dépôt Vinatier Q 796.

[230] Pierre MARIE (dir.), *La pratique neurologique*, Paris, Masson, 1911, p. 1358.

[231] Pour le cas britannique, voir Peter LEESE, *Shell Shock, op. cit.*, p. 69-85. Pour le cas allemand, voir Paul LERNER, *Hysterical Men, op. cit.*, p. 89-123.

[232] Voir Hervé GUILLEMAIN, Stéphane TISON, *Du front à l'asile, 1914-1918, op. cit.*, p. 312-314.

revues spécialisées et Ciba distribue gratuitement des échantillons aux médecins[233]. Mais le Dial n'est pas utilisé lors de séances d'hypnose. Administré aux malades agités ou insomniaques, il est employé comme sédatif[234].

Désignés dans les feuilles de traitement comme des « médicaments externes », l'hydrothérapie et la balnéothérapie constituent bien souvent, en complément des substances chimiques, les principaux ressorts de la thérapeutique psychiatrique. C'est pourquoi Jean Lépine demande, en janvier 1917, au directeur de l'asile de Bron de renforcer le service de bains[235]. Ceux-ci sont recommandés pour leurs vertus sédatives et apaisantes, tandis que la douche froide est utilisée en cas d'apathie et de torpeur. Le soldat Gaston C. évoque ce traitement dans une lettre adressée à l'un des ses amis le 28 août 1917 : « j'ai été pris d'un profond mal de tête qui m'a valu deux heures de bain tiède […] », raconte-t-il[236]. Enfin, les psychiatres prescrivent à leurs malades des aliments censés favoriser la guérison, en particulier la viande, les œufs et le lait. Cette pratique très ancienne prend une importance toute particulière dans le cas des soldats. En effet, les médecins n'ignorent pas que l'alimentation reçue sur le front est de piètre qualité et estiment qu'elle peut être à l'origine d'intoxications gastro-intestinales susceptibles de favoriser le développement des troubles mentaux[237]. Il est donc impératif d'assainir l'organisme des soldats. Dans cette optique, la consommation de lait prend pendant la guerre une importance première. Succédant parfois à l'ingestion de purgatifs voire à des lavages d'estomac, la diète lactée doit permettre d'éliminer les toxines accumulées.

Dans le panorama des moyens thérapeutiques que les dossiers des malades internés permettent de dresser, l'électrothérapie est totalement absente. Pourtant, cette méthode est souvent présentée comme l'élément le plus important du traitement psychiatrique mis en œuvre pendant la guerre, sans doute en raison de l'attention toute particulière portée par l'historiographie au procès du zouave Deschamps. De nombreux historiens se sont penchés

---

[233] Voir notamment LESIEUR, PERET, « L'insomnie nerveuse, dite essentielle, et son traitement médicamenteux. Le dial (diallylmalonylurée) », *Paris médical*, n° 24, 1917, p. 216.
[234] Aucun des dossiers conservés ne fait mention du recours à l'hypnose.
[235] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, lettre de Jean Lépine au directeur de l'asile de Bron, 16 janvier 1917, H-Dépôt Vinatier L 60.
[236] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Gaston C., 4 X 992.
[237] Voir par exemple Paul CHAVIGNY, « Troubles psychiques par intoxication gastro-intestinale. Leur importance en psychiatrie de guerre », *Annales médico-psychologiques*, n° 10, 1918, p. 192-196.

sur cette affaire survenue en août 1916[238]. Blessé en septembre 1914 d'une balle reçue dans les reins, le zouave Baptiste Deschamps reste comme plié en deux, penché vers l'avant et incapable de se redresser. Il est évacué à Tours au mois de mai 1916 et intègre le centre neurologique de la 9e région militaire dirigé par le médecin-major Clovis Vincent. Celui-ci utilise le traitement électrique, couramment employé pour traiter les contractures, les raideurs et les atrophies musculaires, dans le but de confondre les simulateurs et de convaincre les hystériques de leur erreur. À l'aide de tampons, il applique à plusieurs reprises sur les parties paralysées du corps un courant galvanique d'une intensité progressive pouvant atteindre jusqu'à 35 milliampères. La douleur ressentie par le soldat doit démontrer l'absence de lésions organiques[239]. Pour se soustraire à ce traitement, baptisé « torpillage » par les soldats, Baptiste Deschamps frappe Clovis Vincent qui porte plainte. Grâce au soutien de la presse et, à travers elle, de l'opinion publique, Deschamps, qui encourait la peine de mort, est condamné à six mois de prison avec sursis.

L'indignation suscitée par le recours à un traitement douloureux et cruel a souvent conduit les historiens à négliger de replacer l'électrothérapie médicale dans un contexte plus large, par crainte, peut-être, que cette démarche indispensable à l'analyse historique soit perçue comme une forme de cautionnement. Anne Rasmussen a pourtant démontré qu'il était non seulement possible mais aussi nécessaire de tenir compte « des pratiques médicales communes d'une époque et de ses représentations culturelles […] » pour comprendre l'usage médical de l'électrothérapie[240]. Celle-ci ne se cantonne pas au traitement des symptômes psychiques et n'apparaît pas soudainement pendant la guerre. Ainsi, le professeur Marcel Lermoyez, membre de l'Académie de médecine et chef du service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Saint-Antoine publie en 1913 un manuel intitulé *Notions pratiques d'électricité à l'usage des médecins*[241]. En neurologie, le traitement par électrisation est progressivement devenu, depuis la fin du XIXe siècle, un outil central pour l'examen des malades, sous

---

[238] Voir notamment Marc ROUDEBUSH, « Un patient se défend », *14-18 : Aujourd'hui, Today, Heute*, n° 3, 2000, p. 56-67 ; Sophie DELAPORTE, *Les médecins pendant la Grande Guerre*, *op. cit.*, p. 162-186 ; Jean-Yves LE NAOUR, *Les soldats de la honte*, *op. cit.*, p. 143-181 ; Laurent TATU, Julien BOGOUSSLAVSKY, *La folie au front*, *op. cit.*, p. 94-99.

[239] Voir Clovis VINCENT, « Le traitement des phénomènes hystériques par la "rééducation intensive" », *Archives d'électricité médicale*, n° 26, 1916, p. 405-416. Adeptes de cette méthode, les docteurs Gustave Roussy et Jean Lhermitte préconisent d'appliquer au besoin le courant électrique « en des endroits particulièrement sensibles de la surface cutanée ». Gustave ROUSSY, Jean LHERMITTE, *Les psychonévroses de guerre*, *op. cit.*, p. 154.

[240] Anne RASMUSSEN, « L'électrothérapie en guerre : pratiques et débats en France (1914-1920) », *Annales historiques de l'électricité*, n° 8, 2011, p. 73-91.

[241] Marcel LERMOYEZ, *Notions pratiques d'électricité à l'usage des médecins avec renseignements spéciaux pour les oto-rhino-laryngologistes*, Paris, Masson, 1913.

l'influence de Charcot qui en fait usage à la Salpêtrière. Après sa mort, cette pratique est favorisée par le succès des théories de son élève, Joseph Babinski, et sa méthode du « traitement brusqué ». Celle-ci consiste à utiliser l'électrothérapie pour prouver aux patients qu'ils peuvent guérir puisqu'ils ne sont pas réellement malades mais seulement convaincus de l'être. Elle vient renforcer la parole du médecin qui, dans le cadre du traitement moral, doit persuader le patient qu'il n'a rien. Néanmoins, son usage reste marginal dans le traitement des maladies mentales, comme le souligne Emmanuel Régis* en 1914 dans son *Précis de psychiatrie*[242]. Ainsi, on conclut un peu vite que l'électricité médicale est largement utilisée par les psychiatres. C'est pourtant loin d'être le cas avant le succès rencontré par l'électrochoc, qui n'est expérimenté dans les hôpitaux psychiatriques français qu'à partir des années 1940[243]. Pendant la Grande Guerre, le recours à l'électrothérapie est fermement condamné par le professeur Jean Lépine qui, dans son ouvrage de 1917, compare le procédé à l'utilisation du « fer rouge » et affirme : « ces méthodes sont toujours inutiles, leur emploi, dangereux s'il s'agit de vrais aliénés, est inexcusable »[244]. Des voix discordantes se font donc entendre, même si les condamnations restent rares et timides dans un contexte où l'objectif principal est de récupérer le maximum de malades[245].

Le fait que l'usage de l'électrothérapie ne soit pas attesté dans les asiles d'aliénés ne signifie pas l'absence d'autres formes de traitements coercitifs. Le recours aux moyens de contention, de plus en plus critiqué depuis le début du XXe siècle[246], perdure en l'absence d'alternative thérapeutique. La camisole de force, qui permet de maîtriser les malades agités, reste employée dans les hôpitaux psychiatriques jusque dans les années 1950. Pendant la guerre, son utilisation est attestée dans plusieurs lettres. À la Maison nationale de Charenton,

---

[242] Emmanuel RÉGIS, *Précis de psychiatrie, op. cit.*, p. 990.

[243] Sur cette question voir Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, « Un fol espoir thérapeutique ? L'utilisation de l'électrochoc dans les hôpitaux psychiatriques français (1941-1945) », *Annales historiques de l'électricité*, n° 8, 2011, p. 93-104.

[244] Jean LÉPINE, *Troubles mentaux de guerre, op. cit.*, p. 136.

[245] Il n'est donc pas tout à fait exact d'écrire que les psychiatres français n'ont jamais « remis en cause la brutalité de leurs supposés traitements ». Voir Didier FASSIN, Richard RECHTMAN, *L'empire du traumatisme, op. cit.*, p. 93.

[246] En France, au début du XXe siècle, la diffusion du mouvement de libéralisation du traitement des malades mentaux (dont le mot d'ordre est le *non restraint*) a fait émerger un courant favorable à la suppression des moyens de contention. Valentin Magnan, qui compte parmi ses chefs de file, s'oppose à l'emploi de la camisole de force. Voir Valentin MAGNAN, « Thérapeutique générale des maladies mentales », *in* Albert ROBIN (dir.), *Traité de thérapeutique pratique*, t. 4, Paris, Vigot, 1913, p. 587-629). En 1871, un de ses élèves a d'ailleurs soutenu une thèse sur le sujet : Eugène ROUHIER, *De la camisole ou gilet de force*, thèse soutenue devant la faculté de médecine de Paris, 1871. Sur les origines du *non restraint*, voir Aude FAUVEL, *Bastilles modernes et témoins aliénés*, t. 1, *op. cit.*, p. 172-173.

plusieurs dossiers indiquent notamment qu'on recourt aux moyens de contention lors du transfert des malades. Le lieutenant Louis Z. arrive à l'asile « ficelé ». Assis sur son lit, il tire sur ses attaches lors de la première visite du médecin[247]. Le même sort est réservé à tous les militaires agités. Même le lieutenant-colonel Léon D. est camisolé, ce qu'il estime tout à fait choquant étant donné son grade[248]. Un tel traitement n'est pas sans danger. Dans une lettre adressée à sa femme, le soldat Joseph E. indique avoir porté la camisole pendant son séjour à l'hôpital militaire Villemanzy, juste avant d'être transféré à l'asile de Bron, et affirme que celle-ci lui a provoqué un phlegmon. Le frottement du tissu serré sur la peau provoque en effet ce type de blessure[249]. Dans le cas de l'adjudant-chef Georges E., les conséquences sont tragiques : arrivé à la Maison nationale de Charenton « ligoté avec des liens attachés aux poignets et aux chevilles », il présente plusieurs plaies qui s'infectent et provoquent finalement une septicémie. Il meurt six jours après son internement[250].

Alors que les moyens thérapeutiques mis en œuvre dans les asiles sont limités, les pénuries auxquelles sont confrontés tous les asiles français compliquent encore la situation. Le pharmacien-en-chef de l'asile Sainte-Anne se plaint régulièrement des difficultés d'approvisionnement qu'il rencontre. En 1918, les réserves de chloral, un sédatif d'utilisation courante, sont épuisées et il est impossible de s'en procurer durant plusieurs mois[251]. Les aliments sont quant à eux de plus en plus chers et le recours à l'hydrothérapie est remis en cause par le manque de charbon.

c) Une situation de pénurie généralisée

Comme tous les établissements hospitaliers et plus généralement l'ensemble des collectivités, les asiles d'aliénés sont confrontés à la remise en cause de tout le système sur lequel reposait leur approvisionnement en temps de paix. Les contrats passés avec leurs fournisseurs attitrés, négociés pour l'année afin de garantir des prix bas et stables, ne sont plus respectés car bon nombre de denrées viennent rapidement à manquer. De plus, les marchands préfèrent ne pas s'engager à livrer la marchandise et renégocient régulièrement leurs tarifs pour réaliser de meilleurs profits. Par conséquent, dès les premiers mois de la guerre, il est

[247] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du lieutenant Louis Z., 4 X 992.
[248] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du lieutenant-colonel Léon D., 4 X 990.
[249] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, dossier administratif du soldat Joseph E., H-Dépôt Vinatier Q 568.
[250] AD du Val de Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier de l'adjudant-chef Georges E., 4 X 991.
[251] *Rapport du directeur de l'Assistance publique à M. le Préfet de la Seine sur le service des aliénés du département pendant l'année 1918*, Paris, Imprimerie nouvelle, 1919, p. 73.

difficile d'assurer aux malades pensionnaires le régime préférentiel correspondant au prix de journée dont ils s'acquittent. Les premières classes sont souvent supprimées, comme à l'asile Sainte-Catherine (Allier). À Bron, la mesure prend un tour encore plus radical. Le directeur refuse d'admettre de nouveaux malades dans les quatre premières classes et fait transférer dans la cinquième tous les malades dont la pension n'est pas acquittée régulièrement par la famille[252]. Il faut malgré tout débourser des sommes de plus en plus importantes pour assurer l'alimentation des internés. Au printemps 1916, l'économe signale au directeur que le coût de la nourriture a augmenté de 71 % environ par rapport à l'avant-guerre[253], tandis qu'à Saint-Robert l'administration constate en 1918 que le prix de la viande a été multiplié par deux, celui de l'huile par quatre et des pommes de terre par huit. L'acheminement des produits représente à lui seul un problème car, en raison des réquisitions, il n'est pas toujours possible d'aller chercher la marchandise. Tous les chevaux de l'asile de Bron ont par exemple été saisis par l'autorité militaire[254].

Les établissements qui possèdent des fermes et des potagers ont la chance de pouvoir compter sur leurs propres ressources pour compléter l'alimentation de leurs malades[255]. Plusieurs d'entre eux décident d'intensifier leur production et d'agrandir leur domaine agricole. En février 1917, tous les espaces libres situés sur les terrains de l'asile Sainte-Catherine sont défrichés. On fait de même à la Maison nationale de Charenton, si bien qu'en mai 1917 le docteur Roger Mignot peut écrire : « brusquement nous sommes tombés en plein été et le parc est devenu très agréable. Nos malades s'amusent à regarder les plantations potagères disséminées partout »[256]. Pour augmenter les rendements, les aliénés sont fortement sollicités. La mesure n'a rien d'exceptionnel puisque le travail a toujours été considéré dans les asiles comme un instrument thérapeutique privilégié, tout particulièrement lorsqu'il se déroule au grand air. Récompensé par le versement d'un pécule très inférieur au salaire que recevrait un employé pour accomplir les mêmes tâches, il permet de surcroît de réaliser des

[252] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, lettre du directeur de l'asile de Bron au préfet du Rhône, 12 août 1914, H-Dépôt Vinatier L 60. La mesure concerne une centaine de malades.
[253] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, lettre de l'économe au directeur de l'asile de Bron, 21 mars 1916, H-Dépôt Vinatier L 60.
[254] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, commission de surveillance de l'asile de Bron, séance du 15 septembre 1914, H-Dépôt Vinatier L 7.
[255] La plupart des asiles ont été construits selon un même modèle qui prévoit d'adjoindre à l'établissement un domaine agricole. Certains dérogent toutefois à cette règle, tels Sainte-Anne et Maison Blanche à Paris par exemple.
[256] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, lettre du docteur Roger Mignot à la parente d'une malade, 3 mai 1917, 4 X 736.

économies substantielles[257]. Les malades travailleurs constituent donc un personnel très bon marché dont de nombreux asiles ne peuvent pas se passer. À Clermont (Oise), ils exploitent à eux seuls tout le domaine agricole. Il en va de même à Saint-Robert, où le directeur s'oppose dès en juillet 1914 au transfert de certains malades travailleurs, affirmant que cela provoquerait « la désorganisation complète de l'établissement et la vente de la ferme »[258]. Pendant la guerre, les pénuries et le manque de bras rendent ces patients plus indispensables encore. Des équipes sont constituées à l'asile de Clermont pour assurer le blanchiment du linge à la main et économiser du charbon[259]. À l'asile de Naugeat (Haute-Vienne), où vivent près de 1 600 aliénés, le directeur fait travailler dans des jardins entourés de murs tous les malades pour lesquels les médecins estiment l'expérience possible. Ceux qui s'avèrent capables de se rendre utiles sans danger sont ensuite autorisés à travailler à la ferme[260]. À l'asile de Bron enfin, le service du moulin électrique, qui fournit la farine nécessaire à la fabrication du pain consommé dans l'établissement, est assuré par un malade[261].

Enfin, une autre solution apportée au problème de la main-d'œuvre réside dans l'utilisation de soldats prisonniers. Au printemps 1915, l'asile de Clermont obtient l'affectation à son service de dix d'entre eux qui aident aux moissons. À l'automne de la même année, trente prisonniers sont « prêtés par M. le Maire de Lyon » à l'asile de Bron pour travailler à la culture et faire des corvées de terrassement[262].

Les ressources des asiles sont cependant insuffisantes pour assurer l'alimentation des malades. C'est pourquoi les administrateurs multiplient les stratégies pour remplacer les produits les plus rares et onéreux. Certaines mesures envisagées sont très surprenantes. En août 1915, le directeur de l'asile Sainte-Anne demande par exemple au pharmacien en chef d'analyser un produit à base de farine et de sucre qui lui a été conseillé par un marchand pour remplacer la viande. Les analyses révèlent sans peine la duperie[263]. Dans les établissements où

---

[257] Sur cette question, voir Jean-François MONTÈS, « Le monde clos, ou la raison médico-économique », *Sciences Sociales et Santé*, n° 1, 1993, p. 41-69.
[258] Archives du Centre hospitalier Alpes-Isère, lettre du directeur de l'asile Saint-Robert au préfet de l'Isère, 17 juillet 1914, registre des correspondances, non coté.
[259] *Idem.*
[260] AD de la Haute-Vienne, fonds de l'asile de Naugeat, rapport administratif de l'exercice 1917, 1 X 180.
[261] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, lettre du directeur de l'asile de Bron au préfet du Rhône, 24 novembre 1917, H-Dépôt Vinatier K 113.
[262] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, extrait du registre des délibérations de la commission de surveillance, séance du 7 octobre 1915, H-Dépôt Vinatier L 15.
[263] *Rapport du directeur de l'Assistance publique à M. le Préfet de la Seine sur le service des aliénés du département pendant l'année 1918*, Paris, Imprimerie nouvelle, 1919, p. 80.

les malades sont les plus nombreux et pour lesquels le ravitaillement est particulièrement difficile, il devient vite impossible de remédier aux pénuries. Les premières restrictions sont donc précoces. Dès la fin du mois de septembre 1914, on supprime cinq jours sur sept et pour tous les malades le plat gras habituellement servi le soir à l'asile de Bron. En guise de compensation, la soupe est améliorée par l'ajout d'une ration supplémentaire de pommes de terre et de fromage distribuée les jours maigres[264]. Dans d'autres asiles où la situation est moins critique, ce type de mesure intervient plus tardivement. En décembre 1916 à Saint-Robert, soit un mois avant l'apparition des premières cartes de rationnement en France, il est décidé que le vin sera désormais mouillé, que les œufs ne seront distribués qu'en cas de nécessité absolue et que le plat de viande du dimanche soir sera remplacé par des légumes. À partir de janvier 1917, on renforce les contrôles dans les cuisines de l'asile Saint-Pierre, la direction semblant suspecter certains membres du personnel de puiser dans les réserves de l'établissement. Le lait ne doit plus être donné que comme médicament, de même que les œufs qui sont réservés au régime spécial des internés placés à l'infirmerie. Enfin, en février 1918, la ration de pain n'est plus que de 300 grammes par jour et par malade dans tous les asiles, comme l'imposent les instructions ministérielles[265].

2) Être un soldat interné : le quotidien des militaires dans les asiles d'aliénés

Dans les asiles, la guerre se traduit par des pénuries de nourriture, de médicaments et de personnel. Elle est également rendue visible par la présence des militaires : le cahier tenu par le concierge de l'asile de Bron, chargé de surveiller les entrées et les sorties, dépeint le ballet des ambulances qui conduisent des mobilisés à l'asile[266]. Souvent regroupés dans certaines divisions, ils continuent d'être des soldats même si leur quotidien ne diffère guère de celui des civils. Certains entendent toutefois continuer à participer depuis leur lit à la défense du pays.

[264] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, commission de surveillance de l'asile de Bron, séance du 15 septembre 1914, H-Dépôt Vinatier L 8. En marge du compte rendu de la séance, il est indiqué que la mesure a été approuvée le 23 septembre 1914.
[265] Archives du Centre hospitalier Alpes-Isère, commission de surveillance de l'asile Saint-Robert, séance du 9 décembre 1916, non coté.
[266] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, registre de contrôle de la conciergerie, 20 mars-29 août 1916, H-Dépôt Vinatier L 46.

a) Des établissements envahis par les militaires ?

Dans la plupart des asiles, l'afflux de militaires dépasse les prévisions et le nombre de lits qu'il avait été convenu de réserver à l'armée est très insuffisant. À l'asile Sainte Catherine (Allier), les termes de la convention signée avec le Service de santé militaire paraissent rétrospectivement bien illusoires. Celle-ci ne prévoyait que treize places pour les soldats or ce chiffre est très vite dépassé, au grand dam du directeur[267]. Dans plusieurs établissements, on envisage d'ailleurs de s'opposer à de nouvelles entrées. C'est le cas à Tours, où le quartier d'hospice réservé aux aliénés hommes, aménagé pour accueillir 250 malades, en abrite plus de 300 dès septembre 1915. La commission administrative refuse alors d'admettre plus de soldats, malgré les demandes appuyées du directeur du Service de santé de la 9e région militaire[268]. La situation est également critique à l'asile Saint-Pierre. En novembre 1916, on compte 1 575 malades internés, un tel nombre n'ayant jamais été atteint par le passé[269]. La commission de surveillance estime donc que de nouvelles admissions sont impossibles. Elle obtient provisoirement gain de cause : pendant trois mois, le nombre de militaires qui entrent dans l'asile se stabilise autour de la dizaine avant d'augmenter à nouveau[270].

Les entrées de militaires ne semblent par contre jamais avoir été refusées à l'asile de Bron. Dans cet établissement, le nombre de lits réservés aux soldats augmente continument pendant la guerre. Les militaires sont d'abord regroupés dans le service des femmes de la clinique qui compte 120 places (voir le plan de l'asile dans l'annexe 11). À partir de septembre 1916, ils occupent également les bâtiments de l'hôpital 245 bis, installé dans la 1ère division des femmes. En effet, faute de place, cette formation qui n'était pas destinée aux aliénés accueille finalement ce type de malades[271]. Le Service de santé militaire décide d'ailleurs de rendre les locaux à l'asile en novembre 1916[272]. À la fin du conflit, les 1ère, 3ème,

[267] AD de l'Allier, fonds de l'asile Sainte-Catherine, lettre du directeur de l'asile au préfet de l'Allier, 19 février 1916, 1 X 3.
[268] ASSM, centre de documentation du Val-de-Grâce, lettre de la commission administrative de l'hospice de Tours au préfet d'Indre-et-Loire, 30 septembre 1916, A 230.
[269] AD des Bouches-du-Rhône, fonds de l'asile d'aliénés de Marseille, commission de surveillance de l'asile Saint-Pierre, séance du 15 novembre 1916, 13 HD 7.
[270] Il s'agit du nombre d'entrées par mois.
[271] ASSM, centre de documentation du Val-de-Grâce, lettre de Jean Lépine au directeur du Service de santé de la 14e région militaire, 14 novembre 1916, A 75. Sur les conditions de création de cet hôpital militaire dans l'asile, voir Chapitre 1, II, 2, a.
[272] ASSM, centre de documentation du Val-de-Grâce, lettre du sous-secrétaire d'État du Service de santé militaire au directeur du Service de santé de la 14e région militaire, 29 novembre 1916, A 75.

7ème et 9ème divisions de l'établissement sont réservées aux militaires, soit 580 lits[273]. Une lettre du soldat Jérémie T., rédigée en novembre 1919, atteste de la présence massive des soldats : « a la 7e cétaient presque tout des militaires revenus du front ou rapatriés d'Allemagne », raconte-t-il[274].

Comment expliquer cette situation ? À l'asile de Bron, les entrées de femmes augmentent pendant la guerre : on en compte 321 en 1914 contre 415 en 1918. Chez les hommes, les entrées de civils ne baissent quasiment pas. Elles passent de 294 en 1914 à 238 en 1918. Les militaires viennent donc s'ajouter à cette population. Ils sont 55 à entrer dans l'établissement en 1914, ce qui représente 8,8 % des entrées. En 1918, ce nombre s'élève à 767, soit 55,7 % des entrées. Sur la même période, la population moyenne présente dans l'établissement est de 2 098 malades en 1914, 2 173 en 1915, 2 291 en 1916, 2 309 en 1917 et 2 240 en 1918[275]. Cette augmentation démontre que les sorties, les transferts et les décès ne suffisent pas à compenser les entrées, sauf pendant la dernière année de la guerre durant laquelle la grippe espagnole provoque une augmentation du taux de mortalité. L'afflux de malades militaires est d'autant plus difficile à gérer qu'ils arrivent par vagues parfois soudaines et massives, notamment dans le cas des rapatriés internés à Bron.

L'image d'établissements débordés et envahis par les soldats doit pourtant être nuancée. Même là où les militaires sont les plus nombreux, ils ne constituent qu'une part modeste de la population moyenne internée[276], les femmes restant majoritaires dans les asiles pendant la Grande Guerre. D'après la Statistique générale de France, la proportion est en moyenne de 80 hommes pour 100 femmes entre 1915 et 1919[277]. Par ailleurs, d'autres asiles, éloignés de la ligne de front, sont beaucoup moins sollicités. Dans son rapport médical pour l'année 1916, le docteur Étienne Coulonjou, médecin-directeur de l'asile de La Roche-sur-Yon, signale par exemple la diminution du nombre d'entrées d'hommes, les militaires ne venant pas remplacer les civils dans la mesure où très peu sont transférés jusqu'en Vendée[278].

---

[273] ASSM, centre de documentation du Val-de-Grâce, centre de psychiatrie de la 14e région militaire, rapports mensuels pour le deuxième trimestre 1918, A 75.
[274] Archives du Centre hospitalier Alpes-Isère, dossier de Jérémie T., non coté.
[275] Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, « Entre désorganisation et adaptation : l'asile d'aliénés du Rhône pendant le premier conflit mondial », *in* Laurence GUIGNARD, Hervé GUILLEMAIN, Stéphane TISON (dir.), *Expériences de la folie*, *op. cit.*, p. 133.
[276] La part des militaires dans la population moyenne présente à l'asile de Bron et à l'asile Saint–Robert atteint son maximum en 1918 : ils ne représentent alors respectivement que 17, % et 15,2 % des malades.
[277] *Statistique des institutions d'assistance, années 1914 à 1919*, Paris, Imprimerie nationale, 1922, p. 52.
[278] *Rapports et délibérations, Conseil général de la Vendée*, 2e session ordinaire de 1917, Servant-Mahaut, La Roche-sur-Yon, 1917, p. 411.

Si des témoignages comme celui de Jérémie T. donnent l'impression que les militaires sont très nombreux, c'est aussi parce que l'administration s'efforce le plus souvent de regrouper les soldats. Cette mesure présente en effet plusieurs avantages. Elle permet de repérer aisément les malades qui doivent bénéficier du traitement prévu par les conventions signées avec le Service de santé. L'objectif est également de maintenir ces hommes dans un milieu militaire, où ils risquent moins d'oublier leur devoir de soldat. Enfin, pour certains malades et en particulier pour les « indigènes », c'est un moyen de rompre l'isolement. Si le principe est louable, il n'est pas toujours apprécié par les intéressés. Ainsi, lorsqu'on présente le soldat Ansoumana E. à un autre militaire sénégalais, il refuse de lui adresser la parole. Montrant ses dents taillées en pointe, il explique ne pas venir du même pays[279]. Le soldat André T., lui aussi interné à Charenton, n'apprécie pas non plus d'être placé au milieu d'autres militaires. Dans une lettre adressée au médecin-chef le 11 août 1916 il écrit :

> « Monsieur,
>
> Je vous serais reconnaissant de vouloir bien m'affecter à une division ne faisant pas partie du Ministère de l'Intérieur et de l'État français et où il me serait possible de rencontrer des gens en traitement, n'appartenant pas aux Nations actuellement engagées dans cette Guerre sanglante. »[280]

Pour définir dans quelles conditions chacun doit être traité, les établissements qui accueillent des officiers tiennent également compte du grade occupé dans l'armée. Les différences sont parfois très importantes, comme le laisse imaginer une lettre rédigée en mai 1915 par Élie N., commandant du génie des étapes de la 5e armée, placé en deuxième classe à la Maison nationale de Charenton :

> « Je suis installé dans une belle chambre bien éclairée, une terrasse d'où l'on a une vue magnifique. La nourriture est bonne, il y a une belle bibliothèque, je ne m'ennuie pas. L'établissement de Charenton ne doit pas avoir son pareil dans le monde : c'est immense, d'une propreté exagérée, des parquets comme dans un salon. »[281]

Encore Élie N. n'est-il placé qu'en deuxième classe : la première, qui donne droit à une chambre individuelle avec domestique, revient à 8,30 francs par jour au Service de santé

[279] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Ansoumana E., 4 X 992.
[280] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat André T., 4 X 992.
[281] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du commandant Élie N., 4 X 989.

militaire[282]. À titre de comparaison, le prix de journée acquitté à l'asile de Bron est de 2,10 francs pour les soldats et de 2,60 francs pour les sous-officiers[283]. Pour les officiers supérieurs, qui ne sont finalement pas internés à Bron pendant la guerre, le prix fixé par la convention signée en 1913 était de 6,50 francs[284]. Comme en temps de paix, les distinctions sociales se maintiennent et les classes se mélangent rarement. Lors des rares occasions où ils rencontrent des hommes du rang, les gradés entendent faire montre de leur autorité. Élie N. se fait appeler « mon commandant » par les autres malades[285], tandis que le lieutenant Auguste E. voudrait infliger huit jours de prison à un soldat qu'il menace de faire passer en conseil de guerre[286].

Les archives n'apportent pas de réponses à toutes les questions. Dans les asiles où il n'est pas possible de réserver des salles aux soldats[287], la cohabitation entre civils et militaires a-t-elle donné lieu à des conflits ? Les prisonniers des armées ennemies sont-ils mélangés avec d'autres malades, civils ou militaires ? Les instructions officielles imposent en principe de traiter les prisonniers hospitalisés dans des locaux distincts mais dans les mêmes conditions que les militaires français[288]. Il n'a cependant pas été possible de vérifier si c'était bien le cas dans les établissements de mon corpus.

b) Vivre la guerre à l'asile d'aliénés

Rendre compte du quotidien dans les asiles d'aliénés est souvent une gageure car les sources mentionnent rarement ce qui est jugé ordinaire. On aurait cependant tort de penser que les aliénés militaires sont trop gravement malades pour avoir une quelconque activité. Comme tous les malades, ils doivent respecter un emploi du temps bien précis. Dans la

---

[282] C'est le tarif affiché en 1918. AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, procès-verbaux des séances de la commission de surveillance, séance du 19 novembre 1919, 4 X 230.

[283] Ce sont les prix de journée de 1917 : ils sont supérieurs à ceux qui figurent dans la convention signée en 1913 car l'asile a obtenu leur révision à la hausse.

[284] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, délibérations de la commission de surveillance, séance du 15 juin 1922, H-Dépôt Vinatier L 9. Au cours de cette séance, les membres de la commission de surveillance discutent des prix appliqués aux militaires pendant la guerre car la convention signée avec le Service de santé militaire en 1913 va expirer.

[285] *Idem*.

[286] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du lieutenant Auguste E., 4 X 992.

[287] À l'asile Saint-Pierre, il est envisagé en août 1915 de créer une section militaire. L'idée ne semble finalement pas avoir été retenue. AD des Bouches-du-Rhône, fonds de l'asile d'aliénés de Marseille, commission de surveillance de l'asile Saint-Pierre de Marseille, séance du 11 août 1915, 13 HD 7.

[288] ASSM, centre de documentation du Val-de-Grâce, direction du Service de santé militaire, instruction générale numéro 8941 2/7 au sujet des prisonniers blessés ou malades dans les hôpitaux, A 548.

plupart des asiles, le lever a lieu entre cinq et six heures du matin selon les périodes de l'année, tandis que le coucher a lieu à vingt heures. La journée s'organise entre périodes de travail et moments réservés aux repas[289]. Les dossiers donnent un aperçu des tâches confiées aux militaires, qui ne diffèrent pas de celles des civils. Le soldat Léon D. est employé à la cuisine de la Maison nationale de Charenton[290], tandis que le soldat Henri U. fait de petites réparations à la 4e division et seconde les jardiniers[291]. Même le sous-lieutenant Joseph N. est mis à contribution et porte des sacs de linge sale[292]. Parmi les activités courantes figure sans doute l'assistance à la messe dans la chapelle de l'asile bien que cela ne soit presque jamais évoqué, pas plus que les pratiques religieuses des soldats musulmans par exemple[293]. Les informations relatives aux loisirs sont plus nombreuses. À l'asile de Bron, des séances récréatives sont organisées grâce au cinématographe offert par l'épouse du constructeur automobile Marius Berliet et aux films prêtés par Pathé Frères[294]. L'établissement est sans doute un des tout premiers en France à proposer à ses malades un tel divertissement. Les militaires internés à l'asile de Villejuif dans le service du docteur Henri Colin reçoivent quant à eux chaque semaine la visite de la cantatrice Jeanne Marié de l'Isle[295]. Plus communément, les soldats peuvent se distraire en jouant aux cartes, en se promenant et en discutant entre eux. Encouragées par les médecins, ces menues occupations sont perçues comme des signes positifs. Il est ainsi noté dans le dossier du soldat Auguste Y., interné en décembre 1915 après deux tentatives de suicide, qu'il se montre « plus ouvert […], cause et joue avec les autres malades ». Il quitte l'asile en août 1916, considéré comme « très amélioré » [296].

Outre les observations médicales, les dossiers renferment aussi les traces laissées par les occupations des malades. Ce sont d'abord les courriers qu'ils écrivent et qu'ils reçoivent, la correspondance avec la famille et les amis tenant une place importante dans leur quotidien, quel que soit leur statut social. Il ne subsiste cependant qu'une toute petite part des lettres échangées car médecins et infirmiers conservent uniquement celles qu'ils jugent

[289] Cet emploi du temps ne s'applique pas aux malades incapables de travailler.
[290] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Léon D., 4 X 989.
[291] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Henri U., 4 X 990.
[292] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du sous-lieutenant Joseph N., 4 X 990.
[293] De même, c'est en vain que j'ai recherché des informations sur leur régime alimentaire.
[294] *Rapports et délibérations du Conseil général du Rhône*, séance du 24 août 1915, Lyon, Imprimeries réunis, p. 1110.
[295] *Procès-verbaux des séances de la Commission de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine*, séance du 16 mai 1916, 1917, Paris, Dupont, p. 96.
[296] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Auguste Y., 4 X 992.

symptomatiques[297]. Les autres sont éliminées ou emportées par le malade à la sortie de l'asile. En dépit de ces lacunes importantes, la correspondance apporte des informations précieuses sur les préoccupations des militaires internés. Pour les plus lucides, c'est d'abord un moyen de donner et de prendre des nouvelles. Le 27 juillet 1917, soit quelques jours après son internement à l'asile de Bron, Joseph E. écrit à sa femme Victorine : il lui recommande de vendre leur génisse, lui demande si elle a rentré les foins, l'enjoint à prendre soin d'elle et félicite leur fille Marie pour les bons points obtenus à l'école[298]. Sa lettre est l'exemple même de ces courriers ordinaires, si rarement conservés dans les dossiers, qui auraient pu être écrits par n'importe quel soldat. La correspondance permet en outre de garder contact avec le front. Le capitaine Léon T. tente ainsi de maintenir un lien avec ses hommes : le 2 décembre 1916, il demande au directeur que soit prélevé sur sa solde la somme nécessaire pour faire parvenir à la première et la septième batterie du 39e régiment d'artillerie « une dizaine de tricots de laine et une vingtaine de chaussettes » et annonce qu'il va écrire aux intéressés pour les prévenir de son envoi[299].

Enfin, l'écriture est un moyen de continuer à faire la guerre, en participant depuis un lit d'hôpital aux évènements qui se déroulent au-dehors. Plusieurs malades, généralement des gradés disposant d'un bon niveau d'instruction, écrivent des mémoires, des notes, des articles, avec pour ambition de les transmettre aux plus hautes autorités ou de les publier dans la presse. Dans chacune de leurs productions, la guerre est omniprésente. Le commandant du génie Élie N. rédige ainsi de longues harangues contre les embusqués qu'il affirme vouloir faire parvenir à Maurice Barrès, tandis que le caporal Jean S., quand il ne compose pas des poèmes patriotiques, chasse parmi les malades les « anti-français » et les dénonce aux autorités militaires en leur adressant des procès-verbaux détaillés :

> « Le 28 du courant, au parc de l'établissement de santé de Saint-Maurice, où le sieur [U.] est en traitement. Vers trois heures de l'après-midi. Couché environ vingt mètres d'un rond-point. J'apperçu le sieur [U.] conversant avec le sieur Pierre [N.] médecin militaire également en traitement dans cette maison de santé. […] La conversation engagée entre les deux antagonistes portait sur la situation de mil neuf cent quatorze, la valeur de quelques généraux et le rôle joué par chacun d'eux aux cours de la bataille de Lourq […] »[300]

[297] L'abréviation « obs », pour « observations », est apposée au crayon rouge : elle signifie que la lettre doit être placée avec les observations concernant le malade.
[298] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, dossier administratif de Joseph E., H-Dépôt Vinatier Q 568.
[299] Les éléments présents dans le dossier ne permettent pas de déterminer si son vœu a été exaucé. AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier de Léon T., 4 X 992.
[300] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Jean S., 4 X 992.

Le lieutenant Auguste E. veut quant à lui récompenser ceux qui combattent courageusement et dessine des modèles de médailles militaires à soumettre au ministère de la Guerre[301]. Plus pragmatique, le brigadier Marcel N. se consacre à la rédaction d'un long mémoire sur la culture du topinambour et ses avantages, destiné au ministère du Ravitaillement général[302].

Figure 4 : Modèles de médailles militaires dessinés par le lieutenant Auguste E. en avril 1916[303]

Les militaires qui entreprennent de raconter la guerre sont par contre très rares[304]. Le récit d'Eugène N., soldat du 19e régiment de chasseurs à pied de réserve, est le seul exemple de témoignage trouvé dans les dossiers. Dans un cahier d'écolier d'une centaine de pages, il a raconté son histoire depuis le début du conflit. Ce long texte extrêmement confus, rédigé entre le 29 octobre 1914 et le 19 mars 1915 d'une petite écriture serrée, porte un titre éloquent : « Lisez-le, Boucherie de guerre »[305].

[301] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du lieutenant Auguste E., 4 X 992.
[302] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du brigadier Marcel N., 4 X 992.
[303] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du lieutenant Auguste E., 4 X 992.
[304] Il y a peut-être là encore un biais créé par les sources : certains témoignages ont pu être éliminés des dossiers, être emportés par les malades à leur sortie ou par les familles en cas de décès.
[305] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier d'Eugène N., 4 X 989.

c) L'asile d'aliénés, un « mouroir » ?

Dans les asiles, les soldats sont par ailleurs confrontés au décès de certains de leurs camarades internés. Le taux de mortalité de la population totale traitée augmente sensiblement pendant la guerre. Il passe de 8 % en moyenne pendant les cinq années qui précèdent le conflit à 10 % entre 1914 et 1917[306]. Pour faire face à cette situation dramatique, l'asile de Bron doit agrandir son cimetière dès l'automne 1917. Les travaux, entièrement réalisés par des prisonniers allemands, sont achevés au mois de décembre. Les tombes occupent désormais plus de 4 700 mètres carrés et on envisage de planter de nouveaux arbres pour en masquer la vue[307].

Figure 5 : Carte postale du cimetière de l'asile de Bron vers 1900 (collection personnelle)

En 1918, la situation s'aggrave encore et le taux de mortalité atteint 18 %[308]. À l'échelle de la France, ce chiffre n'est plus jamais atteint par la suite, sauf pendant la Seconde Guerre mondiale[309].

[306] Statistique annuelle des institutions d'assistance, années 1914 à 1919, Paris, Imprimerie nationale, 1922, p. 54.
[307] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, délibérations de la commission de surveillance, séance du 7 février 1918, H-Dépôt Vinatier L 9.
[308] *Statistique des institutions d'assistance,* années 1914 à 1919, Paris, Imprimerie nationale, 1922, p. 54. Ces données concernent 70 asiles seulement. Elles ne prennent pas en compte le cas des asiles

Faut-il en conclure qu'entre 1914 et 1918 les asiles d'aliénés connaissent, comme sous l'Occupation, une famine meurtrière ? Il est certain que les restrictions alimentaires jouent un rôle dans l'augmentation de la mortalité. En novembre 1916, les médecins de l'asile Saint-Pierre s'opposent à une nouvelle diminution des rations de viande distribuées aux malades indigents, craignant pour leur santé[310]. Dans la Seine, le docteur Henri Colin alerte en mars 1918 la commission de surveillance, graphiques à l'appui (voir l'annexe 12) : le poids des malades a fortement diminué depuis février 1918, alors que la ration de pain a été réduite à 300 grammes par jour à la fin du mois de janvier. Amaigris, les malades réclament des repas plus nourrissants[311]. Henri Colin évoque même « des velléités de révolte, des menaces de tout briser » et n'hésite pas à rappeler les évènements survenus à Bicêtre en 1890 pour convaincre ses interlocuteurs de la gravité de la situation : six aliénés étaient alors parvenus à sortir de leurs cellules et à libérer d'autres malades, nécessitant l'intervention de l'armée[312]. En conséquence, la commission de surveillance de la Seine accepte de revoir la ration alimentaire distribuée aux malades. Le risque est-il réel ou bien Henri Colin utilise-t-il cet argument pour faire fléchir les membres de la commission en attisant leurs craintes ? Difficile à dire. Des incidents surviennent bien dans certains établissements, comme à l'asile de Bron où des aliénées travailleuses protestent contre la suppression du café servi le matin, ou à l'asile Sainte-Catherine (Allier) où l'économe est rappelé à l'ordre en novembre 1917 par le directeur alors qu'il entend appliquer des restrictions si sévères qu'elles suscitent les protestations des malades comme du personnel[313]. À l'asile du Mans, Hervé Guillemain et Stéphane Tison signalent un « mouvement de fronde des patients »[314]. Quant à l'asile Saint-Robert, si les archives ne mentionnent aucune rébellion, le texte de la « chansonnelle

---

situés en Alsace-Lorraine, c'est-à-dire en territoire annexé. On sait cependant que le taux de mortalité a été très élevé dans ces établissements, comme dans l'ensemble des asiles allemands. Voir Hans FAULSTICH, *Hungersterben in der Psychiatrie 1914-1949*, Freisburg-in-Breisgau, Lambertus Verlag, 1998. La situation des aliénés internés dans les asiles d'Alsace-Lorraine a été rapportée par le docteur Anatole Prince en 1921 : « Note sur la mortalité et la "maladie des oedèmes" à l'asile de Hoerdt (Bas-Rhin) pendant la guerre », *L'Encéphale. Journal de neurologie et de psychiatrie*, 1921, p. 526-532.

[309] Pendant la Seconde Guerre mondiale, le taux de mortalité est de 17,8 % en moyenne dans les asiles d'aliénés en 1942, soit l'année où il est le plus élevé. À l'hôpital du Vinatier, ancien asile de Bron, il atteint 25,1 %. Il s'agit du taux de mortalité calculé en fonction de la population totale traitée. Voir Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, *L'Hécatombe des fous*, *op. cit.*

[310] AD des Bouches-du-Rhône, fonds de l'asile d'aliénés de Marseille, commission de surveillance de l'asile Saint-Pierre de Marseille, séance du 22 novembre 1916, 13 HD 8.

[311] Archives de Paris, commission de surveillance des asiles publics d'aliénés de la Seine, séance du 12 mars 1918, D 1 X 3.

[312] Voir Aude FAUVEL, *Bastilles modernes et témoins aliénés*, t. 3, *op. cit.*, p. 54.

[313] AD de l'Allier, commission de surveillance l'asile Sainte-Catherine, séance du 12 novembre 1917, 1 X 3.

[314] Hervé GUILLEMAIN, Stéphane TISON, *Du front à l'asile, 1914-1918*, *op. cit.*, p. 172.

comique » composée pendant la guerre par Joseph T., insoumis interné en décembre 1914, donne à penser que la situation a pu être particulièrement tendue[315] :

« Les fous pendant la guerre »

1er couplet :
Ils commencent à brailler
À cinq heures du matin
L'on n'peut les en empêcher
C'est toujours l'même refrain
Ils réclament un morceau de pain
Ils disent qu'ils crèvent tous de faim

Refrain
Les voilà, ils sont là
À travers la cour
Assis d'bout par ci par là
À faire des discours
À gueuler, à chanter
C'est un vrai concours
Tellement qu'ils sont affamés

2e couplet :
De suite qu'ils sont levés
Ils voudraient déjà bouloter
Avant qu'la soupe soit trempée
Ils voudraient l'avoir mangée
Mais pour faire la corvée
Ils ne sont pas pressés

3e couplet :
La visite va passer
Comme chaque matin
De suite ils vont réclamer
Que toujours ils manquent de pain
Le chef de service dit c'est embêtant
Voulez-vous me fiche le camp

4e couplet :
Le soir quand ils sont couchés
Quelque fois ils continuent d'gueuler
Les camarades disent c'est embêtant
Il n'y a pas moyen de roupiller
Ils appellent les infirmiers
Pour qu'ils cessent de brailler

Figure 6 : « Chansonnelle comique » composée par Joseph T. pendant la guerre à l'asile Saint-Robert

Tous les aliénés internés ne sont toutefois pas touchés de la même manière par les restrictions. Deux catégories sont privilégiées : les travailleurs, qui reçoivent de petites collations en plus des repas habituels, et les militaires. Les graphiques présentés par le docteur Henri Colin ne concernent malheureusement pas ces derniers. Il est donc impossible de comparer l'évolution de leur poids à celui des malades civils. Mais on sait que les soldats bénéficient des colis envoyés par leur famille, ainsi que d'un régime alimentaire spécial, partie prenante de la thérapeutique qui vise à les remettre rapidement sur pied. Sa nature exacte varie selon les établissements, en fonction des suppléments qu'il est possible de se procurer à un moment donné. À l'été 1915, les militaires internés à l'asile Saint-Pierre de Marseille reçoivent par exemple du café au petit-déjeuner en supplément de la soupe, ainsi

[315] Je reproduis seulement le texte de la chanson : le dossier comporte également une partition que je n'ai pas été autorisée à photographier. Archives du Centre hospitalier Alpes-Isère, dossier de Joseph T., non côté.

que deux œufs ou un morceau de rôti aux repas alors que les malades indigents n'ont pas de viande. À la même époque à l'asile du Vaucluse, les parents du soldat Jacques T. obtiennent qu'il reçoive des œufs le matin et des pommes de terre frites le soir[316]. En 1916 à l'asile de Bron, du vin est servi aux soldats alors qu'il a été supprimé pour les autres malades[317]. Les militaires qui sont transférés d'un établissement à l'autre constatent des différences. Dans une lettre écrite à l'asile de Villejuif en juillet 1916, le soldat Jacques N. estime par exemple qu'il était mieux nourri lorsqu'il se trouvait la Maison nationale de Charenton et en conclut avec humour que « le Sage qui détient la Balance des rations alimentaires doit croire que les soins de l'âme passent avant ceux du corps »[318]. Le soldat Pierre T., interné à l'asile Saint-Robert, ne se montre pas plus satisfait : accusant l'asile de servir « une sorte de nourriture boche », il se plaint au médecin en janvier 1916 :

> « des choux et de la soupe qui est immangeable et je ne mange presque rien du tout il n'y a pas souvent de la viande du vin c'est de l'eau comment voulez-vous prendre des forces avec cette nourriture c'est impossible je resterai bien pendant 10 ans ici ça serai toujours la même chose. »[319]

Ce type de protestation témoigne des difficultés à maintenir un régime privilégié pour les militaires. Les prix de journée fixés par les conventions établies avant la guerre ne correspondent plus du tout au coût réel de l'entretien des malades dans les circonstances exceptionnelles imposées par la guerre. La plupart des établissements décident donc de revoir leurs tarifs à la hausse pour les civils et souhaitent faire de même pour les militaires mais se heurtent aux refus répétés du Service de santé. C'est ce qui se produit dans le quartier d'aliénés de l'hospice général de Tours[320]. En juillet 1918, à la suite d'une plainte émanant d'un soldat, l'autorité militaire diligente une enquête qui conclut à l'insuffisance de la nourriture servie aux internés. Les soldats ne mangent en effet ni viande ni dessert au repas du soir, comme tous les malades de la dernière classe. Mais les membres de la commission administrative affirment ne pas pouvoir améliorer leur régime tant que le Service de santé

[316] Archives du Centre hospitalier de Montfavet, dossier du soldat Jacques T., non coté. Je remercie le Musée Les Arcades du Centre hospitalier de Montfavet, en particulier Noémie Gruère, de m'avoir communiqué les informations portées au dossier du soldat Jacques T.
[317] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, lettre de l'économe au directeur de l'asile de Bron, 21 mars 1916, H-Dépôt Vinatier L 60.
[318] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Jacques N., 4 X 989.
[319] Archives du Centre hospitalier Alpes-Isère, dossier du soldat Robert T., non coté.
[320] L'Indre-et-Loire fait partie des départements qui se sont contentés, après l'entrée en vigueur de la loi de 1838, de créer un quartier réservé aux aliénés internés au sein d'un hôpital général.

refusera d'envisager une augmentation du prix de journée[321]. L'accueil des militaires ne représente donc pas pour les asiles une aubaine économique mais plutôt un casse-tête financier. La situation se complique encore lorsque le ministère de la Guerre s'avère mauvais payeur : à l'asile Sainte-Catherine (Allier), où les tarifs en vigueur sont toujours ceux qui figuraient dans la convention établie en 1889, le directeur signale au préfet, en juillet 1916, que les frais de séjour des militaires internés dans son établissement n'ont pas été réglés depuis sept mois[322].

Si l'augmentation du taux de mortalité est liée aux restrictions alimentaires, celles-ci sont combinées à d'autres facteurs : une alimentation moins riche et moins équilibrée fragilise les organismes et rend donc les malades plus vulnérables face aux maladies, d'autant que ces derniers sont placés dans des conditions d'hygiène dégradées. Lorsque la guerre éclate, les installations de nombreux asiles sont défectueuses, mal entretenues ou inadaptées. Ainsi, il faut attendre 1915 pour que des toilettes soient construites dans les 1ère et 2e divisions hommes et femmes de l'asile de Bron. La même année, on décide ne plus entreposer balais et brouettes dans les couloirs et un lavabo est installé dans l'infirmerie réservée aux malades gâteux. Auparavant, s'il fallait nettoyer un malade, « on était obligé de [le] laver dans un réduit d'escalier »[323]. En dépit de ces améliorations, la situation est par moments très critique, notamment lors des arrivées soudaines et massives de prisonniers rapatriés. Le 17 juillet 1917, lorsqu'une quarantaine de militaires aliénés en provenance de Constance sont internés, une dizaine d'entre eux doit dormir par terre[324]. Quand bien même on trouve de la place pour installer de nouveaux lits, ceux-ci sont difficiles à se procurer, en particulier les matelas en varech spécialement conçus pour les malades gâteux[325]. D'autre part, si le conseil général du Rhône décide de faire réaliser des travaux à l'asile de Bron pendant la guerre, ce cas de figure est tout à fait exceptionnel. Dans la plupart des établissements, c'est chose impossible en raison du manque de crédits mais aussi à cause de l'encombrement. À l'asile Saint-Pierre, le

[321] AD d'Indre-et-Loire, lettre des membres de la commission administrative de l'Hospice de Tours au maire de Tours, 9 juillet 1918, X Tours 56. Je remercie Romaric Nouat de m'avoir signalé l'existence de ce document.
[322] AD de l'Allier, lettre du directeur de l'asile Sainte-Catherine au préfet de l'Allier, 28 juillet 1916, 1 X 3.
[323] *Rapports et délibérations du Conseil général du Rhône*, séance du 24 août 1915, Lyon, Imprimeries réunies, 1915, p. 1018.
[324] ASSM, centre de documentation du Val-de-Grâce, lettre de Jean Lépine au directeur du Service de santé de la 14e région militaire, 17 juillet 1917, A 230.
[325] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, lettre de Jean Lépine au directeur du Service de santé de la 14e région militaire, 18 janvier 1917, H-Dépôt Vinatier L 60.

plancher du dortoir de la 3e division des hommes a pourri par suite d'une d'infiltration d'eau. La situation est préoccupante mais pour intervenir, il faudrait pouvoir évacuer les malades. Or tous les espaces disponibles sont déjà occupés. Un salon du pensionnat des hommes a été transformé en infirmerie en janvier 1916, tandis que le théâtre est devenu un dortoir à la fin de la même année.

La promiscuité imposée aux malades n'est pas seulement désagréable. Elle est aussi dangereuse puisqu'elle rend leur surveillance difficile et favorise la propagation des maladies. Le risque d'épidémie est d'autant plus important que les restrictions alimentaires et le manque de chauffage affaiblissent les organismes. C'est pourquoi l'administration de l'asile de Bron décide, en décembre 1915, de prendre des précautions spéciales. Tous les malades doivent être baignés dans de l'eau sulfureuse à leur arrivée, puis les hommes sont tondus tandis que les cheveux des femmes sont lavés avec du vinaigre chaud[326]. Les vêtements sont quant à eux placés dans une étuve de désinfection. Mais l'efficacité de ces mesures est remise en cause par les capacités limitées du service des bains, dépassé par le nombre de malades ainsi que par les pénuries de charbon et de savon. En février 1917, la commission de surveillance décide donc de réduire la fréquence des bains, soulevant les protestations du professeur Jean Lépine. Au mois de mars, ce dernier signale au directeur le cas de militaires serbes rapatriés d'Allemagne et internés sans avoir été lavés, alors qu'ils en « auraient eu le plus pressant besoin »[327]. Le nettoyage des vêtements, qui pose les mêmes difficultés, oblige à changer les malades moins régulièrement. Enfin, les pénuries rendent difficile le chauffage durant l'hiver. À partir de février 1917, celui-ci est interrompu à certains moments de la journée dans les quartiers des aliénés tranquilles à l'asile Saint-Pierre[328]. La même décision est prise à l'asile Saint-Robert. Dans le rapport sur la division des hommes qu'il rédige en 1917, le docteur Payre signale qu'un certain nombre de décès est dû aux « variations brusques de température » et « au chauffage insuffisant par suite de la pénurie »[329]. Les psychiatres mentionnent la multiplication des cas de typhoïde et de tuberculose, qu'on repère également dans les registres de décès. Si ces maladies parviennent à être endiguées[330], elles font des

[326] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, note de service, 16 décembre 1915, H-Dépôt Vinatier L 60.
[327] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, lettre de Jean Lépine au directeur de l'asile de Bron, 2 mars 1917, H-Dépôt Vinatier L 60.
[328] AD des Bouches-du-Rhône, fonds de l'asile d'aliénés de Marseille, délibérations de la commission de surveillance de l'asile Saint-Pierre, séance du 3 janvier 1917, 13 HD 8.
[329] Archives du Centre hospitalier Alpes-Isère, rapport du docteur Payre sur la division des hommes de l'asile Saint-Robert en 1917, non coté.
[330] En décembre 1915, le docteur Roger Mignot signale à l'un de ses confrères la recrudescence des cas de paratyphoïde B à l'asile de Charenton. AD du Val-de-Marne, 4 X 736.

ravages dans certaines catégories de la population, en particulier les vieillards et les chroniques. Chez les militaires, les malades « indigènes » comptent parmi les plus fragiles. À l'asile Saint-Pierre, 41,2 % des tirailleurs internés pendant la guerre trouvent la mort durant leur séjour[331] et c'est la tuberculose pulmonaire qui est à l'origine de leur décès dans près de trois quarts des cas[332]. Cette situation n'est cependant pas liée à la guerre puisque les médecins des asiles d'Aix-en-Provence et de Marseille observaient déjà le même phénomène chez les malades originaires des colonies en temps de paix[333]. Les prisonniers rapatriés et internés à Bron ne sont par contre pas plus exposés que le reste de la population militaire. 13 % d'entre eux meurent dans l'établissement, alors que le taux de mortalité de l'ensemble des soldats entrés pendant la guerre s'élève à 14,5 %. Quant aux mobilisés des armées ennemies, en attente d'un rapatriement, ils sont seulement 7,2 % à mourir à l'asile. La durée de leur séjour, très courte, explique en grande partie ce chiffre peu élevé[334].

À partir du mois de septembre 1918, les asiles sont touchés par la grippe espagnole[335]. L'épidémie est alors à son paroxysme dans l'ensemble du pays. Extrêmement contagieuse, la maladie se répand très vite et entraîne des complications pulmonaires graves. Pour empêcher sa propagation, il faut trouver des locaux disponibles, alors que les bâtiments sont déjà très encombrés. Les taux de mortalité les plus élevés sont enregistrés dans les établissements qui ne parviennent pas à isoler les grippés, comme à Saint-Robert où le docteur Payre soulignait déjà en 1916 les dangers liés à l'absence d'un service pour malades contagieux[336]. En 1918, les trois salles complémentaires d'infirmerie mises en place pour faire face à l'épidémie se révèlent tout à fait insuffisantes. Dans la seule division des hommes, on déplore 80 décès dont ceux de deux infirmiers entre octobre et novembre 1918[337]. Dans les asiles où les rangs s'éclaircissent à mesure que médecins, infirmiers et employés tombent malades, la

[331] 126 tirailleurs sont internés à l'asile Saint-Pierre entre 1914 et 1918 (un tirailleur tunisien, 2 Somalis, 5 Marocains, 5 Malgaches, 7 Indochinois, 9 Algériens, 67 Sénégalais et 7 « indigènes » dont l'origine n'est pas précisée).
[332] Le registre d'entrée des militaires mentionne la cause des décès. AD des Bouches-du-Rhône, fonds de l'asile d'aliénés de Marseille, population militaire : registres matricules, 1914-1920, 13 HD 510.
[333] Sur ce point voir par exemple Louis LIVET, *Les aliénés algériens et leur hospitalisation*, Alger, F. Montégut et A. Deguili, 1911, p. 58-60.
[334] 41 % des prisonniers internés à l'asile de Bron en l'attente d'un rapatriement restent moins d'un mois dans l'établissement. 63 % quittent l'asile sans y avoir passé plus de trois mois.
[335] La maladie est ainsi baptisée car on pense d'abord qu'elle vient d'Espagne. Cette hypothèse est rapidement écartée. Voir Anne RASMUSSEN, « Dans l'urgence et le secret », art. cit., p. 171-190.
[336]Archives du Centre hospitalier Alpes-Isère, rapport du docteur Payre sur la division des hommes de l'asile Saint-Robert en 1916, non coté.
[337] On ne sait pas combien de malades étaient traités dans cette division. À titre de comparaison, il y a eu 105 décès chez les hommes pour toute l'année 1917.

désorganisation favorise la propagation de l'épidémie. S'appuyant sur les archives de l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire), Vincent Guérin a parfaitement décrit la situation : la pharmacie cesse de fonctionner faute d'employé en état d'assurer le service, les ateliers sont fermés, plus d'un infirmier sur deux doit garder le lit, tandis que sur les trois médecins, seul le docteur Jacques Baruk ne tombe pas malade[338]. Les cas similaires sont nombreux. À l'asile de Ville-Évrard (Seine), 227 personnes sont atteintes par la maladie entre le 1er septembre et le 15 octobre 1918, dont 82 sont des membres du personnel, parmi lesquels deux médecins et deux internes. La désinfection de la literie est trop lente et l'asile en vient presque à manquer de cercueils[339]. À la fin de l'année 1918, le bilan est très lourd.

On peut se demander si les colis envoyés par les familles, les suppléments accordés aux soldats et leur regroupement dans des divisions spéciales ont pu protéger les militaires contre la faim et les maladies. La question est difficile car, pour le savoir, il faut pouvoir comparer le taux de mortalité des soldats à celui du reste de la population internée. Cela suppose de connaître le nombre de civils, hommes et femmes, entrés et décédés dans les asiles pendant la guerre alors que ces chiffres, qui n'existent pas au niveau national, ne sont pas disponibles dans tous les établissements. En effet, les comptes moraux et administratifs des directeurs, qui rassemblent habituellement ce type de données, n'ont pas toujours été tenus en raison de la guerre. Même lorsqu'il est possible de calculer des taux de mortalité, ceux-ci doivent être analysés avec précaution, comme le montre l'exemple des asiles de Bron et Saint-Robert.

On peut cependant comparer le taux de mortalité de l'ensemble de la population internée à celui du groupe des militaires pour les années 1915 à 1918 dans ces deux établissements. En rapportant, le nombre de décès annuels à celui de la population moyenne traitée dans l'année, on obtient les chiffres présentés dans le tableau ci-dessous[340].

---

[338] Vincent GUÉRIN, « L'impact de la grippe espagnole dans un asile psychiatrique français : Sainte-Gemmes-sur-Loire (septembre-octobre 1918) », *International Psychology, Pratice and Research*, n° 1, 2010, article disponible en ligne à l'adresse : http://fiuc.org/fr/piper/fourth_trimester_2010.

[339] « Exposé par M. le Directeur des Affaires départementales de la situation sanitaire des asiles (épidémie de grippe) », *Commission de surveillance des asiles publics d'aliénés du département de la Seine, procès-verbaux des séances de l'année 1918*, séance du 22 octobre 1918, Paris, Imprimerie nouvelle, 1919, p. 117.

[340] Le fait de prendre en compte la population moyenne traitée dans l'année permet de mieux tenir compte des nombreuses entrées et sorties pendant la guerre. Les chiffres fournis pour 70 asiles par la Statistique générale de France ont, quant à eux, été établis en tenant compte de la population totale traitée dans l'année. Les données ne sont donc pas équivalentes.

	Asile de Bron		Asile Saint-Robert	
	Civils et militaires	***Militaires uniquement***	***Civils et militaires***	***Militaires uniquement***
1915	14,1	32,3	10,7	18,8
1916	15,8	24,4	10,4	10,1
1917	20,1	25,2	11,7	11,7
1918	27,9	36,7	31,6	32,4

Tableau 4 : Taux de mortalité annuels observés entre 1915 et 1918 à l'asile de Bron et l'asile Saint-Robert

À l'asile de Bron, le taux de mortalité des militaires est supérieur à celui de l'ensemble de la population internée tandis qu'à l'asile Saint-Robert, il n'existe presque pas de différence, sauf en 1915. Pour expliquer ce qui se produit cette année-là, on peut formuler deux hypothèses. La première invite à considérer ce résultat avec prudence : le nombre moyen de soldats traités dans l'année (32) est relativement faible, ce qui peut réduire la signification statistique du résultat obtenu. Tenant compte du fait que le taux de mortalité est également plus élevé en 1915 qu'en 1916 et en 1917 chez les militaires internés à l'asile de Bron, la seconde hypothèse repose sur l'évolution du rôle dévolu aux asiles pendant la guerre. En 1915, ces derniers constituent encore la seule structure de prise en charge des aliénés militaires à l'arrière. À partir de 1916, la généralisation des centres de psychiatrie et de neuropsychiatrie relègue les asiles au bout de la chaîne d'évacuation. Par conséquent, les soldats les plus gravement atteints meurent souvent avant leur transfert dans ces établissements.

Quant à la différence observée entre l'asile de Bron et l'asile Saint-Robert, elle tient à la fois à des facteurs structurels – la mortalité est plus élevée à l'asile de Bron y compris en temps de paix[341] – et aux fonctions remplies par ces établissements entre 1914 et 1918. L'asile de Bron, nettement plus grand que l'asile Saint-Robert, accueille en effet une population militaire dont le profil est très spécifique. Situé en milieu urbain, sur l'axe du PLM, il sert de plaque tournante et n'est qu'une étape dans le parcours de nombreux malades vers d'autres asiles, qu'il s'agisse par exemple de soldats des colonies, très rares à Saint-Robert, ou encore des prisonniers rapatriés. En comparant ces deux asiles, on constate donc que le risque de

[341] En 1913, le taux de mortalité observé à l'asile de Bron est de 12,7 % tandis qu'il est de 10,4 % à l'asile Saint-Robert.

mourir pendant la guerre dépend moins du fait d'être un civil ou un militaire que du parcours propre à chaque soldat et de l'asile dans lequel il est interné.

⁂

Les dossiers médicaux des militaires aliénés sont des archives paradoxales. Sans elles, l'expérience des soldats internés, ce qu'ils ont connu de la guerre avant leur internement et leurs conditions de vie dans les asiles, échapperaient presque totalement à l'historien. Si leur richesse est indéniable, il faut tenir compte de leurs lacunes. Dans l'urgence du moment et face à la profonde désorganisation des asiles, mais aussi parce que le recours au dossier médical est encore très aléatoire selon les médecins et les établissements, les informations recueillies n'ont rien de systématique. Dresser un portrait sociologique du groupe que ces hommes constituent et le saisir par la statistique est très délicat, tant les points laissés dans l'ombre sont nombreux. Trois grands enseignements peuvent néanmoins être tirés de l'étude de ces sources.

Le premier découle de l'analyse des récits des individus internés, dont on s'aperçoit qu'ils pourraient souvent être ceux de n'importe quel soldat. Les dossiers médicaux ne recèlent pas de récits extraordinaires, de référence à des évènements ou des phénomènes qui diraient à eux seuls pourquoi ces hommes n'ont pas « tenus » et donc pourquoi d'autres y parviennent. Ils sont le reflet de « l'ordinaire de la guerre », partagé par tant d'hommes[342]. Admettre cette réalité déroutante ne revient pas à nier les souffrances mais à refuser de les hiérarchiser. C'est aussi comprendre que ces sources ont précisément pour intérêt de ne pas nous renvoyer à une altérité absolue, mais de comporter une part d'universel.

La confrontation avec ces archives met par ailleurs en lumière la profusion de détails dont les psychiatres disposent sur certains aspects de la vie de leurs malades et le peu d'informations générales qu'ils sont en mesure de réunir. Ce second constat est particulièrement important : les médecins sont en effet appelés à jouer un rôle d'expert, en

[342] Voir François BUTON, André LOEZ, Nicolas MARIOT, Philippe OLIVERA, « L'ordinaire de la guerre », *Agone*, n° 53, 2014, p. 7-11.

décidant de l'avenir militaire de chaque soldat et en établissant si la guerre peut être tenue pour responsable de ses troubles. Force est de constater qu'ils accomplissent ces missions en procédant souvent par hypothèses et sans pouvoir étudier chaque cas dans le détail.

Enfin, l'étude des diagnostics qu'ils construisent et des traitements mis en œuvre semble indiquer une grande continuité entre les méthodes d'avant-guerre et celles appliquées pendant le conflit. La distinction entre civils et militaires paraît d'autant moins opérante que leurs conditions de vie à l'asile ne diffèrent guère. Faut-il pour autant conclure à l'inertie du système asilaire ? C'est ce que le troisième chapitre propose d'examiner.

Chapitre 3 : Le discours sur la folie et les pratiques psychiatriques en temps de guerre, ruptures ou continuités ?

On a pour habitude de considérer que la Grande Guerre a permis de nombreux progrès scientifiques, en particulier dans le domaine médical. Cette approche, qui assimile souvent le perfectionnement de techniques déjà connues à des innovations[1], gagnerait sans doute à être nuancée[2]. Elle tend en effet à reproduire le discours des acteurs tel qu'il s'est construit pendant et surtout après le conflit. En effet, les médecins ont été nombreux à déclarer que la guerre, formidable « laboratoire », avait complètement bouleversé leurs connaissances et leurs pratiques de terrain[3], les psychiatres ne dérogeant pas à la règle. En 1918, Paul Voivenel souligne que « la psychiatrie de guerre, comme efforts et comme résultats, n'a rien à envier à la chirurgie, à la médecine et à l'hygiène »[4]. Dix ans plus tard, Charles Mouchette, jeune interne à l'asile de Maréville, affirme : « S'il existe une compensation à l'atroce fléau qu'est la guerre, c'est dans l'avancement des sciences qu'il faut la chercher. […] La médecine mentale a, elle aussi, bénéficié de ce mouvement scientifique, né des plus cruelles nécessités de l'heure »[5]. Dans quelle mesure faut-il souscrire à ces jugements, notamment si l'on centre l'analyse sur les asiles d'aliénés ? La Première Guerre mondiale confronte certes le monde médical et la société tout entière à des individus pour lesquels les thèses de la prédisposition et de l'hérédité ne peuvent suffire à expliquer l'apparition de troubles mentaux. Elle relance les débats sur l'origine de la folie et sur la capacité de l'institution asilaire à soigner les malades mentaux. Pour autant, peut-on dire que l'internement des militaires fait réellement évoluer la prise en charge et les représentations de la folie, non seulement dans les discours

[1] Sophie Delaporte estime notamment que les chirurgiens ont rarement innové pendant la guerre. Voir Sophie DELAPORTE, *Le discours médical sur les blessures et les maladies pendant la Première Guerre mondiale*, *op. cit.*

[2] Pour des pistes de réflexion sur les limites de cette approche, voir Vincent VIET, « La santé publique pendant la Grande Guerre », *in* Franck THÉNARD-DUVIVIER (dir.), *Hygiène, santé et protection sociale de la fin du XVIIIe siècle à nos jours*, Paris, Ellipses, 2012, p. 57.

[3] L'ouvrage *Science et dévouement* publié en 1918 pour rendre hommage au Service de santé militaire s'inscrit en plein dans cette tendance. Voir *Science et dévouement. Le Service de Santé, la Croix-Rouge, les Œuvres de Solidarité de Guerre et d'Après Guerre*, *op. cit.*

[4] Paul VOIVENEL, « Sur la peur morbide acquise », *Annales médico-psychologiques*, n° 9, 1918, p. 292.

[5] Charles MOUCHETTE, *Contribution à l'étude des séquelles lointaines des commotions de guerre*, *op. cit.*, p. 13.

mais aussi dans les pratiques ? Existe-t-il une psychiatrie « de guerre » différente de la psychiatrie « de paix » ? Telles sont les questions abordées dans ce troisième chapitre.

I - Reconnaître, nommer, expliquer la maladie mentale. L'impact de la guerre sur le discours psychiatrique

Reconnaître, nommer et expliquer les maladies mentales dont souffrent les mobilisés sont les trois principales tâches qui incombent aux psychiatres pendant la guerre. Ces derniers doivent déterminer si la guerre est à l'origine des troubles présentés par les soldats et de quelles pathologies ils sont atteints. L'enjeu est de distinguer les cas curables des incurables, de mettre en place un traitement et de déterminer l'avenir de chacun sur le plan médical et militaire. En élaborant sur ces différents points un discours qui se veut scientifique, les psychiatres cherchent à conquérir la légitimité qui leur fait encore défaut dans le monde médical et à faire reconnaître leur expertise auprès des autorités militaires.

1) La guerre peut-elle être à l'origine de la folie ?

Cette question, qui conditionne toutes les autres, est la plus débattue. Si elle prend une importance toute particulière durant la guerre, elle a déjà retenu l'attention des premiers médecins à s'être intéressés à la psychiatrie militaire. En 1909, les docteurs André Antheaume et Roger Mignot* se sont notamment efforcés de définir les rapports de causalité pouvant lier le développement de la folie et le service militaire, sans apporter de réponses concluantes puisqu'ils ont reconnu l'influence de facteurs divers, « les uns imputables au service, les autres indépendants »[6]. Pendant le conflit, les psychiatres doivent pourtant déterminer quelles causes sont prépondérantes. Leur décision a des conséquences matérielles non négligeables puisqu'elle revient à ouvrir ou non le droit à une pension militaire[7]. Elle influence aussi le regard porté par la société sur chaque soldat atteint de troubles mentaux.

a) La folie, une maladie héréditaire ?

Pendant la première moitié du XIXe siècle, les aliénistes font reposer leur classification des maladies mentales sur des symptômes plutôt que sur des causes. En se concentrant sur la description de la folie, ils laissent dans l'ombre la question de son origine, qui les divise. Les partisans de l'explication psychologique, pour qui la folie est une maladie

[6] André ANTHEAUME, Roger MIGNOT, *Les maladies mentales dans l'armée*, *op. cit.*, p. 52.
[7] Cette question sera approfondie dans le premier chapitre de la deuxième partie.

de l'âme, s'opposent aux partisans de l'explication organique qui la considèrent comme une maladie physique. Mais aucun des deux camps ne parvient à démontrer la validité de ses hypothèses. Il faut attendre les années 1860 pour que les travaux de Benedict-Augustin Morel donnent aux psychiatres le sentiment qu'il est possible de sortir de l'impasse. Médecin d'asile et membre de la Société médico-psychologique, Morel propose d'interpréter l'apparition de la maladie mentale comme l'expression d'une prédisposition ou « déviation maladive » qui, dans certaines familles, se transmet et s'aggrave de génération en génération[8]. Alors que la profession psychiatrique, déstabilisée par des attaques répétées[9], est bien en peine d'expliquer l'augmentation du nombre d'aliénés, cette théorie présente de nombreux avantages. Elle permet d'élaborer la première classification des maladies mentales fondée sur leur étiologie et de renforcer les liens entre les psychiatres et les médecins dont la pratique se fonde de plus en plus sur les théories de l'hérédité[10]. Le succès rencontré par Morel reste néanmoins mitigé, jusqu'à ce que la discussion soit relancée, dans les années 1880, par Valentin Magnan, médecin-chef du bureau des admissions de l'asile Sainte-Anne[11]. Modernisant les idées de Morel, Magnan inscrit la théorie de la dégénérescence dans une perspective évolutionniste[12] et en propose une réinterprétation qui s'inspire des découvertes récentes sur le fonctionnement du système nerveux. Alors que pour Morel la dégénérescence mentale s'explique par des causes extérieures, telles que l'alcoolisme, elle est, selon Magnan, le produit d'un défaut d'équilibre entre les différentes parties du cerveau.

La théorie de la dégénérescence suscite l'engouement au-delà de la seule sphère médicale[13] en même temps qu'elle fait l'objet de sérieuses critiques. Si son apport dans le domaine de la pathogenèse est généralement reconnu, la nouvelle entité nosologique inventée par Morel puis Magnan, appelée folie héréditaire ou folie des dégénérés, ne fait pas l'unanimité. Comment la définir si toutes les maladies mentales sont le fruit de l'hérédité et

---

[8] Cette théorie est développée dans deux ouvrages publiés à quelques années d'intervalle. Voir Augustin-Benedict MOREL, *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*, Paris, Jean-Baptiste Baillière, 1857 et *Traité des maladies mentales*, Paris, Victor Masson, 1860.

[9] Voir Aude FAUVEL, *Témoins aliénés et bastilles modernes*, *op. cit.*

[10] Comme l'a souligné Jean-Christophe Coffin, le choix du terme de dégénérescence, emprunté à l'anatomie pathologique, n'est pas anodin. Il permet d'inclure la psychiatrie dans le champ médical. Voir Jean-Christophe COFFIN, *La transmission de la folie, 1850-1914*, Paris, L'Harmattan, 2003.

[11] *Ibid.*

[12] En évoluant, l'être humain s'éloigne selon Morel de l'idéal créé par Dieu. Pour Valentin Magnan, l'homme peut progresser ou régresser, non plus en fonction d'un type primitif parfait mais par rapport à ses géniteurs.

[13] Jean-Christophe Coffin a montré comment la figure du dégénéré envahit les arts, la presse ou encore les discours politiques. Voir Jean-Christophe COFFIN, *La transmission de la folie*, *op. cit.*

que tout aliéné peut être, à des degrés divers, considéré comme un dégénéré ? Les contradicteurs de Magnan sont nombreux et les débats très vifs. « On a fini par créer avec la dégénérescence une sorte de remise qui sert à loger, sans aucun effort d'esprit, tous les cas embarrassants », dénonce Benjamin Ball, titulaire de la chaire de clinique des maladies mentales et de l'encéphale à l'asile Sainte-Anne, dans ses *Leçons sur les maladies mentales* publiées en 1890[14]. Quatre ans plus tard, à l'occasion du premier congrès des aliénistes et neurologistes de France, Auguste Pierret s'inquiète de ce que les étudiants en médecine, à force d'entendre parler de dégénérescence, abusent de ce diagnostic[15]. Fruit de ces controverses, un nouveau cadre d'interprétation de la folie se constitue au tournant du siècle autour de la notion de « constitution morbide ». Celle-ci remplace la théorie de la dégénérescence en lui apportant quelques modifications. La prédisposition peut désormais être acquise, en particulier du fait de certaines maladies dont la liste n'est pas précisément définie (maladies infantiles, fièvre typhoïde, diphtérie, etc.). L'hérédité, qui n'entraîne plus une aggravation de génération en génération, est toujours présente mais n'est plus forcément suffisante. En dehors des cas où la prédisposition héréditaire est maximale, l'intervention de causes occasionnelles peut aussi prédisposer à la maladie mentale. Parmi ces causes, on compte les « intoxications et infections diverses », les « émotions vives ou prolongés (sic) », les « traumatismes cérébraux » ou encore les « surmenages en tout genre […] »[16]. Certains évènements peuvent donc jouer, à court terme, un rôle plus important que la tare héréditaire qui se transmet sur plusieurs générations. En 1913, le docteur Georges Genil-Perrin étudie dans sa thèse l'origine et l'évolution de la théorie de la dégénérescence, renvoyant cette dernière au passé[17]. Son travail est récompensé par le prix de la Société médico-psychologique.

Bien que décrié, le terme de dégénérescence reste pourtant très souvent employé dans les asiles. Il est régulièrement utilisé dans les dossiers des militaires internés à l'asile de Charenton, de Bron ou de Saint-Robert et figure toujours, en 1919, dans la classification des maladies mentales retenue par la Statistique générale de France[18]. À la veille de la guerre, la majorité des psychiatres considèrent toujours l'hérédité comme « la cause la plus importante

[14] Benjamin BALL, *Leçons sur les maladies mentales*, Paris, Asselain et Houzeau, 1890, p. 996.
[15] *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, Ve session*, Paris, Masson, 1895 p. 76.
[16] Gilbert BALLET (dir.), *Traité de pathologie mentale*, Paris, Doin, 1903, p. 484.
[17] Georges GÉNIL-PERRIN, *Histoire des origines et de l'évolution de l'idée de dégénérescence en médecine mentale*, thèse soutenue devant la faculté de médecine de Paris, 1913.
[18] Voir la *Statistique des institutions d'assistance, années 1914 à 1919, op. cit.*

de toutes les folies, la cause des causes »[19], même s'il n'en existe aucune preuve scientifique. Ainsi, les mobilisés internés au cours du mois d'août 1914 sont-ils majoritairement considérés comme des prédisposés. Calixte Rougé, qui souligne pourtant le profil sociologique particulier de ces hommes (trentenaires, mariés et pères de famille), ne déroge pas à la règle. Tout comme Emmanuel Régis*, il considère que leur internement constitue une forme de « sélection naturelle »[20]. Cette interprétation explique en partie que le cas des internés d'août 1914 ait rarement retenu l'attention en France alors qu'il a suscité plusieurs études en Allemagne par exemple[21]. Les psychiatres ont tendance à minimiser les faits[22], considérant que ces hommes, qui n'ont pas été repérés par le conseil de révision, sont simplement passés entre les mailles du filet. Ce constat n'est pourtant pas rassurant puisqu'il revient à souligner les faiblesses du processus de sélection des conscrits, examinés à la hâte et selon des critères de moins en moins exigeants. Les chiffres le démontrent clairement. Dans les dix années qui ont précédé la guerre, le taux moyen d'exemption pour maladies ou infirmité était sur une même classe d'âge, de 7,6 %. Pendant le conflit, ce taux moyen est divisé par plus de deux. En 1918, il tombe à 2,8 %. Des hommes qui auraient été exemptés en temps de paix sont donc incorporés en raison de la guerre. Parmi ces individus, certains souffrent de troubles mentaux : le taux d'exemption pour épilepsie, aliénation, crétinisme et convulsions diminue de 30 %. Les épileptiques sont les plus touchés : dans cette catégorie, le taux d'exemption chute de 50 % environ[23].

En outre, l'hypothèse selon laquelle tous les internés d'août 1914 sont des individus prédisposés se trouve remise en cause sur le terrain. Le médecin-major Pierre N., collaborateur de Marcel Briand à l'hôpital du Val-de-Grâce, peut-il par exemple être considéré comme tel ? Au début du mois d'août 1914, il examine une bonne partie des militaires envoyés à la Maison nationale de Charenton et rédige des rapports à leur sujet. Mais le 22 août, les rôles s'inversent brusquement. Le médecin-major Pierre N. devient fou. Les docteurs Marcel Briand et Anatole Chauffard établissent un certificat, le cas étant

---

[19] Emmanuel RÉGIS, *Précis de psychiatrie*, *op. cit.*, p. 29.
[20] Emmanuel RÉGIS, « Les troubles psychiques et neuropsychiques de la guerre », *La Presse médicale*, n° 23, 1915, p. 178.
[21] Voir Paul LERNER, *Hysterical Men*, *op. cit.*, p. 52-54.
[22] Cela tient sans doute aussi à ce que le phénomène n'est pas à l'avantage de l'armée française : il est préférable d'affirmer que seul l'ennemi rencontre de telles difficultés Les travaux des psychiatres allemands sur les psychoses survenues chez des militaires au moment de la mobilisation sont commentés dans l'ouvrage de Georges Dumas et Henri Aimé. Voir Georges DUMAS, Henri AIMÉ, *Névroses et psychoses de guerre chez les austro-allemands*, *op. cit.*, p. 32-38.
[23] Ces pourcentages ont été calculés à partir des données fournies pour les années 1906 à 1919 dans le *Compte rendu sur le recrutement de l'armée*, publié par le ministère de la Guerre.

suffisamment grave pour que les deux médecins préfèrent assumer ensemble la décision de provoquer un internement[24]. Ils se limitent à diagnostiquer une crise maniaque, sans fournir d'indications sur les circonstances dans lesquelles les troubles se sont déclarés[25]. Le feuillet matriculaire de Pierre N., qui ne porte étrangement aucune mention ultérieure à 1900, ne permet pas d'en savoir plus[26].

Mais l'ennui n'est pas tant l'absence d'antécédents. Certains psychiatres admettent volontiers ne pas toujours en trouver, sans que cela ébranle leurs certitudes. Ainsi Ernest Dupré, médecin-adjoint à l'Infirmerie spéciale du dépôt de la Préfecture de police de Paris[27], explique-t-il : « on ne peut constater la prédisposition que par ses effets mêmes. On ne peut pas nier qu'elle existe même lorsqu'elle n'est pas démontrée. C'est là une notion banale en psychiatrie, car lorsqu'on examine des aliénés il est aussi fréquent de retrouver chez eux des antécédents psychopathiques que de n'en retrouver aucun »[28]. En revanche, la thèse de la prédisposition soulève pendant le conflit le problème suivant : en affirmant que la guerre n'est pas directement responsable des troubles observés chez les soldats et que ceux-ci sont tous, même à des degrés divers, des prédisposés, les psychiatres portent atteinte à l'image de l'armée française. Alors qu'ils s'attachent à démontrer l'incurie des troupes ennemies, qui, dégénérées, seraient confrontées à d'innombrables cas de folie, les médecins français éprouvent une gêne certaine à étudier les pathologies mentales des soldats français. Rares sont ceux qui ne prennent pas la précaution de vanter les mérites de leur armée, comme pour minimiser la portée de leurs conclusions. Gustave Roussy et Jean Lhermitte, qui travaillent dans des centres de neurologie, tiennent ainsi à préciser que la guerre n'a pas révélé, comme on l'avait craint, « les plus graves désordres psychopathiques », avant de conclure que « [les] soldats ont fait et font journellement la preuve d'un équilibre nerveux, d'une santé morale remarquable et saisissante »[29]. Jean Lépine* n'hésite pas non plus à affirmer que les accidents

[24] Habituellement, le certificat d'entrée n'est signé que par un seul médecin.
[25] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, registres matricules hommes, asile de Charenton, 4 X 530. Le dossier médical du médecin-major Pierre N. ne fait pas partie de ceux qui ont été conservés.
[26] AD de Saône-et-Loire, registres matricules, bureau de recrutement de Mâcon, matricule 125, 1 R RM Mâcon 1879/2.
[27] Créée en 1872, l'Infirmerie spéciale prend en charge les personnes interpellées qui sont susceptibles de présenter un danger pour elles-mêmes ou pour autrui et dont l'état mental doit faire l'objet d'un examen médical.
[28] Société de neurologie de Paris et Société de psychiatrie de Paris, réunion annuelle 9-16 décembre 1909, 13 janvier 1910, « Du rôle de l'émotion dans la genèse des accidents névropathiques et psychopathiques », *Revue neurologique*, n° 24, 1909, p. 1583.
[29] Gustave ROUSSY, Jean LHERMITTE, *Les psychonévroses de guerre*, Paris, Masson, 1917, p. 1.

psychopathiques sont rares[30], ce lui vaut d'être qualifié dans les *Annales médico-psychologiques*, d'« excellent français » et d'« ardent patriote »[31]. Cependant, si l'on admet tous les soldats qui deviennent fous ne sont pas des dégénérés, il faut envisager qu'un « facteur guerre », selon l'expression du docteur Raoul Benon[32], puisse intervenir pour provoquer l'apparition de la folie. Que recouvre-t-il et comment agit-il ? Pour répondre à ces questions, les psychiatres mettent en avant le rôle des commotions et des émotions.

b) Émotions ou commotions ?

Lorsque la guerre éclate, l'étiologie des maladies mentales est envisagée par la majorité des psychiatres et des neurologues dans une perspective organiciste. Les travaux de l'aliéniste Antoine Bayle, qui a démontré en 1822 que les malades atteints de paralysie générale présentent une inflammation des méninges[33], constituent un modèle qu'on espère pouvoir reproduire. À l'image de Gilbert Ballet, titulaire de la chaire de clinique des maladies mentales et de l'encéphale entre 1909 et 1916, la plupart des spécialistes en viennent à « se demander si toute la pathologie mentale […] ne serait pas la pathologie d'une région spéciale du cortex »[34]. L'apparition de maladies mentales à la suite de traumatismes du cerveau retient donc tout particulièrement l'attention et, dès 1915, les troubles des soldats exposés à des tirs d'artillerie, en particulier aux explosions d'obus, de grenades et de mines, sont envisagés comme la conséquence d'une commotion cérébrale[35]. Pour désigner le déplacement d'air qui accompagne ces explosions et projette les hommes au sol, on invoque le fameux « vent du boulet ». Mais la théorie des médecins napoléoniens, qui désignaient ainsi l'état de stupeur

---

[30] Jean LÉPINE, *Troubles mentaux de guerre, op. cit.*, p. 191.
[31] Antoine RITTI, « Bibliographie », *Annales médico-psychologiques*, n° 9, 1918, p. 322 -325.
[32] Raoul BENON, « Les maladies mentales et nerveuses et la guerre », *Revue neurologique*, vol. 1, 1916, p. 210.
[33] Antoine BAYLE, *Recherches sur les maladies mentales*, thèse soutenue devant la faculté de médecine, Paris, 1822. La paralysie générale est une inflammation des méninges provoquée par la syphilis. Lorsque la guerre éclate, l'origine syphilitique de cette maladie n'est pas encore unanimement reconnue. Des preuves ont pourtant été apportées par Alfred Fournier en 1879, puis par le bactériologiste japonais Hideyo Nogushi et le médecin américain Joseph Moore en 1913. Voir Madeleine et Jacques POSTEL, « La découverte de l'étiologie syphilitique de la paralysie générale et ses incidences idéologiques sur la prévention des maladies mentales », *Histoire des sciences médicales*, vol. 17, 1982, p. 83-87.
[34] Gilbert BALLET, *Traité de pathologie mentale, op. cit.*, p. III.
[35] Albert MAIRET, Henri PIÉRON, Bertha BOUZANSKY, « De l'existence d'un syndrome commotionnel dans les traumatismes de guerre », *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. 73, 1915, p. 654-661.

des combattants épargnés par les projectiles passés tout près d'eux[36], est revisitée à la lumière des découvertes sur le fonctionnement du système nerveux. Désormais, il n'est plus nécessaire que le malade ait fait une chute : les lésions cérébrales à l'origine des troubles observés seraient provoquées, non par un contrecoup au cerveau, mais par les variations de la pression atmosphérique dans la zone de l'explosion, qu'on estime similaires à celles observées dans les accidents de décompression chez les plongeurs[37]. Cette théorie n'est pas élaborée pendant la guerre suite à l'examen des soldats commotionnés. Elle a déjà fait l'objet de nombreux travaux avant 1914[38]. Le conflit offre cependant aux médecins l'opportunité d'approfondir leurs recherches. Pour préciser les mécanismes de la commotion, psychiatres et neurologues interrogent artilleurs, scientifiques et spécialistes en pyrotechnie. Paul Sollier et Félix Chartier s'appuient ainsi sur les travaux de Paul Vieille, ingénieur des poudres et explosifs, et d'Émile Jouguet, ingénieur des mines[39]. Certains réalisent des expériences sur des animaux, à l'image du professeur Albert Mairet, chef du centre de neuropsychiatrie de la 16e région militaire[40]. Comme le résume rétrospectivement Pierre Goret, interne des hôpitaux de Paris et élève de Gilbert Ballet :

> « On s'est lancé dans des distinctions pyrotechniques, entre la déflagration, l'explosion et l'éclatement ; on s'est livré à de fastidieuses énumérations d'obus, de torpilles, de minenwerfer, de bombes d'avion, de mines, d'éclatement de pièces d'artillerie, d'explosion de dépôts de munitions, etc… On s'est laissé aller à faire avec les hommes des distinctions entre le 210, le 305 et le 77 […] »[41]

Les hypothèses sont donc nombreuses mais on manque de preuves irréfutables. En effet, les résultats des ponctions lombaires réalisées sur les malades s'avèrent particulièrement aléatoires. Le liquide céphalo-rachidien, dans lequel baignent le cerveau et la moelle épinière, n'indique pas systématiquement une modification de la pression, pas plus qu'il ne contient les

---

[36] Voir Louis CROCQ, *Les traumatismes psychiques de guerre*, *op. cit.*, p. 35. Sur les troubles mentaux des soldats de l'armée napoléonienne, on peut se reporter à François HOUDECEK, « Blessures psychiques des combattants de l'Empire. Sources d'étude et premières approches », *Napoleonica. La Revue*, n° 17, 2013/2, p. 55-65.

[37] Pour désigner ces accidents, les médecins parlent de « maladie des caissons ». Voir par exemple Thomas OLIVER, « Accidents causés par l'air comprimé ou maladie des caissons », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, n° 5, 1906, p. 385-410.

[38] Voir Jean LÉPINE, « Quelques travaux récents sur la pathogénie de la commotion cérébrale », *Revue de médecine*, n° 1, 1900, p. 84.

[39] Rappelons que Paul Sollier dirige le centre de neurologie de la 14e région militaire. Voir Paul SOLLIER, Félix CHARTIER, « La commotion par explosifs et ses conséquences sur le système nerveux », *Paris médical*, n° 17, 1915, p. 406-414.

[40] Albert MAIRET, Gustave DURANTE, « Étude expérimentale de la commotion », *Revue neurologique*, n° 2, 1919, p. 98-110. Cet article présente les résultats d'expériences conduites en 1917.

[41] Pierre GORET, *Étude clinique d'un lot de militaires évacués du front pour éclatement d'obus à proximité*, thèse soutenue devant la faculté de médecine de Paris, 1919, p. 16.

hématies qui doivent attester d'une hémorragie cérébrale provoquée par la commotion. Conscient du problème, Jean Lépine propose donc une autre hypothèse qu'il avait déjà avancée avant la guerre[42]. Sous l'effet des variations de la pression, les vaisseaux sanguins distendus et paralysés n'alimenteraient plus le cerveau et provoqueraient chez les commotionnés un état de torpeur caractéristique. Cette interprétation lui permet de répondre à l'une des principales critiques adressées à la thèse de la commotion, consistant à faire remarquer que les blessés sont rarement commotionnés. Pour Lépine, l'hémorragie provoquée par la blessure rétablirait la circulation du sang dans l'organisme[43]. Mais là encore, les preuves manquent. Incapables de prouver l'existence de lésions internes, les psychiatres doivent en outre admettre que tous les hommes soumis à des déflagrations ne présentent pas de symptômes de commotion alors que ceux-ci peuvent s'observer chez des hommes qui n'ont pourtant pas subi le souffle d'une explosion[44].

Si tous les commotionnés n'ont pas été exposés au « vent de l'obus », tous ont en revanche été saisis d'une grande frayeur peu avant l'apparition de leurs troubles mentaux. Psychiatres et neurologues envisagent donc que l'origine de leur maladie puisse résider dans l'émotion subite et intense qu'ils ont ressentie. Ainsi, les conditions exceptionnelles imposées par la guerre conduisent à reconsidérer la valeur des « causes morales », qui jouaient un rôle central chez les premiers aliénistes comme Philippe Pinel et Jean-Étienne Esquirol. Après avoir été écartées par des psychiatres soucieux de constituer leur savoir sur des bases scientifiques solides, celles-ci tendent, depuis le début du siècle, à retrouver une place dans le discours sur les maladies mentales. L'essor de la psychologie y contribue fortement[45]. En 1909, la Société de neurologie consacre d'ailleurs deux de ses séances au rôle des émotions dans la genèse des maladies mentales et nerveuses. Le premier intervenant est Pierre Janet, introduit dans les rangs des neurologues par Jean-Martin Charcot et membre de la Société médico-psychologique depuis 1895[46]. Ces réunions conduisent à reconnaître l'action pathogénique des émotions mais en prenant uniquement en considération les perturbations physiologiques qu'elles provoqueraient dans l'organisme. Ce contexte explique l'accueil

[42] Jean LÉPINE, *Troubles mentaux de guerre, op. cit.*, p. 75.
[43] *Ibid*, p. 77.
[44] Voir à ce sujet la remarque de Gustave Roussy, chef du centre de neuropsychiatrie de la 7e région militaire : Société de neurologie, séance du 6-7 avril 1916, *Revue neurologique*, vol. 1, 1916, p. 583.
[45] Sur ce point voir Annick OHAYON, *L'impossible rencontre. Pyschologie et psychanalyse en France (1919-1969)*, Paris, La Découverte, 1999.
[46] À propos de Pierre Janet, voir Frédéric CARBONEL, « Pierre Janet et les médecins aliénistes du Havre : un jalon pour l'émergence de la psychologie scientifique (1883-1889) », *Janetian Studies*, n° 3, 2006, disponible en ligne à l'adresse : https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00006249

circonspect réservé à la veille de la guerre aux premiers travaux de Sigmund Freud, incompatibles avec les thèses organicistes dominantes. Pour Emmanuel Régis et Angelo Hesnard, le « pansexualisme » du médecin autrichien est une erreur puisque « la pathologie mentale […] ne relève pas de causes spéciales. Elle obéit à des lois générales. Elle provient de perturbations de l'organisme, anatomiques, fonctionnelles ou chimiques »[47]. C'est dans cet état d'esprit que psychiatres et neurologues envisagent l'effet des émotions provoquées par la guerre. Dans certaines circonstances, en particulier lorsqu'il s'accompagne du sentiment d'une mort imminente ou d'une vision terrifiante, le choc émotionnel, ou « raptus émotif »[48], pourrait ébranler durablement le psychisme des soldats et les plonger dans un état commotionnel. Telle est la position défendue par Gilbert Ballet et Joseph Rogues de Fursac, médecin-chef de l'asile de Ville-Évrard, qui définissent trois grands symptômes de l'émotion-choc : l'inhibition psychique, l'hyperémotivité et l'hyperactivité de l'imagination[49]. Conformément aux théories développées avant la guerre, psychiatres et neurologues considèrent que ces symptômes résultent « de modifications profondes de toutes les fonctions organiques, respiratoires, circulatoires, nutritives »[50]. L'émotion déclenche une auto-intoxication qui, à son tour, provoque le développement de troubles mentaux. Cette interprétation permet elle aussi d'expliquer pourquoi peu de blessés sont commotionnés, « la perte de sang qu'ils ont subie » permettant « l'élimination des toxines dont l'émotion semble […] provoquer l'apparition dans l'organisme »[51]. Ceux qui envisagent que l'émotion puisse agir seule pour provoquer l'apparition de troubles mentaux, sans s'accompagner d'un dérèglement physiologique, sont rares. Maurice Dide, médecin-chef de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne) et chef du centre neuropsychiatrique de la 8e armée, fait figure d'exception en affirmant que la commotion ne se rencontre que dans les unités où le moral des combattants n'a pas été suffisamment entretenu et que ses effets peuvent être rapidement supprimés par les discours énergiques du commandement[52].

---

[47] Cité par Paul CAMUS, « Quelques considérations sur la psychoanalyse et la doctrine de Freud », *Paris médical*, n° 11, 1913, p. 522.
[48] Cette expression est employée par Georges Dumas. Voir Georges DUMAS, *Troubles mentaux et nerveux de guerre*, Paris, Alcan, 1919.
[49] Maurice DIDE, *Les émotions et la guerre. Réactions des individus et des collectivités dans le conflit moderne*, Paris, Alcan, 1918.
[50] Georges DUMAS, *Troubles nerveux et mentaux de guerre, op. cit.*, p. 92.
[51] Marius DUMESNIL, *Délires de guerre. Influence de la guerre sur les formes des psychoses chez les militaires, op. cit.*, p. 53.
[52] *Bulletin de la Société clinique de médecine mentale*, numéro spécial, décembre 1917, p. 73-74.

Reste que les thèses de la commotion et de l'émotion ne doivent pas être opposées, comme l'ont souligné Hervé Guillemain et Stéphane Tison[53]. En effet, elles sont souvent défendues par les mêmes médecins, ces derniers considérant que les états mixtes sont fréquents puisqu'il leur est difficile d'isoler les cas dans lesquels l'émotion doit être considérée comme à l'origine des troubles observés. Valable sur le papier, la distinction entre « commotionnés » et simples « émotionnés » se révèle particulièrement délicate à repérer sur le terrain[54]. Elle n'apparaît pas dans les dossiers médicaux des soldats internés, ce qui ne signifie pas que les psychiatres qui travaillent dans les asiles, loin du front, méconnaissent les débats sur le rôle de l'émotion et de la commotion. Il semble plutôt que cette grille d'analyse constitue une toile de fond dans leur pratique quotidienne. Ainsi, le psychiatre relève que tel ou tel malade a assisté à une scène particulièrement éprouvante, a ressenti une émotion intense ou a subi une commotion, sans que les termes de « commotionné » ou d'« émotionné » soient utilisés comme des étiquettes nosographiques.

c) La guerre, cause déterminante, occasionnelle ou prédisposante ?

En accordant à l'émotion un rôle de premier plan dans la genèse des maladies mentales, psychiatres et neurologues semblent reconnaitre le traumatisme subi par ceux qui doivent affronter la vision des corps déchiquetés de leurs camarades, qui survivent à un ensevelissement ou savent avoir échappé de peu à la mort. Ils ne nient donc pas l'horreur de la guerre : les cas qu'ils présentent dans leurs livres et dans leurs articles sont choisis parce qu'ils en rendent compte. Les médecins connaissent également les conditions de vie extrêmes imposées aux soldats et ceux qui se sont trouvés sur le front admettent parfois en avoir souffert, tel Maurice Dide qui avoue avoir été « violement ému » par l'explosion d'un obus tout près de lui[55]. Pour autant, ils ne considèrent pas que la guerre suffise à rendre fou. Comment expliquer sinon que certains soldats résistent ? Telle est la question posée par Angelo Hesnard, chef du centre neuropsychiatrique de l'hôpital maritime de Bizerte, et Antoine Porot, chef du centre de neurologie de la 19e région militaire, qui estiment qu'« on ne saurait attacher de valeur étiologique spéciale aux *conditions morales* communes à tous les mobilisés, pas plus qu'aux *évènements impressionnants*, blessures, visions d'horreur, bruits du champ de bataille qui constituent une somme moyenne d'émotions pour tous les

[53] Hervé GUILLEMAIN, Stéphane TISON, *Du front à l'asile, 1914-1918, op. cit.*, p. 243.
[54] André LÉRI, *Commotionnés et émotionnés de guerre, op. cit.*
[55] Maurice DIDE, *Les émotions et la guerre. Réactions des individus et des collectivités dans le conflit moderne, op. cit.*, p. 68.

combattants […] »[56]. Il faut donc en revenir à la prédisposition et considérer que l'action pathogène des émotions ne s'exerce que chez ceux qui présentent une « constitution émotive », telle qu'elle a été décrite par Ernest Dupré avant la guerre[57]. Celle-ci peut résulter d'une prédisposition héréditaire mais elle peut aussi être acquise sous l'effet d'émotions répétées ou parce que l'organisme a été affaibli par des infections ou des intoxications. La fatigue, la mauvaise alimentation, la frustration sexuelle et l'alcool, dont Jean Lépine souligne à plusieurs reprises la consommation excessive sur le front[58], sont donc pris en compte comme autant d'éléments susceptibles de créer un terrain favorable à l'éclosion de troubles mentaux. Cette interprétation permet de comprendre que des hommes qui se sont distingués par leur courage et ne présentent aucun antécédent héréditaire puissent développer des troubles mentaux.

Reste à déterminer comment distinguer les cas où la prédisposition préexiste et ceux où elle est apparue à la faveur de « l'occasion » que constitue la guerre. La démarche adoptée par les psychiatres est généralement la suivante : plus on peut établir d'antécédents psychopathiques chez un malade et moins le rôle de la guerre sera considéré comme déterminant. Pour illustrer ce principe, Ernest Dupré propose en décembre 1916 la figure suivante :

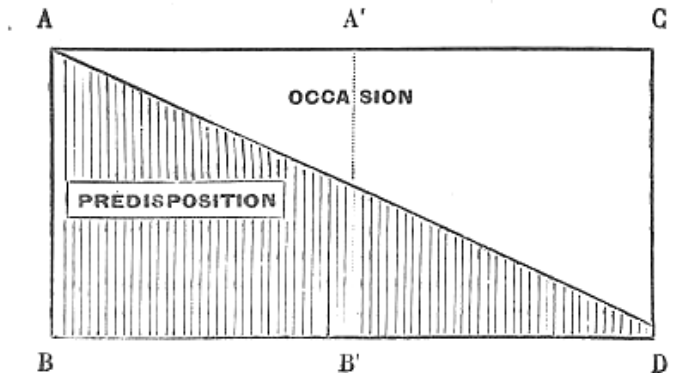


Figure 7 : Schéma présenté par le professeur Ernest Dupré devant la Société de neurologie de Paris en décembre 1916[59]

[56] Antoine POROT, Angelo HESNARD, *L'expertise mentale militaire*, Paris, Masson, 1918, p. 54.
[57] « Du rôle de l'émotion dans la genèse des accidents névropathiques et psychopathiques », *Revue neurologique*, n° 24, 1909, p. 1569.
[58] « Toute la pathologie mentale de l'armée à notre époque est viciée par la question de l'alcoolisme », affirme-t-il dans un rapport présenté devant la Société de neurologie. Voir Jean LÉPINE, « Réformes, incapacités, gratifications dans les psychoses », *Revue neurologique*, vol. 2, 1916, p. 800. Le rôle de l'alcool est également analysé dans son ouvrage publié en 1917 : *Troubles mentaux de guerre, op. cit.*
[59] Ernest DUPRÉ, « Réformes, incapacités, gratifications dans les états psychopathiques de guerre », *Revue neurologique*, vol. 2, 1916, p. 790.

Ce schéma, bien qu'il ne repose sur aucune démonstration sérieuse et qu'il soit impossible à transposer dans la pratique, confère à son discours des allures de théorème[60]. En effet, il indique bien que la guerre peut, en théorie, être à elle seule responsable de l'apparition de troubles mentaux. Il permet aussi de concevoir qu'elle puisse jouer un rôle non négligeable en aggravant ou en déclenchant des maladies mentales chez des individus prédisposés. Mais il prend également en compte le cas où l'état du soldat ne peut en aucun cas être expliqué par sa participation au conflit. À partir de là, comment mesurer objectivement et précisément la part de la prédisposition et de l'occasion ? La question reste entière et rares sont ceux qui s'aventurent à fournir des réponses catégoriques. Raoul Benon, qui publie plusieurs articles sur le sujet, fait figure d'exception[61]. Il fait en effet partie des quelques psychiatres qui critiquent ouvertement le recours systématique à la prédisposition, sans pour autant se résoudre à s'en affranchir totalement : « […] nous ne nions point les prédispositions, nous constatons leur insuffisance », écrit-il. De même, Jean Lépine accorde une place très importante à « l'occasion ». S'il rejette parfois explicitement la théorie de la prédisposition, il se contredit cependant à plusieurs reprises. Ainsi, dans l'ouvrage qu'il publie en 1917, il estime : « […] plus nous allons, et plus nous constatons dans cette guerre que la prédisposition perd de sa valeur, et que les circonstances occasionnelles apparaissent au contraire comme le véritable facteur du trouble mental »[62]. Ce qui ne l'empêche pas d'affirmer, deux pages plus loin, que les émotions et les souffrances endurées par les combattants n'ont pas « produit le déchet qu'on aurait pu attendre » car « de telles causes agissent surtout chez les prédisposés, les autres finissent par s'y habituer »[63]. On perçoit à travers ces exemples la difficulté des psychiatres à prendre position. Ajoutons que le problème ne renvoie pas à une question de génération, les « anciens » restant attachés à la prédisposition que les plus jeunes rejetteraient. Lépine et Benon, tous deux trentenaires, ont le même âge qu'Antoine Porot pour lequel « la guerre […] n'agit de façon sérieuse que sur des

[60] « La sommation des deux facteurs, variables et inversement proportionnels, réalise, dans les trois hauteurs égales A B, A' B', C D, l'étiologie de l'affection : mais, tandis que, dans le cas A B, la prédisposition est au maximum et la cause occasionnelle au minimum ; que dans le cas C D, la prédisposition est, au contraire, minima, et la cause occasionnelle maxima ; dans le cas intermédiaire A' B', l'étiologie des troubles psychiques reconnaît à peu près égales des causes subjectives et objectives. Autour de ces cas types, s'ordonnent toutes les variétés possibles de combinaisons étiologiques ». Voir *Ibid.*

[61] Voir notamment Raoul BENON, « Les maladies mentales et nerveuses et la guerre », *Revue neurologique*, vol. 2, 1916, p. 210-215 et « La dégénérescence mentale et la guerre. Classification des maladies mentales et nerveuses », *Revue neurologique*, vol. 2, 1918, p. 168-173.

[62] Jean LÉPINE, *Troubles mentaux de guerre, op. cit.*, p. 4.

[63] *Ibid.*, p. 6.

mentalités toutes préparées au déséquilibre, tarées ou constitutionnellement fragiles »[64]. En définitive, aucun psychiatre ne conteste le rôle de la prédisposition, mais aucun ne peut démontrer qu'elle est toujours la cause unique d'apparition de la maladie mentale.

Cette situation soulève de nombreuses difficultés, y compris dans le cas de la paralysie générale, alors qu'il s'agit *a priori* de la maladie la moins susceptible d'être imputée au service. En effet, bien qu'elle ne soit pas encore admise par tous, l'hypothèse de l'origine syphilitique de la paralysie générale a déjà convaincu un certain nombre de psychiatres qui affirment la vérifier quotidiennement auprès de leurs malades et refusent par conséquent d'établir un lien de causalité entre cette pathologie et la guerre. Telle est d'ailleurs la position définie en décembre 1916 par la Société de neurologie[65]. On ne s'étonne donc pas de la réponse du docteur Roger Mignot lorsqu'on l'interroge en février 1916 au sujet du soldat François E. :

> « À ma connaissance, [E.] n'a subi ni commotion, ni traumatisme crânien ; dans ces conditions j'estime que les circonstances de guerre auxquelles ce soldat a pu se trouver exposé (fatigues, émotions, veilles) n'ont pu jouer qu'un rôle très accessoire dans le développement de la paralysie générale. »[66]

En juillet 1916, Mignot rédige pour le capitaine Étienne O. un certificat presque identique alors que le beau-frère du malade, le médecin-major Antoine, affecté à l'ambulance 4/63, insiste quant à lui sur les circonstances particulières dans lesquelles la paralysie générale s'est déclarée. Selon lui, la période prodromique a été extrêmement courte et les symptômes sont apparus à Ypres, au moment des premiers bombardements aériens. Un an plus tard, le docteur Mignot change d'avis : il admet désormais que la guerre modifie la marche de la paralysie générale chez les militaires, observant que leur mort survient plus rapidement que chez les malades qu'il traite en temps de paix. En juillet 1917, à l'occasion de la réunion des membres de la Société de psychiatrie, de la Société médico-psychologique et de la Société clinique de médecine mentale, il présente le résultat d'observations réunies à la Maison nationale de Charenton[67]. Ses conclusions sont confirmées par le docteur Duclos à partir

---

[64] Antoine POROT, Angelo HESNARD, *Psychiatrie de guerre. Étude clinique*, Paris, Alcan, 1919, p. 17. Jean Lépine est né en 1876 comme Antoine Porot, Raoul Benon est né en 1878.
[65] « Réunion de la Société de neurologie de Paris avec les chefs des centres neurologiques et psychiatriques militaires », *Revue neurologique*, vol. 2, 1916, p. 803-804.
[66] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat François E., 4 X 989.
[67] Roger MIGNOT, « L'évolution de la paralysie générale chez les combattants », *Bulletin de la Société clinique de médecine mentale*, numéro spécial, décembre 1917, p. 90-93.

d'études de cas conduites à l'asile de Ville-Évrard (Seine)[68]. Mignot et Duclos constatent qu'il n'est généralement pas possible de distinguer chez les militaires la succession des phases habituelles de la maladie. En l'espace de quelques mois, sans épisodes de rémission, ces hommes, notamment ceux qui viennent du front, atteignent le stade terminal de la maladie. Les deux médecins considèrent par conséquent que la participation active à la guerre doit être prise en compte. S'ils admettent que son rôle reste flou, ils estiment qu'il ne peut être rejeté tant qu'il n'aura pas été possible d'expliquer autrement les formes galopantes de paralysie générale dont souffrent les militaires. Ainsi, en juin 1919, les conclusions du docteur Roger Mignot à propos du soldat Henri R. sont très différentes de celles qu'il avait formulées dans le cas du soldat François E. :

> « Le soldat [R.] est mort de paralysie générale. Cette affection ne tire pas son origine directement du service militaire mais les fatigues excessives, les émotions, les insomnies, les blessures et toutes les conditions d'hygiène défectueuses inhérentes à la vie du soldat en campagne sont de nature à la déclencher chez des sujets en état d'imminence morbide et aggravent et précipitent d'une façon non douteuse son évolution. Conclusion : le soldat [R.] est mort de paralysie générale, maladie aggravée par le service. »[69]

De manière plus générale, l'évolution de la perception de la maladie mentale pendant la guerre est mise en évidence par les certificats d'entrée des militaires transférés à l'asile Saint-Robert depuis l'hôpital militaire de Grenoble, où a été installée une antenne du centre de psychiatrie de la 14e région militaire placée sous la direction du docteur Henry Lemesle[70]. À partir de septembre 1915, certains certificats précisent la responsabilité à imputer au conflit dans l'apparition et le développement de la maladie. Cette appréciation est recopiée, souvent en rouge, dans le registre d'admissions de l'asile[71]. En 1915, elle est présente dans 55 % des cas et signale toujours l'absence de lien de causalité entre le service et la pathologie identifiée. En 1916, sa fréquence augmente : la relation de cause à effet est rejetée pour 53 % des malades mais elle est désormais reconnue pour près de 21 % d'entre eux. En 1917, l'éventail des possibilités s'élargit : 45 % des cas sont déclarés non imputables au service, 31 % sont

[68] DUCLOS, « La paralysie générale en temps de guerre », *Bulletin de la Société clinique de médecine mentale*, *op.cit.*, p. 86-90.
[69] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Henri R., 4 X 992.
[70] Henry Lemesle a fondé l'Institut Liébault de Loches où il pratique la cure de sommeil à l'aide de sa machine à hypnotiser ainsi que la photothérapie. Ce personnage ne semble entretenir aucune relation avec ses confrères de Lyon, en particulier avec le professeur Lépine qui, en 1917, affirme ne rien savoir de lui si ce n'est qu'il « exerce dans la 9e région militaire ». Une biographie lui a été consacrée. Voir Anne BARJANSKY, *Henry Lemesle. Un psychiatre dans le Lochois*, Chemillé-sur-Indrois, Éditions Hugues de Chivré, 2008.
[71] Archives du Centre hospitalier Alpes-Isère, registres d'admissions, 1914-1918, non cotés.

considérés imputables et, pour 8 % des malades, on admet que la guerre a joué le rôle de facteur aggravant. C'est cette troisième option qui est privilégiée en 1918 : on la retrouve dans 20 % des cas alors que seuls 8 % des malades voient leur état imputé à leur participation au conflit et que le rôle de la guerre est écarté pour 33 % d'entre eux. Mais, cette année-là, le médecin renonce à donner un avis dans près de 39 % des cas, soit qu'il ait des difficultés à se faire une opinion ou qu'il estime plus prudent de ne pas se prononcer.

Le point de vue des psychiatres est donc bien difficile à cerner. Or le sort des soldats atteints de troubles mentaux dépend de la capacité des médecins à être compris des autorités militaires et à faire reconnaître leur expertise. Leur avis est crucial pour les militaires qui comparaissent devant les conseils de guerre. Démontrer l'existence de la maladie mentale permet en effet d'obtenir un non-lieu et donc d'éviter des sanctions qui peuvent aller jusqu'à la peine de mort.

2) Fous ou coupables ? L'expertise psychiatrique en temps de guerre

Dès leur lancement, les commémorations du centenaire de la Grande Guerre se sont accompagnées d'un renouveau et d'une publicisation des débats autour de la justice militaire. Le réexamen du dossier particulièrement sensible des fusillés pour l'exemple a retenu toute l'attention, divisant l'opinion entre opposants et partisans de la réhabilitation. La question du traitement réservé aux soldats atteints de troubles mentaux n'occupe certes pas le devant de la scène mais suscite des interrogations : elle tient une bonne place dans des publications récentes[72] et n'a pas manqué d'être évoquée par les historiens à l'origine du rapport sur les fusillés de la Première Guerre mondiale remis en octobre 2013 au ministre délégué aux Anciens Combattants[73]. En ce sens, le centenaire a contribué à faire naître un intérêt pour un champ de recherche largement inexploré en France. En effet, les sources qui rendent compte de la manière dont la justice militaire a ou non tenu compte des pathologies mentales des prévenus ont encore été peu exploitées. Les dossiers de jugement, d'acquittement et de non-lieu offrent pourtant le moyen de mesurer la fréquence du recours à des experts psychiatres, d'analyser leurs pratiques et l'attention prêtée à leurs rapports. C'est à partir de ces documents, mais du côté allemand, qu'Anne Duménil a proposé sur le sujet un article

[72] Le dernier ouvrage de Louis Crocq en est un bon exemple : Louis CROCQ, *Les blessés psychiques de la Grande Guerre*, *op. cit.*, p. 32-39.

[73] *Quelle mémoire pour les fusillés de 1914-1918 ? Un point de vue historien*, rapport présenté à Monsieur le ministre délégué auprès du ministre de la Défense chargé des Anciens Combattants par un groupe de travail animé par Antoine Prost, président scientifique de la mission du Centenaire, 1er octobre 2013 (voir pages 18 et 64 notamment).

pionnier[74]. Côté français, la recherche suppose un travail de dépouillement de grande ampleur. Dans le cadre de ma thèse, mon objectif est d'en donner un premier aperçu.

Mon travail s'appuie sur l'étude des dossiers de non-lieu d'un conseil de guerre de l'intérieur, celui de Lyon, et d'un conseil de guerre aux armées, celui de la 27e division d'infanterie. Leur choix a été dicté par deux impératifs. Le premier était de s'appuyer sur des fonds aussi complets que possible afin de couvrir les quatre années de la guerre. En effet, les archives des dossiers de non-lieu sont souvent très lacunaires[75]. Le second était de retenir des conseils de guerre dont les prévenus pouvaient avoir été pris en charge dans des asiles où il me serait possible de retrouver leur trace et d'accéder à leurs dossiers médicaux. Les deux conseils de guerre choisis réunissent ces conditions[76]. Dans le fonds du conseil de guerre de Lyon, on compte 667 dossiers de non-lieu pour une période qui s'étend de janvier 1915 à décembre 1918. Dans 138 cas, un psychiatre a été appelé à examiner l'état mental du prévenu. Pour la 27e division d'infanterie, l'échantillon est moins important : pour l'ensemble de la guerre, le fonds comprend 122 dossiers dont 22 contiennent le rapport d'un expert psychiatre[77]. En complément de ces deux fonds, des cas de soldats condamnés en dépit de troubles mentaux ont été pris en compte. Il s'agit d'affaires signalées dans la presse, dans des ouvrages sur les conseils de guerre ou dans lesquelles la Ligue des droits de l'homme s'est impliquée. Loin de traiter le sujet de manière exhaustive, cette recherche permet de dresser un premier état des lieux sur les processus qui conduisent l'État à promouvoir le recours à l'expertise psychiatrique, sa mise en place concrète sur le terrain et ses résultats.

---

[74] Anne DUMÉNIL, « En marge du combat ? Le crime de lâcheté devant la justice militaire allemande, 1914-1918 », *14-18 : Aujourd'hui, Today, Heute*, n° 4, 2001, p. 89-109.

[75] Dans le cas de la 3e division d'infanterie étudiée par Emmanuel Saint-Fuscien, les dossiers de non-lieu sont rassemblés dans un seul carton et ne couvrent que les années 1916 à 1918. Voir Emmanuel SAINT-FUSCIEN, *À vos ordres ? La relation d'autorité dans l'armée française de la Grande Guerre*, *op. cit.*

[76] Les hommes de la 27e division d'infanterie sont en effet mobilisés dans la 14e région militaire. Cette division participe à la campagne des Vosges, à la deuxième bataille de Champagne puis à celle de Verdun, à l'offensive du Chemin des Dames et à la bataille de la Malmaison. Une mutinerie éclate le 7 juin 1917 au sein de la 75e division d'infanterie, toutefois aucun des dossiers de non-lieu dépouillés n'est en lien avec cet évènement, les soldats jugés pour des délits commis à cette époque n'appartenant pas à cette division.

[77] Cette différence s'explique par le champ de compétence du conseil de guerre de Lyon, beaucoup plus vaste que celui de la 27e division d'infanterie. En effet, les conseils de guerre permanents jugent les hommes qui sont affectés sur le territoire placé sous l'autorité du commandement du général qui dirige la région militaire. Ils peuvent aussi juger des hommes qui, bien qu'affectés à une division d'infanterie, ont commis leur délit ou leur crime sur son territoire ou y ont été arrêtés. Le conseil de guerre de Lyon est compétent pour toute la 14e région militaire qui couvre six départements (Rhône, Isère, Savoie, Haute-Savoie, Drôme et Hautes-Alpes).

a) L'expertise psychiatrique militaire : une pratique qui s'impose progressivement à la faveur du conflit

« Au début, les expertises mentales ont été rares. […] On s'intoxiqua d'autorité. Il faut de l'expérience pour être indulgent »[78]. Plusieurs témoignages confirment ce constat du médecin-major Paul Voivenel, expert auprès du conseil de guerre de la 67e division d'infanterie. La multiplication des travaux qui, dès avant la guerre, ont affirmé la nécessité de faire examiner les prévenus au point de vue mental n'a pas suffi à modifier les pratiques. Le recours à un psychiatre reste perçu comme une perte de temps puisqu'on considère toujours que la folie est forcément manifeste. Le code de justice militaire prévoit d'ailleurs, dans son article 202, que le prévenu doit être considéré comme irresponsable lorsqu'il se trouve « en état de démence au moment de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pas pu résister »[79]. Ces dispositions paraissent suffisantes, d'autant que la justice militaire est appelée à se prononcer rapidement et doit, en temps de guerre, se montrer intransigeante[80]. Cependant, certains médecins alertent très tôt les pouvoirs et l'opinion publics sur les risques encourus. En janvier 1915, le professeur Paul Chavigny signale ainsi, dans la revue *Paris médical*, que les expertises auprès des conseils de guerre restent trop rares[81]. En février 1915, le docteur André Antheaume insiste dans les colonnes du *Journal* sur le danger de « confondre des malades avec de vulgaires délinquants dignes de toutes les rigueurs de la justice militaire »[82]. Les erreurs judiciaires commises durant les deux premières années de la guerre à l'égard de soldats atteints de troubles mentaux démontrent le bien-fondé de ces craintes. L'affaire la plus célèbre est celle de l'artilleur Eugène Bouret[83]. Le 29 août 1914, ce soldat du 48e régiment d'artillerie de campagne est projeté à terre par le souffle d'une explosion. Lorsqu'il se relève, il est incapable de répondre aux questions, se comporte de manière étrange, si bien que le médecin du régiment considère qu'il souffre de démence par commotion cérébrale. Évacué vers un poste de secours, il disparaît et erre pendant plusieurs jours avant d'être retrouvé. Il est jugé par le conseil de guerre de la 28e division d'infanterie

[78] Paul VOIVENEL, « Réflexions sur trois années d'expertises divisionnaires », *Annales médico-psychologiques*, Paris, 1919, p. 56-62.
[79] Cet article est l'équivalent dans le Code de justice militaire de l'article 64 du Code pénal.
[80] La création des conseils de guerre spéciaux par le décret du 6 septembre 1914 atteste de la volonté d'accélérer les jugements.
[81] Paul CHAVIGNY, « Psychiatrie et médecine légale aux armées », art. cit., p. 189.
[82] André ANTHEAUME, « Les cas de folie augmentent du fait de la guerre », *Le Journal*, 4 février 1915, p. 4.
[83] Cette affaire a fait l'objet d'une enquête approfondie : Denis CALLABRE, Gilles VAUCLAIR, *Le fusillé innocent, 1914-1917. La réhabilitation de l'artilleur Eugène Bouret*, Paris, Autrement, 2008.

et, sans avoir été examiné par un psychiatre, est condamné à mort le 7 septembre 1914 puis fusillé pour avoir abandonné son poste devant l'ennemi.

Dans l'ouvrage qu'il consacre aux erreurs judiciaires commises par les tribunaux militaires pendant la guerre, l'avocat Paul Meunier évoque trois autres cas de « fous en conseil de guerre » : tous ont été jugés en 1914 ou en 1915[84]. À cette époque, les centres de psychiatrie de l'avant commencent à peine à s'organiser. Même lorsque le commissaire rapporteur le souhaite, il n'est pas facile de trouver rapidement un psychiatre disponible et expérimenté pour réaliser une expertise[85]. Il faut donc parfois recourir aux services d'un médecin sans compétences en matière de maladies mentales. Le conseil de guerre de la 27e division d'infanterie s'appuie dans un premier temps sur les expertises du médecin-major Lucien Lévy, affecté dans une ambulance. Répétiteur de médecine légale à l'École du Service de santé militaire, il n'est pas déstabilisé par la tâche qui lui incombe, mais on peut supposer que cela n'est pas le cas de tous ceux qui ont eu à produire des expertises dans les premiers temps de la guerre. Par ailleurs, faute d'avoir formé un nombre suffisant d'experts, le Service de santé militaire doit s'appuyer sur des médecins mobilisés, venus du monde civil[86]. Lorsqu'il est étranger à l'armée, il est facile d'opposer au psychiatre, perçu comme un « gêneur », qu'il ne comprend rien à la chose militaire. Dans ces conditions, le discours dominant pèse d'autant plus dans les décisions de l'expert qu'il se trouve en position d'infériorité, a besoin de reconnaissance et baigne dans le patriotisme exacerbé des débuts du conflit.

Dans les premières années de la guerre, la justice militaire suit en effet une ligne répressive particulièrement dure. Pour ne pas se laisser déborder par les actes d'indiscipline et stopper nette toute velléité de désobéissance, le commandement n'hésite pas à faire des exemples[87]. Dans ce but, le décret du 6 septembre 1914 met en place des conseils de guerre spéciaux, habilités à juger en comparution immédiate et sans possibilité de recours les militaires coupables de crimes et arrêtés en flagrant délit. Ce dispositif exclut de fait le

---

[84] Paul MEUNIER, *Les Conseils de guerre. Les Tribunaux militaires durant la guerre : erreurs judiciaires, réformes législatives*, Paris, Olendorf, 1919, p. 142-144.

[85] Le commissaire rapporteur est l'officier chargé de mener l'instruction.

[86] Aucune source n'a permis de dresser une liste exhaustive des experts commis par des conseils de guerre pour examiner des prévenus au point de vue mental. Il est cependant très probable que ces derniers étaient la plupart du temps des médecins civils mobilisés affectés dans les centres de psychiatrie du Service de santé.

[87] Emmanuel SAINT-FUSCIEN, « Énoncer, menacer, montrer : retour sur les exécutions « pour l'exemple » dans les pratiques de commandement de l'armée française de 14-18 », *Guerres mondiales et conflits contemporains*, n° 252, 2012, p. 47-60 ; Vincent SUARD, « La justice militaire française et la peine de mort au début de la Première Guerre mondiale », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, t. 41, janvier-mars 1994, p. 136-144.

recours à l'expertise médicale, comme le montre l'exemple du sergent Jean-Baptiste Bourcier, condamné à mort le 6 mai 1916 par le conseil de guerre spécial du 7e bataillon territorial de chasseurs puis exécuté sans avoir été examiné par un médecin. La veille, alors que son lieutenant avait laissé sous ses ordres un poste avancé à Breifirst, en Alsace, il a disparu pendant une fusillade déclenchée par une fausse alerte. Des soldats ont pris leurs camarades, envoyés chercher des planches, pour des patrouilleurs ennemis. Bourcier est retrouvé à proximité du poste de commandement du chef de bataillon, persuadé ses compagnons ont été anéantis par les Allemands. Il est jugé sur le champ pour abandon de poste. Le caporal Bovet, désigné d'office pour assurer sa défense, souligne durant l'interrogatoire que « l'énormité de sa faute » laisse supposer qu'il a « la tête quelque peu dérangée et que sa mentalité peut être suspectée ». Bourcier est néanmoins condamné à mort. Alors qu'il attend son exécution, il écrit une dernière lettre à son épouse. Celle-ci a été conservée dans son dossier. Pour convaincre sa « Berthe chérie » qu'il n'est pas un lâche, il lui raconte avoir eu des hallucinations dans la tranchée. Le lendemain, à cinq heures du matin, il est conduit au poteau et fusillé[88].

Même lorsque la procédure est moins expéditive et que des experts sont commis pour examiner le prévenu, la coopération entre les psychiatres et la justice militaire est rendue difficile par l'incapacité des médecins à parler un langage susceptible d'être compris et de satisfaire les juges, c'est-à-dire des officiers sans compétences médicales. Prenons l'exemple du soldat Jules Yvé, du 82e régiment d'infanterie, accusé d'abandon de poste en présence de l'ennemi. Le 25 septembre 1914, il a quitté la ligne de feu en plein bombardement. Lors de son interrogatoire, il affirme avoir perdu la tête. Son attitude interpelle le commissaire rapporteur qui se demande s'il a affaire à un « cynique » ou « à un homme profondément déprimé ». Dans son cas, la justice militaire a bien recours à des experts. Elle en sollicite même deux, le médecin aide-major Clovis Vincent, qui appartient au groupe de brancardiers du 5e corps d'armée, et le médecin-major Maurice Boigey, adjoint au directeur du Service de santé du 5e corps d'armée. Le 8 octobre 1914, Clovis Vincent rédige son rapport. Il y expose l'état dans lequel il a trouvé le prévenu et déclare :

> « Il semble qu'il y ait deux interprétations :
>
> 1° Les phénomènes présentés par cet homme sont soumis, ou peuvent être soumis à l'influence de sa volonté.

[88] SHD, conseil de guerre de la 27e division d'infanterie, dossier du soldat Jean-Baptiste Bourcier, 11 J 3195.

2° Les phénomènes présentés par cet homme ne sont pas soumis ou ne peuvent pas être soumis à l'influence de sa volonté. »[89]

Il examine ensuite les arguments en faveur de chaque hypothèse et finit par refuser de trancher, estimant qu'il manque de renseignements pour émettre un avis définitif. Le rapport du médecin-major Maurice Boigey, rédigé le même jour, est nettement plus catégorique : s'il souligne qu'une enquête serait nécessaire, il n'hésite pas à parler de « supercherie », signalant que Jules Yvé ne présente aucun signe d'aliénation mentale et qu'il est « très dangereux au point de vue de la discipline ». Face à ces deux rapports, les juges se prononcent à l'unanimité en faveur de la peine de mort, estimant n'avoir pas les moyens d'appliquer une autre peine. En effet, l'alternative laissée totalement ouverte par Clovis Vincent n'a pas de traduction possible dans le code de justice militaire qui ne reconnaît pas de circonstances atténuantes en temps de guerre et considère l'abandon de poste comme le crime le plus grave[90]. Les juges recommandent toutefois Jules Yvé à la clémence du président de la République. Quelques jours plus tard, la peine est commuée en vingt ans d'emprisonnement et Jules est envoyé à la maison centrale de Lambèse, en Algérie. Par l'intermédiaire de la Ligue des droits de l'homme, il demande à plusieurs reprises la suspension de sa peine[91]. Celle-ci ne lui est accordée qu'en décembre 1921. Il ne retrouve son foyer qu'en février 1922[92].

À partir de la fin de l'année 1915, la généralisation des centres de psychiatrie semble avoir favorisé un recours plus fréquent à l'examen mental des prévenus. Mais cette évolution, ou plutôt ce « revirement » pour reprendre le mot de Paul Chavigny[93], s'explique aussi par l'intervention des pouvoirs publics. Saisi dans différentes affaires, le ministère de la Guerre prend progressivement conscience du problème. Dans le cas de l'artilleur Eugène Bouret, il ordonne une enquête. Celle-ci s'achève au début du mois d'avril 1917. En août, la Cour de cassation réhabilite ce soldat tandis que le ministre Paul Painlevé demande qu'on accorde à sa

---

[89] SHD, conseil de guerre de la 27e division d'infanterie, dossier du soldat Jules E., rapport du médecin Clovis Vincent, 11 J 580.

[90] Comme le rappelle Emmanuel Saint-Fuscien, la loi du 19 juillet 1901 sur les circonstances atténuantes ne s'applique qu'en temps de paix et seulement à certains crimes militaires. Emmanuel SAINT-FUSCIEN, *À vos ordres ? La relation d'autorité dans l'armée française de la Grande Guerre*, *op. cit.*, p. 181.

[91] BDIC, fonds de la Ligue des droits de l'homme, dossier de Jules Yvé, LDH F delta res 196/3356.

[92] AD des Yvelines, registres matricules, bureau de Versailles, classe 1912, matricule 653, 1 R/RM 464.

[93] Paul CHAVIGNY, « Les expertises psychiatriques en temps de guerre. À propos des fugues et de la désertion », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, n° 6, 1917, p. 322.

famille le secours « le plus large possible »[94]. Quelques mois plus tôt, en janvier 1917, une autre enquête a débuté au sujet du soldat Hildevert Marcadet, condamné à mort le 4 décembre 1914 comme déserteur. Elle révèle également que les troubles mentaux du prévenu n'ont pas été pris en considération par le conseil de guerre[95]. Parallèlement, le ministre de la Guerre est sollicité par la Ligue des droits de l'homme au nom de plusieurs familles qui demandent la prise en compte de l'état mental d'un proche condamné par la justice militaire. C'est le cas de Louis Manouvrier, soldat du 56e régiment de chasseurs à pied, condamné à dix ans de réclusion, à cinq ans d'interdiction de séjour et à la dégradation militaire pour avoir dérobé le portefeuille de son caporal. En juin 1916, son épouse s'adresse au ministre, avec le soutien de la Ligue, pour demander que son mari soit examiné par un psychiatre et que le jugement soit révisé. Un an plus tard, la Cour de cassation annule le jugement du conseil de guerre[96]. Louis Manouvrier se trouve alors à l'asile de Fleury-les-Aubrais (Loiret), où il est interné pour paralysie générale. Le médecin-directeur de l'établissement fournit un certificat médical attestant qu'il se trouvait en état de démence lors du vol qu'il a commis[97].

La publicité grandissante faite dans la presse aux erreurs commises par les conseils de guerre embarrasse le gouvernement et l'armée. Le retentissement de l'affaire Bouret est national. Le 6 août 1917, *L'Œuvre* n'hésite pas à annoncer la réhabilitation de l'artilleur Bouret dans un article intitulé « Ce jugement fut un crime », qui plus est rédigé par un général en retraite, Martial Justin Verraux[98]. Ce titre, ainsi que plusieurs passages de l'article sont publiés en dépit de la censure qui les avait supprimés. L'article appelle le ministre de la Guerre à sanctionner les juges qui ont condamné Eugène Bouret, demande reprise à la Chambre par les députés de gauche. La portée de ces affaires doit être évaluée en tenant compte du contexte dans lequel elles surviennent. Au même moment, d'autres scandales éclatent et les recours en révision se multiplient. Les députés réclament plus de garanties pour les prévenus puis, en août 1916, désignent une commission de contrôle de la justice militaire composée des députés Maurice Braibant, Paul Meunier et Ernest Lafont. Au cours de leur enquête, ces derniers examinent le fonctionnement des conseils de guerre dans le détail, y

[94] AN, Pierrefitte-sur-Seine, fonds Paul Painlevé, 313 AP/148.
[95] Jean-Yves LE NAOUR, *Fusillés. Enquête sur les crimes de la justice militaire*, Paris, Larousse, 2010, p. 220.
[96] BDIC, fonds de la Ligue des droits de l'Homme, dossier de Louis Manouvrier, LDH F delta res 196/5193. Le dossier de jugement du Louis Manouvrier est conservé au SHD sous la cote 11 J 2060.
[97] Voir le *Bulletin des arrêts de la cour de cassation*, t. 122, n° 7, juillet 1917, p. 284-285.
[98] Général VERRAUX, « Ce jugement fut un crime », *L'Œuvre*, 11 août 1917.

compris la question des examens mentaux[99]. Leurs travaux aboutissent au vote de la loi du 26 avril 1916 qui supprime les conseils de guerre spéciaux, permet d'appliquer les circonstances atténuantes et de prononcer des peines avec sursis. Deux mois plus tôt, une circulaire du Grand Quartier Général avait ordonné le recensement dans toutes les armées des militaires qui, du fait de leur profession ou de leur formation dans le civil, pouvaient être considérés comme les plus aptes à exercer la fonction de défenseur[100]. Cette mesure contribue à la professionnalisation progressive des conseils de guerre. Même si elle suscite des réticences très fortes au sein du commandement[101], cette évolution de la justice militaire semble inévitable : alors que la guerre s'éternise et que la lassitude des combattants devient de plus en plus manifeste, la solution répressive atteint ses limites[102].

Le contexte est donc favorable à un recours plus fréquent à l'expertise psychiatrique[103] et plusieurs dispositions sont prises au plus haut niveau pour l'encourager. Le 12 novembre 1916, le général commandant-en-chef Joffre recommande ainsi aux commissaires rapporteurs d'ordonner une expertise dès que la santé mentale d'un prévenu paraît douteuse[104]. Le 15 mars 1917, le sous-secrétaire d'État au Service de santé militaire Justin Godart rédige lui aussi une circulaire soulignant l'importance de l'expertise psychiatrique au regard de la gravité des peines encourues. Il insiste sur le rôle des médecins des centres de psychiatrie auquel incombe désormais l'examen des prévenus. Le 22 octobre 1917, soit trois mois après l'ouverture d'une enquête officielle dans l'affaire Bouret[105], le Grand quartier général insiste à son tour auprès des commissaires rapporteurs pour qu'ils demandent un examen psychiatrique des prévenus « toutes les fois que des doutes peuvent s'élever sur la responsabilité de l'inculpé ». Les circonstances dans lesquelles l'attention doit se porter sur l'état mental des prévenus sont énumérées et les commissaires rapporteurs sont invités à tenir compte d'une série de critères

---

[99] Voir le « Compte-rendu sommaire du chef de bataillon Lambert, commissaire du gouvernement près le Conseil de révision de la 5e armée au sujet de la visite de M. le député Ernest Lafond », conservé au SHD sous la cote 16 N 908 et cité dans André BACH, *Justice militaire*, Paris, Vendémiaire, 2013, p. 286-287.

[100] Voir Sébastien OTTAVI, Thierry SARMANT (dir.), *Guide des sources de l'histoire de la justice militaire pendant la Première Guerre mondiale*, Ministère de la Défense, Service Historique, 2001, p. 6.

[101] Voir André BACH, *Justice militaire*, *op. cit.*, p. 297-310.

[102] Emmanuel SAINT-FUSCIEN, *À vos ordres ? La relation d'autorité dans l'armée française de la Grande Guerre*, *op. cit.*, p. 237-240 ; Odile ROYNETTE, « Les conseils de guerre en temps de paix entre réforme et suppression », *Vingtième siècle. Revue d'histoire*, n° 73, 2002, p. 40.

[103] Pour une approche quantitative du phénomène, il faudrait étudier un nombre plus important de dossiers de non-lieux et prendre en compte des dossiers de condamnations.

[104] Voir Augustin CHAMBON, *Les expertises psychiatriques près les Conseils de guerre des armées en campagne*, thèse soutenue devant la faculté de médecine de Bordeaux, 1918, p. 18-19.

[105] On note l'enchaînement chronologique de ces deux événements sans qu'aucune archive ne permette d'établir un lien entre eux.

afin d'éviter une interprétation trop restrictive de l'article 202 du code de justice militaire : « ses antécédents héréditaires ou pathologiques, […] sa manière d'être ou de son attitude générale, […] son intelligence manifestement trop inférieure à la moyenne, […] sa parenté très proche avec des êtres anormaux, ou même […] son état de dépression physique et morale au moment de l'infraction »[106].

Au lendemain de la guerre, les psychiatres se félicitent des progrès accomplis. On peut d'ailleurs constater que toutes les réhabilitations prononcées après l'armistice au sujet d'individus atteints de troubles mentaux, ou considérés comme tels, concernent des jugements rendus dans les deux premières années du conflit[107]. De même, le dépouillement des arrêts de la Cour de cassation montre que les jugements cassés datent de la période qui va de septembre 1914 à juillet 1916[108]. Cependant, toutes les revendications n'ont pas été entendues. Reprenant le vœu déjà exprimé à de multiples reprises avant la guerre, les psychiatres réclament que l'examen mental des prévenus devienne obligatoire[109]. En effet, pendant toute la guerre, celui-ci reste à l'initiative du commissaire rapporteur qui peut seul décider de commettre ou non un expert. C'est d'ailleurs derrière cet argument que se retranche le défenseur du soldat Alfred Loche, fusillé le 11 novembre 1914, lorsqu'on lui demande pourquoi il n'a pas demandé qu'il soit procédé à son examen mental : « je suis persuadé qu'on me l'aurait refusé », affirme-t-il[110]. C'est ce qui est arrivé dans le cas du soldat Pierre T. condamné par le conseil de guerre de la 7e région le 24 décembre 1915 à deux ans de travaux publics pour désertion. Le 26 juin 1917, la Cour de cassation casse et annule le jugement, précisant que les conclusions du défenseur demandant l'examen mental du prévenu ont été rejetées à la majorité de cinq voix contre deux. Reconnu coupable, Pierre T. a vu sa peine suspendue mais, quelques jours après avoir rejoint son dépôt, il s'est à nouveau absenté sans

---

[106] Augustin CHAMBON, *Les expertises psychiatriques près les Conseils de guerre des armées en campagne*, *op. cit.*, p. 19.

[107] La Cour de justice spéciale est instituée par la loi du 9 mars 1932. Elle est chargée de réviser les jugements rendus pendant la guerre. Elle fonctionne entre mai 1933 et janvier 1935 et prononce la réhabilitation de plusieurs soldats atteints de troubles mentaux : Joseph Gabrielli, Camille Chemin, Jean-Baptiste Bourcier, Alfred Loche et Élie Lescop. Les arrêts sont publiés dans le *Journal officiel*. Les dossiers de ces soldats, conservés au SHD, sont désormais consultables à partir de la base des fusillés de la Première Guerre mondiale en ligne sur le site memoiredeshommes.sga.defense.gouv.fr. Le cas de Joseph Gabrielli a inspiré à Tardi l'histoire du soldat Luciani dans la bande dessinée *C'était la guerre des tranchées* publiée en 1993.

[108] Par ailleurs, la Cour de cassation annule, en 1920 et en 1921, deux jugements rendus par les conseils de guerre en 1919 parce qu'il n'a pas été tenu compte de l'état mental des prévenus : Voir *Bulletin de la Cour de cassation*, t. 125, n° 2, février 1920 et t. 126, n° 6, juin 1921, p. 445-446.

[109] Voir Chapitre 1, I, 2, a.

[110] SHD, conseil de guerre de la 30e division d'infanterie, dossier d'Alfred Loche, 11 J 1165.

autorisation et a dû être dirigé sur l'asile d'aliénés de Bourg-en-Bresse (Ain)[111]. La requête du défenseur a également été rejetée lors du jugement du soldat Pierre S. par le conseil de guerre de la 131e division d'infanterie, le 16 mars 1916, alors que sa demande était appuyée par deux certificats attestant que ce soldat avait été traité pour des troubles psychiques en 1901 et 1902[112].

La plupart des dossiers n'indiquent pas précisément la raison pour laquelle un expert a été sollicité. L'attitude du prévenu en prison et lors de son interrogatoire, les témoignages de ses camarades ainsi que ceux de ses proches sollicités lors de l'enquête de gendarmerie suffisent le plus souvent à suspecter des troubles mentaux. Dans 40 cas sur 138 pour le conseil de guerre de Lyon et 5 sur 22 pour celui de la 27e division d'infanterie, la famille déclare que le prévenu ne possède pas toutes ses facultés mentales ou a souffert d'une maladie psychiatrique par le passé. Parents, épouses, frères et sœurs s'adressent parfois directement au commissaire rapporteur pour réclamer un examen[113]. Le 29 février 1914, la mère du soldat Paul N. écrit ainsi :

> « Depuis quelque temps m'écrit tout dernièrement sa femme, qui habite Paris, Paul lui écrivait des lettres bizarres et lui a même écrit plusieurs fois qu'il se sentait devenir fou. Mon fils n'a jamais eu l'idée de déserter. Cette absence inconcevable au dépôt doit être mise sur le compte d'un véritable dérangement cérébral et je viens vous prier de vouloir bien obtenir que mon malheureux fils soit visité par un docteur spécialiste […] »[114]

Les antécédents du prévenu sont également des indices susceptibles de motiver l'expertise. Il s'agit à la fois d'antécédents médicaux (15 des individus présentés devant le conseil de guerre de Lyon et 5 de ceux qui comparaissent devant celui de la 27e division d'infanterie ont été internés dans un asile d'aliénés) et des antécédents judiciaires. Dans les cas qui nous intéressent, l'échec de la justice militaire est rendu visible par la répétition des procédures disciplinaires à l'encontre des mêmes soldats : 8 des prévenus du conseil de guerre de la 27e division d'infanterie et 15 de ceux du conseil de guerre de Lyon ont déjà comparu devant un conseil de guerre. Certains rapports dressent d'impressionnantes listes de sanctions. Le soldat Alexandre S. par exemple, conducteur au 14e escadron du train, inculpé de désertion et examiné par Jean Lépine en juin 1916, compte à son actif 51 jours de cellule et 226 jours de

[111] *Bulletin des arrêts de la Cour de cassation*, t. 122, n° 7, juillet 1917, p. 306-308.
[112] *Bulletin des arrêts de la Cour de cassation*, t. 124, n° 6, juin 1919, p. 253-255.
[113] Seuls 8 dossiers du conseil de guerre de Lyon attestent d'une telle démarche. Tous concernent des affaires dans lesquelles le non-lieu a été prononcé après 1916. En raison de leur petit nombre, il est impossible de dire si ces interventions signifient que les familles sont mieux au fait des droits des prévenus.
[114] SHD, conseil de guerre de Lyon, dossier du soldat Paul N., 10 J 1547.

prison pour 13 absences illégales, ainsi que 2 séjours dans une compagnie de discipline. Il a déjà été condamné le 4 décembre 1914 à 3 ans de travaux publics pour désertion mais a bénéficié d'un sursis[115].

Enfin, avant même la consultation du dossier ou l'intervention de la famille, le commissaire rapporteur est souvent averti par les chefs militaires qui signalent l'état mental douteux du prévenu. C'est le cas dans 23 dossiers du conseil de guerre de Lyon et 5 du conseil de guerre de la 27e division d'infanterie. Le soldat Ferdinand T., du 52e régiment d'infanterie, accusé d'abandon de poste en août 1915, est décrit par le lieutenant de sa compagnie comme « sans énergie et sans volonté ». Son caporal affirme qu'il lui arrivait de rester de longs moments assis dans la tranchée, hébété et incapable de répondre aux questions. Dans la plainte qui le conduit devant le conseil de guerre, on peut lire :

> « [T.] ne paraissait pas dans son état d'esprit normal […] il ne paraît pas responsable et est d'après les renseignements recueillis sujet à des troubles mentaux passagers […] son cas paraît relever des médecins plutôt que des juges. »[116]

b) Le rôle de l'expertise psychiatrique dans la construction du jugement

Quel est le rôle des médecins et dans quelle mesure participent-ils à la construction du jugement ? Pendant la guerre, les publications visant à guider la pratique des experts, leur permettre de gagner en efficacité et donc de peser sur la décision des juges, se multiplient[117]. La rédaction du rapport est toujours identifiée comme l'étape cruciale du travail de l'expert. Petit à petit, celle-ci s'uniformise : tous les rapports suivent un plan similaire et comportent les mêmes passages obligés[118]. Mieux au fait de leur responsabilité, les experts apprennent surtout à formuler leur opinion en tenant compte des attentes de leurs interlocuteurs. Les conclusions, dont le professeur Jean Lépine rappelle qu'elles doivent être « très nettes, très courtes et très fermes »[119], prennent toujours la forme d'un paragraphe clairement identifiable, résumant en quelques mots la position de l'expert et ne laissant aucune place à

---

[115] SHD, conseil de guerre de Lyon, dossier du soldat Alexandre S., 10 J 1548.
[116] SHD, conseil de guerre de la 27e division d'infanterie, dossier du soldat Ferdinand T., 11 J 1094.
[117] Dans l'ouvrage qu'il publie en 1917, Jean Lépine consacre une trentaine de pages à la justice militaire. Voir Jean LÉPINE, *Troubles mentaux de guerre, op. cit.*, p. 133-167.
[118] Le modèle n'est pas fixé pendant la guerre, il est apparu bien avant dans la justice civile. Sur ce point, voir Laurence GUIGNARD, *Juger la folie, op. cit*. Néanmoins, dans l'urgence des premiers temps et parce que tous les médecins sollicités ne sont pas habitués aux expertises, il n'est pas toujours suivi. C'est du moins ce que donnent à penser les premiers rapports établis pour le conseil de guerre de la 27e division d'infanterie.
[119] Jean LÉPINE, *Troubles mentaux de guerre, op. cit.*, p. 142.

l'interprétation. Le reste du rapport, long de deux à trois pages, doit démontrer que l'expert s'est attaché à prendre connaissance de l'affaire dans les moindres détails. On mesure les progrès accomplis lorsqu'on compare les rapports des années 1916 à 1918 à ceux établis en 1914 au sujet du soldat Jules E. par Clovis Vincent et Maurice Boigey. Ces derniers sont nettement plus courts, les deux médecins ayant dû se résigner à signaler que les antécédents du soldat étaient « inconnus » ou qu'il n'avait « pas été possible d'obtenir de renseignements sur sa manière de servir »[120]. Petit à petit, il devient de plus en plus fréquent que les experts commis par les conseils de guerre de l'arrière sollicitent des enquêtes de gendarmerie afin d'éclaircir tel ou tel point. Ils peuvent ainsi pallier les lacunes d'une instruction trop expéditive et se voient déléguer une partie des pouvoirs dévolus au commissaire rapporteur. Le médecin-major Georges Chocreaux[121], appelé en août 1918 à examiner le soldat Eugène E., n'hésite pas à écrire dans son rapport que « le dossier de procédure qui [lui] a été communiqué n'est pas copieux […] » et qu'il lui a fallu procéder « à un examen direct minutieux, à un interrogatoire serré et à une observation prolongée » du prévenu. Cinq mois plus tôt, dans l'affaire du soldat Albert S., il fait verser au dossier de procédure « huit pièces constituant une sorte de dossier médical »[122]. Les psychiatres ont donc les moyens mais aussi le temps de réaliser un examen approfondi, sa durée n'étant fixée par aucune règle et variant en fonction de l'expert et du prévenu[123]. Même si la plupart des rapports ne fournissent pas d'indication à ce sujet, certains exemples montrent que l'observation du malade peut prendre plusieurs semaines à plusieurs semaines. Dans celui que rédige le médecin-major Georges Chocreaux à propos du soldat Auguste N., on peut lire : « Dès la première compulsion du dossier il apparaît que cette expertise devra être longue et minutieuse et que les conclusions découleront surtout de l'observation du sujet bien plus que de son examen et de son interrogatoire. »[124]. Le soldat Henri T., inculpé de désertion et jugé par le conseil de guerre de la 27e division d'infanterie, est quant à lui examiné par l'expert, qui n'est autre que Jean Abadie, entre le 10 décembre 1916 et le 10 février 1917[125]. Pour mener à bien son travail, le

[120] SHD, conseil de guerre de la 27e division d'infanterie, dossier du soldat Jules E., 11 J 580.
[121] Georges Chocreaux est médecin-chef de l'asile de Lommelet (Nord). Pendant la guerre, il est affecté au service central de psychiatrie de la 14e région militaire et est régulièrement commis comme expert auprès du conseil de guerre de Lyon.
[122] SHD, conseil de guerre de Lyon, dossier du soldat Albert S., 10 J 1557.
[123] Pour un même conseil de guerre, l'expert psychiatre commis change assez régulièrement, en fonction des disponibilités de chacun, des changements d'affectation et de la nécessité de se partager une tâche relativement lourde. Quatre psychiatres sont sollicités par le conseil de guerre de Lyon entre 1915 et 1918, six par le conseil de guerre de la 27e division d'infanterie.
[124] SHD, conseil de guerre de Lyon, dossier du soldat Auguste N., 10 J 1552.
[125] SHD, conseil de guerre de la 27e division d'infanterie, dossier du soldat Henri T., 11 J 1095.

psychiatre peut d'ailleurs, lorsque le soldat se trouve en prison, réclamer son transfert dans un centre de psychiatrie ou dans un hôpital militaire.

Fort de l'observation du prévenu et de l'ensemble des éléments réunis à son sujet, l'expert rédige un rapport qui prend la forme d'un récit explicatif. Il expose son point de vue sur un ton objectif, tout en racontant une histoire : celle du prévenu, depuis sa naissance jusqu'au jour de son inculpation. Il ne se limite donc pas à proposer une interprétation des faits pour lesquels le conseil de guerre est convoqué, mais s'emploie à resituer ceux-ci dans un parcours de vie. Dans le cas où l'expert estime que le prévenu est irresponsable et veut en convaincre les juges, l'objectif est de mettre en lumière ses antécédents éventuels et d'établir s'il existe une prédisposition, un terrain ou une constitution à même d'expliquer la faute commise. Mais cette étape ne suffit pas, d'autant qu'elle n'est pas toujours concluante. L'expert doit aussi démontrer aux juges que le comportement qu'ils considèrent inacceptable est pathologique. Pour ce faire, il substitue à l'interprétation militaire une interprétation médicale. Ce changement de registre aboutit parfois à proposer une nouvelle désignation des faits. La désertion par exemple, principal motif de comparution devant la justice militaire[126], devient une « fugue pathologique »[127].

Comme l'a observé Stéphanie Dupouy, le discours psychiatrique explique des comportements qui vont à l'encontre des valeurs morales et des représentations traditionnelles de la masculinité et les présente comme les symptômes d'états maladifs[128]. Dans cette optique, les recherches sur les émotions trouvent une application pratique. La « peur morbide » fait notamment l'objet de plusieurs travaux[129]. Présentée comme le fruit d'une constitution émotive ou comme le produit d'une émotion-choc, selon que l'on rejette ou non l'idée d'une prédisposition, elle dédouane les individus des fautes qu'ils commettent sous son emprise. Aux yeux de Paul Voivenel, le combattant qui cède à la peur n'est pas un lâche mais bien un malade face auquel la justice militaire doit faire preuve d'indulgence. Telle est la conclusion qu'il parvient à faire adopter à l'unanimité par les membres de la Société médico-

[126] Voir Emmanuel SAINT-FUSCIEN, *À vos ordres ? La relation d'autorité dans l'armée française de la Grande Guerre*, *op. cit.*, p. 141.

[127] Le concept n'est pas nouveau puisque la fugue est une entité connue depuis de nombreuses années. Voir Ian HACKING, *Les fous voyageurs*, *op. cit.*

[128] Stéphanie DUPOUY, « La vérité troublée. Georges Dumas, psychiatre du front », *in* Christophe PROCHASSON, Anne RASMUSSEN (dir.), *Vrai et Faux dans la Grande Guerre*, Paris, La Découverte, 2004, p. 250.

[129] Louis RENON, « L'angoisse de guerre. Son traitement », *Bulletin général de thérapeutique*, n° 168, 1916, p. 785-791 ; Florentin PACTET, Joseph BONHOMME, « Deux observations de peur invincible chez les combattants », *Annales médico-psychologiques*, n° 8, 1917, p. 375-380 ; Paul VOIVENEL, Louis HUOT, *Le courage*, Paris, Alcan, 1917 ; Benjamin LOGRE, Albert DEVAUX, *Les Anxieux. Étude clinique*, Paris, Masson, 1917.

psychologique en janvier 1918 [130] . Peut-on pour autant considérer que cette « pathologisation » des émotions protège les soldats ? Cette idée doit être nuancée. Tout d'abord, l'expertise psychiatrique d'un individu n'aboutit pas toujours à le déclarer irresponsable. Raoul Benon par exemple conclut à la responsabilité de 153 des 300 prévenus qu'il a été appelé à examiner par le conseil de guerre de la 11e région militaire entre octobre 1914 et septembre 1918[131] . C'est également le cas dans 77 des 109 cas expertisés par Maurice Ducosté de septembre 1915 à mars 1918[132]. Par ailleurs, déclarer un prévenu irresponsable ne signifie pas demander sa réforme et donc le soustraire à l'armée, comme nous le verrons par la suite. Reste que l'expertise peut éviter la condamnation qui, dans certains cas, équivaut à la mort.

Quel qu'il soit, il semble en effet que l'avis du psychiatre joue un rôle décisif. Les dossiers étudiés confirment le processus de « transfert de responsabilité » identifié par Sophie Delaporte dans le cas des expertises relatives à des mutilations volontaires[133]. Antoine Porot et Angelo Hesnard n'hésitent pas à affirmer que l'expert possède « une délégation formelle de l'autorité […] » et que « son mandat est celui d'un arbitre, donc d'un juge »[134]. C'est aussi ce qu'explique René de Planhol, défenseur auprès d'un conseil de guerre entre juin 1915 et septembre 1916 :

> « […] le commissaire-rapporteur recueille l'avis des médecins et le conseil s'écarte rarement de leur expertise : il a, en tant que militaire, le respect des gens compétents, et c'est eux en somme, spécialistes, qui assument la responsabilité du verdict. »[135]

Certes, le fait d'avoir appuyé l'analyse sur des dossiers de non-lieu crée un biais qu'il faut prendre en considération. On aurait cependant pu imaginer que les rapports soient discutés, voire que les juges demandent des contre-expertises. Or on ne rencontre jamais ce cas de figure. Il est vrai que ces dossiers ne permettent pas d'accéder à l'ensemble du processus décisionnel : les débats oraux nous échappent. D'autre part, bien que les psychiatres

---

[130] Société médico-psychologique, séance du 28 janvier 1918, *Annales médico-psychologiques*, 1918, p. 283-308.
[131] ASSM, centre de documentation du Val-de-Grâce, rapport du docteur Raoul Benon sur le fonctionnement du centre de psychiatrie de la 11e région militaire, septembre 1918, A 75.
[132] Maurice DUCOSTÉ, « Sur quelques expertises psychiatriques aux armées », *Annales médico-psychologiques*, n° 11, 1919, p. 518.
[133] Sophie DELAPORTE, « Simulation et discours médical », *in* Christophe PROCHASSON, Anne RASMUSSEN (dir.), *Vrai et Faux dans la Grande Guerre*, *op. cit.*, p. 218-233.
[134] Antoine POROT, Angelo HESNARD, *L'expertise psychiatrique militaire*, Paris, Masson, 1918, p. 77.
[135] René DE PLANHOL, *La justice aux armées. Chronique d'un conseil de guerre au front (1915-1916)*, Paris, Attinger Frères, 1918, p. 149.

qui témoignent de leur expérience en tant qu'experts se disent tous satisfaits, tel Paul Voivenel qui affirme avoir « été pratiquement le maître de la peine »[136], il faut sans doute être prudent. La parole des psychiatres est plus écoutée et mieux respectée mais les réticences et les tensions ne disparaissent pas. Dans une lettre adressée au général commandant en chef le 14 juillet 1918, le général commandant la 2e armée n'hésite d'ailleurs pas à dénoncer l'attitude des experts psychiatres qui font, selon lui, « échapper un grand nombre d'inculpés à toute poursuite judiciaire »[137]. Il n'est pas le seul à le penser, comme le montre le témoignage de Raymond Mallet, chef du centre de psychiatrie de la 4e armée. Voici comment Mallet raconte la visite d'un général venu inspecter son service[138] :

> « […] le général explique qu'il commande toujours, non plus à une division d'Infanterie, mais à 30 000 lits, et qu'il vient voir le service de "celui qui trouve tout le monde fou" ; il a lu des rapports destinés au Conseil de guerre et il n'a pas souvent partagé l'avis du médecin expert. »[139]

Le dépouillement des dossiers de condamnation permettrait peut-être de repérer des situations de conflit entre les experts psychiatres, le commandement militaire et les conseils de guerre. Il est possible d'en donner un premier aperçu à partir des cas dans lesquels on suspecte le prévenu de simuler des troubles mentaux ou de s'être volontairement mutilé.

c) Simulation et mutilations volontaires

La psychiatrie de guerre est aujourd'hui souvent assimilée à la traque des simulateurs[140]. Pendant le conflit, la simulation serait devenue une obsession des psychiatres qui, dans leur grande majorité, refuseraient de reconnaître les troubles mentaux des soldats qui se présentent devant eux. Une analyse attentive des sources révèle une réalité bien plus complexe. Tout d'abord, la simulation n'est pas une préoccupation nouvelle. Elle retient

---

[136] Paul VOIVENEL, « Réflexions sur trois années d'expertises divisionnaires », *Annales médico-psychologiques*, n° 11, 1919, p. 56-62.
[137] ASSM, centre de documentation du Val-de-Grâce, lettre du général commandant la 2e armée au général commandant en chef, 14 juillet 1918, carton A 229.
[138] Cette visite n'est malheureusement pas datée.
[139] Raymond MALLET, *Le pavillon H*, *op. cit.*, p. 24. Ce témoignage est publié trois ans après la guerre sous la forme d'un roman. Le genre offre à Raymond Mallet une liberté de ton qui trouve difficilement sa place dans un article scientifique. Cela peut expliquer qu'il décrive sa collaboration avec la justice militaire dans des termes moins positifs que Paul Voivenel par exemple.
[140] On oublie d'ailleurs que la question de la simulation n'est pas propre à la psychiatrie, mais qu'elle concerne aussi d'autres disciplines, notamment l'oto-rhino-laryngologie. Voir Sophie DELAPORTE, « Simulation et discours médical », *in* Christophe PROCHASSON, Anne RASMUSSEN (dir.), *Vrai et Faux dans la Grande Guerre*, *op. cit.*, p. 218-233.

depuis longtemps l'attention des médecins, comme le démontre l'historique établi en 1868 par Edmond Boisseau, professeur agrégé au Val-de-Grâce, situant l'origine de la simulation des maladies dans un épisode de la Genèse[141]. À la fin du XIXe siècle, cette question occupe principalement les médecins militaires qui considèrent que la simulation est particulièrement fréquente dans l'armée. Pour échapper au service, les conscrits tenteraient par tous les moyens de se faire exempter, réformer ou hospitaliser, quitte à se faire passer pour fous. Après la promulgation de la loi du 9 avril 1898 sur l'indemnisation des accidents du travail, la question de la simulation prend une importance nouvelle dans la médecine civile. On remarque en effet que les accidentés ont tendance à guérir une fois la pension d'invalidité accordée. Dès lors, comment savoir s'ils ne font pas semblant d'être malades ou s'ils n'exagèrent pas leurs troubles ? Cette question, posée au même moment dans plusieurs pays d'Europe, suscite d'importants débats[142]. En France, ceux-ci viennent alimenter la polémique suscitée par le modèle des névroses traumatiques défini par Jean-Martin Charcot. Après la mort de ce dernier en 1893, ses successeurs s'emploient en effet à remettre en cause sa doctrine. Si des interprétations multiples se développent et s'affrontent, la thèse de l'origine psychique de l'hystérie est désormais privilégiée[143] et certains vont jusqu'à mettre en doute la réalité des troubles observés. Le docteur Joseph Babinski, élève de Charcot, considère ainsi que de nombreux cas de simulation ont été considérés à tort comme relevant de l'hystérie et attribue aux malades qu'il appelle « pithiatiques » la capacité de faire apparaître des symptômes de troubles mentaux à force de se persuader qu'ils en sont atteints. Invitant ses confrères à épouser son point de vue, il estime qu'il sera désormais possible de « faire obstacle aux abus que la loi sur les accidents du travail a engendrés et dont la conception ancienne de l'hystérie était une des responsables »[144].

Toutefois, les discussions autour de la simulation ne débouchent sur aucun consensus au sein de la communauté médicale. C'est ce que souligne la vaste étude conduite par Paul Chavigny en 1903, dont il publie les résultats dans un ouvrage intitulé *Diagnostic des maladies simulées dans les accidents du travail et devant les conseils de révision et de*

---

[141] « Le premier fait de maladie simulée relaté dans les annales du monde se trouve dans la Genèse et, ce qui ne surprendra peut-être pas beaucoup, une fille d'Ève en est l'auteur ». Edmond BOISSEAU, « Aperçu historique sur les maladies simulées », *L'Union médicale*, n° 6, 1868, p. 44.

[142] Voir Paul LERNER, Mark S. MICALE (dir.), *Traumatic Pasts, op. cit.*

[143] Je résume ici des débats complexes dont les tenants et les aboutissants ont été analysés par Nicole Edelman : Nicole EDELMAN, *Les métamorphoses de l'hystérique, op.cit.*, p. 263-283.

[144] Joseph BABINSKI, « Démembrement de l'hystérie traditionnelle. Pithiatisme », *La Semaine médicale*, 1909, p. 27.

réforme de l'armée et de la marine[145]. Dans ce livre, qui fait de lui un spécialiste incontesté de la simulation en France, à la fois dans le monde civil et militaire, il reconnaît avoir rencontré peu de simulateurs :

> « Presque toujours, les grands simulateurs sont des malades, le nombre des véritables exagérateurs même n'est pas considérable […] beaucoup d'individus qui passaient jadis, et qui passent encore parfois actuellement pour des simulateurs sont des aliénés, des névrosés ou des déséquilibrés, plus justiciables du médecin que du tribunal. »[146]

Avec la guerre, les débats prennent une nouvelle ampleur. Psychiatres et neurologues, pris de cours par l'afflux de malades, sont préparés à suspecter la simulation. Les débats sur les accidentés du travail sont en effet dans toutes les mémoires et il paraît logique que les mobilisés cherchent à se soustraire à leur devoir, comme le soulignait déjà Edmond Boisseau avant la guerre de 1870 : « Lorsqu'une grande guerre éclate, le nombre de simulations augmente immédiatement dans des proportions très notables, et en présence de l'ennemi, plus d'un, sentant son courage faiblir, songe à recourir à la fraude pour échapper au danger »[147]. En 1914, la méfiance des neurologues et des psychiatres est d'autant plus forte qu'une véritable « embuscomanie » s'est emparée du pays. Les hôpitaux constituent avec les usines et les dépôts les lieux les plus fréquemment suspectés de servir de repère aux lâches qui veulent échapper à leur devoir[148]. Jean-Yves Le Naour estime que la simulation reste une préoccupation centrale jusqu'en 1916, avant que les médecins ne finissent par reconnaître qu'elle ne concerne qu'un nombre très marginal de cas[149]. L'évolution de leur discours suivrait donc la chronologie établie par Charles Ridel à propos de la rumeur sur les embusqués, celle-ci s'essoufflant après la bataille de Verdun[150]. Pour les psychiatres et les neurologues, comme pour l'ensemble de l'opinion publique, l'année 1916 marque

---

[145] Paul CHAVIGNY, *Diagnostic des maladies simulées dans les accidents du travail et devant les conseils de révision et de réforme de l'armée et de la marine*, Paris, Baillière, 1903, p. 72-83.
[146] *Ibid.*, p. 506.
[147] Edmond BOISSEAU, « Quelques considérations sur les maladies simulées, en particulier dans l'armée », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, n° 31, 1869, p. 340.
[148] Charles RIDEL, *Les embusqués*, Paris, Armand Colin, 2007, p. 45.
[149] Jean-Yves LE NAOUR, *Les soldats de la honte*, *op. cit*., p. 66.
[150] Charles Ridel y voit plusieurs raisons : la bataille de Verdun démontre que la production d'armement et de munitions est une priorité absolue. Par conséquent, les hommes mobilisés dans les usines n'apparaissent plus comme des embusqués mais comme une main-d'œuvre indispensable. Le bilan humain de cette bataille, l'ampleur des pertes, rendent la dénonciation de l'embusquage déplacée, voire insultante. La chasse à l'embusqué est désormais perçue comme une obsession ridicule, d'autant que l'action du gouvernement de Clémenceau convainc l'opinion publique que le pouvoir traite le problème avec une grande fermeté. Enfin, les évènements politiques et diplomatiques de 1917 contribuent à reléguer au second plan la rumeur sur les embusqués. Voir Charles RIDEL, *Les embusqués*, *op. cit.*, p. 119-153.

certainement un tournant important. Les Français savent désormais que le conflit sera long, d'un type résolument nouveau et terriblement meurtrier. Il est néanmoins difficile de démontrer qu'il se produit une inflexion nette, tant les positions sur la question divergent dès l'entrée en guerre. En mars 1915, lors d'une réunion de la Société de neurologie, les professeurs Jules Déjerine[151] et Gilbert Ballet[152] prennent déjà leurs distances avec les thèses de Joseph Babinski. Selon eux, la simulation des troubles nerveux reste rare parmi les militaires et son dépistage repose sur des procédés fragiles. Le professeur Pierre Marie appelle quant à lui à distinguer les simulateurs des malades qui entretiennent ou exagèrent leurs troubles et dont la conduite doit être considérée comme pathologique[153]. Le 21 octobre, une nouvelle réunion est organisée dans le but de définir une position commune[154]. Cette séance, qui se tient en « comité secret », est parfois mentionnée pour appuyer la thèse de l'omniprésence de la simulation dans le discours médical[155]. Or cette analyse est discutable dans la mesure où aucun compte rendu des discussions n'a été publié et que le bref résumé des discussions paru dans la *Revue neurologique* ne présente pas la simulation comme une pratique courante. On y lit certes que certains militaires exagèrent ou laissent volontairement perdurer leurs troubles mais aussi que les simulateurs sont « extrêmement rares ». Les membres de la Société se montrent donc très prudents :

> « […] La disparition rapide de certains troubles nerveux […] soit spontanément, soit à la suite de la persuasion accompagnée ou non de manœuvres thérapeutiques appropriées, ne saurait autoriser à affirmer que le sujet qui présentait ces troubles n'était qu'un simulateur. Plus nombreux sont les cas où la simulation peut simplement être suspectée. » [156]

Le premier vœu émis à la suite de cette réunion consiste à réclamer la généralisation des centres de neuropsychiatrie d'armée : débattre autour de la simulation permet surtout de faire reconnaître l'expertise des neurologues et des psychiatres en utilisant des arguments que le Service de santé militaire est en mesure d'apprécier. En décembre 1915, Paul Sollier constate l'existence de deux courants parmi les neurologues : pour les uns, la simulation est

---

[151] Jules Déjerine dirige avec le professeur Pierre Marie le service des lésions traumatiques du système nerveux à l'hôpital de la Salpêtrière.

[152] Gilbert Ballet est titulaire de la chaire de clinique des maladies mentales et de l'encéphale de 1909 à 1916. Il dirige, à partir d'avril 1915, le service des psychonévroses installé dans les bâtiments de l'asile de Ville-Évrard.

[153] « Discussion sur les troubles nerveux dits fonctionnels observés pendant la guerre », Société de neurologie de Paris, séance du 4 mars 1915, *Revue neurologique*, 1914-1915, p. 447-451.

[154] ASSM, centre de documentation du Val-de-Grâce, vœux émis par la Société de neurologie de Paris, séance du 21 octobre 1915, A 223.

[155] Voir par exemple Laurent TATU, Julien BOGOUSSLAVSKY, *La folie au front*, *op. cit.*, p. 65.

[156] Société de neurologie, séance du 21 octobre 1915, *Revue neurologique*, 1914-1915, p. 1245.

rare, pour les autres « elle serait, au contraire, presque la règle »[157]. Lui-même s'oppose fermement à la seconde thèse et n'hésite pas à dénoncer, dans une lettre au sous-secrétariat d'État du Service de santé militaire, la prise en compte du pithiatisme dans le barème des invalidités établi en 1915[158]. Comme lui, Albert Pitres, Joseph Grasset, André Barbé affirment pendant le conflit que les simulateurs sont très peu nombreux[159]. En 1917, le professeur Jean Lépine écrit qu'il est impossible de simuler des troubles mentaux car « c'est un rôle trop difficile à jouer, et dans lequel on a trop de chance d'être convaincu d'imposture […] »[160]. Paul Chavigny affirme en 1916 n'avoir jamais été confronté à des simulateurs et appelle ses collègues à se montrer prudents en soulignant que « l'expert ne doit pas se cacher que la simulation reste quand même relativement rare ; il faut rester en éveil mais ne pas tomber dans un état de permanente défiance qui incite à des erreurs graves de diagnostic »[161]. Dans un article publié en 1919 qui dresse le bilan de son activité en tant qu'expert, Raymond Mallet déclare quant à lui : « quant au simulateur, celui qui "fait le fou", nous ne l'avons pas rencontré »[162]. Enfin, Antoine Porot, qui estime avoir eu affaire à des simulateurs au début de la guerre, considère que leur nombre a par la suite diminué et, en 1918, écrit : « nous n'avons plus actuellement que très rarement à faire des expertises de cette nature »[163].

On pourrait aisément opposer à ces exemples les déclarations de ceux qui expriment un avis contraire. Pour autant, la vigueur des débats ne suffit pas à démontrer que les militaires considérés comme des simulateurs ont été particulièrement nombreux. Qu'un médecin adopte en public et dans un cadre officiel la position flatteuse qui consiste à prôner une grande fermeté face aux simulateurs ne dit pas grand-chose de son attitude sur le terrain[164]. Confrontés à la réalité des faits, certains psychiatres en viennent d'ailleurs à

---

[157] Paul SOLLIER, « Du diagnostic clinique de l'exagération et de la persévération des troubles nerveux fonctionnels », *La Presse médicale*, n° 62, décembre 1915, p. 505-507.

[158] Voir Marc ROUDEBUSH, « A Battle of Nerves : Hysteria and Its Treatment in France During World War I », *in* Mark S. MICALE, Paul LERNER (dir.), *Traumatic Pasts*, *op. cit.*, p. 272. Le barème des invalidités établi en 1915 réforme le système d'administration des invalidités militaires qui reposait sur une échelle de gravité des infirmités définie en 1887 et devenue obsolète. Il doit permettre aux médecins des commissions de réforme de fixer l'indemnité à laquelle chacun a droit en fonction du degré d'invalidité dont il est atteint. Ces questions sont étudiées dans la deuxième partie de la thèse.

[159] Pierre DARMON, « Des suppliciés oubliés de la Grande Guerre : les pithiatiques », *Histoire, économie et société*, n° 20, 2001, p. 49-64.

[160] Jean LÉPINE, *Troubles mentaux de guerre*, *op. cit.*, p. 135.

[161] Paul CHAVIGNY, « Psychiatrie aux armées », *Paris médical*, n° 19, 1916, p. 13.

[162] Raymond MALLET, « Expertises mentales dans un centre d'armée », *Annales médico-psychologiques*, n° 11, 1919, p. 231.

[163] Antoine POROT, Angelo HESNARD, *L'expertise psychiatrique militaire*, *op. cit.*, p. 133.

[164] D'après Pierre Darmon, seuls 1 à 4 % des militaires reçus chaque année dans le centre neuropsychiatrique de l'hôpital Buffon sont considérés comme pithiatiques, alors que ce service est

nuancer leurs propos. Charles Nordman et Joseph Bonhomme, médecins du service des confus installé dans la deuxième section de l'asile de Maison-Blanche, admettent par exemple que leurs malades « valaient mieux que [leurs] présomptions »[165]. Clovis Vincent lui-même, souvent présenté comme un « bourreau en blouse blanche », exprime des doutes lors de l'expertise qu'il est appelé à réaliser à propos du soldat Jules Yvé au tout début de la guerre, le 8 octobre 1914 :

> « Il a une amnésie "quasi invraisemblable" et cette amnésie diminue quand on le secoue, quand on élève la voix. […] Il semble être poursuivi par une idée fixe : "la peur de l'ennemi". Au cours de l'examen, si un instant on l'abandonne à lui-même, on entend dans une sorte de grognement : "ils sont là ; ils vont venir ; ils ont foutu le feu partout", et ainsi à différentes reprises. Sans doute un homme très fort pourrait simuler dans les mêmes conditions une pareille idée fixe, mais il faudrait être très fort. […] dans les grandes catastrophes, dans celle de Messine par exemple, on a trouvé des individus ayant un état mental analogue à celui de cet homme, et ceux-là n'avaient aucun intérêt à être dans un pareil état. »[166]

Enfin, même ceux qui affirment lutter contre les simulateurs admettent que la simulation peut être en elle-même l'expression d'un trouble mental. On trouve en effet dans les dossiers médicaux des cas d'aliénés « auto-accusateurs », c'est-à-dire qui prétendent simuler la folie. Le soldat Eugène S., interné le 7 juin 1917 à l'asile Saint-Robert, avoue ainsi, dans une lettre écrite le 11 août, s'être fait passer pour fou :

> « je viens par la présente vous faire l'aveu très sincères de l'avanture qui ma ammené ici. Au mois de septembre 1916 ma Cie se trouvey a Verdun et nous fûmes emmené au repos a Deramé tout près de la se trouve un village appelé Dugny qui se trouve distant de 5 a 6 kilomètres un jour il me vint à l'idée d'aller m'y promenez sans permission bien entendu. Et le soir en retournant je fus arretey par les gendarmes qui menerent a Bar le Duc puit me retournèrent a ma Cie 4 jours après mais pendant se temps la mon Capitain me voyant absent me fit portez déserteur et d'une pécadille sans importance j'ai vu que sa allez mal tournez pour moi pour me sauvez je me suis mis a simuler la folie tant et si bien que je fut évacué a St Dizier ou j'obtint un non-lieu. Puis évacué a Lyon je fus présenter a M. le docteur Lépine qui entre autre question me demanda si je buvez croyant bien faire je lui dit que oui n'attanchant aucune importance a passer pour alcoolique ou non pourvu que je réussise. […] je vous prie de croire que je ne suis pas près de recommencé la lecon est dure je m'aperçoi que tant que va la cruche a l'eau elle fini par se rompre. »[167]

---

dirigé par Joseph Babinski. Voir Pierre DARMON, « Des suppliciés oubliés de la Grande Guerre : les pithiatiques », art. cit., p. 54.

[165] Joseph BONHOMME, Charles NORDMAN, « Caractères essentiels de la commotion cérébro-spinale », *Le Progrès médical*, n° 20, 1916, p. 195.

[166] SHD, dossier du soldat Jules Yvé, rapport du médecin Clovis Vincent, 11 J 580.

[167] Archives du Centre hospitalier Alpes-Isère, dossier du soldat Eugène S., non coté.

Selon le médecin, Eugène S. est un véritable alcoolique qui doit être maintenu à l'asile : il y reste un peu plus de deux mois et termine la guerre dans le service auxiliaire. Sa fiche matricule confirme sa désertion, même s'il est indiqué que celle-ci s'est produite en février 1916 et non en septembre[168]. Dans le cas du soldat Edmond E., interné à la Maison nationale de Charenton le 27 janvier 1918, la position du médecin est similaire. Si le malade s'accuse d'avoir rédigé un faux certificat pour bénéficier d'une permission agricole, c'est précisément parce qu'il est atteint d'un délire mélancolique. Voici ce qu'Edmond E. écrit à son lieutenant quelques jours après son arrivée dans l'établissement :

> « […] Je suis coupable 1° d'avoir fourni un faux certificat et obtenu une perm ni ayant pas droit […] j'ai trompé et je suis puni j'ai mention au M. le Major de Menton a M. les Majors principal du Val de Grâce je ne suis pas neurasthénique mais un mauvais soldat [...] »[169]

Ainsi, si l'on s'en tient aux discours des malades, il y a bien des simulateurs dans les asiles. Le soupçon est si prégnant que les malades s'accusent les uns les autres. Le vétérinaire aide-major Édouard R., par exemple, affirme durant son examen d'entrée en septembre 1917 que ses voisins de lit à la Maison nationale de Charenton « font les malades »[170]. Les accusations peuvent également parvenir aux médecins lorsque la nouvelle de l'internement d'un soldat se répand dans son entourage. Dans le dossier du soldat Jean R., interné à l'asile de Bron en novembre 1914, une lettre du maire de la commune de Chatonnay, où il est domicilié, a été conservée. L'élu recommande de faire surveiller étroitement le malade « pour savoir si réellement ce soldat est vraiment aliéné ou s'il n'y aurait pas de sa part de la simulation pour éviter du service militaire »[171]. Jean R. a pourtant été ajourné à deux reprises, puis classé dans le service auxiliaire pour « faiblesse » en 1904 avant d'être versé dans le service armé à la mobilisation. Il est réformé pour « débilité mentale » en 1922[172]. Le soupçon vient aussi des chefs ou des médecins militaires, comme s'en indigne le soldat Louis X., expliquant qu'il n'a pas tout de suite été reconnu malade. « Les gens qui souffrent on les envoie illico à l'hôpital », proteste-t-il en racontant son histoire[173].

---

[168] AD du Vaucluse, registre matricule, bureau d'Avignon, classe 1900, matricule 414, R 1252.
[169] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Edmond E., 4 X 992.
[170] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du vétérinaire aide-major Édouard R., 4 X 992.
[171] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, dossier administratif du soldat Jean R., H-Dépôt Vinatier Q 606.
[172] AD de l'Isère, registre matricule, 1 R 1361.
[173] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Louis X., 4 X 992.

En tant qu'experts, les psychiatres doivent parfois démontrer pourquoi l'hypothèse de la simulation n'est pas recevable. Ce cas de figure se produit en 1917 et en 1918, à quatre reprises pour le conseil de guerre de Lyon et une seule fois pour celui de la 27e division d'infanterie. Voici par exemple ce qu'écrit le capitaine Eigenschenck, commandant de la 64e batterie du 54e régiment d'artillerie, à propos du canonnier Auguste N., accusé d'abandon de poste en avril 1917 :

> « […] est un mauvais sujet dans toute l'acception du mot, menteur, voleur et simulateur. Il a déjà fait l'objet de deux plaintes en conseil de guerre […] et il a été, chaque fois, reconnu irresponsable. En admettant qu'il reste à ce canonnier une certaine apparence d'hébétement, causée par d'anciennes habitudes alcooliques, ce qu'il ne manque pas de faire valoir et d'exagérer intentionnellement, ses actes combinés et réfléchis permettent de douter fortement de son irresponsabilité […] »[174]

Or pour le professeur Jean Lépine, l'irresponsabilité d'Auguste ne fait aucun doute. Afin d'en convaincre les juges, il insiste sur l'état mental du prévenu qui « est de toute évidence un malade, un déséquilibré permanent, un détraqué par l'absinthe, dont on ne fera jamais rien ». Les sources sélectionnées introduisent, il est vrai, un biais qu'il faut prendre en compte : les soldats que les psychiatres déclarent simulateurs ne bénéficient pas d'un non-lieu. Le soldat Théodore N. par exemple est bien examiné par le docteur Georges Chocreaux en novembre 1917 dans le service de psychiatrie des détenus et consignés de l'hôpital Desgenettes. À la prison, il se serait livré, d'après ses gardiens, à des excentricités, « poussant des cris et simulant des crises nerveuses ». Considérant que « toutes les conclusions précédentes considèrent Janin comme simulateur », le médecin le renvoie à la prison le 18 novembre[175]. Pourtant, cinq mois plus tard, il est admis à l'asile de Bron, considéré comme atteint de démence précoce. Il reste interné plus d'un an avant d'être transféré à l'asile de Bassens, où il meurt en février 1920[176].

Le soupçon de simulation peut donc avoir des conséquences tragiques. En retardant la prise en charge de la maladie, il laisse l'état du militaire s'aggraver jusqu'à ce que celui-ci devienne un danger pour les autres ou pour lui-même. Le cas du soldat Fernand R. le démontre clairement. Incorporé au 2e zouaves, il se distingue à plusieurs reprises et il est promu caporal en janvier 1915, sergent en mai puis sergent-major en juin. Il se trouve en Belgique en juillet 1915 lorsqu'il fait une première tentative de suicide en se tirant un coup de

[174] SHD, conseil de guerre de Lyon, dossier d'Auguste N., 10 J 1552.
[175] SAMHA, registre des observations du service des consignés et délirants de l'hôpital militaire Desgenettes, L 4851.
[176] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, dossier administratif du soldat Théodore N., H-Dépôt Vinatier Q 703.

revolver dans la tempe droite. Pour expliquer son geste, il déclare avoir eu des difficultés à s'entendre avec un nouveau capitaine. Une fois rétabli, il rentre à son dépôt et, suite à la visite médicale, est exempté de tout service jusqu'à sa réforme. Mais ses chefs considèrent que le médecin s'est laissé abuser et ne donnent aucune suite à cette proposition de réforme. En dépit des séquelles qu'il conserve, en particulier de violents maux de tête, il est maintenu apte au service, tout en étant cassé de son grade. Un an plus tard, ne rentrant pas de permission, il est déclaré déserteur. Dans une lettre au commandant, il écrit qu'il « souffre moralement et physiquement et qu'il veut mettre fin à ses jours ». Ce courrier est interprété comme une tentative pour faire cesser les recherches. Le lendemain de son arrestation, il est certes placé à l'hôpital militaire mais c'est en raison d'une infection bénigne. Ce sont les infirmiers qui, dans la nuit, constatent des signes de dérangement cérébral et signalent son cas, provoquant l'examen conduit par Jean Lépine. Dans son rapport, ce dernier s'indigne que ce « persécuté mélancolique et grand blessé du cerveau » ait pu être maintenu dans le service armé. D'après lui, cette décision très grave s'explique parce qu'on a refusé de lui accorder une réforme, « sa blessure étant volontaire »[177]. Comme l'a montré Emmanuel Saint-Fuscien, le lien entre maladie mentale et mutilation volontaire est en effet rarement établi pendant la guerre. L'avis d'un psychiatre est très rarement sollicité lorsque des soldats infligent à leurs corps des blessures d'une grande violence[178]. Le soldat Camille T. par exemple n'a échappé à la potence que grâce à l'intervention de ses chefs. Mobilisé dès le début de la guerre, il s'est tiré une balle dans la main en juillet 1915 mais échappe à la peine de mort parce que son capitaine le déclare atteint de troubles mentaux. Après cinq mois de prison, il est renvoyé dans les tranchées et y reste jusqu'au jour de Noël 1916. Il décide alors de rentrer chez lui, parce qu'« une voix l'appelle ». Mis en prison, il est évacué vers le Val-de-Grâce puis interné à la Maison nationale de Charenton[179]. Là, les médecins interprètent comme des tentatives de suicide ce que le commandement soupçonne être des mutilations volontaires. Dans une lettre adressée à un confrère en février 1916, le docteur Roger Mignot souligne ce problème en exposant le cas d'un malade « accusé d'auto-mutilation » mais qui « avait, en réalité, accompli une tentative de suicide sous l'influence du délire hypocondriaque »[180]. Il explique avoir reçu des magistrats militaires, leur avoir expliqué la situation et espère obtenir un non-

[177] SHD, conseil de guerre de Lyon, dossier du soldat Fernand R., 10 J 1551.
[178] Emmanuel SAINT-FUSCIEN, « Les mutilations volontaires au cours de la Grande Guerre : un geste impensable ? », *in* Laurence GUIGNARD, Hervé GUILLEMAIN, Stéphane TISON (dir.), *Expériences de la folie, op. cit.*, p. 195-206.
[179] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Camille T., 4 X 992.
[180] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, lettre du docteur Mignot au docteur Bourillon, 8 février 1916, 4 X 736.

lieu. Le nom du soldat n'étant pas mentionné, il est impossible de savoir quelle suite a été donnée à cette affaire.

3) Diagnostics et tableaux cliniques

Pour décider que les militaires qu'ils examinent ne sont pas des simulateurs, les psychiatres doivent être capables de reconnaître la maladie mentale dont ils souffrent et de la nommer. Comment procèdent-ils pour établir un diagnostic et quelles pathologies identifient-ils chez les militaires internés ?

a) Les difficultés méthodologiques de l'analyse

Au moment de leur entrée à l'asile, les soldats sont soumis à un examen psychologique et somatique. Pour établir leur diagnostic, les psychiatres s'appuient essentiellement sur l'interrogatoire du malade, dont tous les précis et les manuels soulignent le rôle primordial[181]. La plupart des médecins se refusent à suivre un questionnaire précis. La conversation doit sembler naturelle et il est important de laisser l'aliéné s'exprimer librement ou, du moins, de lui en donner l'impression[182]. En réalité, l'interrogatoire est toujours orienté par le psychiatre qui pose systématiquement certaines questions. Il cherche à connaître les antécédents du malade et de sa famille, vérifie son orientation dans le temps et l'espace, détermine s'il a conscience de son état, cherche à faire apparaître d'éventuelles idées de suicide ou de persécution. À la Maison nationale de Charenton, les capacités intellectuelles de certains militaires sont évaluées à l'aide de questions de culture générale, de calculs simples ou de « mots d'épreuve » qu'on leur demande d'épeler et d'expliquer[183].

[181] Voir par exemple Pierre MARIE (dir.), *La pratique neurologique*, Paris, Masson, 1911, p. 67. Sur les consignes données dans les manuels et leur mise en œuvre dans la pratique psychiatrique, voir Clément FROMENTIN, *La Fabrique de la Clinique. Une histoire de la pratique psychiatrique (1850-1939), op. cit.*
[182] Voir Emmanuel RÉGIS, *Précis de psychiatrie*, *op. cit.*, p. 952.
[183] Ces mots sont par exemple « constitutionnel » ou « constitutionnellement ».

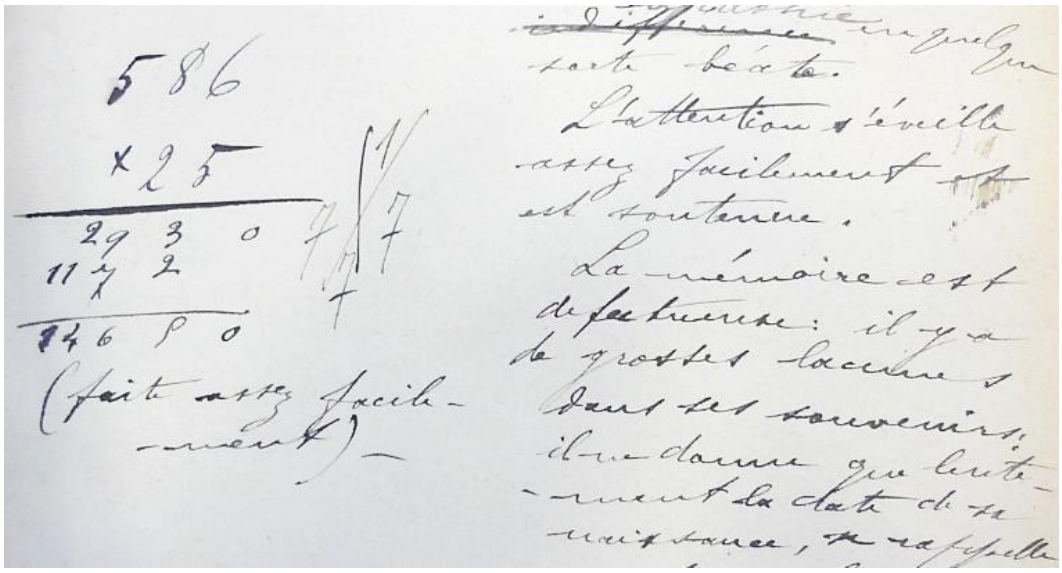


Figure 8 : Détail du dossier médical du soldat Marius E. interné à la Maison nationale de Charenton le 19 septembre 1914[184]

L'examen somatique est nettement plus rapide : le médecin se borne à vérifier les réflexes rotuliens, l'état des pupilles et la température du malade. Peu de tests chimiques sont réalisés, à l'exception de la réaction de Bordet-Wassermann qui permet de dépister la syphilis à partir d'un prélèvement sanguin[185], ou de la recherche dans les urines d'éventuels éléments anormaux, par exemple l'albumine[186]. S'il suit toujours un même schéma général, le résultat de l'examen et en particulier de l'interrogatoire varie fortement en fonction de ce qu'il est possible d'obtenir de chaque malade. Des informations complémentaires sont le plus souvent apportées par la famille lors des visites ou par le biais de questionnaires. Le diagnostic peut également être précisé grâce aux écrits produits par le patient, « preuves matérielles de la maladie » que le médecin fait mettre au dossier[187]. À partir de l'ensemble de ces éléments, il nomme la pathologie qu'il identifie. Pour ce faire, il a recours à une classification.

[184] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Marius E., 4 X 989.
[185] Mis au point en 1906 grâce aux travaux des bactériologistes belges et allemands Jules Bordet et August von Wassermann, ce test sérologique permet de détecter la présence d'anticorps spécifiques du tréponème pâle, agent infectieux de la syphilis.
[186] L'albumine est une protéine qui circule dans le sang. Sa présence dans les urines est anormale et signale un mauvais fonctionnement des reins. Les psychiatres l'interprètent à l'époque comme un symptôme de la paralysie générale et, parfois, de l'épilepsie. Elle est aussi considérée comme une forme d'auto-intoxication susceptible de provoquer une maladie mentale. Voir Emmanuel RÉGIS, *Précis de psychiatrie, op. cit.*, p. 754.
[187] Pierre MARIE (dir.), *La pratique neurologique, op. cit.*, p. 67. Sur l'analyse médicale des écrits des aliénés, voir Philippe ARTIÈRES, *Clinique de l'écriture. Une histoire du regard médical sur l'écriture,* Paris, La Découverte, 2013.

En 1914, il en existe plusieurs et aucune ne fait consensus[188]. La classification de référence, établie par Jean-Étienne Esquirol en 1838[189], fait l'objet d'un nombre croissant de critiques depuis la seconde moitié du XIXe siècle. En 1885, constatant que la nomenclature diverge entre les pays et qu'il est par conséquent impossible d'établir des statistiques internationales sur les aliénés, la Société de médecine mentale de Belgique décide de s'emparer du problème et invite ses homologues à lui transmettre une proposition de classification qui puisse servir de cadre commun. En France, les débats ont lieu au sein de la Société médico-psychologique et sont particulièrement vifs. Campés sur leurs positions, profondément divisés, les psychiatres français sont les seuls à ne pas parvenir à adresser une proposition[190]. C'est finalement la classification belge qui est adoptée, par défaut et sans faire l'unanimité. Lorsque la Première Guerre mondiale éclate, différentes écoles de pensée s'opposent toujours en France. Par conséquent, une maladie peut donc être désignée de différentes façons par les médecins en fonction de leur sensibilité. L'analyse des données établies dans chaque centre de psychiatrie et de neuropsychiatrie est donc extrêmement délicate. Le Service de santé militaire a parfaitement conscience du problème : les rapports mensuels qui lui sont adressés ne présentent qu'un intérêt limité puisqu'il est impossible de les comparer et d'en tirer des enseignements généraux. Pour y remédier, le docteur Jacques Bertillon, chef de la statistique militaire, confie en août 1915 à Marcel Briand la mission de mettre au point une classification qui puisse servir de modèle à tous les centres de psychiatrie. L'enjeu est de parvenir à un résultat « admis par les représentants de toutes les Écoles »[191]. Marcel Briand sait combien la tâche est délicate, d'autant qu'il a été l'élève de Valentin Magnan, dont les tentatives pour proposer une nouvelle classification des maladies mentales ont suscité, au tournant du siècle, des critiques virulentes[192]. Sans surprise, la classification

---

[188] Décrire et classer les troubles mentaux constitue une priorité pour les psychiatres. Mais si tous s'accordent pour tendre vers cet objectif, serpent de mer de l'histoire de la psychiatrie, aucun résultat n'a jamais fait consensus. Les débats contemporains autour des dernières versions du *Diagnostical and Statistical Manuel of Mental Disorders* montrent que le problème est toujours d'actualité. Le DSM est l'ouvrage qui présente la classification des maladies mentales établie par les psychiatres américains. Celle-ci a pour ambition de faire référence à l'échelle internationale mais soulève de vives controverses, y compris aux États-Unis. Pour une approche historienne de la cinquième et dernière version du DSM, voir Edward SHORTER, *What Psychiatry Left Out of the DSM-5 : Historical Mental Disorders Today*, New York, Routledge, 2015.

[189] Jean-Étienne ESQUIROL, *Des maladies mentales considérées sous le rapport médical, hygiénique et médico-légal*, Paris, J.-B. Baillière, 1838.

[190] Sur cette question, voir Jean-Christophe COFFIN, *La transmission de la folie, 1850-1914*, *op. cit.*

[191] ASSM, centre de documentation du Val-de-Grâce, rapport du médecin principal de 2e classe Marcel Briand au ministre de la Guerre, août 1915, A 73.

[192] Voir Ian DOWBIGGIN, « Back to the future: Valentin Magnan, French Psychiatry and the Classification of Mental Diseases, 1885-1925 », *Social History of Medicine*, n° 2, 1996, p. 383-408.

qu'il met au point n'est pas adoptée. Il exclut pourtant de recourir à la classification internationale adoptée en 1889, qu'il juge archaïque, et propose de former une commission de médecins spécialistes chargée de trouver une solution acceptable par tous. Ce projet ne semble pas avoir abouti et, pendant toute la guerre, les psychiatres continuent d'utiliser dans leurs rapports la classification qui leur convient le mieux[193].

Cette réalité est commune aux centres de psychiatrie de l'avant et de l'arrière, ainsi qu'aux asiles d'aliénés. Par ailleurs, s'il est particulièrement délicat de proposer une étude statistique des maladies dont souffraient les militaires internés, c'est aussi parce que le diagnostic, qui peut varier d'un psychiatre à l'autre, évolue également dans le temps pour les malades traités par un seul et même médecin. Souvent modifié d'un certificat à l'autre, il est longtemps considéré comme provisoire, une longue observation du malade étant nécessaire avant de pouvoir l'établir fermement. L'identification de la pathologie pose en outre le problème de la distinction entre le symptôme, le syndrome et la maladie, qui n'est pas toujours claire. Cela peut s'expliquer en raison du caractère évolutif de la maladie. La démence peut par exemple être finalement identifiée par le médecin comme le symptôme d'une autre pathologie, la paralysie générale par exemple. Cette situation est également liée aux désaccords entre les psychiatres : pour Édouard Toulouse, médecin- chef de l'asile de Villejuif, et Maurice Mignard, médecin-adjoint de la Maison nationale de Charenton, « la manie, la mélancolie, le délire hallucinatoire, la confusion mentale sont des étiquettes différentes d'un syndrome plus semblable dans tous les cas, que dissemblable […] »[194]. Enfin, un certain nombre des troubles présentés par les soldats brouillent les frontières : la « stupeur » doit-elle être considérée comme une maladie, un syndrome ou un symptôme ? Les psychiatres semblent eux-mêmes perdus dans ce « maquis notionnel »[195] dans lequel ils puisent néanmoins abondamment pour tenter de décrire précisément l'état des malades auxquels ils sont confrontés. C'est pourquoi on trouve parfois dans les certificats de longues énumérations. Ainsi, selon le médecin qui examine le soldat Charles N. à son arrivée à l'asile Saint-Robert, ce dernier « paraît atteint de débilité mentale avec troubles confusionnels,

[193] Ces comptes rendus mensuels ne sont pas uniformes. Pour certains chefs de centres, ils ne sont pas simplement des documents administratifs mais constituent aussi un espace où donner un avis, faire part d'une réflexion ou présenter le résultat d'une étude de manière libre et spontanée.

[194] Édouard TOULOUSE, Maurice MIGNARD, « La théorie confusionnelle et l'auto-induction », *Annales médico-psychologiques*, n° 6, 1914, p. 34.

[195] J'emprunte cette expression à Monique Vial : Monique VIAL, « Enfants handicapés, du XIXe siècle au XXe siècle », *in* Egle BECCI, Dominique JULIA (dir.), *Histoire de l'enfance en Occident*, t. 2, Paris, Seuil, 1998, p. 352.

mélancoliques, émotivité, lenteur de l'idéation […] »[196]. On peut aussi évoquer le soldat Alfred T., interné à la Maison nationale de Charenton le 6 avril 1915 : sur son dossier, en marge des observations effectuées lors de l'examen d'entrée, il est noté « confusion hallucinatoire avec état mélancolique chez un débile ». Ces exemples ne constituent pas des cas exceptionnels mais sont bien la norme. Les psychiatres eux-mêmes se disent frappés par la fréquence des « états mixtes » chez les militaires, tel Henri Damaye qui affirme que « les associations sont la règle »[197]. Ils sont d'ailleurs souvent perplexes face aux malades qu'ils examinent. Le dossier du soldat François E., interné à la Maison nationale de Charenton le 12 juin 1915, donne à voir l'embarras du médecin qui, après avoir barré la mention « dégénérescence », sans doute jugée trop vague, se contente d'émettre une série d'hypothèses[198].

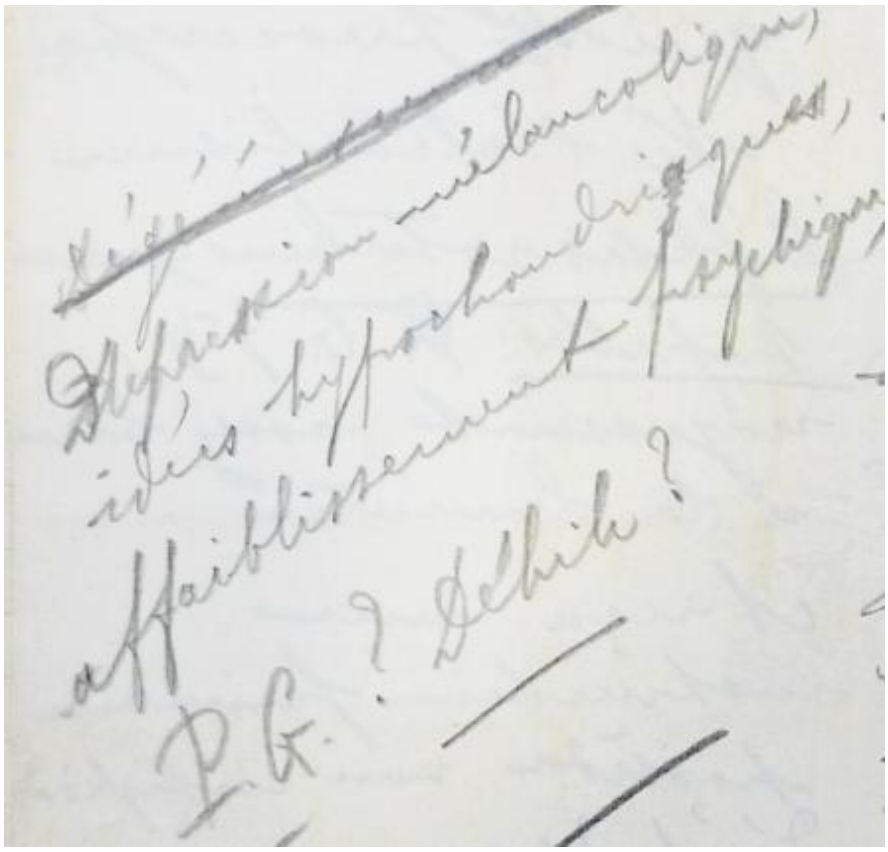


Figure 9 : Détail du dossier du soldat François E.[199]

[196] Archives du Centre hospitalier Alpes-Isère, dossier de Charles N., non coté.
[197] Henri DAMAYE, « Aperçu général sur la psychiatrie d'un centre d'armée », art. cit., p. 92.
[198] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat François E., 4 X 989.
[199] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat François E., 4 X 989.

Enfin, un diagnostic en dit tout autant, sinon plus, sur l'état d'esprit des médecins que sur la pathologie du malade. Bien qu'occupés à asseoir la légitimité scientifique de leur savoir, les psychiatres l'admettent parfois eux-mêmes comme Paul Courbon et Maxime Laignel-Lavastine lorsqu'ils écrivent dans un article publié en 1918 : « comme les règles de la psychologie humaine s'appliquent aussi bien à ceux qui les connaissent qu'à ceux qui les ignorent, le neuropsychiatre a une tendance naturelle à trouver ce qu'il attend, à ne voir que ce qu'il regarde […] »[200]. Par conséquent, un même malade vu par plusieurs psychiatres peut faire l'objet de diagnostics différents. Le cas des militaires internés dans plusieurs des établissements qui constituent mon corpus le montre clairement. Le soldat Antoine R., par exemple, est considéré comme atteint de « mélancolie anxieuse » par Jean Lépine. Transféré de l'asile de Bron à Charenton, il est diagnostiqué « débile mental » par Roger Mignot[201]. La sensibilité de chaque psychiatre modifie sa façon de percevoir le malade, le diagnostic n'étant pas la description objective d'un phénomène naturel mais bien une construction sociale dans laquelle interviennent des facteurs culturels, politiques, économiques. Cette dimension subjective s'observe selon les individus mais aussi selon les époques. En effet, ces différents paramètres conduisent à un moment donné à focaliser l'attention des médecins et des patients sur certaines maladies, à considérer comme pathologiques certains phénomènes et comportements ou encore à réserver un diagnostic à certaines populations. De nombreux travaux ont mis en lumière ces mécanismes. Dans le domaine de la psychiatrie, l'anthropologue Allan Young a par exemple montré comment, dans les années 1980, la reconnaissance du syndrome de stress post-traumatique en tant que maladie mentale a été le fruit de pressions sociales[202]. Les travaux du philosophe Ian Hacking sur les fous voyageurs et l'hystérie en France au XIXe siècle ont également permis de comprendre comment des effets de « niches écologiques » peuvent expliquer la prépondérance d'un diagnostic à une période donnée ou l'existence de « maladies transitoires »[203] : une pathologie apparaît lorsque les

[200] Maxime LAIGNEL-LAVASTINE, Paul COURBON, « La simulation de l'aliéné devant la guerre », *Paris médical*, n° 27, 1918, p. 308.
[201] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier d'Antoine R., 4 X 991.
[202] Allan YOUNG, *The Harmony of Illusions: Inventing Posttraumatic Stress Disorder*, Princeton, Princeton University Press, 1995.
[203] Le « fou voyageur » correspond à une entité clinique apparue exclusivement en France dans la deuxième moitié du XIXe siècle : appliquée à des ouvriers qui fuguent sans raison apparente, elle suscite une controverse entre les médecins qui l'associent pour certains à l'hystérie et pour d'autres à l'épilepsie. Voir Ian HACKING, *Les fous voyageurs*, *op. cit.*

conditions nécessaires à son émergence se trouvent réunies et disparaît lorsque ce n'est plus le cas[204].

L'analyse des pathologies identifiées chez les militaires internés se heurte donc à trois écueils : la multiplicité des classifications, l'imprécision et la variabilité dans le temps des termes employés mais aussi la dimension subjective de chaque diagnostic. Il est impératif de prendre en compte ces limites méthodologiques avant d'envisager tout traitement quantitatif des sources. Celui-ci n'a d'ailleurs d'intérêt qu'à condition de mettre en lumière les logiques qui interviennent dans l'établissement d'un diagnostic.

b) Diagnostics et tableaux cliniques

D'après les certificats médicaux rédigés par les médecins d'asile lors de l'internement des militaires, appelés certificats de vingt-quatre heures, les maladies mentales les plus fréquentes chez les militaires internés entre 1914 et 1918 sont la confusion, la mélancolie et la débilité mentale. L'asile de Bron fait toutefois figure d'exception dans la mesure où la débilité mentale y est nettement plus rare, la troisième catégorie nosologique la plus fréquente dans cet établissement étant constituée des différents types de délires.

	Mélancolie ou dépression mélancolique	**Confusion mentale**	**Débilité mentale**	**Total**
Asile de Bron	18 %	16,5 %	7 %	41 %
Asile Saint-Robert	17 %	15 %	13 %	45 %
Maison nationale de Charenton[205]	18 %	11,5 %	20,5 %	50 %
Asile de Marseille[206]	20,5 %	16 %	15 %	51,5 %

Tableau 5 : Part des principales pathologies diagnostiquées chez les militaires internés dans les asiles de Bron, Saint-Robert, Charenton et Marseille entre 1914 et 1918

[204] Ian Hacking identifie quatre conditions : l'entrée de la pathologie dans la taxonomie médicale, la polarité culturelle (la maladie pouvant se situer entre le vice et la vertu), l'observabilité de la maladie et le soulagement ou la satisfaction qu'elle procure à celui qui en souffre.

[205] Les résultats présentés dans ce tableau sont issus de l'étude de 223 dossiers conservés aux Archives du Val-de-Marne.

[206] Les résultats présentés dans ce tableau sont issus des recherches des docteurs Alaize et Journiac. Voir « Statistique des militaires aliénés placés à l'asile Saint-Pierre à Marseille pendant la guerre 1914-18 », art. cit., p. 375.

Au début de la guerre, la pathologie qui retient majoritairement l'attention des psychiatres est la confusion mentale[207]. Elle occupe une place centrale dans leurs publications et fait l'objet d'un long rapport présenté, en juillet 1917, lors d'une réunion qui rassemble, sous la présidence de Justin Godart, les membres de la Société de psychiatrie, de la Société médico-psychologique et de la Société clinique de médecine mentale[208]. Depuis le début du XXe siècle, la confusion mentale suscite un regain d'intérêt chez les psychiatres français. Grâce aux travaux de Philippe Chaslin, médecin à la Salpêtrière et président de la Société médico-psychologique à partir de 1917, la profession a redécouvert cette entité clinique oubliée[209]. Selon la description fournie par Emmanuel Régis dans l'édition de 1914 du *Précis de psychiatrie*, la confusion mentale est « une psychose généralisée caractérisée par une torpeur, un engourdissement toxique de l'activité psychique supérieure poussée quelques fois jusqu'à la suspension, accompagné ou non d'un automatisme onirique délirant […] »[210]. Sa propension à « s'associer avec toutes les démences et avec toutes les psychoses »[211], soulignée par Régis, explique sans doute la fréquence de ce diagnostic dans les certificats établis par les médecins d'asile au sujet des militaires internés entre 1914 et 1918[212]. Son succès tient aussi au fait qu'elle convient parfaitement pour décrire l'état dans lequel se trouvent les soldats après l'explosion d'un obus, d'autant que les psychiatres considèrent qu'elle a souvent une cause organique. Or, comme nous l'avons vu, l'idée que la déflagration d'un explosif est susceptible de provoquer un choc interne au niveau du système nerveux central, des lésions vasculaires et cellulaires ou encore des hémorragies internes, rencontre un certain succès[213]. La confusion mentale est donc considérée comme le principal trouble mental consécutif à la commotion[214]. Considérée tantôt comme un type clinique, tantôt comme un syndrome à la

---

[207] Si bien que Georges Dumas et Henri Aimé s'étonnent de ne pas la retrouver dans la classification des psychoses de guerre du docteur K. Birnbaum de Berlin. Ce dernier l'associe en fait à l'hystérie. Voir Georges DUMAS, Henri AIMÉ, *Névroses et psychoses de guerre chez les Austro-Allemands*, *op. cit.*, p. 9-10.

[208] Joseph CAPGRAS, Paul JUQUELIER, Joseph BONHOMME, « La confusion mentale dans ses rapports avec les évènements de guerre », *Bulletin de la Société clinique de médecine mentale*, *op. cit.*, p. 42-72.

[209] Philippe CHASLIN, *La confusion mentale primitive*, Paris, Asselin et Houzeau, 1895.

[210] Emmanuel RÉGIS, *Précis de psychiatrie*, *op. cit.*, p. 330.

[211] *Ibid.*, p. 353.

[212] Il est impossible de savoir quelle était la fréquence de ce diagnostic avant la guerre parmi les aliénés civils puisque la confusion mentale ne fait pas partie de la nomenclature utilisée par la Statistique générale de France pour présenter la répartition des aliénés « suivant le genre de folie ».

[213] Je reviendrai sur ces différentes interprétations dans le chapitre 3.

[214] Le terme d'obusite, qu'on a pu considérer comme l'équivalent français du *shell shock* britannique, n'est presque jamais utilisé dans les ouvrages et des articles publiés par les psychiatres pendant la guerre. Comme l'a montré Jay Winter, le vocabulaire médical français ne comprend aucun terme qui

sémiologie très riche (les psychiatres parlent alors d'états confusionnels), elle peut donc s'appliquer à une grande variété de cas. Au fur et à mesure du conflit, cette labilité symptomatique suscite cependant de plus en plus de critiques. Lors de la réunion de juillet 1917, les tentatives pour préciser la nature et les limites de la confusion mentale n'aboutissent pas et révèlent les nombreuses difficultés soulevées par cette entité aux contours trop flous[215].

Selon Louis Crocq, la désaffection des psychiatres pour la confusion mentale les conduit dès l'été 1916 à reporter leur attention sur la mélancolie[216]. L'analyse des dossiers de la Maison nationale de Charenton nuance quelque peu cette affirmation. Dans cet établissement, les cas de mélancolie sont nombreux dès le début du conflit et leur part tend plutôt à diminuer, passant de 27 % en 1914 à 12 % en 1918. La tendance identifiée par Louis Crocq est par contre confirmée dans le cas de l'asile de Bron et de l'asile Saint-Robert. Dans ces deux établissements, la part des militaires considérés comme atteints de confusion mentale atteint son maximum en 1916, passant de 22 % à l'asile de Bron et de 23 % à Saint-Robert. Elle diminue ensuite pour atteindre respectivement 14 % et 11,5 %. Sur la même période, la part des militaires diagnostiqués comme mélancoliques suit l'évolution inverse, s'élevant de 11,5 % à 26,5 % à Saint-Robert et de 13 % à 20 % à l'asile de Bron. Jean Lépine constate d'ailleurs que l'incidence de la mélancolie s'accentue à mesure que la guerre se prolonge[217].

Odile Roynette a étudié l'apparition de cette pathologie dans les écrits des médecins militaires à la fin du XVIIe siècle sous le nom de « nostalgie »[218]. Sa fréquence dans les rangs de l'armée est donc connue de longue date. Ainsi, on peut lire dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, publié en 1879, que « l'état militaire et la carrière du marin sont, de toutes les professions, celles qui prédisposent le plus à la nostalgie »[219]. Forme pathologique du « cafard » décrit par les combattants, la mélancolie se traduit selon les psychiatres par un épuisement généralisé et une grande anxiété, auxquels peuvent s'ajouter de l'hypocondrie et un état de stupeur. L'internement s'impose dans les cas les plus graves car la maladie s'accompagne alors d'idées de suicide prononcées[220]. Celles-ci ne retiennent cependant guère l'attention des psychiatres. Pourtant devenu un objet d'étude avant la

---

soit la traduction exacte de l'appellation retenue outre-manche. Jay WINTER, « Shell Shock and the Cultural History of the Great War », art. cit.

[215] *Bulletin de la Société clinique de médecine mentale*, numéro spécial, décembre 1917, p. 42-84.

[216] Louis CROCQ, *Les blessés psychiques de la Grande Guerre*, *op. cit.*, p. 67.

[217] Jean LÉPINE, *Troubles mentaux de guerre*, *op. cit.*, p. 33.

[218] Odile ROYNETTE, *Bons pour le service*, *op. cit.*, p. 31-40.

[219] Amédée DECHAMBRE (dir.), *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. 13, Paris, Masson, 1879, p. 358.

[220] Jean LÉPINE, *Troubles mentaux de guerre*, *op. cit.*, p. 176.

guerre[221], le suicide dans l'armée est rarement évoqué dans la littérature scientifique pendant le conflit, si ce n'est comme un symptôme parmi d'autres de la maladie mentale. D'après les registres des asiles, le passage à l'acte n'aboutit au décès du malade que dans de très rares cas. On relève un suicidé à l'asile Saint-Robert, deux à Bron, un à Charenton et aucun à Saint-Pierre. Alors que, faute de personnel pour encadrer les malades, le nombre des évasions augmente, on peut s'étonner que celui des suicides reste aussi faible. Est-il possible que les soldats qui se donnent la mort soient simplement mentionnés dans les registres comme « décédés » ? Il est difficile de le vérifier.

Enfin, le troisième type clinique le plus fréquent est la débilité mentale. L'arrivée massive d'individus atteints de retards mentaux dans les asiles, tout comme leur présentation régulière devant les conseils de guerre, signe l'échec des tentatives d'intégration de ces hommes dans l'armée. 43 % des individus pour lesquels une expertise psychiatrique est requise par le conseil de guerre de Lyon sont considérés comme débiles mentaux par les médecins. Ce taux atteint 50 % pour le conseil de guerre de la 27e division d'infanterie. Ces résultats corroborent les affirmations de plusieurs experts psychiatres. Paul Voivenel souligne en 1918 devant la Société médico-psychologique la prépondérance des cas de débiles parmi les soldats qu'il a examinés en tant qu'expert[222]. C'est aussi ce qu'ont constaté André Barbé et Maurice Ducosté[223]. Un article publié le 14 septembre 1918 dans *Le Progrès médical* résume ainsi la situation : « Les médecins qui ont fait fonction d'expert près les Conseils de guerre aux armées déclarent tous que, parmi les sujets soumis à leur examen, les débiles intellectuels viennent immédiatement après les alcooliques […] »[224]. À l'asile de Bron la fréquence de la débilité mentale est toutefois remarquablement faible en comparaison avec les autres établissements étudiés. Ce phénomène est délicat à expliquer. Cette catégorie nosographique constitue la plus difficile à étudier dans une perspective quantitative, ses contours restant très flous. L'analyse des dossiers médicaux montre que le diagnostic de débilité mentale peut être utilisé pour désigner des états très divers. Le résultat observé à l'asile de Bron s'explique

[221] Voir par exemple Paul CHAVIGNY, « Suicide et suicide manqué dans l'armée », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, n° 6, 1910, p. 483-491 ; Jean DES CILLEULS, « Le suicide dans l'armée française. Étiologie et prophylaxie », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, n° 6, 1910, p. 508-516 ; Georges BOTTE, *Le suicide dans l'armée : étude statistique, étiologique et prophylactique*, thèse soutenue devant la faculté de médecine de Lyon, 1911.

[222] Paul VOIVENEL, « Réflexions sur trois années d'expertises divisionnaires », *Annales médico-psychologiques*, n° 11, 1919, p. 56-62.

[223] André BARBÉ, « Étude statistique de médecine légale psychiatrique militaire », *Annales médico-psychologiques*, n° 1, 1922, p. 120-133 ; Maurice DUCOSTÉ, « Sur quelques expertises psychiatriques aux armées », art. cit., p. 517-530.

[224] Jean CRINON, « Les débiles intellectuels devant les Conseils de guerre », *Le Progrès médical*, 1918, p. 313.

peut-être par la position de Jean Lépine sur le sujet. Dans l'ouvrage qu'il publie en 1917, il préconise en effet le versement des débiles mentaux dans le service auxiliaire ou la réforme sans pension, mais jamais leur internement[225].

La prédominance de la mélancolie, de la confusion, des délires ou de la débilité mentale n'est pas une surprise pour les psychiatres[226]. À partir des observations effectuées pendant la guerre russo-japonaise, le docteur Charles Vialatte notait déjà, en 1911, que les troubles mentaux des armées de campagne sont surtout d'ordre confusionnel ou dépressif[227]. Même à la marge, les certificats des militaires internés ne font pas figurer d'entités nosologiques nouvelles. L'hypnose des batailles, décrite par Gaston Milian, dermatologue de formation mobilisé comme médecin-major à Verdun, « n'est pas autre chose que la confusion mentale avec délire onirique […] » selon Emmanuel Régis, visiblement contrarié qu'on présente comme une pathologie nouvelle un trouble mental qu'il estime avoir été un des premiers à décrire[228]. L'emploi des termes d'obusite ou de vent du boulet, mis en avant dans l'historiographie, est extrêmement rare, les psychiatres estimant sans doute que ces expressions populaires n'ont pas leur place dans le langage scientifique. Le cafard par exemple, qu'on décrit par Louis Huot et Paul Voivenel[229] et qui est souvent considéré comme innovation nosographique liée à la guerre alors qu'il a déjà retenu l'attention de certains psychiatres avant le conflit[230], suscite de vives critiques de la part de Raoul Benon. Ce dernier n'hésite pas à s'en ouvrir dans un rapport mensuel transmis au Service de santé militaire :

> « Voilà le cafard élevé à la dignité d'entité morbide… Entité morbide ! Serait-ce de l'ironie ? À la vérité, le cafard apparaît comme une variété d'ennui. C'est un mot – vulgaire – qui en remplace un autre, probablement de façon transitoire […] »[231]

---

[225] Jean LÉPINE, *Troubles mentaux de guerre*, *op. cit.*, p. 103.

[226] Ces maladies sont courantes chez les civils en temps de paix. Il est cependant impossible de connaître leur fréquence puisque les données réunies par la Statistique générale de France sont organisées selon une classification qui, jusqu'en 1913, ne comprend que 5 catégories (folie simple et épileptique, folie alcoolique, folie paralytique, démence sénile, idiotie et crétinisme). À partir de 1920, les cas de manie, de mélancolie et de délire de persécution sont fondus dans une même catégorie. La confusion mentale n'y apparaît donc jamais en tant que telle.

[227] Cité par René CHARPENTIER, « Notes sur l'assistance psychiatrique de guerre », art. cit., p. 194.

[228] Emmanuel RÉGIS, « Les troubles psychiques et neuropsychiques de la guerre », *La Presse médicale*, n° 23, 1915, p. 177.

[229] Louis HUOT, Paul VOIVENEL, *Le cafard*, Paris, Grasset, 1918.

[230] Voir par exemple Adrien GRANJUX, « À propos du Cafard (notes sur les troubles mentaux dans l'armée d'Afrique), *Le Caducée*, n° 17, 1911, p. 229.

[231] ASSM, centre de documentation du Val-de-Grâce, rapport du docteur Raoul Benon au sujet du fonctionnement du centre de psychiatrie de la 11e région militaire, septembre 1918, A 75.

D'autres entités, moins rares dans les discours médicaux, ne sont pas plus souvent identifiées dans les asiles sur lesquels j'ai travaillé. C'est le cas de l'hystérique et des psychonévroses. Les deux derniers termes apparaissent très rarement dans les certificats médicaux établis dans les asiles de Bron et Saint-Robert. On relève uniquement trois cas d'hystérie en 1917 et un seul en 1918 dans le premier de ces établissements, tandis qu'au sein de la troisième section militaire de Villejuif, étudiée par Bernadette Laverdure Cassarin, le diagnostic d'hystérie ne concerne durant toute la guerre qu'un pour cent des malades[232]. La situation des asiles au bout de la chaîne d'évacuation des militaires peut partiellement l'expliquer : pour ces pathologies, qui relèvent de la névrose, l'internement n'est pas forcément jugé nécessaire. D'autre part, les malades sont plutôt orientés vers des centres de neurologie ou de neuropsychiatrie, le traitement de ces pathologies étant préférentiellement dévolu aux neurologues.

c) Les déterminants sociaux-culturels du diagnostic psychiatrique

Au-delà de leur fréquence dans l'ensemble de la population militaire internée, certains diagnostics sont-ils préférentiellement attribués à certains individus ? Dans l'identification d'une pathologie, les psychiatres sont-ils influencés par la position du malade dans l'armée et dans la société ? Répondre à cette question suppose d'être en mesure de préciser le profil sociologique des militaires internés. La tâche est difficile car les renseignements fournis par les registres d'admission sont limités. Ainsi, la situation familiale censée être systématiquement indiquée est en fait très rarement précisée. L'âge est plus souvent renseigné : la majorité des militaires a entre 24 et 39 ans au moment de l'internement, ce qui correspond à la tranche d'âge la plus représentée dans l'armée (voir l'annexe 13)[233]. Les soldats les plus âgés, globalement peu nombreux, se rencontrent plus fréquemment à la Maison nationale de Charenton car il s'agit souvent de militaires de carrière, en particulier d'officiers en retraite qui ont repris du service à la mobilisation comme le commandant du

[232] Bernadette LAVERDURE CASSARIN, *Un moment particulier dans la psychiatrie du XXe siècle : les aliénés militaires de la section militaire de l'asile de Villejuif pendant la première guerre mondiale, op. cit.*, p. 74.

[233] On ne connaît pas l'âge moyen de l'ensemble des mobilisés mais le travail d'Emmanuel Saint-Fuscien sur la 3e division d'infanterie a permis de montrer que l'âge moyen d'un soldat de cette division s'établissait autour de 27 ans. Voir Emmanuel SAINT-FUSCIEN, *À vos ordres ? La relation d'autorité dans l'armée française de la Grande Guerre, op. cit.*, p. 137. Il n'est pas possible de connaître l'âge moyen des malades internés dans les asiles d'aliénés avant la guerre puisque cette donnée n'est pas prise en compte dans la *Statistique des institutions d'assistance.*

génie Élie N., 59 ans, ou le capitaine Étienne O., 57 ans. La répartition des malades par classe confirme les observations de Calixte Rougé, qui constate à l'asile de Limoux que peu de malades sont issus des dernières classes mobilisées[234]. À Bron, Charenton et Saint-Robert, seuls 4 à 13 % des soldats internés appartiennent aux classes 1914 à 1919 alors que celles-ci rassemblent environ 21 % des hommes mobilisé durant le conflit[235]. Ce résultat, qui pourrait donner à penser que le jeune âge a constitué un rempart contre la maladie mentale, doit être interprété en gardant à l'esprit que le taux de mortalité des classes les plus jeunes, moins entraînées et plus exposées, est très élevé[236].

Si l'âge des militaires est généralement indiqué, la profession est quant à elle très souvent remplacée par le grade occupé dans l'armée : l'identité de l'individu interné s'efface derrière son statut militaire. Seuls les registres de l'asile Saint-Robert précisent la profession du malade dans 55 % des cas. Dans les autres établissements, le dépouillement des dossiers médicaux ne permet pas toujours de régler le problème puisque la mention du métier exercé est très aléatoire. C'est à la Maison nationale de Charenton qu'elle est la plus fréquente (76 % des cas). En comparaison avec l'asile Saint-Robert, l'origine sociale des militaires internés dans cet établissement est plus diversifiée (voir l'annexe 14). La situation géographique et le statut des deux établissements expliquent ce résultat. La Maison nationale de Charenton constitue une plaque tournante pour les militaires évacués dans la capitale, y compris les gradés, tandis que l'asile Saint-Robert, établissement de taille modeste situé dans le département de l'Isère, ne reçoit presque que des soldats du rang. Par conséquent, la grande majorité des malades de ce second asile est issue des classes populaires ou de la petite bourgeoisie, alors que tous les degrés de l'échelle sociale sont représentés dans le premier, y compris les « fractions possédantes et intellectuelles » de la société définies par Christophe Charle[237]. On trouve ainsi à Charenton un notaire, trois médecins, un vétérinaire et même un rentier, ce résultat confirmant que la maladie mentale est susceptible de toucher toutes les catégories de la population alors que la prise en compte des asiles qui ne reçoivent pas de gradés tend à donner l'impression que les classes supérieures sont épargnées. À Saint-Robert, les cultivateurs, les jardiniers et les charretiers sont les plus nombreux, ce qui n'est pas

[234] Calixte ROUGÉ, « Résumé statistique des militaires internés à l'asile de Limoux », *Annales médico-psychologiques*, n° 11, 1919, p. 272.
[235] Ce pourcentage est calculé à partir des données présentées par Louis Marin dans son rapport : voir *Documents parlementaires. Chambre des Députés*, annexe n° 633, séance du 29 mars 1920, p. 81.
[236] Voir François HÉRAN, « Générations sacrifiées : le bilan démographique de la Grande Guerre », *Population et sociétés*, n° 510, avril 2014, article disponible en ligne à l'adresse : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19890/population_societes_2014_510_guerre.fr.pdf
[237] Christophe CHARLE, *La République des universitaires, 1870-1914*, Paris, Le Seuil, p. 473.

surprenant puisque près de 44 % des soldats internés sont originaires des départements qui composent la 14e région militaire, où la population agricole est particulièrement nombreuse[238]. Ce résultat concorde en outre avec la répartition par armes des militaires internés : les soldats mobilisés dans l'infanterie sont majoritairement des cultivateurs et des travailleurs manuels[239]. La part des professions agricoles et celle des professions industrielles sont par contre presque équivalentes à la Maison nationale de Charenton. Les plus gros contingents de malades présents dans cet établissement viennent des départements de la Seine, où la population active est majoritairement industrielle, et du Finistère, fortement agricole.

Les psychiatres se trouvent donc la plupart du temps face à des hommes du rang, paysans, ouvriers, artisans ou petits boutiquiers dans le civil. La distance sociale qui les sépare de ces individus et les préjugés qui en découlent transparaissent dans les dossiers. « On délire avec ce qu'on a », remarquent les docteurs Émile Dezwarte et Marguerite Jannin, médecin-chef et médecin-adjoint de l'asile de Maréville[240], c'est-à-dire avec son capital social. Le lieutenant-colonel Léon D., qui « parle très bien le grec »[241], ou encore le commandant Élie N., qui « fournit des aperçus très intéressants sur l'état de la population rurale »[242] ne sont pas considérés de la même façon que le soldat Francisque T., cultivateur dans le Puy-de-Dôme, qui « fait l'impression "très paysan" »[243], ou encore le soldat Marius E. qui « ne sait pas beaucoup lire et écrire » et est « très velu »[244]. Les médecins estiment-ils que le métier exercé et l'origine sociale et géographique jouent un rôle dans l'étiologie des maladies mentales ? Cette question suscite les hypothèses les plus diverses, sans faire l'objet d'une étude approfondie[245]. En effet, il n'existe pas de statistiques relatives aux professions exercées par les malades internés dans les asiles. L'éventuelle prédisposition des ruraux à la folie donne par conséquent lieu à des affirmations contradictoires, y compris pendant la guerre, comme le relève Marius Dumesnil dans sa thèse :

---

[238] Bien qu'il n'existe pas de statistiques d'ensemble sur la composition sociale de l'armée française, ce résultat reflète globalement la composition de cette dernière, dans un pays majoritairement agricole et rural. Voir André LOEZ, « Autour d'un angle mort historiographique : la composition sociale de l'armée française en 1914-1918 », *Matériaux pour l'histoire de notre temps*, n° 91, juillet-septembre 2008, p. 32-41.

[239] Voir André LOEZ, « Militaires, combattants, citoyens, civils : les identités des soldats français en 1914-1918 », *Pôle sud*, n° 36, janvier 2012, p. 67-85.

[240] Émile DESWARTE, Marguerite JANNIN, « Les quantités mentales et la hiérarchie des délires », *Annales médico-psychologiques*, n° 8, 1917, p. 508.

[241] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du lieutenant-colonel Léon D., 4 X 990.

[242] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du commandant Élie N., 4 X 989.

[243] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Francique T., 4 X 992.

[244] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Marius E., 4 X 990.

[245] En 1914, les études récentes sur le sujet sont rares. Voir Auguste MARIE, René MARTIAL, *Travail et folie. Influences professionnelles sur l'étiologie psychiatrique*, Bloud et Cie, Paris, 1909.

> « Lunier a signalé qu'en 1870 les habitants des campagnes ont été particulièrement frappés par l'aliénation mentale, parce qu'en leurs esprits plus simplistes la frayeur a pris des proportions fantastiques. Milian note au contraire que l'état de stupeur qu'il a décrit sous le nom d'"hypnose des batailles" est plutôt le fait de citadins assez cultivés. »[246]

Au-delà de la distinction entre ville et campagne, l'origine régionale peut orienter le diagnostic. Jean-Yves Le Naour a ainsi montré que les soldats du Midi étaient l'objet de préjugés tenaces, y compris de la part des médecins[247]. Quant aux Bretons, les psychiatres du service de neuropsychiatrie de la 9e région militaire, installé à l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire), Jacques Baruk et René Bessière, considèrent qu'ils forment des « contingents de débiles à tous les degrés »[248]. Ce préjugé influe très certainement sur l'opinion du médecin qui examine le soldat Yves R., né dans le Morbihan et interné le 19 septembre 1916 à la Maison nationale de Charenton. Il est indiqué sur son dossier qu'il souffre de débilité mentale[249], bien qu'il ait combattu pendant un an. Comme il comprend mal le français, les questions qu'on lui pose doivent être traduites en breton. Il ne sait ni lire, ni écrire, ne connaît ni son âge, ni l'année et fait le signe de croix quand on le présente au psychiatre. Un an plus tard, c'est finalement pour une « dépression mélancolique » qu'il est réformé par la commission de réforme de la Seine[250].

Dans le cas des soldats « indigènes », la guerre est l'occasion de développer et de fixer de nombreux stéréotypes. Si le portrait type du Nord-Africain dépeint comme paresseux, puéril, menteur, voleur et crédule ne naît pas pendant le conflit[251], il s'impose comme le cadre de pensée de la psychiatrie coloniale qui, dans le sillage de la guerre, est définie au sein de l'École d'Alger[252]. Celle-ci est dominée par Antoine Porot qui dirige, entre 1916 et 1918, le centre de neurologie de la 19e région militaire. Au-delà des grands traits de caractère qui leur sont attribués, les conclusions des psychiatres au sujet des soldats nord-africains varient beaucoup. Antoine Porot considère par exemple que ces hommes, parce qu'ils sont attachés à

---

[246] Marius DUMESNIL, *Délires de guerre, op. cit.*, p. 45.
[247] Jean-Yves LE NAOUR, *Les soldats de la honte, op. cit.*, p. 50.
[248] Jacques BARUK, René BESSIÈRES, *Quelques considérations sur la neuro-psychiatrie de guerre (service de Sainte-Gemmes, 1914-1919), op. cit.*, p. 135.
[249] L'imbécilité est considérée comme un stade intermédiaire de l'arriération mentale, situé entre le niveau le plus grave qu'est l'idiotie et la débilité mentale.
[250] AD du Morbihan, registre matricule, bureau de recrutement de Lorient, classe 1902, matricule 2300, R 1935.
[251] Sur la représentation des musulmans dans la littérature psychiatrique d'avant-guerre, voir Robert BERTHELIER, « À la recherche de l'homme musulman », *Sud/Nord*, n° 22, janvier 2007, p. 127-146.
[252] L'École d'Alger prend forme autour d'Antoine Porot à partir de 1918. Jusque dans les années 1950, elle occupe dans le champ une position de domination incontestée.

leur « misérable terre », sont fréquemment atteints de mélancolie[253] . Au contraire, Jean Lépine estime que cette maladie se rencontre rarement chez eux[254]. Les incertitudes sont cependant dissimulées derrière des affirmations péremptoires. Ainsi, selon Antoine Porot, s'il est difficile de se faire un avis, c'est que la contradiction est au cœur de la mentalité indigène[255]. Appliquant leur cadre de référence à ces malades, les psychiatres observent finalement chez eux les mêmes pathologies que chez les métropolitains. Ainsi, dans la thèse qu'il soutient en 1921, Roland Guébhard, interne à l'asile d'aliénés d'Aix-en-Provence, ne signale aucune particularité dans les troubles qui affectent les soldats de l'Afrique occidentale française[256]. Les entités nosologiques les plus fréquentes à l'asile Saint-Pierre sont d'ailleurs les mêmes que dans les autres établissements, la présence des soldats « indigènes » ne modifiant pas l'incidence de tel ou tel diagnostic. Pour cette catégorie de malades, il est difficile de dépasser l'analyse quantitative[257]. La pauvreté de leurs dossiers médicaux reflète peut-être un manque d'intérêt de la part des psychiatres, qui savent que ces malades sont de passage[258]. Elle est aussi liée aux difficultés rencontrées pour dialoguer avec ces hommes dont les médecins ne parlent pas la langue : « le principal écueil en présence de chaque cas est la difficulté de comprendre et d'être compris », résume Jean Lépine[259] . En l'absence d'interprètes, on a le plus souvent recours à d'autres malades pour jouer le rôle de traducteurs. Mais quelle valeur accorder à des propos rapportés par un homme qui, lui-même interné en raison de troubles mentaux, est susceptible de les déformer ou d'en livrer une version fantaisiste[260] ? Quand ils le peuvent, les médecins se passent donc d'intermédiaires et tentent de communiquer directement avec les malades. Les efforts que cela implique pour ces derniers semblent cependant sous-estimés. Le 10 septembre 1916, lorsque le médecin examine Ansoumana E. à la Maison nationale de Charenton, il oublie sans doute un peu vite qu'il n'est pas facile pour ce soldat du 26e bataillon de tirailleurs sénégalais, né à Yara en

[253] Antoine POROT, « Note de psychiatrie musulmane », *Annales médico-psychologiques*, n° 9, 1918, p. 376.
[254] Jean LÉPINE, *Troubles mentaux de guerre, op. cit.*, p. 131.
[255] Antoine POROT, « Note de psychiatrie musulmane », art. cit, p. 375.
[256] Roland GUÉBHARD, *La folie chez les indigènes de l'Afrique occidentale française pendant la Grande Guerre (1914-1919)*, thèse soutenue devant la faculté de médecine de Montpellier, 1921.
[257] Rappelons que les dossiers de l'asile Saint-Pierre ont été détruits, à l'exception de ceux des malades sortis en 1920, 1930, 1940, conservés au titre d'échantillons.
[258] Comme on l'a vu, les malades originaires des colonies sont regroupés dans certains asiles du sud de la France. Voir Chapitre 1, II, 2, c.
[259] Jean LÉPINE, *Troubles mentaux de guerre, op. cit.*, p. 131.
[260] Le problème était déjà dénoncé bien avant la guerre : voir par exemple Antoine LEVET, « L'assistance des aliénés algériens », *Annales médico-psychologiques*, n° 9, 1909, p. 46-47.

Guinée, de s'exprimer en français. Il note : « Écoute avec attention les questions qu'on lui pose, tâche à les comprendre. Absence de spontanéité »[261].

Pour d'autres raisons, il est également difficile d'appréhender les relations entre les psychiatres et les malades dont ils sont socialement les plus proches, c'est-à-dire les gradés. En Grande-Bretagne mais aussi en Italie, où cette population est moins difficile à saisir, plusieurs historiens considèrent que le diagnostic de neurasthénie était préférentiellement attribué aux officiers[262]. Observe-t-on le même phénomène en France ? Comme en Grande-Bretagne, la neurasthénie s'est propagée dans les années 1880. Inventée par le médecin new-yorkais George Miller Beard, elle désigne un état de « malaise général » aux symptômes variés : affaiblissement, perte d'appétit, insomnies, maux de tête ou encore douleurs névralgiques[263]. Le succès rencontré en Europe par les thèses de Beard est lié aux réponses qu'elles apportent aux préoccupations de l'époque. La vie moderne, son rythme et ses excès, sont désignés responsables du développement d'une pathologie aux contours flous[264]. Très vite, l'idée qu'il s'agit d'une maladie frappant surtout l'élite se diffuse. En 1897, Antoine Proust et Gilbert Ballet affirment par exemple que la neurasthénie est plus fréquente « dans les villes, parmi les classes moyennes et supérieures, dans tous les milieux en un mot où la culture intellectuelle, ainsi que le trafic commercial et industriel, sont portés à leur plus haut degré d'intensité »[265]. Face aux militaires qu'ils examinent pendant la guerre, de nombreux psychiatres reproduisent ce raisonnement. Seul Henri Damaye se démarque clairement en affirmant qu'en temps de guerre la neurasthénie peut toucher « toutes les classes sociales »[266].

Au contraire, André Gilles, interne des asiles de la Seine et médecin aide-major au 294e régiment d'infanterie, précise dans un article consacré aux cas de neurasthénie observés sur la ligne de feu qu'il a essentiellement eu « à faire à des intellectuels »[267]. On peut également lire sous la plume de Jean Lépine que :

---

[261] AD du Val-de-Marne, Fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Ansoumana E., 4 X 992.

[262] Bruna BIANCHI, « Psychiatrists, Soldiers and Officers in Italy During the Great War », *in* Mark S. MICALE, Paul LERNER (dir.), *Traumatic Pasts*, *op. cit.*, p. 222-252 ; Fiona REID, *Broken Men*, *op. cit.*, p. 17-18 ; Peter LEESE, *Shell Shock*, *op. cit.*, p. 115-116 ; Leo VAN BERGEN, *Before My Helpless Sight*, *op. cit.*, p. 238.

[263] George M. BEARD, *A Practical Treatise on Nervous Exhaustion (neurasthenia). Its Symptoms, Nature, Sequences, Treatment*, Londres, H. K. Lewis, 1890.

[264] Voir Alain EHRENBERG, *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob, 1998, p. 38-43.

[265] Antoine PROUST, Gilbert BALLET, *L'hygiène du neurasthénique*, Paris, Masson, 1897, p. 10-11.

[266] Henri DAMAYE, « Les neurasthénies de la guerre », *Le Progrès médical*, n° 21, 1918, p. 183.

[267] André GILLES, « Étude sur certains cas de neurasthénie », *Annales médico-psychologiques*, n° 7, 1916, p. 210.

> « L'état neurasthénique dépressif paraît être celui du commotionné relativement intelligent et en même temps peu gravement atteint, la confusion mentale persistante, avec tendance à la stupeur, est peut-être tout à la fois l'apanage des désordres plus profonds et des cerveaux plus indigents. »[268]

On note toutefois, dans cette brève citation, toutes les précautions prises par l'auteur (l'emploi du conditionnel, l'usage de l'adverbe « peut-être »). Le doute persiste en effet sur la validité de ces hypothèses.

Reste que, d'après les dossiers médicaux de la Maison nationale de Charenton, les psychiatres mobilisent des représentations spécifiques lorsqu'ils décrivent les officiers et les sous-officiers. Ils ont souvent recours à une notion centrale dans l'étiologie de la neurasthénie : le surmenage. Le lieutenant Victor S. de T. « a beaucoup souffert de la campagne […], s'est donné beaucoup de mal, s'est surmené énormément »[269]. De même, le capitaine Léon T., auquel on a donné un commandement de groupe, « s'est surmené »[270]. Dans le cas du sous-lieutenant Félix D., étudiant âgé de 23 ans, le surmenage date d'avant la guerre car il « a beaucoup travaillé à Centrale »[271]. Or si les médecins n'ignorent pas la fatigue des hommes du rang, ils la qualifient rarement ainsi dans les dossiers. Par ailleurs, les gradés sont considérés comme particulièrement exposés à la solitude, facteur aggravant de la neurasthénie. Séparés de leurs semblables, ils souffrent de devoir vivre avec des gens du peuple. L'isolement social des intellectuels combattants, mis en évidence par Nicolas Mariot à partir de quarante-deux témoignages[272], est souligné par Jean Lépine : « de se sentir séparés de ceux qui les entourent par une incompréhension profonde, ils se sentent plus seuls encore »[273]. Pour autant, gradés comme hommes du rang ne sont presque jamais déclarés atteints de neurasthénie[274]. Le terme n'apparaît que dans un seul dossier, celui du sous-lieutenant Raymond N., dans un certificat de quinzaine. Le certificat d'entrée du même malade le désignait comme atteint de « dépression mélancolique », celui de vingt-quatre heures mentionne quant à lui un « état dépressif »[275]. Tous ces termes sont en fait utilisés comme des synonymes, ce qui rend leur emploi peu significatif. Plusieurs hypothèses peuvent

---

[268] Jean LÉPINE, *Troubles mentaux de guerre, op. cit.*, p. 60.
[269] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du lieutenant Victor S. de T., 4 X 989.
[270] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du capitaine Léon T., 4 X 992.
[271] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du sous-lieutenant Félix D., 4 X 989.
[272] Nicolas MARIOT, *Tous unis dans la tranchée ?, op. cit.*
[273] Jean LÉPINE, *Troubles mentaux de guerre, op. cit.*, p. 33.
[274] La neurasthénie n'est jamais diagnostiquée chez des hommes du rang dans les asiles de Charenton, de Bron et de Saint-Robert. Bernadette Laverdure-Cassarin a souligné sa rareté chez les malades de la section militaire de l'asile de Villejuif (0,47 % des cas). Voir Bernadette LAVERDURE-CASSARIN, *Un moment particulier dans la psychiatrie du XXe siècle, op. cit.*, p. 74.
[275] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du sous-lieutenant Raymond N., 4 X 992.

être formulées pour expliquer l'absence d'un diagnostic pourtant très à la mode. Celle-ci peut tenir aux faiblesses du corpus, l'analyse reposant sur 223 dossiers dont 37 seulement concernent des gradés. On pourrait également l'expliquer en soulignant que la neurasthénie est une névrose, donc une maladie qui ne relève pas de l'internement. Cet argument n'est toutefois pas satisfaisant, dans la mesure où la neurasthénie semble tout aussi rare pendant la guerre dans les services de psychiatrie de l'arrière, par exemple au Val-de-Grâce comme le signale Maurice de Fleury[276]. André Léri souligne lui aussi la rareté de cette pathologie[277]. Finalement, il est probable que les psychiatres tendent à se détourner d'une dénomination qu'ils jugent trop imprécise et vulgaire, préférant parler d'état dépressif ou mélancolique.

Plus globalement, les 37 dossiers d'officiers et de sous-officiers conservés ne permettent pas de repérer des écarts entre les pathologies identifiées dans l'ensemble de la population et chez les gradés, si ce n'est qu'aucun de ces derniers n'est déclaré atteint de débilité mentale. Même s'il est difficile de tirer des conclusions fermes à partir de cet échantillon, il semble que les différences se situent plutôt dans le choix des mots employés pour décrire ces hommes. On peut aussi penser que les psychiatres font preuve d'une plus grande prudence face à un individu dont le capital social est élevé. Les docteurs Anatole Chauffard et Marcel Briand décident par exemple de prendre ensemble la responsabilité de l'internement du lieutenant-colonel Léon D.[278] en apposant leurs deux signatures sur le certificat d'entrée à la Maison nationale de Charenton, tout comme pour le médecin aide-major Pierre N.[279]. Toutefois, rien n'indique que les gradés aient bénéficié d'un traitement de faveur en matière de diagnostic : l'exemple de la paralysie générale, maladie infamante qui n'est pas associée à des faits de guerre avant le revirement de 1917, le montre clairement. Comme nous l'avons vu, le docteur Roger Mignot applique le même raisonnement qu'il s'agisse du capitaine Étienne O., chevalier de la Légion d'honneur[280], ou du soldat François E., cultivateur dans l'Hérault[281].

Outre la distance sociale, le fossé entre ceux de l'avant et ceux de l'arrière sépare les médecins des asiles de leurs malades qui ont séjourné sur le front. Puisqu'ils n'ont pour la plupart jamais été dans les tranchées, comment pourraient-ils comprendre ce que ces hommes

[276] Maurice DE FLEURY, *Les états dépressifs et la neurasthénie*, Paris, Alcan, p. 17-19.
[277] André LÉRI, *Émotions et commotions*, Paris, Masson, 1918, p. 104-105.
[278] Leurs deux signatures figurent sur le certificat d'entrée à l'asile de Charenton. AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du lieutenant-colonel Léon N., 4 X 990.
[279] Voir Chapitre 2, I, 1, a.
[280] AN, Paris, dossier de Légion d'honneur du capitaine Étienne O., LH/2705/84.
[281] Voir Chapitre 3, I, 1, c.

ont vécu ? Ce reproche ne leur est pourtant pas adressé par les soldats, du moins il n'apparaît pas dans les lettres ou les écrits divers qui figurent dans les dossiers. Les infirmiers, en revanche, sont parfois accusés d'embusquage. À l'asile de Villejuif, le soldat René E. dénonce l'attitude des gardiens dans une lettre adressée au docteur Henri Colin :

> « Gardiens ivrognes, ne possédant aucune éducation comme j'en vois journellement des spécimens sous les yeux, qui veulent en imposer parce qu'ils sont coiffés d'un képi galonné, surmonté d'un chiffre qui désigne le pénitencier auquel ils appartiennent et qui veut tout dire excepter ce qu'il y a de bien, A. S ? Abattoirs secrets ? Apache salarié par la préfecture !!! Et qui par-dessus tout sont des patriotes enragés qui restent les mains dans les poches car ils ont une irruption capillaire dans la main. »[282]

L'autorité des médecins d'asile est rarement remise en cause par les malades à l'aide d'arguments de ce type. Les critiques viennent plutôt de leurs confrères exposés aux dangers du front, même si l'opposition qui se dessine entre psychiatres de l'avant et de l'arrière est loin d'être aussi radicale que celle mise en évidence par Sophie Delaporte dans le domaine de chirurgie[283]. Paul Voivenel par exemple, médecin de bataillon puis d'ambulance[284], fait opportunément remarquer aux membres de la Société médico-psychologique que « les aliénistes, que leur bonne chance plaça dans les bataillons, ont pu faire d'excellentes études médico-psychologiques »[285]. Quant à Maurice Dide, mobilisé comme médecin au 24e bataillon de chasseurs alpins puis comme chef du centre neurologique de la 8e armée, il n'hésite pas, lorsqu'il prend la parole devant les membres de la Société de psychiatrie, de la Société médico-psychologique et de la Société clinique de médecine mentale, à affirmer qu'il voudrait « modifier l'opinion de ceux […] qui ne connaissent des accidents mentaux de guerre que ce qu'on observe à l'intérieur »[286]. C'est peut-être pour se prémunir contre de telles remarques que Jean Lépine sollicite en février 1918 l'autorisation d'effectuer un séjour

---

[282] Archives du Centre hospitalier Paul Guiraud, dossier du soldat René E., non coté. Je remercie Véronique Fau-Vincenti de m'avoir transmis la lettre de ce soldat. Les initiales A. S. signifient selon toute vraisemblance « asile spécial ».

[283] Sophie Delaporte a montré comment les chirurgiens du front, partisans de l'interventionnisme, sont parvenus à convaincre leurs collègues de l'arrière majoritairement abstentionnistes de modifier leurs pratiques. Voir Sophie DELAPORTE, *Les médecins dans la Grande Guerre*, *op. cit.*

[284] Paul Voivenel a été médecin de bataillon au 211e régiment d'infanterie puis au 220e. À l'automne 1916, il est nommé médecin-chef de l'ambulance 15/6, puis d'une ambulance Z spécialisée dans le traitement des soldats victimes des gaz. Voir « Paul Voivenel », *in* Rémy CAZALS (dir.), *500 témoins de la Grande Guerre*, Toulouse, Éditions Midi-Pyrénéennes/Edhisto, 2013, p. 441-442 et Camille LESTRADE, *Un médecin et son époque. Vie et œuvre du docteur Paul Voivenel (1880-1975)*, thèse de médecine soutenue devant la faculté de Toulouse, 1998.

[285] Société médico-psychologique, séance du 28 janvier 1918, *Annales médico-psychologiques*, 1918, p. 287.

[286] *Bulletin de la Société clinique de médecine mentale*, numéro spécial, décembre 1917, p. 72.

d'étude sur le front[287]. Son souhait a-t-il été exaucé ? On peut en douter dans la mesure où cette expérience n'est mise en avant dans aucune de ses publications. Quoi qu'il en soit, quand bien même ils n'ont pas été en première ligne, les psychiatres ne sont pas plus coupés du reste du monde dans leurs asiles que d'autres médecins de l'arrière. Ils n'ignorent pas les dangers que courent les soldats, d'autant que la plupart ont des membres de leur famille au front et correspondent avec eux, comme le docteur Henri Colin, dont les deux fils sont mobilisés, ou encore Emmanuel Régis, qui perd l'un de ses enfants, sergent aviateur, en octobre 1917[288].

Conscients de vivre des évènements hors du commun, les psychiatres reconnaissent avoir affaire à une guerre d'un genre nouveau, terriblement destructrice et meurtrière. Cependant, ils n'estiment pas observer des phénomènes entièrement inédits. En effet, bien qu'ils recourent dans leurs ouvrages aux expressions « troubles mentaux de guerre », « psychonévroses de guerre » ou encore « psychiatrie de guerre », ils ne reconnaissent pas l'existence de maladies mentales propres aux circonstances du conflit. De l'avis général, la guerre ne crée pas de pathologies inconnues, mais « colore » des entités nosographiques déjà décrites. Les années 1914-1918 ne sont donc pas marquées par l'apparition d'un discours psychiatrique en rupture avec celui du temps de paix. Elles sont plutôt l'occasion, pour les psychiatres, de préciser des thèses élaborées avant la guerre et de les promouvoir auprès des autorités militaires afin de conquérir une position d'experts. C'est sans doute là que se situe l'évolution la plus importante : en temps de guerre plus encore qu'en temps de paix, reconnaître la maladie, l'expliquer, la nommer ne constitue pas une fin en soi. Ce processus doit permettre aux médecins de se prononcer sur la prise en charge la plus appropriée puis de décider de l'avenir des soldats internés dont l'armée attend de savoir s'ils pourront ou non reprendre leur place dans ses rangs.

[287] ASSM, centre de documentation du Val-de-Grâce, lettre du professeur Jean Lépine au directeur du Service de santé de la 14e région militaire, 21 février 1918, A 230.
[288] « Les médecins aliénistes et la guerre », *Annales médico-psychologiques*, n° 9, 1918, p. 163.

II - Repenser l'internement. Pratiques psychiatriques et représentations sociales de la folie en temps de guerre

Les soldats internés peuvent-ils sortir de l'asile ? À quelles conditions et selon quelles modalités ? Faut-il les réformer ou bien les rendre à l'armée ? Telles sont les questions auxquelles doivent répondre au quotidien les psychiatres, y compris dans les asiles d'aliénés. Ces interrogations, chargées d'enjeux propres au temps de guerre, ont ceci de particulier que les réponses qui leur sont apportées ne s'élaborent pas dans un tête-à-tête entre le médecin et son patient : le conflit provoque l'intervention d'une multiplicité d'acteurs qui défendent chacun leurs intérêts en fonction de leur perception de la situation. C'est pourquoi les représentations « extra-médicales » de la folie jouent un rôle essentiel.

1) La folie, une maladie curable ?

a) L'asile, « machine » à fabriquer des incurables

Au début de la guerre, la circulaire du 3 juin 1897 dicte la conduite à tenir face aux militaires atteints de troubles mentaux. Dans la mesure où la folie est considérée comme une maladie incurable, la consigne est de procéder à l'internement et à la réforme des intéressés. Or, dès les premiers mois de la guerre, la mise en œuvre de ces dispositions provoque semble-t-il l'émoi d'une partie de la population. C'est du moins ce que laisse entendre le médecin-major Jean Abadie dans un rapport adressé au Service de santé militaire en mars 1918. Il affirme :

> « au début de la guerre, […] des faits regrettables se sont produits, relativement nombreux, qui ont ému l'opinion publique. Un très grand nombre de militaires, atteints de troubles psychiques, légers et fugaces, ont été internés dans des salles d'aliénés par des médecins peu instruits de la véritable signification pronostique de ces troubles. »[289]

Jean Abadie ne donne pas plus d'indications sur les évènements auxquels il fait allusion. Des familles se sont-elles plaintes ? La presse a-t-elle rendu compte de leurs protestations ? Les recherches dans les archives du sous-secrétariat du Service de santé

[289] ASSM, centre de documentation du Val-de-Grâce, rapport sur le traitement des militaires atteints de troubles mentaux présenté par le médecin-major Jean Abadie au sous-secrétariat d'État du Service de santé militaire le 26 mars 1918, carton 530.

militaire ainsi que dans les principaux quotidiens n'ont rien révélé. Peut-être s'agit-il seulement pour Jean Abadie, qui a été à l'initiative des premiers centres de psychiatrie aux armées, de justifier son action. Reste que le rejet des asiles d'aliénés est ancien. La réputation des psychiatres est entachée par les scandales à répétition qui fragilisent la profession, régulièrement accusée d'être à l'origine de séquestrations arbitraires [290]. Quant à l'internement, lorsqu'il n'est pas tout simplement considéré comme une procédure arbitraire, il est perçu comme une condamnation pour le malade, anéantissant tout espoir de guérison. Aussi la mort apparaît-elle être l'issue la plus probable d'un séjour à l'asile.

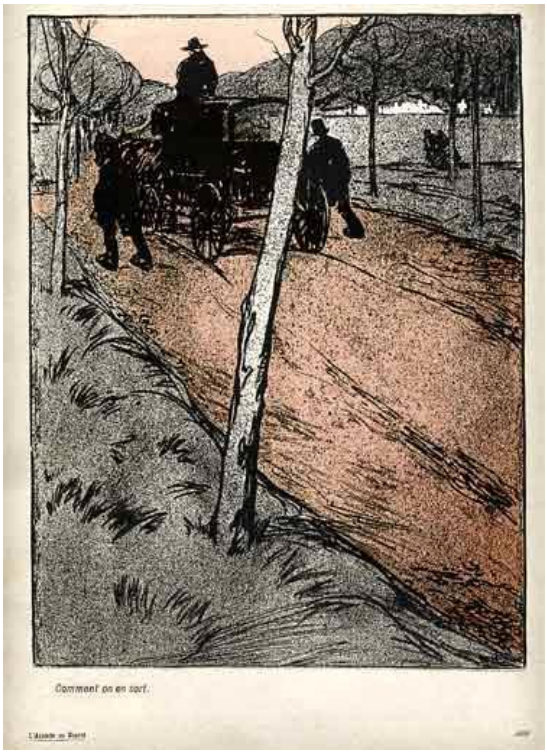


Figure 10 : « Comment on en sort ». Dessin d'Aristide Delannoy dans le numéro « Asiles et fous » de *L'Assiette au beurre*[291]

C'est donc pour trouver une alternative aux asiles d'aliénés et dans le but affiché de limiter les internements que sont créés les premiers services de psychiatrie destinés aux militaires. Les responsables de ces centres soulignent régulièrement dans leurs rapports le petit nombre des malades pour lesquels un transfert vers l'asile se révèle nécessaire. En

[290] En 1903, une nouvelle affaire éclate lorsque le journaliste Clément Bertie-Marriott est interné à la Maison nationale de Charenton. Une campagne de presse est lancée contre les aliénistes, en particulier dans *Le Journal*. Voir Aude FAUVEL, *Témoins aliénés et bastilles modernes*, t. 3, *op. cit.*, p. 52.
[291] *L'Assiette au beurre*, n° 173, 23 juillet 1904.

janvier 1918, le chef du service central de psychiatrie de la 9e région militaire, Clovis Vincent, explique : « Non seulement il n'y a aucune raison pour ne pas traiter de semblables malades à l'hôpital, mais encore ce serait aggraver leur affection que de les soigner dans un asile, où le contact avec des excités et des délirants ne pourrait que les impressionner et leur être préjudiciable »[292]. Certes Clovis Vincent se considère comme un neurologue et n'a jamais exercé dans un asile d'aliénés. Mais Jean Lépine, médecin-chef à l'asile de Bron, attire lui aussi l'attention du directeur du Service de santé de la 14e région militaire sur « le petit nombre des internements » effectués aux mois d'avril, mai et juin 1918[293]. De même, Raoul Benon, médecin-chef du centre de psychiatrie de la 11e région militaire, considère qu'« aucun malade mental militaire ne devrait être placé dans un asile d'aliénés ». « Il suffit de nous donner le personnel infirmier nécessaire et ces internements n'auront jamais lieu », affirme-t-il en juillet 1918[294]. On pourrait multiplier les exemples tant cette préoccupation est commune.

Or ce consensus n'émerge pas à la faveur de la guerre, même si les circonstances le renforcent. En effet, l'idée de traiter les malades mentaux et nerveux en dehors des asiles d'aliénés n'est pas nouvelle. Aux yeux de leurs détracteurs, qui les comparent à des établissements pénitentiaires, les asiles rendent malade au lieu de guérir. Trois arguments sont mobilisés à l'appui de cette thèse. Les asiles sont accusés de constituer un milieu pathogène où s'exercent en permanence les effets nocifs du mélange entre aigus et chroniques[295]. On leur reproche aussi de supprimer tout esprit d'initiative chez les internés, en leur imposant une vie réglée qui les rend incapables, une fois guéris, de reprendre une existence normale[296]. Enfin, parce qu'ils sont fermés sur eux-mêmes et ont mauvaise réputation, les asiles ne parviennent pas à prendre en charge les malades mentaux suffisamment tôt. Ceux-ci sont déjà en voie de

[292] ASSM, centre de documentation du Val-de-Grâce, rapport du service central de psychiatrie de la 9e région militaire, A 75.

[293] ASSM, centre de documentation du Val-de-Grâce, rapport du service central de psychiatrie de la 14e région militaire, avril, mai et juin 1918, A 75.

[294] ASSM, centre de documentation du Val-de-Grâce, rapport mensuel du service de psychiatrie de la 11e région militaire, juillet 1918, A 75. Rappelons que, dans le civil, Raoul Benon est médecin-chef du quartier des maladies mentales de l'hospice de Nantes.

[295] La séparation de ces malades dans des pavillons distincts ne constitue pas une solution satisfaisante pour les psychiatres qui réclament des réformes plus radicales.

[296] Le modèle de l'hôpital-village, qui connaît un grand succès à partir des années 1950, est déjà mis en avant par certains médecins. À Pierrefeu (Var) par exemple, le docteur Michel Belletrud souhaite donner à l'asile l'apparence d'une petite ville en y installant des commerces, un salon de coiffure ou encore un kiosque à journaux. Voir Michel BELLETRUD, « Le régime de la vie normale à l'hôpital des maladies mentales du Var », *Revue de psychiatrie*, 1905, p. 237-252. Sur le modèle de l'hôpital-village dans les années 1950, voir Nicolas HENCKES, *Le nouveau monde de la psychiatrie française. Les psychiatres, l'État et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après guerre aux années 1970*, thèse de sociologie, EHESS, 2007, p. 401-407.

chronicisation lorsqu'ils sont finalement repérés ou que leur internement cesse d'être repoussé, d'où la rareté des guérisons.

Ces critiques sont développées par les psychiatres réformateurs rassemblés autour d'Édouard Toulouse, médecin-chef de l'asile de Villejuif[297]. Pour se démarquer et diffuser leurs idées, ils se dotent en 1897 d'un journal, la *Revue de psychiatrie*[298]. Leur principale revendication réside dans la réforme de la loi de 1838 à laquelle ils reprochent d'amalgamer toutes les catégories de malades mentaux sur le plan légal et thérapeutique. En guise d'alternative à l'asile, trois modes de prise en charge sont préconisés, chacun étant adapté à un type de malades en particulier. Pour ceux qui sont incurables mais inoffensifs, on retient le modèle des colonies familiales qui consiste à accueillir les malades dans de petites communes rurales, où ils vivent au contact de la population, au sein de familles nourricières. Il en existe déjà deux à la veille de la guerre : la première a été créée en 1892 à Dun-sur-Auron (Allier) pour les malades femmes, tandis que la seconde ouvre en 1900 à Ainay-le-Château (Cher) pour les malades hommes[299]. Toutes deux ont été fondées par le conseil général de la Seine dans le but de désencombrer les asiles du département. Pour les malades atteints de délires transitoires, liés à une affection physique le plus souvent fébrile, les psychiatres réformateurs réclament l'installation de services spéciaux dans les hôpitaux. En effet, faute de pouvoir isoler ces patients bruyants ou remuants, on les évacue souvent dans les asiles d'aliénés. La mise en place de ces services est réclamée dès 1901 lors du Congrès des aliénistes et neurologistes de France et les appels en ce sens se multiplient, prenant appui sur les expériences conduites à l'étranger[300]. En 1903, Emmanuel Régis présente dans *La Presse médicale* les résultats de sa pratique pionnière au sein de l'hôpital Saint-André, où les délirants sont placés dans un local de douze lits comprenant deux chambres de surveillance[301]. Enfin, parallèlement aux colonies familiales et aux services d'hôpitaux, les psychiatres souhaitent la création de services psychiatriques ouverts dans lesquels les malades mentaux seraient placés en observation. Seuls les chroniques feraient l'objet d'une procédure d'internement, tandis que les malades atteints d'affections aigües et curables pourraient être

---

[297] Sur Édouard Toulouse, voir Michel HUTEAU, *Psychologie, psychiatrie et société sous la Troisième république. La biocratie d'Édouard Toulouse (1865-1947)*, Paris, L'Harmattan, 2002.

[298] Sur la *Revue de psychiatrie* et ses collaborateurs, voir Aude FAUVEL, *Témoins aliénés et bastilles modernes*,t. 2, *op. cit.*, p. 447-455.

[299] Elle constitue d'abord une annexe de la colonie de Dun-sur-Auron, avant d'être déclarée autonome en 1900.

[300] Auguste MARIE, « Des hôpitaux ouverts pour malades mentaux », *Revue de psychiatrie*, 1904, p. 441-485.

[301] Emmanuel RÉGIS, « Les délirants des hôpitaux. Leur assistance, leur utilité du point de vue de l'enseignement », *La Presse médicale*, n° 73, 1903, p. 645-648.

traités sur place, en cure libre c'est-à-dire sans recourir à une procédure de placement. En 1901, les docteurs Philippe Chaslin et Eugène Nageotte proposent ainsi que les services de Bicêtre et de la Salpêtrière soient transformés sur ce modèle[302]. Ils n'obtiennent pas gain de cause et, en 1914, le seul service ouvert de France se trouve à Fleury-les-Aubrais, dans le Loiret. Sa création résulte des circonstances particulières liées à la construction tardive d'un asile dans ce département qui, jusqu'en 1909, n'en possédait aucun. Le docteur James Rayneau, en charge du projet, a en effet obtenu du conseil général que l'hôpital ne porte pas le nom d'« asile » mais d'« établissement psychothérapique » et qu'il reçoive aussi des malades non internés. Les premiers sont accueillis en 1913 : ils ne figurent pas dans les registres d'admission et sont libres de rentrer chez eux dès qu'ils le souhaitent mais doivent être en mesure de payer leurs frais d'hospitalisation puisque la loi de 1838 ne prévoit aucune prise en charge des malades indigents en dehors du cadre de l'internement[303]. En 1914, cette initiative encore très récente reste cependant méconnue et les débats autour de la révision de la loi de 1838, qui occupent sénateurs, députés et psychiatres depuis les années 1860, n'ont toujours pas abouti[304].

Ces questions ne sont pas mises entre parenthèses par le conflit. Au contraire, en favorisant la convergence entre les intérêts des psychiatres et ceux des pouvoirs publics, les circonstances particulières de la guerre rendent possible l'expérimentation à grande échelle de nouveaux modes de prise en charge. Désormais, éviter l'internement n'est plus seulement une mesure d'utilité médicale ou sociale mais une nécessité militaire puisque favoriser la guérison des malades revient à limiter le nombre des réformes et donc à lutter contre la fonte des effectifs. Comme d'autres spécialités, la psychiatrie bénéficie d'un climat favorable à

[302] Philippe CHASLIN, Eugène NAGEOTTE, « La vraie réforme du traitement des affections mentales à Bicêtre et à la Salpêtrière », *La Presse médicale*, n° 52, 1901, p. 1-2.

[303] Intervention du docteur James Rayneau à la Société médico-psychologique, séance du 27 mars 1922, *Annales médico-psychologiques*, n° 1, 1922, p. 346-348. Dans le département du Nord, la clinique psychiatrique départementale d'Esquermes dirigée par le docteur Georges Raviart admet depuis 1912, à titre d'observation et sans arrêté préfectoral de placement, des pensionnaires atteints de troubles mentaux. Cet établissement n'a cependant ni le statut d'un asile d'aliénés ni celui d'un hôpital public.

[304] Le sénateur Paul Strauss propose que les admissions à l'asile soient considérées comme provisoires pendant dix-huit mois, afin de permettre le traitement des états aigus et curables sans internement. Mais son projet suscite de vives critiques car il substitue au terme d'aliénés celui de « malades souffrant d'affection mentale ». Or, selon ses détracteurs, cette formule revient à élargir le champ d'application de la loi à des malades ne relevant pas de l'internement. Sur ce point, voir Nicolas HENCKES, *Le nouveau monde de la psychiatrie française*, *op. cit.*, p. 148-150.

l'émergence d'une politique de santé publique[305]. Le contexte transforme les préoccupations des psychiatres réformateurs en problème public[306], leur offrant la possibilité de conquérir une place hors des murs de l'asile. Or sur ce terrain, ces derniers sont, comme nous l'avons vu, fortement concurrencés par les neurologues. Pour beaucoup, l'objectif est donc de profiter de l'opportunité offerte par la guerre pour faire reconnaître leurs compétences auprès des malades qui ne sont pas internés.

b) Sortir de l'asile : les ressorts d'une situation paradoxale

Il n'est donc pas étonnant que l'intérêt des psychiatres se porte rarement sur les asiles, qui sont peu évoqués dans les articles et les ouvrages publiés pendant le conflit. La mise en place des services de psychiatrie de l'avant et de l'arrière retient toute l'attention car c'est là que réside la nouveauté mais aussi parce qu'elle a pour conséquence de placer les asiles d'aliénés au bout de la chaîne d'évacuation. Or reconnaître les vertus de « l'assistance psychiatrique d'urgence » revient à disqualifier un peu plus l'internement qui apparaît comme la garantie d'un échec thérapeutique puisque la « curabilité » est étroitement associée à la précocité de la prise en charge du malade. La guerre semble donc accentuer la relégation de l'asile d'aliénés destiné, tel un hospice, à n'accueillir que des malades chroniques pour lesquels les chances de guérison sont très limitées. En effet, même si la plupart des psychiatres refusent de considérer que l'internement est toujours synonyme d'incurabilité, force est de constater que les guérisons sont rares : entre 1900 et 1913, elles concernent moins de 5 % des malades traités[307]. Ainsi, les asiles semblent rester figés dans une forme de renoncement thérapeutique, comme nous l'avons vu dans le chapitre 2. C'est ce que constate, non sans regret, Marius Dumesnil :

> « "La médecine est l'art de guérir, elle n'est que cela" disait notre grand Trousseau. Nos confrères, qui à cette heure même se prodiguent sur les champs de bataille et dans les hôpitaux, pour panser tant de pauvres corps meurtris ou mutilés,

[305] Voir Vincent VIET, « La Santé publique pendant la Grande Guerre », *in* Franck THÉNARD-DUVIVER (dir.), *Hygiène, santé et protection sociale de la fin du XVIIIe siècle aux lendemains de la Grande Guerre*, *op. cit.*

[306] Voir Sylvain BERTSCHY, « La prise en charge des blessés et malades de l'armée : genèse d'un problème public et mise en scandale du Service de santé sanitaire », *in* Frédéric ROUSSEAU (dir.), *La Grande Guerre des sciences sociales*, *op. cit.*

[307] Ce pourcentage a été établi à partir des données présentées dans la *Statistique annuelle des institutions d'assistance* pour chaque année de 1900 à 1913.

illustrent et vivent cet axiome. Malheureusement, pour ce qui concerne les psychoses chroniques, nous sommes encore bien peu experts en l'art de les guérir. »[308]

Pourtant, d'après les registres d'admission, 40 à 70 % des militaires traités dans les asiles de mon corpus obtiennent leur sortie (voir l'annexe 15), dont 32 à 47 % avant l'armistice[309], alors qu'entre 1900 et 1913, les sorties ne concernaient en moyenne que 15 % des malades hommes traités dans les asiles français. L'internement des militaires possède également une autre spécificité : sa durée est plus courte que celles des malades civils internés avant-guerre.

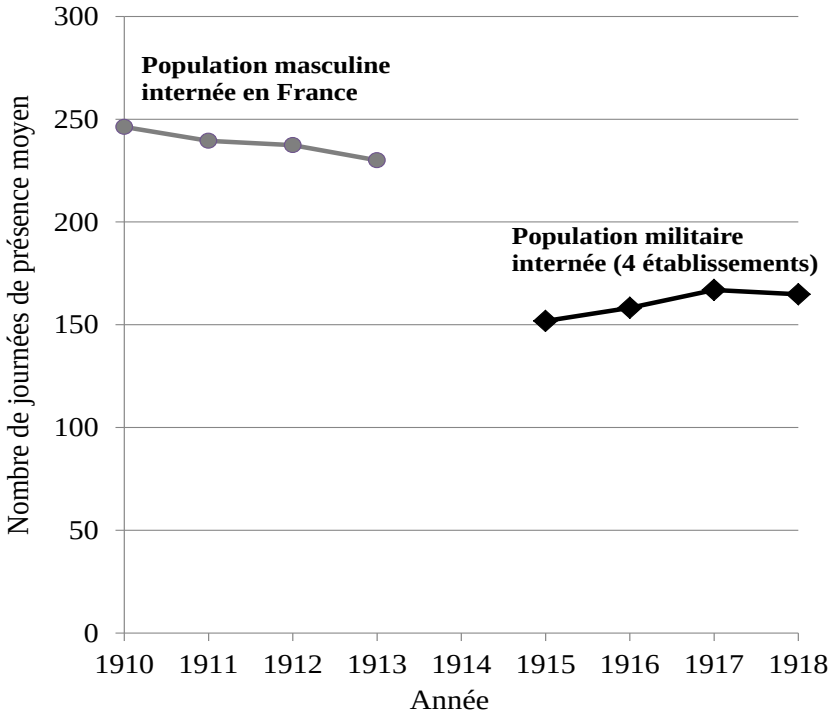


Figure 11 : Nombre de journées de présence moyen des malades hommes internés dans les asiles français entre 1910 et 1913 et des militaires internés dans les asiles du corpus entre 1915 et 1918[310]

[308] Marius DUMESNIL, *Délires de guerre, op. cit.*, p. 61.
[309] 32 % à l'asile de Bron, 47 % à Saint-Robert, 39 % à Saint-Pierre et 62 % à Charenton. La Maison nationale semble se distinguer par le nombre très important des sorties enregistrées. Il faut toutefois nuancer ce résultat, l'analyse des dossiers conservés montrant que certains transferts peuvent être signalés comme des sorties dans les registres d'admission. L'erreur a été corrigée à chaque fois que cela a été possible. D'autre part, le résultat obtenu pour l'asile Saint-Pierre nuance quelque peu l'affirmation des docteurs Journiac et Alaize, selon lesquels la moitié des militaires entrés dans cet établissement sont sortis guéris ou améliorés. Voir « Statistique des militaires aliénés placés à l'asile Saint-Pierre à Marseille pendant la guerre 1914-18 », art. cit., p. 375.
[310] L'année 1914 n'est pas prise en compte puisque les militaires ne peuvent avoir séjourné dans les asiles que durant quelques mois.

Le nombre de journées de présence moyen des militaires[311] est nettement inférieur à celui habituellement enregistré pour les malades hommes internés. Entre 1910 et 1913, ce nombre est en moyenne de 238 jours soit un peu moins de 8 mois, tandis qu'il est d'environ 160 jours, soit un peu plus de 5 mois, pour les militaires internés entre 1914 et 1918 dans les quatre asiles de mon corpus[312]. Ce phénomène n'échappe pas aux représentants du ministère de la Justice chargés d'inspecter les asiles d'aliénés[313]. Dans un rapport sur l'asile de Saint-Dizier (Haute-Marne) adressé au garde des Sceaux le 24 juin 1916, le procureur général de la Cour d'appel de Dijon écrit :

> « Parmi les hommes figurent 80 militaires qui ont été évacués à l'asile à la suite de commotions cérébrales causées par les combats […] Il y a un va et vient continuel d'entrées et de sorties pour cette catégorie d'aliénés dont les guérisons sont souvent assez rapides […] »[314]

Dans les quatre établissements étudiés, la distribution des durées de séjour montre la même tendance (voir l'annexe 16). Les séjours de moins d'un an sont particulièrement nombreux : ils représentent 79 % des hospitalisations à Bron, 76 % à Charenton, 69 % à Saint-Pierre et 63 % à Saint-Robert. Pour autant, les internements très courts, durant moins d'un mois, sont peu fréquents. Pour mieux comprendre ces résultats, il faut s'intéresser à la part de chaque mode de sortie (décès, sortie ou transfert vers un autre asile) en fonction de la durée de séjour (voir l'annexe 17). On s'aperçoit tout d'abord que la part des décès est sensiblement supérieure pour les séjours de très courte durée (moins d'un mois). Les malades qui figurent dans cette catégorie arrivent en effet dans les asiles dans un état grave, déjà plongés dans le coma à la suite d'excès alcooliques, dans un état de stupeur ou bien très affaiblis parce qu'ils ne s'alimentent plus correctement depuis plusieurs semaines. On observe ensuite que plus l'internement se prolonge, plus la probabilité de sortir par transfert est importante, sauf pour les séjours de plus de cinq ans. Dans ce dernier cas, les malades se trouvent déjà à l'asile de leur département ou ne sont plus réclamés par leurs familles,

[311] La *Statistique annuelle des institutions d'assistance* indique le nombre de journées de présence des malades hommes internés dans les asiles d'aliénés. Le nombre de journées de présence moyen correspond pour une année donnée à la somme du nombre de journées passées par chaque malade dans l'asile rapporté au nombre de malades traités.

[312] Le nombre de journées de présence moyen des militaires fluctue en fonction des années et des établissements considérés entre 119 et 198 jours. Il est toujours très inférieur au nombre de journées de présence moyen des hommes avant-guerre.

[313] Ces inspections sont prévues par l'article 4 de la loi du 30 juin 1838. Elles ont lieu tous les semestres dans les établissements publics et tous les trimestres dans les établissements privés.

[314] AN, Pierrefitte, correspondance générale de la division criminelle du ministère de la Justice, visites des asiles d'aliénés, rapport du procureur général de la Cour d'appel de Dijon, 24 juin 1916, BB/18/2578/1.

résignées voire indifférentes. Devenus « chroniques », ils sont souvent appelés à finir leur vie à l'asile. Le profil particulier de l'asile de Bron, qui accueille un nombre très élevé de malades et les redistribue vers d'autres établissements, apparaît clairement : le nombre des transferts est important quelle que soit la durée de séjour. Enfin, on constate dans tous les établissements considérés que les séjours d'une durée d'un mois à un an, soit ceux qui concernent le plus grand nombre de militaires internés, s'achèvent en majorité par une sortie. Cette étude montre donc que les militaires sont nombreux à sortir de l'asile, et ce rapidement[315]. Comment l'expliquer ? Les sources ne permettent pas de mesurer l'influence de certains facteurs pourtant intéressants. Comme nous l'avons vu, certains renseignements font défaut pour un grand nombre de malades, comme la situation maritale par exemple. Certains varient trop dans le temps et selon les sources pour qu'on puisse raisonnablement les croiser avec d'autres données. C'est notamment le cas du diagnostic médical. Malgré ces limites, on peut avancer plusieurs hypothèses.

Les médecins d'asile ont-ils découvert qu'il était possible de soigner de nombreux malades internés et d'obtenir leur rétablissement complet ? D'après la *Statistique annuelle des institutions d'assistance*, le taux de guérison dans les asiles français n'augmente pas pendant le conflit. Il faut donc admettre les militaires qui obtiennent une sortie ne sont la plupart du temps pas guéris : leur état s'est seulement amélioré. La définition de l'amélioration, très subjective, serait donc devenue moins restrictive durant la guerre, l'objectif étant de « faire sortir les malades aussi rapidement que possible », c'est-à-dire dès qu'ils ne présentent plus de danger pour eux-mêmes ou pour les autres[316]. Reste que s'il est possible d'y parvenir, c'est qu'il existe désormais des solutions dont ne disposaient pas les psychiatres avant la guerre. L'une d'elles est la prise en charge des malades dans les centres de psychiatrie et de neuropsychiatrie. Celle-ci n'équivaut pas à réserver l'asile aux cas désespérés puisqu'il devient possible d'y placer un malade aigu pour un séjour ponctuel, notamment en cas d'accès mélancolique ou délirant faisant craindre pour la sécurité du malade ou celle de son entourage. En outre, l'existence de ces centres permet d'envisager la sortie de l'asile dès que l'état d'un malade montre des signes encourageants. Il est toutefois difficile d'observer les

[315] Mon analyse a porté sur les militaires. Pour savoir si elle est également valable pour les civils, il faudrait recenser tous ceux qui sont entrés dans ces mêmes asiles pendant la guerre. Cette tâche nécessiterait un temps considérable et pose problème : comment différencier les civils qui n'ont pas été mobilisés de tous ceux qui sont en fait des militaires récemment réformés ?
[316] Jean LÉPINE, *Troubles mentaux de guerre, op. cit.*, p. 177.

mouvements des malades entre l'asile et ces nouvelles structures, les sources n'indiquant pas toujours la destination finale des malades transférés[317].

Les archives mettent en lumière un autre dispositif permettant aux psychiatres d'envisager plus aisément la sortie des militaires que celles des malades civils qu'ils soignent habituellement. Il leur est en effet possible de placer en congé de convalescence les hommes dont la santé est encore fragile. Or les psychiatres réclament sans succès le droit de recourir à ce type de mesure depuis le dernier tiers du XIXe siècle. En effet, il faudrait pour cela prévoir dans la loi un statut temporaire qui permette aux malades de quitter l'asile sans être tout à fait remis en liberté et d'y être reconduits sans formalité particulière en cas de rechute[318]. Pour convaincre les autorités, les médecins d'asiles ont multiplié les démarches[319], faisant petit à petit de la convalescence une phase essentielle de la marche vers la guérison[320]. Selon eux, le processus entamé pendant l'internement ne s'achève qu'après la sortie du malade, à l'extérieur de l'asile, à mesure qu'il reprend une existence normale. Généraliser les sorties d'essai conduirait donc à augmenter le nombre des guérisons[321]. Bien que le projet de réforme de la loi de 1838 présenté par le sénateur Fernand Dubief en 1913 prévoit d'entériner cette pratique déjà répandue[322], les sorties d'essai n'ont toujours pas été rendues légales lorsque la guerre éclate. Le médecin qui en assume la responsabilité sait donc qu'il prend un risque que les autorités préfectorales refusent régulièrement d'assumer avec lui. La décision revient en

---

[317] Seule la confrontation entre les registres d'admission et les dossiers individuels des soldats permet de connaître la destination de ces malades.

[318] Dans son article 13, la loi de 1838 prévoit uniquement le cas suivant : « toute personne placée dans un établissement d'aliénés cessera d'y être retenue aussitôt que les médecins auront déclaré que la guérison est obtenue ». Dès les années 1870, les médecins réclament que cet article soit révisé. Voir par exemple Théodore AUZOUY, « Des sorties à titre d'essai », *Annales médico-psychologiques*, n° 15 et 16, 1876, p. 57-64.

[319] En 1902, le docteur Maurice Legrain, médecin-chef des asiles d'aliénés de la Seine, remet au conseil supérieur de l'Assistance publique un rapport sur la convalescence des aliénés. Voir Maurice LEGRAIN, *La convalescence des aliénés*, rapport au Conseil supérieur de l'Assistance Publique, fascicule 87, Melun, Imprimerie administrative, 1902.

[320] En 1902, à l'occasion du cinquantenaire de la Société médico-psychologique, son président le docteur Antoine Ritti déclare que la sortie à titre d'essai des malades convalescents est « une question essentiellement thérapeutique ». Voir Antoine RITTI, « Cinquantenaire de la Société médico-psychologique, séance solennelle du 26 mai 1902 », *Annales médico-psychologiques*, n° 16, 1902, p. 89. En 1906, l'un de ses élèves soutient une thèse sur cette question : Adrien HOCQUET, *Des sorties provisoires à titre d'essai. Contribution à la thérapeutique des maladies mentales*, thèse soutenue devant la faculté de médecine de Paris, 1906.

[321] Voir par exemple André LEFÈVRE, « La convalescence des aliénés », *La Revue de Paris*, janvier-février 1903, p. 640-668.

[322] Les sorties d'essai se pratiquent depuis fort longtemps. À l'asile de Saint-Yon par exemple, elles sont attestées dès 1859. Voir Adrien HOCQUET, *op. cit.*, p. 25. En 1902, une enquête conduite par Maurice Legrain permet d'affirmer que la plupart des médecins d'asile en font l'usage. Voir Voir Maurice LEGRAIN, *La convalescence des aliénés*, *op. cit.*

effet au préfet, qui peut facilement s'opposer aux sorties d'essai puisqu'elles ne sont pas prévues dans la loi[323]. Or cette situation est considérablement modifiée dans le cas des militaires. Les médecins peuvent proposer les militaires « améliorés » pour des congés de convalescence dont la durée varie entre un à trois mois dans les asiles de mon corpus. La malade fait l'objet d'une contre-visite réalisée par un médecin militaire ou, à défaut, par un autre médecin civil désigné à cet effet. La décision finale revient aux commissions de convalescence[324]. Ainsi, la responsabilité n'incombe pas entièrement au médecin d'asile, ce qui facilite sans doute sa tâche[325]. Le contexte de la guerre autorise par ailleurs la mise en œuvre ponctuelle de solutions innovantes. À partir de février 1916, Jean Lépine obtient notamment l'autorisation d'envoyer des militaires convalescents chez l'administrateur délégué du Grand Bazar de Lyon, propriétaire d'une exploitation agricole à Brignais. Payés 2,50 francs par jour, nourris et logés, ces soldats peuvent être visités régulièrement par un médecin. Les échanges laissent toutefois supposer que seul un petit nombre de militaires a pu bénéficier de ce système[326].

En effet, durant leur congé de convalescence, les militaires sortis des asiles sont généralement confiés à leur famille[327]. Le rôle dévolu par les médecins à ces dernières s'affirme pendant le conflit. Dans la thèse qu'il consacre aux militaires mélancoliques internés à l'asile de Villejuif (Seine), Julien Raynier considère la présence des proches auprès du malade comme un « adjuvant très utile et souvent concluant de la psychothérapie médicale »[328]. La venue des familles est encouragée et, dans certains établissements, les visites sont facilitées par un assouplissement du règlement. À l'asile de Bron, dès décembre

---

[323] Voir Emmanuel RÉGIS, *Précis de psychiatrie*, *op. cit.*, p. 1063.

[324] Les commissions de convalescence sont composées du général commandant de la subdivision, d'un officier et de deux médecins experts, en général le médecin chef du centre de réforme et le médecin chef de la Place. Elles statuent le plus souvent sans voir les malades à partir des listes qui leur sont adressées. Voir Ministère de la Guerre, Cabinet du ministre, État-major de l'armée, *Permissions et congés de convalescence*, Paris, Imprimerie nationale, 1917.

[325] Dans quelle mesure le médecin pourrait-il être tenu responsable si un incident survient pendant le congé de convalescence ? Il est difficile de le déterminer car les textes réglementaires n'abordent pas cette question et je n'ai repéré aucune affaire dans laquelle elle s'est posée.

[326] Plusieurs courriers échangés entre Jean Lépine, le directeur du Service de santé de la 14e région militaire et le sous-secrétariat d'État du Service de santé militaire sont conservés au centre de documentation du Val-de-Grâce dans le carton A 230.

[327] Les militaires en convalescence peuvent être accueillis par leur famille à condition que cette dernière en fasse la demande expresse, certifiée par le maire ou le commissaire si possible. Ils sont sinon pris en charge dans un établissement de l'Assistance aux convalescents militaires.

[328] Julien RAYNIER, *Les états dépressifs et les états mélancoliques observés chez les militaires placés dans la section spéciale de l'asile de Villejuif depuis le début des hostilités jusqu'au 31 décembre 1914. Notes statistiques et cliniques*, thèse soutenue devant la faculté de médecine de Paris, 1915, p. 48.

1914, le directeur décide d'autoriser ceux qui doivent faire un long voyage à venir voir leurs malades quand ils le peuvent[329]. Les parents des militaires sont en effet prêts à venir de loin. Le cas d'Emma E., cultivatrice à Mazamet (Tarn) qui se déplace jusqu'à Charenton pour rendre visite à son époux en août 1916, n'est pas isolé[330]. Quant à Mathilde S., elle n'hésite pas à quitter l'Algérie pour s'installer six mois à Paris afin de tenir compagnie à son mari interné à l'asile de Ville-Évrard (Seine)[331]. Or cette implication des familles joue un rôle dans l'obtention d'une sortie. Ces dernières peuvent convaincre le médecin d'accorder à leur malade le droit de quitter l'asile, même s'il n'est pas parfaitement guéri, en l'assurant de leur capacité à en prendre soin et en insistant sur les services qu'il pourrait rendre s'il était libéré. Les circonstances de la guerre rendent ce type d'argument particulièrement fréquent. Comme le remarque le psychiatre Paul Courbon dans un article publié quelques années après l'armistice, le manque de main-d'œuvre a favorisé pendant le conflit la « participation de psychopathes non guéris à la vie sociale »[332]. Certains militaires réformés reçoivent en effet des propositions d'embauche alors qu'ils se trouvent encore à l'asile, comme Maurice T., réclamé par le maire de Cercié qui voudrait l'employer comme foudrier[333]. Les motivations des familles sont souvent liées à la situation matérielle difficile dans laquelle elles se trouvent plongées. Parents âgés, filles et épouses privés de soutien par la mobilisation sollicitent la sortie de leur malade pour qu'il puisse leur venir en aide. Ainsi, c'est à la demande de sa mère que Jean N., réformé, quitte l'asile Saint-Robert en mai 1915 soit huit mois après y avoir été interné. La tentative de sortie se solde cependant par un échec et une lettre de la sœur de Jean laisse entendre que le psychiatre s'y attendait. C'est la famille qui l'a convaincu de faire l'essai :

> « Hélas ! comme vous nous le faisiez si bien prévoir, mon pauvre frère […] qui a été rendu à ma mère est dans un tel état qu'il n'est pas possible de le garder à la maison, depuis son arrivée, le 9 mai, il est avec son uniforme militaire, impossible de

[329] En principe, les visites ont lieu le dimanche de midi à 15h et le jeudi de midi à 14h. Celles du cimetière sont prévues le dimanche de deux heures à quatre heures. AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, commission de surveillance, dossiers d'instruction des séances de délibérations, séance du 21 décembre 1914, L 13.

[330] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Emile E., 4 X 990.

[331] Archives du Centre hospitalier de Ville-Évrard, dossier de Paul S. consulté par son petit-fils. Je remercie ce dernier de m'avoir confié les informations qu'il a découvertes.

[332] Paul COURBON, « De l'influence de la guerre sur la participation des psychopathes à la vie sociale », *Annales médico-psychologiques*, n° 1, 1923, p. 97.

[333] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, dossier du soldat Maurice T., Q 572. Hervé Guillemain signale également des demandes d'embauche adressées à des malades de l'asile du Mans : voir Hervé GUILLEMAIN, « La démobilisation des fous dans un asile du nord-ouest », *in* Laurence GUIGNARD, Hervé GUILLEMAIN, Stéphane TISON (dir.), *Expériences de la folie, op. cit.*, p. 221-230.

> le faire changer de linge et d'habit, il couche à la grange, pas moyen de le faire travailler. Ma pauvre mère comptait avoir en lui un soutien, et ce n'est qu'un embarras ; aussi elle me prie de vous demander de le reprendre, c'est bien dur d'en revenir là mais comme vous nous l'aviez dit il est incapable de vivre en dehors d'un asile. Voilà les malheurs de la guerre !! car auparavant il s'occupait de tout, vendre, acheter… et c'était un excellent travailleur […] Ne vaudrait-il pas mieux que mon pauvre frère soit mort au Champ d'honneur. »[334]

En visitant leur malade, en multipliant les courriers, les familles peuvent influencer le diagnostic du médecin, intervenir dans ses décisions voire les contester, surtout lorsqu'elles bénéficient de soutiens haut placés. Ainsi, députés, sénateurs, officiers, riches industriels défilent au chevet de certains militaires internés à la Maison nationale de Charenton. Certains se contentent de suggérer au médecin les bénéfices de la sortie qu'ils réclament pour un malade, comme le colonel Erard qui s'intéresse au canonnier Edmond E., considérant que « le meilleur adjuvant de la guérison complète serait un séjour prolongé dans son village natal, au milieu de sa femme et de ses petits enfants »[335]. Le malade quitte l'asile un mois après son intervention. D'autres exercent des pressions sur le docteur Roger Mignot. Pour hâter la sortie du soldat S., le sergent-major Lavie signale qu'il compte faire jouer son influence ou celle de ses connaissances. Le psychiatre lui rétorque que le malade ne quittera l'asile que lorsqu'un médecin l'aura décidé[336]. Les familles qui en ont la possibilité n'hésitent pas non plus à solliciter un autre avis médical. C'est ainsi que Maurice Dide réclame à son collègue des informations au sujet du capitaine Léon T., dont il connaît le beau-frère, tout en affirmant avoir tenté de convaincre la famille que le docteur Mignot était « l'un des aliénistes français les plus compétents et les plus dignes d'être écoutés ». Ce dernier reste cependant ferme et n'accepte le transfert du capitaine vers l'asile Sainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire) qu'en mai 1918. Le malade est alors fortement perturbé par les bruits d'explosions qui proviennent du polygone de Vincennes où les artilleurs s'entraînent au tir[337].

Outre l'insistance des familles, la sortie des militaires internés est également favorisée par l'attitude de l'administration asilaire et des autorités militaires. Les directeurs des asiles ont intérêt à hâter le départ des soldats pour désencombrer leur établissement. Quant aux autorités militaires, leur objectif est de réintégrer le maximum de soldats dans les rangs de l'armée. Elles ne sont donc pas favorables aux longs séjours dans les asiles et s'opposent à la réforme systématique des malades internés. Ainsi, en dépit de la circulaire du 3 juin 1897, la

[334] Archives du Centre hospitalier Alpes-Isère, dossier du soldat Jean N., non coté.
[335] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du canonnier Edmond E., 4 X 992.
[336] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, bulletins de santé envoyés aux familles, 4 X 736. Le prénom de ce soldat n'est pas mentionné dans la correspondance.
[337] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du capitaine Léon T., 4 X 992.

réforme pour tout homme qui a présenté des troubles mentaux, même guéri, n'est plus de règle. Cette pratique reçoit en 1917 la sanction officielle du Service de santé militaire. Dans une lettre aux directeurs des Services de santé des régions, Justin Godart confirme que les militaires internés ne doivent pas être réformés définitivement, à moins que l'incurabilité de leur maladie soit certaine. Il justifie cette décision en soulignant que de nombreux soldats sont internés bien que leurs troubles soient passagers et liés à des causes occasionnelles[338]. Cette mesure, prise au nom de l'honneur de ces hommes auxquels il s'agit de ne pas « infliger un diagnostic d'aliénation », permet de limiter la fonte des effectifs.

L'action combinée des facteurs qui viennent d'être évoqués contribue à expliquer l'augmentation des sorties et le raccourcissement de la durée de séjour à l'asile. Ce phénomène est-il contrebalancé par un accroissement des rechutes ? Dans les asiles étudiés, les soldats reviennent très rarement après leur sortie. C'est à l'asile de Bron que ce cas de figure est le plus fréquent et il concerne à peine une vingtaine de malades, soit environ 1 % de l'effectif. Mais ce résultat s'explique en partie par le fait que les réformés qui réintègrent un asile après une rechute sont placés dans l'établissement relevant de leur département. Quant aux mobilisés qui sont à nouveau évacués par les autorités militaires, ils peuvent être internés dans un autre asile, en fonction de l'endroit où ils se trouvent et des places disponibles. La correspondance du docteur Roger Mignot avec plusieurs collègues médecins d'asile en atteste : certains des hommes qui sont sortis de la Maison nationale de Charenton ont ensuite été soignés par les docteurs Raoul Benon, Maurice de Fleury, Pierre Marie ou encore Maurice Legrain. Ces échanges démontrent aussi que la sortie de l'asile peut signifier un retour dans les rangs de l'armée. Est-ce la raison pour laquelle les malades les plus jeunes sont aussi ceux qui séjournent le moins longtemps à l'asile et sortent le plus (voir l'annexe 18)[339] ? Les psychiatres s'efforcent-ils de ne pas priver l'armée des hommes censés constituer ses forces vives ? Cette hypothèse doit être nuancée. Si les soldats jeunes sortent plus, c'est en partie parce qu'ils meurent moins, la probabilité de mourir à l'asile augmentant avec l'âge. D'autre part, sortir de l'asile ne signifie pas obligatoirement reprendre les armes. Ce dernier point amène à se demander à quelles conditions les psychiatres considèrent qu'un militaire peut, après avoir été interné, être « récupéré » par l'armée et dans quelle mesure il leur appartient d'en décider.

[338] ASSM, centre de documentation du Val-de-Grâce, lettre collective du sous-secrétaire d'État du Service de santé militaire aux directeurs du Service de santé des régions, 11 octobre 1917, A 229.
[339] Les malades les plus jeunes représentent 80 % des soldats dont le séjour à l'asile dure moins d'un an.

2) De l'asile au front : la récupération des soldats internés dans l'armée

Pour répondre à cette question, il faut pouvoir déterminer ce que deviennent les soldats internés après leur sortie de l'asile. Or les registres comme les feuilles d'observations médicales ne le précisent que très rarement. Ici encore, l'échantillon de dossiers dont on dispose pour la Maison nationale de Charenton se révèle particulièrement riche puisque la solution militaire retenue pour chaque malade est presque toujours indiquée. C'est également le cas dans les registres d'admission tenus pour les militaires à l'asile Saint-Pierre. Les archives d'autres asiles, ainsi que celles des conseils de guerre, complètent l'analyse : moins systématiques, elles offrent cependant des éclairages précieux sur la manière dont la « récupération » des militaires internés est envisagée.

a) Définir l'aptitude mentale au service : un problème renouvelé par la guerre

À compter de l'entrée en guerre du pays, les débats sur l'utilisation des malades mentaux dans l'armée se chargent d'enjeux que nul n'ignore. Il ne s'agit plus à présent de discourir et d'émettre des vœux mais de décider en pratique du sort de centaines et bientôt de milliers d'individus. Or, tout en affirmant rechercher un juste équilibre entre élimination et récupération, la plupart des psychiatres infléchissent considérablement leur position et ce dès les premiers jours du conflit. Ils ne tardent pas en effet à devoir faire des choix. Dans la ferveur patriotique d'août 1914, les médecins d'asiles sont notamment confrontés à des malades internés qui demandent, parfois poussés par leur famille, à s'engager. À la Maison nationale de Charenton, le docteur Roger Mignot tente de raisonner ceux qui voudraient qu'on laisse leur mari, leur fils ou leur frère partir à la guerre. Le 2 novembre 1915, il écrit au sujet d'un de ses malades :

> « Malgré tout mon désir de vous faire part d'un changement dans la situation de M. [S.], je suis obligé de vous écrire encore que son état mental reste stationnaire. […] Le désir exprimé par M. [S.] de partir à l'armée est tout naturel ; tous mes malades conscients le formulent ; malheureusement il est tout à fait incapable d'être soldat. »[340]

Dans d'autres établissements, des demandes de ce type ont-elles été satisfaites ? C'est probable. Les recherches menées par Véronique Fau-Vincenti dans les dossiers de la section militaire de l'asile de Villejuif (Seine) ont permis de retrouver douze demandes

[340] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, bulletins de santé envoyés aux familles, 4 X 736.

d'engagement, toutes rédigées suivant le même modèle les 19 et 20 août 1914[341]. Elles sont appuyées par le docteur Henri Colin, qui explique au préfet de la Seine que leurs auteurs, « non délirants », « pourraient être utilement envoyés au Maroc et en Algérie et employés aux travaux (routes, terrassements etc.) »[342]. Or tous ces hommes sortent ou s'évadent subitement en août 1914. C'est parce qu'il estime qu'ils peuvent être utiles malgré leurs troubles qu'Henri Colin soutient, voire suscite, l'incorporation de ces hommes. Certains psychiatres considèrent d'ailleurs que l'expérience de l'armée peut être bénéfique pour des individus malades, adoptant un raisonnement que plusieurs d'entre eux avaient fermement rejeté avant la guerre. On s'alarmait à l'époque de voir des familles considérer la carrière militaire comme un débouché pour leurs parents atteints de troubles mentaux. C'est pourtant le discours que tiennent par exemple Angelo Hesnard et Antoine Porot, lorsqu'ils soulignent, en 1918, « l'effet merveilleusement salutaire qu'a exercé l'appel aux armes sur quantité de réservistes et de territoriaux qui traînaient, dans l'oisiveté et la vie sédentaire, des asthénies toxiques et des aboulies de paresse »[343]. On retrouve le même argument dans plusieurs expertises psychiatriques destinées à éclairer les juges des conseils de guerre. Le médecin aide-major Henri Carrier écrit ainsi au sujet du soldat Régis E., atteint de débilité mentale, que « l'armée peut être pour lui une excellente école d'éducation morale et la discipline du régiment l'obliger à une excellente conduite »[344].

Reconnaître qu'un individu est malade ne signifie donc pas obligatoirement choisir de l'éliminer de l'armée, y compris lorsque ses troubles l'ont conduit à commettre un délit dont il a été déclaré irresponsable. L'étude des rapports d'expertises remis aux conseils de guerre de Lyon et de la 27e division d'infanterie montre que les psychiatres préconisent rarement l'internement des prévenus (voir l'annexe 19), mais aussi qu'ils n'excluent pas systématiquement le retour au corps. Celui-ci est suggéré dans près d'un quart des expertises réalisées pour le conseil de guerre de Lyon et les ordonnances de non-lieu confirment que l'avis du psychiatre est suivi. L'interprétation de ces chiffres suppose cependant de prendre en compte plusieurs paramètres. Le conseil de guerre de Lyon, juridiction de l'arrière, juge essentiellement des hommes affectés dans les services, à des postes qu'on estime possible de tenir en dépit de troubles avérés. Les experts commis par le conseil de guerre de la 27e

[341] Véronique Fau-Vincenti a rendu compte de ses recherches à l'occasion de la journée d'études organisée par la Société d'Études et de Recherches Historiques en Psychiatrie le 16 novembre 2010.
[342] Le brouillon de cette lettre a été retrouvé par Véronique Fau-Vincenti. Je la remercie pour tous les renseignements qu'elle m'a communiqués.
[343] Antoine POROT, Angelo HESNARD, *L'expertise mentale militaire*, *op. cit.*, p. 19.
[344] SHD, conseil de guerre de Lyon, dossier de non-lieu du soldat Régis E., 10 J 1554 BIS.

division d'infanterie se risquent-ils moins à donner un avis parce que, dans son cas, un retour au corps signifie le plus souvent un retour au combat ? Faut-il y voir la preuve de la plus grande indulgence des conseils de l'avant, décrite par Paul Voivenel devant la Société médico-psychologique en janvier 1918 [345] ? Cette explication n'est pas entièrement satisfaisante. Tout d'abord, ce n'est pas à l'expert qu'il revient de décider de l'avenir militaire du prévenu. Même si certains ont pris l'habitude de formuler une opinion à ce sujet, ils sont libres de le faire ou non et l'absence de recommandation ne signifie pas qu'ils excluent la possibilité d'un retour au front[346]. D'autre part, cette solution est préconisée sans aucune réserve dans deux cas pourtant lourds. En octobre 1917, le médecin-major de première classe Charron, chef du centre de psychiatrie de la 2e région militaire, décrit le soldat Julien T., accusé de désertion comme « un déséquilibré ayant des périodes d'excitation psychiques au cours desquelles il est hors d'état de maîtriser ses impulsions ». Il préconise néanmoins de replacer ce soldat dans ses fonctions, tout en constatant la persistance d'un « fonds mental anormal »[347].

Sans doute ne faut-il pas s'en étonner dans la mesure où l'« utilisation » sur le front de ce type de malades est encouragée par la Société médico-psychologique. En juin 1916, sur une suggestion des médecins aides-major Charles Nordman et Joseph Bonhomme[348], l'idée de réunir des « déséquilibrés instables », notamment des alcooliques, au sein de troupes spéciales a en effet été examinée. En raison des aptitudes combatives des « anormaux mentaux », il a été décidé à l'unanimité de recommander au sous-secrétariat d'État du Service de santé militaire la formation de « troupes de choc », « prêtes à tout, capables d'une énergie peu commune, et susceptibles de fournir des troupes d'assaut incomparables »[349]. Mais l'armée

[345] Paul VOIVENEL, « Sur la peur morbide acquise », art. cit., p. 291.

[346] Les experts commis par le conseil de guerre de Lyon émettent fréquemment un avis sur la solution militaire à adopter. Il leur est peut-être plus facile de le faire dans la mesure où il s'agit d'un conseil permanent dont le personnel est peut-être plus habitué à collaborer avec des psychiatres, Lyon constituant un pôle de développement de la psychiatrie militaire en France. Pour approfondir cette question, il faudrait analyser les archives du conseil de guerre de Lyon pour la période qui précède la guerre et retracer le parcours, avant et pendant le conflit, des officiers qui le composent (experts psychiatres et commissaires rapporteurs se connaissaient-ils déjà avant la guerre ?). Il serait aussi intéressant de comparer le profil des experts commis à l'avant et à l'arrière. On pourrait par exemple se demander si l'âge influe sur l'autorité reconnue à un expert. Il est probable que les experts commis à l'arrière aient été globalement plus âgés que ceux qui se trouvaient mobilisés à l'avant.

[347] SHD, conseil de guerre de la 27e division d'infanterie, dossier de non-lieu du soldat Julien T., 11 J 1095.

[348] Charles NORDMAN, Joseph BONHOMME, « De l'utilisation des indisciplinés en temps de guerre », *Annales médico-psychologiques*, n° 7, 1916, p. 490-492. Ces deux médecins assistent le docteur Florentin Pactet à l'asile de Maison-Blanche, au sein du service des confus.

[349] Société médico-psychologique, séance du 17 juillet 1916, *Annales médico-psychologiques*, 1916, p. 528.

semble avoir estimé le projet trop difficile à mettre en œuvre et risqué[350]. Comment être sûr qu'on parviendra à maîtriser des hommes potentiellement dangereux, qui pourraient décider de se retourner contre leurs chefs ou pire, tendre la main à l'ennemi ? Bien que le principe des « troupes de choc » ne soit pas retenu, il est révélateur d'un état d'esprit plus général. Dans le contexte de la guerre, certains comportements considérés comme « anormaux » et pathologiques sont perçus positivement. Ne pas avoir conscience du danger, être capable d'une grande violence, faire preuve au combat d'une exaltation proche du délire, deviennent des qualités qu'on envisage de mettre à profit, même si elles présentent aussi des dangers. Le cas du sous-lieutenant Arthur N. est un bon exemple. Interné à l'asile Sainte-Anne en 1903 dans le service du docteur Charles Vallon, il est décrit par ce dernier comme un individu « mal équilibré sujet à des obsessions et à des impulsions pathologiques ». Il s'évade de cet établissement en 1904. Réformé en raison de ses troubles mentaux, il parvient pourtant à s'engager, gagne ses galons au feu, reçoit quatre blessures et deux citations, avant d'être évacué sur le centre psychiatrique de Châlons-sur-Marne. En août 1918, après un passage au Val-de-Grâce, il est interné à la Maison nationale de Charenton. D'après les témoignages recueillis par le docteur Roger Mignot, ses chefs sont partagés à son sujet. Tout en l'appréciant parce qu'il est « très brave » et qu'il a « beaucoup de cran », ils admettent qu'il est « un chef dangereux pour lui et ses hommes à cause de son exaltation et de sa violence »[351].

Considéré comme un « dégénéré », le sous-lieutenant Arthur N. est finalement réformé. Il ne fait donc pas partie des 14,5 % de militaires internés à la Maison nationale de Charenton dont les dossiers ont été conservés et dont on sait qu'ils ont été renvoyés dans leur corps ou au dépôt à l'issue de leur séjour dans l'établissement (voir l'annexe 20). À l'asile Saint-Pierre, le registre d'admission des militaires ne fournit malheureusement pas des informations aussi précises que l'échantillon de dossiers de la Maison nationale de Charenton. Il permet tout de même de savoir que sur l'ensemble des soldats sortis de l'asile, 63 % ont été réformés au cours de leur internement[352] et seuls 12 % obtiennent un congé de convalescence. Dans 25 % des cas, le registre n'indique ni congé ni réforme sans qu'on puisse en déduire qu'il s'agit forcément d'un retour au corps. Il faut garder à l'esprit que ces sources n'indiquent pas le nombre de soldats qui sont effectivement retournés au front après leur

[350] C'est du moins ce qu'explique Jean Lépine. Voir Jean LÉPINE, *Troubles mentaux de guerre*, *op. cit.*, p. 185.
[351] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du sous-lieutenant Arthur N., 4 X 992.
[352] Il s'agit très majoritairement de réformes numéro 2, c'est-à-dire sans pension. Je reviendrai sur cette question dans la deuxième partie de la thèse.

internement. En effet, parmi les malades renvoyés au dépôt après leur séjour à Charenton, certains ont pu ne pas franchir cette étape et être à nouveau internés dans un autre établissement quelques jours après leur sortie. Par ailleurs, l'octroi d'un congé de convalescence ou d'une réforme temporaire[353] permet de repousser le moment où il faut décider du sort définitif des soldats. En cas d'amélioration, ceux-ci peuvent retrouver leur place dans les rangs. Enfin, le changement d'armes permet d'éviter d'exclure un individu de l'armée, tout en reconnaissant que son état mental ne lui permet pas de combattre. 8,6 % des soldats de la Maison nationale de Charenton font l'objet d'une affectation dans le service auxiliaire, où on estime qu'ils pourront encore rendre des services.

Dès lors, comment détermine-t-on qui doit être réformé et qui doit être maintenu dans les rangs ? De manière générale, aucune corrélation ne se dégage entre un type de maladie mentale et le recours à telle ou telle solution militaire. Chaque situation fait l'objet d'un examen spécifique et individualisé. Aucune pathologie n'exclut *a priori* le retour au corps (voir l'annexe 20)[354], ce qui tient à la variété des situations individuelles en dépit de l'apparente homogénéité des diagnostics mais aussi aux difficultés des psychiatres à adopter une position commune. Pour clarifier les choses, la Société de médecine légale[355] émet, en février 1916, le vœu que soit rédigée une nouvelle instruction sur l'aptitude au service militaire. Elle propose de préciser que « la débilité mentale peut motiver le passage dans le service auxiliaire », que la réforme pour cause d'aliénation mentale doit être « temporaire » et insiste sur la nécessité de faire « dûment » constater l'épilepsie avant d'envisager l'exemption ou la réforme. Le 24 juillet 1916, une instruction ministérielle entérine ces modifications[356]. Mais celles-ci sont imprécises : quelles pathologies ranger sous l'appellation vague d'aliénation mentale ? Les désaccords sont particulièrement nets dans le cas des individus

[353] La réforme temporaire est destinée aux militaires dont on estime que l'état peut être curable. Voir Antoine PROST, *Les anciens combattants et la société française, 1914-1939*, t. 1, *op. cit.*

[354] Joseph Bonhomme et Charles Nordman remarquent ainsi que certains hommes atteints de démence précoce peuvent fournir « quelque temps de service militaire honorable ». La démence précoce correspond peu ou prou à ce qu'on appelle aujourd'hui la schizophrénie. Voir Charles NORDMAN, Joseph BONHOMME, « Note sur deux cas de déments précoces à l'armée », *Annales médico-psychologiques*, n° 7, 1916, p. 546-549.

[355] La Société de médecine légale a été fondée à Paris en 1867 par Henri Legrand du Saulle, médecin à l'hospice de Bicêtre. Ses statuts sont publiés dans plusieurs revues médicales : voir par exemple *L'Union médicale*, n° 5, 1868, p. 300. Pendant la guerre, elle travaille en lien étroit avec le Service de santé militaire.

[356] « Instruction ministérielle du 24 juillet 1916 portant modifications à l'instruction sur l'aptitude physique au service militaire (applicables à partir du 1er août 1916) », *Bulletin officiel du Ministère de la Guerre. Partie réglementaire*, Paris, Charles-Lavauzelle, vol. 2, 1916, p. 585-594.

atteints de retards mentaux, qui divisait déjà les médecins avant la guerre[357]. Ces hommes sont souvent jugés aptes à servir au front parce qu'ils paraissent faciles à manœuvrer et inoffensifs. À ces arguments, s'ajoute parfois la crainte d'opérer une « sélection à rebours » en soustrayant des « anormaux » aux dangers de la guerre. Dans sa thèse soutenue en 1915, Léon Pruvost, interne des asiles de la Seine, s'inquiète ainsi de voir proliférer les débiles après guerre et interpelle son lecteur : « L'intérêt de la société est-il de ménager la vie des demi-valeurs ? »[358]. Sans souscrire à des propos aussi ouvertement eugénistes, d'autres psychiatres défendent le principe de l'utilisation des « débiles mentaux » dans un souci de justice et d'équité. Au moment où tant de Français font le sacrifice de leur vie, ils refusent de soustraire les débiles mentaux à l'impôt du sang. Mais d'autres encore estiment qu'il est dangereux de leur confier des armes et préconisent plutôt leur versement dans les troupes auxiliaires. C'est l'avis du docteur Roger Mignot, qui explique à un collègue au sujet d'un soldat passé dans son service : « à la sortie cet homme ne présentait plus de troubles mentaux nécessitant l'internement, je l'ai considéré comme un simple débile susceptible de rendre encore des services comme ouvrier militaire »[359]. C'est également la solution privilégiée par Jean Lépine[360]. Pourtant, un an plus tôt, le docteur Henri Colin s'était opposé à l' « utilisation » des débiles mentaux dans l'armée en s'appuyant sur les résultats de son élève, Jean Lautier. Dans sa thèse, ce dernier présente plusieurs observations réalisées à l'asile de Villejuif (Seine) à partir desquelles il établit que « les imbéciles ne peuvent faire des soldats et doivent être éliminés de l'armée », le passage dans le service auxiliaire ne constituant pas une solution satisfaisante[361]. Selon lui, ces hommes ne peuvent véritablement se rendre utiles que chez eux, dans un milieu qu'ils connaissent et où leur présence est d'autant plus nécessaire que la main-d'œuvre manque[362].

Ainsi, le cas particulier des débiles mentaux constitue un bon révélateur de la tension entre élimination et récupération avec laquelle les psychiatres composent, chacun à leur

---

[357] Voir Chapitre 1, I, 3, c.

[358] Léon PRUVOST, *Les débiles mentaux à la guerre. Leur utilisation*, thèse soutenue devant la faculté de médecine de Paris, 1915, p. 58.

[359] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, bulletins de santé envoyés aux familles, 4 X 736.

[360] Jean LÉPINE, *Troubles mentaux de guerre, op. cit.*, p. 181.

[361] Jean Lautier emploie ici le terme d'imbécile comme un synonyme de celui de débile. Il n'établit pas de distinction claire entre l'imbécilité, l'idiotie et la débilité, qui désignent chez d'autres auteurs différents degrés d'arriération mentale.

[362] Jean LAUTIER, *Contribution à l'étude des maladies mentales dans l'armée : Peut-on utiliser les Imbéciles ?*, thèse soutenue devant la faculté de médecine de Paris, 1916. Une troisième thèse soutenue pendant la guerre est consacrée à la même question mais n'apporte pas d'éléments nouveaux : Charles Saint-Aubin, *Les débiles intellectuels : leur aptitude au service militaire en temps de guerre*, thèse soutenue devant la faculté de médecine de Nancy, 1918.

manière, au quotidien et au cas par cas. Leurs choix tiennent en partie à des considérations personnelles : médecins, ils sont aussi des hommes qui, pour certains, ont un frère, un gendre, un fils au front. Y pensent-ils lorsqu'ils décident de réformer ou non un militaire et donc de lui permettre d'avoir la vie sauve ? Leur image est également en jeu. Leurs décisions donnent en effet à voir s'ils sont de bons médecins, capables de guérir leurs malades internés, mais aussi de bons patriotes, qui servent leur pays et leur armée. Les résultats qu'ils présentent participent à entretenir une forme de compétition entre psychiatres et neurologues, dans laquelle les médecins d'asiles ne veulent pas apparaître comme les perdants. Il est donc de bon ton d'afficher des chiffres de récupération avantageux. Cette préoccupation n'est d'ailleurs pas propre à la médecine mentale. La récupération des malades et des blessés est le but premier du Service de santé militaire : 90 % des soldats blessés et malades qui ont reçu des soins pendant la guerre ont repris leur service[363].

b) Les échecs des récupérations

Pourtant, les psychiatres n'ignorent pas les effets pervers des récupérations. Ils les dénoncent d'ailleurs souvent lorsqu'elles ne sont pas de leur fait. Car ils ne sont pas seuls à décider de l'avenir des militaires internés. Lorsqu'ils estiment que l'un d'eux doit être réformé, il leur revient seulement de soumettre leur avis à la commission de réforme dans un certificat médical : les dossiers indiquent que ces malades ont été « proposés pour la réforme ». Étant internés, il leur est impossible de se présenter devant les commissions qui doivent donc se déplacer à l'asile, se contentant le plus souvent d'envoyer un de leurs représentants pour procéder à une contre-visite. En 1917, à la Maison nationale de Charenton, c'est le médecin-major Gaston Haury qui est chargé de remplir cette fonction par la commission de réforme de la Seine. Dans une lettre envoyée à la famille d'un malade, le docteur Roger Mignot explique qu'il va le présenter pour la réforme mais précise : « les avis donnés par le confrère militaire, le docteur Haury, qui établit le certificat de visite sont à ce point… capricieux qu'il ne m'est pas possible de savoir quelle décision sera prise »[364]. Même si la réforme est la solution retenue par la commission, rien ne garantit au médecin que celle-

[363] Chambre des députés, Proposition de loi relative à l'organisation du corps de santé militaire présentée par Justin Godart, annexe au procès-verbal de la séance du 5 juin 1924, citée par Vincent VIET, « Droit des blessés et intérêt de la nation : une casuistique de guerre (1914-1918) », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, n° 59, 2012/2, p. 85-107.
[364] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, bulletin de santé envoyé le 19 décembre 1917, 4 X 736.

ci sera définitive. Non seulement les réformes peuvent être prononcées à titre temporaire, mais même lorsqu'elles sont en théorie définitives l'autorité militaire peut décider d'y mettre fin. Des opérations sont en effet lancées dès 1914 pour renforcer les effectifs en récupérant des réformés et des exemptés[365]. En 1917, Jean Lépine constate que « l'État ne prend plus seulement des conscrits jeunes et sains : il incorpore des récupérés […] dont certains ont des tares acquises […] »[366]. Ces décisions heurtent les familles, qui ne comprennent pas qu'on puisse envisager de renvoyer au front un homme réformé qui a présenté des troubles mentaux, *a fortiori* lorsqu'il a séjourné dans un asile d'aliénés. Dans une lettre adressée au commandant du bureau de recrutement de Montbrison, la sœur du soldat Antoine T., qui a été interné à l'asile Saint-Robert, oscille entre indignation et incrédulité :

> « Je viens auprès de vous pour vous dire que le soldat Antoine T. vient de recevoir un ordre d'appel du ministre de la guerre de partir le 10 mars c'est quelque vengeance pas possible car cet homme étant déséquilibré complètement certains moments il est comme perdu, il a été réformé a son corps le 29 octobre il a été renvoyé. Il a passé le conseil de réforme a Montbrison au bout de trois mois il a aussi été réformé pour le même cas. Veuillez tout de suite nous répondre s'il faut qu'il parte oui ou non […] »[367]

Antoine Porot, qui estime qu'il faut maintenir dans l'armée tous les hommes susceptibles du moindre « rendement »[368], admet lui-même que « toutes les reprises en matière mentale n'ont pas été heureuses » et que « les portes des asiles se sont parfois ouvertes trop largement »[369]. Dans les établissements de mon corpus, certains malades témoignent du résultat tragique des récupérations. C'est le cas du soldat Auguste Y. interné le 9 décembre 1915 à la Maison nationale de Charenton. Relieur âgé de 42 ans, il a été mobilisé dès le début de la guerre et affecté au 20e régiment d'infanterie territoriale. Le 9 août 1914, quatre jours après son arrivée au dépôt, on lui annonce le décès de sa mère. Il se donne alors un coup de couteau au cœur. Après cinq mois à d'hospitalisation à Lisieux, il est réformé le

[365] Tout au long de la guerre, on examine à plusieurs reprises les réformés et les exemptés, y compris ceux qui ont été placés dans cette position avant le conflit mais qui appartiennent aux classes encore soumises aux obligations militaires, ainsi que les hommes du service auxiliaire susceptibles de rejoindre des unités combattantes et les ajournés. Selon Philippe Boulanger, ces mesures permettent de « prélever presque 60 % des hommes reconnus, avant les hostilités, inaptes à servir dans les armées ». Aucune source ne permet cependant de savoir combien d'entre eux l'étaient en raison de troubles mentaux. Voir Philippe BOULANGER, « Les conscrits de 1914 : La contribution de la jeunesse française à la formation d'une armée de masse », *Annales de démographie historique*, n° 103, janvier 2002, p. 11-34.
[366] Jean LÉPINE, *Troubles mentaux de guerre*, *op. cit.*, p. 190.
[367] Centre hospitalier Alpes-Isère, dossier du soldat Antoine T., non coté.
[368] Angelo HESNARD, Antoine POROT, *L'expertise mentale militaire*, *op. cit.*, p. 69.
[369] Antoine POROT, *art. cit.*, p. 25.

28 décembre 1914. Rentré chez lui, il reprend le cours de son existence sans qu'aucun incident ne se produise mais, en juillet 1915, le conseil de révision décide de le verser dans le service auxiliaire. Il est appelé le 8 décembre 1915. Le jour même, il tente de se trancher la gorge et doit être envoyé à l'asile. Pourtant, lorsqu'il quitte l'établissement le 29 août 1916, il n'a pas été réformé et est simplement envoyé en congé d'un mois[370]. On pourrait penser que les psychiatres ne se rendent pas compte des conséquences de leurs décisions dans la mesure où ils ne peuvent pas savoir ce qu'est devenu chacun de leurs malades[371]. Il arrive néanmoins qu'ils reçoivent des nouvelles. Dans les dossiers de la Maison nationale de Charenton, quelques lettres attestent de belles réussites. C'est le cas de celle de Victor de S. de la R. adressée au docteur Roger Mignot en 1919. Ce sous-lieutenant a été interné à Charenton entre le 15 janvier et le 9 mars 1915 :

> « C'est un revenant qui vous écrit […] Le 16 janvier vous receviez du Val-de-Grâce un vieux sous-lieutenant du 67e bataillon de chasseurs alpins. Ce vieux sous-lieutenant c'était moi. J'étais dans un piteux état […], la tête en capilotade. Le diagnostic du Val-de-Grâce portait de plus que j'étais atteint de troubles mentaux […] Grâce à vos bons soins je me rétablis […] complètement remis je rejoignis mon dépôt, puis mon bataillon en Alsace, d'où je fus envoyé à Salonique comme lieutenant à l'État-major du général Sarrail, commandant en chef des troupes alliées. Un an après j'étais capitaine au 58e bataillon de chasseurs à pied après avoir eu la Légion d'honneur et des citations […] »[372]

Mais les courriers font aussi état de nombreux échecs. Jean T., sorti le 1er décembre 1914 de l'asile, prévient le médecin dix jours plus tard qu'un soldat évacué au dépôt en même temps que lui « est tombé fou 4 joures après son arrivés »[373]. D'après les recherches de Véronique Fau-Vincenti, au moins deux des malades internés dans le service du docteur Henri Colin dont il a soutenu les demandes d'engagement en août 1914 réintègrent l'asile et plusieurs autres lui écrivent pour lui demander de l'aide alors qu'ils se trouvent dans des situations délicates, notamment lorsqu'ils doivent comparaître devant un conseil de guerre. Alors que le médecin n'envisageait pas qu'ils soient utilisés comme combattants, les lettres

[370] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Auguste Y., 4 X 992.
[371] Même en consultant les registres matricules, il est difficile d'établir ce qui est advenu d'eux et j'ai dû renoncer à déterminer combien ont été à nouveau traités pour des troubles mentaux dans la mesure où même leur internement à l'asile de Charenton n'est pas toujours mentionné.
[372] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du sous-lieutenant Victor de S. de la R., 4 X 989. Le dossier de Légion d'honneur de Victor de S. de la R. est conservé aux Archives nationales sous la cote LH/277/5.
[373] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Jean T., 4 X 988.

que certains lui adressent laissent supposer qu'ils ont été affectés dans le service armé[374]. Cet exemple montre bien que les psychiatres prennent des décisions dont ils n'ont pas l'entière maîtrise. Lorsqu'ils proposent un malade pour un congé de convalescence par exemple, ils ne savent pas ce que celui-ci va devenir. À moins d'imposer un retour à l'hôpital une fois le congé expiré, ce que recommande Jean Lépine mais qui semble être un cas de figure exceptionnel[375], les hommes concernés ne revoient pas le médecin de l'asile. Ce dernier ne peut donc pas décider si leur état de santé s'est suffisamment amélioré : c'est au médecin du dépôt d'en juger. Conscient de ce problème, le docteur Roger Mignot écrit en août 1916 au soldat Raymond N., sorti de l'asile le 6 juin et dont le congé de convalescence s'achève : « j'espère que vous allez mieux ; s'il n'en est rien ne manquez pas de vous faire examiner lors de votre arrivée au dépôt et de montrer votre bulletin d'hôpital »[376].

Confrontés aux échecs des récupérations, les psychiatres sont pourtant rares à remettre en cause leur principe. Comme l'affirmait Gaston Haury en 1913[377], ils estiment pour la plupart que certains « anormaux » sont utilisables dans l'armée, à condition de savoir les manœuvrer. Le problème est donc déplacé : le tri n'est plus à faire en fonction de catégories nosographiques souvent mal définies, mais en fonction des capacités des chefs militaires à s'adapter à de tels individus. Ainsi, les échecs des récupérations sont parfois interprétés comme résultant d'un encadrement défaillant. Jean Lépine explique par exemple les difficultés que posent les soldats atteints de retards mentaux en affirmant « qu'il manque trop souvent à ces débiles des cadres […] parce qu'on change trop souvent leurs sous-officiers ou le travail qu'on leur confie. Ils sont alors perdus, s'affolent ou se renferment et on en peut plus rien tirer »[378]. Mais ce point de vue, qu'il était possible de défendre avant la guerre sans qu'il ait de conséquences graves, se heurte désormais aux protestations de certains officiers, obligés de gérer, sur le terrain, des soldats récupérés en dépit de leurs troubles mentaux. Le discours des médecins, psychiatres ou neurologues, est en effet confronté à celui d'autres acteurs, qui participent à la construction des représentations sociales de la folie en développant leurs propres perceptions de la maladie mentale.

---

[374] Dans le dossier d'Eugène D. par exemple, Véronique Fau-Vincenti a retrouvé une lettre envoyée depuis un hôpital d'Amiens en avril 1915. Eugène y raconte avoir été amputé d'une jambe à la suite de la campagne d'Yser.
[375] Jean LÉPINE, *Troubles mentaux de guerre, op. cit.*, p. 178.
[376] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, bulletins de santé envoyés aux familles, 4 X 736.
[377] Gaston HAURY, *Les anormaux et les malades mentaux au régiment, op. cit.* Voir Chapitre 1, I, 3, c.
[378] Jean LÉPINE, *Troubles mentaux de guerre, op. cit.*, p. 181.

3) L'ambivalence des représentations sociales de la folie

Pour prendre en compte le rôle de ces acteurs, il faut changer de perspective. C'est pourquoi cette troisième sous-partie s'intéresse au point de vue des hommes qui dirigent ou côtoient dans l'armée les militaires internés en raison de troubles mentaux, à celui de leurs proches parents, mais aussi au regard qu'ils portent eux-mêmes sur leur situation.

a) Le point de vue des chefs et des camarades

Les dossiers médicaux des militaires internés ainsi que les expertises psychiatriques réalisées sur des prévenus des conseils de guerre permettent de savoir comment les soldats atteints de troubles mentaux sont perçus par leurs camarades et par leurs chefs. Certains d'entre eux sont repérés dès leur arrivée au dépôt, notamment ceux qui présentent des retards mentaux. C'est le cas du soldat Alexandre N., du 6e régiment d'infanterie coloniale, considéré comme inapte et occupé aux cuisines[379], du soldat Théodore E., affecté au 27e régiment d'infanterie mais que ses chefs estiment incapables de porter les armes[380], ou encore du soldat Régis N. auquel on s'est résolu à ne confier que « de simples corvées »[381]. Les officiers des dépôts effectuent ainsi la sélection que le conseil de révision n'a pas su réaliser en s'arrangeant pour que des hommes qui auraient dû être exemptés, classés dans le service auxiliaire ou maintenus en position de réforme, ne soient pas envoyés au combat. L'avis des médecins militaires n'est donc pas toujours partagé par les chefs qui doivent gérer ces hommes au quotidien. C'est ce que constate le psychiatre qui examine le soldat Jules D. à l'hôpital militaire Desgenettes avant son internement à l'asile de Bron :

> « Dans la vie civile n'a jamais eu de prison et cependant il était connu pour avoir la tête à l'envers. […] En 1915, va passer le Conseil de révision malgré une bronchite, est reconnu apte pour le service armé. Et, chose bizarre, tous les majors ont bien reconnu "son mal de tête" […] Dans son régiment au front il était connu et souvent pardonné parce qu'il avait la tête troublée. Le 6 septembre 1916 un 210 tombe à 6 mètres de lui et le projette en l'air – forte commotion – ne se fait pas évacuer à cause de la permission qui a lieu 5 jours après. […] La chose bizarre la voici : les majors ne le reconnaissaient pas malade mais ses chefs le reconnaissaient car on ne lui faisait pas faire tous les travaux et on lui pardonnait ses fautes. »[382]

[379] SHD, conseil de guerre de Lyon, dossier de non-lieu du soldat Alexandre N., 10 J 1545.
[380] SHD, conseil de guerre de Lyon, dossier de non-lieu du soldat Théodore E., 10 J 1553.
[381] SHD, conseil de guerre de Lyon, dossier de non-lieu du soldat Régis N., 10 J 1545.
[382] SAMHA, Registre des observations consignés et délirants, 14 juin 1917 au 16 avril 1918, L 4851.

Plutôt que de multiplier des sanctions, certains chefs ferment les yeux sur les délits des hommes qu'ils savent souffrir de troubles mentaux. Dans plusieurs dossiers de non-lieu, la plainte n'a pas été déposée pour obtenir une condamnation mais pour demander la réforme d'un soldat qu'on sait par avance irresponsable. C'est particulièrement net dans le cas du canonnier Gilbert E., du 2e régiment d'artillerie de campagne. Ce dernier a déserté en février 1918 pour rentrer chez lui. Déclaré irresponsable, il a été affecté à la deuxième batterie du régiment, où il ne cesse de réclamer à son capitaine une permission. Au début du mois de juillet, il brandit devant ses camarades un chiffon de papier, affirme qu'il a obtenu l'autorisation de rentrer chez lui puis disparaît pendant la nuit. Dans son rapport, le capitaine-commandant estime inutile de convoquer un expert, réclame une réforme et déclare : « le canonnier [E.] n'a aucune valeur militaire, il est totalement dépourvu d'intelligence. On ne peut l'employer qu'à balayer ou à laver des roues de voiture. Il a très bon caractère, mais un gros défaut, celui d'avoir perdu la raison »[383]. Ces exemples mettent à bas les arguments des psychiatres qui considèrent que des hommes « dociles » peuvent être utilisés en dépit de leurs troubles mentaux. Ils donnent raison à Jean Lautier lorsqu'il s'oppose fermement à cette idée, estimant qu'« à l'heure actuelle, le temps des officiers est trop précieux, leurs préoccupations sont trop nombreuses pour qu'on puisse les contraindre à dépenser leurs heures et leurs efforts en de telles expériences »[384]. Malgré ses avertissements, l'incompréhension entre psychiatres et chefs militaires semble s'aggraver. Pendant l'été 1918, le bureau de la justice militaire signale avoir été saisi à plusieurs reprises au sujet de soldats qui, après avoir fait l'objet d'une ordonnance de non-lieu en raison de leur état mental, ont été renvoyés au corps. Dans un rapport en date du 14 juillet, le général commandant de la 2e armée s'étonne ainsi qu'un militaire puisse être considéré irresponsable mais continue à faire son service. À ses yeux, cette pratique regrettable aboutit à « conserver ces inculpés dans les rangs de l'armée où ils constituent des non-valeurs »[385]. Son raisonnement est simple : un homme est forcément sain d'esprit et coupable, ou bien fou et irresponsable. Il lui est impossible de concevoir qu'on puisse avoir perdu momentanément la raison. Comme le résume Maxime Laignel-Lavastine,

[383] SHD, conseil de guerre de la 27e D.I., dossier de non-lieu du canonnier Gilbert E., 11 J 1096.
[384] Jean LAUTIER, *Contribution à l'étude des maladies mentales dans l'armée : Peut-on utiliser les Imbéciles ?, op. cit.*, p. 44.
[385] ASSM, centre de documentation du Val-de-Grâce, lettre du général commandant la 2e armée au général commandant en chef, 14 juillet 1918, carton A 229.

le commandement « ne conçoit que ce dilemme : ou bien le conseil de guerre, ou bien c'est l'asile d'aliénés »[386].

Les réactions auxquelles doivent faire face les soldats renvoyés au front après un internement montrent en effet que la folie est perçue comme une maladie dont on ne guérit pas. En janvier 1918, quand le soldat Gustave E., interné en octobre 1917 pour une « dépression mélancolique », rejoint son dépôt après trois mois de convalescence son commandant apprend qu'il a séjourné à la Maison nationale de Charenton et refuse de le reprendre à son service.[387]. Toutefois, camarades et chefs militaires peuvent faire preuve de solidarité et de compréhension envers les soldats internés. Des gradés prennent des nouvelles de certains soldats et les recommandent aux bons soins du médecin. Le 17 août 1916, le docteur Roger Mignot répond par exemple au commandant Durand que la lettre que ce dernier a adressée au lieutenant Edmond E. a été lue au malade dans l'espoir qu'elle produise sur lui « une impression favorable »[388]. L'expérience de la guerre, qui confronte chaque mobilisé à la fragilité de son propre équilibre psychique, semble donc modifier la perception profane de la maladie mentale. Saisis d'un « cafard » intense, d'une peur panique, ahuris et hagards après une attaque, les militaires ne font-ils pas tous, même furtivement, l'expérience de la folie ? Dans ses *Carnets de guerre*, le soldat Louis Barthas évoque l'un de ces instants : « mes deux bras protégeant ma figure, je m'enfuis de cet enfer, sentant ma raison chavirer ; je rejoignis mon escouade. Il paraît que j'avais les yeux égarés et que je prononçais des paroles incohérentes, mais cet état ne dura pas et je me ressaisis vite »[389]. Si plusieurs dossiers de soldats internés indiquent que leurs camarades ne se sont pas immédiatement alarmés de leur comportement étrange, n'est-ce pas parce qu'une attitude considérée comme anormale en temps de paix peut devenir presque banale dans l'enfer de la guerre ? Ainsi, personne n'a rien remarqué de particulier chez le capitaine Léon T. avant son évacuation parce que tous ceux « qui viennent des secteurs où l'on se bat terriblement ont l'air égaré et sont un peu bizarres »[390]. Les « fous » ne sont plus tout à fait des êtres à part si l'on sent qu'on pourrait bien devenir comme eux. « De vivre un tel cauchemar d'épouvante notre raison à tous n'allait-elle pas sombrer ? », demande Louis Barthas[391], tandis qu'Étienne Tanty constate plus

[386] Société médico-psychologique, séance du 26 mars 1917, *Annales médico-psychologiques*, n° 8, 1917, p. 383.
[387] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Gustave E., 4 X 992.
[388] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, bulletins de santé envoyés aux familles, 4 X 736.
[389] Louis BARTHAS, *Carnets de guerre de Louis Barthas*, Paris, La Découverte, 2013, p. 126.
[390] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du capitaine Léon T., 4 X 992.
[391] Louis BARTHAS, *Carnets de guerre de Louis Barthas*, *op. cit.*, p. 124.

banalement qu'« il y a de quoi devenir fou »[392]. Dès 1915, Jules Renaux souligne la récurrence de cette formule dans le discours des soldats et des civils, affirmant qu'il s'agit désormais d'une expression courante pour évoquer les batailles modernes. Il en conclut que « la tare de l'asile existe beaucoup moins en temps de guerre où toutes les valeurs sont bouleversées »[393]. La folie reste néanmoins une maladie honteuse et effrayante, rarement évoquée dans les témoignages de combattants[394]. Chez Georges Lafond, la figure du fou apparaît brièvement, suscitant la compassion mais aussi l'angoisse. L'auteur est agent de liaison et doit porter un ordre sur la ligne de front en pleine attaque. À mesure qu'il s'approche, il croise de nombreux malades et blessés dont ce zouave :

> « Un zouave à la figure basanée, au profil de médaille, gesticule en hurlant. Une longue balafre coupe son front de l'arcade sourcilière à l'oreille, le sang coule épais et noir sur sa joue, s'étale sur sa barbe. Il agite une loque au bout d'un bâton : « la noubah ! la noubah ! C'est la noubah ! On va danser. Tu danses avec moi, dis ? ». Et il court vers les bombes en riant d'un rire affreux qui me glace. Pauvre fou… […] »[395]

On croise également un homme devenu fou dans le témoignage du capitaine Amédée Langevin. Dans son délire, il confond l'ennemi et les siens :

> « Il arme sa carabine, vise dans la direction des hussards… Il va tirer… On l'arrête… Il hurle :
>
> - Laissez-moi ! … Vous ne voyez donc pas ce bataillon qui s'avance ? ... Laissez-moi ! …
>
> Pauvre gars ! … Il est devenu fou, brusquement jeté à la démence par la fatigue. On le saisit, on le maîtrise, on le désarme. »[396]

---

[392] Étienne TANTY, *Les Violettes des tranchées. Lettres d'un poilu qui n'aimait pas la guerre*, *op. cit.*, p. 438.

[393] Jules RENAUX, *États confusionnels consécutifs aux commotions des batailles*, thèse soutenue devant la faculté de médecine de Paris, 1915, p. 5.

[394] Les recherches de Nicolas Beaupré ont permis d'identifier des témoignages dans lesquels la folie est mentionnée, dont les deux ouvrages cités ci-dessous. Voir Nicolas BEAUPRÉ, *Écrire en guerre, écrire la guerre. France, Allemagne, 1914-1920*, Paris, CNRS Éditions, 2006, p. 149.

[395] Georges LAFOND, *Ma mitrailleuse. Avec les mitrailleurs de la coloniale*, Paris, Fayard, 1917, p. 283. Haut fonctionnaire, Georges Lafond a été affecté comme agent de liaison au 22e régiment d'infanterie territoriale entre février et juillet 1916. Jean-Norton Cru n'estime guère son témoignage, qui a été partiellement publié dans *Le Petit Parisien*. Voir Jean-Norton CRU, *Témoins, op. cit.*, p. 338-339.

[396] Amédée LANGEVIN, *Cavaliers de France (1914 : étapes et combats)*, Paris, L'édition française illustrée, 1917, p. 140.

Sans s'identifier à cet homme, Amédée Langevin ne le renvoie pas totalement dans l'altérité : sa folie est liée à la guerre qui, en épuisant les soldats, finit par leur faire perdre la raison.

b) Le regard des soldats internés et de leurs familles

Le témoignage des familles sur la folie de leur proche interné est particulièrement difficile à saisir, tant le silence entoure cette maladie. Les lettres conservées dans les dossiers constituent donc des sources d'une richesse exceptionnelle. Dans l'intimité d'un échange avec le médecin ou le directeur de l'asile, chacun peut se confier. Ces courriers témoignent tout d'abord du choc provoqué par une nouvelle à laquelle les proches ne sont pas préparés. On sait que la guerre blesse, mutile et tue mais on envisage rarement qu'elle puisse rendre fou. Aussi, le premier courrier envoyé par l'asile provoque-t-il généralement la stupéfaction. Toutefois, la surprise n'est pas toujours totale : des signes avant-coureurs ou des antécédents médicaux alertent certaines familles qui sont alors en mesure d'indiquer quand les premiers symptômes sont apparus. « Par ses jours de silence, je puis compter ses jours de folie », explique par exemple au médecin la marraine du capitaine Léon T., avant d'énumérer les périodes pendant lesquelles elle a cessé de recevoir des lettres[397]. Ces témoignages précieux pour les médecins dévoilent en creux où chacun situe la limite entre le normal et le pathologique. La mère du sous-lieutenant René L. signale ainsi une « crise de larmes qui a duré 1 heure ½ » au cours d'une permission puis, à la recherche du motif qui a incité à le faire évacuer, ajoute que son fils « est allé en pantoufles dans la tranchée » où il a « joué aux cartes avec ses soldats »[398]. D'après elle, c'est en cessant de tenir son rang en tant qu'homme et en tant qu'officier que René L. a montré qu'il n'était plus en pleine possession de ses facultés.

La nouvelle de l'internement d'un proche est d'autant plus accablante que celui-ci ne s'apparente pas à une simple hospitalisation. La folie est une tare qui compromet toute la famille. En remplaçant le terme d'asile par des dénominations plus neutres, telles que celles de maison de santé, d'établissement ou d'hôpital sans plus de précision, les proches s'efforcent de distinguer leur malade du reste des « fous », ne serait-ce que sur le plan lexical. Le père du soldat Pierre E. considère par exemple que son fils souffre d'un « genre de

[397] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du capitaine Léon T., 4 X 992.
[398] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du sous-lieutenant René L., 4 X 992.

faiblesse morale » pour laquelle il est soigné « dans une annexe de l'asile de Bron […] »[399]. Conscients de la connotation extrêmement péjorative du terme d'« asile », plusieurs psychiatres avaient réclamé, dès avant la guerre, qu'on ne désigne plus ainsi les établissements chargés de soigner les aliénés. Si la dénomination d'hôpital psychiatrique ne s'impose qu'en 1937, donc bien plus tard, elle est déjà suggérée par plusieurs médecins, de même que celle d'hôpital des maladies mentales ou encore d'établissement psychothérapique[400]. En 1918, lorsque Jacques Baruk et René Bessière énumèrent les avantages présentés par le rattachement administratif du service ouvert installé à l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire) à l'hôpital militaire d'Angers, ils n'oublient pas de mentionner que ce dispositif a permis d'éviter de parler d'asile[401].

Les stratégies des familles ne relèvent pas seulement d'une forme de déni individuel mais ont aussi pour but de préserver la réputation du soldat et celle de sa famille en s'assurant que la situation reste secrète. Dans une lettre adressée au directeur de l'asile de Bron en juin 1915, l'épouse du soldat Henri Y. demande à ce que le nom de l'établissement ne soit pas mentionné sur les enveloppes qu'on lui adresse : « Je viens vous demandez un petit service. Mon mari militaire actuellement en traitement a votre Maison m'écris quelques fois. Etant dans le commerce je vous serai très reconnaissante de ne pas mettre sur vos enveloppes Hopital ou Asile de Bron »[402]. L'épouse du soldat Félicien N. nourrit les mêmes craintes, hésitant à communiquer à l'asile des renseignements sur un malade interné avec son mari dont on n'a pas retrouvé la famille et qu'elle a reconnu. Le hasard a sans doute voulu qu'il vienne du même village ou d'une localité voisine. Pour obtenir des renseignements, le directeur doit la convaincre que personne ne saura où se trouve son époux. Il tente de la rassurer en lui écrivant : « […] vous pouvez être assurée de la plus grande discrétion en ce qui concerne le séjour de votre parent à l'Établissement. J'ajoute également que votre nom ne sera évoqué en aucune circonstance »[403]. Quant aux soldats, ils s'inquiètent eux aussi du tort qu'ils causent à leur famille, comme Henri E., interné à la Maison nationale de Charenton en septembre 1915 au sujet duquel le médecin note : « répugne d'avoir eu une maladie mentale. Ça l'ennuie pour

[399] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, dossier administratif du soldat Pierre E., H-Dépôt Vinatier Q 732.
[400] Voir par exemple Michel BELLETRUD, « Le régime de la vie normale à l'hôpital des maladies mentales du Var », art. cit.
[401] ASSM, centre de documentation du Val-de-Grâce, rapport annuel du service de neuropsychiatrie de la 9e région militaire (octobre 1917- octobre 1918), A 75.
[402] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, dossier administratif du soldat Henri Y., H-Dépôt Vinatier Q 789.
[403] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, dossier administratifs du soldat Félicien N., H-Dépôt Vinatier Q 765.

sa famille et ses amis qu'il respecte beaucoup »[404]. Persuadé que sa maladie a jeté l'opprobre sur les siens, le soldat Edmond E. écrit à sa femme en janvier 1918 :

> « Pardon chère épouse pourras tu hélas non ce terrible moment qui a passé dans ma vie je la donnerai mille fois pour vous hélas j'en suis indigne, pour vos parents, mes sœurs, quel terrible chose. Je suis dans une maison de santé près Saint Maurice, près Paris. Un moment qui vous déshonore tous je ne sais comment ça a pu venir voilà un moment que le sommeil me durait faites de moi ce que vous voudrez […] »[405]

Pourtant, les circonstances de la guerre fournissent aux familles et aux malades un cadre d'interprétation qui rend l'internement plus acceptable. Il est en effet possible d'expliquer la maladie comme une conséquence de la participation au conflit. Le soldat Eugène N. par exemple s'estime « malade de guerre »[406]. Un argumentaire plus précis est parfois mobilisé : la folie est imputée au « coup sur la tête », au « marmitage », à un « transport au cerveau » ou encore à une « insolation » survenus alors que le soldat remplissait son devoir. Le médecin-auxiliaire Félix C. réclame ainsi au docteur Mignot un certificat attestant que son « ébranlement cérébral » a été causé par « les fatigues endurées, les éclatements d'obus de gros calibres à quelques mètres pendant la bataille de Courancy »[407]. En effet, « le bruit » a couru qu'il avait été interné et, craignant pour sa réputation, il souhaite fournir la preuve médicale de sa guérison. Or il n'est pas nécessaire d'avoir une formation médicale pour imputer ses troubles à la commotion reçue à telle ou telle occasion. C'est précisément ce que déplorent Gustave Roussy et Jules Boisseau lorsqu'ils constatent que « depuis le début de la campagne, l'idée de l'effet nocif, terrifiant même, des nouveaux explosifs sur le système nerveux a pris corps, s'est ancrée dans les esprits »[408]

Les thèses organicistes offrent aux parents des militaires internés le moyen d'assimiler la maladie mentale à une lésion corporelle. Ce type de discours est dicté par la nécessité de mettre en avant le lien de causalité entre la guerre et la maladie pour obtenir une pension militaire – j'y reviendrai dans la deuxième partie de la thèse – mais il traduit aussi la volonté de faire la preuve qu'un soldat interné peut être un « bon soldat ». En effet, les malades ne suscitent pas la même compassion que les blessés. Cette réalité n'échappe pas à Paul Courbon, médecin aide-major, qui constate en 1917 que « le public accorde aux blessés une attention et fait preuve envers eux d'une curiosité qui sont plus grandes que celles qu'il

[404] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Henri S., 4 X 990.
[405] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Edmond E., 4 X 992.
[406] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Eugène N., 4 X 989.
[407] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du médecin-auxiliaire Félix C., 4 X 989.
[408] Société de neurologie, séance des 6-7 avril 1916, vol. 2, 1916, *Revue neurologique*, p. 583.

accorde aux malades »[409]. Dans l'opinion publique, la blessure évoque la participation effective aux combats, le courage et la force, tandis que la maladie suggère une faiblesse physique et morale. Que dire alors des aliénés, atteints d'un mal dont on ne parvient pas à déterminer précisément les causes et sur lesquels plane toujours le soupçon de la prédisposition ? Le « fou », qui ne porte pas sur son corps la preuve de son sacrifice, est perçu comme un soldat qui n'a pas été capable d'accomplir son devoir. Le caporal Léon O. ne l'ignore pas, lui qui écrit : « Heureux ceux qui ont été blessés au feu. J'envie leur sort, ils ont eu un souvenir admirable de cette guerre, tandis que moi j'aurai souffert loin de toute admiration et peut-être dans le mépris »[410]. Pour restaurer leur honneur et celui de leur famille, le seul moyen envisagé par ces hommes est donc de repartir au front pour y démontrer leur valeur. C'est tout particulièrement le cas de ceux qui ont eu affaire à la justice militaire et considèrent qu'ils doivent faire pardonner leurs actes, même s'ils ont été reconnus irresponsables. Les rapports d'expertise mettent souvent en avant cette volonté qui doit inciter les juges à l'indulgence. Le médecin aide-major Henri Carrier conclut ainsi que le soldat Julien D., inculpé de désertion en juillet 1916 peut « comme il le désire vivement […] retourner au front pour racheter sa faute »[411]. C'est aussi la solution préconisée par le frère du soldat Théodore S. qui lui écrit en prison pour l'enjoindre à se « faire admettre dans le service armé, comme mitrailleur par exemple »[412].

Même sans être coupable d'aucun crime ou délit, le simple fait d'être interné signifie avoir failli à son devoir et suppose une réparation. Dans certains cas, les demandes des malades qui veulent combattre sont considérées par les psychiatres comme un signe de guérison. Ainsi, lorsque le soldat Alfred T., interné à la Maison nationale de Charenton en avril 1915 réclame de « retourner au front pour faire son devoir de Français », le médecin note immédiatement qu'il « raisonne très bien »[413]. La proximité de ces deux remarques est-elle le seul fait du hasard ? On peut se le demander. Pour autant, l'idée selon laquelle les psychiatres usent de leur pouvoir pour « étouffer et discréditer la contestation ou le refus de la guerre exprimés par certaines réactions des soldats » me semble discutable[414]. Les sources renvoient

[409] Paul COURBON, « De l'inégalité d'intérêt du public pour les blessés et pour les malades de la guerre », *Annales médico-psychologiques*, n° 8, 1917, p. 83-92.
[410] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du caporal Léon O., 4 X 988.
[411] SHD, conseil de guerre de Lyon, dossier de non-lieu du soldat Julien D., 10 J 1548.
[412] SHD, conseil de guerre de Lyon, dossier de non-lieu du soldat Théodore S., lettre de Félix S. à son frère Théodore, 8 décembre 1916, 10 J 1551.
[413] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Alfred T., 4 X 989.
[414] Stéphanie DUPOUY, « La vérité troublée. Georges Dumas, psychiatre du front », *in* Christophe PROCHASSON, Anne RASMUSSEN (dir.), *Vrai et Faux dans la Grande Guerre*, *op. cit.*, p. 250-251.

une image plus complexe. L'omniprésence du « devoir » dans les dossiers des malades, qui l'invoquent pour se désoler de leur état ou réclamer leur sortie, démontre la force de l'impératif social qui pèse sur les soldats et qui n'est pas le seul fait des médecins. Le caporal Léon N. a beau avoir « horreur de la guerre », se dire « écœuré de voir tant de souffrance »[415], il n'en demande pas moins de servir son pays, tout comme le soldat Louis T. qui promet de « tenir » et de mourir « pour la République et pour la France »[416]. Les dossiers ne signalent pas l'affaiblissement de cet argumentaire alors que la guerre s'éternise. Le discours des malades montre que refuser la guerre constitue une transgression, d'autant plus pour les soldats internés qui doivent faire oublier qu'ils ont été des « fous ».

Cette obligation pèse moins sur les prisonniers qui, une fois rapatriés, ne peuvent plus reprendre les armes. Dans leur cas, plus encore que pour les autres soldats internés, il est possible de tenir la guerre pour responsable de leur état. Le « martyr »[417] de la captivité ou encore les « tortures des barbares-Boches »[418] sont invoqués par les proches pour donner un sens à la situation. Le sort des prisonniers les différencie d'emblée du reste des militaires : ils sont devenus fous dans des circonstances hors du commun – alors que l'expérience du combat apparaît au contraire ordinaire en temps de guerre – et leurs souffrances paraissent plus évidentes, compréhensibles et acceptables. Le soupçon qui entoure parfois les prisonniers de retour de captivité ne se manifeste pas dans les asiles. À Bron, où un quart des rapatriés obtiennent leur sortie, une petite cérémonie de départ est même prévue, durant laquelle le directeur raconte l'accueil réservé aux prisonniers à la gare des Brotteaux et « leur exprime la reconnaissance émue du pays pour les souffrances qu'ils ont endurées »[419]. Le cas particulier des soldats dont on ne parvient pas à déterminer l'identité révèle en outre un phénomène intéressant : en temps de guerre, la folie suscite certes la honte des familles mais peut aussi constituer un espoir. Confrontées à la disparition d'un des leurs, celles-ci trouvent une forme de réconfort dans l'idée que leur proche est peut-être interné dans un asile d'aliénés. Les recherches de Jean-Yves Le Naour autour du cas désormais célèbre d'Anthelme Mangin en

[415] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du caporal Léon O., 4 X 988.
[416] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier du soldat Louis T., 4 X 989.
[417] Le terme est employé par l'épouse de Francisque Z. Archives du Centre hospitalier Alpes-Isère, dossier de Francisque Z., non coté.
[418] Cette expression est utilisée par le frère du soldat Hyacinthe L., rapatrié d'Allemagne et interné à l'asile de Bron le 24 mai 1916. AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, dossier du soldat Hyacinthe L., H-Dépôt Vinatier Q 595.
[419] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, commission de surveillance, séance du 3 octobre 1918, H-Dépôt Vinatier L 60.

ont donné un exemple[420]. Or le cas de ce « soldat inconnu vivant » n'est pas isolé. Dès les premiers échanges de prisonniers, des soldats « amnésiques »[421] entrent à l'asile de Bron. Ils sont deux en septembre 1915 et attirent déjà l'attention de quelques familles parcourant les listes de rapatriés. Pour répondre aux demandes, le directeur décide de faire envoyer à tous ceux qui le réclament les photographies des malades non identifiés. Jusqu'au début du mois d'août 1917, l'administration est cependant peu sollicitée. C'est alors que le journaliste Louis Maffert signale dans le quotidien *La Victoire* la présence à l'asile de 150 soldats aliénés dont certains sont incapables de dire qui ils sont[422]. Son article, intitulé « Des profondeurs de l'abîme », provoque une vive émotion. Le journal, la mairie de Lyon, le directeur du Service de santé de la 14e région militaire et l'asile de Bron reçoivent de nombreuses lettres adressées par des familles à la recherche d'un disparu.

Figure 12 : Demandes de renseignements adressées au maire de Lyon[423]

[420] Jean-Yves LE NAOUR, *Le soldat inconnu vivant*, Paris, Hachette Littérature, 2002.
[421] Tous ne sont pas à proprement parler des amnésiques : certains se trouvent seulement dans un état si grave qu'ils ne peuvent pas indiquer leur identité.
[422] Avant guerre, ce journal dirigé par Gustave Hervé s'appelait *Guerre sociale*. Il change de titre en janvier 1916. À la fin de l'année 1917, il tire à 61 000 exemplaires. Voir Claude BELLANGER, Jacques GODECHOT, Pierre GUIRAL, Fernand TERROU (dir.), *Histoire générale de la presse française*, t. 3, Paris, Presses universitaires de France, 1972, p. 437-438.
[423] AM de Lyon, 1229 WP 033.

L'information s'est propagée comme une rumeur que toutes cherchent à vérifier. Les courriers commencent souvent par des formules identiques qui traduisent l'état d'esprit de leurs rédacteurs, encore un peu dubitatifs mais déjà pleins d'espoir : « il paraîtrait que », « des voisins disent », « on raconte que ». Elles sont accompagnées de photographies et de descriptions physiques détaillées, censées permettre au personnel de l'asile de trouver un malade qui corresponde.

Lorsque Louis Maffert publie son article, dix-sept malades amnésiques sont recensés dans l'établissement. Ces hommes ont perdu leur plaque d'identification et ne possèdent aucun document qui permette de savoir qui ils sont. Huit ont pu indiquer un nom et un prénom, cinq un nom seulement. D'autres n'ont donné qu'un surnom, comme Zéphirin, ou des initiales, S. Y. par exemple. Ils sont parfois capables de fournir quelques renseignements sur leur vie, à l'image de ce rapatrié qui affirme s'appeler Charles, être marin et avoir navigué sur le Kléber, un croiseur cuirassé coulé par une mine allemande en juin 1917[424]. Les recherches menées par le personnel donnent parfois des résultats, même s'il arrive qu'il soit trop tard pour des retrouvailles. En novembre 1917, deux infirmières reconnaissent le soldat Joseph E. sur une photographie envoyée par sa famille. Il est malheureusement décédé à l'asile huit mois plus tôt[425]. Mais l'administration est vite dépassée par la multiplication des demandes, d'autant que la méthode employée est incertaine. Comme le rappelle le directeur du Service de santé de la 14e région militaire, accusé par Louis Maffert de ne pas faire son possible pour permettre l'identification des malades inconnus, « ce genre de recherche ne peut être refusé aux familles, mais elles sont trop tributaires du hasard »[426]. Le 11 août 1917, Justin Godart ordonne que les malades amnésiques soient maintenus à l'asile de Bron[427]. Il est fait appel au service d'identification judiciaire de la Sûreté de Lyon qui dépêche l'un de ses spécialistes. Les malades inconnus sont photographiés de face et de profil, on relève leurs empreintes digitales et leurs signes distinctifs sont soigneusement notés (voir l'annexe 21)[428]. Pour éviter de laisser déambuler dans les dortoirs les familles qui réclament à voir ces hommes, leurs photographies sont mises à disposition au secrétariat. Les proches de disparus

[424] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, dossier administratif de Charles R., H-Dépôt Vinatier Q 615.
[425] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, dossier administratif de Joseph E., H-Dépôt Vinatier Q 602.
[426] ASSM, centre de documentation du Val-de-Grâce, lettre du directeur du Service de santé de la 14e région au sous-secrétaire d'État du service de santé militaire, 14 août 1917, A 229.
[427] ASSM, centre de documentation du Val-de-Grâce, lettre du sous-secrétaire d'État du Service de santé au directeur du Service de santé de la 14e région militaire, 11 août 1917, A 229.
[428] ASSM, centre de documentation du Val-de-Grâce, lettre du directeur du Service de santé de la 14e région militaire au sous-secrétaire d'État du Service de santé, 14 août 1917, A 229.

viennent les regarder ou envoient des émissaires. C'est ainsi que Paul Calmette, gardien de la paix à Lyon, est chargé par une veuve d'enquêter à l'asile où il croit reconnaître le malade de la photo numérotée 11 avant de se rendre compte qu'il a fait erreur[429].

Il n'est en effet pas rare que plusieurs personnes croient voir dans un même malade celui qu'elles recherchent. L'article de Louis Maffert a ainsi suscité d'immenses espoirs, mais aussi des déceptions cruelles. Les lettres des familles reflètent la souffrance de tous ceux qui sont sans nouvelles d'un proche, ou qui ne peuvent se résoudre à sa mort. On vient ou on écrit à l'asile pour demander des vérifications, pour s'assurer qu'aucun malade inconnu ne pourrait être celui qu'on cherche, et parfois pour croire en l'impossible, comme ce père d'un soldat disparu. Les camarades de son fils affirment qu'il a été tué dans l'Aisne en novembre 1914. Un an après avoir reçu cette terrible nouvelle, il continue d'espérer retrouver son enfant vivant :

> « Ce pauvre enfant n'était peut-être qu'évanoui et revenu à lui quand les prussiens les ont obligés à se replier et transporté dans une de leurs ambulances. Alors se trouvant sans papier et si il a malheureusement perdu sa médaille, il est par conséquent impossible de l'identifier. En conséquence, je vous serais très reconnaissant de me faire savoir si un des soldats reçus d'Allemagne ne répondrait pas à ce nom, en cas d'impossibilité de sa part, je me permets de vous adresser sa photographie […] »[430]

c) Les conditions d'attribution de la mention « Mort pour la France »

Le cas des soldats décédés dans les asiles d'aliénés apporte un éclairage intéressant à l'étude des représentations qui entourent les militaires internés bien que les archives des asiles d'aliénés fournissent peu de renseignements sur les enterrements. On sait seulement que les honneurs militaires sont rendus aux défunts, y compris lorsqu'il s'agit de prisonniers ennemis[431]. Avant l'armistice, les corps des soldats décédés sont emmenés par les familles

---

[429] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, dossier administratif du malade E., H-Dépôt Vinatier Q 657.

[430] AM de Lyon, lettre adressée au maire de Lyon le 3 décembre 1915 à propos d'un soldat disparu, 1215 WP 3.

[431] Le dossier du capitaine allemand Heinrich E., décédé à l'asile de Bron le 22 mai 1917, indique qu'il a été inhumé dans le cimetière de l'établissement avec les honneurs militaires. AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, dossier du capitaine allemand Heinrich E., H-Dépôt Vinatier Q 696. À l'asile Saint-Robert, les tombes des prisonniers allemands sont entretenues de la même façon que celles des soldats français, si l'on en croit la correspondance échangée en 1920 entre le directeur et l'épouse d'un prisonnier allemand inhumé dans le cimetière. On lui envoie même une photographie de la tombe de son mari, qu'elle juge « joliment arrangée ». Archives du Centre hospitalier Alpes-Isère, dossier du soldat allemand Adam R., non coté.

pour être inhumés hors de l'asile dans 11 % des cas[432]. La restitution du corps aux proches, interdite pour les militaires tués au front[433], est donc théoriquement possible dans le cas des soldats morts à l'asile. Plusieurs études ont souligné combien le deuil repose sur l'accomplissement de rites funéraires centrés sur le corps du défunt et ont ainsi mis en évidence la souffrance imposée à ceux qui ne peuvent les réaliser[434]. Il peut donc sembler étonnant que peu de familles d'internés réclament la dépouille de leur proche. Faut-il y voir le signe d'un désintérêt, une preuve supplémentaire de la honte suscitée par l'internement ? Les archives montrent que la réalité est tout autre. C'est par manque de moyens que les familles décident de ne pas entamer de démarches, tant le transfert d'un corps est complexe et coûteux. Ainsi, l'épouse du soldat Gabriel D., qui réside à Marseille, renonce à faire transporter le corps de son époux après avoir sollicité en vain l'aide financière de l'État et de la ville. Le 2 décembre 1918, elle prend la précaution d'envoyer un peu d'argent pour s'assurer qu'on mette bien une croix sur sa tombe[435]. Il est difficile pour les familles d'imaginer que leur proche est enterré dans le cimetière d'un asile d'aliénés et beaucoup craignent qu'il soit inhumé dans une fosse commune sans signe distinctif. L'épouse du soldat Jean-Marie T. s'inquiète par exemple de savoir si le nom de son époux a bien été inscrit sur sa tombe et si elle pourra en retrouver l'emplacement après la guerre[436]. Même à distance, les proches se préoccupent d'entretenir et de fleurir les sépultures de leurs proches, en envoyant des recommandations aux asiles. La famille du soldat Louis D., décédé le 6 mai 1916 à l'asile Saint-Robert, fait déposer tous les ans des fleurs et des branches de buis sur sa tombe et ce jusqu'en 1928[437].

À partir de juillet 1915, il devient possible d'honorer la mémoire de certains soldats décédés dans les asiles en les déclarant « Morts pour la France ». La création de cette mention est suggérée par le député des Bouches-du-Rhône, Joseph Thierry, ancien ministre des

---

[432] Trois corps sont également exhumés pendant la guerre à la demande des familles, dont celui d'un soldat belge. AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, registre des décès, H-Dépôt Vinatier Q 387-388.

[433] Le transfert des corps est interdit par la circulaire du 19 novembre 1914.

[434] Voir notamment Stéphane AUDOIN-ROUZEAU, « Corps perdus, corps retrouvés : trois deuils de guerre », *Annales, Histoire, Sciences sociales*, n° 1, janvier-février 2000, p. 47-71 et *Cinq deuils de guerre (1914-1918)*, Paris, Noésis, 2001 ; Peggy BETTE, *Veuves françaises de la Première Guerre mondiale : statuts, itinéraires et combats*, t. 1, *op. cit.*, p. 86-90 ; Carine TREVISAN, *Les Fables du deuil : la Grande guerre, mort et écriture*, Paris, Presses universitaires de France, 2001.

[435] Archives du Centre hospitalier Alpes-Isère, dossier du soldat Gabriel D., non coté.

[436] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, dossier du soldat Jean-Marie T., H-Dépôt Vinatier Q 750.

[437] Archives du Centre hospitalier Alpes-Isère, dossier du soldat Louis D., non coté.

Travaux publics. Le 22 décembre 1914, celui-ci dépose une proposition de loi, visant à ce que « l'état-civil enregistre, à l'honneur du nom de celui qui a donné sa vie pour le Pays, un titre clair et impérissable à la gratitude et au respect de tous les Français ». Cette proposition est votée le 2 juillet 1915[438]. La mention, qui représente un hommage et permet de bénéficier de droits progressivement définis[439], est réservée aux soldats tués à l'ennemi, morts de blessures ou de maladie contractées en service. Elle peut être ajoutée en marge des actes de décès déjà dressés.

Ces dispositions, qui n'excluent *a priori* en rien les soldats morts dans les asiles d'aliénés, ne sont pas évoquées par les psychiatres dans les articles et les ouvrages publiés pendant la guerre. Dans les archives conservées dans les asiles sur lesquels j'ai travaillé, il ne figure aucune instruction spéciale concernant cette mention. Pourtant, certains soldats internés dans ces établissements ont bien été déclarés « Morts pour la France ». Une recherche dans la base du site « Mémoire des hommes » permet d'établir qu'environ 31 % des soldats décédés à l'asile de Bron avant l'armistice sont dans ce cas[440].

Dans cet asile, Jean Lépine prend l'initiative d'indiquer à la fin du certificat de décès d'environ 29 % des soldats qu'ils sont « Morts pour la France ». Sa démarche est étonnante car il ne lui revient pas de prendre cette décision. L'attribution de la mention relève de l'autorité militaire suivant une procédure bien établie. Sur déclaration de l'asile, les actes de décès des soldats décédés dans l'établissement sont dressés par l'officier d'état civil de la commune[441]. Celui-ci doit faire figurer les causes de la mort lorsque le militaire a été tué à l'ennemi, a été blessé ou a contracté une maladie pendant son service[442]. Après l'entrée en

[438] La loi est parue au *Journal officiel* le 9 juillet 1915.

[439] La loi du 29 décembre 1915 ouvre le droit à une sépulture perpétuelle aux frais de l'État aux soldats reconnus « Morts pour la France ». La loi du 17 avril 1916 prévoit la remise d'un diplôme d'honneur à leur famille. La loi du 27 juillet 1917 permet à leurs enfants de devenir pupilles de la Nation. Enfin, la loi du 31 mars 1919 attribue à leurs épouses reçoivent une pension de veuve au taux exceptionnel.

[440] Le site « Mémoire des hommes » appartient au ministère de la Défense. On peut y consulter une base de données des soldats ayant reçu ou non la mention « Morts pour la France », constituée grâce à la numérisation et l'indexation du fichier patronymique des militaires français décédés pendant la guerre conservé au BAVCC à Caen. Sur l'histoire de ce fichier, voir Christian LEMARCHAND, « Le fichier général des militaires de l'armée française décédés au cours de la Première Guerre mondiale », *Revue historique des armées*, n° 252, 2008, disponible en ligne à l'adresse : http://rha.revues.org/3373

[441] C'est la règle pour tous les malades. L'article 127 du règlement-modèle établi le 20 mars 1857 pour les asiles publics d'aliénés impose aux directeurs d'informer l'officier d'état civil de tous les décès survenus dans leurs établissements dans un délai de vingt-quatre heures.

[442] En parallèle de l'établissement d'un acte de décès, la mort d'un soldat doit être inscrite dans le registre des décès de l'asile, puis signalée par l'envoi de deux extraits du registre : l'un est adressé au maire de la commune d'où est originaire le soldat, l'autre est envoyé au directeur du Service de santé de la région, qui le transmet au Ministère de la Guerre. La maladie qui a occasionné la mort n'est

vigueur de la loi du 2 juillet 1915, lorsque le déclarant, un parent du malade ou son conjoint, réclame que la mention « Mort pour la France » soit ajoutée à l'acte, le maire doit d'abord solliciter l'avis de l'autorité militaire en s'adressant au commandant du dépôt du régiment auquel appartenait le défunt. Celui-ci recherche alors les informations permettant d'établir les circonstances du décès, s'adressant si nécessaire au Bureau des archives du ministère de la Guerre[443]. Il communique ensuite la décision à la mairie, qui fait ajouter la mention en marge de l'acte si elle en a reçu la consigne[444]. Par conséquent, en faisant figurer d'office la mention dans le certificat de décès, Jean Lépine impose son avis, d'autant que la mairie de Bron s'y réfère systématiquement[445]. La mention est le plus souvent inscrite dans le corps de l'acte de décès au lieu d'apparaître uniquement en marge : elle est donc ajoutée avant même que l'autorité militaire soit consultée, en dépit des consignes officielles. La mairie de Bron n'est sans doute pas la seule à procéder ainsi. La pratique doit être courante puisqu'en octobre 1917 le ministère de l'Intérieur ordonne aux préfets de rappeler toutes les municipalités à l'ordre[446].

Dans le cas des soldats décédés à l'asile de Bron, la comparaison entre les registres de l'asile et la base des « Morts pour la France » montre que l'avis de Jean Lépine n'est pas toujours celui des autorités militaires. En effet, 44 % des soldats « Mort pour la France » d'après les registres de l'asile de Bron n'ont pas reçu la mention selon le site « Mémoire des hommes », bien que les actes de décès, sur lesquels la mention figure, n'aient pas été corrigés dans les registres de la ville de Bron[447]. L'analyse des fiches mises en ligne montre que les malades pour lesquels la maladie a été aggravée, et non contractée, pendant le service sont

---

mentionnée que dans ce second extrait. Voir Ministère de la Guerre, *Conditions civile et politique des militaires*, Paris, Charles-Lavauzelle, 1916, p. 221.

[443] En cas de litige concernant un militaire décédé par maladie, la commission consultative médicale peut être appelée à rendre un avis. Créée en août 1915, cette commission remplace le conseil consultatif de santé dissout à la mobilisation. Les archives conservées au centre de documentation du Val-de-Grâce n'ont pas permis de connaître les décisions qu'elle a pu prendre au sujet de l'attribution de la mention « Mort pour la France ».

[444] Voir la circulaire du 14 juillet 1915 « relative à l'application de la loi du 2 juillet 1915 complétant, en ce qui concerne les actes de décès des militaires tués à l'ennemi ou morts dans des circonstances se rapportant à la guerre, les articles du Code civil sur l'état civil », *in* Ministère de la Guerre, *Bulletin officiel du ministère de la Guerre, partie supplémentaire*, Paris, Charles-Lavauzelle, 1915, p. 274-275.

[445] Selon la procédure prévue par le règlement-modèle de 1857, l'officier d'état civil chargé de rédiger l'acte se reporte en effet aux informations qui ont été portées dans le registre des décès tenu par l'asile.

[446] Voir la circulaire du 27 octobre 1917 « relative à l'inscription des morts Morts pour la France, sur les actes de décès des militaires ou civils tués à l'ennemi ou morts dans des circonstances se rapportant à la guerre », *in* Ministère de la Guerre, *Bulletin officiel des Ministères de la guerre, des travaux publics et des transports, du ravitaillement général, de l'armement et des fabrications de guerre : parties permanente et semi-permanente*, Paris, Charles-Lavauzelle, 1918, p. 31-32.

[447] Je n'ai pas trouvé d'acte de décès ayant été corrigé au cours de mes dépouillements. D'après les sondages que j'ai effectués, les retranscriptions qui figurent dans les registres des mairies où résidaient les soldats décédés ne semblent pas être corrigées non plus.

écartés d'office puisque la loi ne prévoit pas pour eux l'attribution de la mention[448]. Ainsi, les soldats qui meurent des suites d'une paralysie générale ne peuvent en principe pas être déclarés « morts pour la France ». Entre décembre 1917 et novembre 1918, Jean Lépine porte pourtant la mention sur le certificat de 9 malades atteints de cette pathologie. Deux seulement l'obtiennent. Pour l'un d'entre eux, ancien prisonnier de guerre, la fiche ne mentionne pas la paralysie générale mais une méningo-encéphalite, ce qui ne concorde pas avec le registre des décès de l'asile (voir l'annexe 22)[449]. Les discordances entre les sources sont parfois plus surprenantes encore. Dans le cas du soldat Joseph N., mort le 4 mars 1918 d'une méningo-encéphalite, le registre des décès de l'asile porte la mention « Mort pour la France »[450], de même que l'acte dressé par la mairie de Lyon[451]. Selon la fiche disponible sur « Mémoire des hommes », il n'a pourtant pas reçu la mention. On y lit que sa maladie a seulement été aggravée pendant la guerre. Le registre matricule fournit une version encore différente puisqu'il y est écrit que sa maladie a été contractée en service (voir l'annexe 23). Enfin, il existe aussi des soldats pour lesquels ni l'acte de décès ni les registres de l'asile ne font état de la mention, alors qu'ils figurent parmi les « Morts pour la France » recensés sur le site « Mémoire des hommes ». C'est le cas pour 18 % des militaires décédés à l'asile, dont les familles sont peut-être à l'origine de la procédure[452].

La confrontation des sources révèle donc une grande diversité de situations. Les dispositions prévues par la loi sont appliquées localement selon des interprétations et des modalités différentes. À l'asile de Bron, Jean Lépine influence sans aucun doute la décision des autorités militaires[453] mais celles-ci peuvent aussi rejeter son avis et examiner le cas qui

---

[448] En effet, la loi ne prévoit l'attribution de la mention qu'aux militaires « tué[s] à l'ennemi, mort[s] de blessures ou de maladies contractées en service commandé, ou encore des suites d'incidents survenus en service ou à l'occasion du service […] ». Jean Lépine méconnait-il les textes ou bien tente-t-il tout de même d'obtenir la mention pour ces hommes ? Les sources ne permettent pas de répondre. En effet, les dossiers individuels des soldats morts au cours de la Première Guerre mondiale, qui contenaient entre autres les documents relatifs à l'attribution de la mention « Mort pour la France », sont nombreux à avoir été détruits en juin 1945. Il ne reste actuellement au BAVCC de Caen que des dossiers « rescapés ». Aucun instrument de recherche ne permet de repérer s'il en existe encore un pour tel ou tel soldat.

[449] Une méningo-encéphalite est une inflammation des méninges et de l'encéphale provoquée par un virus.

[450] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, registre des déclarations de décès, H-Dépôt Vinatier Q 388.

[451] AD du Rhône, registre de l'état-civil, commune de Bron, décès, 1918, 4 E 13811.

[452] Dans ce cas de figure, les actes de décès établis par la mairie de Bron sont rarement corrigés. Certains le sont très tardivement, comme dans le cas du soldat Henri E., mort le 31 mai 1916 : la mention « Mort pour la France » est ajoutée en marge de l'acte de décès en mars 1962.

[453] En reproduisant cette étude dans d'autres établissements, il serait possible de déterminer dans quelle mesure l'influence du professeur Lépine s'exerce sur les autorités militaires.

leur est soumis selon leur propre logique. Pour le médecin comme pour l'armée, la prise en compte du parcours de chaque soldat et des qualités dont il a fait preuve est sans doute importante. On constate par exemple que les soldats rapatriés d'Allemagne sont déclarés « Morts pour la France » dans près de 68 % des cas selon la base « Mémoire des hommes ». L'expérience de la captivité lève les doutes qui entourent la maladie mentale et suffit à justifier l'attribution de la mention. Plus globalement, les archives montrent que les soldats internés ne sont pas exclus d'office du bénéfice de la mention et qu'il est donc reconnu que la guerre peut être à l'origine de la folie. Or, comme nous le verrons dans le prochain chapitre, il n'en va pas de même lorsqu'il s'agit d'attribuer une pension militaire à un réformé. Déclarer qu'un homme est « Mort pour la France » ne soulève pas les mêmes enjeux financiers et l'absence de controverses médicales autour de cette question laisse également supposer que chaque psychiatre peut agir sans avoir à afficher une position officielle et à s'en justifier. L'attribution de la mention est considérée comme un acte symbolique, qui revient à honorer la mémoire d'un mort. Elle permet aux familles d'investir un espace de reconnaissance dans lequel s'identifier aux autres, d'accepter l'internement de leur proche ou contraire de l'occulter en assimilant son décès à la mort d'un soldat sur le front. C'est particulièrement net après l'armistice. Comme n'importe quels autres, les noms de ces hommes doivent figurer sur le Livre d'Or des Morts pour la France dont il est prévu de déposer un exemplaire au Panthéon[454] ainsi que sur les monuments aux morts de leurs communes. À partir de 1920, les familles peuvent également faire rapatrier les dépouilles des « Morts pour la France » aux frais de l'État : le 16 janvier 1923, 32 corps sont ainsi exhumés dans le cimetière de l'asile de Bron[455].

*
**

[454] La loi du 25 octobre 1919 prévoit l'établissement d'un Livre d'or dans lequel les noms de ces hommes seront inscrits et qui doit être déposé au Panthéon. Des listes sont dressées, commune par commune, durant l'entre-deux-guerres. En raison des contraintes budgétaires, le projet n'a finalement pas abouti.

[455] Pour celles qui n'en font pas la demande, la loi du 29 octobre 1921 a institué le droit au pèlerinage annuel sur la tombe de leur proche aux frais de l'État. En l'absence d'archives relatives au cimetière, il est difficile de déterminer dans quelle mesure les proches en ont fait usage.

Lorsque la guerre éclate, les mécanismes pathogènes à l'origine de la folie, le rôle respectif de l'émotion et de la commotion ou le poids de la prédisposition sont des questions discutées depuis plusieurs années par les psychiatres. Durant le conflit, ces derniers ne mobilisent pas un argumentaire inédit face aux malades militaires. Les sources permettent au contraire de restituer la continuité de leurs discours, souvent masquée par la tendance à envisager les années 1914-1918 comme des bornes chronologiques étanches. Bien plus qu'une période d'élaboration de théories nouvelles, la Grande Guerre apparaît comme un moment d'approfondissement des débats. Elle impose aux médecins de prendre position et d'affronter des questions de plus en plus difficiles à éluder. L'absence fréquente d'antécédents héréditaires susceptibles d'expliquer l'apparition de la maladie mentale est ainsi confirmée à grande échelle, dans un contexte où il n'est plus possible de tenir tous ceux qui présentent des troubles pour des individus « tarés ».

L'expérience de la guerre aurait donc pu porter un coup décisif aux doctrines de la prédisposition. Ce n'est pourtant pas le cas. Ni la commotion, ni l'émotion, considérée dans une optique organogénétique, ne fournissent un cadre d'interprétation satisfaisant. Pour y remédier, les psychiatres mobilisent le concept de « prédisposition acquise », cherchent à mesurer le degré de l'influence héréditaire, tâtonnent et finissent souvent par se contredire. La période de la guerre a ceci de singulier qu'elle accélère la remise en cause de théories anciennes, tout en réduisant les médecins à continuer de s'y référer. La puissance de l'approche par l'hérédité réside ainsi dans le fait qu'elle reste la seule explication d'apparence scientifique à laquelle il est possible d'avoir recours à un moment où on exige des réponses. Il en va de l'avenir des malades, lié à celui de la nation, mais aussi des intérêts des psychiatres. Ces derniers affirment que le cadre nosographique des maladies mentales n'est pas modifié par l'expérience de la guerre, évitant de remettre en cause leur savoir. Cependant, en considérant certaines émotions comme pathologiques, ils étendent de fait le champ de leur action. Il existe donc un écart significatif entre ce qui est affirmé et ce qui s'observe sur le terrain.

Si la guerre permet l'émergence d'une nouvelle approche de la maladie mentale, ce n'est donc pas tant sur le plan étiologique ou thérapeutique, mais plutôt dans les modalités de l'assistance psychiatrique. Dans ce domaine, la guerre met fin à l'immobilisme qui prévalait depuis 1838, en dépit des revendications et des expériences menées par quelques psychiatres réformateurs. On aurait pu penser que l'asile d'aliénés, figure repoussoir, resterait en marge des évolutions. Or l'analyse des sources permet de montrer qu'il n'en est rien : pendant la guerre, l'asile n'est pas uniquement un lieu de relégation pour des soldats dangereux et

incurables destinés à faire des séjours longs. Il accueille des militaires qui suscitent l'intérêt de leurs familles, de leurs camarades et de leurs chefs. En fournissant les moyens d'expliquer la maladie mentale, l'expérience de la guerre remet en cause la vision d'un monde où les fous seraient des êtres à part. Il serait cependant excessif de considérer que les évènements bouleversent totalement les représentations de la folie, celles-ci restant très ambivalentes. L'intérêt porté pendant le conflit aux aliénés s'explique en partie par les nécessités du moment : le besoin de soldats, de main-d'œuvre et, peut-être, de héros pousse à considérer qu'un interné peut reprendre une place dans la société, voire dans les rangs de l'armée. Sans être une rupture, la guerre n'en est pas moins pour la psychiatrie une période qui ouvre des perspectives nouvelles, dont il s'agit à présent d'examiner la portée à long terme, une fois le conflit terminé.

Partie II

Les « mutilés du cerveau ». Statuts et trajectoires des anciens combattants de la Grande Guerre internés dans les hôpitaux psychiatriques de 1919 aux années 1980

Rares sont les sources qui rapportent la manière dont les militaires internés apprennent la fin de la guerre et leurs réactions[1]. Il est probable que tous les malades n'ont pas été en mesure de saisir le sens de l'évènement. Dans un petit ouvrage intitulé *La Couronne d'Épines : douze souvenirs*, Henry de Forge rapporte le témoignage d'une femme qui raconte comment l'armistice a été annoncé à un soldat devenu fou dont elle s'occupe :

> « Lorsque l'armistice a été conclu, pensant que pour ces malheureux il y avait là l'occasion unique d'une lueur, d'un réveil peut-être de la pensée, le médecin-chef a prié la doyenne des infirmières, une femme à cheveux blancs, – mère et grand-mère – de les réunir tous devant nous. Alors maternellement, elle leur a ouvert les bras – ils étaient là une dizaine et parmi eux un pauvre nègre, devenu fou lui aussi – et elle leur a dit :
>
> - Mes enfants, mes pauvres chers enfants… écoutez-moi, écoutez bien tous ce que je vais vous dire. C'est fini la guerre ! C'est fini l'horreur !
>
> Nous étions toutes affreusement émues. Ces hommes regardaient, silencieux. Pas un n'a compris… Pas un, entendez-vous.
>
> Le mien a continué, comme la veille, à me poser sa question obsédante : « Je veux connaître le Communiqué ». Et j'ai continué à lui inventer des combats nouveaux, que j'avais l'air de déchiffrer sur un journal, car l'infortuné ne savait plus lire […] »[2]

Cette femme serait parvenue à obtenir l'autorisation de conduire son protégé au défilé de la Victoire organisé à Paris. Si l'histoire est vraie, il a sans doute été le seul soldat interné à prendre place aux côtés des mutilés le 14 juillet 1919.

La principale conséquence de la sortie de guerre dans les asiles d'aliénés est la redistribution des malades entre les établissements. Les civils qui avaient été envoyés en province retournent dans les établissements de la Seine tandis que les militaires démobilisés sont transférés dans leur département d'origine. Les hôpitaux militaires ferment progressivement leurs portes et la plupart des centres de psychiatrie de l'arrière disparaissent entre 1919 et 1920. Les militaires qui se trouvent encore dans ses formations sont rendus à leurs familles à chaque fois que possible, internés sinon. Pour autant, la guerre ne s'efface pas du jour au lendemain. Il faut reconstruire les asiles détruits, mais aussi organiser le rapatriement des aliénés internés en Alsace-Moselle, les asiles de Rouffach et de Lorquin

---

[1] Le seul évènement mentionné dans les archives consultées est l'organisation de repas de fête à l'asile Saint-Pierre à l'occasion de l'arrêt des combats puis lors du retour à Marseille des troupes mobilisées.

[2] Henry DE FORGE, *La Couronne d'Épines : douze souvenirs de guerre*, Paris, G. Boaniche, s. d. Henry de Forge, de son vrai nom Henri Sazerac de Forge, est né en 1874. Lorsque la guerre éclate, il dirige la revue satirique *Fantasio* et s'est déjà fait connaître en publiant un roman intitulé *Fleurs de rêves* en 1896. Pendant le conflit, il écrit dans *L'Écho des marmites* et il publie en 1917 un premier roman de guerre sous le titre *La Créance*. *La Couronne d'Épines*, dont la date exacte de publication est inconnue, est illustré par Félix Del Marle et préfacé par Roland Dorgelès.

ayant été évacués au début de l'année 1917 par les Allemands[3]. Le 17 juin 1919, le docteur Paul Courbon se rend ainsi à Kehl afin d'accompagner 236 malades jusqu'à l'asile de Stephansfeld où il a été décidé de les réunir pour les identifier avant de les répartir entre leurs établissements d'origine[4]. Il faut également organiser les exhumations, poursuivre les recherches pour repérer les prisonniers aliénés encore internés en Allemagne et répondre aux demandes des familles de disparus qui continuent d'espérer des retrouvailles. Les asiles doivent aussi remettre des certificats à tous ceux qui en ont besoin pour faire valoir leurs droits, qu'ils soient d'anciens malades internés ou des veuves de militaires décédés. Enfin, il faut régler la situation des soldats qui restent dans les asiles : ces anciens combattants, rejoints après l'armistice par d'autres démobilisés qui n'ont pas pu reprendre le cours de leur vie, sont le souvenir vivant de la guerre. C'est à ces hommes que cette seconde partie s'intéresse. L'analyse de leurs parcours permet d'aborder la question des répercussions à long terme de la guerre sur les individus, la société et les institutions en adoptant un angle de vue particulier, celui de l'histoire de la folie et de l'assistance psychiatrique.

Écrire l'histoire des anciens combattants internés revient à étudier le devenir d'une catégorie d'individus – les soldats aliénés – construite par l'armée et les psychiatres dans le contexte spécifique de la guerre. A-t-elle encore un sens une fois l'armistice signé et la démobilisation achevée ? Les sources asilaires soulèvent d'emblée ce problème. En effet, ces hommes, parfois surnommés les « Morts-Vivants », ne se distinguent plus du reste de la population des aliénés. Pendant la guerre, les dossiers et les registres d'entrée signalaient quels malades étaient des soldats, internés au compte du ministère de la Guerre, ce qui permettait de les repérer aisément. Après l'armistice, les démobilisés internés n'ont plus ce statut. Désormais, leur passé militaire s'efface derrière leur identité civile et il est difficile de déterminer qui a participé à la guerre. Étant donné l'ampleur de la mobilisation, on peut cependant supposer que c'est le cas de beaucoup d'hommes entrés dans les asiles après 1918. Ce constat, à première vue déconcertant, a donné son orientation problématique à ma recherche : les anciens combattants internés constituent-ils un groupe cohérent, homogène et identifié ? Poser cette question conduit à s'intéresser à l'attribution des pensions militaires : ces hommes sont-ils considérés comme des victimes à indemniser ou comme des prédisposés

[3] Avant de devenir allemande, l'Alsace-Lorraine ne compte qu'un asile d'aliénés, celui de Stephansfeld. Entre 1871 et 1914, l'Allemagne en construit quatre autres : l'asile de Rouffach et l'asile de Hoerdt dans le Haut-Rhin, l'asile de Sarreguemines et l'asile de Lorquin en Moselle. Voir Paul COURBON, « L'assistance psychiatrique en Alsace-Lorraine », *L'Informateur des aliénistes et des neurologistes*, 1920, p. 14-19.

[4] Paul COURBON, « Le rapatriement des aliénés d'Alsace-Lorraine évacués en Allemagne pendant la guerre », *Annales médico-psychologiques*, n° 11, 1919, p. 465-478.

que l'État refuse de prendre en charge ? Elle invite également à étudier leurs conditions de vie en tant qu'internés : leur statut d'ancien combattant les différencie-t-il des autres malades ? Enfin, elle suppose d'évaluer leur insertion et celle de leurs familles dans les mouvements associatifs et les dispositifs destinés aux anciens combattants : sont-ils identifiés par leurs frères d'armes et défendus au même titre que d'autres blessés, mutilés ou invalides de guerre ? En s'appuyant sur les itinéraires des malades, nombreux à avoir vécu un internement au long cours, les réponses apportées à chacune de ces questions peuvent être examinées sur le temps long, jusqu'à la disparition des derniers poilus internés.

Chapitre 4 : La loi sur les pensions militaires du 31 mars 1919 ou la mise en place d'un régime d'exception pour les anciens combattants internés

La loi du 31 mars 1919 réforme la législation sur les pensions militaires. Elle réserve au cas des anciens combattants internés un article spécifique, le numéro 55. Il est le seul à concerner une catégorie de pensionnés définie en fonction de l'infirmité dont les intéressés sont atteints[1].

> « La pension définitive ou temporaire allouée pour cause d'aliénation mentale à un militaire ou marin interné dans un établissement public d'aliénés ou dans un établissement faisant fonction d'asile public sera employée, à due concurrence, à acquitter les frais de son hospitalisation.
>
> Toutefois, en cas d'existence de femme ou d'enfants, l'administrateur des biens de l'aliéné ou son tuteur doit, avant tout autre prélèvement, verser dans les quinze premiers jours de chaque trimestre, à la femme ou au représentant légal des enfants, les majorations d'enfants et une somme égale à une pension de veuve du taux de réversion.
>
> Le versement fait à la femme est, au point de vue de l'incessibilité et de l'insaisissabilité, assimilé à une pension.
>
> L'État supporte seul la partie des frais d'hospitalisation qui n'auraient pu être acquittés par suite de la retenue exercée sur la pension, mais jusqu'à concurrence seulement des prix de journée alloués pour le régime ordinaire.
>
> Si, après le payement de la pension due à la femme et aux enfants du malade, et après celui des frais d'hospitalisation, il reste un excédent, le tuteur ou l'administrateur des biens de ce pensionné emploie ce reliquat à l'amélioration de son sort.
>
> En aucun cas les départements ni les communes ne sont appelés à contribuer à cette dépense. »[2]

Les mesures détaillées dans cet article ont été interprétées par les contemporains comme par les historiens de deux manières totalement opposées : elles sont tantôt perçues comme un progrès, puisqu'elles établissent un droit à réparation pour les aliénés, tantôt comme une grave injustice, puisque ces derniers devant payer, à l'aide de leur pension, leurs frais d'hospitalisation. Le premier objectif de ce chapitre est de dépasser cette vision binaire et

[1] Il n'existe pas, par exemple, d'article sur les tuberculeux, les amputés, les aveugles, etc.

[2] Article 55, Loi du 31 mars 1919 modifiant la législation sur les pensions des armées de terre et de mer en ce qui concerne les décès survenus, les blessures reçues et les maladies contractées ou aggravées en service, *Journal officiel. Lois et décrets*, 2 avril 1919, p. 3387. Le projet de loi soumis aux parlementaires ayant fait l'objet de nombreuses modifications et notamment d'ajouts et de suppressions d'articles, le paragraphe consacré aux internés a porté divers numéros (notamment 32, 50 et 52) avant de devenir l'article 55.

d'expliquer pourquoi la législation des pensions mise en place après la guerre définit un dispositif spécifique aux aliénés. Il s'agit donc de retracer la genèse de l'article 55, en s'intéressant tout d'abord à la législation en vigueur entre 1914 et 1919. En effet, la loi du 31 mars 1919 étant le fruit d'un projet de réforme qui naît dès 1915, il est indispensable de comprendre les enjeux qui se nouent, durant cette période, autour de la réforme des militaires aliénés. Cette question n'intéresse pas seulement le monde médical et militaire mais comporte également une dimension financière, politique et administrative déterminante, l'article 55 résultant avant tout du rapport de force qui s'établit entre l'État, les départements et les communes au sujet de la prise en charge des aliénés indigents.

Le second objectif de ce chapitre est d'examiner la mise en application de la loi du 31 mars 1919 dans les asiles afin de déterminer quels sont les hommes concernés par l'article 55 et comment ils en obtiennent ou en perdent le bénéfice. Ce questionnement fait apparaître une distinction fondamentale entre, d'une part, les soldats internés pendant le conflit qui se trouvent encore dans les asiles lorsque la loi est promulguée et, d'autre part, les anciens combattants qui entrent dans ces établissements durant l'entre-deux-guerres. En effet, ces derniers obtiennent rarement une pension militaire au titre de leur maladie mentale : leur prise en charge tardive ne leur permet pas de bénéficier des mêmes droits que leurs camarades reconnus comme fous pendant la guerre. Leur cas offre l'opportunité d'aborder sous un angle nouveau la problématique de la sortie de guerre et du retour des soldats dans leurs foyers, explorée par de nombreux historiens au cours des dernières années[3]. Il donne aussi un éclairage précieux sur les souffrances psychiques et physiques endurées par les anciens combattants et la manière dont elles ont été perçues par leurs contemporains.

[3] Sur ce point, voir l'introduction générale de la thèse.

I - L'article 55 de la loi des pensions : origines et conséquences d'un régime d'exception

En moins d'une vingtaine de lignes, l'article 55 de la loi du 31 mars 1919 aborde des questions aux enjeux multiples et complexes. Une analyse attentive permet de les mettre en évidence et de montrer que ce texte constitue l'aboutissement du combat mené pendant la guerre par les communes et les départements dans le but d'imposer à l'État la prise en charge financière des soldats réformés pour aliénation mentale.

1) La situation des réformés pour aliénation mentale avant la loi du 31 mars 1919

a) Des réformes sans pension massives et rapides

Au début de la guerre, la procédure suivie dans les asiles lors de l'internement d'un militaire est celle définie en 1897 : la réforme s'impose quelle que soit la pathologie. Cette mesure découle de la conviction que la maladie mentale est incurable et rend définitivement impropres au service les individus qui en sont atteints. Ce raisonnement repose également sur un argument financier : dès lors qu'un militaire interné est réformé, son hospitalisation cesse d'être à la charge du ministère de la Guerre. Une réforme rapide permet donc d'éviter des dépenses jugées inutiles puisque le malade est considéré comme irrécupérable. Appliquant les consignes à la lettre, les administrations asilaires provoquent systématiquement la réforme des malades militaires aussi vite que possible après leur internement même si l'engorgement des commissions de réforme impose dans les faits un délai de plusieurs mois. La procédure est d'autant mieux suivie par les directeurs d'asiles qu'elle sert leurs intérêts. Les transferts, qui permettent de désencombrer leurs établissements, sont facilités lorsque la situation des malades est réglée sur le plan militaire. Il n'est alors plus nécessaire de consulter le Service de santé et les accords entre préfets, valables pour le transfert de n'importe quel malade civil, accélèrent les départs vers d'autres asiles. Ainsi, en juillet 1916, le directeur de l'asile de Bron donne-t-il l'instruction aux médecins de faire rapidement réformer les soldats[4]. Certains semblent d'accord avec cette façon de faire : en 1918, le docteur Raoul Benon écrit dans un

[4] Cette instruction est mentionnée par Jean Lépine dans un courrier adressé au mois de janvier 1917 au directeur de l'asile de Bron. AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, lettre du professeur Jean Lépine au directeur de l'asile de Bron, 29 janvier 1917, H-Dépôt Vinatier, L 60.

article publié dans la revue *Paris médical* que « dès la rédaction du certificat de quinzaine […] la réforme de l'aliéné militaire devrait être proposée »[5]. Encore faut-il s'entendre sur la signification du terme « aliéné ». Comme on l'a vu dans le chapitre 3, tous les soldats internés ne sont pas considérés comme tels et, estimant que le séjour à l'asile n'est pas forcément incompatible avec la reprise du service, les psychiatres ne réforment que les malades qu'ils considèrent incurables.

Ces derniers reçoivent-ils une pension ? Tout dépend du type de réforme qui leur est appliqué. En effet, lorsque l'infirmité d'un soldat est reconnue imputable au service, il bénéficie d'une réforme numéro 1. Sinon, il est réformé numéro 2. Or seule la réforme numéro 1 peut s'accompagner d'une indemnisation qui, selon les cas, prend la forme d'une pension ou d'une gratification. Selon la législation de 1831, toujours en vigueur en 1914, le droit à une pension est réservé aux militaires atteints d'infirmités imputables au service, graves et incurables. Les sous-officiers et les hommes du rang doivent remplir une quatrième condition pour être pensionnés : leur infirmité doit être handicapante au point de les rendre incapables de travailler et donc de subvenir à leurs besoins[6]. Si tel n'est pas le cas, ils n'ont droit qu'à une gratification[7]. Quant au montant de l'indemnisation, il dépend du grade et du degré d'invalidité, évalué suivant une échelle de gravité, mise au point en 1887, qui comporte six classes. Chacune d'entre elles regroupe des infirmités précises :

1ère classe	Cécité ou perte totale et irrémédiable de la vue
2ème classe	Amputation de deux membres
3ème classe	Amputation d'un membre (pied ou main)
4ème classe	Perte de l'usage des deux membres et infirmités équivalentes
5ème classe	Perte de l'usage d'un membre et infirmités équivalentes
6ème classe	Infirmités diverses jugées les moins graves (cicatrices étendues, diminution prononcée de l'ouïe, fistule persistante, hernie, varices, arthrites, etc.)

Tableau 6 : Classification des blessures et infirmités ouvrant le droit à pension selon l'échelle de gravité de 1887[8]

[5] Raoul BENON, « La réforme des aliénés militaires. Procédure », *Paris médical*, n° 29, 1918, p. 46.
[6] Comme l'explique Antoine Prost, on considère que les officiers contraints de quitter l'armée ne doivent pas être obligés de travailler. C'est pourquoi ils n'ont pas besoin de montrer que leur infirmité ou leur maladie les rend incapables de faire un autre métier. Voir Antoine PROST, *Les anciens combattants et la société française*, t. 1, *op. cit.*, p. 14.
[7] Le système complexe des gratifications est exposé dans Antoine PROST, *Les anciens combattants et la société française*, t. 1, *op. cit.*, p. 14-19.
[8] « Nouvelle classification des blessures ou infirmités ouvrant droit à pension », *Annales de médecine navale et coloniale*, n° 55, 1891, p. 370-375.

Pour les soldats internés, qui arrivent la plupart du temps à l'asile sans document relatif aux circonstances dans lesquelles sont apparus leurs troubles, il est bien difficile de faire la preuve que leur maladie tire son origine du service. La plupart sont donc réformés numéro 2, c'est-à-dire sans pension ni gratification. En outre, même lorsque l'imputabilité est reconnue, leur affection ne fait pas partie de celles qui sont considérées comme les plus graves. En effet, l'aliénation mentale, qui ne figure pas dans l'échelle de gravité de 1887, est placée par équivalence dans la 4ème classe correspondant à la perte de l'usage des deux jambes. On estime donc que ces deux affections sont d'une gravité comparable et qu'il convient de leur appliquer le même taux d'invalidité, c'est-à-dire 80 %. Comme le remarque Vincent Viet, ce classement revient à faire de la maladie mentale une pathologie moins grave que l'amputation d'un pied par exemple, qui correspond à la 3ème classe[9].

D'août 1914 au début du mois de novembre 1915, près de 90 % des hommes déclarés inaptes quittent les rangs de l'armée sans pension, d'après les calculs effectués par Sylvain Bertschy à partir des chiffres communiqués au sous-secrétariat du Service de santé militaire par le 2ème bureau de l'infanterie[10]. L'injustice de ce système ne tarde pas à être dénoncée. Une campagne de presse est notamment lancée par le *Journal des mutilés* qui fait appel à ses lecteurs pour démontrer que le nombre des soldats réformés numéro 2 est prépondérant, en particulier chez les tuberculeux. En outre, l'échelle de gravité de 1887 fait l'objet de critiques sévères émanant du Service de santé militaire lui-même. Le médecin-inspecteur Jules Simonin en fait une analyse sans concession devant la commission extraparlementaire réunie en 1915 sous la présidence du ministre des Finances Alexandre Ribot pour établir un projet de loi sur la réforme de la législation des pensions militaires[11]. À cette date, le sous-secrétariat d'État a déjà fait établir par la Commission consultative médicale un guide-barème des invalidités à même de constituer un référentiel commun à l'ensemble des commissions de réforme. Celui-ci ne supprime pas totalement l'échelle de 1887 mais doit s'y substituer à

[9] Vincent VIET, « La loi de 1898 à l'épreuve de la Grande Guerre », *Histoire et Mesure*, à paraître.

[10] Ces chiffres figurent dans la note n° 4491 conservée au centre de documentation du Val-de-Grâce sous la cote 556. Sylvain Bertschy en a présenté l'analyse en mai 2013 lors de la journée d'études ESOPP « Assistance et travail. Les frontières de la vulnérabilité sociale », dans une communication intitulée « Institutionnalisation de l'expertise du dommage corporel et genèse d'un nouveau régime d'administration de l'infirmité ».

[11] Ses commentaires sont cités par Pierre Massé dans son rapport sur le projet de loi. Voir « Rapport fait au nom de la commission des pensions civiles et militaires chargée d'examiner : 1/ le projet de loi tendant à modifier la législation des pensions des armées de terre et de mer dans les cas de blessures reçues, de maladies contractées ou de décès survenus par suite de la guerre actuelle ; 2/ les diverses propositions de loi sur le même objet », annexe 2383, 21 juillet 1916, *Journal officiel. Documents parlementaires. Chambre des députés*, p. 89.

chaque fois qu'il est plus avantageux pour le blessé ou le malade examiné[12]. Puis, en 1916, la rédaction d'un deuxième barème est décidée pour remédier aux insuffisances du premier. La commission chargée de ce travail est nommée par Justin Godart en avril 1916. Aucun psychiatre n'y participe mais le docteur Pierre Marie, qui dirige le service des « lésions traumatiques du système nerveux » à l'hôpital de la Salpêtrière, en fait partie[13]. Sans doute joue-t-il le rôle d'intermédiaire avec la Société de neurologie, dont il a été le premier secrétaire général, qui est associée à l'élaboration du barème. Ses membres doivent fournir un seul et même avis précis sur la conduite à tenir face aux névroses et aux psychoses dont souffrent les soldats. Ils ont donc chargé plusieurs d'entre eux de rédiger des rapports résumant leur point de vue. L'examen de la question des psychoses a été confié à Jean Lépine* et à Ernest Dupré, qui vient de succéder à Gilbert Ballet comme titulaire de la chaire de clinique des maladies mentales et de l'encéphale à Sainte-Anne. Le 15 décembre 1916, à l'occasion d'une grande réunion de travail, chacun présente son travail puis les conclusions suivantes sont adoptées : dans les cas de manie, de mélancolie et pour toutes les psychoses aiguës, la réforme n'est recommandée qu'à titre temporaire, le temps de confirmer l'incurabilité des troubles. La réforme numéro 2 s'impose dans les cas de paralysie générale et les psychoses chroniques. Quant à la réforme numéro 1, elle n'est envisagée que lorsque la maladie est liée à un traumatisme ou à une infection rattachée au service et « dans les cas exceptionnels où un élément étiologique occasionnel de guerre pourra être invoqué dans l'éclosion de la psychose »[14].

Les solutions préconisées vont donc totalement à l'encontre des dispositions prévues par la circulaire du 3 juin 1897 : le recours à la réforme définitive est volontairement limité, non seulement dans le souci de préserver les effectifs de l'armée, mais aussi au motif que la maladie mentale peut être curable. Par ailleurs, les différents taux d'invalidité attribués à chaque type de pathologies sont moins avantageux que le taux unique qui était associé à l'aliénation mentale dans l'échelle de 1887, soit 80 %. Désormais, lorsque la paralysie générale a été aggravée ou accélérée par un traumatisme encéphalique, le taux d'incapacité ne peut être supérieur à 30 %. Pour les états maniaques et mélancoliques imputables au service, il est de 10 à 40 % seulement. Enfin, sur la question de l'imputabilité, les propositions des

[12] *Guide-barème des invalidités*, Paris, Charles-Lavauzelle, 1915. La réorganisation initiée par Justin Godart est de grande ampleur : elle repose également sur la création de centres spéciaux de réforme et la formation d'experts. Sur ces différents points, voir Antoine PROST, *Les anciens combattants et la société française*, t. 1, *op. cit.*, p. 8-9.

[13] La composition de cette commission est détaillée à la page 178 du numéro 20 de la revue *Paris médical* paru en 1916.

[14] Société de neurologie, réunion du 15 décembre 1916, *Revue neurologique*, 1916, vol. 2, p. 807.

membres de la Société de neurologie ne modifient guère la donne. L'influence de la guerre comme cause occasionnelle du développement de troubles mentaux est certes reconnue par Ernest Dupré, comme nous l'avons vu dans le chapitre 3. Cependant, dès lors qu'il s'agit de la mesurer, il la cantonne à quelques « cas exceptionnels ». Les conclusions énoncées à la fin de son rapport semblent d'emblée clôturer les débats. Jean Lépine, qui prend la parole après Dupré, tente vainement d'inverser la tendance en insistant sur l'impact potentiel des « circonstances de guerre ». Alors qu'il avait été demandé aux participants de dépasser les considérations doctrinales pour trouver un compromis, un seul point de vue s'impose finalement, privilégiant l'approche organiciste de la maladie mentale. La commotion, la fièvre, les blessures à la tête sont des faits tangibles qui peuvent être documentés, alors que les émotions restent des notions vagues dont la prise en compte repose sur des critères trop subjectifs et serait susceptible d'avoir des conséquences financières non négligeables. La psychiatrie s'aligne donc sur la conception dominante puisque l'ensemble du guide-barème est construit autour de l'idée de lésion : il liste, membre par membre, les différents types d'atteintes que les soldats sont susceptibles de présenter et l'aliénation mentale est envisagée dans la rubrique correspondant au cerveau[15].

La position définie par la Société de neurologie ne fait toutefois pas l'unanimité. Au mois de juin 1917, les débats concernant la réforme des paralytiques généraux reprennent à l'occasion de la réunion rassemblant les membres de la Société clinique de médecine mentale, de la Société médico-psychologique et de la Société de psychiatrie. Ernest Dupré comme Jean Lépine sont présents. Après avoir regretté que les remarques de ce dernier n'aient pas été mieux écoutées par la Société de neurologie, le docteur Florentin Pactet, médecin-major à l'asile de Maison-Blanche, affirme que la guerre peut constituer une cause déterminante de la paralysie générale et doit dans ce cas conduire à l'attribution d'une réforme numéro 1 et d'un taux d'incapacité « assez élevé »[16]. Il demande à ce que soit le rôle aggravant de la guerre soit pris en compte pour ces malades comme on le fait déjà pour les tuberculeux. En effet, en vertu d'une circulaire du sous-secrétaire d'État du Service de santé militaire datée du 15 octobre 1916, la réforme numéro 1 peut être attribuée dès lors que la maladie, même constitutionnelle, a été aggravée par les « dangers, obligations ou fatigue du service militaire en général »[17]. Les

[15] Voir *Tableau synoptique résumé des divers barèmes à appliquer aux infirmes et malades de la guerre 1914-1919*, Paris, Charles-Lavauzelle, 1919, p. 62-63.
[16] Florentin PACTET, « La réforme des paralytiques généraux », *Bulletin de la Société clinique de médecine mentale*, numéro spécial, décembre 1917, p. 6-42.
[17] Il s'agit de la circulaire-instruction 286 Ci 7 dont on peut consulter le texte dans l'ouvrage suivant : *Science et dévouement, op. cit.*, p. 348.

discussions qui s'en suivent aboutissent à une légère modification de la résolution prise par la Société de neurologie : la réforme numéro 2 reste préconisée « sauf dans les cas particuliers où une enquête minutieuse aura démontré […] l'influence aggravante du service militaire ». On s'est donc contenté de substituer l'adjectif « particulier » à celui d'« exceptionnel » et de remplacer la référence à un traumatisme encéphalique par une indication plus vague qui permet en théorie de prendre en compte des cas de figure variés.

L'impact de ces discussions entre spécialistes est difficile à évaluer dans la mesure où le nouveau guide-barème, dont l'élaboration est achevée le 16 mars 1917, n'entre pas en vigueur pendant la guerre en raison de l'opposition d'une partie des parlementaires auxquels on demande de l'entériner sans qu'ils aient pu en consulter le détail. Occupés à débattre de plusieurs projets de réforme de la législation des pensions, ils entendent pouvoir juger sur pièces[18]. Seul le député Henri Doizy[19], qui a pu avoir accès au barème, émet de vives critiques en janvier 1918, soulignant notamment la place laissée à l'interprétation des experts : « pour altération grave des facultés mentales, par exemple pour psychopathies aigües, l'incapacité est de 10 à 100 pour cent : il y une marge ! », s'exclame-t-il à la Chambre[20]. Quant à la prise en compte de l'aggravation, qui a permis à 400 000 soldats tuberculeux d'obtenir une réforme numéro 1, elle semble avoir été peu appliquée aux aliénés[21]. En effet, la maladie dont souffrent les soldats internés est le plus souvent considérée comme sans rapport avec le service : sur une cinquantaine de dossiers de militaires internés à la Maison nationale de Charenton et réformés pendant leur séjour, les trois quarts sont réformés numéro 2. Sur 368 internés à l'asile Saint-Pierre pour lesquels le registre d'entrée indique une réforme, moins de 2 % sont réformés numéro 1. Seuls ceux qui présentent des blessures peuvent espérer obtenir une pension. Encore faut-il que les médecins fassent preuve de persuasion vis-à-vis des commissions de réforme comme le montre l'exemple du soldat Jean L. Dans une lettre

[18] En effet, le texte du barème est tenu secret par le gouvernement qui considère que son élaboration relève uniquement du pouvoir exécutif. C'est également l'avis de certains parlementaires, notamment de Pierre Massé dont le projet de loi prévoit que la « classification des infirmités d'après leur gravité » sera déterminée par un décret émanant des ministères de la Guerre et de la Marine. D'autres exigent au contraire que le barème soit communiqué au parlement : c'est notamment le cas de Jean Lugol, rapporteur du projet de loi défendu par Pierre Massé. Voir Charles VALENTINO, « Les pensions militaires en France : l'évaluation des infirmités », *Revue interalliée pour l'étude des questions intéressant les mutilés de la guerre*, n° 4, juillet 1919, p. 339.

[19] Henri Doizy est médecin, député socialiste des Ardennes de 1910 à 1919 et président de la commission de l'hygiène publique de 1914 et 1919. Durant sa carrière politique, il s'est essentiellement consacré aux questions sanitaires et sociales. Il fait partie des promoteurs de la loi du 31 mars 1919.

[20] Séance du 17 janvier 1918, *Journal officiel. Débats parlementaires. Chambre des députés*, p. 97.

[21] L'exemple des tuberculeux est cité dans *Science et dévouement*, *op. cit.*, p. 348. L'origine précise de ce chiffre n'est pas mentionnée.

adressée le 1er juin 1917 au docteur Garnaud, médecin-chef du Centre spécial de réforme, le docteur Roger Mignot* s'indigne que ce malade ait été réformé numéro 2 :

> « Je ne peux croire qu'il n'y ait là une erreur et me permets de vous le signaler. [L.] d'après les pièces de son dossier a été blessé au crâne par balle (blessure de guerre) et trépané. À la suite il a présenté des troubles mentaux et il est atteint actuellement de "démence traumatique". J'ajouterai que j'ai délivré le 24 novembre 1916 "un certificat d'incurabilité" en vue d'une proposition pour pension de retraite et que les médecins qui l'ont visité et contre visité ont effectué leur examen sans m'avoir vu ni entendu, le malade étant, d'autre part, dans l'incapacité de les renseigner en raison de sa démence. »[22]

Cette démarche semble n'avoir été suivie d'aucun effet. Le 8 juin Roger Mignot confirme au père de ce soldat la réforme numéro 2 de son fils et l'incite à faire appel de cette décision : « je croirais ne pas remplir mon devoir de médecin vis-à-vis d'un malade dément et par conséquent incapable de se défendre lui-même si je ne déclarais pas que cette décision m'apparaît comme le résultat d'une erreur », écrit-il[23]. Les psychiatres doivent aussi composer avec les priorités fixées par les administrations asilaires qui, pour libérer des places, favorisent le choix de la réforme numéro 2. Constituer un dossier qui permette d'obtenir une réforme numéro 1 suppose en effet de réunir de nombreuses pièces établissant l'origine de la maladie. En juillet 1917, Jean Lépine constate qu'à la suite des instructions données aux médecins par le directeur de l'asile de Bron, des soldats ont été proposés pour une réforme numéro 2 alors que, d'après lui, ils « étaient en réalité justiciables de la réforme numéro 1 ». Mais encore aurait-il fallu prendre le temps de le démontrer[24]. Or l'obtention d'une réforme numéro 1 aurait été profitable à l'asile : rendus à la vie civile sans pension, nombreux sont les réformés numéro 2 qui ne peuvent pas assumer le coût de leur hospitalisation. Ils viennent donc grossir le rang des malades indigents.

b) La prise en charge des aliénés indigents par les départements et les communes : une situation intenable en temps de guerre

Depuis la loi du 30 juin 1838, qui définit les principes et le cadre de l'assistance publique aux aliénés, les départements français sont tenus d'entretenir les malades indigents internés avec l'aide des communes dans lesquelles se situent les domiciles de secours des

[22] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, bulletins de santé envoyés aux familles, 4 X 736. Le dossier de ce soldat n'a pas été conservé.
[23] *Idem*.
[24] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, lettre de Jean Lépine au directeur de l'asile de Bron, 29 janvier 1917, H-Dépôt Vinatier, L 60.

individus concernés[25]. L'État, qui exerce un contrôle administratif étroit sur les asiles puisque les directeurs et les médecins sont nommés par le ministère de l'Intérieur, n'intervient que de manière très limitée sur le plan financier. Par conséquent, les sommes que consacrent les pouvoirs locaux aux asiles d'aliénés sont importantes et l'augmentation incessante du nombre d'internés pèse singulièrement sur les finances départementales et communales[26], les indigents constituant la majeure partie des malades. Cette répartition des rôles entre l'État, les départements et les communes devient de moins en moins acceptable à mesure que d'autres dispositifs d'assistance aux populations vulnérables sont mis en place. En 1914, l'État participe financièrement à la prise en charge des enfants assistés, des infirmes, des vieillards, des femmes en couche et des familles nombreuses, alors que celle des aliénés revient uniquement aux départements et aux communes. Réclamée par les psychiatres, la révision de la loi du 30 juin 1838 est donc souhaitée par les pouvoirs locaux. Laurent Bonnevay, député et conseiller général du Rhône, dépose d'ailleurs un projet de loi en ce sens en 1909, sans succès[27].

Après l'entrée en guerre, la situation devient rapidement intenable. Selon la Statistique générale de France, les dépenses liées à l'internement des aliénés augmentent de près de 70 %[28]. C'est pourquoi la plupart des établissements réclament une révision à la hausse du prix de journée supporté par les départements et les communes. Rares sont ceux qui, comme l'asile Saint-Robert, parviennent à maintenir le même tarif durant toute la guerre. Dans le département de la Seine, le coût de l'internement est multiplié par quatre entre 1914 et 1918. Dans certains cas particulièrement difficiles, l'augmentation des tarifs ne suffit pas et les conseils généraux doivent en plus verser des subventions exceptionnelles. C'est le cas en Vendée où, pour parer l'insuffisance des ressources, l'asile de La Roche-sur-Yon reçoit 50 000 à 90 000 francs par an de 1916 à 1918[29]. Ces nouvelles dépenses en faveur des malades aliénés suscitent des protestations. Dans un rapport sur le budget de l'asile Sainte-Anne présenté en décembre 1915, Henri Rousselle, président du conseil général de la Seine,

[25] Les lois du 18 juillet 1866 et du 10 août 1871 imposent aux communes de prendre en charge, proportionnellement à leurs revenus, une part des frais d'internement des aliénés indigents dont elles constituent le domicile de secours.
[26] Le nombre d'internés passe de 64 977 en 1900 à 74 783 en 1913. Voir *Bulletin de l'Institut national d'hygiène*, janvier-mars 1948, p. 3.
[27] Proposition de loi tendant à donner un statut administratif et financier au personnel des bureaux des préfectures et sous-préfectures et à modifier les attributions budgétaires de l'État et des départements dans les services des aliénés indigents, de la justice et des prisons (proposition 2318), *Journal officiel. Débats parlementaires. Chambre des députés*, 1909, p. 154.
[28] *Statistique des institutions d'assistance, années 1914 à 1919*, *op. cit.*, p. 55.
[29] *Rapports et délibérations, Conseil général de la Vendée*, La Roche-sur-Yon, Servant-Mahaud, 1916, p. 97 ; *Ibid.*, 1917, p. 156 ; *Ibid.*, 1918, p. 102.

estime ainsi que les sommes consacrées aux aliénés sont trop importantes en comparaison avec celles allouées à d'autres services, tels que celui des enfants assistés, ou encore avec « celle que peut dépenser un ouvrier travaillant sans relâche et apportant ainsi à la collectivité un utile concours »[30].

	1914	**1915**	**1916**	**1917**	**1918**
Asile de Font d'Aurelles (Hérault)	2,11	2,11	2,11	2,50	4
Asile de Bassens (Savoie)	1,20	1,20	1,60	1,65	2,50
Asile de Maréville (Meurthe)	1,05	1,05	1,50	2	2,40
Asile de Cadillac (Gironde)	1,35	1,35	1,35	1,50	2
Asile de Saint-Ylie (Jura)	1,20	1,20	1,50	1,80	2,20
Asile de Clermont (Oise)	1,50	1,50	1,50	2,13	2,13
Asile de Villejuif (Seine)	1,50	1,50	1,50	2,13	6,65
Asile de Vaucluse (Seine)	1,50	1,50	1,50	2,13	6,88
Asile de Marseille (Bouches-du-Rhône)	2,56	2,56	2,56	3,36	4,76
Asile de Bron (Rhône)	1,80	1,80	1,80	2,20	2,60
Asile de Saint-Robert (Isère)	1,20	1,20	1,20	1,20	1,20

Tableau 7 : Prix de journée en francs appliqués entre 1914 et 1918 aux malades indigents internés dans 11 asiles départementaux d'aliénés[31]

Dans ce contexte, certains départements et certaines communes refusent que la charge des soldats réformés leur revienne au même titre que celle des malades indigents. Considérant que les hommes concernés étaient sains d'esprit lorsqu'ils ont été mobilisés ou qu'ils n'auraient pas dû être incorporés s'ils ne l'étaient pas, les représentants des pouvoirs locaux estiment que le lien entre le service et la maladie doit être reconnu. On peut supposer que payer pour les militaires aliénés leur semble d'autant plus injuste que les communes et les départements n'assument pas seuls une partie des soins que nécessitent d'autres catégories de réformés blessés ou malades. En effet, ils sont certes tenus de participer aux dépenses liées à l'assistance médicale gratuite mais l'État en prend une partie à sa charge. De plus, les associations de mutilés viennent parfois en aide aux réformés, comme l'Association Générale

[30] Compte rendu de la séance du 22 décembre 1915, *Bulletin municipal officiel de la ville de Paris*, Paris, Imprimerie municipale, 1915, p. 2760.
[31] Archives du Centre hospitalier Alpes-Isère, registre des délibérations de la commission de surveillance, séance du 11 juillet 1918, non coté.

des Mutilés de Guerre qui propose à ses membres des soins chirurgicaux gratuits[32]. Enfin, en ce qui concerne d'autres maladies considérées comme incurables et qui nécessitent une hospitalisation longue et coûteuse, des dispositifs sont mis en place par le gouvernement : dès octobre 1915, un crédit de deux millions de francs est notamment alloué pour garantir l'accès aux soins des militaires tuberculeux, y compris lorsqu'ils sont réformés et sans ressources[33].

c) La fronde des communes et des départements

Dès 1915, plusieurs élus interviennent auprès du ministre de la Guerre pour protester contre la situation des réformés internés. Par le biais d'une question écrite, Gaston Galpin, député non inscrit et conseiller général de la Sarthe, réclame, en février, la prise en charge totale par l'État des militaires aliénés et réformés[34]. Un mois plus tard, deux députés radicaux-socialistes, Henri Connevot et Victor Dalbiez, déposent une proposition de loi visant à garantir la gratuité des soins médicaux aux militaires blessés et malades[35]. Ils n'oublient pas de mentionner les aliénés, considérés au même titre que leurs camarades d'infortune comme des « victimes de la guerre ». Cette proposition de loi reste néanmoins sans suite et le ministre continue à être interpellé au sujet de la réforme des internés. Le 13 janvier 1916, Louis Bernard, député socialiste du Gard, demande au ministre pourquoi ces derniers sont si rarement réformés avec pension et qui doit payer leurs frais d'hospitalisation[36]. Deux mois plus tard, le député de la Seine Barthélémy Mayéras, lui aussi socialiste, adresse la même demande et n'hésite pas à accuser l'État de « se débarrasser du malade au détriment, par exemple, de la commune où il a son domicile de secours »[37]. Les réponses faites à ces députés renvoient invariablement au texte de la loi du 30 juin 1838. Aussi, au mois d'août 1916 Armand de Baudry d'Asson, membre de l'union des droites, demande-t-il si l'application stricte de cette loi au cas des militaires réformés est bien « admissible ». Le problème est donc soulevé à plusieurs reprises mais ne fait pas l'objet d'une action coordonnée entre ces

---

[32] Antoine PROST, *Les anciens combattants et la société française, 1914-1939*, t. 1, *op. cit.*, p. 77.
[33] Loi du 18 octobre 1915, *Journal officiel. Lois et Décrets*, 20 octobre 1915, p. 7529.
[34] Séance du 25 février 191, question écrite 1012, *Journal officiel. Débats parlementaires. Chambre des députés*, p. 242.
[35] Proposition de loi concernant la gratuité viagère des soins médicaux et des fournitures prothétiques ou orthopédiques aux blessés, mutilés et malades victimes de la guerre, annexe 803, séance du 25 mars 1915, *Impressions. Chambres des députés.*
[36] Séance du 13 janvier 1916, question écrite 7305, *Journal officiel. Débats parlementaires. Chambre des députés*, p. 18.
[37] Séance du 7 mars 1916, question écrite 8840, *Journal officiel. Débats parlementaires. Chambre des députés*, p. 548.

parlementaires issus de diverses tendances politiques. Ceux-ci ne s'en emparent que de manière ponctuelle et leurs interventions semblent passer inaperçues parmi toutes les questions adressées au ministre. Quelles sont leurs motivations ? Certains prennent régulièrement la parole à la Chambre à propos des questions militaires et des droits des soldats, comme Victor Dalbiez. Louis Bernard multiplie quant à lui les questions écrites au ministre, se faisant régulièrement le porte-parole des revendications de ses administrés. Il est possible que d'autres soient plus particulièrement sensibles à la question en raison de leur mandat, comme Barthélémy Mayéras qui est conseiller général de la Seine pour le canton de Charenton[38]. Gaston Galpin est maire d'Assé-le-Boisne dans la Sarthe, Armand de Baudry d'Asson de La Garnache en Vendée tandis que Louis Bernard est conseiller municipal à Nîmes[39]. Leurs communes doivent peut-être participer aux frais d'internement d'un de leurs administrés ? Quoi qu'il en soit, le ministère campe sur sa position. Par voie de circulaire, le Service de santé militaire rappelle fermement la règle en vigueur. Le nombre de militaires internés, « assez important […] depuis le début des hostilités », constitue une charge déjà bien assez importante selon Justin Godart[40].

Plusieurs départements et communes prennent alors des mesures inédites. À compter du mois de septembre 1916, le conseil général de l'Aveyron décide d'examiner le cas de tous les internés réformés numéro 2 et d'adresser une réclamation au ministre de la Guerre à chaque fois que l'intérêt du département lui semblera lésé. Les protestations prennent un tour plus grave lorsque certaines communes refusent de payer la part qui leur revient[41]. Plusieurs préfets signalent des cas de ce type au ministère de l'Intérieur. En juillet 1917 dans l'Ain, le conseil municipal d'Ébreuil décide de ne pas participer aux frais d'internement de deux soldats de la commune, considérant que « l'État ne saurait se désintéresser du sort des hommes qu'il prend bien portants et qui sont frappés de maladie à la suite des fatigues et préoccupations que cause le service militaire »[42]. Deux mois plus tard, la municipalité de Chamblet, située elle aussi dans l'Ain, fait de même. La proximité des deux communes et l'enchaînement des évènements laissent supposer que la décision prise à Ébreuil a servi

---

[38] Jean-Marie MAYEUR (dir.), *Les parlementaires de la Seine sous la Troisième république*, t. 2, Paris, Publications de la Sorbonne, p. 414.

[39] Gaston Galpin est maire de la commune d'Assé-le-Boisne de 1878 à 1922. Armand de Baudry d'Asson est maire de La Garnache de 1912 à 1935. Quant à Louis Bernard, il est conseiller municipal à Nîmes de 1912 à 1919.

[40] AD de la Savoie, fonds de l'hôpital psychiatrique de Bassens, circulaire numéro 90 Ci 7 du sous-secrétariat d'État du Service de santé militaire, 15 mai 1916, 6 HDépôt 520.

[41] Dans ce bras de fer avec l'État, les départements semblent s'être montrés moins offensifs.

[42] Extrait du registre des délibérations du conseil municipal de la commune d'Ébreuil, séance du 1er juillet 1917, AD de l'Allier, Fonds de l'asile Sainte-Catherine, 1 X 63.

d'exemple[43]. Mais on trouve des exemples dans d'autres départements. En Saône-et-Loire, sous l'égide du député-maire socialiste Jean Bouveri, la ville de Montceau-les-Mines prend une décision similaire[44]. Enfin, certaines communes se tournent vers le Conseil d'État, comme Sainte-Foy-lès-Lyon dans le Rhône[45]. En août 1917, le préfet des Bouches-du-Rhône informe sa hiérarchie qu'une commune de sa circonscription a également saisi cette juridiction, en choisissant d'adopter une méthode inédite[46]. La municipalité de Saint-Cannat a en effet résolu de s'attaquer directement à la décision prise par la commission de réforme[47]. Le raisonnement est simple : si le soldat dont elle a la charge obtient une pension, il cessera d'être indigent et devra s'acquitter lui-même de ses frais d'internement. Cette stratégie est cependant vouée à l'échec car seuls les représentants légaux d'un militaire peuvent faire valoir ses droits à pension.

Face aux réticences des communes et des départements, mais sans doute aussi parce que les démarches nécessaires pour localiser le domicile de secours de chaque réformé sont longues et difficiles, les asiles continuent parfois à imputer leurs frais d'internement au ministère de la Guerre, ce que ce dernier refuse, invitant le ministère de l'Intérieur à rappeler ces établissements à l'ordre. Certes, à partir du mois de décembre 1916, les réformés numéro 2 peuvent toucher une allocation temporaire versée par l'État susceptible de permettre aux malades d'assumer le coût de leur internement[48]. Néanmoins, ces dispositions sont mal appliquées dans les asiles[49]. On peut y voir plusieurs raisons. Tout d'abord, l'obtention de cette allocation suppose la mise en place de procédures supplémentaires alors que les administrations sont déjà débordées. Versée pendant 3 ou 6 mois, elle doit, pour être

[43] AD de l'Allier, fonds de l'asile Sainte-Catherine, extrait du registre des délibérations du conseil municipal de la commune de Chamblet, séance du 9 septembre 1917, 1 X 63.

[44] Jean Bouveri l'explique devant la Chambre des députés, sans dater précisément l'événement. Voir séance du 29 janvier 1918, *Journal officiel. Débats parlementaires. Chambre des députés*, p. 239.

[45] Conseil d'État, 27 décembre 1918, arrêt 64 755, *Recueil des arrêts du Conseil d'État*, Paris, Delhomme, 1918, p. 1160.

[46] AD des Bouches-du-Rhône, fonds de l'asile Saint-Pierre, lettre du ministre de l'Intérieur au préfet du Rhône, 10 août 1917, 5 X 144.

[47] La commune n'est pas nommée par le préfet. Néanmoins, des recherches dans les arrêts rendus par le Conseil d'État laissent supposer qu'il s'agit de la municipalité de Saint-Cannat. Voir *Recueil des arrêts du Conseil d'État*, Paris, Delhomme, 1919, p. 586.

[48] Loi du 9 décembre 1916, *Journal officiel. Lois et décrets*, 11 décembre 1916, p. 10668. Sur la mise en place de cette allocation temporaire, voir Antoine PROST, *Les anciens combattants et la société française, 1914-1939*, t. 1, *op. cit.*, p. 17-18.

[49] Le 16 avril 1918, le ministre de l'Intérieur signale aux préfets que la loi n'est pas correctement appliquée dans les asiles. Ministère de l'Intérieur, « Circulaire relative à l'application de la loi du 9 décembre 1916 en ce qui concerne les réformés n° 2 entretenus dans les asiles d'aliénés », *in Bulletin officiel annoté de tous les ministères : lois, décrets, circulaires, instructions*, Paris, Berger-Levrault, mai 1918, p. 214-215. J'ai retrouvé cette circulaire dans les archives de plusieurs asiles d'aliénés : leurs administrations ont donc bien été informées.

renouvelée, faire l'objet d'une requête motivée. De plus, le système est fort complexe. L'allocation provisoire s'adresse aux réformés numéro 2 à condition que leur maladie soit liée au service, alors que leur situation tient justement au fait que l'imputabilité n'a pas été reconnue. Ce paradoxe s'explique par l'adoption à la Chambre d'un amendement spécifiant que l'allocation est versée en vertu d'une présomption d'origine. Pour la refuser, l'État doit démontrer que l'affection ayant motivé la réforme est sans rapport avec le service[50]. Cette innovation, qui aurait pu bénéficier aux internés, a sans doute été peu lisible pour les administrations asilaires tant elle peut sembler absurde : « Pour obtenir une pension, […] il fallait prouver que l'invalidité était imputable au service ; mais si on ne pouvait pas le prouver, il fallait que l'État prouve au contraire qu'elle ne l'était pas, ou alors il était tenu d'accorder une allocation temporaire […] »[51]. Les allocations temporaires ne permettent donc pas de mettre fin à la fronde des communes et des départements.

2) Élaboration et mise en application de l'article 55 de la loi des Pensions

Le 1er bureau de la direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques n'ayant laissé que très peu d'archives relatives aux aliénés pendant la Grande Guerre, il est difficile de mesurer l'ampleur des protestations[52]. Elles sont cependant suffisamment nombreuses pour que le député Pierre Massé indique dans le rapport sur le projet de loi visant à réformer la législation sur les pensions militaires qu'il rend en janvier 1917 avoir « été saisi de nombreuses protestations de ce genre »[53]. Ce dernier vient d'ailleurs rapporter une proposition de loi du député Henri Queuille concernant la prise en charge par l'État des frais d'internement des soldats réformés[54]. La révision de la législation doit donc fournir l'occasion

[50] Antoine PROST, *Les anciens combattants et la société française, 1914-1939*, t. 1, *op. cit.*, p. 18.
[51] *Ibid.*
[52] On en retrouve la trace dans les archives des asiles, dans certains comptes rendus de conseils municipaux et généraux ou encore dans les actes du Conseil d'État.
[53] Pierre Massé a été chargé, au nom de la commission des pensions civiles et militaires de la Chambre des députés, de rédiger un rapport à partir des propositions de loi déposées depuis 1915 par les parlementaires et du projet de loi émanant du gouvernement déposé le 4 novembre 1918. Voir « Rapport fait au nom de la commission des pensions civiles et militaires chargée d'examiner : 1/ le projet de loi tendant à modifier la législation des pensions des armées de terre et de mer dans les cas de blessures reçues, de maladies contractées ou de décès survenus par suite de la guerre actuelle ; 2/ les diverses propositions de loi sur le même objet », *op. cit.*, p. 1973.
[54] « Rapport fait au nom de la commission d'assurance et de prévoyance sociales chargée d'examiner la proposition de loi de M. Queuille et plusieurs de ses collègues relative au payement des frais d'hospitalisation des mobilisés dans les asiles », annexe 2870, séance 12 janvier 1917, *Annales de la Chambre des députés*. *Documents parlementaires*, p. 81-82.

de régler le problème. Pour contenter le pouvoir central comme les communes et les départements, il imagine une solution de compromis.

a) Un statut à part pour les aliénés militaires

À première vue, la proposition de Pierre Massé est une avancée importante pour les militaires aliénés. Le droit à la présomption d'origine leur est concédé au même titre qu'à n'importe quels soldats blessés ou malades, ce qui signifie qu'ils pourront bénéficier d'une pension sans avoir à apporter la preuve que leur état est lié au service, à condition que leurs troubles soient constatés par un médecin dans les six mois qui suivent leur démobilisation. Cette mesure doit permettre de régler la question des frais d'internement. En effet, dotés d'une pension, les malades pourront assumer cette dépense. Il leur reviendra aussi de venir en aide à leur famille, puisqu'il est prévu de prélever sur leur pension l'équivalent de la somme versée aux veuves de militaires invalides à plus de 60 %[55] ainsi que le montant des majorations attribuées pour chaque enfant. Dans le cas où leur pension ne suffirait pas à couvrir toutes ces dépenses, l'État accepte de compléter le règlement des frais d'hospitalisation, à condition que le malade soit placé au régime le moins coûteux[56]. La formule est, on le voit, fort complexe. Mais Pierre Massé semble convaincu que ces dispositions entreront en vigueur sans difficulté. Dès décembre 1916, il propose d'ailleurs au ministre de l'Intérieur d'autoriser les collectivités locales à ne plus financer l'internement des militaires indigents. Dès que la loi sera votée et que ces derniers auront leur pension, il suffira de prélever les frais dont le paiement aura été temporairement suspendu.

Force est de constater que, dans toutes les discussions qui précèdent le vote de la loi promulguée le 31 mars 1919, le cas des aliénés ne suscite aucune contestation. Le fait qu'il n'est pas prévu de leur accorder le bénéfice d'une mesure fondamentale réclamée par les associations d'anciens combattants et inscrite dans la loi – le droit aux soins médicaux gratuits – ne retient pas l'attention[57]. Ce droit permet à tous les pensionnés dont la blessure ou la

---

[55] C'est ce qu'on appelle une pension au taux de réversion. Voir Peggy BETTE, *Veuves françaises de la Première Guerre mondiale*, t. 2, *op. cit.*, p. 281.
[56] *Idem.*
[57] Réclamé par les associations d'anciens combattants, le droit aux soins gratuits est inscrit dans la loi des pensions dès 1917 à la suite d'une proposition de loi du député Maurice Viollette. Voir « Proposition de loi ayant pour but d'assurer, après la guerre, la gratuité des frais médicaux ou chirurgicaux aux militaires réformés pour maladies ou blessures survenues ou aggravées pendant leur présence sous les drapeaux », annexe 3138, séance du 16 mars 1918, *Annales de la Chambre des députés*. *Documents parlementaires*, p. 396.

maladie « présente des accidents ou des complications » de consulter un médecin, de recevoir des médicaments et d'être hospitalisés sans rien avoir à débourser, l'État prenant les frais à sa charge[58]. Ainsi, les anciens combattants atteints de tuberculose dont les médecins estiment qu'ils doivent être soignés dans un sanatorium n'ont pas à payer leur séjour[59]. Les aliénés sont, par contre, exclus de ce dispositif. D'une part, leur internement n'est pas considéré comme un « accident » ou une « complication » des troubles mentaux pour lesquels ils ont été pensionnés. Par ailleurs, leur prise en charge est pensée dans le cadre de la loi de 1838 selon laquelle les frais d'internement incombent aux départements et aux communes et non à l'État. Sans doute a-t-on voulu éviter de créer une exception, d'autant que les pouvoirs locaux avaient réclamé l'inscription des aliénés au bénéfice de l'assistance médicale gratuite dès avant la guerre : le cas des malades relevant de la loi sur les pensions militaires aurait pu établir un précédent. Outre la question des soins médicaux, une autre exception prévue pour les aliénés passe inaperçue. Alors que la loi du 31 mars 1919 précise que les pensions sont insaisissables et incessibles[60], il est prévu de ponctionner celle des anciens combattants internés afin d'en verser une partie à leurs épouses. Ces dernières sont ainsi assimilées à des veuves de guerre, sans pour autant détenir leur propre titre de pension car leur mari n'est pas mort.

En excluant les aliénés du bénéfice des soins gratuits, tout comme en prévoyant qu'ils aident eux-mêmes leurs femmes, la solution proposée par Pierre Massé permet de préserver les intérêts financiers de l'État qui s'apprête déjà à consentir de lourdes dépenses pour indemniser les poilus et doit faire face à des revendications multiples. Or les réclamations ne concernent pas les internés, incapables de s'organiser pour se défendre, dispersés dans les asiles du pays et dont les familles craignent sans doute trop d'être stigmatisées pour prendre la parole. L'adoption de cet article ne soulève d'ailleurs pas vraiment de difficulté. Au Sénat, il n'entraîne aucune discussion. À la Chambre, les députés n'envisagent à aucun moment que les aliénés puissent eux aussi bénéficier du droit aux soins gratuits ou que leurs épouses reçoivent leur propre pension. L'attention se focalise sur un tout autre point. Laurent Bonnevay et Jean Bouveri s'inquiètent de savoir si les communes et les départements ont véritablement la garantie qu'ils n'auront pas à contribuer à l'entretien de ces malades internés. Ils signalent que le texte, qui envisage aussi bien l'internement dans un asile public et dans

[58] Article 64, loi du 31 mars 1919, *Journal officiel*. *Lois et décrets*. 2 avril 1919, p. 3388.
[59] Le malade est placé dans le sanatorium le plus proche de son domicile, qu'il s'agisse d'un établissement public ou d'un établissement privé agréé par l'État. Voir E. ESQUIEU, *Les soins gratuits aux victimes de la guerre*, Paris, Charles-Lavauzelle, 1934, p. 17.
[60] Article 8, loi du 31 mars 1919, *Journal officiel*. *Lois et décrets*. 2 avril 1919, p. 3382.

une institution privée, ne précise pas dans quelle classe les anciens combattants devront être traités, bien que cela entraîne des variations de tarifs conséquentes. À leur demande, la commission des pensions consent alors à modifier la dernière phrase de l'article[61], qui fait dès lors l'unanimité.

Retracer la genèse de l'article 55 permet donc de comprendre que le principal motif qui conduit à sa rédaction est d'ordre financier : l'enjeu pour les pouvoirs publics est de trouver comment échapper au poids d'une politique d'assistance qu'ils estiment trop coûteuse et non prioritaire. En consentant à verser une pension aux aliénés, l'État transforme les anciens combattants internés indigents en malades payants. Sans remettre en cause la loi de 1838 et en limitant au maximum son implication dans la prise en charge de ces hommes, il parvient à exaucer le souhait des pouvoirs locaux. Cependant, il mécontente fortement les psychiatres. La solution se révèle en outre bien moins avantageuse que prévu pour les asiles, et donc pour les communes et les départements.

b) L'opposition des psychiatres

L'application de la nouvelle législation sur les pensions militaires met temporairement fin aux débats quant à l'existence d'une relation de cause à effet entre la guerre et la folie. Certes, le barème des invalidités, élaboré en 1917 et annexé au décret du 29 mai 1919, semble peu favorable aux aliénés. Le préambule qui l'accompagne fait la synthèse entre les propositions de la Société de neurologie et de la Société de la médecine mentale en précisant que les psychoses chroniques ne peuvent être rattachées au service que « dans des cas exceptionnels où un traumatisme encéphalitique ou une infection grave de date récente ont provoqué l'apparition des symptômes, ou bien si l'influence aggravante du service militaire a été démontrée par une enquête minutieuse ». Pour Jean Lugol, rapporteur de la loi du 31 mars 1919 à la Chambre des députés, il s'agit d'une remise en cause inacceptable du principe de la présomption d'origine compromettant gravement l'obtention d'une pension pour les aliénés[62].

---

[61] La phrase initiale est la suivante : « l'État, à l'exclusion des départements et des communes, supporte s'il y a lieu les frais d'hospitalisation qui n'auraient pu être acquittés par la retenue sur la pension ». Voici celle qui est finalement adoptée : « l'État supporte seul la partie des frais d'internement qui n'auraient pu être acquittés par la retenue exercée sur la pension, mais jusqu'à concurrence seulement des prix ordinaires de l'internement d'office. En aucun cas les départements et les communes ne seront appelés à participer à cette dépense ». Voir *Journal officiel. Chambre des députés. Débats parlementaires*, séance du 29 janvier 1918, p. 215-218 et séance du 31 janvier 1918, p. 226.

[62] 2ème séance du 27 juin 1919, *Journal officiel. Débats parlementaires. Chambre des députés*, p. 3037-3038. Jean Lugol estime alors à 1 700 le nombre des aliénés militaires, sans préciser d'où provient ce chiffre. Il est donc impossible de le vérifier.

Le sous-secrétaire d'État assure néanmoins veiller à ce que ces derniers ne soient pas lésés. Si cet engagement n'a aucune valeur légale, force est de constater que la présomption d'origine est, dans un premier temps, largement appliquée aux soldats atteints de troubles mentaux. Sans surprise, cette mesure déclenche un tollé chez les psychiatres. Aux yeux de ces derniers, le principe de la présomption d'origine constitue une remise en cause inacceptable de leur expertise. Ils ne sont pas d'ailleurs seuls à s'en indigner : toutes spécialités confondues, les médecins protestent[63]. Le 12 juillet 1920, les docteurs Henri Colin et Eugène Minkovski exposent devant la Société de médecine légale les conséquences « fâcheuses » de la loi du 31 mars 1919 dans le cas des aliénés[64]. Au mois de décembre, le docteur Pierre Beaussart, médecin de l'asile de la Charité-sur-Loire (Nièvre), renouvelle devant la même société les critiques à l'encontre du principe de la présomption d'origine. Les articles se multiplient pour réclamer la révision de la loi, au nom de ses implications économiques : la présomption d'origine, mesure très coûteuse et contraire aux intérêts de l'État, lèserait les soldats dont la situation est réellement digne d'intérêt[65]. Pour le démontrer, les psychiatres s'appuient sur la présentation détaillée de cas dans lesquels elle semble être appliquée en dépit du bon sens. Charles Vallon, médecin-chef à l'asile Sainte-Anne, et son interne Louis Parant exposent ainsi le parcours d'un malade, diagnostiqué dégénéré constitutionnel, qui a obtenu le versement d'une pension d'invalidité de 100 % alors qu'il n'a passé que 48 heures dans un dépôt avant d'être reconnu inapte :

> « hérédo-alcoolique, il a, dès l'âge de 14 ans, après avoir été normal à l'école, manifesté une instabilité morbide, changeant constamment de place, d'emploi, allant de ville en ville […] Il ne veut rester habillé, déchire son linge, témoignant habituellement une crainte des personnes qui l'approchent […] bien avant son internement, nous le voyons déjà instable […] Ces symptômes peuvent être mis sur le compte de la déchéance intellectuelle qui s'est dessinée chez lui depuis l'âge de 14 ans […] Y a-t-il la moindre présomption *médicale* que cette infirmité mentale ait pu être causée ou simplement aggravée par cinq jours de présence sous les drapeaux ? Assurément non. »[66]

---

[63] La Société de médecine légale nomme en décembre 1920 une commission chargée de rédiger un rapport sur la question. Celui-ci est présenté en mars 1921 par le médecin principal Rieux, professeur d'expertises médicales au Val-de-Grâce : « Étude critique de la loi sur les pensions des armées de terre et de mer (loi du 31 mars 1919) », *Bulletin de la Société de médecine légale*, n° 2, mars 1921, p. 3-50.

[64] Leur communication n'est pas publiée dans le *Bulletin de la Société de médecine légale* mais paraît dans les *Annales médico-psychologiques*. Henri COLIN, Eugène MINKOVSKI, « Les conséquences de la loi de réforme et pensions du 31 mars 1919 dans le domaine des maladies mentales », *Annales médico-psychologiques*, n° 1, 1921, p. 27.

[65] Cité par Angelo HESNARD, Antoine POROT, L'expertise mentale militaire, *op. cit.*, p. 57.

[66] Charles VALLON, Louis PARANT, « À propos de la loi du 31 mars 1919. Un déséquilibré constitutionnel réformé avec une pension de 100 % après cinq jours de présence au dépôt de son

À la suite de cette communication, la Société de médecine légale adresse au ministre des Pensions une « résolution relative à la réforme des militaires atteints d'affections mentales congénitales » qui vise à interdire l'application de la présomption d'origine à ces malades[67].

Outre le cas des hommes mobilisés durant quelques jours seulement, l'attribution d'une pension à ceux qui ont été affectés à l'arrière est elle aussi dénoncée. En 1920, Gabriel Tersen, interne à l'asile de Bron, soutient devant un jury présidé par Jean Lépine une thèse consacrée aux « aliénés incorporés »[68]. Il y présente une vingtaine de malades qu'il a sélectionnés, notamment des hommes qui n'ont pas été au front, afin de démontrer que « l'aliéné de l'arrière n'est pas un aliéné de guerre, mais un aliéné comme les autres, un aliéné civil […] »[69]. La lecture de son travail est particulièrement intéressante car elle montre que les psychiatres, qui voudraient qu'on les laisse décider qui mérite ou non une pension, seraient bien en peine de se fonder sur des critères clairs et transparents pour prendre ces décisions. Comme il l'avoue lui-même, Gabriel Tersen ne sait en effet rien ou presque sur bon nombre des malades dont il entend présenter le cas. Ses observations sont souvent très courtes parce que les dossiers sont vides[70] et que les intéressés ne se montrent d'aucun secours. Par conséquent, il mobilise des arguments essentiellement fondés sur l'idée de prédisposition, soulignant que tel pensionné a un parent interné, que tel autre a été condamné par le passé ou est pupille de l'Assistance publique. À ses yeux, certains diagnostics suffisent à eux seuls pour rejeter l'imputabilité, notamment celui de paralysie générale. Un tel retour en arrière est frappant, d'autant que ces jugements émanent d'un élève de Jean Lépine[71].

Renouant avec leurs discours d'avant-guerre, les psychiatres mettent aussi en avant les dysfonctionnements des conseils de révision pendant la guerre. Gabriel Tersen souligne que de nombreux malades débiles ont été incorporés parce qu'ils « seraient quand même un fusil à

---

corps », *Bulletin de la Société de médecine légale*, n° 1, janvier 1922, p. 1-5. L'observation du même malade est également présentée par Louis Parant dans les *Annales médico-psychologiques* : Louis PARANT, « Le principe de la présomption légale d'origine et les conséquences de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions militaires », *Annales médico-psychologiques*, n° 1, 1922, p. 133-140.

[67] « Résolution relative à la réforme des militaires atteints d'affections mentales congénitales », *Bulletin de la Société de médecine légale*, n° 2, février-mars 1922, p. 12.

[68] Gabriel TERSEN, *Les aliénés incorporés. Discussion de leur droit à pension*, thèse soutenue devant la faculté de médecine de Lyon, 1920.

[69] *Ibid.*, p. 14.

[70] Ce qu'il a été aisé de vérifier : seule l'initiale du nom du malade est indiquée dans la thèse, mais la date de l'internement est toujours mentionnée. Les registres d'admission permettent donc d'établir l'identité de chacun.

[71] À ma connaissance, le professeur Jean Lépine ne s'est pas prononcé après la guerre sur la loi du 31 mars 1919 et sur son application dans les asiles.

envoyer au Boche »[72]. Le fait d'avoir été reconnu bon pour le service par un conseil de révision ne peut, « dans les conditions actuelles, suffire comme preuve de santé mentale au moment de l'incorporation », concluent les docteurs Henri Colin et Eugène Minkovski[73]. S'ils reconnaissent que le versement d'une indemnisation peut être considéré comme légitime, ils jugent l'attribution d'une pension totalement injustifiée. Ce raisonnement n'est évidemment pas partagé par ceux qui prennent la défense des internés, en particulier les maires qui ne souhaitent pas que leur commune soit mise à contribution et les administrateurs provisoires des biens des aliénés, chargés de faire valoir les droits des malades placés dans les asiles. Ces derniers mettent en avant la responsabilité de l'État qui a choisi d'incorporer ou de récupérer des hommes malades. L'argument est très efficace puisqu'il permet de rejeter les preuves contraires avancées par l'armée. Dans le cas d'Henri D. par exemple, l'autorité militaire justifie le refus de la pension en s'appuyant sur deux sursis d'arrivée au corps accordés pour maladie. Ceux-ci lui permettent d'affirmer que le soldat était déjà atteint de troubles mentaux avant d'être incorporé. Mais l'administrateur provisoire des biens des aliénés de l'asile Saint-Robert, où Henri D. est interné depuis le 31 janvier 1918, rejette fermement cette justification :

> « en le reconnaissant apte alors qu'il ne l'était pas l'autorité militaire a commis une faute dont la conséquence a été pour [D.] une émotion si violente que le faible état de son cerveau n'a pu surmonter. Cette émotion s'est traduite pour lui par des visions de guerre morbides [...] elle a été génératrice de la démence qui est donc bien causée à l'occasion du service et par la faute inexcusable de l'autorité militaire. »[74]

Dans la mesure où Henri D., même malade, pouvait vivre normalement avant la guerre alors que cela lui est désormais impossible, l'État doit lui verser une pension. De fait, il obtient gain de cause. En effet, au plus grand mécontentement des psychiatres, une circulaire du Service de santé militaire indique, en janvier 1920, que « l'erreur d'incorporation engage la responsabilité de l'État et fait bénéficier les intéressés de la loi du 31 mars 1919 »[75].

La présomption d'origine n'est pas la seule mesure prise après l'armistice à soulever les protestations des psychiatres. Le guide-barème de 1917 suscite lui aussi de nombreuses

---

[72] Gabriel TERSEN, *Les aliénés incorporés*, *op. cit.*, p. 22.
[73] Henri COLIN, Eugène MINKOVSKI, « Les conséquences de la loi de réforme et pensions du 31 mars 1919 dans le domaine des maladies mentales », art. cit., p. 217.
[74] AD de l'Isère, fonds du tribunal départemental des pensions, dossier d'Henri D., 6 U 1798.
[75] XXXVe circulaire mensuelle du sous-secrétariat d'État du Service de santé militaire, 1er janvier 1920, citée par Pierre BEAUSSART, « Aliénation mentale et loi du 31 mars 1919 sur les pensions militaires », *Annales médico-psychologiques*, n° 1, 1920, p. 315-316.

critiques[76]. Bien qu'il soit fondé sur l'avis donné par les sociétés savantes, certains le jugent incompréhensible : « les barèmes successifs sont, pour ce qui relatif aux aliénés, plus obscurs s'il est possible et plus imprécis que pour toutes les autres affections […] », affirme Martin Le Cann, élève de Jean Abadie, en avril 1921[77]. Mais la colère des médecins naît surtout de l'application automatique du taux maximum d'invalidité à tous les aliénés internés. En effet, il est prescrit aux commissions de réforme de fixer pour tous ces hommes un taux d'invalidité de 100 %[78]. Aucune distinction n'est faite en fonction de la nature des troubles et les experts ne doivent pas tenir compte du guide-barème, qui n'a dès lors plus d'utilité. On considère que l'internement, quelle que soit la nature du placement (volontaire ou d'office), implique une affection de la plus grande gravité. La mesure est surtout destinée à s'assurer que les internés pourront s'acquitter de leurs frais d'internement grâce à leur pension. Les directeurs d'asiles doivent donc veiller à ce que tous les anciens combattants internés soient présentés devant une commission pour obtenir une pension avec un taux d'invalidité de 100 %. En janvier 1921, une circulaire leur est adressée par le ministre des Pensions afin de leur rappeler cette consigne[79]. À cette date, certains établissements n'ont pas encore régularisé la situation de tous leurs malades anciens combattants. Dans certains asiles, il s'avère en effet délicat de repérer ces derniers parmi la population internée. Ainsi l'administrateur provisoire de l'asile Saint-Robert a-t-il bien du mal à déterminer le statut de 49 des 109 patients concernés, dont il ne sait pas s'ils ont été réformés numéro 2 ou non[80]. D'autre part, les médecins militaires des commissions de réforme continuent, dans certains cas, d'appliquer les pourcentages d'invalidité indiqués au guide-barème. Au mois de juin 1921, quatre anciens militaires internés à l'asile Saint-Robert sont toujours maintenus à un taux d'invalidité inférieur à 100 % par la commission spéciale de réforme de Grenoble. Leur situation n'est réglée qu'à la suite d'un rappel à l'ordre adressé par le ministre des Pensions au directeur du Service de santé de la 14e région militaire[81]. À Lyon, la commission de réforme passe outre les avis des médecins

[76] Annexe au décret du 29 mai 1919 pour l'application de la loi du 31 mars 1919, *Journal officiel. Lois et décrets*, 13 juin 1919, p. 6095-6105.
[77] Martin LE CANN, *Les aliénés et la loi des pensions militaires*, thèse soutenue devant la faculté de médecine de Bordeaux, 1921, p. 33.
[78] Pierre BEAUSSART, « Aliénation mentale et loi du 31 mars 1919 sur les pensions militaires », art. cit., p. 314.
[79] Circulaire du 3 janvier 1921 émanant du ministère des Pensions et adressée aux directeurs des asiles d'aliénés. Archives du Centre hospitalier Alpes-Isère, militaires réformés, instructions diverses, article 55, 1915-1925, dossier 30, série 6.
[80] Archives du Centre hospitalier Alpes-Isère, réformés 1 et 2, allocations aux réformés 1 et 2, allocations aux ascendants, 1918-1920, dossier 83, série 5.
[81] Archives du Centre hospitalier Alpes-Isère, militaires réformés, instructions diverses, article 55, 1915-1925, dossier 30, série 6.

experts lorsqu'ils ne sont pas conformes aux consignes. C'est ce que montre le dossier de François R. : ce soldat du 38e régiment d'infanterie, versé dans le service armé à la mobilisation malgré une myopie très prononcée, a été blessé aux deux jambes à Verdun en mars 1916, puis interné à l'asile de Bron deux mois plus tard pour confusion mentale chronique avec idées délirantes de persécution et hallucinations. En novembre 1919, les experts estiment son taux d'invalidité à 80 %, mais la commission, appliquant les consignes du ministère, se prononce en faveur du taux maximum[82].

Bien que leur application au cas des aliénés suscite des réticences, les dispositions prévues par la loi du 31 mars 1919 entraînent une augmentation flagrante du nombre de pensionnés pour aliénation mentale. Ainsi, alors que moins de 2 % des soldats internés à l'asile Saint-Pierre réformés pendant la guerre ont droit à une pension, tous ceux dont le cas est examiné après mars 1919 en obtiennent une avec un taux d'invalidité de 100 %[83]. À l'asile de Limoux (Aude), Calixte Rougé constate également que tous les malades anciens combattants entrés dans l'établissement en 1920 sont pensionnés à 100 %[84]. Il est évident que des malades qui n'avaient aucune chance de voir leur état imputé à la guerre avant l'entrée en vigueur de la loi bénéficient de la présomption d'origine. C'est le cas de Pierre E., transféré à Bron depuis l'asile d'aliénés d'Évreux (Eure) en 1917 avec le certificat suivant :

> « Ce malade est un héréditaire à antécédents chargés (grand-père paternel et cousine aliénés, mère morte à l'asile de Bron). Il a eu vers 1912 un premier accès à forme de dépression mélancolique avec inaptitude au travail mais n'a pas été interné. En septembre 1915 il a été évacué des armées pendant 3 semaines pour anémie et tristesse. Il est retombé malade en mai 1917. »[85]

Le diagnostic du médecin est formel : Pierre E. est un prédisposé. Sans surprise, il est réformé numéro 2 le 14 novembre 1917. Mais, en octobre 1920, il est à nouveau présenté devant une commission de réforme et est réformé numéro 1 avec un taux d'invalidité de 100 %. On ne connaît pas le nombre d'anciens combattants internés réformés numéro 2 pendant la guerre,

---

[82] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, dossier de François R., H-Dépôt Vinatier Q 583.

[83] Le registre n'indique pas la décision prise pour ceux qui sont sortis ou ont été transférés entre mars et décembre 1919. Étant donné le temps nécessaire pour que les dossiers soient constitués puis examinés, on peut supposer que les commissions de réforme n'ont commencé à se prononcer sur le cas des malades internés qu'à partir du mois de décembre.

[84] Calixte ROUGÉ, « Statistique complémentaire. Aliénés admis à l'asile de Limoux en 1920 dont la folie a été déclarée imputable à la guerre de 14-18 », *Annales médico-psychologiques*, n° 1, 1921, p. 318-320.

[85] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, dossier de Pierre E., H-Dépôt Vinatier Q 738.

pas plus que celui des bénéficiaires de l'article 55 dans les années 1920. Il est donc impossible de mesurer à l'échelle nationale les conséquences de l'application de la loi du 31 mars 1919. Les chiffres produits par Marcel de Ville-Chabrolle dans le *Bulletin de la Statistique générale de France* peuvent toutefois donner un aperçu de l'ampleur du phénomène, même s'ils ne concernent pas uniquement des individus internés.

	Novembre 1920	**Mars 1922**
Dégénérescence mentale	1 128	2 500
Confusion mentale, démence précoce	1 974	3 100
Manie, mélancolie, psychoses systématiques	1 631	2 700
Paralysie générale progressive	783	1 400

Tableau 8 : Nombre de pensionnés pour maladies mentales en novembre 1920 et en mars 1922[86]

3) Les « articles 55 », d'intéressants clients d'asile ?

a) Aubaine économique ou casse-tête financier ? L'exemple de la Maison nationale de Charenton

Les pouvoirs locaux voient donc leur souhait exaucé dans la plupart des cas. La commune de Sainte-Foy-lès-Lyon par exemple, dont la requête auprès du Conseil d'État avait été rejetée pendant la guerre, obtient finalement gain de cause. En novembre 1920, le soldat réformé numéro 2 dont elle devait payer une partie des frais d'internement obtient une réforme numéro 1 et cesse d'être à sa charge[87]. Les soldats réformés pour aliénation mentale et internés n'apparaissent donc plus comme des fardeaux mais deviennent au contraire des « clients d'asile » recherchés. Aussi, lorsque le ministère des Pensions nouvellement créé envisage de les réunir dans un seul établissement où ils seraient clairement identifiés comme des anciens combattants au lieu d'être mêlés aux autres aliénés, plusieurs départements se

[86] Marcel de VILLE-CHABROLLE, « Les mutilés et réformés de la guerre 1914-1918 en France », *Bulletin de la Statistique générale de France*, t. 11, juillet 1922, p. 409.
[87] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, dossier du soldat Louis N., H-Dépôt Vinatier Q 603.

portent candidats[88]. C'est le cas du Rhône, le conseil général ayant bien compris que le choix de son asile « ne pourrait qu'être profitable aux finances du département et des communes »[89]. Alors que l'expérience des pensionnats s'est révélée décevante, qu'il ne subsiste à l'asile que les deux classes de traitement les moins chères et que les malades sont en grande majorité des indigents, l'accueil d'anciens combattants pensionnés semble une aubaine économique. Au cours du mois de décembre 1920, un inspecteur du ministère des Pensions se rend donc à l'asile de Bron. Sa visite a pour but de vérifier que l'article 55 y est correctement appliqué, que les locaux sont bien tenus et les malades bien traités. D'après la commission de surveillance de l'asile, le rapport rendu au ministère est très favorable. L'inspecteur souligne l'efficacité de l'administration comme la qualité des soins[90]. En conséquence, le directeur, soutenu par le préfet, propose d'accueillir 150 anciens combattants auxquels seraient réservées les 5e et 6e divisions des Hommes. Pourtant, aucune suite n'est donnée à sa proposition, dont il n'est d'ailleurs plus jamais question. Que s'est-il passé au ministère des Pensions ? Les rares archives conservées au BAVCC de Caen n'ont pas livré de réponse. Elles ne permettent pas de savoir si des inspections similaires ont été conduites dans d'autres asiles qui auraient pu avoir la préférence des autorités. Il semble néanmoins que la Maison nationale de Charenton ait retenu toute l'attention.

L'établissement est en effet pressenti pour devenir l'asile dédié aux pensionnés militaires, comme l'a montré Gregory M. Thomas en s'appuyant sur les articles publiés dans la presse médicale et les journaux d'anciens combattants[91]. L'analyse des archives de la Maison nationale de santé fournit des renseignements supplémentaires qui permettent de mieux comprendre la nature du projet et les motivations des administrations concernées par sa mise en œuvre. En effet, la Maison nationale de Charenton n'est pas seulement choisie en raison de son histoire qui, il est vrai, peut justifier qu'on lui attribue cette nouvelle fonction. D'autres facteurs interviennent et jouent un rôle prépondérant. Au sortir de la guerre, l'établissement est en mauvaise posture. Endetté dès avant 1914, sa situation financière s'est redressée pendant le conflit grâce à l'internement d'un nombre important de militaires dont

[88] Le ministère des Pensions est créé par décret le 23 janvier 1920 et confié à André Maginot. Il a autorité sur des services qui étaient jusque-là rattachés à différents ministères : les commissions de réforme et la commission consultative médicale, le service des soins gratuits, l'office national des mutilés. Sur ce ministère et les circonstances de sa création, voir Antoine PROST, *Les anciens combattants et la société française, 1914-1939*, t. 1, *op. cit.*, p. 78-80.

[89] *Rapports et délibérations, Conseil général du Rhône*, Lyon, Imprimeries réunies, 1921, p. 473.

[90] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, délibérations de la commission de surveillance, séance du 14 février 1921, H-Dépôt Vinatier L 9. Le rapport de l'inspecteur général du ministère des Pensions est présenté lors de cette séance.

[91] Gregory M. THOMAS, *Treating the Trauma of the Great War, op. cit.*, p. 128-132.

les frais de séjour étaient réglés par le Service de santé. Celui-ci s'est notamment acquitté pour les officiers supérieurs de prix de journée particulièrement élevés[92]. La direction craint cependant que les problèmes ne resurgissent à présent que la guerre est terminée et que nombre d'anciens combattants sont transférés dans les asiles de leurs départements pour être rapprochés de leurs familles. De fait, en 1920, la Maison nationale de Charenton ne compte que 500 pensionnaires alors qu'elle peut en accueillir presque le double. Il est alors envisagé d'utiliser les places vacantes pour désencombrer les asiles de la capitale, qui pourraient y transférer leurs malades chroniques, en particulier ceux qui paient leur internement et souhaiteraient être placés dans des conditions de confort supérieures[93]. Cette solution suppose toutefois que l'État se sépare de la Maison nationale au profit du département de la Seine. Or au même moment, le professeur Adolphe Pinard, gynécologue, membre de l'Académie de médecine et député radical de la Seine[94], soumet au ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, Jules-Louis Breton, un tout autre projet. Il propose de transformer l'établissement en une maison maternelle destinée aux femmes en couches nécessiteuses. L'idée répond aux préoccupations du moment : le lourd bilan démographique de la guerre a fait de l'augmentation des naissances et de la lutte contre la mortalité infantile des priorités nationales. Jules-Louis Breton est d'ailleurs à l'origine de la création, en juillet 1920, d'un Conseil supérieur de la natalité dont Adolphe Pinard est membre. En outre, la désaffectation de l'asile est aussi le moyen de régler les problèmes financiers récurrents de l'établissement, unique asile en France dont la charge incombe à l'État. Son déficit atteindrait plus d'un million de francs en 1920[95] alors que le ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, nouvellement créé, est faiblement doté[96]. La décision est donc prise de faire évacuer l'asile : en juin, les familles des malades reçoivent une lettre qui leur demande de faire transférer leur proche dans un délai d'un mois. Ce courrier est accompagné de la liste

[92] Voir Partie 1, Chapitre 2, II, 1, a.

[93] Antony RODIET, « La Maison nationale de Charenton affectée aux aliénés chroniques du département de la Seine », *Le Progrès médical*, 1919, p. 92. Le projet vise à désencombrer les asiles de la Seine afin d'éviter au département d'avoir à construire un nouvel asile. Il a aussi pour but de permettre la réorganisation réclamée dès avant la guerre par les psychiatres qui préconisent la séparation entre malades aigus et chroniques.

[94] Le professeur Adolphe Pinard est un personnage influent : titulaire de la chaire obstétricale, vice-président de la Société française d'eugénique fondée en novembre 1912, il est le principal promoteur de la puériculture en France et milite pour une politique nataliste et eugéniste.

[95] André Antheaume, « Chronique », *L'Informateur des aliénistes et des neurologistes*, n° 7, 25 juillet 1920, p. 198.

[96] Voir Lion MURARD, Patrick ZILBERMANN, « Mi-ignoré, mi-méprisé : le ministère de la santé publique, 1920-1945 », *Les Tribunes de la santé*, n° 1, 2003/1, p. 19-33. Le ministère de l'Hygiène remplace la direction de l'assistance et de l'hygiène créée en 1889 au sein du ministère de l'Intérieur.

des asiles de province qui disposent de places vacantes. Au mois de juillet, l'établissement devient officiellement la Maison maternelle nationale de Saint-Maurice[97].

Cette décision brutale est très mal vécue par les médecins de l'asile qui reçoivent le soutien unanime de leurs collègues[98], indignés par la disparition programmée d'un asile qu'ils considèrent comme « un monument impérissable de la psychiatrie »[99]. À l'issue d'une réunion à l'asile Sainte-Anne, un comité d'action est désigné pour se rendre auprès du ministre. Il est placé sous la direction d'André Antheaume, médecin à Charenton de 1905 et 1907, et regroupe plusieurs grands noms de la profession dont Philippe Chaslin, Henri Colin et Édouard Toulouse[100]. Ce dernier est à l'origine de la Ligue d'hygiène et de prophylaxie mentale créée en janvier 1920 dont sont membres André Antheaume et Henri Colin, mais aussi Jules-Louis Breton[101]. Alors que fleurissent les alliances, ligues et comités dédiés à des causes multiples (lutte contre la tuberculose, contre le cancer, contre la mortalité infantile, etc.)[102], l'affaire de Charenton montre comment les priorités défendues par les uns et les autres entrent en concurrence. Pour convaincre le ministre de renoncer à installer une maison maternelle, les psychiatres n'hésitent pas à faire une description peu reluisante de ses

---

[97] Loi portant fixation du budget général de l'exercice 1920, article 112, *Journal officiel. Lois et décrets*, 1er août 1920, p. 10942.

[98] La désaffection de la Maison nationale de Charenton est par contre perçue comme une aubaine par certains préfets qui suggèrent au ministre de l'Intérieur de transférer les malades dans les asiles de leur département. C'est le cas du préfet de la Moselle qui signale que 400 lits sont vacants à l'asile de Lorquin et à l'asile de Sarreguemines. AD du Bas-Rhin, fonds du Commissariat général de la République, assistance aux aliénés, lettre du préfet au ministre de l'Intérieur, 24 août 1920, 121 AL 828.

[99] La profession s'apprête à fêter le centenaire de la thèse sur la paralysie générale d'Antoine Bayle, interne à l'asile de Charenton.

[100] André Antheaume rend compte de l'action des psychiatres dans *L'Informateur des aliénistes et des neurologistes*, supplément de la revue qu'il dirige, *L'Encéphale*. Voir André ANTHEAUME, « L'actualité psychiatrique. Va-t-on supprimer la Maison nationale de Charenton ? », *L'Informateur des aliénistes et des neurologistes*, n° 6, 1920, p. 161-166. L'action des psychiatres est également évoquée dans les *Annales médico-psychologiques* : « Projet de suppression de la maison de Charenton », *Annales médico-psychologiques*, n° 12, 1920, p. 286-288.

[101] Voir Jean-Bernard WOJCIECHOWSKI, « Hygiène mentale et hygiène sociale : contribution à l'hygiénisme. Naissance et développement de l'hygiène mentale en France. La ligue d'hygiène et de prophylaxie mentales (1920-1960) et l'action du docteur Édouard Toulouse (1865-1947) », *Regards sociologiques*, n° 11, 1996, p. 96.

[102] Le Comité national de défense contre la tuberculose est créé le 22 décembre 1919. Il prend la suite du Comité central d'assistance aux anciens militaires tuberculeux fondé en avril 1916. Voir Lion MURARD Lion, Patrick ZILBERMANN, « La mission Rockefeller en France et la création du Comité national de défense contre la tuberculose (1917-1923) », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, n° 34-2, 2/1987, p. 257-331. La Ligue contre le cancer, créée le 14 mars 1918, est reconnue d'utilité publique en novembre 1920. Voir Patrice PINELL, *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer (1890-1940)*, Paris, Métailié, 1992.

bâtiments[103] mais aussi à souligner le risque que des familles mécontentes portent l'affaire devant les tribunaux. Des parents de malades internés ont en effet constitué un « comité de défense des intérêts des malades de Saint-Maurice » dirigé par un avocat parisien, maître Cléry. Sa création a-t-elle été encouragée par les médecins de l'établissement ? C'est possible mais l'asile reçoit des aliénés issus de milieux aisés qui ont tout aussi bien pu organiser cette lutte spontanément. Le 18 juillet 1920, une petite annonce publiée dans *Le Journal* invite les familles à contacter maître Cléry[104]. Peut-être certains parents d'anciens combattants ont-ils répondu à l'appel puisque le comité a sollicité l'aide du *Journal des mutilés*. Celui-ci accepte de diffuser dans ses colonnes un appel rédigé par les mères et les épouses de militaires internés pendant la guerre[105]. L'action des familles, des psychiatres et du journal paraît étroitement coordonnée : un deuxième article publié en première page du *Journal des mutilés* reprend presque mot pour mot des passages du billet rédigé par André Antheaume dans *L'Informateur des aliénistes et des neurologistes*[106]. L'affaire est bientôt relayée par la plupart des grands journaux, comme en témoignent les multiples coupures de presse conservées dans les archives privées de Jules-Louis Breton[107]. Si tous les articles ne condamnent pas le projet de transformation de l'asile en maternité, le sort réservé aux aliénés est généralement dénoncé.

Les opposants à la maison maternelle, qui sont parvenus à trouver des relais dans la presse, font de la présence des pensionnés militaires un point important de leur argumentaire. Dès juillet 1920, le directeur annonce avoir fait retarder le « licenciement » des militaires aliénés « dans la crainte d'impressionner défavorablement l'opinion par l'évacuation brusque en bloc des mutilés de la guerre aliénés réformés »[108]. En décembre 1922, lorsque la salle d'opération de l'asile est convertie en salle d'accouchement, la commission de surveillance rappelle que l'établissement accueille « de nombreux blessés de guerre susceptibles

---

[103] Selon leurs dires, Charenton serait un établissement où « partout règne la pénombre même l'obscurité », où il ne fait jamais plus de 15 degrés l'hiver, où « les water-closets datent de 1838 » et où les épidémies se propagent avec une rapidité inquiétante. Voir André ANTHEAUME, « L'actualité psychiatrique. Va-t-on supprimer la Maison nationale de Charenton ? », art. cit., p. 165-166.
[104] *Le Journal*, 18 juillet 1920.
[105] « Les aliénés à Saint-Maurice. Une mesure cruelle », *Journal des mutilés*, 1er janvier 1921, p. 2.
[106] « Les aliénés doivent rester à Saint-Maurice », *Journal des mutilés*, 8 janvier 1921, p. 1.
[107] AN, Pierrefitte-sur-Seine, archives privées de Jules-Louis Breton, 398 AP 22. Le dossier, intitulé « Transformation de l'asile de Charenton en maternité, 1920 », rassemble exclusivement des coupures de presse issues des journaux *Le Matin*, *La Victoire*, *L'Éclair*, *Le Petit Parisien*, *La Petite République*, *L'Œuvre*, *L'Écho de Paris* ou encore *La Lanterne*.
[108] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, registre des délibérations de la commission consultative, séance du 20 juillet 1920, 4 X 1018.

d'impulsion et de risques graves »[109]. À cette date, le ministre de l'Hygiène n'est plus Jules-Louis Breton : il a été remplacé en janvier 1921 par Georges Leredu. Avocat à la cour d'appel de Paris, ancien président de la Société de médecine légale, celui-ci connaît bien la question des aliénés[110]. Il se montre attentif aux réclamations des familles et décide de surseoir à l'évacuation de l'asile. En juin 1922, Paul Strauss qui, en 1913, a défendu devant le Sénat un projet de réforme de la loi de 1838, lui succède. La maison maternelle accueillant nettement moins de femmes que prévu[111], il choisit de faire cohabiter aliénés pensionnés de guerre et parturientes et annonce le transfert à la Maison nationale de Charenton d'une centaine d'anciens soldats. Ces malades payants, qui arrivent un mois plus tard en provenance des asiles de Ville-Évrard et de Villejuif, doivent permettre de remettre la Maison nationale à flot tout en désencombrant les asiles de la Seine[112]. L'opération n'a toutefois pas les effets escomptés : les retards de paiement sont fréquents pour ces malades qui sont souvent en instance de pension[113]. De plus, une fois leur situation réglée, certains quittent l'établissement : au mois de novembre, le directeur constate avec inquiétude que les « hospitalisés de cette catégorie s'éliminent rapidement »[114]. Enfin, l'asile se heurte au ministère des Pensions qui juge le prix de journée appliqué aux malades bénéficiaires de l'article 55 beaucoup trop élevé. En effet, leur pension ne suffit pas à l'acquitter, ce qui oblige l'État à apporter une contribution[115]. Le ministre menace de s'opposer à tout nouveau transfert, si bien que le tarif doit être revu à la baisse. En échange, la direction obtient en

---

[109] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, procès-verbaux de la commission de surveillance, séance du 28 décembre 1922, 4 X 230.

[110] Voir la notice qui lui est consacrée dans Jean JOLLY (dir.), *Dictionnaire des parlementaires français, op. cit.*, p. 2247-2248.

[111] La maison maternelle devait en théorie disposer de 1 500 lits. En 1922, d'après les *Annales médico-psychologiques*, elle en compte un peu plus de 300 et seuls 80 sont occupés. Cette situation coûte cher à l'État qui doit augmenter le nombre de pensionnaires pour réaliser des économies d'échelle. Voir « L'état actuel de la Maison de Charenton », *Annales médico-psychologiques*, n° 2, 1922, p. 385-392.

[112] En 1925, selon le *Journal des mutilés*, les « aliénés de guerre » seraient 4 000 dans les asiles du département de la Seine. Georges LAUX, « Les aliénés », *Journal des mutilés*, 28 novembre 1925, p. 2. Il convient toutefois de considérer ce chiffre avec prudence car le conseil de perfectionnement de l'Office national des mutilés et réformés évoque le 29 avril 1925 lors d'une réunion le chiffre de 500 aliénés de guerre dans la région parisienne. AN, Pierrefitte-sur-Seine, fonds de l'ONAC, conseil de perfectionnement, réunion du 29 avril 1925, 20050206/3.

[113] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, procès-verbaux de la commission de surveillance, séance du 22 septembre 1922, 4 X 230.

[114] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, procès-verbaux de la commission de surveillance, séance du 30 novembre 1922, 4 X 230.

[115] Le prix de journée à l'asile de Charenton est de 16 francs. Dans le département de la Seine c'est à l'hospice de Bicêtre, où il est de 12 francs, qu'il est le moins élevé. AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, procès-verbaux de la commission de surveillance, séance du 14 octobre 1923, 4 X 230.

décembre 1923 la garantie de recevoir une centaine de nouveaux anciens combattants pensionnés. Elle espère ainsi parvenir à réaliser des économies d'échelle. Mais la promesse n'est pas tenue. Au mois de février 1924, c'est à peine une trentaine de malades qui arrivent de l'asile de Ville-Évrard. Pour accélérer les choses, le docteur Roger Mignot se rend lui-même à l'asile de Vaucluse et dresse une liste de pensionnés militaires à transférer mais sa démarche reste vaine [116]. Pour la Maison nationale, les pertes financières sont non négligeables. La commission de surveillance estime qu'en acceptant d'abaisser son prix de journée sans augmenter le contingent des malades, l'asile perd environ 130 francs par jour[117]. Comment expliquer cette situation ? Il est difficile de répondre en l'absence d'archives du ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales. Reste que la question des aliénés n'est pas la priorité. L'opposition ferme et constante du professeur Pinard, la valse des ministres – Paul Strauss est remplacé en mars 1924 par Daniel Vincent au sein d'un nouveau ministère qui regroupe Travail et Hygiène – mais aussi les refus éventuels des familles qui se sont habituées à visiter leur malade dans un établissement et ne souhaitent pas le faire transférer par crainte de perturber ses habitudes sont autant de freins qui peuvent expliquer que la Maison nationale ne soit pas devenue l'établissement spécialement désigné pour accueillir les anciens combattants internés. En 1924, fatigué de se battre pour que Charenton reste un asile d'aliénés, le docteur Roger Mignot quitte l'établissement. Jusqu'à sa retraite, il occupe un poste de médecin-chef à l'asile de Ville-Évrard[118].

b) La remise en cause des pensions

L'exemple de la Maison nationale de Charenton montre que l'accueil des « articles 55 », comme les surnomment rapidement les administrations asilaires, n'est pas une aubaine économique pour les asiles mais plutôt un casse-tête financier et une lourde charge de travail. Il faut d'abord régulariser la situation de ceux qui doivent repasser devant une commission de réforme pour obtenir 100 % d'invalidité. À titre d'exemple, 313 demandes de révisions ont été déposées en 1921 par l'asile Saint-Robert. 140 ont abouti au versement d'une pension et 94 restent en instance un an plus tard. Il faut ensuite veiller à l'encaissement des pensions

[116] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, procès-verbaux de la commission de surveillance, séance du 11 février 1924, 4 X 230.
[117] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, procès-verbaux de la commission de surveillance, séance du 25 mars 1924, 4 X 230.
[118] Voir sa notice biographique dans l'annexe 1 et sa nécrologie dans les *Annales médico-psychologiques*, n° 3, 1947, p. 355-356.

dues aux malades ainsi qu'à leurs épouses, sans oublier les majorations prévues pour leurs enfants. Dans certains cas, les titres de pension restent en possession des compagnes qui la touchent directement. Les asiles doivent alors leur réclamer le montant des frais d'internement. À partir du 1er janvier 1921, le ministère des Pensions réclame en outre qu'on lui transmette dans le courant du mois qui suit chaque trimestre un état nominatif en trois exemplaires de tous les bénéficiaires de l'article 55 traités dans les asiles[119]. Les sorties, entrées, transferts et décès d'aliénés pensionnés doivent aussi lui être signalés. En conséquence, le service des pensions militaires, créé à l'asile de Bron pendant la guerre, voit son activité décuplée après l'armistice et réclame d'urgence des embauches, tandis que le receveur de l'asile Saint-Robert sollicite une indemnité en raison de la surcharge de travail à laquelle il doit faire face[120]. Les dossiers des malades montrent que l'administration est régulièrement confrontée à des cas de figure particuliers pour lesquels elle ne sait quelle réglementation appliquer. Ainsi, lorsque l'épouse de Joanny L. décède, il faut décider ce qui doit advenir de la somme qui lui était versée par prélèvement sur la pension de son mari. La grand-mère des enfants, désignée comme tutrice, réclame en effet cet argent. L'affaire génère une correspondance suivie entre l'asile et le ministère des Pensions, ce dernier donnant finalement son accord pour que la somme revienne à la vieille dame[121].

Mais c'est surtout lorsque la pension militaire des anciens combattants internés est supprimée que le travail de l'administration devient particulièrement délicat. Or ce cas de figure n'est pas rare, l'attribution d'une pension n'étant pas toujours définitive. Si l'état du malade est jugé curable, elle n'est concédée qu'à titre temporaire et un nouvel examen a lieu au bout de deux ans. C'est ce qui arrive à Édouard Y. : entré à l'asile de Bron le 13 août 1914, il est pensionné à 100 % en octobre 1920. Mais en janvier 1923, lorsque son cas est à nouveau examiné, sa pension est supprimée au motif qu'il s'agit d'un « dégénéré alcoolique ». La présomption d'origine s'applique pourtant puisque l'état d'Édouard a bien été constaté dans les délais impartis. Cependant, la commission de réforme prend cette fois le temps de rechercher une preuve contraire et s'appuie, entre autres, sur le certificat suivant, établi en 1916 à l'asile de Bron par le docteur Paul Dodero :

---

[119] L'usage qui est ensuite fait de chacun de ces exemplaires n'a pas pu être précisé.

[120] Archives du Centre hospitalier Alpes-Isère, registres des délibérations de la commission de surveillance, séance du 21 janvier 1921, non coté. Le receveur indique lors de cette séance que le nombre de valeurs et de titres de toutes sortes en dépôt lorsqu'il est entré en fonction était de 357 tandis qu'il est actuellement de 1348, « non compris les titres d'allocations d'attente de pensions militaires, carnets et titres de majorations […] ».

[121] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, dossier de Joanny S., H-Dépôt Vinatier Q 761.

> « est un dégénéré qui a fait dans les premiers jours de la mobilisation un accès de manie aigue. On ne peut considérer le fait de la guerre que comme une cause occasionnelle de sa maladie et non comme la cause principale. Cet accès de manie déclenché par l'émotion produite chez lui par la mobilisation paraît du à des causes profondes et anciennes : dégénérescence et alcoolisme. On ne peut faire état des affirmations de sa famille qui attribue la maladie aux fatigues qu'il a éprouvées depuis la guerre puisque [Y.] n'a fait que six jours de service. »[122]

Le Conseil d'État s'est certes prononcé contre la remise en cause de la présomption d'origine lorsque son bénéfice a été accordé une première fois[123]. Mais sa décision, loin de faire jurisprudence, semble avoir été rarement prise en compte[124]. Ainsi, au fil du temps, les commissions de réforme se montrent de plus en plus intransigeantes, d'autant que le climat général s'y prête. Face aux difficultés financières du pays, le ministère des Pensions n'échappe pas à la rigueur budgétaire. Par ailleurs, les critiques adressées à la loi de 1919, et plus particulièrement à la présomption d'origine, se sont multipliées et ne sont plus le seul fait des médecins. Des affaires agitent et divisent les associations d'anciens combattants. Les révélations sur des pensions abusives alimentent la rancœur envers les mobilisés de l'arrière, accusés d'obtenir des réparations pour des infirmités contractées avant la guerre ou loin des tranchées. L'idée que seuls les combattants méritent d'être indemnisés s'impose progressivement. Le 28 juin 1927, les contours de ce groupe sont définis par un décret : ne peuvent en faire partie que ceux qui ont reçu une blessure de guerre ou qui ont été affectés durant trois mois au moins dans une unité combattante. Ces hommes obtiennent de nouveaux droits, en particulier le versement d'une retraite[125], et une carte leur est attribuée. Sa distribution dans les asiles creuse une nouvelle ligne de partage parmi les internés au titre de l'article 55, en même temps qu'elle pose des problèmes supplémentaires aux administrations : faut-il ou non coller une photographie du malade dans l'encadré prévu à cet effet et donc faire venir un photographe dans tous les établissements ? Il est finalement décidé que les internés

---

[122] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, registre matricule d'inscription, H-Dépôt Vinatier Q 281 et dossier d'Édouard Y, H-Dépôt Vinatier Q 660. La révision de la pension d'Édouard Y. n'est pas mentionnée dans le registre matricule militaire. Ce cas de figure se rencontrant à plusieurs reprises, cette source ne paraît pas suffisamment fiable pour permettre une étude quantitative du phénomène. Voir AD du Rhône, registre matricule, Lyon sud, matricule 476, 1 RP 1015.

[123] Arrêt 85 907, 27 mars 1916, *Recueil des arrêts du Conseil d'État*, Paris, Delhomme, 1926, p. 380-381.

[124] Le fait n'est pas exceptionnel : Peggy Bette montre par exemple que les décisions du Conseil d'État relatives aux droits des veuves dont l'époux est tombé malade après le mariage ne font pas non plus jurisprudence. Voir Peggy BETTE, *Veuves françaises de la Première Guerre mondiale*, t. 1, *op. cit.*, p. 510-511.

[125] Voir Antoine PROST, *Les anciens combattants et la société française, 1914-1939*, t. 1, *op. cit.*, p. 112-113.

pourront déroger à la règle et on se contente de faire figurer en rouge la mention peu discrète d'« aliéné ».

OFFICE NATIONAL
DES MUTILÉS, COMBATTANTS,
VICTIMES DE LA GUERRE
ET PUPILLES DE LA NATION
Office Départemental
d RHÔNE

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
N° 71,361
CARTE DU COMBATTANT
Valable du 21 AVR. 1930 au 20 AVR. 1941
Délivrée à
Mr
Prénoms François Joseph
Domicile Hôpital Départemental d'Aliénés Bron
Né le 31 décembre 1898
à Vaux-en-Beaujolais Département Rhône et Loire
A LYON le 21 AVR. 1936
Le Titulaire.
Pour le Préfet, Président
de l'Office Départemental
Le Secrétaire Gal de l'office Dépal
aliéné
Photographie
de
3 cm. x 4 cm.

Figure 13 : Carte du combattant épinglée sur le dossier de François D., interné à l'asile de Bron[126]

Au début des années 1930, une vaste opération de révision des pensions est lancée. La loi du 31 mai 1933 prévoit un nouvel examen de toutes les pensions obtenues au bénéfice de la présomption d'origine ainsi que celles qui ont été concédées pour des blessures ne résultant pas d'un fait de guerre et n'étant pas survenues en service. Les titulaires de la carte du combattant sont dans un premier temps épargnés par cette mesure, avant d'être à leur tour concernés deux ans plus tard. Entre le mois d'août 1935 et juin 1937, plus de 226 000 dossiers sont examinés, 44 307 pensions sont supprimées et 2 879 sont réduites[127]. C'est ainsi que de nombreux malades internés perdent le statut d'« article 55 ». À l'asile de Bron par exemple, Eugène N., Louis T. et Henri I. ne reçoivent plus de pension à partir de 1936. Les deux premiers ont servi dans le service auxiliaire, le troisième appartenait à la 14e section d'infirmiers militaires : aucun n'a fait partie d'une unité combattante et n'a reçu la carte du combattant. Dans le cas de Louis T., la suppression de la pension est justifiée de la manière suivante : « affection étrangère par sa nature même au service qui, en l'absence de fatigues exceptionnelles, de traumatisme, et de tout fait particulier de nature à en influencer l'évolution, ne l'a ni déterminée, ni aggravée ». Ces quelques lignes témoignent d'un complet renversement de situation, comme s'il existait désormais une présomption de « non origine »

[126] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, dossier de François D., H-Dépôt Vinatier Q 589.
[127] Ces chiffres sont donnés par le journal *Le Cran*, cité par Antoine Prost. Voir Antoine PROST, *Les anciens combattants et la société française, 1914-1939*, t. 1, *op. cit.*, p. 151.

favorable à l'État. Les économies de Louis T., placées sur un livret de caisse d'épargne, sont utilisées pour financer son internement jusqu'à leur épuisement en 1938. Cette année-là, il passe à la charge du département et de sa commune d'origine[128].

Les « articles 55 » constituent donc un groupe mouvant dont l'importance décroît au fil des années en raison des décès et des sorties mais aussi parce que certains malades en sont progressivement exclus. De plus, il est presque impossible pour les anciens combattants internés après 1920 d'obtenir ce statut. Comment faire la preuve qu'une maladie prise en charge deux, cinq voire dix ans après la guerre est imputable au conflit ? Telle est la question à laquelle doivent essayer de répondre les administrations asilaires si elles veulent éviter que ces malades soient internés au même titre que des indigents.

[128] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, dossier de Louis T., H-Dépôt Vinatier Q 812.

II - Les internés d'après l'armistice : des anciens combattants sans pension militaire

Les anciens combattants dont les demandes de pension ont été rejetées peuvent s'adresser à deux juridictions créées par la loi du 31 mars 1919. Leurs recours sont d'abord examinés par un tribunal départemental qui, avant de rendre sa décision, les communique à l'armée afin qu'elle fasse connaître ses arguments. S'ils sont déboutés, les anciens combattants ont ensuite la possibilité de faire appel auprès de la Cour régionale[129]. Cette nouvelle organisation doit permettre de gagner en simplicité et en efficacité : pendant la guerre, les contentieux relatifs aux pensions militaires étaient traités avec un délai souvent important par le Conseil d'État[130]. Malheureusement, les dossiers constitués dans le cadre de ces procédures n'ont pas toujours été conservés. On n'en retrouve aucun dans le Rhône tandis que dans l'Isère, il ne subsiste que ceux du tribunal départemental[131]. Le fonds est cependant d'une grande richesse. Son dépouillement révèle que, parmi les 56 malades internés dont le cas est examiné entre 1921 et 1935, 53 sont entrés à l'asile Saint-Robert après l'armistice[132]. Les dossiers attestent donc de la difficulté à obtenir une pension lorsque la prise en charge intervient après le conflit. Les informations qu'ils livrent permettent de retracer le parcours de ces hommes depuis leur démobilisation, de comprendre pourquoi leur internement survient tardivement et pour quels motifs ils n'obtiennent pas de pension. L'analyse n'a pas pour but de déterminer si leurs demandes étaient justifiées ou non mais de montrer par quels moyens ceux qui les formulent tentent d'asseoir leur légitimité, selon quels critères elles sont examinées et quels sont les enjeux de la décision finale pour les différentes parties concernées. Les archives judiciaires apportent ainsi un éclairage précieux sur les modes de prise en charge et les représentations de la folie.

---

[129] Voir les articles 35 à 47 de la loi du 31 mars 1919. *Journal officiel. Lois et décrets*, 2 avril 1919, p. 3385-3386.

[130] Désormais ce dernier n'intervient plus qu'en tant que juge de cassation. Voir Jean-Claude FARCY, *Guide des archives judiciaires et pénitentiaires, 1800-1958*, Paris, CNRS Éditions, 1992, p. 153. Sur le fonctionnement du tribunal et de la Cour régionale des pensions dans la Gironde, voir Pascal MOUNIEN, *Les anciens combattants girondins et la société sous la Troisième république*, thèse de droit, Université Montesquieu-Bordeaux IV, 2002, p. 301-308.

[131] Les minutes des jugements sont conservées dans les deux départements mais apportent beaucoup moins d'informations que les dossiers.

[132] Le fonds rassemble 5 399 dossiers étudiés par le tribunal entre 1921 et 1939. Le dépouillement a porté sur 4 550 dossiers portant sur la période 1921-1935. Ceux-ci se composent de quelques feuillets rassemblant la lettre adressée au greffier pour introduire la requête, des pièces versées au titre de preuves, du rapport d'expertise lorsque celle-ci a été ordonnée et d'une copie du jugement.

1) L'impossible démobilisation psychique

Comment reprendre une vie ordinaire après quatre années de guerre ? C'est à cette question que des millions d'hommes doivent trouver une réponse lorsque, de retour dans leur foyer, ils s'aperçoivent comme le soldat Clavel qu'ils n'ont pas été « rendu[s] intact[s] à la vie »[133]. Il est impossible de savoir comment chacun d'entre eux a réagi face à ce constat douloureux. Les histoires que les dossiers médicaux ou les archives judiciaires permettent de retracer sont le reflet de trajectoires singulières dont il ne s'agit pas de nier la spécificité. Elles illustrent une partie des difficultés rencontrées par certains soldats démobilisés sans en fournir la liste exhaustive. On n'y trouve par exemple aucune trace de la « nostalgie du front » ressentie par Pierre Teilhard de Chardin[134], aucun témoignage de la difficulté des pères à faire face à leurs enfants[135], aucune allusion à des cauchemars terrifiants comme ceux qui réveillaient le père de Louis Althusser[136]. Les archives donnent donc un aperçu partiel et imparfait d'une réalité complexe. Il faut néanmoins s'en contenter sans vouloir combler les lacunes des sources par des interprétations psychologisantes ou leur appliquer de force une grille de lecture influencée par les discours contemporains sur le stress post-traumatique.

a) Les souffrances du retour à la vie civile

La mémoire collective associe la fin de la Première Guerre mondiale à une date précise, celle de la signature de l'armistice. Bruno Cabanes a montré comment cette approche strictement chronologique conduit à négliger l'importance de la « sortie de guerre » dans la vie des individus : pour les hommes et les femmes qui l'ont vécu, le conflit ne s'achève pas le 11 novembre 1918 ne serait-ce que parce que la démobilisation n'a pas lieu du jour au lendemain. Le retour à la vie civile constitue une opération de grande envergure qui ne s'achève qu'en mars 1920 avec la libération de la classe 1919[137]. Dans cet « entre-deux de l'histoire », guerre et paix s'entremêlent. L'histoire de Jean-Marie N.* en fournit une illustration frappante. Jeune homme de la classe 1917, il fait partie des troupes envoyées

[133] Robert WERTH, *Clavel chez les majors*, Paris, Viviane Hamy, 2006, p. 278.
[134] Voir Odile ROYNETTE, « La nostalgie du front », *in* Bruno CABANES, Guillaume PICKETTY (dir.), *Retour à l'intime au sortir de la guerre*, Paris, Tallandier, 2009, p. 51-65.
[135] Voir Manon PIGNOT, « 1918-1919 : retour des hommes et invention des pères ? », *in* Bruno CABANES, Guillaume PICKETTY (dir.), *Retour à l'intime au sortir de la guerre*, *op. cit.*, p. 37-50.
[136] Louis ALTHUSSER, *L'Avenir dure longtemps*, Paris, Stock, 1992, p. 39. Sur le récit de Louis Althusser, voir Bruno CABANES, « La guerre n'est pas finie… », *Les Collections de l'Histoire*, octobre-décembre 2003, n° 21, p. 99.
[137] Bruno CABANES, *La victoire endeuillée*, *op. cit.*

occuper l'Allemagne vaincue. Puis, en février 1919, il est appelé à l'armée d'Orient : « je commençais à apprendre le boche. Il va falloir apprendre le grec ou le serbe » écrit-il à sa fiancée Mathilde. Dix jours de permission seulement lui permettent de retrouver les siens et son village de Pierre-Bénite dans le Rhône avant de rejoindre le 2e régiment du génie à Montpellier. En juillet 1919, il profite d'une nouvelle permission pour épouser Mathilde. La jeune femme est enceinte et leur union doit être célébrée rapidement. Sur la photographie de leur mariage, les visages sont heureux mais la guerre tout juste terminée est omniprésente. Jean-Marie N. porte sa tenue de soldat et Mathilde a revêtu une robe noire, sans doute en signe de deuil : son frère Auguste est tombé au champ d'honneur un an plus tôt, presque jour pour jour[138]. C'est grâce à lui que les époux se sont rencontrés : il était le meilleur ami de Jean-Marie.

Les jeunes gens n'ont pas laissé de témoignage sur les sentiments qui les traversent à ce moment-là : sont-ils partagés entre la joie d'une vie qui commence et la peine de ne pouvoir partager ce bonheur avec celui qui est mort ? Entre le soulagement, puisqu'ils savent que Jean-Marie ne partira pas pour Salonique, et l'inquiétude, car il a été déclaré inapte pour « mélancolie et troubles mentaux » ? En mai 1919, Jean-Marie a en effet prévenu Mathilde qu'il allait être examiné par un « spécialiste », professeur de l'asile de Montpellier. La visite a lieu un mois avant leur mariage[139]. Deux ans plus tôt, Jean-Marie a été hospitalisé en raison de troubles mentaux. Mobilisé avec Auguste au 4e régiment du génie, il est resté avec lui jusqu'à la fin du mois d'octobre 1917. Puis Auguste a été affecté au 3e régiment du génie et Jean-Marie au 6e. Privé du soutien de son ami, terriblement angoissé à mesure qu'il se rapproche du front, Jean-Marie finit par être évacué à l'arrière au mois de décembre et, au moment où Auguste trouve la mort dans l'attaque du village d'Aubvillers, il est depuis six mois à l'hôpital 197bis. Cette formation du centre de psychiatrie de la 14e région militaire, installée dans des bâtiments de l'asile d'aliénés Saint-Jean-de-Dieu de Lyon, est destinée aux malades graves qu'on tente de traiter sans les interner. C'est cette hospitalisation que Jean-Marie fait valoir en juin 1919 pour être libéré. Le professeur de Montpellier a-t-il jugé qu'il valait mieux ne pas prendre le risque de le voir retomber dans la mélancolie ? Ou bien Jean-Marie lui a-t-il semblé malade ? Il est impossible de le savoir[140]. Quelques mois après son retour, le jeune homme doit faire face à nouveau malheur : sa petite fille meurt en janvier 1920. Le 7 novembre de la même année, un second enfant naît. C'est un garçon que ses

[138] Auguste est mort le 23 juillet 1918, le mariage de Mathilde et Jean-Marie est célébré le 31 juillet 1919.
[139] AD du Rhône, registre matricule, bureau de Lyon central, classe 1917, matricule 706, 1 RP 1842.
[140] Les recherches auprès du SAMHA n'ont pas donné de résultats.

parents prénomment Auguste. Jusque dans les dernières années de sa vie, Jean-Marie reste profondément attaché au souvenir de son ami : il relit régulièrement, avec une émotion intense, la lettre adressée à la famille pour annoncer sa mort et il garde accrochés au-dessus de son lit les portraits au fusain qui les représentent tous deux en habit militaire[141].

L'exemple de Jean-Marie montre que le retour des hommes a été progressif et combien la démobilisation des esprits a été difficile. Quitter l'uniforme et retrouver son foyer ne revient pas à cesser d'être un soldat. Le temps lui-même ne suffit pas à mettre la guerre à distance. Pour Jean-Marie, comme pour beaucoup de familles en deuil, celle-ci se perpétue à travers l'absence d'un être cher. Pour d'autres, blessés ou mutilés, elle se manifeste chaque jour à travers les traces qu'elle a définitivement laissées dans leur chair. Les dossiers du tribunal départemental des pensions de l'Isère lèvent un peu le voile sur les douleurs physiques et psychiques éprouvées par ces hommes aux corps meurtris. Les informations qu'ils livrent restent toutefois parcellaires. On ne sait rien par exemple de Désiré T., ancien soldat du 140e régiment d'infanterie, dont la veuve estime qu'il s'est suicidé parce qu'il ne tolérait plus d'avoir mal. Quelques feuillets suffisent aux juges pour prendre une décision : la demande de pension est rejetée[142]. Le cas de Germain D. est mieux documenté. Soldat au 11e régiment d'artillerie, il est blessé au niveau de l'appareil génital, ses plaies s'infectent et il est opéré à deux reprises, subissant finalement une double castration. Après sa démobilisation, incapable de reprendre son travail, il s'installe chez ses parents cultivateurs. Trois ans plus tard, la mort de son père plonge la famille dans l'indigence sans que Germain ne puisse être d'aucun secours. Au mois de février 1922, sa mère se rend auprès de sa sœur à Marseille. Germain, qui n'aurait pas supporté son absence, doit être interné peu après son retour[143]. On peut seulement imaginer la souffrance de ce jeune homme face à une mutilation qui l'empêche de mener une vie indépendante et de fonder une famille. L'histoire d'Eugène N., rapportée par le médecin qui l'examine en 1931, rend compte de cette douleur d'une manière poignante. Sa fiancée a accepté de l'épouser après la guerre, bien qu'il ait subi une ablation du testicule gauche qui l'a rendu impuissant. Cet homme, qui « avait un caractère gai, actif, et de l'attrait pour les sports », est devenu dépressif : « il ne supporte pas le contact de ses semblables, éprouve le désir d'aller vivre seul dans un endroit désert ». Il s'emporte sans raison contre son fils adoptif et le regrette ensuite amèrement. Il affirme avoir souvent songé à

[141] L'histoire de Mathilde et de Jean-Marie a été racontée dans un livre par leur petite-fille : Marie-Noëlle RELACHON, *Et nous, nous ne les embrasserons plus*, 2014. Certains éléments du parcours de Jean-Marie exposés ici ont été recueillis lors des entretiens qu'elle a eu la gentillesse de m'accorder.
[142] AD de l'Isère, fonds du tribunal départemental des pensions, dossier de Désiré T., 6 U 1815.
[143] AD de l'Isère, fonds du tribunal départemental des pensions, dossier de Germain D., 6 U 1810.

se donner la mort et n'y avoir renoncé qu'en raison de ses convictions religieuses et de son affection pour sa femme. Pour l'aider, ses camarades ont eu l'idée de l'emmener dans une maison de tolérance. Il en est ressorti totalement désespéré[144].

Le retour à la paix est un moment de confrontation avec une identité bouleversée. Qu'ils se sentent diminués sur le plan physique ou psychique, ces anciens soldats ne parviennent pas à reprendre le rôle social qui était le leur avant la guerre. Certains ont le sentiment d'avoir désappris leur métier pendant la guerre. C'est ce que laisse entendre le maire de Morestel au sujet de Jean-Louis T. :

> « Après quelques jours d'hésitations dans son travail, il déclara qu'il n'y connaissait plus rien et se mit en demeure de démolir un pan de mur qu'il venait d'élever […] sans la guerre il serait encore maçon à Morestel et non aliéné à Saint-Robert. »[145]

Pendant quatre ans, ces hommes ont été soldats. Il leur faut désormais redevenir des travailleurs, des maris, des pères. Que faire si, sans raison apparente, on n'en trouve pas la force, comme Francisque Z.* qui se plaint de douleurs violentes dans les bras, puis dans les jambes, et perd l'appétit ? On sait que les stéréotypes de genre tendent à se renforcer dans l'immédiat après-guerre. Tandis que les femmes sont renvoyées à leurs rôles traditionnels, l'idéal masculin du héros viril s'impose. Il est pourtant difficile, pour les hommes comme pour les femmes, de se conformer à ces assignations identitaires[146]. Que ressent Francisque Z. lorsqu'il s'aperçoit qu'il n'est plus le gagne-pain de sa famille : impuissance, culpabilité, honte, colère ? Voici le récit que son épouse Jeanne livre au médecin de l'asile Saint-Robert en 1927. Comme d'autres femmes, elle n'a pas retrouvé son mari dans l'homme que l'armée lui a rendu.

> « […] il devint irritable, énervé comme on dit vulgairement, ensuite il s'imagina être suspecté par ceux qu'il fréquentait. Plus tard il me fit des scènes de jalousie qui me stupéfièrent tout d'abord ; car nous étions très unis ; et le mal alla ainsi en augmentant jusqu'à cet été dernier où de violentes crises m'ont obligée à vous le faire conduire. Il avait l'idée qu'on voulait empoisonner ses enfants qu'il aime avec passion et qui le chérisse aussi. Lorsque ces crises lui avaient passées, il m'embrassait en sanglotant et me disait "que je te fais souffrir que tu es malheureuse". »[147]

---

[144] AD de l'Isère, fonds du tribunal départemental des pensions, dossier d'Eugène N., 6 U 1842.
[145] AD de l'Isère, fonds du tribunal départemental des pensions, dossier de Jean-Louis T., 6 U 1808.
[146] Voir Dominique FOUCHARD, « L'empreinte de la guerre dans les relations de couple : ce que disent les corps », *in* Bruno CABANES, Guillaume PICKETTY (dir.), *Retour à l'intime au sortir de la guerre*, *op. cit.*, p. 229-244 et *Le poids de la guerre. Les poilus et leur famille après 1918*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2013.
[147] Archives du Centre hospitalier Alpes-Isère, dossier de Francisque Z., non coté.

En revenant du front, les hommes ont ramené chez eux leurs doutes. Les soupçons d'infidélité qui se faisaient déjà jour pendant la guerre, en particulier lors des permissions, envahissent les relations de certains couples. Rémy T. est persuadé que son foyer a été « corrompu », qu'on a « porté atteinte à son honneur » et veut divorcer. Une séparation de corps est effectivement prononcée en juin 1922, aux torts exclusifs de l'époux[148]. Les difficultés des conjoints à reprendre une vie commune sont le reflet d'une fracture sociale plus générale séparant ceux qui ont fait la guerre du reste de leurs concitoyens. Certains anciens soldats ne perçoivent leur entourage qu'en fonction de cette ligne de partage, comme si la « chasse aux embusqués » des premières années de la guerre se poursuivait après l'armistice. C'est pour cette raison que les rapports de Jean-Louis T. avec ses voisins se dégradent si l'on en croit le maire de son village qui explique dans une lettre rédigée en 1924 : « d'un caractère gai et jovial, travailleur sérieux et jouissant d'une très robuste santé, il était devenu vers la fin de la guerre taciturne, sournois, avare, interpellant avec vivacité ceux qui n'étaient pas allés au front »[149]. Jean-Louis T. fait partie de ces anciens combattants persuadés que les autres ne peuvent pas comprendre ce qu'ils ont vécu, qui se sentent définis par cette expérience terrible et la revendiquent. Sans adopter cette posture, d'autres reviennent avec des habitudes dont ils ne parviennent pas à se départir en dépit de leurs efforts. Familles et amis des internés décrivent ainsi des hommes qui se tiennent toujours sur leurs gardes et sursautent au moindre bruit. Lorsque Philibert R., cultivateur âgé de 52 ans et ancien canonnier au 11e régiment d'artillerie est retrouvé errant dans la campagne en plein mois d'août 1922, ses voisins racontent que depuis son retour il se sent menacé et cherche à se défendre contre des ennemis imaginaires, comme s'il se trouvait encore dans une tranchée[150]. D'autres encore ne peuvent plus réprimer les souffrances endurées en silence tant qu'il fallait tenir : déprimé, amaigri, Joseph D. ne se sent plus capable du même « effort de volonté » que celui qu'il est parvenu à fournir tant bien que mal jusqu'à la fin de la guerre. Il pleure souvent, se montre d'une émotivité extrême[151]. Les symptômes de Séraphin T., apparus dans les derniers mois du conflit, s'amplifient après son retour. Il souffre de maux de tête, ne dort pas, a « le noir »[152]. Quant à Pierre E., ses parents racontent, en 1929, qu'il vit depuis sa démobilisation dans la

[148] Archives du Centre hospitalier de Saint-Jean-de-Dieu, dossier de Rémy T., non coté.
[149] AD de l'Isère, fonds du tribunal départemental des pensions, dossier de Jean-Louis T., 6 U 1808.
[150] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, dossier de Philibert R., H-Dépôt Vinatier Q 630.
[151] AD de l'Isère, fonds du tribunal départemental des pensions, dossier de Joseph D., 6 U 1807.
[152] AD de l'Isère, fonds du tribunal départemental des pensions, dossier de Séraphin T., 6 U 1798.

crainte continuelle d'une nouvelle guerre[153].

Pour ces hommes, une pension militaire représente une source de revenus indispensable. En symbolisant la réparation légitime due par la société tout entière à celui qui a défendu la patrie, elle leur confère aussi une dignité et donne un sens à leur sacrifice. Par conséquent, ne pas obtenir de pension est une épreuve à plus d'un titre. Pour Rémy T., c'est une injustice intolérable. Blessé le 2 mai 1917 à Douaumont, cité à l'ordre du corps d'armée, à l'ordre de la brigade, à l'ordre du régiment, il a été pensionné à 100 % en novembre 1919 mais son taux d'invalidité est constamment revu à la baisse : il passe à 80 % en novembre 1921, puis à 65 % en novembre 1923. Le recours qu'il introduit auprès du tribunal départemental en juin 1926 est rejeté. Il se montre alors de plus en plus méfiant, persuadé que son entourage cherche à l'empêcher de toucher sa pension et finit par développer un véritable délire de persécution[154]. Pour autant, obtenir gain de cause ne règle évidemment pas tous les problèmes. Pour Jean-Baptiste D. par exemple, être reconnu invalide de guerre est à la fois un soulagement et la preuve qu'il est devenu un être inutile dont l'avenir est définitivement hypothéqué :

> « J'ai été démobilisé fin août 19. Depuis août 19 jusqu'en août 20, je suis resté malade à la maison (plusieurs hémoptysies et mauvais état général). Pendant ces périodes de crachement de sang, j'ai fait de la neurasthénie avec idée de suicide et souffrais de la tête au point de fuir la société, et de me promener seul dans les bois. Par nécessité j'ai repris mon travail avec de fréquentes obligations de le cesser, et ceci jusqu'au début de 27. Ayant craché du sang l'été de 26, j'avais demandé à être visité pour aggravation, la Commission m'a maintenu 15 % en février 27. Pour aller devant cette commission, le Docteur Raysson de Montalieu m'avait établi le certificat suivant : "le docteur soussigné certifie que le nommé [D.] atteint de bacillose latente est actuellement dans un état satisfaisant. Il importe toutefois de signaler que cet homme fait une hémoptysie tous les ans, il est incontestable en outre qu'il ne présente aucune résistance vis-à-vis d'un travail un peu pénible". À la lecture de ce diagnostic, et depuis cette date, l'idée de suppression s'est installée dans mon cerveau maladif d'une façon tellement affolante que ce médecin m'envoyait à la clinique de Saint-Jean-de-Dieu (mars 27). Depuis, je suis un neurasthénique anxieux qui se débat en vain dans les griffes de l'aliénation mentale. »[155]

b) Un impensé de la médecine psychiatrique

À qui ces hommes peuvent-ils confier leur mal-être ? Sophie Delaporte a montré que la souffrance physique des blessés et des mutilés était rarement évoquée dans le cadre des

[153] Archives du Centre hospitalier de Cadillac, dossier de Pierre E., non coté.
[154] Archives du Centre hospitalier Saint-Jean-de-Dieu, dossier de Rémy T., non coté.
[155] AD de l'Isère, fonds de la Cour régionale des pensions, dossier de Jean-Baptiste D., 6 U 1833.

associations d'anciens combattants et il en va vraisemblablement de même pour la souffrance psychique[156]. Dans le *Journal des mutilés*, il est régulièrement question des conditions de vie des anciens combattants placés dans les asiles d'aliénés, comme nous le verrons dans le prochain chapitre. Par contre, la douleur morale de ceux qui, sans être internés, souffrent de troubles mentaux, n'est presque jamais évoquée, sauf dans les publicités qui vantent les mérites de pilules supposées calmer les nerfs ou à travers quelques dessins humoristiques comme celui-ci :

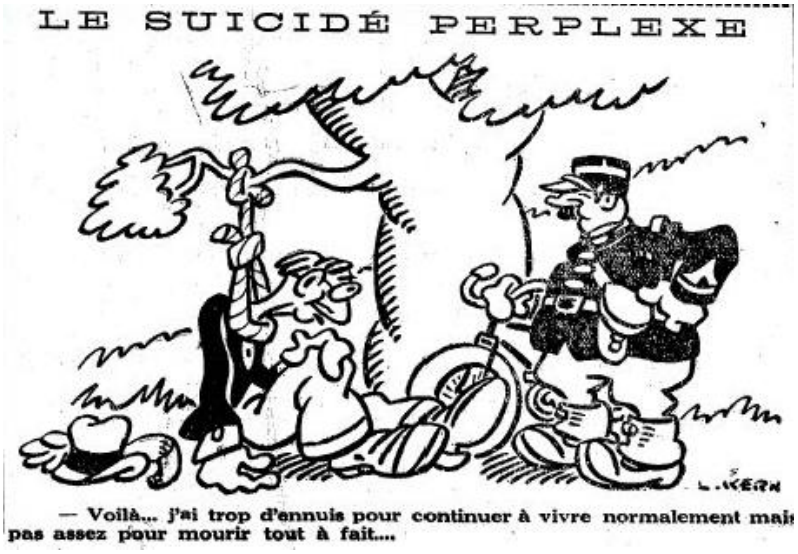


Figure 14 : Dessin satirique publié en une du *Journal des mutilés* le 24 août 1930[157]

Plus généralement, les difficultés des démobilisés à reprendre le cours de leur vie apparaissent peu dans la littérature de l'entre-deux-guerres. Si Louis-Ferdinand Céline, dans *Voyage au bout de la nuit*, s'inspire de sa propre expérience pour mettre en scène des soldats rendus fous par la guerre et torturés par des psychiatres[158], ce roman publié en 1932 et récompensé par le prix Renaudot n'a pas pour objet les souffrances psychiques qui accompagnent le retour à la vie civile. En 1937, l'histoire d'Anthelme Mangin, ce soldat amnésique dont Jean-Yves Le Naour a retracé l'histoire, inspire à Jean Anouilh la pièce *Le Voyageur sans bagage*[159]. Il s'agit cependant d'un cas hors du commun particulièrement

[156] Sophie DELAPORTE, « Le corps et la parole des mutilés de la Grande Guerre », *Guerres mondiales et conflits contemporains*, n° 205, 2002/1, p. 5-14.
[157] *Journal des mutilés*, 24 août 1930, p. 1.
[158] Louis-Ferdinand CÉLINE, *Voyage au bout de la nuit*, Paris, Denoël et Steele, 1932. Sur Céline et la psychiatrie voir Isabelle BLONDIAUX, *Portrait de l'artiste en psychiatre*, Paris, Société d'études céliniennes, 2004.
[159] Jean ANOUILH, *Le Voyageur sans bagage*, Paris, La Petite Illustration, 1937.

médiatisé. *Aurélien*, le roman de Louis Aragon dont le personnage éponyme n'est « jamais sorti tout à fait de la guerre »[160], met au contraire en scène un individu ordinaire traumatisé par son passé de soldat. Mais il n'est publié qu'en 1944[161].

Face à leur souffrance souvent incomprise du reste de la société, les démobilisés qui ne parviennent pas à reprendre le cours de leur existence peuvent-ils trouver assistance auprès des médecins ? Ces derniers ne se montrent pas plus prolixes que les écrivains. Durant les opérations de démobilisation, on ne prête guère attention à la santé mentale des hommes qui défilent à l'occasion des visites médicales. L'objectif est surtout d'éviter de renvoyer chez eux des individus atteints de maladies contagieuses[162]. Les psychiatres eux-mêmes envisagent rarement que le retour au foyer puisse constituer une épreuve. Dans la conclusion de l'ouvrage sur la psychologie du soldat qu'ils achèvent en juillet 1918, Louis Huot et Paul Voinenel évacuent la question en une seule phrase : à leurs yeux, les hommes « n'ont acquis que des modifications épigénétiques qui disparaîtront avec le milieu »[163]. Ainsi, alors que les soldats étaient omniprésents dans la littérature psychiatrique entre 1914 et 1918, ils n'apparaissent quasiment plus dans les revues médicales dès le début des années vingt, si ce n'est, comme nous l'avons vu, à travers la critique de la loi sur les pensions militaires. À la fin de l'année 1917, Raoul Benon a bien remarqué que certains blessés de guerre développaient des délires de revendication lorsque, se sentant diminués et inquiets pour leur avenir, ils n'obtenaient pas de pension[164]. Mais, bien que le problème prenne une importance nouvelle après l'armistice, il ne poursuit pas ses investigations. De manière générale, l'impact des mutilations sur la santé mentale des anciens combattants ne constitue pas un sujet d'étude. Comme la douleur physique, la douleur psychique des mutilés suscite peu l'intérêt des médecins[165]. Dans le cas d'Eugène N. cependant, le docteur Henri Bouyer, médecin-chef de l'asile Saint-Robert, n'a guère de doutes sur le lien entre la castration subie pendant la guerre et les troubles dépressifs dont souffre le malade[166]. Toutefois, si les psychiatres constatent dans leur pratique quotidienne des situations de ce type, ils n'en débattent pas entre eux et

---

[160] Louis ARAGON, *Aurélien*, Paris, Gallimard, 1944.
[161] Voir Carine TREVISAN, Aurélien *d'Aragon, un « nouveau mal du siècle »*, Besançon, Annales littéraires de l'université de Franche-Comté, 1996.
[162] SHD, Ministère de la Guerre, Direction du Service de santé, mesures sanitaires prises lors de la libération des classes 1918, 1919, 1920 et 1921, 1919-1922, GR9 NN7 1114.
[163] Louis HUOT, Paul VOIVENEL, *La psychologie du soldat*, Paris, La Renaissance du livre, 1918, p. 164.
[164] Raoul BENON, H. LUNEAU, « Blessure de guerre et revendication », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, n° 29, 1918, p. 181-192.
[165] Voir Sophie DELAPORTE, « Le corps et la parole des mutilés de la Grande Guerre », *art. cit.*
[166] AD de l'Isère, fonds du tribunal départemental des pensions, dossier d'Eugène N., 6 U 1842.

n'élaborent pas de discours général à partir des cas auxquels ils sont confrontés[167]. De même, les souffrances du deuil qui frappent tant de familles ne font pas l'objet d'une réflexion. Est-ce justement en raison du nombre d'individus qui doivent y faire face que ces expériences traumatiques ne retiennent pas particulièrement l'attention ? Aux yeux de ses contemporains, l'histoire de Jean-Marie N. par exemple paraît-elle tristement banale ? Si nous pouvons être tentés de voir dans sa souffrance l'expression du sentiment de culpabilité qu'éprouvent les survivants, encore faut-il se souvenir que ce cadre d'interprétation est une construction sociale qui n'émerge que dans les années 1960, à la lumière de l'expérience concentrationnaire et alors que la psychanalyse s'est imposée dans le champ médical[168]. Cette culpabilité n'est d'ailleurs pas perçue comme une évidence et les rescapés des camps, qui devaient eux aussi faire la preuve de la relation entre leur déportation et leurs troubles psychiques pour obtenir l'indemnisation versée par les autorités allemandes, n'ont pas facilement obtenu gain de cause[169]. Quant à la reconnaissance officielle des traumatismes psychiques liés à la guerre, elle date seulement des années 1980[170].

Dans le sillage de la Grande Guerre, les psychiatres considèrent que les troubles mentaux qui se déclarent une fois le soldat revenu chez lui étaient déjà en germe pendant le conflit. Telle est par exemple la position d'Édouard Toulouse et des médecins qui fondent avec lui la Ligue d'hygiène et de prophylaxie mentales en janvier 1920. Les psychiatres, qui entendent bien prendre appui sur l'expérience de la guerre pour obtenir les réformes qu'ils réclament depuis longtemps, s'efforcent dans l'immédiat après-guerre d'entretenir des relations étroites avec le Service de santé militaire. Lors de la séance du 1er juin 1921, Justin Godart est sollicité pour prononcer un « appel en faveur de l'Hygiène mentale », tandis que le médecin-général inspecteur Joseph Toubert, directeur du Service de santé militaire[171], est

[167] Il faut attendre la fin des années 1930 pour que la question de la sexualité des anciens combattants soit évoquée dans les travaux de plusieurs médecins, pour la plupart psychanalystes. Le livre de William Stekel, discipline de Freud, intitulé *L'Homme impuissant* et publié en 1920 fait figure d'exception. Voir Dominique FOUCHARD, « L'empreinte de la guerre dans les relations de couple : ce que disent les corps », *in* Bruno CABANES, Guillaume PICKETTY (dir.), *Retour à l'intime au sortir de la guerre, op. cit.*

[168] Bruno CABANES, « Le syndrome du survivant. Histoire et usage d'une notion », *in* Bruno CABANES, Guillaume PICKETTY (dir.), *Retour à l'intime au sortir de la guerre*, Paris, Tallandier, 2009, p. 199-213.

[169] *Ibid.*, p. 203-204.

[170] Voir Allan YOUNG, *The Harmony of Illusions, op. cit.*

[171] La direction du Service de santé militaire est devenue un sous-secrétariat d'État entre 1915 et 1920. À cette date, elle est à nouveau rattachée au ministère de la Guerre et retrouve son ancien statut.

invité à rejoindre la Ligue, ce qu'il accepte[172]. Lorsqu'il expose son programme Édouard Toulouse ne manque pas de signaler qu'il existe, en particulier parmi les anciens combattants, « une foule de psychopathes libres […] cherchant à retrouver leur équilibre, diminués dans leur force de production et désemparés dans leur pouvoir de direction »[173]. Parmi les commissions qui composent la Ligue, la septième s'intéresse plus particulièrement aux questions militaires et, selon le compte rendu présenté le 23 juin 1921 à l'assemblée générale par le docteur Georges Genil-Perrin, elle « s'est particulièrement occupée […] de la pénible situation des "petits mentaux" de la guerre, qui ne savent encore où trouver les soins spéciaux dont ils ont besoin »[174]. Mais le sort de ces hommes n'est mis en avant que pour mieux établir la nécessité d'une nouvelle forme de prise en charge et, comme pendant la guerre, faire de l'assistance psychiatrique un problème de santé publique. Pour cela, la prophylaxie et l'hygiène mentale doivent être considérées comme des priorités au même titre que la lutte contre la tuberculose, le cancer ou la syphilis. Or, au sortir de la guerre, elles sont au contraire négligées par les autorités. La désaffection de la Maison nationale de Charenton est d'ailleurs perçue comme la preuve du désintérêt dont souffrent les aliénés et les psychiatres[175]. Pour lutter contre cette indifférence, le docteur Dubourdieu, médecin-directeur de l'asile de Breuty-la-Couronne (Charente), encourage ses collègues à rappeler au public que les asiles d'aliénés accueillent d'anciens militaires parmi lesquels se trouvent des héros médaillés. Sa lettre, adressée à André Antheaume, est reproduite dans *L'Informateur des aliénistes et des neurologistes* :

> « Pour ma part, soit auprès de l'administration, soit auprès des conseils généraux, soit auprès du public quand on me parle ou on insinue le peu d'intérêt qui doit s'attacher aux aliénés, je réponds en évoquant les soldats nombreux de la guerre auxquels sont dus, par cela même, la plus large assistance, le dévouement et la sympathie du médecin et des pouvoirs publics. […] Tout cela fait très bien dans le tableau, et les douteurs et les sceptiques qui affirmaient que les aliénés ne sont pas intéressants, trouvent que ces victimes de la guerre […] ne manquent cependant pas d'intérêt. »[176]

Considérant qu'il « faut faire flèche de tous les arguments », André Antheaume abonde dans le sens de son collègue. Cependant, force est de constater que les anciens combattants

[172] SHD, Ministère de la Guerre, Direction du Service de santé militaire, participation aux travaux de la Ligue de prophylaxie et d'hygiène mentale, GR9 NN7 816.
[173] *Ibid.*
[174] *Ibid.*
[175] Voir la correspondance « au sujet de la crise de désintérêt dont pâtissent actuellement en France aliénés et aliénistes » publiée dans *L'Informateur des aliénistes et des neurologistes*, n° 12, 25 décembre 1920, p. 338-341.
[176] *L'Informateur des aliénistes et des neurologistes*, n° 12, 25 décembre 1920, p. 340-341.

sont loin d'occuper une place centrale dans le discours des psychiatres, y compris au sein de la Ligue d'hygiène mentale. Il est même surprenant de voir à quel point ces derniers font peu référence à la guerre. En 1922, alors qu'il présente le projet de réforme déposé par le député Édouard Grinda, Maurice Legrain, médecin-chef des asiles de la Seine, présente un schéma qui semble directement inspiré par la chaîne d'évacuation des militaires durant la guerre mais n'y fait aucune allusion[177].

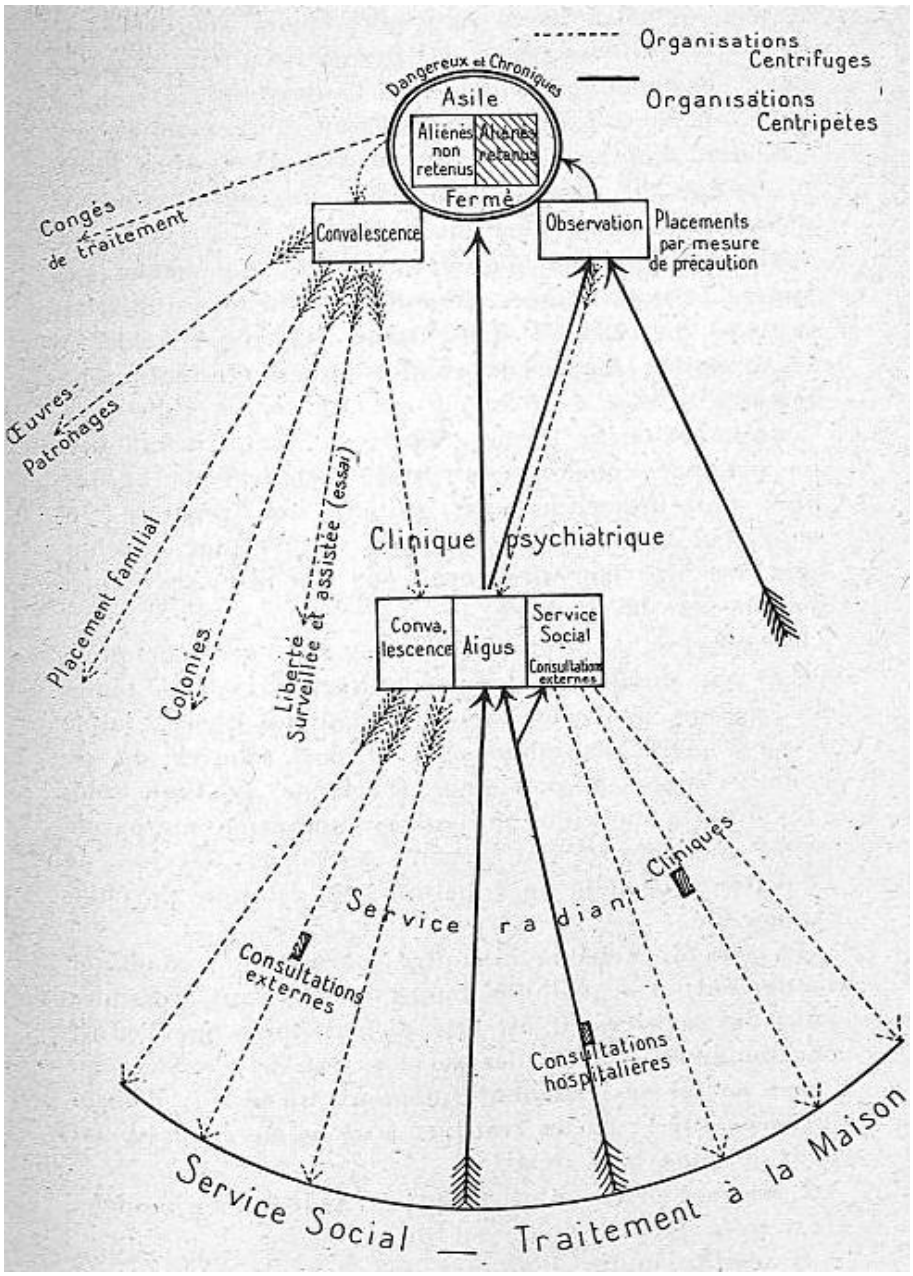


Figure 15 : La réforme de l'assistance psychiatrique d'après Maurice Legrain

[177] Maurice LEGRAIN, « Le projet Grinda et l'hygiène mentale », *Annales médico-psychologiques*, n° 1, 1922, p. 310.

En Algérie, Antoine Porot milite pour l'échelonnement de la prise en charge des malades mentaux, préconisant la mise en place de structures de première puis de deuxième ligne. Il emploie un vocabulaire qui évoque l'expérience du conflit sans que celle-ci soit explicitement mise en avant[178]. Ainsi, les psychiatres s'attardent-ils de moins en moins sur le cas particulier des soldats ou des anciens combattants. Lorsqu'il est fait référence aux années 1914-1918, c'est dans une optique plus large. Ils insistent alors sur le rôle de la guerre dans l'affaiblissement des organismes et des esprits, susceptible d'avoir créé des prédispositions psychopathiques chez de nombreux individus, civils comme militaires, qu'il s'agit de dépister et de prendre en charge aussi précocement que possible[179].

Si les psychiatres ne s'intéressent pas aux troubles mentaux survenus chez des anciens combattants dans l'après-guerre, c'est que le sujet, qui appartient déjà au passé, ne sert pas leurs intérêts. Après quatre ans de conflit, ils ont sans doute le sentiment que les débats s'enlisent sans que personne n'ait les moyens de relancer efficacement la réflexion. Enfermés dans les mêmes schémas, ils ne prennent pas en compte les difficultés de réadaptation des anciens combattants. Le rôle de la commotion ou de l'émotion n'est reconnu comme un facteur de déclenchement des troubles mentaux qu'à court terme. L'hypothèse qu'elles puissent avoir des effets différés sur le psychisme des individus n'est pas envisagée. Au contraire, l'influence de l'hérédité est pensée dans la longue durée. C'est donc le seul cadre d'interprétation opérant pour expliquer la situation des hommes qui, des années après l'armistice, présentent des symptômes d'aliénation mentale. Lorsque certains psychiatres comme Pierre Beaussart, médecin de l'asile de la Charité-sur-Loire (Nièvre), estiment trop court le délai de six mois accordé pour faire constater la maladie après la démobilisation, cela ne signifie pas qu'ils considèrent que des troubles mentaux liés à la guerre peuvent naître passé ce laps de temps. Il s'agit seulement de prendre en compte la période d'incubation pendant laquelle certains troubles comme la paralysie générale ne sont présents qu'à l'état latent et passent donc inaperçus[180]. Interné à l'asile de Bron le 17 septembre 1932, Étienne G. n'a par conséquent aucune chance d'obtenir une pension bien que sa femme soit persuadée que son état « provient de ses commotions dans la tête et suites de toutes ses blessures dans la

[178] Voir notamment les schémas reproduits dans l'ouvrage de Richard C. KELLER, *Colonial Madness*, *op. cit.*, p. 71 et 89.
[179] Voir Édouard TOULOUSE, Georges GÉNIL-PERRIN, « L'organisation technique de la prophylaxie mentale », *Annales médico-psychologiques*, n° 12, 1920, p. 512-525.
[180] Voir par exemple Pierre BEAUSSART, « Aliénation mentale et loi du 31 mars 1919 sur les pensions militaires », art. cit., p. 312.

jambe et le flanc ». Le jugement du tribunal des Pensions, dont voici un extrait, balaie ses arguments :

> « […] Attendu que l'infirmité d'un alcoolique délirant ne saurait être admise comme imputable au service militaire de guerre et ouvrir droit à pension ; Attendu que dix ou douze années de vie civile ont été amplement suffisantes pour amener l'intoxication par l'alcool à un degré tel que l'internement dans un asile d'aliénés se soit imposé ; Attendu que la commotion alléguée par l'entourage du malade reste entièrement hypothétique ; que son action à retardement sur les troubles mentaux serait bien extraordinaire […] »[181]

Même lorsque le délire du malade porte spécifiquement sur la guerre, les médecins relèvent sans s'étonner outre mesure la persistance des souvenirs traumatiques. Durant la première nuit qu'il passe à l'asile Saint-Robert, en janvier 1924, Henri D. « a parlé de la guerre, de bataille, de drapeau, d'avions ». Interrogé au réveil, il « se souvient d'avoir été tourmenté la nuit : dit qu'il a entendu toute la nuit des bruits – comme des coups de grenades – ne parle que de la guerre – rapporte tout à la guerre – rapporte qu'il a eu froid en Belgique », puis affirme qu'il a « entendu un bombardement toute la nuit […] comme s'il avait été sur le champ de bataille ». Un mois plus tard, il voit des figures au plafond représentant ses anciens camarades de régiment, se plaint d'avoir de la fièvre qu'il croit « occasionnée par les poux du front », souffre de démangeaisons. En 1932, le médecin note toujours la réminiscence fréquente de son expérience de guerre, sans faire de commentaire[182]. Cette attitude reflète la position adoptée par la majorité des psychiatres qui considèrent que la loi du 31 mars 1919 a conduit à indemniser des hommes qui n'auraient pas dû recevoir une pension. En 1929, lors de la nouvelle révision du barème des invalidités, l'occasion leur est donnée de mettre fin à ce qu'ils considèrent comme des abus[183]. Des psychiatres et des neurologues, parmi lesquels Jean Lépine, Angelo Hesnard, André Léri, Jean Abadie ou encore Henri Claude, sont en effet à nouveau consultés. Dans les commentaires qui accompagnent le nouveau barème, ils rappellent la nature constitutionnelle de nombreux troubles mentaux, comme la manie, la mélancolie, les psychoses hallucinatoires, paranoïdes ou schizophréniques, et affirment que ces états sont « rarement imputables au service »[184]. Enfin, au lieu de laisser à l'expert le soin d'estimer le degré de l'invalidité en proposant une simple

[181] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, dossier d'Étienne R., H-Dépôt Vinatier Q 787.
[182] Archives du Centre hospitalier Alpes-Isère, dossier d'Henri D., non coté.
[183] Officiellement, cette révision est décidée par le ministère des Pensions afin de tenir compte des dernières avancées de la science. Voir « Modifications au guide-barème des invalidités en ce qui concerne la neuro-psychiatrie », *Journal officiel. Lois et décrets*, 28 mars 1929, p. 3647.
[184] *Ibid.*, p. 3659.

fourchette, ils s'attachent à préciser les critères selon lesquels la gravité de chaque trouble doit être déterminée. Ainsi, le taux d'invalidité d'un ancien combattant atteint d'une psychose intermittente doit être évalué entre 30 et 60 % si les périodes de crise sont espacées de plus de six mois par an et entre 60 et 80 % sinon[185]. Ces consignes strictes, qui laissent le moins possible de place à l'interprétation, doivent permettre d'éviter l'attribution de pensions jugées trop généreuses.

c) Des prises en charge tardives

Tous les hommes dont il a été question jusqu'à présent ont été internés dans l'entre-deux-guerres, à l'exception de Jean-Marie N. et d'Eugène N. Le premier est protégé par sa famille qui l'entoure dans les moments de crise[186]. Le second, atteint d'une tuberculose osseuse, meurt en 1935[187]. Tous les autres entrent à l'asile dans un état de grande détresse. L'internement est repoussé jusqu'au dernier moment par leurs proches, soit parce qu'ils s'accrochent à l'espoir d'une amélioration, soit parce qu'il leur faut du temps pour prendre conscience de la gravité de la situation. La famille de Victor E., interné le 5 mars 1921 après avoir assassiné son père dans un accès de démence, assimilait ses crises à des accès de paludisme, maladie qu'il avait contractée en 1917[188]. L'épouse de Paul N. reconnaît volontiers que son mari n'est pas revenu de captivité dans son état normal mais elle espérait que son état s'améliorerait avec le temps :

> « mon mari s'est ramené d'Allemagne très exalté et allant toujours de plus en plus mal, mais l'on ne se serait jamais douté à chose pareille, l'on se croyait toujours que c'était les endurances qui lui occasionnait cette exaltation. Bien sûr que si l'on avait su tout cela on l'aurait fait examiner il n'y a qu'à présent qu'on le comprend […] »[189]

Certains anciens combattants ont consulté un médecin avant leur internement, la plupart du temps celui de la famille, faute de pouvoir se rendre auprès d'un spécialiste. À partir de 1922, un service ouvert de psychiatrie a certes été installé dans les bâtiments de l'asile Sainte-Anne

---

[185] *Ibid.*, p. 3658.
[186] Il est possible que Jean-Marie N. ait été soigné pour une dépression en 1943. Certains courriers adressés à la famille semblent en effet indiquer une hospitalisation mais fournissent peu d'informations sur le séjour qu'il aurait effectué à l'hôpital ou dans une maison de santé, peut-être à la clinique de Champvert.
[187] AD des Hautes-Alpes, registre matricule, bureau de Gap, classe 1913, matricule 157, 1 R 1057. La tuberculose n'est pas mentionnée par le docteur Henri Bouyer qui examine Eugène N. en 1931.
[188] AD de l'Isère, fonds du tribunal départemental des pensions, dossier de Victor E., 6 U 1804.
[189] AD de l'Isère, fonds du tribunal départemental des pensions, dossier de Paul N., 6 U 1799.

(Seine). Les malades peuvent être soignés en ambulatoire ou séjourner dans le service sans être internés[190]. Sans adopter le même dispositif, certains départements décident dans les années 1930 d'ouvrir des consultations externes de neuropsychiatrie. C'est le cas dans le Rhône où Jean Lépine reçoit des malades à l'hôpital Édouard Herriot[191]. Toutefois, en dehors des villes universitaires, ces initiatives sont rares[192]. Plutôt que de se déplacer pour trouver un médecin, Jean N., qui a été interné à la Maison nationale de Charenton entre janvier et août 1915 et habite en Saône-et-Loire, choisit par exemple d'écrire au docteur Roger Mignot en mars 1919 pour lui décrire ses symptômes et lui demander conseil :

> « Me sentant un peu nerveux, mais pas déprimé, je me permets de vous demander une consultation, excusez mon sans gêne mais puisque grâce à vous j'ai pu remplir mon devoir de soldat jusqu'au bout je vous en garde une reconnaissance qui me donne la force de vous importuner à nouveau. Voici ce que j'éprouve. De légères insomnies. Cela tient peut être à la reprise des affaires que j'avais complètement oubliées et pour lesquelles j'ai du fournir un effort sérieux. 4 ans de guerre abrutissent tellement la bête humaine […] Que me conseillez-vous de prendre ? […] »[193]

Sa femme, qui joint sans le lui dire un mot à sa lettre, paraît très alarmée, expliquant au médecin que « chaque année au printemps et à l'automne il reprend cet énervement »[194]. Mais rares sont ceux qui peuvent bénéficier des conseils d'un psychiatre par courrier. La plupart doivent se rendre en ville pour être examinés, ce qui suppose d'avoir les moyens de payer le voyage et la consultation. Certes, les anciens combattants qui, sans être internés, sont pensionnés pour maladie mentale peuvent être examinés sans avoir à rien débourser. Ils disposent en effet, comme n'importe quels malades ou blessés de guerre, d'un carnet de soins gratuits[195]. Claude S., qui souffre de dépression, peut ainsi voir un docteur qui lui prescrit

---

[190] Le service départemental de prophylaxie mentale de la Seine prend le nom d'hôpital Henri-Rousselle en 1926. Les patients atteints de troubles mentaux légers sont placés dans un service d'observation et un service de traitement sans faire l'objet d'une procédure d'internement. Un dispensaire permet par ailleurs de prendre en charge des malades sans qu'ils séjournent à l'hôpital. Enfin, un service social s'occupe des relations avec les familles. Il peut aussi apporter une aide morale et financière aux malades. Voir Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, « Réalité et perspectives de la médicalisation de la folie dans la France de l'entre-deux-guerres », art. cit. ; Michel HUTEAU, *Psychologie, psychiatrie et société sous la troisième République. La biocratie d'Édouard Toulouse*, *op. cit.*, p. 196-219 ; Gregory M. THOMAS, « Open psychiatric services in interwar France », *History of Psychiatry*, n° 15, juin 2004, p. 131-153.

[191] Voir Michel-Charles PLANAS, *Contribution à l'étude et à l'organisation des services ouverts des hôpitaux psychiatriques. Le service ouvert de la clinique neuropsychiatrique et d'hygiène mentale à l'hôpital du Vinatier*, thèse soutenue devant la faculté de médecine de Lyon, 1947.

[192] Voir Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, *L'Hécatombe des fous, op. cit.*, p. 280.

[193] AD du Val-de-Marne, fonds de l'hôpital Esquirol, dossier de Jean N., 4 X 989.

[194] *Idem*.

[195] Le carnet de soins gratuits se compose de billets détachables qui servent à l'établissement des prescriptions médicales et des factures.

dans un premier temps du repos et une alimentation variée puis, en l'absence d'amélioration, du valium[196]. Mais ceux qui ne sont pas pensionnés en raison de leurs troubles n'ont pas cet avantage. Ainsi, Julie Z. explique au psychiatre de l'asile Saint-Robert qu'elle a bien tenté de faire soigner son mari Francisque en l'emmenant voir le docteur Vallus puis Louis Bériel. Ce dernier dirige le service de neurologie des hôpitaux de Lyon[197]. « Il aurait sans doute fallu continuer », admet-elle. Faute d'argent, elle doit cependant renoncer à faire suivre Francisque. Le couple a quatre enfants et habite un petit village de l'Isère près de Bourgoin. En septembre 1924, l'état de Francisque s'aggrave. D'après Julie, il devient « subitement fou ». Elle demande un nouvel examen par une commission de réforme pour qu'il obtienne une pension, mais il est impossible de le conduire auprès de Jean Lépine qui doit réaliser l'expertise. Francisque entre à l'asile Saint-Robert quelques semaines plus tard[198].

L'internement est considéré comme une solution de dernier recours : il ne survient que lorsqu'il y a un danger imminent pour le malade ou son entourage. Les signes avant-coureurs semblent souvent avoir été négligés par les autorités, ou n'ont pas paru assez alarmants pour justifier un internement d'office. Dans bien des cas, il faut que le malade ait attenté à sa vie ou à celle d'autrui pour qu'il entre à l'asile. Le cas d'Édouard T. est révélateur. Réformé le 11 septembre 1919, il a obtenu une pension avec un taux d'invalidité de 100 % en raison de troubles mentaux en mars 1920. Depuis son retour chez lui, à Saint-Chef dans l'Isère, les incidents se sont multipliés. Édouard est sans arrêt ivre et violente sa mère avec laquelle il vit. En mai 1924, le préfet de l'Isère ordonne à deux reprises une expertise médicale. Elles sont réalisées par le docteur Souchon de Bourgoin qui n'est pas psychiatre et ne décèle pas de troubles mentaux[199]. Le 24 septembre 1924, Édouard vole une échelle et frappe un voisin. Le maire demande son internement et le docteur Paul Sage est chargé par le procureur de la République d'aller l'examiner. Originaire d'une commune voisine, il connaît la famille, mais ce n'est pas non plus psychiatre. Il est gynécologue, spécialiste des maladies infantiles. Il ne constate aucun signe de dérangement cérébral chez Édouard et conclut : « je ne vois pas qu'il y ait urgence de l'interner car il n'a commis aucun délit intéressant la sécurité publique ». Il prescrit tout de même de le faire surveiller et ajoute : « il ne sera d'ailleurs pas chose facile

[196] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, dossier de Claude S., H-Dépôt Vinatier Q 802. Il n'a pas été possible d'identifier le médecin à l'origine de ces prescriptions.
[197] Sur le docteur Louis Bériel, voir André DEVIC, « Louis Bériel (1878-1965) », *Journal de médecine de Lyon*, n° 1096, avril 1966, p. 531-534.
[198] Archives du Centre hospitalier Alpes-Isère, dossier de Francique Z., non coté.
[199] AD de l'Isère, fonds du tribunal de première instance de Bourgoin, procédures correctionnelles, affaires jugées, rapports de gendarmerie, mai 1924, 5 U 1014 et procès-verbal de gendarmerie n° 360, vol commis le 24 septembre 1924, sans suite, état mental de l'accusé, 3 U 1/134.

que de le capturer s'il faut un jour en venir là, car cet homme est un colosse doté d'une force herculéenne »[200]. Une vingtaine de jours plus tard, Édouard se rend sur la place du village où on a installé un alambic. Il est armé d'un fusil de chasse. La suite des évènements est relatée par le docteur Émile Briche, commis le 4 novembre 1924 par le juge d'instruction pour procéder à l'examen d'Édouard :

> « On le voit d'abord s'amuser à sauter sur la croupe de deux chevaux attelés à un tombereau en station. Il tombe à terre (ruade de cheval, ébriété, crise d'épilepsie ?) et il reste assis près de l'alambic. Un ouvrier, Ricard, lie conversation avec lui et essaie de le relever ; [T.] l'embrasse en lui disant : "C'est donc toi !". Or il le connaît à peine. Ricard va s'adosser ensuite contre la fontaine publique. [T.] se relève seul, fait le tour de l'alambic, et, à deux reprises, il abaisse le canon de son fusil dans la direction de Ricard et de deux autres jeunes gens, assis sur le rebord de la fontaine. À ce moment, il prononce les mots "un boche, un boche… moi les boches, je les tue". Une troisième fois, [T.] abaisse son arme et tire, blessant mortellement Ricard. Le coup fait, il met tranquillement le fusil à la bretelle, ramasse le pain et la viande qu'il a déposés près de l'alambic et part en disant : "voilà comme on fait aux boches". »

Édouard est arrêté par les gendarmes quelques heures plus tard dans un café. Il est enchaîné et placé dans un cabanon spécial de l'hôpital mixte de Bourgoin. Entré à l'asile Saint-Robert le 8 novembre, il est déclaré irresponsable de ses actes.

Les psychiatres aboutissent à la même conclusion lorsqu'ils observent Robert L. à l'asile de Villejuif le 20 août 1928 : un mois plus tôt, il a tiré un coup de revolver sur le président du tribunal des pensions de la Seine parce qu'il refusait d'augmenter sa pension pour troubles mentaux, dont le taux d'invalidité n'était que de 25 %[201]. Une fois interné, il reçoit de nombreuses lettres d'anciens combattants, informés de sa situation par Marcel Bucard qui publie dans *L'Ami du peuple* une série de billets à propos de son affaire[202]. Mais ces courriers occultent la question de la souffrance psychique de Robert L. Les lecteurs de ce

---

[200] AD de l'Isère, fonds du tribunal de première instance de Bourgoin, procédures correctionnelles, affaires jugées, rapports de gendarmerie, octobre 1924, 5 U 1018.

[201] La situation de Robert L. est complexe. Depuis 1910, il a contracté une série d'engagements volontaires. En septembre 1923, il est finalement mis à la retraite pour infirmités incurables. En effet, il a refusé un poste de surveillant au camp d'aviation de Villacoublay en expliquant qu'il n'avait pas la force d'occuper cette fonction. En théorie, la mise en retraite pour infirmités incurables suppose une invalidité d'un minimum de 60 %. Robert L., dont l'invalidité a été évaluée à 25 %, s'estime donc lésé et se pourvoit devant le Conseil d'État. Or, il s'avère que son dernier rengagement est arrivé à expiration en octobre 1922, soit avant d'être mis à la retraite. Par conséquent, le Conseil d'État décide que la procédure de retraite n'avait pas lieu d'être et que Robert L. ne peut la faire valoir pour obtenir une augmentation de sa pension. Voir arrêt 83 546, 14 novembre 1928, *Recueil des arrêts du Conseil d'État*, Paris, Delhomme, 1928, p. 1157-1158.

[202] Voir notamment les billets intitulés « Compétence » le 6 octobre 1928, « Procédés indignes » le 7 octobre 1928, « Petit commencement » le 15 octobre 1928 et « Pour Monsieur Boujou » le 1er novembre 1928.

journal nationaliste et xénophobe[203] ne font que dénoncer un internement qu'ils jugent abusif en multipliant les attaques à l'endroit des juges et des médecins, qualifiés tour à tour de « lâches », de « bourreaux », de « salauds » et d'« embusqués »[204]. Ils répondent ainsi à l'appel de Marcel Bucard qui menace de faire « sauter » les portes de l'asile, « bastille républicaine à démolir »[205]. Le cas de Robert L. n'est donc décrit que pour mieux attiser la colère : il devient un « trépané de la guerre », un « blessé à la tête », un homme atteint d'une « horrible blessure » qui lui donne des « vertiges », bien qu'aucun élément de son dossier médical ne l'accrédite[206]. Pendant la guerre, Robert L. a été blessé à l'épaule puis évacué au Val-de-Grâce et enfin interné quatre mois à l'asile d'Évreux à la suite d'une commotion. Le certificat établi le 5 juillet 1915 précise qu'un obus a éclaté à ses côtés et qu'il a été projeté à terre « sans autre traumatisme, sans perte de connaissance ». Le médecin ajoute que « l'examen somatique est négatif à l'exception d'une anesthésie pharyngée complète ». Autrement dit, le malade est mutique mais rien n'indique qu'il a été atteint à la tête[207]. À moins que cette blessure ait échappé aux médecins à Évreux, au Val-de-Grâce comme à Villejuif, elle a donc été inventée par Marcel Bucard afin que Robert L. apparaisse incontestablement comme une victime de la guerre à laquelle d'autres anciens combattants peuvent s'identifier.

Plusieurs facteurs expliquent donc l'arrivée tardive des anciens combattants dans les asiles durant l'entre-deux-guerres. Tout d'abord, les familles éprouvent des difficultés à interpréter le comportement d'un proche dont elles ont été séparées pendant des mois voire des années. Leur désarroi est accentué par l'impossibilité de trouver un secours auprès des médecins, souvent démunis quand il s'agit de traiter une maladie mentale. En outre, les souffrances psychiques qui accompagnent le retour à la paix ne retiennent guère l'attention des psychiatres. Les familles choisissent donc souvent d'attendre et d'espérer une amélioration, tandis que les autorités municipales comme préfectorales n'agissent qu'en cas

[203] Le quotidien *L'Ami du peuple* est lancé en 1928 par François Coty, un riche industriel directeur du *Figaro* et principal actionnaire de nombreux autres journaux. Une page hebdomadaire consacrée aux anciens combattants est confiée à Marcel Bucard. Ce fils de boucher qui s'est distingué pendant la guerre jusqu'à être promu capitaine en 1918, est adhérent du parti fasciste Le Faisceau dont il dirige le service de propagande. Il fonde en 1933 son propre parti, le Francisme. Voir Laurent JOLY, « *L'Ami du peuple* contre les financiers qui mènent le monde. La première campagne antisémite des années 1930 », *Archives juives*, vol. 39, 2006/2, p. 96-109.
[204] Les lettres ont été conservées dans le dossier de Robert L. aux archives du Centre hospitalier Paul Giroud.
[205] Marcel BUCARD, « Petit commencement », *L'Ami du Peuple*, 15 octobre 1928.
[206] Marcel Bucard emploie ces expressions dans les billets du 6 et du 7 octobre 1928.
[207] Une copie du certificat médical figure dans le dossier établi à l'asile de Villejuif.

de danger avéré, se bornant à appliquer très strictement les dispositions de la loi de 1838 sur l'internement d'office pour éviter tout risque de scandale. Les malades pâtissent de cette situation : perçu comme une solution de dernier recours, l'internement ne survient que lorsqu'ils sont devenus une menace, à un stade où la guérison est compromise et où ils ont très peu de chances d'obtenir une pension.

2) Obtenir une pension : une bataille juridique perdue d'avance ?

a) Les conséquences de la fin de la présomption d'origine

Dans les asiles publics ou faisant fonction d'asiles publics, les démarches pour obtenir une pension sont le plus souvent entreprises par l'administrateur provisoire des biens des aliénés. Nommé par la commission de surveillance, celui-ci a pour tâche de gérer les biens et de défendre les intérêts des malades dès lors qu'ils ne sont pas interdits et si aucun membre de la famille n'a demandé à être officiellement désigné pour remplir ce rôle [208]. Les administrateurs provisoires ont souvent une formation de juriste. Au lendemain de la guerre, c'est Gaétan Aubery, conseiller à la Cour d'appel de Lyon, qui remplit cette fonction à l'asile de Bron[209]. À Saint-Robert, elle a été confiée à Édouard Monin, président honoraire de la Cour d'appel de Grenoble et ancien administrateur des hospices civils de la ville[210]. Les dossiers présentés au tribunal des pensions de l'Isère témoignent de sa grande efficacité et de son excellente connaissance de la procédure. Tous les administrateurs provisoires ne se montrent pas aussi compétents. En 1937 le président de la section de la Ligue des droits de l'Homme de Tourcoing signale par exemple au secrétaire général le cas d'Ambroise E., interné en mai 1922 à l'asile d'Esquermes puis à l'asile d'Armentières (Nord). Cet ancien prisonnier de guerre ne touche aucune pension. Une demande a bien été faite en son nom mais elle a été rejetée en 1923 sans qu'il soit fait appel de cette décision. Une dizaine d'années plus tard, n'ayant plus les moyens d'améliorer à leurs frais le quotidien du malade, son frère et sa sœur demandent à ce qu'il obtienne le bénéfice de l'article 55. Ils découvrent alors qu'une

[208] L'administrateur n'est censé remplir ce rôle que de manière provisoire, d'où son nom, jusqu'à ce que l'interdiction du malade soit prononcée par la justice. En réalité, l'interdiction survient rarement et l'administrateur exerce le plus souvent ses fonctions pendant toute la durée de l'internement. Sur cette question voir Benoît EYRAUD, « Prise en charge thérapeutique et protection des intérêts civils : des institutions aux enjeux imbriqués », *in* Jacques ARVEILLER (dir.), *Psychiatries dans l'histoire*, Caen, Presses universitaires de Caen, 2008, p. 407-416.
[209] AN, Paris, dossier de Légion d'honneur de Gaétan Aubéry, LH/66/21.
[210] AN, Paris, dossier de Légion d'honneur d'Édouard Monin, LH/1907/45.

tentative a déjà été faite en ce sens, sans succès, et qu'il est trop tard pour porter l'affaire devant le tribunal des Pensions[211]. En effet, le rejet d'une demande de pension ne peut être contesté que dans un délai de six mois[212]. Les administrateurs provisoires ne doivent donc pas tarder à constituer les dossiers, d'autant qu'il est dans l'intérêt des asiles de faire les démarches nécessaires pour que les malades obtiennent le bénéfice de l'article 55 et ne soient pas considérés comme indigents.

Mais la tâche n'est pas aisée. La présomption d'origine, dont a vu qu'elle a joué un rôle essentiel dans l'attribution d'une pension aux malades internés pendant la guerre, est très difficile à faire appliquer aux cas des anciens combattants internés dans l'entre-deux-guerres. Les familles ne possèdent généralement aucun document établi pendant la guerre, ou dans les six mois qui ont suivi la démobilisation, susceptible de démontrer l'existence d'un lien de causalité entre la maladie et le service. Même lorsqu'ils ont existé, les billets d'hôpitaux et les certificats médicaux ont été égarés, quand ce n'est pas le livret militaire lui-même qui reste introuvable. Pour tenter de contourner ce problème, l'administrateur provisoire de l'asile Saint-Robert plaide le cas de force majeure. Dans le dossier soumis au tribunal départemental en mars 1923 au nom de Victor E., interné après un parricide, il attire ainsi l'attention sur le fait que le malade « s'est trouvé dans l'impossibilité de faire valoir ses droits dans le délai légal de six mois par suite de son affection mentale des plus graves »[213]. Le même argument est avancé par le maire de la commune dont est originaire Claudius T. dans une lettre rédigée en août 1923 que l'administrateur provisoire joint au dossier : « Quant à l'argument du retard – permettez-moi de le dire plus que spécieux, […] il apparaît bien difficile de demander à un débile mental d'être au courant des délais légaux […] »[214].

Même lorsque la maladie a été constatée dans les six mois, la présomption d'origine ne peut pas être invoquée si la demande est formulée plus de cinq ans après la démobilisation. En effet, la loi du 31 mars 1919 ne prévoit pas qu'il soit possible de réclamer une pension passé ce délai. Celui-ci est, il est vrai, prorogé à plusieurs reprises pendant l'entre-deux-guerres[215],

[211] BDIC, fonds de la Ligue des droits de l'Homme, dossier d'Ambroise E., delta res. 798/511/834.
[212] Voir l'article 38 de la loi du 31 mars 1919.
[213] AD de l'Isère, fonds du tribunal départemental des pensions, dossier de Victor E., 6 U 1804.
[214] AD de l'Isère, fonds du tribunal départemental des pensions, dossier de Claudius T., 6 U 1810.
[215] L'article 6 de la loi du 31 mars 1919 fixe un délai de cinq ans pour formuler une demande de pension ou, une fois celle-ci obtenue, faire constater une aggravation. Toutefois, grâce à l'action des associations d'anciens combattants, ce délai est prorogé à plusieurs reprises durant l'entre-deux-guerres. En 1926, on accorde deux années supplémentaires pour faire valoir le droit à une pension et on supprime tout délai en ce qui concerne la constatation d'une aggravation. On ajoute à nouveau deux années en 1928, puis cinq ans en 1930 qui en deviennent six en 1934. En 1937, tout délai est supprimé dans le cas de blessures reçues et constatées pendant la guerre. En cas de maladie, dix-huit mois

mais sans que le bénéfice de la présomption d'origine soit maintenu[216]. Par conséquent, un soldat rentré dans son foyer depuis plus de cinq ans doit démontrer le lien entre le service et l'affection dont il est atteint. Si la demande de pension est rejetée, il faut parvenir à convaincre le tribunal départemental de revenir sur cette décision. Dans ce cas, l'expertise médicale est primordiale. Les psychiatres les mieux à même de la réaliser sont ceux qui travaillent dans les asiles d'aliénés. Considérant qu'ils sont juges et parties, certains magistrats préfèrent cependant désigner un autre médecin quand ils le peuvent. Le tribunal départemental du Rhône refuse par exemple que le docteur André Condomine réalise l'expertise de Philippe T., interné à l'asile de Bron le 15 avril 1928. Prétextant une incompatibilité de calendrier, il préfère désigner un médecin qui n'exerce pas dans l'établissement où se trouve le malade[217]. Dans le Rhône, il existe plusieurs asiles et maisons privées pour aliénés. Il est donc plus facile de recourir à différents psychiatres en fonction de chaque situation. Ce n'est pas le cas dans l'Isère où le tribunal départemental fait toujours appel à un médecin de l'asile Saint-Robert. Cette configuration ne garantit pourtant pas l'obtention d'une pension. En effet, le médecin-chef Henri Bouyer ne plaide pas toujours en faveur du malade. Ses rapports font état des mêmes réticences que celles qui ont été exprimées par la plupart des psychiatres pendant et après la guerre et sont d'autant plus fortes que l'internement est survenu longtemps après la fin du conflit. Or l'avis de l'expert est toujours suivi par le tribunal dans le cas du département de l'Isère. On compte bien un médecin parmi les juges mais celui-ci ne va jamais à l'encontre de l'avis donné par son confrère, d'autant que ce n'est jamais un psychiatre[218]. Pour faire pencher l'expert et avec lui les juges, il est donc impératif de produire des preuves.

---

supplémentaires sont accordés à condition que celle-ci ait été contractée ou aggravée dans une formation ouvrant le droit à la carte du combattant ou en captivité. G. DAMIT, « La prorogation des délais pour les demandes de pension », *Journal des mutilés*, 18 juillet 1937, p. 1.

[216] Loi du 9 janvier 1926 étendant le délai pendant lequel les anciens combattants peuvent demander une pension d'invalidité, *Journal officiel*. *Lois et décrets*, 10 janvier 1926, p. 426. L'article 1 précise qu'il est à la charge des intéressés de faire « par tous les moyens » la preuve de l'imputabilité.

[217] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, dossier de Philippe T., H-Dépôt Vinatier Q 808.

[218] Les médecins qui siègent dans les tribunaux départementaux des pensions sont toujours de médecins civils. Ils sont désignés par le ministère de la Justice. Dans le cas de l'Isère, les médecins du tribunal sont généralement des professeurs de la faculté de médecine de Grenoble. Cette fonction est par exemple régulièrement occupée par Jean Douillet, professeur d'histologie.

b) Rassembler des témoignages

En janvier 1926, le ministre des Pensions précise dans une circulaire reproduite dans le *Journal des mutilés* que la preuve de l'imputabilité au service peut être faite « par tous les moyens du droit commun, c'est-à-dire par preuve littérale, par aveu, par raisonnement, par témoins reconnus sincères, par experts, par serment »[219]. Dans la stratégie mise en place par l'administrateur provisoire de l'asile Saint-Robert, les témoins jouent un rôle capital. Différents protagonistes sont sollicités pour remplir ce rôle. L'appui du médecin de famille est particulièrement recherché : on lui demande d'établir un certificat capable de lever le doute sur l'état de santé du malade avant le conflit. Les familles sont également encouragées à prendre contact avec d'anciens camarades qui pourraient mettre en avant le rôle joué par tel ou tel évènement durant la guerre. Encore faut-il pouvoir les retrouver. Pour y parvenir, des avis de recherche sont diffusés dans la presse. À mesure qu'il a été de plus en plus difficile de faire valoir la présomption d'origine, cette pratique est devenue fréquente quelle que soit le type de maladie ou de blessure du demandeur. Une rubrique spéciale est notamment créée dans le *Journal des mutilés*. Le 4 juin 1933, on peut y lire l'appel lancé au sujet de Sylvain U., interné à l'asile de Bron le 9 février 1930[220].

Le président de la 14e section régionale de la Fédération nationale des trépanés et blessés de la tête, 7, rue Colin, à Villeurbanne (Rhône), prie camarades qui auraient connu le nommé [illegible] *Sylvain*, au régiment de marche de la Légion étrangère (1re ou 2e) en 1917 ou 1918, de lui écrire pour attestation. Frais remboursés (300.098).

Figure 16 : Petite annonce diffusée dans le *Journal des mutilés* le 4 juin 1933 à la recherche des camarades de Sylvain U[221].

Dans le cas d'Émile T., interné le 24 février 1926 à l'asile Saint-Robert et atteint de démence précoce, les recherches conduites par l'administrateur permettent de retrouver deux amis qui acceptent de témoigner en sa faveur. Voici leurs lettres, écrites en juillet 1927[222] :

[219] Cette circulaire est reproduite dans le *Journal des mutilés* le 30 janvier 1926.
[220] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, dossier de Sylvain U., H-Dépôt Vinatier Q 796.
[221] *Journal des mutilés*, 4 juin 1933, p. 7.
[222] AD de l'Isère, fonds du tribunal départemental des Pensions, dossier d'Émile T., 6 U 1821.

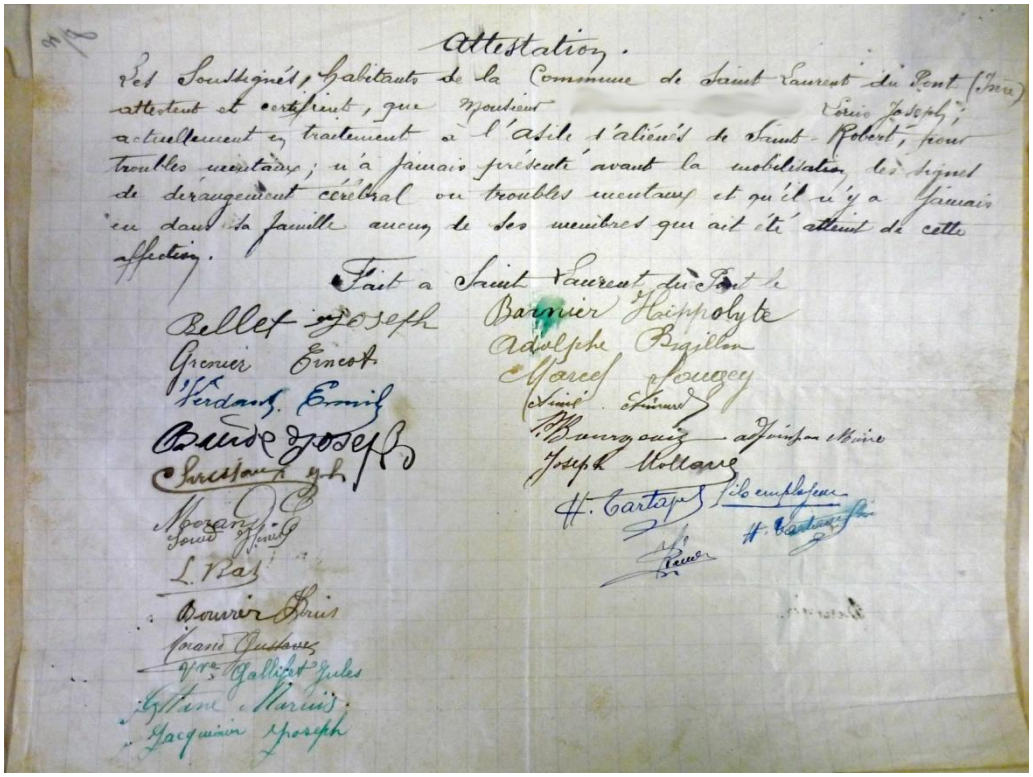
> « Je certifie avoir fait dans l'Aisne l'attaque du village de Bésange la Grande avec M. [T.] Émile encore en bonne santé et me suis aperçu de son changement mental que 2 jours après à la prise de la Souche, rivière occupée par les allemands où le 96e d'infanterie y a laissé une grande partie de son effectif quelques jours avant la signature de l'armistice. »
>
> « Je déclare avoir toujours connu et fréquenté [T.] Émile. Étant de la même classe, nous sommes partis au régiment à la même date en mai 1917. [T.] Émile était un excellent camarade, travailleur et estimé, qui jouissait de toutes ses facultés. Parti au front au début de l'année 1918, il participa à plusieurs attaques. Restés environ un an sans nous voir, ce n'est qu'après l'armistice que nous avons eu l'occasion de nous trouver en permission ensemble. Mais [T.] Émile n'avait plus comme autrefois la même mentalité et était devenu une personne qui ne jouissait plus de toutes ses facultés mentales. À mon avis ce brusque changement d'état de l'esprit n'est dû qu'à une frayeur pendant une attaque. »

Ces témoignages, synthétiques et précis, ont de toute évidence été soigneusement rédigés et on peut supposer que les deux hommes ont reçu des consignes de l'administrateur provisoire. L'objectif est de dater l'apparition des troubles et d'en démontrer la concomitance avec un fait de guerre précis. Pour appuyer ce type de déclaration mais aussi lorsqu'il n'est pas possible d'en recueillir, les éventuelles citations reçues pendant la guerre sont ajoutées au dossier. Elles doivent prouver que le malade mérite une pension, c'est-à-dire qu'il a été un soldat valeureux. L'administrateur provisoire insiste donc dans le cas de Louis T., ancien soldat au 3e zouaves, sur ses trois citations, « éclatant hommage à sa bravoure et à son esprit de sacrifice »[223]. Il s'agit aussi de rendre plus concrètes les « fatigues du service » susceptibles d'être à l'origine de son état.

Lorsqu'il le peut, l'administrateur provisoire élargit le cercle des témoins en s'adressant à tous ceux qui incarnent une forme d'autorité : le curé, le garde champêtre, les anciens employeurs du malade sont invités à rédiger une déclaration. Les maires soutiennent bien volontiers les démarches entreprises par les asiles afin que le malade ne soit pas considéré comme indigent. Certains soulignent d'ailleurs ouvertement les conséquences financières du rejet de la demande de pension : « les ressources communales ne permettent pas au conseil municipal de prendre à sa charge un aliéné qui incombe à l'autorité militaire », déclare ainsi le maire du domicile de secours de Claudius T., interné à l'asile Saint-Robert le 11 décembre 1923[224]. Le malade n'a qu'une sœur et une tante, toutes deux trop pauvres pour régler ses frais d'internement. Parfois, plusieurs des voisins acceptent de signer une pétition,

[223] AD de l'Isère, fonds du tribunal départemental des pensions, dossier de Louis T., 6 U 1814.
[224] AD de l'Isère, fonds du tribunal départemental des pensions, dossier de Claudius T., 6 U 1810.

comme pour Louis R. à Saint-Laurent-du-Pont. Dans ce petit village de l'Isère, on se connaît depuis des générations et chacun a intérêt à ce qu'il obtienne une pension.


Attestation.

Les Soussignés, habitants de la Commune de Saint Laurent du Pont (Isère) attestent et certifient, que Monsieur Louis Joseph, actuellement en traitement à l'Asile d'aliénés de Saint Robert, pour troubles mentaux ; n'a jamais présenté avant la mobilisation les signes de dérangement cérébral ou troubles mentaux et qu'il n'y a jamais eu dans la famille aucun de ses membres qui ait été atteint de cette affection.

Fait à Saint Laurent du Pont le

Figure 17 : Attestation des habitants de Saint-Laurent-du-Pont en faveur de Louis R.[225]

Enfin, lorsqu'ils en sont capables, les malades écrivent à l'administrateur provisoire qui ajoute leurs lettres au dossier. Les exemples sont rares mais on relève une proximité frappante dans l'argumentaire mobilisé. Les hommes mettent tous en avant leur participation active aux combats. Jean-Baptiste D. affirme ainsi le 19 septembre 1929 : « ma pensée n'était pas aliénée dans les tranchées. Si j'avais été un prédisposé sous la mitraille et les obus, où il y avait toutes les raisons d'être anxieux et angoissé, j'aurais bien dû accuser des troubles »[226]. François Z. souligne quant à lui le 19 décembre 1932 : « à mon arrivé au corps au 75 de ligne à Romas Drôme le 15-12-1914 j'ai été a la visite a ce corps reconnu apte service armée sans aucune maladie. Ce qui détruit la preuve contraire que l'État pourait tenter d'administrer que

[225] AD de l'Isère, fonds du tribunal départemental des pensions, dossier de Louis R., 6 U 1828. Le texte qui précède les signatures est le suivant : « Les soussignés, habitants de la commune de Saint Laurent du Pont (Isère) attestent et certifient, que Monsieur [R.] Louis Joseph ; actuellement en traitement à l'asile d'aliénés de Saint-Robert pour troubles mentaux ; n'a jamais présenté avant la mobilisation les signes d'un dérangement cérébral ou troubles mentaux et qu'il n'y a jamais eu dans la famille aucun de ses membres qui ait été atteint de cette affection ».

[226] AD de l'Isère, fonds du tribunal départemental des pensions, dossier de Jean-Baptiste D., 6 U 1833.

là où les affections pour lesquelles j'ai demandé réparation n'aurait pas été imputables au service »[227]. Mais ces témoignages sont à double tranchant. En effet, ils peuvent être utilisés pour montrer que, de l'aveu même du malade, les troubles mentaux sont survenus après la guerre et n'ont donc pas de lien avec le service.

c) Trouver une blessure

En réalité, aucun témoignage n'est pris en compte par les juges du tribunal départemental qui font preuve en la matière d'une grande constance. La pétition des habitants de Saint-Laurent-du-Pont est considérée « sans valeur objective », tandis que les déclarations des anciens camarades d'Émile T. sont jugées « irrecevables ». La décision de les écarter est-elle prise à l'unanimité ? Le tribunal départemental est composé du président et d'un juge du tribunal civil du chef-lieu du département, d'un membre du conseil de préfecture, d'un médecin civil et d'un pensionné tiré au sort[228]. On peut penser que ce dernier ne partage le pas l'avis de ces collègues sur bien des points, notamment sur l'importance à accorder aux témoignages. Mais il est impossible de l'affirmer puisque le détail des délibérations ne figure pas dans les dossiers. Reste que, comme le pressentait le *Journal des mutilés*, l'interprétation large et généreuse de la notion de preuve préconisée par le ministre des Pensions dans la circulaire de 1926 n'est pas celle qui prévaut sur le terrain.

En dernière analyse, il apparaît que ceux qui peuvent faire valoir une blessure de guerre sont nettement favorisés car il leur est possible d'affirmer que leur maladie mentale en résulte, surtout si elle est située à la tête. À la recherche de traces visibles du traumatisme subi, certaines familles se lancent donc dans de véritables enquêtes. C'est le cas de l'épouse de Sylvain U., dont le cas a été évoqué ci-dessus. Depuis sa démobilisation, il touche une pension de 240 francs par an correspondant à un taux d'invalidité de 10 % en raison de blessures au pied et au bras reçues pendant son séjour au front. Après son internement, il est présenté devant une commission de réforme qui déclare son état non imputable au service. Sa femme fait appel à la section régionale de la Fédération nationale des Trépanés et Blessés de la Tête, qui introduit un recours auprès de la Cour régionale des Pensions. Le dossier établi au nom du malade à l'asile de Bron permet de connaître les pièces qu'il a été envisagé de

[227] AD de l'Isère, fonds du tribunal départemental des pensions, dossier de François Z., 6 U 1865.
[228] Voir l'article 36 de la loi du 31 mars 1919. Le médecin civil est choisi sur une liste de médecins experts, parmi les membres d'un syndicat ou d'une association de médecins du département. Le pensionné est tiré au sort sur une liste de vingt membres présentée par les associations de mutilés ou réformés du département.

présenter pour établir la preuve demandée. Madame U. ne possède aucun certificat établissant que son mari a reçu des soins médicaux entre 1918 et 1925 mais, grâce à la petite annonce passée dans le *Journal des mutilés*, il a été possible de recueillir les témoignages d'anciens camarades. Toutefois, ceux-ci risquent d'être rejetés par la Cour. Sylvain U. est certes médaillé militaire et a reçu cinq citations, mais ce n'est pas non plus suffisant. Quatre blessures sont bien évoquées dans ses citations mais on ne lui connait que celles dont il porte les traces au pied et au bras. Nul ne sait quelle partie de son corps a été atteinte par les deux autres, pas même Sylvain U. qui ne se souvient de rien. Or tous les espoirs résident dans ces deux blessures mystérieuses. Car s'il s'avérait qu'il en avait reçu une à la tête, il pourrait obtenir une pension. Tel est le raisonnement exposé au médecin-chef de l'asile :

> « […] si ces 2 blessures, même une seule, étaient à la tête ? Sur le moment cela n'a rien été puisqu'il n'a pas été évacué. Mais, par la suite, dans les violents bombardements subis par lui, ne croyez-vous pas, Monsieur le Médecin-Chef, qu'ayant par exemple une petite blessure à la tête, insignifiante peut-être sur le moment, mais dont le choc se serait aggravé par la suite de commotions occasionnées par les dits violents bombardements sous lesquels [U.] est resté des journées entières (livret militaire et certificat d'un camarade du front) ? »

Mais les recherches du médecin ne permettent pas de repérer la trace d'une blessure sur le crâne de Sylvain U. et la Cour régionale rejette la demande de pension. En 1935, l'épouse du malade parvient à obtenir une audience auprès du ministre des Pensions et tente d'intercéder en faveur de son mari, sans succès[229].

Pour comprendre pourquoi la famille de Sylvain U. attache tant d'importance à la découverte d'une cicatrice, il faut s'arrêter sur le cas des anciens combattants qui obtiennent une pension grâce à leur blessure. Celle-ci constitue un argument majeur aux yeux des juges et des médecins, y compris pour des malades qui avaient *a priori* peu de chance d'être pensionnés, comme Joseph T. par exemple. Interné à l'asile Saint-Robert le 24 mars 1931, il se voit reconnaître par le tribunal une invalidité de 100 % pour troubles mentaux. Le malade, déjà pensionné à 30 % pour paralysie cubitale droite, a insisté pour demander une augmentation de sa pension. L'administration provisoire a accepté de le laisser déposer un recours, sans grand espoir. Le docteur Henri Bouyer, médecin de l'asile, a en effet estimé la démarche inutile. Dans un certificat établi en juin 1931, il considère que les troubles de Joseph T. sont « principalement sinon exclusivement en rapport avec l'alcoolisme ». Le témoignage du beau-frère du malade va dans le même sens. Par ailleurs, il est facile de faire

[229] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, dossier de Sylvain U., H-Dépôt Vinatier Q 796.

valoir une hérédité chargée : son père, qui aurait été lui-même alcoolique, est mort dans une maison de santé privée. Enfin, le dossier est particulièrement difficile à défendre car Joseph T. a derrière lui un parcours chaotique, faits de condamnations et d'internements multiples. Géomètre métreur, il s'est marié en 1917 mais vit séparé de sa femme avec laquelle il se montre violent. Il s'est rendu coupable d'une série d'escroqueries consistant à commander des produits ou à demander des livraisons à divers commerçants dans le seul but de se faire inviter à boire une fois le marché conclu. Il a été placé à l'asile de Privas (Ardèche) en 1928, puis à l'asile Ville-Évrard (Seine) en 1930. En 1931, trois mois après une tentative de sortie de l'asile Saint-Robert, il est arrêté pour le vol d'une montre et à nouveau interné. Le recours auprès du tribunal départemental des pensions est déposé en juin 1933 : une expertise médicale est ordonnée par le tribunal et confiée à Henri Bouyer. Or les conclusions de son rapport diffèrent de celles qu'il a communiquées deux ans auparavant à l'administrateur provisoire. Pourquoi ce revirement ? Le médecin décide-t-il qu'il est dans l'intérêt de l'asile que Joseph T. puisse payer son internement ? Peut-être, mais il semble surtout influencé par les nouveaux témoignages qui ont été versés au dossier. Il savait déjà que Joseph T., mobilisé au 170e régiment d'infanterie, avait été blessé le 24 septembre 1914 au bras, au cou, à la fesse et au crâne. La lésion à la tête était jusqu'à présent considérée comme très superficielle. Or, en avril 1932, le docteur Seitier qui a soigné Joseph T. au poste de secours avant son évacuation affirme qu'il était « fortement commotionné ». D'autre part, une infirmière qui s'est occupée de lui durant son séjour dans un hôpital auxiliaire de Lyon atteste en mars 1932 qu'il n'était « pas normal au point de vue mental ». À la lumière de ces éléments, le docteur Bouyer revoit son diagnostic et considère que Joseph T. a été étiqueté à tort alcoolique chronique. Il serait en fait atteint d'une épilepsie larvée d'origine constitutionnelle mais qui pourrait avoir été aggravée par la blessure au crâne et la commotion subies pendant la guerre. Son avis est suivi par le tribunal départemental et Joseph T. obtient une pension[230].

Cet exemple montre que l'existence d'une blessure à la tête influence les médecins et peut remettre en cause le regard porté sur un malade. Elle les incite même à prendre en compte les difficultés de la transition entre guerre et paix. En 1925, dans son rapport sur Germain D., ce jeune homme mutilé dont il a été question plus haut, le docteur Émile Briche estime que les ennuis auxquels il a dû faire face avant d'obtenir une pension ont pu « constituer un facteur moral dans l'étiologie de sa maladie mentale »[231]. Les conclusions du

[230] Archives du Centre hospitalier Alpes-Isère, dossier de Joseph T., non coté et AD de l'Isère, fonds du tribunal départemental des Pensions, dossier de Joseph T., 6 U 1856.
[231] AD de l'Isère, fonds du tribunal départemental des pensions, dossier de Germain D., 6 U 1810.

rapport qu'il rédige avec Henri Bouyer à propos d'un autre malade, Joseph D., sont plus étonnantes encore. Soldat au 2e régiment d'artillerie de campagne, celui-ci a été blessé le 5 octobre 1915 par un éclat d'obus de gros calibre et soigné à l'hôpital de Dieppe puis est retourné au front et n'a été démobilisé qu'en mars 1919. Au mois de décembre, il a commencé à souffrir de crises épileptiques. En l'interrogeant, les deux médecins s'aperçoivent que pendant l'aura qui précède les crises, Joseph D. « revoit la scène de sa blessure, entend un sifflement identique à celui de l'obus dont il fut atteint et tourne la tête du même côté avant de perdre connaissance ». Ils décident alors que l'épilepsie peut être attribuée au « choc physique et psychique » subi le 5 octobre 1915, bien qu'ils estiment anormale « la période assez longue de latence entre le choc de 1915 et les premiers accidents convulsifs ». Pour l'expliquer, ils mettent en avant l'état de tension dans laquelle se trouvait Joseph D. pendant la guerre et considèrent que le retour chez lui a provoqué « un relâchement de cette tension qui n'était plus nécessaire et d'autre part une vivacité plus grande des souvenirs pénibles de son traumatisme »[232]. En réalité, leur conclusion n'est pas novatrice. Dès 1916, Pierre Marie a mis en évidence un « syndrome psychique résiduel » chez les blessés du crâne et les commotionnés[233]. Plusieurs auteurs ont souligné sa tendance à apparaître tardivement[234] et, après l'armistice, l'étude de ce syndrome est approfondie grâce à l'étude des « séquelles lointaines » présentées par des malades commotionnés pendant la guerre et encore internés dans les asiles d'aliénés[235]. En 1930, s'appuyant sur leur expérience d'experts auprès des commissions de réforme, Paul Abély et Maurice Pignède décrivent un « tableau clinique tardif post-commotionnel »[236]. Sept ans plus tard, René Targowla présente des cas similaires repérés parmi les anciens combattants qu'il est amené à examiner au centre de réforme de Paris[237]. Ces travaux fournissent aux psychiatres un cadre d'interprétation des symptômes présentés par les anciens combattants blessés à la tête ou commotionnés qui leur

[232] AD de l'Isère, fonds du tribunal départemental des pensions, dossier de Joseph D., 6 U 1807.
[233] Pierre MARIE, « La conduite à tenir vis-à-vis des blessés du crâne », *Revue neurologique*, 1916, vol. 1, p. 453-476.
[234] Voir par exemple Maurice VILLARET, Marcel FAURE-BEAULIEU, « Les accidents graves d'apparition tardive chez les blessés de guerre cranio-cérébraux », *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, n° 13-14, 20 avril 1916, p. 535-544.
[235] Charles MOUCHETTE, *Contribution à l'étude des séquelles lointaines des commotions de guerre*, *op. cit.*, p. 29 ; Pierre SIMERAY, *Contribution à l'étude des séquelles des commotions et traumatismes cranio-cérébraux de guerre*, thèse soutenue devant la faculté de médecine de Paris, 1922 ; SIZARET, Marc TRÉNEL, « Sur la question des séquelles lointaines des commotions de guerre et démence précoce », *Bulletin de la Société clinique de médecine mentale*, n° 1-2, janvier-février 1927, p. 40-43.
[236] Paul ABÉLY, Maurice PIGNÈDE, « Séquelles lointaines des commotions cérébrales. Tableau clinique tardif post-commotionnel », *L'Encéphale*, n° 6, juin 1930, p. 436-444.
[237] René TARGOWLA, « Le syndrome comitial très tardif dans anciens traumatisés cranio-cérébraux de la guerre de 1914-1918 », *La Presse médicale*, n° 61, 31 juillet 1937, p. 1115-1117.

fait entièrement défaut pour les autres malades : leur irritabilité, leur émotivité sont considérées comme le mode d'expression au plan psychique d'une pathologie organique.

Ce raisonnement n'est cependant pas appliqué de manière systématique. Dans le rapport d'expertise qu'il remet au tribunal au sujet de Jean T., interné à l'asile Saint-Robert le 14 avril 1931, le docteur Henri Bouyer rejette l'imputabilité au service alors que le cas de ce malade semble très proche de celui de Joseph T., évoqué plus haut. Jean T. accomplissait son service militaire au 4e génie quand la guerre a éclaté et il a été victime d'une commotion par éclatement d'obus le 17 novembre 1916, puis d'une blessure à la tête le 19 janvier 1917. À la différence de Joseph T., il n'a pas d'antécédents héréditaires, ce qui devrait en principe lui être favorable. Mais les premiers symptômes de la maladie ne seraient apparus qu'en 1931. Aucun document ne permet d'attester qu'ils se sont manifestés plus tôt, en particulier juste après la blessure. D'autre part, Jean T. ne présente pas tout à fait le tableau clinique décrit par Paul Abély et Maurice Pignède. Il ne souffre pas de crises d'épilepsie et n'a pas de céphalées. Le docteur Henri Bouyer conclut d'abord à une intoxication alcoolique puis, devant l'absence d'amélioration, à une démence précoce[238]. Et Jean T. n'obtient pas de pension.

Sur les 53 malades internés après la guerre à l'asile Saint-Robert dont le cas est examiné par le tribunal départemental des pensions, seuls trois obtiennent une pension pour troubles mentaux. Le premier, Antoine U., a été interné le 23 mai 1919. Il fait partie des malades que le directeur de l'asile signale au ministre des Pensions car, la présomption d'origine s'appliquant encore, la commission de réforme aurait dû concéder automatiquement une pension avec un taux d'invalidité de 100 %. Le deuxième est Henri D., obsédé par le souvenir de la guerre, dont la pension accordée à titre provisoire avait été supprimée en 1926. Celle-ci est finalement rétablie, toujours à titre provisoire cependant. Le troisième est Joseph T., qui bénéficie comme nous l'avons vu de sa blessure à la tête. Tous les autres sont déboutés, leur cas montrant qu'il ne suffit pas d'être un ancien combattant interné pour relever, aux yeux des juges, de l'article 55 de la loi du 31 mars 1919.

*
**

[238] AD de l'Isère, fonds du tribunal départemental des pensions, dossier de Joseph T., 6 U 1852. Le malade est prénommé Joseph. Cependant, pour éviter toute confusion avec le premier Joseph T. dont il a été question dans cette sous-partie, j'ai choisi de l'appeler Jean.

La mise en application de l'article 55 de la loi du 31 mars 1919 comporte donc plusieurs phases qu'il est important de distinguer pour en évaluer la portée. Lors de son entrée en vigueur et tant que la présomption d'origine joue, les anciens combattants internés obtiennent une pension sans difficulté majeure et leur taux d'invalidité est obligatoirement évalué à 100 %. Mais il en va tout autrement lorsque le délai légal pour faire valoir la présomption d'origine est dépassé. Or les internements tardifs ne sont pas rares. Pour les anciens combattants qui entrent dans les asiles des années après la fin de la guerre, il est très compliqué d'obtenir le bénéfice de l'article 55. Ces hommes et leurs familles se trouvent dans l'impossibilité de présenter une preuve qui relierait la maladie au service. Rares sont ceux qui ont pu consulter un spécialiste et, même lorsque c'est le cas, l'idée que le traumatisme puisse avoir des effets différés n'entre pas encore dans le cadre de réflexion des psychiatres. Dans ce contexte, seuls les anciens combattants qui souffrent d'une blessure susceptible d'expliquer l'apparition de la maladie mentale et de lui donner une dimension physique facilitant son appréhension, peuvent espérer devenir des « articles 55 ». Encore faut-il ensuite le rester. Au cours des années 1930, le groupe d'individus pensionnés à 100 % pour aliénation mentale diminue progressivement du fait des révisions successives du taux de leurs pensions.

Quand bien même de nombreux malades parviennent à devenir et à rester des « articles 55 », ce statut n'a pas été conçu dans leur intérêt. En retraçant sa genèse, on constate qu'il vise en premier lieu à contenter les communes et les départements sans remettre en cause le dispositif prévu par la loi du 30 juin 1838 qui dispense l'État de financer l'assistance psychiatrique. Ainsi, les anciens combattants internés ont droit à une pension mais celle-ci est ponctionnée par les asiles pour acquitter leurs frais d'hospitalisation et aider leurs familles. Leurs épouses ont certes droit à une indemnité mais au détriment de leur mari. En effet, on les assimile à des veuves sans leur octroyer une véritable pension puisque leur conjoint n'est pas décédé et qu'il faut également lui verser de l'argent. Isolés, les anciens combattants internés ont en outre pâti de l'attitude des psychiatres qui se sont pour la plupart opposés à une indemnisation jugée trop généreuse. Ni tout à fait morts, ni tout à fait vivants, ces hommes font l'objet de demi-mesures qui les pénalisent au quotidien.

Chapitre 5 : Les « articles 55 » dans l'entre-deux-guerres, des internés ordinaires ?

Dans quelle mesure les anciens combattants pensionnés pour aliénation mentale font-ils l'objet d'un traitement particulier ? En partant de cette question, ce chapitre s'intéresse aux conséquences concrètes et quotidiennes de la loi du 31 mars 1919 dans les asiles d'aliénés. Il montre tout d'abord que les « articles 55 » constituent une catégorie d'individus identifiée par les administrations asilaires. Cependant, il existe entre eux de nombreuses différences. Bien que les mêmes règles soient censées s'appliquer partout et pour tous, la variété des situations est frappante. Être un « article 55 » n'a pas la même signification d'un établissement et d'un individu à l'autre et, dans certains cas, le sort d'un ancien combattant interné ne diffère pas de celui d'un aliéné indigent interné aux frais des départements.

Ces inégalités sont dénoncées par plusieurs associations d'anciens combattants qui cherchent à garantir les mêmes droits à tous les « articles 55 » mais aussi à s'assurer qu'ils soient bien distingués des fous « ordinaires ». Ainsi, les aliénés ne sont pas oubliés par leurs frères d'armes qui fondent les premières associations consacrées à des malades internés et revendiquent un droit de regard sur leurs conditions de vie. En s'imposant comme de nouveaux interlocuteurs auprès des administrations asilaires, les anciens combattants obtiennent que des modifications soient apportées à la loi. Sont-ils pour autant parvenus à ce que leurs camarades bénéficient d'un traitement préférentiel ? Nous allons voir que leur action n'a pas eu les résultats escomptés. En outre, leurs interventions se limitent au cadre des asiles d'aliénés et ne concernent que les malades pensionnés. Les associations négligent donc les anciens combattants internés qui souffrent de troubles mentaux déclarés non imputables. Elles ne prennent pas non plus en compte le devenir des hommes qui, une fois sortis de l'asile, ne relèvent plus de l'article 55. Si elles s'interrogent rarement sur les moyens de favoriser et d'accompagner leur réinsertion sociale, c'est que l'asile est considéré un monde clos où les malades sont définitivement relégués en marge de la société. Par conséquent, même lorsque l'internement n'est plus nécessaire d'un point de vue médical, il est extrêmement difficile d'y mettre fin.

I - Un statut unique, des situations plurielles

1) Des conditions de vie inégales

L'article 55 s'appliquant en principe de la même façon dans tous les asiles d'aliénés, il devrait garantir une égalité de traitement à tous les anciens combattants internés. C'est en fait loin d'être le cas et, en dépit de son apparente homogénéité, le groupe des « articles 55 » est très hétérogène. En effet, les conditions de vie des anciens combattants pensionnés pour aliénation mentale varient fortement en fonction de leur passé militaire et de leur situation familiale mais aussi selon les établissements dans lesquels ils sont internés.

a) La diversité des situations individuelles

Dans les asiles d'aliénés, qui fonctionnent comme des microcosmes où se reproduisent les inégalités sociales, les malades sont répartis dans plusieurs classes de traitement en fonction du prix de journée dont ils s'acquittent. À l'asile de Cadillac, les malades des trois premières classes sont logés dans le pensionnat. Ce bâtiment, construit à l'écart des autres pavillons, comprend une salle de billard et des salles de réunion où sont mis à disposition des jeux, un piano et des livres. Les patients les plus fortunés bénéficient en outre de chambres particulières et peuvent s'attacher les services d'un infirmier moyennant un supplément de 7,5 francs par jour. Le trousseau de chaque pensionnaire, fourni par les familles, diffère aussi en fonction de la classe de traitement. Il comporte plus d'effets pour les malades aisés afin qu'ils puissent se changer plus souvent. Les pensionnaires de première classe possèdent ainsi deux fois plus de chemises, de paires de draps, de mouchoirs et de serviettes que ceux de quatrième classe[1]. Ils bénéficient enfin d'un meilleur régime alimentaire. Voici par exemple le menu des repas servis le 3 octobre 1927 :

[1] AD de la Gironde, prospectus des années 1920 conservé avec l'inventaire de la sous-série 1 X.

	1er repas	2ème repas	3ème repas
1ère classe	Café noir	Soupe grasse Ragout et rôti de bœuf Lentilles Figues et pâtisserie	Potage tapioca Pâté Rôti de veau Salade Amandes et confiture
2ème classe	Café noir	Menu de la 1ère classe sans la pâtisserie	Menu de la 1ère classe sans les amandes
3ème classe	Café noir	Soupe grasse Rôti de bœuf Lentilles	Soupe maigre Rôti de veau Salade
Indigents	Soupe	Soupe grasse Ragout de boeuf	Soupe maigre Lentilles

Tableau 9 : Menus des repas servis le 3 octobre 1927 aux malades internés à l'asile de Cadillac selon la classe de traitement[2]

Les conditions de vie des anciens combattants internés dépendent donc des sommes dont ils disposent pour payer l'asile où ils sont traités. Or leur pension militaire varie en fonction du grade qu'ils occupaient dans l'armée. En 1920, un lieutenant pensionné à 100 % reçoit 3 630 francs par an contre 2 400 francs pour un simple soldat[3]. Certains anciens combattants issus des colonies sont encore moins bien lotis. En effet, tous ne bénéficient pas des mêmes pensions que les métropolitains. Les soldats originaires d'Afrique occidentale et équatoriale française n'ont droit qu'à 1 000 francs par an, tandis que ceux qui viennent d'Indochine, de Nouvelle-Calédonie ou encore de la Côte française des Somalis reçoivent seulement 720 francs[4]. Par conséquent, à l'asile de Cadillac, ces hommes sont tous traités avec les indigents[5].

En plus du grade, la situation familiale modifie le montant de la pension. En effet, si la somme de 2 400 francs accordée à un ancien soldat n'est pas négligeable[6], elle ne lui revient

[2] AD de la Gironde, fonds du service départemental de l'ONAC de la Gironde, comité départemental des mutilés et réformés, assemblée plénière du 22 octobre 1927, 4601 W 16.
[3] Le tarif indiqué correspond à celui qui s'applique pour les lieutenants du 1er échelon. Voir le tableau II annexé à la loi du 31 mars 1919, *Journal officiel*. *Lois et décrets*, 2 avril 1919, p. 3391.
[4] Voir Charles VALENTINO, *Les pensions aux indigènes des colonies et à leurs ayants cause*, Paris, Levrault-Berger, 1925, p. 176-177.
[5] AD de la Gironde, fonds du service départemental de l'ONAC de la Gironde, comité départemental des mutilés et réformés, assemblée plénière du 22 octobre 1927, 4601 W 16.
[6] À titre de comparaison, « une dame sténo-dactylographe débute à l'Office national des mutilés avec 1 800 F par an, et un rédacteur à 2 500 F, pour atteindre respectivement 3 600 et 5 000 F en fin de

pas entièrement. Comme on l'a vu, la loi du 31 mars 1919 prescrit de prélever sur ce montant l'équivalent d'une pension de veuve du taux de réversion, soit 500 francs. S'ils sont pères de famille, ces malades doivent également financer les majorations de 300 francs remises à leur épouse pour chacun de leurs enfants. Les hommes mariés sont donc nettement désavantagés. En 1926, à l'asile de Cadillac, tous sont placés en troisième classe alors que la majorité des célibataires sont traités en deuxième classe. En outre, le fait d'être marié ou célibataire joue sur le montant du reliquat de la pension, comme le rappelle le directeur de l'asile de Saint-Jean-de-Dieu au ministre des Pensions en juillet 1930[7]. Bien que le ministre ait accepté de verser à l'asile deux francs par jour pour chaque pensionné militaire marié, afin que tous les anciens combattants soient traités de la même façon, l'inégalité subsiste. En effet, à cette date, les « articles 55 » touchent 1 788,50 francs par an. Grâce à la participation du ministère des Pensions, les malades mariés ne payent certes à l'asile que 1 001 francs contre 1 183 francs pour les malades célibataires. Mais ils doivent encore reverser une pension à leur épouse. Finalement, alors qu'il reste 605,50 francs aux célibataires pour se constituer un pécule et s'offrir des douceurs, les malades mariés ne disposent que de 67,50 francs. Il est donc plus difficile de mettre de l'argent de côté ou d'améliorer le quotidien en s'achetant des journaux, du tabac ou des friandises.

D'autres variables accentuent encore les disparités entre anciens combattants internés. Parmi tous les « articles 55 », les titulaires de la carte du combattant touchent, à partir de l'âge de 50 ans, une retraite dont le montant augmente à mesure qu'ils vieillissent[8]. À partir de 1935, ils obtiennent également le statut de grands mutilés de guerre qui leur donne droit à une allocation supplémentaire[9]. De plus, s'ils travaillent à l'asile, les « articles 55 » peuvent toucher, comme n'importe quels malades internés, un petit pécule[10]. Enfin, certains d'entre eux ne souffrent pas seulement de troubles mentaux mais ont également été blessés ou ont contracté une maladie, et bénéficient à ce titre d'un complément de pension[11]. C'est le cas de Xavier D., interné à l'asile de Saint-Jean-de-Dieu (Rhône) le 25 février 1920 et atteint, selon

---

carrière ». Antoine PROST, *Les anciens combattants et la société française, 1914-1939*, t. 1, *op. cit.*, p. 55.

[7] Archives du Centre hospitalier de Saint-Jean-de-Dieu, registre du courrier, lettre du directeur de l'asile au ministre des Pensions, 17 juillet 1930, non coté.

[8] Au moment de sa création, cette retraite est de 500 francs entre 50 et 55 ans, puis de 1 200 francs.

[9] Les titulaires de la carte du combattant atteint d'aliénation mentale font partie des anciens combattants considérés comme des grands mutilés de guerre. Voir l'article 1 de la loi du 22 mars 1935 fixant le statut des grands mutilés de guerre, *Journal officiel. Lois et décrets*, 23 mars 1935, p. 3322.

[10] Voir Partie I, Chapitre 2, II, c.

[11] Voir l'article 12 de la loi du 31 mars 1919, *op. cit.*, p. 3383. Ce complément de pension est appelé surpension.

le médecin qui l'examine lors de son entrée, de débilité mentale. Né en 1898 à Sablet dans le Vaucluse, il a été incorporé en mai 1917 au 96e régiment d'infanterie. Grièvement blessé le 3 août 1918 par un éclat de grenade, il est aveugle et amputé des deux bras[12]. Pour manger, il dispose d'un appareil sur lequel une cuillère a été adaptée. L'hospice de l'Œuvre de la croix à Lyon, où il a été placé après l'armistice, n'a pas pu le garder en raison de son état mental. Lors de ses crises, Xavier D. se montre en effet très violent. Une fois interné, ce cultivateur d'origine fort modeste n'est pas traité comme un malade ordinaire[13]. Porteur de plusieurs invalidités, il touche en effet le complément de pension le plus élevé possible[14]. Il reçoit en outre un traitement en tant que chevalier de la Légion d'honneur décoré de la médaille militaire. Célibataire et sans ascendants à secourir, ses moyens lui permettent d'être placé dans un bâtiment surnommé le « Sénat » car réservé aux malades les plus riches[15]. S'acquittant d'un prix de journée de plus de 60 francs, il a sa propre chambre au lieu de dormir dans un dortoir et bénéficie des services d'un domestique attitré[16].

[12] AN, Fontainebleau, dossier de Légion d'honneur de Xavier D., 19800035/1025/18317.
[13] AD de Vaucluse, actes paroissiaux et d'état civil, acte de naissance de Xavier D., accessible en ligne.
[14] Il bénéficie en effet d'une surpension du 10ème degré, soit le plus élevé. Voir l'article 12 de la loi du 31 mars 1919, *op. cit.*, p. 3383
[15] Monsieur Thivillon, ancien employé de l'hôpital qui a eu la gentillesse de m'accorder un entretien téléphonique, m'a parlé de ce surnom, également employé dans d'autres asiles. Dès 1880, on désigne ainsi le pensionnat de l'asile de Lommelet par exemple. Voir Jean-Yves ALEXANDRE, *Lommelet. L'histoire continue, 1825-2013*, *op. cit.*, p. 24.
[16] Archives du Centre hospitalier de Saint-Jean-de-Dieu, dossier de Xavier D., non coté. Le cas exceptionnel de Xavier D. est signalé à plusieurs reprises dans les courriers échangés entre le directeur de l'asile et le ministère des Pensions. Voir les registres du courrier, non cotés.

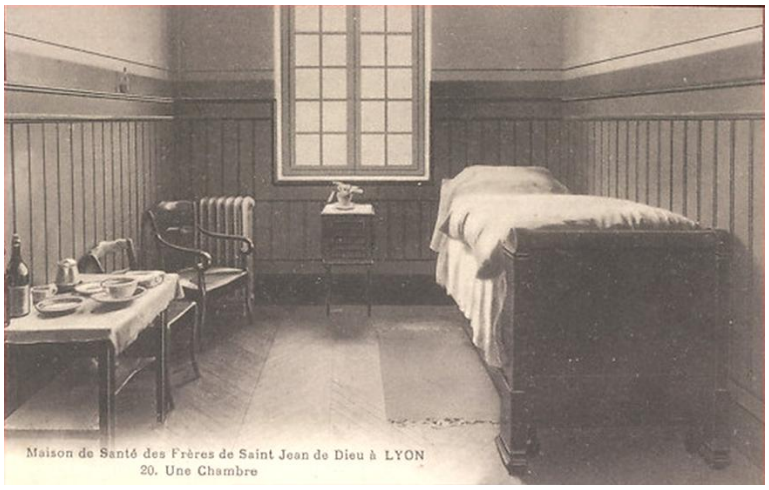


Figure 18 : Cartes postales représentant un dortoir et une chambre individuelle de l'asile d'aliénés de Saint-Jean-de-Dieu (Rhône) vers 1900
(collection personnelle)

b) Des disparités d'un asile à l'autre

L'exemple de l'asile de Saint-Jean-de-Dieu de Lyon ne doit pas être généralisé. Il s'agit en effet d'un établissement privé. Pour la plupart, les asiles publics ne peuvent pas offrir à leurs malades, même fortunés, une chambre individuelle et un domestique. Ils sont d'ailleurs nombreux à ne pas avoir de pensionnat. À l'asile de Bron par exemple, il n'existe qu'une seule classe de traitement[17]. Même s'il touche une pension élevée, Jean-Marie S. ne peut donc pas bénéficier d'un confort supérieur. Cet ancien soldat, blessé à la tête par un éclat d'obus alors qu'il se trouvait en première ligne en juin 1916, est devenu hémiplégique et se déplace dans une voiture mécanique. En 1923, le montant total de sa pension s'élève à 3 400 francs par an, auxquels s'ajoutent les émoluments qui lui sont versés au titre de la Légion d'honneur. En mai 1922, un médecin qui l'a traité pendant la guerre à l'Institut national des Invalides demande au directeur de l'asile de Bron si les conditions de vie de Jean-Marie S. ne pourraient pas être améliorées.

> « J'ai l'honneur de recommander tout particulièrement à votre bienveillante attention un ancien pensionnaire de l'Institution nationale des invalides, blessé de guerre, [S.] Jean Marie […] C'était un fort brave garçon auquel tout le monde ici du médecin chef aux camarades, sans oublier ses infirmières, s'intéresse. Il est titulaire d'une pension élevée […] qui doit être versée, je crois, tout entière à votre Administration. Cela ne peut-il lui donner droit à un traitement dans une classe spéciale, plutôt que d'être confondu dans la foule des malades civils ? Les blessés de guerre dont les troubles ressortissent à leur blessure, devraient certainement avoir un

[17] Le pensionnat, qui n'a jamais été rentable, n'a en effet pas été rouvert après le départ des enfants réfugiés de Reims. Voir Partie I, Chapitre 1, 2, a.

traitement privilégié. Vous est-il possible d'en faire bénéficier notre malheureux camarade ? […] »[18]

Or il est impossible de satisfaire cette requête. Seul un transfert dans un asile comprenant plusieurs classes de traitement pourrait permettre à Jean-Marie S. de vivre plus confortablement. Encore faudrait-il bien choisir cet établissement. En effet, non seulement tous les asiles ne proposent pas les mêmes classes de traitement mais, en outre, les prix de journée qui s'appliquent à chaque catégorie de malades varient beaucoup d'un établissement à l'autre. En effet, ceux-ci sont fixés par les conseils généraux sans qu'il soit nécessaire d'obtenir l'approbation du ministère de l'Intérieur et, dès le XIXe siècle, les disparités sont frappantes[19]. Dans les années 1920, à l'asile de Cadillac (Gironde), les tarifs varient de 10 à 4 francs et 50 centimes par jour entre la première et la quatrième classe. Dans cette dernière, les malades sont placés au même régime que les indigents dont le séjour est financé par le département. Les prix de journée sont nettement plus élevés en région parisienne. À l'asile de Ville-Évrard (Seine), les pensionnaires de première classe paient 30 à 50 francs par jour en 1923[20]. La comparaison entre les asiles est toutefois délicate dans la mesure où les mêmes services ne sont pas obligatoirement compris dans le tarif affiché. Dans une lettre adressée aux directeurs des asiles en 1933, le ministre des Pensions déplore d'ailleurs cette situation : « […] alors que certains asiles comprennent dans le prix de journée l'entretien complet de l'aliéné, ce qui est rationnel, d'autres en exceptent les menues dépenses et d'autres encore n'y font même pas entrer les frais de trousseau. D'où il suit que, dans ces derniers cas, au prix de la classe s'ajoutent des suppléments plus ou moins importants, imprévisibles et incontrôlables », écrit-il[21]. À l'asile de Bassens (Savoie) par exemple, les « articles 55 » sont dispensés des frais d'entretien de leur trousseau et le tabac leur est offert[22]. Cette politique, également pratiquée à l'asile de Cadillac et à l'asile de Saint-Jean-de-Dieu de Lyon[23], est revendiquée par la direction comme la reconnaissance du sacrifice consenti par des hommes qui ont défendu la France. Elle est rendue possible par le statut des ces établissements, privés

[18] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, dossier de Jean-Marie S., H-Dépôt Vinatier Q 655.
[19] Jan GOLDSTEIN, *Consoler et classifier*, *op. cit.*, p. 399.
[20] Voir André ROUMIEUX, *Ville-Évrard. Murs, destins et histoire d'un hôpital psychiatrique*, Paris, L'Harmattan, 2008, p. 193.
[21] AD de la Savoie, fonds de l'hôpital psychiatrique de Bassens, lettre du ministre des Pensions aux directeurs des asiles d'aliénés, 3 août 1933, 6 H-Dépot 522.
[22] AD de la Savoie, fonds de l'hôpital psychiatrique de Bassens, délibérations de la commission administrative, 4 juin 1930, 6 H-Dépot 522.
[23] Ces trois établissements sont privés ou autonomes. L'administration, qui gère le budget comme elle l'entend, peut donc décider d'adopter un prix de journée préférentiel pour les anciens combattants.

ou autonomes[24], qui gèrent leur budget sans avoir à rendre des comptes aux autorités départementales.

Si le ministère des Pensions a du mal à comprendre pourquoi les prix appliqués ici et là sont si différents, on imagine le désarroi des familles confrontées au même problème. La complexité du système est telle que le montant de la pension versée par l'État à un ancien combattant interné peut être plus élevé si ce dernier est interné dans un asile privé, si bien qu'il peut être intéressant pour le malade et sa famille de choisir ces établissements alors qu'ils pratiquent des tarifs nettement supérieurs à ceux des asiles publics[25]. En effet, les anciens combattants traités dans les maisons de santé privées ont parfois droit à une majoration d'un quart de leur pension. Cette allocation, prévue par l'article 10 de la loi du 31 mars 1919, est en principe réservée aux individus incapables « de se mouvoir, de se conduire ou d'accomplir les actes essentiels de la vie » sans l'aide constante d'une tierce personne[26]. Il n'était pas prévu d'en faire bénéficier des malades internés. Le ministère des Pensions, celui des Finances et celui de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales s'opposent formellement à cette pratique en précisant que l'article 10 ne peut s'appliquer qu'aux invalides soignés à domicile par un proche[27]. Certaines familles se trouvent ainsi mises en demeure de rembourser l'argent perçu, comme l'épouse de Gaston Y., interné à l'asile de Saint-Jean-de-Dieu le 19 janvier 1926. Son cas est d'ailleurs rapporté dans un article publié dans le *Journal des mutilés*[28].

Néanmoins, lorsqu'il est saisi, le Conseil d'État ne donne pas raison au ministère des Pensions. Considérant que l'article 10 s'applique bien aux cas des aliénés dès lors qu'ils paient l'intégralité de leurs frais d'internement et qu'ils ne sont pas internés dans les établissements mentionnés à l'article 55, c'est-à-dire dans les asiles publics ou faisant fonction d'asiles publics[29], il permet à plusieurs anciens combattants de recouvrer l'allocation

---

[24] L'asile de Bassens et l'asile de Cadillac sont des asiles d'aliénés autonomes. Sur cette question voir Partie I, Chapitre 2, 1, a.

[25] En 1924, à la maison de Castel d'Andorte, les frais de séjour varient de 200 à 750 francs par mois selon les malades. Toutefois, il est possible de négocier les prix : les lettres adressées par les familles au médecin-directeur montrent que celles-ci n'hésitent pas à réclamer des réductions. Les prix les plus intéressants sont accordés aux familles des malades chroniques, destinés à faire un long séjour dans l'établissement. AD de la Gironde, fonds de la maison de santé de Castel d'Andorte, lettre du médecin-directeur au préfet de la Gironde, 7 novembre 1942, 15 J 300.

[26] Voir l'article 10 de la loi du 31 mars 1919, *Journal officiel. Lois et décrets*, 2 avril 1919, p. 3383.

[27] Instruction interministérielle du 12 juin 1926 fixant les conditions d'application des articles 10, 55 et 65 de la loi du 31 mars 1919, *Bulletin officiel du ministère de l'Intérieur*, p. 131-136.

[28] « Les aliénés de guerre », *Journal des mutilés*, 7 janvier 1928, p. 2.

[29] Conseil d'État, arrêt 93 015, 1er février 1928, *Recueil des arrêts du Conseil d'État*, Paris, Delhomme, 1928, p. 150.

qui leur avait été supprimée[30]. Cette interprétation de la loi explique des situations qui, de prime abord, paraissent incohérentes, telle celle de Jean E. qui n'a pas droit à l'allocation tant qu'il est interné à l'hôpital psychiatrique de Cadillac mais l'obtient après son transfert à la maison de santé de Castel d'Andorte[31]. Ainsi, ce sont finalement les familles les plus aisées, pouvant déjà offrir à leur malade des conditions de vie privilégiées, qui bénéficient de l'aide supplémentaire prévue par l'article 10.

Enfin, la comparaison entre les dossiers d'anciens combattants internés met en évidence un autre facteur de différenciation qui tient à l'établissement dans lequel ils sont internés. En effet, certains asiles publics ou faisant fonction d'asiles publics ne détiennent pas les titres de pension de leurs malades alors que leurs biens devraient être gérés par l'administrateur provisoire selon les dispositions prévues par la loi du 30 juin 1838[32]. Ces titres restent en possession des familles qui peuvent décider de verser la totalité de la pension à l'asile ou uniquement la somme qui correspond aux frais d'internement. Le malade est ainsi tributaire de choix opérés par ses proches. C'est d'autant plus vrai dans les maisons de santé privées où il n'existe pas d'administration provisoire et où la direction n'a pas toujours connaissance de l'existence d'une pension militaire ni de son montant. Ainsi, le directeur de l'asile de Saint-Jean-de-Dieu découvre tardivement que l'épouse d'un ancien combattant placé à titre privé dans l'établissement accapare la majeure partie de la pension de son mari :

> « […] me cachant le montant de la pension de son mari, elle me suppliait les autres années de lui accorder une réduction sur le prix de pension fixé pour les pensionnés militaires, réduction que je lui avais accordée. Or il n'est pas admissible que l'aliéné [T.] qui touche une pension de 9 580 francs non comprises les majorations pour enfants, soit traité à la dernière classe de pension. »[33]

De multiples facteurs doivent donc être pris en compte pour comprendre la situation de chaque ancien combattant interné. Durant l'entre-deux-guerres, des modifications sont apportées à l'article 55 afin de remédier à certaines inégalités et de garantir aux pensionnés le respect de leurs droits. Ces aménagements sont obtenus grâce à la mobilisation de plusieurs associations dont l'objectif est de parvenir à unifier le groupe des « articles 55 » et de s'assurer que les hommes qui en font partie sont pas assimilés à des malades ordinaires.

---

[30] Voir dans le *Recueil des arrêts du Conseil d'État* l'arrêt 14 983 du 9 juillet 1930, l'arrêt 34 442 du 30 octobre 1934 et l'arrêt 42 554 du 27 mars 1936.

[31] AD de la Gironde, fonds de la maison de santé de Castel d'Andorte, dossier de Jean E., 15 J 405.

[32] En théorie, les titres de pension ne doivent rester en possession d'un membre de la famille qu'à la condition qu'il ait été officiellement désigné pour remplir la fonction d'administrateur provisoire. Ce cas de figure est très rare.

[33] Archives du Centre hospitalier de Saint-Jean-de-Dieu, registre du courrier, lettre du directeur de l'asile au comité départemental des mutilés et réformés de la Loire, 16 juillet 1927, non coté.

2) Distinguer et unifier un groupe hétérogène : le rôle des associations d'anciens combattants

Les « articles 55 » ne constituent pas une catégorie de victimes de la guerre particulièrement mise en avant par les associations d'anciens combattants. Pour autant, ils ne sont pas oubliés par leurs frères d'armes. Ils constituent au contraire un groupe identifié, défendu dans des articles publiés dans la presse et pris en compte par le Comité d'entente qui réunit l'ensemble du mouvement combattant à partir de 1924. Quelques personnalités s'engagent pour les défendre et fondent dans ce but des associations spécialisées. La pression ainsi exercée sur les pouvoirs publics est capitale. Elle permet de préciser et d'uniformiser les conditions d'application de l'article 55, d'obtenir de nouveaux droits pour eux et leur famille et va jusqu'à provoquer, en 1937, la formation d'une commission chargée d'enquêter sur la situation des pensionnés militaires internés. Le travail des associations n'est toutefois pas exempt d'ambigüité. Face au cas des « articles 55 », qui les confronte à un monde asilaire fermé sur lui-même dont ils ignorent souvent tout, les anciens combattants sont divisés. Comment secourir les familles sans léser les internés et inversement ? Faut-il réclamer la suppression pure et simple de l'article 55 ou se contenter de l'aménager pour garantir un sort moins défavorable aux anciens combattants internés ? En fonction des réponses apportées à ces questions et du degré d'implication des associations au niveau local, les résultats obtenus sont variables.

a) Secourir les familles

En s'adressant aux associations, les familles font connaître le sort des « articles 55 », pour la plupart incapables d'adhérer à une organisation et que leur enfermement rend peu visibles. Les proches des internés, en particulier leurs femmes, ont le plus souvent besoin d'aide pour comprendre leurs droits. L'épouse de Pierre T. exprime ainsi son désarroi dans une lettre adressée au directeur de l'asile de Bron le 4 octobre 1922 : « […] je ne comprend plus rien dans votre genre de pension que vous me donnez […] Dans votre Asile vous devient bien touchez les pensions comme les gens du pays »[34]. Elle se plaint auprès de l'Union des Mutilés et Anciens Combattants de la Grande Guerre de Lyon qui prend contact avec l'asile puis lui explique la situation. Elle ne peut recevoir son argent qu'une fois que la pension de

[34] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, dossier de Pierre T., H-Dépôt Vinatier Q 753.

son mari a été touchée par l'asile et que l'administration s'est occupée de lui reverser la part qui lui revient. Il faut donc souvent attendre alors que le moindre retard peut avoir des conséquences graves pour une famille dans le besoin. Le 16 mars 1920, l'asile n'ayant pas touché les sommes correspondant aux majorations pour enfants, le directeur enjoint l'épouse de Pierre T. à réclamer leur versement auprès du sous-intendant militaire de Lyon. En 1925, une erreur de la sous-intendance de la trésorerie entraîne un délai supplémentaire dont elle s'indigne : « C'est-il qu'on veu rien me donnée car je préfère qu'on me le dise », écrit-elle au directeur de l'asile. Cultivatrice à Saint-Jean-d'Ardières dans le Rhône, elle peine à faire vivre ses enfants et l'argent prélevé sur la pension de son mari lui est indispensable. Son cas n'est pas isolé et, le 21 avril 1921, le député des Hautes-Pyrénées Antoine Sempé signale le problème au ministre des Pensions sans obtenir de réponse[35].

Même lorsqu'elles obtiennent leur pension sans difficulté, la situation des épouses d'aliénés n'est guère enviable. Les 500 francs qu'elles reçoivent chaque année représentent seulement 1,36 franc par jour. L'inflation rend leur existence très difficile. Dès 1920, les principales associations d'anciens combattants réclament donc l'amélioration de leur sort. Le 16 mars 1920, une proposition de loi concernant les pensions accordées aux ayants-droit d'un militaire ou marin atteint d'aliénation mentale est déposée par Anselme Patureau-Mirand, député républicain modéré de l'Indre et président d'honneur de la Société des mutilés et réformés de Paris et du département de la Seine. Cette proposition vise à modifier l'article 55 afin que l'intégralité de la pension des anciens combattants internés revienne à leurs épouses, l'État s'acquittant des frais dus aux asiles. Renvoyée à la commission des pensions militaires, elle fait l'objet d'un rapport présenté en juin 1921 par Gaston About, ancien combattant et député de Haute-Saône[36]. Ce dernier propose d'aller plus loin et d'assimiler les épouses d'internés aux veuves de soldats tués sur le champ de bataille ou morts de leurs blessures dans les hôpitaux[37]. Celles-ci auraient alors droit à une pension au taux exceptionnel, soit 1 440 francs par an. Le 21 décembre 1922, Gaston About dépose donc une nouvelle proposition de loi avec l'appui de Marcel Ferraris, député du Jura et membre de la commission des pensions, d'Humbert Ricolfi, député des Alpes-Maritimes et membre de l'Union Fédérale[38] et du

[35] 1ère séance du 25 avril 1921, *Journal officiel. Débats parlementaires. Chambre des députés*, p. 1985.
[36] En 1934, retiré de la vie politique, Gaston About est devenu directeur de l'asile d'aliénés de Bailleul (Nord). Il a occupé ce poste jusqu'à son décès, en 1954.
[37] Voir Peggy BETTE, *Veuves françaises de la Première Guerre mondiale*, t. 1, *op. cit.*, p. 191.
[38] L'Union fédérale des mutilés, née en 1917, est issue du regroupement de plusieurs associations. Voir Antoine PROST, *Les anciens combattants et la société française, 1914-1939*, t. 1, *op. cit.*, p. 43.

colonel Yves Picot, député de la Gironde et fondateur de l'association des « Gueules Cassées »[39]. En dépit de leur soutien, celle-ci reste sans suite.

L'idée de Gaston About est néanmoins reprise par le Comité d'entente qui rassemble les principales associations d'anciens combattants. À partir de 1924, celui-ci fait en effet figurer dans la longue liste de ses vœux l'obtention d'une pension au taux exceptionnel pour les épouses d'aliénés. Un consensus s'est donc établi autour de cette revendication que porte également l'Office national des mutilés et réformés, au sein duquel les anciens combattants disposent de puissants relais. Créé en mars 1916, cet établissement public autonome, rattaché au ministère des Pensions à partir de 1920, a pour fonction d'apporter une aide morale et financière aux mutilés et réformés et de permettre leur rééducation en apportant des financements aux écoles qui les accueillent. Il s'appuie sur des comités formés dans chaque département. Les associations d'anciens combattants participent directement à leur gestion en élisant des représentants auxquels la moitié des sièges est attribuée. Puis ceux-ci désignent à leur tour la moitié des membres du conseil d'administration de l'Office national[40]. Au mois d'avril 1925, les comités départementaux sont autorisés à verser une allocation journalière aux femmes d'internés dans le besoin[41]. Toutefois, refusant de se substituer à l'État, l'Office national réclame parallèlement l'augmentation de leur pension et affirme n'apporter son aide qu'à titre provisoire. Il décide de limiter le montant de l'allocation à deux francs par jour, précisant qu'elle ne peut être attribuée pendant plus de cinq mois. Au regard des sommes allouées aux familles des anciens combattants tuberculeux, l'effort consenti paraît bien modeste. Pour le premier trimestre 1926, le comité départemental des mutilés et réformés de la Seine dispose ainsi de 7 510 francs à répartir entre 64 familles d'anciens combattants internés contre 22 264 francs pour 73 familles d'anciens combattants tuberculeux[42].

En décembre 1925, une troisième proposition de loi assimilant les épouses d'aliénés à des veuves de guerre est déposée à la Chambre des députés par Jean Goy, membre de l'Union nationale des combattants[43]. Elle est rapportée par Humbert Ricolfi à deux reprises, en janvier

---

[39] Voir Sophie DELAPORTE, *Les Gueules cassées*, *op. cit.*

[40] Voir Antoine PROST, *Les anciens combattants et la société française, 1914-1939*, t. 1, *op. cit.*, p. 80-82.

[41] AN, Pierrefitte-sur-Seine, fonds de l'ONAC, conseil de perfectionnement, séance du 29 avril 1925, 20050206/3.

[42] Archives de Paris, fonds du service départemental de l'ONAC de la Seine, assemblée plénière du comité départemental des mutilés et réformés, 27 mars 1926, 2530 W 685.

[43] L'Union nationale des combattants est fondée en novembre 1918 à l'initiative du général Léon Durand et de l'aumônier Daniel Brottier. Avec 510 000 adhérents en juin 1920, elle représente avec l'Union fédérale des mutilés, une des plus importantes associations d'anciens combattants. Jean Goy

puis en juin 1926. Six mois plus tard, l'attribution aux épouses d'internés d'une pension au taux exceptionnel est finalement inscrite dans la loi[44]. Cette première victoire ouvre la voie à deux autres mesures en faveur des familles d'anciens combattants internés. À compter de 1928, les femmes d'internés sont considérées comme des veuves lorsqu'elles postulent à des emplois réservés aux victimes de guerre. Certes, elles bénéficiaient déjà de ce système d'embauche préférentiel, mis en place dès 1915, au titre d'épouses de militaires réformés numéro 1[45]. C'est ainsi qu'Henriette L, dont le mari Antoine est interné à l'asile de Bron, a trouvé une place à la Manufacture des Tabacs de Lyon en mai 1919[46]. Toutefois, l'assimilation aux veuves de guerre leur permet dorénavant d'entrer dans la catégorie recrutée à titre prioritaire[47]. Enfin, en 1930, une allocation est attribuée aux ascendants des « articles 55 » par le biais d'un prélèvement supplémentaire sur leur pension[48].

Par la suite, estimant que le sort des familles des internés s'est amélioré, mais aussi parce qu'on lui impose une diminution drastique de l'ensemble de ses crédits au nom de la sauvegarde des finances publiques[49], l'Office national des réformés et mutilés décide de revoir à la baisse les allocations consenties aux aliénés et à leurs familles. Leur montant total passe de 206 490 francs en 1927 à 189 000 francs en 1929[50] puis 116 360 francs en 1931, ce qui représente moins de 1 % des fonds mis à la disposition des comités départementaux[51]. Les conséquences de cette évolution sont nettes : dans le Rhône, 26 allocations sont distribuées à

---

est placé à sa tête en 1934. Voir Antoine PROST, *Les anciens combattants et la société française, 1914-1939*, t. 1, *op. cit.*, p. 58-63.

[44] Article 97, loi portant fixation du budget général de l'exercice 1927, *Journal officiel. Lois et décrets*, 19 décembre 1926, p. 13172.

[45] Voir Peggy BETTE, « Reclasser les victimes de la Première Guerre mondiale : le cas de la loi du 30 janvier 1923 sur les emplois réservés en France (1923-1939) », *Amnis. Revue de civilisation contemporaine Europes/Amériques*, n° 6, 2006, disponible en ligne à l'adresse http://amnis.revues.org/880

[46] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, dossier d'Antoine L., H-Dépôt Vinatier Q 625. Faute d'archives relatives au personnel de la Manufacture des Tabacs de Lyon, il n'est pas possible de retracer plus précisément le parcours d'Henriette L.

[47] Voir Peggy BETTE, *Veuves françaises de la Première Guerre mondiale*, t. 1, *op. cit.*, p. 160.

[48] Article 118, loi de finances du 16 avril 1930, *Journal officiel. Lois et décrets*, 17 avril 1930, p. 4227.

[49] C'est dans ce contexte de crise économique que l'Office national des mutilés et réformés fusionne en 1933 avec l'Office des combattants, puis en 1934 avec l'Office des pupilles de la nation pour former l'Office national des mutilés, combattants, victimes de guerre et pupilles de la nation. Voir Jean-François MONTÈS, « L'office national des anciens combattants et victimes de guerre. Création et actions durant l'entre-deux-guerres », *Guerres mondiales et conflits contemporains*, n° 205, 2002/1, p. 71-83.

[50] AN, Pierrefitte-sur-Seine, fonds de l'ONAC, conseil de perfectionnement, séance du 29 avril 1925, 20050206/3.

[51] AN, Pierrefitte-sur-Seine, fonds de l'ONAC, 20050206/18.

des familles d'aliénés en 1931 contre 91 en 1926[52]. Cependant, ces chiffres ne donnent pas un aperçu complet de l'aide qui, sous des formes multiples, est attribuée aux parents, épouses et enfants des anciens combattants internés. À cet égard, le cas de la famille de Francisque Z.* est significatif. En raison de sa situation très précaire, son épouse obtient du comité départemental de l'Isère plusieurs secours d'un montant de 100 à 300 francs par an entre 1927 et 1932. « Malade d'épuisement », elle ne possède qu'une « maison délabrée », deux terres de deux hectares et une « bête à cornes »[53]. La mère de Francique Z., qui vit avec sa belle-fille et ses petits-enfants, a elle aussi droit à une allocation journalière de 3 francs. Enfin, les deux filles aînées, Lucienne et Jeanne, ont été adoptées pupilles de la nation, statut qui ne s'applique pas seulement aux orphelins mais également aux enfants dont le père est invalide de guerre, à condition qu'ils soient nés moins de 300 jours après la fin du conflit[54]. À ce titre, les deux fillettes reçoivent des vêtements et une subvention de l'ordre de 75 francs par trimestre destinée à financer leurs études. Lorsqu'elles entrent en apprentissage, l'aide du comité départemental augmente. Lucienne touche 200 francs environ par trimestre entre 1928 et 1931 puis trouve un emploi comme ouvrière en soie. Jeanne, qui étudie à l'école pratique de jeunes filles de Pont-de-Beauvoisin à partir de 1934, a droit à 600 francs par trimestre. Excellente élève, elle obtient un certificat professionnel et trouve un emploi de dactylo-comptable[55].

L'exemple de Francisque Z. n'est pas celui d'une famille privilégiée. Certes, les demandes adressées par son épouse au comité départemental des mutilés et réformés de l'Isère sont appuyées par diverses personnalités. Le préfet de l'Isère mais aussi Édouard Herriot, alors président du Conseil et ministre des Affaires Étrangères, soutiennent notamment les démarches effectuées pour obtenir des secours et des subventions pour les études des enfants[56]. Les archives renvoient de Julie Z. l'image d'une femme courageuse et volontaire

[52] AD du Rhône, fonds du service départemental de l'ONAC du Rhône, rapports financiers sur le comité départemental des mutilés et réformés de la guerre, années 1926 à 1931, 4244 W 2.
[53] Archives du service départemental de l'ONAC de l'Isère, dossier de demande de secours immédiat établi au nom de Francisque Z., non coté.
[54] C'est la raison pour laquelle les trois autres enfants du couple, Louis, né en 1922, Gabriel, né en 1923, et Marie-Louise, née en 1924, ne peuvent pas être pupilles de la nation. Voir Olivier FARON, *Les enfants du deuil, op. cit.*
[55] Archives du service départemental de l'ONAC de l'Isère, dossiers de pupilles de Lucienne et Jeanne Z., non coté.
[56] Le 8 octobre 1932, Édouard Herriot adresse une lettre au président du comité départemental des pupilles de la nation de l'Isère pour soutenir la demande de subvention déposée par l'épouse de Francisque Z. au nom de sa fille Jeanne. Il demande à être tenu au courant de la suite donnée au dossier mais les archives ne conservent pas d'autre correspondance avec le comité. Archives du

qui a sans doute osé solliciter ceux qui pouvaient l'aider. Mais elles montrent aussi qu'elle n'est pas seule à être secourue par le comité départemental. La protection des familles est un enjeu bien identifié qui motive d'ailleurs la création du premier groupement spécialisé dans leur défense, l'Association nationale des familles et amis d'aliénés de guerre, fondée en 1929 par René Poudevigne. Cet infatigable collaborateur du *Journal des mutilés*, surnommé le « défenseur des aliénés »[57], est un personnage difficile à cerner faute d'archives. Né à Paris en 1881, il a 36 ans lorsque la guerre éclate et est mobilisé en août comme sergent au 204e régiment d'infanterie. Il est amputé de la jambe gauche après avoir été blessé par un éclat d'obus à Thiaumont en 1916. La guerre terminée, il reprend son emploi de chef de bureau au magasin des troupes coloniales du ministère de la Guerre[58] et, en 1920, devient secrétaire de la société de secours Aide et Protection au sein de la section d'Ivry[59]. Trois ans plus tard, il est élu secrétaire général de cette association[60]. C'est en cette qualité qu'il commence à s'intéresser aux anciens combattants internés, en particulier à la situation de leurs épouses. La mobilisation autour de ces dernières, qu'il a contribué à susciter en publiant de multiples articles sur le sujet[61], semble l'avoir convaincu de la nécessité de fonder une association. Comme Jean Penquer, membre du comité d'administration de l'Union fédérale des associations françaises d'anciens combattants, il s'est sans doute aperçu à cette occasion que les anciens combattants internés « sont les seuls à ne pas être groupés, à n'avoir pas leurs intérêts immédiatement représentés »[62]. Alors qu'il existe des associations pour les aveugles ou les tuberculeux de guerre, les gueules cassées, les amputés, aucune ne représente les anciens combattants internés.

Déchus d'une partie de leurs droits civiques pendant la durée de leur internement, ces hommes, même s'ils le désiraient, ne pourraient d'ailleurs pas fonder une association. Ceux qui sont membres d'un groupement d'anciens combattants ne le sont pas en tant qu'aliénés de guerre mais en raison de blessures ou d'autres maladies contractées pendant le conflit. Certains revendiquent d'ailleurs, à titre individuel, leur passé de soldat, en ajoutant par

---

service départemental de l'ONAC de l'Isère, dossier de demande de secours immédiat établi au nom de Francisque Z., non coté.

[57] « Dans la Sarthe. Le congrès départemental d'Aide et Protection », *Journal des mutilés*, 20 octobre 1929, p. 5.

[58] AN, Fontainebleau, dossier de Légion d'honneur de Jean René Poudevigne, 19800035/1329/54026.

[59] Aide et Protection est une société de secours mutuels, fondée à Paris en 1916, qui regroupe des mutilés, des blessés et des réformés de la guerre.

[60] C'est à ce titre qu'il reçoit la Légion d'honneur en 1928.

[61] Voir notamment dans le *Journal des mutilés* « Pour les veuves de malades et les femmes d'aliénés », 5 mai 1923, p. 3 ; « Les femmes et les ascendants internés », 22 novembre 1924, p. 2 ; « Les femmes d'internés », 14 mars 1925, p. 2 ; « Les femmes des aliénés de guerre », 4 avril 1925, p. 2.

[62] Jean PENQUER, « Les aliénés », *Journal des mutilés*, 5 décembre 1925, p. 2.

exemple le nom de leur régiment sous leur signature ou encore la formule « pensionné de guerre ». Interrogé par le psychiatre en 1939, Félix Y, interné à l'asile de Cadillac depuis le 26 août 1922, est ainsi tout à fait conscient de son statut. Lorsque le médecin lui demande s'il a une pension militaire, il s'exclame aussitôt : « Je comprends oui ! »[63]. À la même question, Victor E. répond également par l'affirmative en précisant le numéro du titre de pension qui lui a été attribué par le ministère des Pensions. Lorsqu'on lui demande d'indiquer son pourcentage de réforme, il s'exécute sans difficulté : « 100 % plus la carte de combattant naturellement »[64]. Mais, même de manière informelle, ces hommes n'expriment pas de revendications communes et leurs dossiers n'indiquent pas qu'il ait pu exister entre anciens combattants internés des relations privilégiées. La défense de leurs intérêts est donc le fait de personnalités qui, sans être elles-mêmes des « articles 55 », décident de fonder des associations consacrées à cette cause. Ce cas de figure est intéressant à double titre. D'une part, il est peu courant, si ce n'est unique, au sein du mouvement combattant de l'après-guerre. D'autre part, ces associations sont pionnières dans les asiles, sachant que l'Union nationale des familles et amis des malades mentaux, fondée à Paris en 1963, est souvent considérée comme la première association d'usagers en psychiatrie[65]. Alors que les victimes de la guerre s'organisent afin de se faire entendre, les proches des aliénés sortent de leur silence et trouvent dans les organisations d'anciens combattants un cadre pour confier leur souffrance et exprimer leurs revendications.

b) Défendre les intérêts des « articles 55 »

En découvrant la situation des épouses d'aliénés, les associations prennent conscience des conditions de vie imposées aux « articles 55 » et ne tardent pas à réclamer l'amélioration de leur sort. Un consensus s'établit autour de l'idée qu'ils comptent parmi les plus grandes victimes d'un conflit qui les a laissés entre la vie et la mort, d'où leur surnom de « morts-vivants ». Au service d'un discours pacifiste, certains de leurs anciens frères d'armes font d'eux les symboles de l'absurdité et de l'horreur de la guerre, tel le poète Maurice Olivaint dans un poème publié en 1928 dans *Le Mutilé de l'Algérie* :

---

[63] Archives du Centre hospitalier de Cadillac, dossier de Félix Y, non coté.
[64] Archives du Centre hospitalier de Cadillac, dossier de Victor E., non coté.
[65] Voir Nicolas HENCKES, « Entre thérapie et oblation. Le discours de l'UNAFAM sur les familles des malades mentaux (1963-1980) », *in* Laurence GUIGNARD, Hervé GUILLEMAIN, Stéphane TISON (dir.), *Expériences de la folie*, *op. cit.*, p. 313-322.

« Ô vous que hante l'ombre héroïque des morts
Endormis dans les champs qui leur riaient naguère
Venez donc contempler, ô fauteurs de la guerre,
Ce fou, spectre dressé comme un vivant remord ! »[66]

Certes, dans l'immédiat après-guerre, la mobilisation autour des soldats atteints de maladies psychiatriques n'atteint pas en France la même ampleur qu'en Grande-Bretagne. Outre-manche, le cas des hommes qui, bien que victimes du *shell shock*, ont été jugés et condamnés par la justice militaire provoque en effet de vives réactions, conduisant l'État à ouvrir une enquête officielle en 1920[67]. Rien de tel en France où la réhabilitation de soldats fusillés en dépit de troubles mentaux passe quasi inaperçue[68]. Seule la publication dans *Le Petit Parisien*, en janvier 1920, des photographies de plusieurs soldats internés dont l'identité reste inconnue attire momentanément l'attention du grand public[69], les journaux se concentrant vite sur le cas particulier d'Anthelme Mangin, réclamé par plusieurs familles[70]. Même si les internés n'occupent pas le devant de la scène, ils sont considérés par les associations d'anciens combattants comme des victimes de la guerre à part entière. Ainsi, l'origine de leurs troubles mentaux n'est jamais mise en doute, comme en atteste l'utilisation d'expressions telles que « déments de guerre » ou « fous de guerre » pour les désigner. Il est vrai qu'en se concentrant sur les « articles 55 », c'est-à-dire sur les soldats dont la maladie a été reconnue imputable au service, les associations d'anciens combattants évitent d'avoir à se prononcer à ce sujet. Par ailleurs, si la défense des « articles 55 » fait l'unanimité sur le principe, la forme qu'elle doit prendre en pratique suscite des débats comme le montre l'exemple de l'Union fédérale des associations françaises d'anciens combattants. Issue du regroupement de plusieurs associations départementales en 1917, celle-ci compte 900 000 membres à la fin des années 1920, ce qui en fait la plus importante association d'anciens

[66] Maurice OLIVAINT, « Le Vivant inconnu », *Le Mutilé de l'Algérie*, 16 septembre 1928, p. 10.
[67] Composée d'hommes politiques et d'officiers de haut rang, la commission chargée de l'enquête rend son rapport en 1922. Sans remettre en cause les jugements rendus pendant la guerre, elle reconnaît que les officiers appelés à rendre la justice devraient être mieux formés. Voir Peter LEESE, *Shell Shock, op. cit.*, p. 124-127 ; Fiona REID, *Broken men, op. cit.*, p. 77-85.
[68] La Cour de justice spéciale, instituée en 1932, prononce la réhabilitation de plusieurs soldats atteints de troubles mentaux : Joseph Gabrielli, Camille Chemin, Jean-Baptiste Bourcier, Alfred Loche et Élie Lescop.
[69] Voir *Le Petit Parisien*, 10 janvier 1920, p. 4. Les articles publiés dans la presse semblent avoir frappé les esprits. Lors d'un entretien donné en 1997, Lucie Aubrac a raconté que sa mère avait retrouvé son père en découvrant sa photographie dans le journal. Il aurait fait partie des malades amnésiques internés à l'asile de Bron. Son père n'a pourtant pas séjourné dans cet établissement. Voir Lucie AUBRAC, *Cette exigeante liberté : entretiens avec Corrine Bouchoux*, Paris, L'Archipel, 1997, p. 13 ; Laurent DOUZOU, *Lucie Aubrac*, Paris, Perrin, 2012, p. 26-29. Je remercie Laurent Douzou d'avoir attiré mon attention sur le récit de Lucie Aubrac.
[70] Voir Jean-Yves LE NAOUR, *Le soldat inconnu vivant, op. cit.*

combattants[71]. Lors de ses congrès annuels, la situation des « articles 55 » est examinée à plusieurs reprises et ses membres expriment des avis contradictoires. Fernand Orelli, président de la section girondine et receveur-économe à l'asile d'aliénées de Château-Picon (Gironde)[72], est considéré comme le spécialiste de la question. Lors du congrès de Clermont-Ferrand en 1922, il présente un rapport qui débouche sur le vote de plusieurs vœux. Outre l'attribution d'une pension au taux exceptionnel à leurs épouses et le versement d'une allocation à leurs ascendants, l'Union fédérale réclame pour les « articles 55 » le bénéfice du droit à l'hospitalisation gratuite prévu par l'article 64 de la loi du 31 mars 1919. Dans ce but, l'association propose que l'État s'acquitte pour ces malades d'un prix de journée similaire à celui que le Service de santé négocie avec les asiles qui reçoivent des militaires en service[73]. Charles Valentino, directeur au ministère des Pensions et membre de l'Union fédérale, suit la ligne définie par l'association et dénonce, dans un ouvrage publié en 1923, le régime d'exception réservé aux anciens combattants internés[74]. Cependant, lors du congrès de Marseille organisé la même année, Marcel Lehmann, président honoraire de l'Union fédérale, s'oppose à la remise en cause de l'article 55. À ses yeux, les anciens combattants internés ne peuvent relever de l'article 64 dans la mesure où celui-ci ne s'applique qu'en cas d'hospitalisation temporaire[75]. Cette interprétation, qui revient à considérer les pensionnés pour aliénation mentale comme des malades incurables, n'est pas discutée. Elle ne fait pourtant pas consensus puisque le droit à l'hospitalisation gratuite est de nouveau réclamé au congrès de Bordeaux en juin 1925[76].

Un mois plus tôt, le cas des anciens combattants internés et de leurs familles a été examiné par l'Office national des mutilés et réformés, où siègent plusieurs membres de l'Union Fédérale. Personne ne s'est exprimé en faveur d'une prise en charge des frais d'internement par l'État. En dehors des vœux formulés au sujet des familles, l'Office s'est limité à solliciter un droit de regard sur la gestion de la pension militaire versée aux « articles 55 ». Selon les termes de la loi du 30 juin 1838, les biens des aliénés sont gérés par un

[71] Voir Nicolas BEAUPRÉ, *Les Grandes Guerres, 1914-1945*, Paris, Belin, 2012, p. 322.
[72] Fernand Orelli a été secrétaire à l'asile de Cadillac (Gironde) puis receveur-économe à l'asile d'aliénées de Château-Picon (Gironde), directeur de l'asile de Bassens (Savoie), puis directeur du centre d'hygiène mentale de Marseille.
[73] BDIC, Congrès de l'Union fédérale des associations françaises d'anciens combattants, 1922, p. 103-116, 8 P 3373.
[74] Charles VALENTINO, *La loi des pensions militaires. Les soins aux mutilés. Textes – commentaires – tarifs*, Paris, Berger-Levrault, 1923, p. 90.
[75] BDIC, Congrès de l'Union fédérale des associations françaises d'anciens combattants, 1923, p. 64-67, 8 P 3373.
[76] BDIC, Congrès de l'Union fédérale des associations françaises d'anciens combattants, 1925, p. 27, 8 P 3373.

administrateur provisoire tandis que leurs intérêts doivent être défendus par un curateur, chargé de « veiller à ce que les revenus de l'aliéné soient employés à adoucir son sort et à accélérer sa guérison » et à ce qu'il « soit rendu au libre exercice de ses droits aussitôt que sa situation le permet »[77]. Dans les faits, rares sont les malades internés à avoir un curateur[78]. Se saisissant de l'opportunité offerte par la loi de 1838, l'Office national souhaiterait que, dans le cas des anciens combattants, cette fonction soit systématiquement pourvue et propose de la confier à un membre des comités départementaux[79]. Sur la base de cette proposition, Albert Thiery, inspecteur général des Pensions et membre de l'Office national, parvient à obtenir du ministre, Louis Antériou, la réunion d'une commission chargée d'examiner la situation des anciens combattants internés. Les ministères de l'Hygiène, de la Prévoyance et de l'Assistance sociales, de la Justice et des Finances y sont associés, tandis que l'Office national délègue deux de ses membres, Élisabeth Cassou et Jean Penquer. La première, secrétaire générale adjointe de l'Union fédérale, s'est spécialisée dans la défense des veuves de guerre[80]. Le second, administrateur de la même association, a signé dans la presse de nombreux articles sur les aliénés. Le travail de la commission débouche sur la rédaction d'une instruction publiée en juillet 1926 au *Journal Officiel* qui entérine les préconisations de l'Office national des mutilés et réformés. Chaque « article 55 » doit désormais être pourvu d'un curateur, choisi de préférence au sein du comité départemental.

À cette première mesure s'ajoutent deux dispositions destinées à renforcer la protection des anciens combattants internés. Leurs titres de pensions doivent dorénavant être remis aux administrations des asiles. D'autre part, une fois prélevées les sommes dues à l'asile, à l'épouse et aux enfants, le reliquat de la pension militaire doit être déposé à la caisse des dépôts et consignations, dans les caisses d'épargne, ou placé en rentes sur l'État. Ainsi, le malade ne peut jamais se retrouver sans ressources et, dans le cas où il sortirait de l'asile, il doit disposer d'un minimum de revenus pour vivre jusqu'au prochain versement de sa pension. En effet, il faut avoir mis de côté l'équivalent de la somme correspondant à deux trimestres de pension pour qu'il devienne possible d'utiliser le reliquat de la pension dans le but d'améliorer le sort du malade et celui de ses proches. L'objectif est clair : il s'agit de

[77] Voir l'article 38 de la loi du 30 juin 1838.
[78] Voir Jacques PRÉVAULT, *L'internement administratif des aliénés*, Paris, Librairie générale de droit et de jurisprudence, 1955, p. 130.
[79] AN, Pierrefitte-sur-Seine, fonds de l'ONAC, conseil de perfectionnement, séance du 29 avril 1925, 20050206/3.
[80] Sur le parcours d'Élisabeth Cassou, voir Peggy BETTE, *Veuves françaises de la Première Guerre mondiale*, t. 2, *op. cit.*, p. 518-521.

permettre aux familles d'être aidées tout en garantissant aux « articles 55 » de ne pas être lésés.

La mise en œuvre de cette instruction est néanmoins plus compliquée que prévu. Dans certains asiles, la récupération des titres de pension est particulièrement complexe. C'est le cas à l'asile de Saint-Jean-de-Dieu (Rhône) où plusieurs familles se montrent très réticentes à l'idée de ne plus encaisser elles-mêmes la pension. À partir du mois de mars 1927, lassé d'avoir à les rappeler à l'ordre, le directeur envisage de refuser d'établir les certificats d'internement dont les parents ont besoin pour toucher la pension[81]. Cette mesure ne semble pas avoir été mise à exécution puisqu'en 1929 il reste encore quelques anciens combattants dont les familles refusent toujours de se plier à la règle[82]. Assister les proches sans désavantager les malades s'avère également difficile. Il paraît en effet injuste de refuser de secourir les familles quand le montant de la pension n'est pas entièrement épuisé après les prélèvements obligatoires. Ainsi, on donne le plus souvent la priorité aux épouses et aux ascendants, en considérant que le malade, s'il était en possession de ses facultés, viendrait évidemment en aide aux siens. C'est pourquoi, en septembre 1927, l'administrateur provisoire de l'asile Saint-Robert hésite à faire bénéficier Francisque Z. d'un meilleur régime alimentaire. Sollicitant l'avis du médecin-chef, il précise :

> « Celui-ci, pensionné de guerre à 100 %, mérite tous les égards mais d'autre part, il est marié et père de 5 jeunes enfants de sorte qu'il convient de limiter aux dépenses que vous reconnaîtrez vraiment utiles celles à engager et de réserver l'excédent disponible pour les secours alimentaires à Mme [Z.] »[83]

Finalement, l'administration estime, en accord avec le médecin, qu'il est « plus logique de faire profiter de sa pension sa famille nombreuse », tout en invitant cette dernière à lui faire parvenir des douceurs. On se contente donc d'offrir quelques suppléments au malade, du café au lait par exemple, en limitant les prélèvements sur son dépôt d'argent.

Si l'instruction du 26 juillet 1926 peine à entrer en vigueur, c'est aussi parce que les volontaires pour remplir la fonction de curateur sont rares. Dans l'Isère, le comité départemental des mutilés et réformés ne parvient à convaincre l'un de ses membres qu'après avoir essuyé une vingtaine de refus. Sans doute a-t-il sollicité des personnalités déjà trop

[81] Archives du Centre hospitalier de Saint-Jean-de-Dieu, registre d'enregistrement de la correspondance, lettre du directeur de l'asile au préfet de la Loire, 4 mars 1927, non coté.
[82] Archives du Centre hospitalier de Saint-Jean-de-Dieu, registre d'enregistrement de la correspondance, lettre de Claudius Collonge, curateur des anciens combattants internés dans le Rhône, au préfet de la Loire, 26 janvier 1929, non coté.
[83] Archives du Centre hospitalier Alpes-Isère, dossier de Francisque Z., non coté.

occupées pour assumer cette tâche, au demeurant peu gratifiante[84]. C'est finalement Henri Bouvier, ingénieur à Grenoble, qui est désigné curateur en décembre 1928, soit plus de deux ans après la publication de l'instruction[85]. Dans d'autres départements, les curateurs réclament le versement d'une indemnité au motif qu'ils doivent se déplacer dans les asiles pour remplir correctement leur mission. Saisi en juin 1927, l'Office national rejette leur demande[86]. De manière plus surprenante, ce dernier manifeste son désintérêt en affirmant que les comités départementaux « n'ont été investis d'aucune mission propre en la matière » et que « leur intervention n'est nullement obligatoire ». Il est vrai que l'instruction se contente de suggérer, sans l'imposer, que le curateur soit choisi en leur sein. Mais le désengagement de l'Office national affaiblit considérablement le dispositif.

La désignation des curateurs donne en outre des résultats très variables selon que la personne choisie accepte ou non de s'impliquer dans ce travail bénévole mais aussi en fonction des possibilités qui lui sont offertes localement. Dans la Seine, alors que René Poudevigne fait partie du comité départemental, la fonction est confiée à un certain monsieur Réveilhaud. Ses interventions lors des assemblées sont très rares. Le 31 mars 1928, alors qu'on lui demande de rendre compte de son action, il se contente de déclarer que « la situation n'appelle pas d'observation particulière ». Puisque toute la pension versée aux « articles 55 » est utilisée pour payer leurs frais d'hospitalisation, il explique n'avoir jamais à se préoccuper de l'utilisation d'un reliquat. Et l'on passe ainsi, sans débats, à l'étude d'une autre question[87]. Dans l'Isère, le curateur Henri Bouvier semble très isolé. En décembre 1929, à la demande du président du comité départemental, il dépose un rapport sur la situation des anciens combattants internés à l'asile Saint-Robert. Cette étude, dont aucun exemplaire n'est conservé, n'a pas été examinée avant la séance du 15 mai 1930. Après cette date, Henri Bouvier ne semble plus entretenir aucune relation avec le comité qui ne s'en inquiète pourtant pas avant mai 1938. Alors qu'on envisage de le remplacer, il se manifeste à nouveau et déclare n'avoir jamais abandonné sa fonction. Pourtant, il n'a guère laissé de trace de son action dans les archives de l'asile Saint-Robert et ses rapports avec l'administration de

[84] Le comité départemental a sollicité, entre autres, le conseiller général député de l'Isère, l'inspecteur départemental du Travail et le président du comité départemental de la lutte contre la tuberculose.
[85] Archives du service départemental de l'ONAC de l'Isère, assemblée plénière du comité des mutilés et réformés de l'Isère, 19 décembre 1929, non coté.
[86] AN, Pierrefitte-sur-Seine, fonds de l'ONAC, séance plénière de l'Office national des mutilés et réformés, 23 juin 1927, 20050206/15.
[87] Archives de Paris, fonds du service départemental de l'ONAC de la Seine, assemblée plénière du comité départemental des mutilés et réformés de la Seine, 31 mars 1928, 2530 W 687.

l'établissement paraissent tout aussi limités qu'avec le comité départemental[88]. La situation est différente dans le Rhône. En mars 1927, la fonction de curateur a été attribuée à Claudius Collonge*. Cet homme, qui a perdu à la guerre sa main droite et son bras gauche, compte parmi les personnalités qui dominent le paysage associatif du département dans l'après-guerre. Impliqué dans plusieurs groupements de mutilés, il préside depuis 1922 le Comité d'entente des associations d'anciens combattants du Rhône et siège dans toutes les commissions du comité départemental des mutilés et réformés mais il n'est nommé membre de la commission de surveillance de l'asile de Bron qu'en juin 1940. Dans l'établissement, ses moyens d'action semblent limités : il s'emploie essentiellement à procurer aux malades des divertissements et des douceurs. À l'occasion de la nouvelle année, chaque « article 55 » reçoit ainsi cinq francs et quelques friandises[89].

Le cas de la Gironde fournit un quatrième exemple de la manière dont la fonction de curateur peut être remplie. Dans ce département, elle a été confiée à Georges Cuvier*. Né en 1894 à Langon près de Bordeaux, sa famille est apparentée à celle du célèbre naturaliste dont il est l'homonyme. Il était étudiant en médecine lorsqu'il a été incorporé en décembre 1914, d'abord au 43e puis au 162e régiment d'infanterie comme téléphoniste, puis dans la 18e section d'infirmiers militaires[90]. Après l'armistice, il rédige à propos de son expérience de guerre un témoignage intitulé *La guerre sans galon*[91]. Il siège au comité départemental des mutilés et réformés de la Gironde où ses premières interventions concernent les mutilés de l'oreille, sans doute parce qu'il souffre lui-même, depuis la guerre, d'une diminution de l'acuité auditive. Une fois désigné pour s'occuper des anciens combattants internés, il s'investit pleinement dans sa mission et parvient à devenir un interlocuteur incontournable au sein de l'asile de Cadillac même si l'administration de l'établissement tente dans un premier temps de limiter son influence. Ainsi, en 1926, on lui refuse le droit de siéger dans la commission de surveillance au motif que celle-ci est au complet. À son initiative, le comité départemental envoie alors une lettre à chaque membre pour lui demander de démissionner. La démarche, fort mal perçue[92], se révèle néanmoins payante puisque le préfet, contraint et forcé, accepte

[88] Henri Bouvier doit pourtant avoir entretenu des relations avec l'asile de Saint-Robert puisqu'il a présenté, en 1929, un rapport sur les anciens combattants internés. Un effet de sources donne peut-être, à tort, l'impression qu'il a été peu actif.
[89] AD du Rhône, fonds du service départemental du Rhône de l'ONAC, bulletins administratifs du comité départemental des mutilés et réformés, décembre 1934, 4244 W 2.
[90] AD de la Gironde, registre matricule, classe 1914, bureau de Bordeaux, matricule 2783, 1 R 1522.
[91] Voir « Georges Cuvier », *in* Rémy CAZALS (dir.), *500 témoins de la Grande Guerre, op. cit.*, p. 163.
[92] Les réponses de certains membres de la commission, outrés qu'on leur demande de démissionner, sont publiées dans le numéro d'avril-mai 1926 de *La voix du Poilu*.

finalement de nommer un membre supplémentaire. Cet épisode montre que, dès sa prise de fonction, Georges Cuvier entend jouer auprès des anciens combattants internés un rôle bien plus important que celui prévu par la loi. En octobre 1927, il déclare d'ailleurs dans un rapport au comité départemental qu'« en raison du nombre et de la complexité des questions que soulève la mutilation du cerveau, ce rôle de curateur semble dans l'intérêt même [des] camarades mutilés, devoir être largement dépassé »[93]. Il ouvre une permanence pour rencontrer les parents des malades et fait obtenir des allocations aux plus nécessiteux. Tout en prêtant attention à la situation des familles, il n'hésite pas à intervenir auprès du procureur de la République pour signaler celles qui accaparent la majeure partie de la pension. Enfin, après avoir minutieusement étudié la situation des « articles 55 » internés dans l'asile, il s'assure en outre que ceux-ci sont placés, selon leurs revenus, dans la classe la plus favorable.

Pour faire connaître son action et lui donner plus de poids, Georges Cuvier crée en 1930 l'Association d'aide aux mutilés du cerveau et organise des congrès auxquels participent des parlementaires, des représentants du ministère des Pensions et du ministère de la Santé publique ainsi que des délégués d'associations d'anciens combattants[94]. En 1932, la séance de clôture ainsi qu'un banquet se déroulent à l'asile de Cadillac. Pour les congressistes c'est l'occasion de rencontrer des malades[95]. Avec un sens certain de la communication, Georges Cuvier contribue ainsi à faire connaître le sort des anciens combattants internés et à ouvrir sur l'extérieur les portes de l'asile. Ses prises de parole devant le comité départemental des mutilés et réformés de la Gironde sont souvent suivies d'applaudissements, comme le 2 février 1929 lorsqu'il achève son exposé sur ces mots :

> « L'épilogue de la grande tourmente est singulièrement douloureux pour les anciens poilus, hôtes des asiles ; et la reconnaissance de la nation bien défaillante ; puisque, somme toute, sans notre action commune, c'est le même sort fait aux vagabonds et aux détenus de droit commun qui leur serait réservé. Faisons donc tout,

[93] AD de la Gironde, fonds du service départemental de l'ONAC de la Gironde, assemblée plénière du comité départemental des mutilés et réformés de la Gironde, 22 octobre 1927, 4601 W 16.

[94] Un article publié en juin 1932 dans le journal *Le Matin* indique que le banquet organisé cette année-là a réuni plus de 400 personnes dont le chef du cabinet du ministre de la Santé publique et son homologue au ministère des Pensions. Voir « La journée de clôture du Congrès des mutilés du cerveau », *Le Matin*, 22 juin 1931, p. 2. Un compte rendu du congrès de 1934 fournit la liste des associations participantes parmi lesquelles on compte, entre autres, l'Union nationale des combattants, les Camarades de combat, la Fédération des Trépanés, l'Association Générale des Mutilés de Guerre et les Prêtres anciens combattants.

[95] AM de Bordeaux, aide aux anciens combattants et victimes de guerre, 1926-1938, 2535 Q 1-5.

messieurs, par l'imprescriptible devoir fraternel qui nous lie à eux, pour adoucir sans retard leur tragique destin. »[96]

Collaborateur du *Journal des mutilés*, Georges Cuvier écrit également dans *La Voix du poilu*[97] et incite son ami Jacques Péricard, écrivain et journaliste, à raconter le sort des « articles 55 » dans la rubrique dédiée aux anciens combattants du journal *La Petite Gironde*[98]. Progressivement, l'expression « mutilés du cerveau » se répand dans la presse[99]. Elle permet d'éviter l'emploi de termes stigmatisants, tels que « fous » ou « aliénés » et même « malades », en renvoyant à la figure plus noble du blessé de guerre[100]. En la popularisant, Georges Cuvier s'emploie donc à modifier le regard porté sur les anciens combattants internés dont il veut faire reconnaître le sacrifice. C'est dans ce même but qu'il organise, en 1931, une cérémonie au cours de laquelle dix malades reçoivent la croix du combattant[101]. L'évènement est relaté dans *La Voix du poilu* :

> « Nous avions en face de nous des frères d'armes impassibles et inconscients et tout autour une foule nombreuse, recueillie et sensible… Et la flamme que nous recherchâmes en vain dans les regards de camarades qui nous parurent absents de la cérémonie et comme étrangers à elle, nous la trouvâmes dans les yeux de tous les assistants. »[102]

En 1937, lorsque le ministère des Pensions prescrit le regroupement dans un carré spécial des tombes des militaires enterrés dans les cimetières des asiles[103], Georges Cuvier se charge à

---

[96] AD de la Gironde, fonds du service départemental de l'ONAC de la Gironde, assemblée plénière du comité départemental des mutilés et réformés de la Gironde, 2 février 1929, 4601 W 17.

[97] *La Voix du poilu* est le journal mensuel de l'Union régionale du Sud-Ouest des camarades de combat.

[98] AD de Bordeaux, fonds du service départemental de l'ONAC, assemblée plénière du comité départemental des mutilés et réformés, 22 octobre 1927, 4601 W 16.

[99] Georges Cuvier ne l'a cependant pas inventée puisqu'elle est employée en 1921 par le docteur Roger Mignot par exemple. Roger MIGNOT, « Les Mutilés du cerveau », *Journal des mutilés*, 31 décembre 1921, p. 3.

[100] Sous la plume de certains médecins, comme le docteur Gérard Molin de Teyssieu, expert auprès des tribunaux, l'expression de « blessés du cerveau » est réservée aux trépanés et aux épileptiques. Voir Gérard MOLIN de TEYSSIEU, *L'Avenir médical et social des blessés du cerveau*, Bordeaux, A. Destout, 1926.

[101] « Dans la Gironde. Le premier Congrès d'Aide aux Mutilés du Cerveau », *Journal des mutilés*, 3 juillet 1931, p. 3.

[102] *La Voix du poilu*, juillet-août 1931.

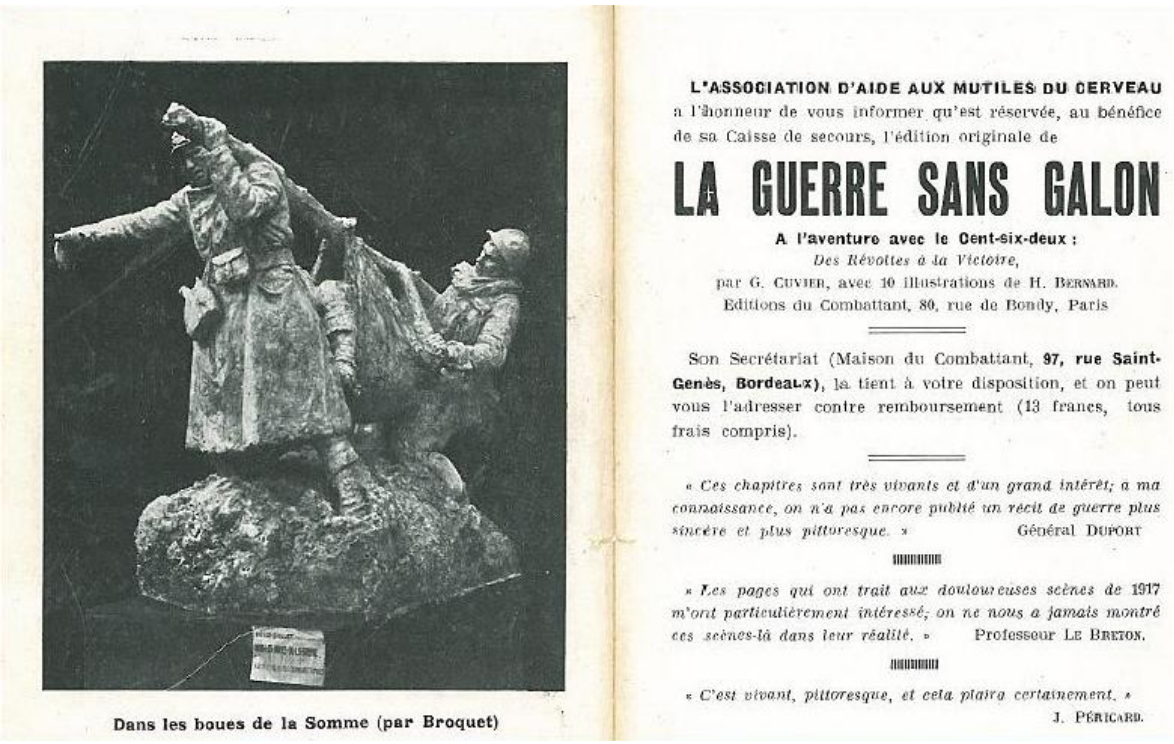
[103] Les instructions du ministère des Pensions sont évoquées lors de la réunion du 22 janvier 1937 de la commission de surveillance de l'asile de Bron. Les sépultures des militaires doivent être rassemblées dans un carré spécial suivant un plan soumis à l'approbation du ministère. Chaque tombe, ornée d'un rosier, doit porter l'inscription du nom du défunt et être pourvue d'une croix ou d'une stèle. Enfin, des arbres et des plates-bandes fleuries doivent être disposés aux abords du carré. Celui-ci n'existe plus aujourd'hui, le cimetière ayant été désaffecté dans les années 1960. AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, délibérations de la commission de surveillance, séance du 22 janvier 1937, H-Dépôt Vinatier L 11.

nouveau d'organiser une cérémonie. Celle-ci se déroule en présence de Georges Rivollet, ancien ministre des Pensions et secrétaire général de la Confédération nationale des combattants. C'est à cette occasion qu'est apposée la plaque, encore visible sur l'un des murs du cimetière[104]. Commandée par Georges Cuvier, elle est financée par l'asile et par des dons[105]. Une fois la plaque dévoilée, le programme prévoit que les participants observent une minute de silence avant de se réunir autour d'un vin d'honneur offert par l'asile[106].

Figure 19 : Plaque commémorative apposée au mur du cimetière de l'hôpital psychiatrique de Cadillac le 26 juin 1937

Pour financer l'ensemble de ces actions, Georges Cuvier sollicite des subventions auprès d'une vingtaine de grandes associations comme l'Union nationale des combattants, les Blessés du Poumon ou encore la Fédération nationale des plus grands invalides, dont il est membre. En plus de l'aide allouée par le comité départemental des mutilés et réformés de la Gironde ainsi que par l'asile de Cadillac, il récolte des dons et monte des opérations de levées de fonds, organisant par exemple une vente de son livre au profit des « mutilés du cerveau ».

[104] Ce cimetière, menacé de destruction, retient depuis plusieurs années l'attention des journalistes et des historiens. Curieusement, alors que la plaque dédiée aux mutilés du cerveau est presque toujours mentionnée dans leurs articles, le rôle de Georges Cuvier et de son association n'est jamais évoqué.
[105] Archives du Centre hospitalier de Cadillac, registre des délibérations de la commission de surveillance, séance du 15 mai 1937, non coté.
[106] Archives du Centre hospitalier de Cadillac, registre des délibérations de la commission de surveillance, séance du 19 juin 1937, non coté.



Dans les boues de la Somme (par Broquet)

L'ASSOCIATION D'AIDE AUX MUTILES DU CERVEAU
a l'honneur de vous informer qu'est réservée, au bénéfice de sa Caisse de secours, l'édition originale de

LA GUERRE SANS GALON

A l'aventure avec le Cent-six-deux :
Des Révoltes à la Victoire,
par G. CUVIER, avec 10 illustrations de H. BERNARD.
Editions du Combattant, 80, rue de Bondy, Paris

Son Secrétariat (Maison du Combattant, **97, rue Saint-Genès, Bordeaux**), la tient à votre disposition, et on peut vous l'adresser contre remboursement (13 francs, tous frais compris).

« *Ces chapitres sont très vivants et d'un grand intérêt; à ma connaissance, on n'a pas encore publié un récit de guerre plus sincère et plus pittoresque.* » Général DUPORT

« *Les pages qui ont trait aux douloureuses scènes de 1917 m'ont particulièrement intéressé; on ne nous a jamais montré ces scènes-là dans leur réalité.* » Professeur LE BRETON.

« *C'est vivant, pittoresque, et cela plaira certainement.* »
J. PÉRICARD.

Figure 20 : Prospectus distribué par l'Association d'aide aux mutilés du cerveau, sans date[107]

L'énergie qu'il déploie est d'autant plus remarquable qu'il défend, en plus des « articles 55 », de multiples autres causes[108]. Certains lui reprochent d'ailleurs cet activisme et ses relations avec la direction et les médecins de l'asile de Cadillac sont ambivalentes. Si les membres de la commission de surveillance lui apportent leur soutien à plusieurs reprises, ils déplorent sa prétention à intervenir dans de trop nombreuses affaires, notamment son insistance à faire établir un contrat d'exclusivité entre l'asile et le laboratoire médical qu'il dirige à Bordeaux[109]. En 1934, un article consacré à l'Association d'aide aux mutilés du cerveau lui attire les foudres des médecins. Publié dans *L'Action française*, celui-ci raconte que les anciens combattants internés à l'asile de Cadillac, qui « grelottaient l'hiver », sont désormais vêtus grâce à « des gens charitables »[110]. Arguant que ses propos ont été déformés, Georges Cuvier organise une visite de l'asile à laquelle il convie l'auteur de l'article. Un

[107] Ce prospectus fait partie des archives privées de Jacqueline Cuvier, fille de Georges Cuvier. Je la remercie de m'avoir permis de le reproduire.
[108] Georges Cuvier s'implique notamment dans la lutte contre le cancer. En 1922, il participe à la fondation du *Bulletin de biologie clinique* et, à partir de 1934, organise des Journées d'études biologiques du cancer à Bordeaux. En 1939, il crée la revue *Cancérologie*.
[109] Archives du Centre hospitalier de Cadillac, registre des délibérations de la commission de surveillance, séance du 29 janvier 1938, non coté.
[110] Georges GAUDY, « L'affreuse situation des mutilés du cerveau », *L'Action française*, 26 novembre 1934, p. 3.

rectificatif est publié quelques jours plus tard[111]. L'incident est donc rapidement réglé mais il attise la méfiance de l'administration. Le directeur de l'asile, prêt à faire des efforts pour améliorer le sort des « articles 55 », exprime son mécontentement face à la campagne de presse menée par Georges Cuvier, rappelant à la commission de surveillance que « le plus grand service qu'on puisse rendre à l'asile de Cadillac c'est de parler le moins possible de lui, aussi bien en bien qu'en mal dans les journaux »[112]. Ces méthodes ne sont pas non plus approuvées par les représentants de certaines associations d'anciens combattants. À l'Union fédérale, Fernand Orelli, devenu directeur de l'asile de Bassens (Savoie), estime que le curateur de la Gironde outrepasse ses fonctions et ironise en affirmant qu'il serait capable de « faire transformer les modèles des marmites de l'asile »[113]. L'Office national des mutilés, combattants, victimes de guerre et pupilles de la nation[114] refuse quant à lui de subventionner l'association d'aide aux mutilés du cerveau sans expliquer pourquoi[115]. C'est en vain que Georges Cuvier le sollicite pour que soit désigné un curateur général, chargé de coordonner les actions menées dans l'ensemble des asiles d'aliénés, rôle qu'il est certainement tout prêt à jouer[116].

Georges Cuvier s'efforce en effet d'entrer en contact avec les curateurs d'autres départements, espérant donner une envergure nationale à l'Association d'aide aux mutilés du cerveau[117]. Les résultats sont cependant mitigés. À partir de 1935, une amicale se développe à Limoges grâce à Jean Puynège[118]. Curateur des anciens combattants internés de la Haute-

---

[111] Georges GAUDY, « Les mutilés du cerveau », *L'Action française*, 26 décembre 1934, p. 2.

[112] Archives du Centre hospitalier de Cadillac, registre des délibérations de la commission de surveillance, séance du 29 décembre 1934, non coté.

[113] AD de la Gironde, fonds du service départemental de l'ONAC de la Gironde, assemblée plénière du comité des mutilés et réformés, 26 octobre 1929, 4601 W 17.

[114] L'Office national des mutilés et réformés devient en 1935 l'Office national des mutilés, combattants, victimes de guerre et pupilles de la nation. Voir Jean-François MONTÈS, « L'office national des anciens combattants et victimes de guerre. Création et actions durant l'entre-deux-guerres », art. cit.

[115] En 1933, Georges Cuvier indique au comité départemental des mutilés et réformés de la Gironde que sa demande de subvention a été refusée. AD de la Gironde, fonds du service départemental de l'ONAC de la Gironde, assemblée plénière du comité des mutilés et réformés, 20 mai 1933, 4601 W 17.

[116] Dans un rapport remis au comité départemental des mutilés et réformés de la Gironde en février 1929, il affirme avoir formulé ce vœu à plusieurs reprises. AD de la Gironde, fonds du service départemental de l'ONAC de la Gironde, assemblée plénière du comité départemental des mutilés et réformés, 2 février 1929, 4601 W 17.

[117] Il évoque cette prise de contact en 1927. AD de la Gironde, fonds du service départemental de l'ONAC de la Gironde, assemblée plénière du comité des mutilés et réformés, 22 octobre 1927, 4601 W 16.

[118] Jean Puynège est né en 1896 et mort en 1980. Il a été mobilisé en août 1916 et a combattu jusqu'à la fin de la guerre dans le 92e puis au 217e régiment d'infanterie. Intoxiqué par les gaz en août 1918, il est pensionné à 100 %. Après l'armistice, il s'investit dans de nombreuses associations d'anciens

Vienne, ce dernier s'inspire de l'action de Cuvier[119] et peut compter sur l'appui du directeur de l'asile de Naugeat qui exerçait auparavant ses fonctions à Cadillac. Selon toute vraisemblance, celui-ci connaît Cuvier. Devant la commission de surveillance, il fait d'ailleurs à plusieurs reprises référence aux dispositions prises dans la Gironde en faveur des « articles 55 »[120]. D'autres amicales, dont l'action est peu documentée, se développent également à Agen, à Mont-de-Marsan, à Périgueux ou encore à Paris. Présente dans la capitale, l'association de Georges Cuvier n'entretient néanmoins aucune relation avec celle de René Poudevigne. Les deux hommes, qui écrivent l'un comme l'autre dans le *Journal des mutilés*, devaient pourtant se connaître. Les archives ne permettent pas d'expliquer pourquoi ils n'unissent pas leurs efforts alors qu'ils ont le même objectif : faire supprimer l'article 55. Tous deux dénoncent en effet les effets pervers des modifications qui lui ont été apportées.

c) Le rapport Boulet : un tournant pour 3 720 anciens combattants internés ?

Or, en période de crise économique, ces modifications sont jugées suffisantes par la plupart des associations d'anciens combattants. D'autant que la nouvelle loi de finances promulguée en avril 1930 semble résoudre tous les problèmes. Elle précise en effet que les malades mariés doivent désormais être placés dans la même classe de traitement que les hommes célibataires, comme s'ils n'avaient pas à verser d'argent à leur épouse et que toute leur pension était utilisée pour régler leurs frais d'internement. L'État, en s'engageant à apporter le complément nécessaire, paraît donc céder aux revendications et augmenter sa participation financière[121]. Ainsi, lors du congrès de l'Union fédérale à Toulouse en 1931, Fernand Orelli affirme que « la question des aliénés de guerre […] paraît légalement et

---

combattants. Outre l'amicale d'aide aux mutilés du cerveau, il préside la 12e section régionale des trépanés, la section régionale de la Fédération des plus grands invalides de guerre, l'association des gazés du poumon ou encore la société mutuelle de retraite des anciens combattants de la Haute-Vienne. Archives de la Fédération des plus grands invalides de guerre, dossier de Jean Puynège, non coté.

[119] *Journal des mutilés*, 11 août 1935, p. 4. Jean Puynège est le seul curateur avec lequel Georges Cuvier semble entretenir des relations suivies. Les deux hommes sont membres de la Fédération nationale des plus grands invalides de guerre. Dans une lettre adressée au président de cette association en août 1942, Georges Cuvier évoque l'action de son « très dévoué camarade Puynège ». Archives de la Fédération nationale des plus grands invalides de guerre, dossier de Georges Cuvier, non coté.

[120] J. Dupas est nommé directeur de l'asile de Naugeat (Haute-Vienne) en 1930 et occupe ce poste jusqu'en 1938, date à laquelle il est muté à sa demande à l'asile de Prémontré (Aisne). Voir *Journal officiel. Lois et décrets*, 11 novembre 1930, p. 12654 et 19 mai 1938, p. 5631.

[121] Article 118, loi de finances du 16 avril 1930, *Journal officiel. Lois et décrets*, 17 avril 1930, p. 4427.

législativement résolue »[122]. Tel n'est pourtant pas l'avis de Georges Cuvier et de René Poudevigne. Ceux-ci veulent que les aliénés bénéficient de l'hospitalisation gratuite et que leurs épouses disposent, au même titre que les veuves, de leur propre titre de pension. Mais ces mesures ont un coût. L'État dépense déjà près de 16 milliards de francs pour venir en aide aux mutilés, veuves et ascendants. À eux seuls, les frais d'hospitalisation pris en charge au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 reviennent à 12 millions de francs[123]. Pour régler la situation des « articles 55 », l'État préfère donc opter pour une solution autrement plus économique[124]. L'examen des dépenses d'un ancien combattant interné permet de mieux s'en convaincre. Prenons l'exemple de l'asile Saint-Robert dont les archives fournissent des chiffres précis. Dans cet établissement, tous les « articles 55 » mariés sont placés en troisième classe. Pour payer leurs frais d'internement, ils dépensent 6 843 francs par an sur les 7 160 qui constituent leur pension. Il leur faut encore verser 2 880 francs à leur épouse et régler des frais de médicaments qui s'élèvent en moyenne à 250 francs. L'État prend ainsi chaque année à sa charge environ 2 813 francs par malade marié[125]. L'effort financier consenti est donc bien moindre que s'il fallait régler l'intégralité des frais d'internement (6 843 francs) ainsi que la pension due à l'épouse (2 880 francs) en plus de la pension militaire (7 160 francs). En outre, alors que les départements et les communes continuent de réclamer la participation financière de l'État dans l'assistance psychiatrique aux indigents, la demi-mesure adoptée en 1930 permet, comme en 1919, d'éviter de créer un précédent[126].

Un an plus tard, le nouveau ministre de la Santé publique Henri Queuille décide pourtant de réformer le système. Pour la première fois, l'État accepte de contribuer au financement de l'assistance psychiatrique en versant une subvention aux départements et aux communes[127]. Cette mesure ne concerne toutefois pas les « articles 55 » qui ne sont pas considérés sur le plan légal comme des malades indigents. Et si les anciens combattants

---

[122] BDIC, Congrès de l'Union fédérale des associations françaises d'anciens combattants, 1931, p. 47, 8 P 3373.

[123] Pierre THEIL, *Le Corps médical devant la médecine sociale*, Paris, Baillière et Fils, 1943, p. 17.

[124] On compte alors 800 000 mutilés, 600 000 veuves et 300 000 ascendants. Voir Michel DREYFUS, Michèle RUFFAT, Vincent VIET, Danièle VOLDMAN (dir.), *Se protéger, être protégé. Une histoire des Assurances sociales en France*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2006, p. 51.

[125] AD de l'Isère, administration hospitalière, asiles d'aliénés, documents généraux, états trimestriels des pensionnés militaires internés, 9 X 11.

[126] Les archives nationales conservent sous la cote 19830628/2 les multiples vœux adressés en ce sens par les conseils généraux. Sur le département du Rhône voir Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, « Un lieu de tension entre le centre et la périphérie ? L'assistance aux aliénés dans le département du Rhône (1918-1940) », *Le Mouvement Social*, n° 242, janvier 2013, p. 45-59.

[127] Voir Samuel ODIER, *La fin de l'asile d'aliénés dans le Rhône et l'Isère (1930-1955)*, thèse d'histoire, Université Lyon III, 2006, p. 196-197.

mariés doivent désormais bénéficier des mêmes conditions d'internement que leurs camarades célibataires, cela ne n'améliore pas vraiment leur situation. C'est ce que démontrent à la Chambre quatre députés du Rhône, Armand Chouffet, Paul Massimi, Claude Bruyas et François Peissel, en janvier 1931[128]. Leur initiative tient sans doute au fait que la nouvelle modification apportée à l'article 55 n'est d'aucun effet dans l'asile de leur département où il n'existe qu'une classe de traitement pour tous les malades, quels que soient leur situation familiale et leurs revenus[129]. Toutefois, dans les asiles où il existe plusieurs classes de traitement, le problème n'est pas non plus réglé. À l'asile de Châlons-sur-Marne, à l'asile de Clermont (Oise) et à l'asile de Prémontré (Aisne), le prix de journée appliqué aux malades payants les moins fortunés est de 20 francs, soit 7 300 par an, alors que la pension annuelle des « articles 55 » est de 7 160 francs. Qu'ils soient mariés ou célibataires, ces derniers sont donc traités avec les indigents.

Au cours des années 1930, le relèvement constant des prix de journée aggrave un peu plus le sort des anciens combattants internés. Les droits acquis par le personnel des asiles et le passage à la journée de 45 heures entraînent de nouvelles dépenses qui sont répercutées sur les tarifs dans chaque classe de traitement[130]. Le cas de Joseph U., malade célibataire, est emblématique. Interné à l'asile Saint-Robert, il a été placé en 1ère classe en 1931 mais doit être rétrogradé en 2ème classe en 1934 puis en 4ème classe en 1936[131]. Dans cet établissement, un arrangement est toutefois trouvé pour améliorer le sort de certains pensionnés militaires. Grâce à des prélèvements sur leur pécule, ils reçoivent le régime alimentaire de la classe supérieure à la leur. Ainsi, bien que Francisque Z. fasse partie des malades indigents, il est nourri comme ceux de la 3ème classe à partir de janvier 1931[132]. Cette solution comporte toutefois des limites puisque la loi impose aux asiles de ne pas puiser dans le pécule des malades si celui-ci est inférieur au montant de deux trimestres de pension. À l'asile de Cadillac où, grâce aux efforts de Georges Cuvier, seuls les malades issus des colonies étaient traités avec les indigents au cours des années 1920, la pension des « articles 55 » ne suffit plus

[128] Proposition de loi concernant les aliénés de guerre, séance du 30 janvier 1931, annexe 4413, *Annales de la Chambre des députés. Documents parlementaires*, p. 123. Cette proposition de loi est déposée par les députés Armand Chouffet, François Peissel, Paul Massimi et Claude Bruyas, ce dernier siégeant au conseil général. Renvoyée à la commission des pensions, elle est rapportée par François Peissel en décembre 1931 mais n'a jamais été examinée par la Chambre.

[129] François Peissel l'a certainement constaté lorsqu'il a été sollicité par Édouard R., ancien combattant interné à l'asile de Bron qui réclame une amélioration de son régime. AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, dossier d'Édouard R., H-Dépôt Vinatier Q 793.

[130] Voir Isabelle von BUELTZINGSLOWEN, *L'Hécatombe des fous*, *op. cit.*, p. 277-278.

[131] Archives du Centre hospitalier Alpes-Isère, dossier de Joseph U., non coté.

[132] Archives du Centre hospitalier Alpes-Isère, dossier de Francisque Z., non coté.

à payer le prix de journée le moins cher en 1937. Une sous-commission chargée d'enquêter sur le sort des anciens combattants internés a d'ailleurs constaté, en visitant l'asile, que leurs conditions de vie laissaient nettement à désirer[133].

Cette sous-commission a été nommée en février 1937 au sein de la commission des pensions de la Chambre des députés. Elle compte cinq membres, issus des partis de gauche, qui ont tous combattu pendant la guerre et militent activement en faveur des anciens combattants[134]. René Besse, député du Lot et ancien ministre des Pensions[135], Pierre Burgeot, député du Rhône[136], Auguste Touchard, député de la Seine[137] et René Burtin, député de Saône-et-Loire[138] sont réunis sous la présidence de Paul Boulet. Celui-ci, professeur de pathologie et de propédeutique médicales à la faculté de médecine de Montpellier et député de l'Hérault, a été élu maire de Montpellier en 1935 avec le soutien du Front populaire[139]. Les cinq hommes commencent par se renseigner sur la situation des « articles 55 ». À cet effet, ils s'adressent au ministre de la Santé publique, Henri Seiller. Nommé à cette fonction en juin 1936, celui-ci semble particulièrement ouvert aux idées réformatrices. Il a d'ailleurs choisi Édouard Toulouse comme conseiller technique pour la psychiatrie[140] et c'est pendant son mandat que les asiles d'aliénés prennent officiellement le nom d'hôpitaux psychiatriques.

---

[133]Archives du Centre hospitalier de Cadillac, délibérations de la commission de surveillance, séance du 30 octobre 1937, non coté.

[134] « La Commission des Pensions et les aliénés de guerre », *Journal des mutilés*, 28 mars 1937, p. 2.

[135] René Besse (1891-1947) est député du Lot de 1932 à 1942. Il appartient au groupe des indépendants de gauche. Il est nommé ministre des Pensions le 24 janvier 1936 et occupe cette fonction jusqu'à la chute du cabinet d'Albert Sarrault au mois de juin. Archives de l'Assemblée nationale, dossier biographique, boîte B 23.

[136] Pierre Burgeot (1886-1965) est député du Rhône de 1936 à 1942, conseiller général de 1934 à 1946 et conseiller municipal de Lyon de 1935 à 1948. Archives de l'Assemblée nationale, dossier biographique, boîte B 50.

[137] Auguste Touchard (1892-1978) est député de la Seine de 1936 à 1940. Il siège au groupe communiste. Il fait partie de la direction de l'Association républicaine des anciens combattants et est un des membres fondateurs de l'Union française des anciens combattants et victimes de guerre. Archives de l'Assemblée nationale, dossier biographique, boîte T 12.

[138] René Burtin (1892-1975) est député de Saône-et-Loire de 1928 à 1932 puis de 1936 à 1942. Il est inscrit au parti socialiste.

[139] Paul Boulet (1894-1982) est maire de Montpellier de 1935 à 1937 et député de l'Hérault de 1936 à 1942, inscrit au parti de la jeune République. Il a appartenu au groupe de la commission de l'hygiène, à celle des boissons, à celle des pensions civiles et militaires et à celle de la santé publique. En 1940, il fait partie des 80 parlementaires qui refusent de voter les pleins pouvoirs au maréchal Pétain. Après la Seconde Guerre mondiale, il est délégué de l'Assemblée consultative provisoire de 1944 à 1945, dirige à nouveau la mairie de Montpellier de 1945 à 1953 et retrouve son mandat de député de l'Hérault entre 1946 et 1951. Archives de l'Assemblée nationale, dossier biographique, boîte B 37. Sur la carrière politique de Paul Boulet voir Philippe LACOMBRADE, « Un chrétien de gauche dans le "midi rouge" : Paul Boulet (1894-1982) », *Parlement[s]. Revue d'histoire politique*, hors série n° 7, 2011/3, p. 75-89.

[140] Voir Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, *L'Hécatombe des fous*, *op. cit.*, p. 274.

Désireux de répondre à la requête de la sous-commission, Henri Seiller adresse aux préfets une liste de dix questions[141]. Il demande en particulier à connaître le nombre des invalides de guerre mariés et célibataires pensionnés à 100 % et à savoir combien bénéficient de la carte du combattant. Il interroge également les préfets sur les classes de traitement et les prix de journée, sur la fréquence des visites, le montant des pécules et les relations entre les asiles et les comités départementaux des mutilés et réformés.

Ce questionnaire détaillé montre que le ministère ne sait pas grand-chose sur les anciens combattants internés et que la requête adressée par la sous-commission l'a pris de court. Il réclame d'ailleurs des réponses « d'extrême urgence ». A-t-il été entendu ? Il est peu probable qu'il soit parvenu à obtenir rapidement les informations demandées car les préfets ne disposent pas de ces renseignements et doivent solliciter les directeurs des hôpitaux psychiatriques. Or rares sont ceux qui connaissent aussi précisément la situation des « articles 55 » internés dans leur établissement. Dans l'Isère, en juin 1937, le directeur de l'asile Saint-Robert n'a toujours pas répondu au questionnaire. Étonnamment, il subsiste peu de traces du travail que celui-ci a pourtant dû susciter. Seules les visites des commissaires, qui se rendent dans une vingtaine d'établissements[142], sont parfois mentionnées dans les archives. À l'hôpital du Vinatier, ancien asile de Bron[143], l'administrateur provisoire des biens des aliénés y fait allusion devant la commission de surveillance, affirmant que les députés ont « constaté la parfaite organisation du service chargé de la défense des droits et de la gestion des biens des aliénés anciens combattants »[144].

Le rapport de la sous-commission est remis en novembre 1937 à la commission des pensions[145]. Un mois plus tard, Paul Boulet intervient à la Chambre à l'occasion de la discussion du budget des pensions et alerte les députés sur la situation des anciens combattants internés, affirmant que leurs conditions de vie sont déplorables dans de nombreux établissements. Parmi les 1 310 anciens combattants internés rencontrés par la sous-commission, certains n'auraient droit qu'à « une soupe et un légume à chaque repas »[146]. Bien qu'il se déclare favorable à la suppression de l'article 55, Paul Boulet sait qu'il n'obtiendra

[141] Une copie de ce questionnaire est conservée aux archives de la préfecture de l'Isère. AD de l'Isère, administration hospitalière, asiles d'aliénés, documents généraux, 1905-1957, 9 X 1-16.
[142] Ce chiffre est mentionné par Paul Boulet sans plus de précision. Il n'est donc pas possible de savoir quels hôpitaux psychiatriques ont été visités ni comment ils ont été choisis.
[143] L'asile de Bron prend le nom d'hôpital psychiatrique du Vinatier en 1936.
[144] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, délibérations de la commission de surveillance, séance du 25 juin 1937, H-Dépôt Vinatier L 26.
[145] Il n'est pas conservé dans les archives de la commission des pensions disponibles aux archives nationales.
[146] *Annales de la Chambre des députés. Débats parlementaires*, séance du 7 décembre 1937, p. 2775.

pas la prise en charge totale des frais d'internement par l'État. Il se contente donc de réclamer l'ajout d'un nouvel alinéa, spécifiant que les malades doivent bénéficier « d'un régime spécial, confortable et constant » dont la nature sera fixée par décret. Son intervention à la Chambre s'achève sur de « vifs applaudissements unanimes » et, dès le mois de décembre 1937, la loi de finances entérine la modification de l'article 55 qu'il a suggérée en reprenant mot pour mot le texte proposé[147]. Cependant, un an plus tard, le décret n'a toujours pas été publié. Il faut attendre le 12 mai 1938 pour qu'une nouvelle sous-commission soit instituée afin d'en rédiger le texte. Sous la présidence de Charles Valentino, on retrouve Paul Boulet, René Besse, Pierre Burgeot auxquels viennent se joindre Georges Rivollet, ancien ministre des Pensions, René Poudevigne, fondateur de l'Association des familles et amis des aliénés de guerre, Marcel Wichegrod, trésorier de l'Association générale des mutilés de guerre[148], Félix Gadaud, membre de la commission de l'hygiène du Sénat, ainsi qu'un représentant du ministère de la Santé publique[149]. Le régime qu'ils définissent comprend des menus détaillés pour chaque repas[150], la description des vêtements que doivent posséder les malades[151] ainsi que l'attribution d'une allocation de 1,50 franc prélevée sur leur pension qui doit leur permettre de se procurer quelques douceurs. Mais le ministère des Finances, auquel le texte est transmis en novembre 1938, refuse de donner son approbation. Comme l'explique Paul Boulet à la Chambre, il juge le montant de l'allocation journalière trop élevé[152]. Le décret circule donc entre ce ministère, celui des Pensions et celui de la Santé publique sans que les discussions aboutissent.

À cette date, dans les hôpitaux psychiatriques, les « articles 55 » se distinguent peu du reste des hommes internés. La priorité des administrations est de trouver comment faire face à un encombrement de plus en plus inquiétant. Plus de 100 000 malades sont internés dans les hôpitaux psychiatriques français contre 77 683 dix ans plus tôt[153]. En 1937, le conseil général du Rhône décide d'ouvrir une annexe pour soulager l'hôpital psychiatrique du Vinatier. Installée dans l'ancien séminaire de Sainte-Foy-l'Argentière, à une cinquantaine de kilomètres

---

[147] Article 152, loi de finances du 31 décembre 1937, *Journal officiel. Lois et décrets*, 1er janvier 1938, p. 16.
[148] Marcel Wichegrod est également le président de la section de Seine-et-Oise de l'Association générale des mutilés de guerre.
[149] La composition de la sous-commission est détaillée dans le *Journal des mutilés* le 31 juillet 1938.
[150] Un plat de viande ou de poisson est notamment prévu midi et soir.
[151] À savoir un costume d'hiver et un costume d'été, ainsi que du linge de corps régulièrement changé.
[152] *Annales de la Chambre des députés. Débats parlementaires*, 2ème séance du 16 décembre 1938, p. 1857.
[153] *Bulletin de l'Institut national d'hygiène*, janvier-mars 1948, p. 3.

de l'hôpital, elle doit accueillir les vieillards et les incurables. Cette mesure, qui revient de fait à regrouper les malades les moins susceptibles de connaître une amélioration, concerne tous les internés, anciens combattants ou non. Pierre Burgeot, qui a participé aux travaux de la sous-commission présidée par Paul Boulet, estime que le transfert à l'annexe risque d'isoler un peu plus les « articles 55 » et alerte le conseil général, sans parvenir à le convaincre. En mai 1939, une quinzaine d'anciens combattants pensionnés font partie des 470 malades qui quittent l'hôpital psychiatrique du Vinatier[154].

Plus de vingt ans après l'entrée en vigueur de l'article 55, les résultats obtenus pour améliorer le sort des anciens combattants internés sont donc très modestes. Ceux-ci ne sont pas devenus des pensionnés comme les autres et leurs conditions de vie les assimilent, pour la plupart, aux malades indigents. D'après le rapport de Paul Boulet, les « articles 55 » sont encore 3 720 en 1937. Il semble d'autant plus nécessaire de garantir à ces hommes des conditions de vie décentes qu'on considère qu'ils ont peu de chances de sortir un jour de l'hôpital psychiatrique. Il est d'ailleurs révélateur que la sous-commission se soit contentée d'étudier leur situation pendant l'internement sans envisager l'hypothèse de leur réinsertion sociale. Alors qu'en 1926 le pécule était considéré comme un moyen de préparer une éventuelle sortie, il doit simplement, en 1937, servir à adoucir le sort des malades internés.

[154] Séance du 7 février 1938, *Rapports et délibérations, Conseil général du Rhône*, Lyon, Imprimeries réunies, 1938, p. 458-459.

II - Des internés au long cours

Pour comprendre pourquoi les « articles 55 » effectuent de longs séjours dans les asiles d'aliénés, il faut suivre le parcours de ceux qui parviennent à en sortir. On constate alors à quel point les obstacles sont nombreux. En effet, les anciens combattants qui ont été internés ne bénéficient que très rarement des dispositifs prévus pour aider les mutilés à retrouver un travail et, lorsque c'est nécessaire, à être soignés chez eux plutôt qu'à l'hôpital. Ils sont donc confrontés aux problèmes que rencontrent la majorité des malades lorsqu'ils quittent l'asile. Les difficultés financières, l'impossibilité de trouver un travail et la solitude compromettent leur réinsertion et conduisent parfois à un nouvel internement. Conscients de cette situation, les psychiatres ne prennent pas seulement en considération l'état de santé de leurs patients lorsqu'ils doivent se prononcer sur leur sortie. Comme le résume le docteur Roger Mignot* en 1922, « la nécessité de l'internement ne résulte pas seulement de la maladie elle-même, elle provient également des conditions sociales, familiales, économiques[155] ». En effet, la plupart des anciens combattants qui ne relèvent plus d'un internement nécessitent néanmoins des soins et une attention constante. La sortie est donc difficilement envisageable sans un minimum de revenus et le soutien des proches. Or, lorsque les familles ne peuvent ou ne veulent pas se rendre disponibles, il n'existe pas d'alternative à l'asile d'aliénés.

1) Reprendre sa place dans la société : les impasses de la réinsertion sociale

a) Gagner sa vie

Les médecins connaissent depuis longtemps les difficultés rencontrées par leurs malades lorsqu'ils sortent de l'asile. Pour y remédier, l'aliéniste Jean-Pierre Falret, médecin-chef de la Salpêtrière, prend, en 1843, l'initiative de confier ses patients à des religieuses qui leur viennent en aide après leur internement. Avec l'aide de l'aumônier qui officie dans son service, il passe un contrat avec une maison de secours tenue par les sœurs de la Charité pour former une société appelée l'Œuvre. Celle-ci connaît un tel succès que tous les asiles départementaux sont bientôt encouragés par le ministère de l'Intérieur à se doter d'organisations similaires, capables de fournir une aide financière aux plus nécessiteux et de

[155] Roger MIGNOT, « Les Mutilés du cerveau », *Journal des mutilés*, 19 août 1922, p. 1.

faciliter leur sortie en leur apportant un secours moral[156]. La société de patronage de l'asile départemental du Rhône voit ainsi le jour en 1904. Outre les sommes qu'elle attribue aux malades dans le besoin, elle dispose d'un garde-meuble qui permet d'entreposer le mobilier d'un patient lorsque son logement ne peut pas être conservé pendant l'internement. Les archives de l'établissement permettent de savoir que cette société existe toujours après la Première Guerre mondiale, remettant par exemple, en 1919, 25 francs à un soldat réformé afin qu'il puisse regagner son foyer après sa sortie de l'asile[157]. Ses moyens d'action semblent néanmoins limités. Grâce aux subventions du Conseil général, aux dons et aux cotisations de ses membres parmi lesquels on compte de nombreux médecins ou membres du personnel de l'asile, la société parvient à distribuer, en 1922, 2 151 francs sous la forme de secours de 20 à 30 francs par personne. Mais cette aide bénéficie essentiellement à des malades encore internés et à leurs familles. Ainsi, seuls 22 malades sortants sont concernés[158].

Or l'une des principales difficultés rencontrées à la sortie de l'asile consiste justement à faire face à des dépenses multiples et inévitables. On pourrait penser que ce problème concerne moins les anciens combattants internés puisqu'ils disposent d'une pension militaire et du pécule constitué pendant leur séjour à l'asile. Or tel n'est pas le cas. Certains, pour la plupart célibataires, ont certes un peu d'argent de côté lorsqu'ils sortent mais cette somme s'épuise très vite. Quant à la pension militaire, elle est systématiquement revue à la baisse dès lors qu'ils ne sont plus internés. En effet, les commissions de réforme considèrent que si leur présence à l'asile n'est plus nécessaire leur taux d'invalidité ne doit plus être fixé à 100 %. L'exemple d'Adrien D. illustre cette situation. Né à Allevard dans l'Isère, il a été mobilisé avec sa classe en avril 1915. En novembre 1918, il a contracté une broncho-pneumonie d'origine grippale et, durant son traitement à l'hôpital militaire, des troubles mentaux aigus sont apparus. Après un mois de convalescence, il a été considéré guéri et a rejoint son corps. Démobilisé en mars 1919, il est rentré chez lui mais n'a pas pu reprendre son travail de menuisier. Selon le médecin qu'il consulte à plusieurs reprises en 1919 et en 1920, il souffre d'asthénie. En 1922, il est interné à l'asile de Prémontré (Aisne) et obtient une pension définitive avec 100 % d'invalidité. Une brève sortie se solde par un échec et, en mai 1924,

[156] La circulaire du ministère de l'Intérieur adressée au préfet est reproduite dans les *Annales médico-psychologiques*. Voir *Annales médico-psychologiques*, n° 15, 1892, p. 332-334.
[157] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, société de patronage des aliénés sortis ou convalescents de l'asile départemental d'aliénés du Rhône, compte rendu de l'exercice 1919, H-Dépôt L 58.
[158] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, société de patronage des aliénés sortis ou convalescents de l'asile départemental d'aliénés du Rhône, compte rendu de l'exercice 1922, H-Dépôt L 58.

Adrien D. doit à nouveau être interné, cette fois à l'asile Saint-Robert. Au bout d'un an, le médecin-chef, qui l'estime « à peu près guéri », autorise sa famille à le reprendre. Sa pension est alors réduite à 10 %, soit le taux le plus faible possible qui correspond à une pension de 240 francs par an[159]. Les experts psychiatres, tout en le qualifiant de « cyclothymique », arguent que depuis sa sortie il « s'est normalement comporté, travaillant à peu près régulièrement […] ». Adrien D. décide alors de saisir le tribunal départemental des pensions et est examiné le 28 juillet 1928 par le docteur Henri Bouyer, médecin-chef de l'asile Saint-Robert. Celui-ci constate qu'Adrien D. travaille mais est incapable de conserver longtemps la même place, faute de satisfaire pleinement ses patrons. Comme il l'affirme lui-même : « je travaille péniblement mais je ne travaille pas comme je devrais travailler ». Néanmoins, le docteur Bouyer se prononce pour le maintien du taux de 10 %. Adrien D. est donc débouté par le tribunal. La conclusion est la même pour Joseph L., interné à l'asile Saint-Robert après une tentative de suicide en avril 1929. Lorsqu'il en est sorti, « non guéri de sa dépression mais beaucoup moins triste », son taux d'invalidité a été révisé et est tombé à 30 %. On trouve un témoignage du même genre dans le *Journal des mutilés* qui, en décembre 1929, publie la lettre d'un ancien adjudant-dentiste à l'armée d'Orient. Une fois sorti de l'asile, son invalidité a été évaluée à 30 % seulement. Il dénonce en quelques mots le raisonnement des experts : « l'enquête [a] démontré que je travaillais ; donc si je travaille, c'est que je suis guéri ; si j'étais riche et profiteur, je ne travaillerais pas […] », écrit-il[160].

Encore faut-il avoir le choix. Or il est généralement difficile pour les anciens combattants internés de reprendre le travail à leur sortie de l'asile, d'autant qu'ils bénéficient très peu des dispositifs d'aide aux soldats invalides[161]. Les écoles de rééducation, créées dès 1914[162], ont rarement accueilli des hommes souffrant ou ayant souffert de troubles mentaux. En 1921, l'Office national des mutilés et réformés désigne cependant quatre d'entre elles pour s'occuper plus particulièrement de cette catégorie d'invalides. L'école d'Arnouville-lès-Gonesse (Seine-et-Oise), dont l'exemple est analysé dans la sous-partie suivante, accueille les plus gravement atteints. Lorsque les troubles sont légers, les anciens combattants sont dirigés

[159] Voir le tableau II annexé à la loi du 31 mars 1919, *Journal officiel. Lois et décrets*, 2 avril 1919, p. 3391.
[160] « La grande pitié des fous de guerre », *Journal des mutilés*, 29 décembre 1929, p. 3.
[161] Voir Jean-François MONTÈS, *1915-1939, (re)travailler ou le retour du mutilé : une histoire de l'entre-deux-guerres*, Paris, Office national des anciens combattants et victimes de guerre, 1991.
[162] La première école pour mutilés est fondée à Lyon en novembre 1914. Voir Gérard BODÉ, « École des mutilés de Lyon, 1914-1919 », *in* Nicolas BEAUPRÉ, Anne CHARMASSON-CREUS, Thomas BREBAN, Fanny GIRAUDIER (dir.), *14-18, Lyon sur tous les fronts ! Une ville dans la Grande Guerre*, *op. cit.*, p. 137-140.

vers l'école de Bordeaux, de Saint-Maurice (Seine) ou de Besançon[163]. Toutefois, la rééducation donne peu de résultats. C'est du moins ce qu'affirme le médecin-major Joseph Gourdon qui dirige l'école de Bordeaux. Dressant un premier bilan en 1921, il déclare que, sur les sept « commotionnés » admis dans son école, deux individus seulement font « un apprentissage normal ». Il estime donc que le nombre des anciens aliénés susceptibles d'apprendre un métier est très restreint et souligne le faible rendement de ces hommes[164]. Six ans plus tard, seuls deux anciens combattants sortis de l'asile de Cadillac ont été acceptés dans cet établissement. Faute de renseignements, Georges Cuvier ne peut pas déterminer si l'expérience leur a été profitable[165].

Par ailleurs, les pensionnés pour maladies mentales peuvent en principe bénéficier du système d'embauche préférentiel qui permet de réserver certains emplois aux invalides de guerre. Cependant, le nombre de places est limité et les critères d'admission sont fort exigeants. Obtenir un travail suppose de passer une visite devant une commission médicale et de satisfaire à des conditions d'aptitude physique et intellectuelle évaluées au cours de diverses épreuves[166]. Peu d'anciens combattants pensionnés pour troubles mentaux peuvent remplir les conditions requises, sans compter qu'il leur faut affronter les préjugés suscités par leur internement. Georges Cuvier tente ainsi, apparemment sans succès, de convaincre le préfet de la Gironde et le maire de Bordeaux que certains hommes sortis de l'asile de Cadillac sont tout à fait capables d'occuper des postes de jardiniers de la ville ou de cantonniers[167]. Le regard de la société est plus pénalisant encore pour ceux qui travaillaient à leur compte et tentent de reconstituer leur clientèle. L'ancien adjudant-dentiste dont le cas a été évoqué plus haut le constate amèrement :

---

[163] Cette organisation est présentée par Georges Cuvier dans un rapport adressé au comité départemental des mutilés et réformés de la Gironde le 22 octobre 1927. Elle aurait été décidée par l'Office national des mutilés et réformés en mars 1921. Voir AD de la Gironde, fonds du service départemental de l'ONAC de la Gironde, comité départemental des mutilés et réformés, assemblée plénière du 22 octobre 1927, 4601 W 16.

[164] Joseph GOURDON, « La rééducation professionnelle des mutilés de guerre atteints de troubles cérébraux », *Revue interalliée pour l'étude des questions intéressant les mutilés de guerre*, n° 1, février 1921, p. 65-68.

[165] AD de la Gironde, fonds du service départemental de la Gironde de l'ONAC, comité départemental des mutilés, assemblée plénière du 22 octobre 1927, 4601 W 16.

[166] Voir Peggy BETTE, « Reclasser les victimes de la Première Guerre mondiale : Le cas de la loi du 30 janvier 1923 sur les emplois réservés en France (1923-1939) », art. cit.

[167] AD de la Gironde, fonds du service départemental de la Gironde de l'ONAC, comité départemental des mutilés, assemblée plénière du 22 octobre 1927, 4601 W 16.

> « […] il demeurera toujours cette tunique de Nessus : “il a été fou et enfermé”. Allez solliciter un emploi, conserver une clientèle dentaire avec une pareille réputation. Évidemment, les confrères ne vous veulent pas du mal, mais ils le disent sous cape, les voisins le murmurent ; on vous plaint, on vous fuit […] »[168]

Pour ceux qui ne parviennent pas à trouver du travail ou dont les salaires sont insuffisants, il reste la possibilité de solliciter des secours auprès du comité départemental des mutilés et réformés. Le 19 décembre 1938, la commission permanente du comité de l'Isère décide par exemple d'accorder un secours de 500 francs à Eugène Y., pensionné au taux de 10 %, dont la situation est résumée en quelques mots : « vient de sortir de l'asile psychiâtrique, travaille un peu, situation difficile, marié un enfant »[169]. Ce type de solution provisoire permet de gagner du temps sans pour autant régler la situation. Une fois sortis de l'asile, les anciens « articles 55 » doivent bien souvent chercher de l'aide auprès de leurs familles.

b) L'internement ou l'expérience de la désaffiliation

Or il est fréquent que les relations entre les internés et leurs proches se délitent pendant l'internement. Venir à l'hôpital nécessite de s'absenter de son travail, de faire garder les enfants, de se conformer aux horaires des parloirs et, parfois, de faire de longs trajets. Les épouses d'aliénés, bien qu'assimilées à des veuves de guerre, n'ont pas droit au voyage gratuit qu'offre annuellement l'État aux femmes qui désirent se rendre sur la tombe de leur mari. Le cas des anciens combattants originaires des colonies est donc particulièrement difficile. Outre le temps nécessaire pour venir en France, les frais sont importants. Le 30 septembre 1928, *Le Mutilé de l'Algérie* rapporte l'histoire de madame Chouraqui dont le mari est interné à l'asile de Saint-Alban (Lozère). Désirant se rendre auprès de lui, elle n'a pu obtenir qu'un secours de 150 francs pour financer son voyage et celui de son enfant alors qu'un seul billet coûte plus du double[170]. La somme est insuffisante pour couvrir la dépense et elle ne peut puiser dans sa pension de veuve qui lui est indispensable pour vivre[171]. Les deux époux ne se sont pas vus

---

[168] *Ibid.*

[169] Archives du service départemental de l'Isère de l'ONAC, comité départemental des mutilés, réformés et veuves de guerre de l'Isère, procès-verbaux des réunions de la commission permanente, séance du 19 décembre 1938, non coté.

[170] D'après *Le Mutilé de l'Algérie*, la traversée entre Alger et Marseille sur un paquebot de la Compagnie transatlantique coûte 500 francs par personne en 1931. Voir « Un scandale », *Le Mutilé de l'Algérie*, 14 juin 1931, p. 10. En 1932, le billet coûte 388 francs lorsqu'on voyage avec la Compagnie des transports à vapeurs. Voir « À bord de l'Espagne », *Le Mutilé de l'Algérie*, 2 octobre 1932, p. 9.

[171] Maurice OLIVAINT, « Les Morts-Vivants », *Le Mutilé de l'Algérie*, p. 10.

depuis huit ans. À partir de 1933, l'ouverture de l'hôpital psychiatrique de Blida semble changer la donne. Cependant, celui-ci est vite saturé et il est difficile de trouver une place pour un malade déjà interné en France[172]. C'est sans doute pour cette raison que le père de René N., résidant à Oran, ne parvient pas à obtenir le transfert de son fils interné à l'hôpital psychiatrique du Vinatier depuis octobre 1916. Il ne l'a pas vu depuis quinze ans lorsque l'hôpital accepte finalement de prélever sur le pécule du malade la somme nécessaire pour financer le voyage de son père depuis l'Algérie[173].

Les sacrifices consentis par les familles durant les premiers mois, voire les premières années qui suivent l'internement, deviennent plus difficiles à mesure que le séjour à l'asile se prolonge. Les lettres adressées aux médecins ou aux directeurs des hôpitaux psychiatriques rendent compte de cette évolution. Face aux bulletins de santé qui reproduisent invariablement les mêmes formules laconiques – « sans changement », « stationnaire », « inchangé » – certains proches expriment leur incompréhension voire leur colère. Le 24 octobre 1925, six ans après l'internement de François T., son frère manifeste son mécontentement dans une lettre adressée à un député dont le nom n'est pas précisé. Le parlementaire a vraisemblablement communiqué le courrier au directeur de l'asile de Bron :

> « [Mon frère] a été interné à Bron parce que mes parents ont pensé qu'il serait beaucoup mieux soigné que partout ailleurs étant donné qu'il avait fait ses études à Lyon et aussi parce que le médecin chef de l'asile était le professeur Lépine dont la renommé était parvenue jusqu'à nous. Mes parents et moi avions cru sincèrement que mon frère suivrait un traitement susceptible d'améliorer son état mais nous avons constaté hélas à chaque fois que nous avons pu lui rendre visite que notre pauvre malade était confié aux bons soins du Temps et de la Nature. »[174]

Dans l'entre-deux-guerres, les moyens dont disposent les médecins évoluent peu. Certes, c'est à cette époque que les thérapeutiques biologiques, comme l'insulinothérapie et la cardiazolthérapie, sont découvertes[175]. Leur utilisation est cependant délicate et suppose des moyens, un personnel compétent mais aussi du temps, à une époque où les asiles sont de plus en plus encombrés. Elles sont donc rarement mises en œuvre avant la fin des années 1930 et

[172] « Où sont les fous », *Le Mutilé de l'Algérie*, 6 août 1933, p. 24.
[173] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, dossier de René N., H-Dépôt Vinatier Q 797.
[174] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, dossier de François T., H-Dépôt Vinatier Q 728.
[175] L'insulinothérapie, ou cure de Sakel, consiste à plonger le malade dans un coma hypoglycémique. La cardiazolthérapie revient à provoquer une crise d'épilepsie en injectant du cardiazol au patient. Voir Jean-Noël MISSA, *Naissance de la psychiatrie biologique, op. cit.*

n'apparaissent presque jamais dans les dossiers[176]. Faute de pouvoir fonder leur espoir dans la réussite d'un traitement, les familles finissent par se résigner. Cette évolution est particulièrement sensible dans le cas de Julie Z. dont le mari Francisque est interné à l'asile Saint-Robert. En avril 1925, elle écrit au médecin : « ne peut-on réellement constater encore aucun changement si léger soit-il ? […] je vous supplie de ne rien négliger pour essayer de le guérir […] ». Un mois plus tard, alors qu'il lui semble que son mari se porte mieux, le médecin lui signale la persistance de ses idées mystiques et son indifférence affective. Julie Z. trouve des explications et affirme que son mari a toujours été très pieux et peu expansif. Mais au mois d'août, elle reconnaît qu'elle s'est trompée : « vous le voyez docteur, j'écarte le mot de guérison ; je ne souhaite qu'une amélioration qui fasse que mon cher malade ne soit plus un danger et puisse reprendre la vie de famille ». Puis, en décembre, ayant appris que Francisque Z. déchire les lettres qu'elle lui envoie, elle demande : « l'état de mon malheureux malade reste-t-il stationnaire ou s'est-il aggravé ? ». L'espoir d'une amélioration étant définitivement écarté, les lettres deviennent plus rares, même si Julie Z. ne rompt jamais le contact. En 1942, elle annonce encore une visite[177]. À cette date, nombre d'anciens combattants internés ne voient plus leur famille depuis des années. Le 29 avril 1925, le docteur Albert Thiery, inspecteur général au ministère des Pensions, informe ainsi l'Office national des mutilés et réformés qu'un tiers des aliénés internés dans la région parisienne ne sont jamais visités[178]. Trois ans plus le tard, Jean Penquer rapporte dans le *Journal des mutilés* qu'un curateur lui a déclaré que les « articles 55 » dont il s'occupe sont, pour la plupart, abandonnés par leurs familles[179].

Assimilées à des veuves par la loi du 31 mars 1919, les épouses des anciens combattants aliénés se considéraient-elles comme telles ? Dans leur vie quotidienne, rien ne les différencie des femmes dont le mari est mort à la guerre. Il n'est donc pas surprenant que certaines envisagent de se remarier, au même titre que les épouses des soldats disparus ou tombés au champ d'honneur. C'est le cas de la femme de Joseph C. :

> « Ne recevant aucune nouvelle de mon mari, [C.] Joseph, lui ayant écris très souvent, n'obtenant aucune réponse je me permet monsieur le Directeur de vous demander de ses nouvelles si vous esperez qu'il guérira ou si il dois rester encore

[176] Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, *L'Hécatombe des fous, op. cit.*, p. 264-270.
[177] Archives du Centre hospitalier Alpes-Isère, dossier de Francisque Z., non coté.
[178] AN, Pierrefitte-sur-Seine, fonds de l'ONAC, conseil de perfectionnement, séance du 29 avril 1925, 20050206/3.
[179] *Journal des mutilés*, 28 avril 1928, p. 2.

> quelques temps à l'hôpital car ayant à peine 20 ans je voudrais pouvoir me refaire une autre situation pour moi et ma petite, lui ayant écris plusieurs fois pour lui demander ce qu'il pensais faire vis-à-vis de moi, je ne reçois jamais aucune réponse, car je voudrais pouvoir avoir mon divorce […] je ne sais que faire étant enchaîné par le mariage. »[180]

Cette décision a été prise très tôt, la lettre datant du 29 mars 1919. Pour cette jeune femme dont le mariage était vraisemblablement récent lorsque la guerre a éclaté et qui a la responsabilité d'un jeune enfant, né en 1917, le remariage apparaît comme la meilleure solution face à une situation économique fragile. Il est néanmoins impossible. En effet, le divorce n'est autorisé par la loi qu'en cas de faute d'un des conjoints. Dans l'immédiat après-guerre, cette règle ne souffre qu'une exception. Celle-ci concerne l'Alsace, où le droit allemand s'applique jusqu'au 1er janvier 1925. L'article 1569 du code civil allemand précise que le divorce est autorisé « à condition que cette aliénation mentale dure pendant le mariage au moins pendant trois ans, ait atteint un degré tel que toute communauté intellectuelle se trouve suspendue entre les deux époux et qu'il n'existe aucune perspective de voir cette communauté se rétablir »[181]. Marié depuis 1907, Frédéric R. reçoit donc à l'asile de Stephansfeld la demande de divorce formulée par sa femme en janvier 1921. L'avocat qui prend contact avec l'établissement fait valoir que sa maladie a débuté en mai 1916 et qu'elle doit être considérée comme incurable. Cette situation suscite les protestations des psychiatres des asiles d'Alsace et de Moselle. En 1920, le docteur Eugène Gelma ainsi réclame que toutes les procédures de divorce concernant des aliénés soient suspendues en attendant que le droit français puisse s'appliquer[182]. Rien n'indique qu'il ait obtenu gain de cause.

Au même moment, en France, on discute pour savoir si l'aliénation mentale peut constituer un motif légitime de divorce. La question divise les parlementaires comme les médecins depuis des décennies et elle a déjà fait l'objet de plusieurs propositions de loi[183]. Suspendus par la guerre, les débats reprennent après l'armistice. Le 24 avril 1919, le député du Gard François Fournier[184] dépose une proposition de loi tendant à autoriser le divorce pour aliénation mentale et, pour justifier sa démarche, choisit de mettre en avant la situation des

---

[180] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, dossier de Joseph C., H-Dépôt Vinatier Q 602.

[181] Anatole PRINCE, « À propos du divorce pour cause d'aliénation mentale », *Annales médico-psychologiques*, n° 1, 1923, p. 314.

[182] Eugène GELMA, « Le divorce des aliénés en Alsace et Lorraine », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, n° 34, 1920, p. 353-359.

[183] Sur le divorce des aliénés, voir Éva BLANC, *Penser la place de l'aliéné dans la société. Les psychiatres et la question du divorce pour cause d'aliénation mentale (1876-1975)*, mémoire de master 1, Université Lumière Lyon 2, 2011.

[184] Député socialiste du Gard de 1901 à 1919, François Fournier est avocat à la cour d'appel de Paris.

épouses des anciens combattants internés : « […] cette nouvelle clause de divorce s'impose plus particulièrement aujourd'hui alors que la guerre a multiplié les cas de folie et que beaucoup de jeunes femmes voient désormais leur existence attachée à un cadavre », affirme-t-il[185]. Le terme employé est volontairement choquant mais son utilisation n'est pas liée au contexte de la sortie de guerre. Certes, il permet d'insister sur la proximité entre la situation des veuves et celle des épouses d'aliénés de guerre et sert une rhétorique qui souligne la nécessité de repeupler la France en favorisant la dissolution des unions stériles. Mais il fait partie du champ lexical mobilisé depuis des années par les partisans du divorce des aliénés[186]. Cette proposition de loi passe d'ailleurs inaperçue. Elle ne fait l'objet d'aucun rapport à la Chambre et n'est pas mentionnée dans la presse médicale.

Mettre en avant le sort des épouses d'anciens combattants est une stratégie risquée. En effet, leur exemple renforce les convictions des adversaires du divorce qui considèrent que le mariage est un engagement moral. Le devoir d'aide et d'assistance qui lie les deux conjoints ne saurait se négocier, comme le rappelle Marcel Lehmann, docteur en droit, président honoraire de l'Union fédérale et inspecteur général des pensions, lors du congrès de l'association organisé à Marseille en 1923[187]. Tel est aussi l'avis exprimé en 1927 par l'Office national des mutilés et réformés de guerre, dont Lehmann est membre, lorsque les députés Maurice Palmade et André Hesse[188] soumettent à la Chambre une nouvelle proposition de loi sur le divorce pour cause d'aliénation mentale. Tout en reconnaissant que des garanties sont prévues pour protéger le conjoint aliéné (examen par des experts, frais de divorce imputés à l'époux demandeur, obligation alimentaire maintenue au profit de l'interné), les membres de l'Office national considèrent que ces dispositions sont insuffisantes dans le cas des aliénés de guerre. Le délai de trois ans sans intervalle lucide, au bout duquel le divorce serait possible, est par exemple considéré comme inapplicable aux anciens combattants internés au motif que

[185] 2e séance du 24 avril 1919, *Annales de la Chambre des députés. Documents parlementaires*, annexe 6075, p. 1310.

[186] En 1882, le député Émile de Marcère utilise par exemple les expressions de « mort morale » ou encore de « corps sans âme » pour désigner la situation des aliénés. *Rapport fait au nom de la commission chargée d'examiner la proposition de loi de M. Alfred Naquet relative au rétablissement du divorce (séance du 14 mars 1882), in* Henri COULON, *Le divorce et la séparation de corps*, t. 2, Paris, Marchal et Billard, 1890, p. 152.

[187] BDIC, Congrès de l'Union fédérale des associations françaises d'anciens combattants, 1923, p. 67, 8 P 3373.

[188] Fils d'un médecin, Maurice Palmade est professeur de droit. Il est député radical-socialiste de Charente-Inférieure de 1924 à 1938, puis sénateur jusqu'en 1945. Il est chargé du ministère du Budget à trois reprises dans les années 1930. André Hesse est un avocat réputé. Radical-socialiste, il est ministre des colonies du 17 avril au 29 octobre 1925 puis redevient député de Charente-Maritime et préside la commission de la législation civile et criminelle.

leur maladie « provient de causes différentes » de celles des « fous ordinaires ». On craint surtout qu'une telle mesure entraîne la multiplication des demandes de divorce à l'encontre des victimes de la guerre[189]. En effet, alors que les femmes qui acceptent d'épouser des hommes malades ou mutilés sont érigées en exemples, il est impossible de concevoir que l'incurabilité puisse devenir un motif légal de séparation entre les époux[190]. Finalement, aucun vote n'est organisé à la Chambre et la question reste une fois de plus en suspens[191].

Si le divorce n'est pas permis par la loi, les épouses peuvent néanmoins décider de refaire leur vie. Il est vrai que les exemples dans les dossiers sont rares, ce qui n'est guère étonnant. Ces femmes n'affichent pas leur concubinage, par peur du qu'en-dira-t-on, mais aussi parce toute aide financière risque de leur être supprimée. En effet, les secours attribués par l'Office des mutilés et réformés dépendent du résultat des enquêtes de bonne moralité dont fait l'objet chaque demandeur. Ainsi, la section départementale de l'Isère se renseigne-t-elle régulièrement sur la conduite de Julie Z., dont le mari Francisque est interné à l'asile Saint-Robert. Le maire de son village et le président de la section locale de l'Union des mutilés et anciens combattants sont ainsi sollicités pour fournir des informations sur la famille. Ils attestent des difficultés de Julie Z., décrite comme « très économe » et « en tous points digne d'intérêt »[192]. Les cas mentionnés dans les archives sont uniquement ceux qui entraînent des litiges, comme celui de l'épouse d'André R., interné à l'asile de Stephansfeld le 10 août 1923. Dix ans plus tard, celui-ci décide de demander le divorce car sa femme vit avec un autre homme dont elle a eu trois enfants, nés en 1928, 1929 et 1935. Elle continue néanmoins à toucher une pension de veuve ainsi que des majorations pour chacune de ses filles dont André n'est pas le père. Or la loi, qui interdit au conjoint sain de demander le divorce, autorise celui qui est malade à le faire à condition qu'il soit suffisamment lucide. Le

[189] AN, Pierrefitte-sur-Seine, fonds de l'ONAC, comité d'administration de l'Office national des mutilés et réformés de la guerre, séance plénière, 10 novembre 1927, 20050206/15.

[190] Cette crainte est sans doute renforcée par le fait que la proposition de loi de Maurice Palmade et André Hesse ne mentionne pas l'internement comme une condition nécessaire pour que le divorce soit prononcé. Une épouse qui soignerait son époux à domicile depuis plus de trois ans pourrait aussi obtenir le divorce si le malade était reconnu incurable.

[191] Une nouvelle proposition de loi est déposée par le député Félix Aubois en 1936 mais reste elle aussi sans suite. Il faut attendre la loi du 11 juillet 1975 pour que le divorce soit rendu possible lorsqu'un des conjoints est atteint d'une maladie mentale depuis plus de six ans. La loi du 26 mai 2004 a abrogé les clauses spécifiques au divorce des malades mentaux et a réduit la durée de séparation des époux à deux ans. Voir Éva BLANC, *Penser la place de l'aliéné dans la société*, *op. cit.*

[192] Le dossier de demande de secours immédiat établi par le comité départemental des mutilés et réformés de la guerre de l'Isère au nom de Francisque Z. rassemble les formulaires envoyés dans le cadre de ces enquêtes. Il est conservé dans les archives du service départemental de l'Isère de l'ONAC.

divorce est donc prononcé. Un an plus tard, son ex-épouse se remarie avec celui qui partage déjà sa vie depuis longtemps[193].

Dans le cas d'André R., la rupture des liens familiaux est nette. L'exemple de Paul S.* montre que la situation peut être plus complexe. Mobilisé en 1916, il quitte l'Algérie, son travail d'ouvrier des PTT, sa femme Mathilde ainsi que ses deux fils, Fernand et Gabriel, âgés de quatre et un ans. Affecté au 8e régiment de génie, il rejoint un dépôt de télégraphie militaire de deuxième ligne. C'est en juillet 1916 que, atteint d'un délire hallucinatoire, il est transféré à l'asile de Ville-Évrard (Seine) depuis l'hôpital du Val-de-Grâce. Mathilde S. vient séjourner pendant six mois à Paris pour être auprès de lui. Sur sa demande, son époux est transféré à l'asile Saint-Pierre en septembre 1917. Mais le pronostic du docteur Joseph Rogues de Fursac, médecin-chef à Ville-Évrard, n'est guère encourageant. Dans le certificat médical qu'il adresse à son confrère à Marseille, il écrit : « très délirant, pas d'espoir de guérison, ne peut être soigné que dans un établissement spécialisé ». Paul S. reste à l'asile Saint-Pierre jusqu'en mars 1919. Il est alors transféré à la maison de santé privée Saint-Eugène, dirigée par le docteur Rouby et située dans la banlieue d'Alger. Son séjour dans cet établissement est bref. Son état imposant bientôt un nouvel internement, il est renvoyé en France et, le 25 octobre 1919, est admis à l'asile de Saint-Alban (Lozère). Comment réagit son épouse ? Le dossier de Paul S. n'ayant pas été retrouvé dans les archives du Centre hospitalier de Saint-Alban, il est impossible de le savoir. Seul le témoignage de son petit-fils nous apprend que, dans les années quarante, elle se fait appeler « veuve S. »[194]. Dans la famille, tout le monde se comporte comme si Paul S. est mort à la guerre, ce dont ses enfants sont d'ailleurs persuadés. L'aîné, Fernand, n'a pas conservé le souvenir d'un homme qu'il aurait à peine entrevu durant son séjour à Alger en 1919. Quant au cadet, il avait alors à peine trois ans. Pourtant, lorsque Paul S. meurt, en 1942, un faire-part de décès est publié dans *L'Écho d'Alger* et une messe est dite à Mouzaïaville, où il est né et où sa famille réside toujours. Est-ce à ce moment-là que Fernand découvre que son père était interné en France ? Ou bien l'a-t-il appris deux ans auparavant, lors de son mariage, puisque l'acte dressé à cette occasion n'indique pas que Paul S. est décédé mais précise au contraire qu'il est « pensionné » ? Quoi qu'il en soit, Fernand garde à son tour le silence et ne se confie à son propre fils Michel qu'en 1972, alors que celui-ci s'apprête à se marier[195].

---

[193] Archives du Centre hospitalier de Stephansfeld, dossier d'André R., non coté.

[194] Mathilde S. continue de toucher une pension de veuve en qualité d'épouse d'un ancien combattant interné. Elle connaît bien le maire de Mouzaïaville et peut sans doute compter sur sa discrétion.

[195] Je remercie très chaleureusement le petit-fils de Paul S. pour son témoignage et tous les documents qu'il m'a transmis au sujet de sa famille.

L'histoire de Paul S. montre que si les liens avec les épouses sont fragiles, ceux qui unissent les anciens combattants internés et leurs enfants sont plus ténus encore. Même lorsqu'il n'est pas tenu secret, l'internement sépare de fait ces pères de leurs enfants, d'autant que, pour les protéger, leurs mères évitent souvent de les emmener lors des visites. Au mois d'avril 1925, Julie Z. demande ainsi son avis au médecin avant de décider si elle doit ou non laisser sa fille voir son père :

> « des personnes de ma famille doivent aller le voir ce jour et je prie le docteur d'avoir la bonté de me dire si je peux les laisser accompagner par ma fillette âgée de dix ans dont la raison fût trop tôt mûrie par le malheur. Elle désire beaucoup revoir son papa, mais j'hésite car je redoute pour elle le choc douloureux si elle trouvait son cher papa trop fatigué. »[196]

Le médecin lui répond que Francisque Z. est calme et peut sans inconvénient recevoir sa fille. Leur fils Gabriel, âgé de trois ans lors de l'internement, se souvient aujourd'hui encore des réticences de sa mère à l'idée que ses enfants se rendent à l'asile. Il raconte avoir souffert des moqueries de ses camarades qui lui rappelaient que son père, qu'il n'avait presque pas connu, était fou[197].

c) Être soigné à domicile

Quand les liens avec la famille ont été rompus durant l'internement, les retrouvailles imposées par la sortie du malade sont souvent difficiles. En 1936, lorsque Clément T. quitte l'asile de Bron après dix ans passés dans l'établissement, il faut moins d'un mois pour que son neveu écrive au directeur de l'asile de Bron :

> « C'est chez nous qu'il est venu en premier lieu, aussi vous pouvez croire que toute la famille est bien embarrassée. Il est tout à fait inconscient, incapable de gagner sa vie, il ne peut être livré à lui-même, aucun raisonnement sensé, aussi il nécessite une surveillance constante […] »[198]

Même lorsque les familles acceptent d'apporter leur aide à un proche sorti de l'asile, elles peuvent rarement être aussi présentes qu'il le faudrait. Comme Clément T., la plupart des malades ne sont pas guéris mais « améliorés » et il est impossible de les laisser seuls. Or s'occuper au quotidien d'un malade en convalescence suppose du temps et de l'argent.

---

[196] Archives du Centre hospitalier Alpes-Isère, dossier de Francisque Z., non coté.
[197] Je remercie vivement Gabriel Z. d'avoir accepté de me livrer ses souvenirs lors de l'entretien qu'il m'a accordé le 9 juin 2012.
[198] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, dossier de Clément T., H-Dépôt Q 628.

Comme on l'a vu, la loi du 31 mars 1919 prévoit, dans son article 10, que « les mutilés que leurs infirmités rendent incapables de se mouvoir, de se conduire ou d'accomplir seuls les actes essentiels à la vie » ont droit à une allocation spéciale lorsqu'ils vivent chez eux et sont obligés de recourir d'une manière constante aux soins d'une tierce personne. Les anciens combattants pensionnés pour maladie mentale qui ne sont pas internés peuvent-ils obtenir cette allocation ? La question est épineuse puisque, comme l'explique le professeur Pierre Lassalle, médecin-directeur de l'asile de Saint-Lizier (Ariège), la loi est suffisamment vague pour qu'on puisse répondre par l'affirmative comme par la négative[199]. Dans les faits, il est rare qu'ils l'obtiennent. En 1929, à l'occasion d'une révision du guide-barème des invalidités, psychiatres et neurologues s'entendent pour affirmer que l'article 10 ne doit s'appliquer qu'exceptionnellement aux aliénés, s'inquiétant de ce que l'allocation versée aux malades soignés chez eux pourrait être accaparée par leurs familles et les inciter à repousser l'internement. Ainsi, ils recommandent de préférer l'hospitalisation et le placement dans un asile au traitement à domicile[200]. Ce faisant, les psychiatres servent aussi leurs propres intérêts et défendent leur monopole sur la prise en charge de la maladie mentale. Le docteur Pierre Lassalle ne manque d'ailleurs pas de rappeler que les asiles d'aliénés ont été créés parce l'entourage d'un malade n'a pas les compétences nécessaires pour lui apporter les soins dont il a besoin et assurer une surveillance efficace[201]. L'opposition des médecins est peut-être d'autant plus ferme que la question de l'hospitalisation à domicile ne concerne pas uniquement les anciens combattants pensionnés. Certains départements, cherchant à lutter contre l'encombrement des asiles, envisagent en effet d'encourager les familles à garder leurs malades calmes en échange d'une indemnité. C'est notamment le cas dans le Rhône, même si ce projet coûteux est finalement écarté[202].

---

[199] Pierre LASSALLE, « Les anciens militaires pensionnés pour aliénation mentale et vivant en liberté ont-ils droit à l'allocation spéciale prévue par l'article 10 de la loi du 31 mars 1919 ? », *L'Aliéniste français*, n° 7, 1935, p. 370-373.

[200] Voir « Modifications au guide-barème des invalidités en ce qui concerne la neuro-psychiatrie », *Journal officiel. Lois et décrets*, 28 mars 1929, p. 3659.

[201] Pierre LASSALLE, « Les anciens militaires pensionnés pour aliénation mentale et vivant en liberté ont-ils droit à l'allocation spéciale prévue par l'article 10 de la loi du 31 mars 1919 », art. cit., p. 371.

[202] Voir Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, « Un lieu de tension entre le centre et la périphérie ? L'assistance aux aliénés dans le département du Rhône (1918-1940) », art. cit., p. 55. L'hospitalisation à domicile des malades mentaux implique le versement d'une allocation aux familles. Par ailleurs, lorsqu'ils accueillent beaucoup de malades, les hôpitaux psychiatriques réalisent des économies d'échelle non négligeables. Enfin, il ne faut pas oublier que les patients les moins gravement atteints travaillent, contribuant ainsi à faire baisser le coût global de l'internement.

Si les arguments des psychiatres choquent les anciens combattants, qui s'indignent que les parents des « articles 55 » soient considérés comme des individus intéressés[203], les dossiers de certains malades montrent que de telles craintes sont parfois justifiées. Il arrive en effet que des malades soient réclamés par des proches sans scrupules. C'est ce qui arrive à Victor E. lorsqu'il obtient, en octobre 1934, une sortie d'essai à la demande de sa fille et de son gendre. La jeune femme n'avait que 12 ans lorsque son père a été interné en 1916 à l'asile d'aliénés de Cadillac. Elle ne l'a pratiquement pas connu. Dès le lendemain de sa sortie, Victor E. revient à l'hôpital psychiatrique. Quatre ans plus tard, lorsque le médecin lui demande de raconter ce qui s'est passé, voici ce qu'il répond :

> « - Avez-vous quitté la maison une fois ?
> - 24 heures… ça se passait les 17 et 18 octobre 1934.
> - Pourquoi revenu si vite ?
> - Parce que mon gendre me dit : "il manque un papier, vient m'accompagner devant l'asile". J'attends dans la rue… à force je m'impatientais. D'impatience, je pousse la petite porte et je rentre. Il me dit : "viens au quartier tu n'as pas dit au revoir". On vient ici. Je frappe à la porte. Il me dit : "je m'en vais au bureau du surveillant, je te reprends en passant". J'attends encore. Au bout d'un moment, Mme N. [l'infirmière] a été obligée de me dire qu'il ne voulait pas me garder.
> - Ne vous étiez pas disputés ?
> - Non.
> - Ils ne vous ont pas fait signer de papiers ?
> - Non mais c'est-à-dire… ils voulaient que je passe le livret de caisse d'épargne au nom de Mr. et Mme [L.] »[204]

Cependant, il est bien plus fréquent que les familles redoutent la sortie de leur malade au lieu de la réclamer. D'un point de vue financier, il est d'ailleurs préférable pour elles qu'il soit interné. Parents et épouses sont ainsi assurés de recevoir une partie de la pension qui reste fixée au taux maximum. Dans une lettre écrite en 1921, Pierre T., interné à l'asile de Bron depuis le 13 mars 1918, reproche ainsi à sa femme de repousser sa sortie pour continuer à toucher de l'argent. De fait, l'article 10 étant réservé à des malades gravement atteints que les familles ne peuvent de toute façon pas garder avec elles, il ne facilite pas les sorties. Appliquant la loi à la lettre, les médecins, y compris les psychiatres, considèrent l'incapacité de se mouvoir comme une condition *sine qua non*. Par conséquent, à moins d'être paralysé ou amputé, il est impossible pour un ancien combattant souffrant de troubles mentaux d'en bénéficier. La famille de Robert O. n'a ainsi droit à aucune aide lorsqu'elle décide de s'occuper de lui. Démobilisé en août 1919, il est interné en août 1923 à l'asile Saint-Robert.

[203] *Journal des mutilés*, 16 juin 1929, p. 2.
[204] Archives du Centre hospitalier de Cadillac, dossier de Victor E., non coté.

En février 1931, son père, qui tient une galerie d'art à Grenoble, reçoit l'autorisation de le reprendre chez lui. N'ayant pas obtenu pour son fils l'allocation prévue par l'article 10, il dépose une requête auprès du tribunal départemental des pensions qui ordonne une expertise. Le docteur Henri Bouyer, médecin-chef de l'asile Saint-Robert, rend donc visite à son ancien malade. Il note dans son rapport que Robert O. présente toujours un délire de persécution et se croit victime d'« êtres » mystérieux, sans toutefois jamais se montrer violent. Il s'occupe « d'une façon puérile à copier des manuels primaires de grammaire et d'arithmétique » et est incapable de travailler. Mais le docteur Bouyer souligne aussi qu'il est calme, qu'il peut aller seul aux toilettes et qu'il se promène sans assistance dans la rue. Par conséquent, il s'oppose à ce que Robert O. touche l'allocation tout en reconnaissant qu'il « a besoin d'assistance », que son invalidité peut toujours être évaluée à 100 % et que « des manifestations aigues peuvent encore se produire à chaque instant »[205].

Les cas où l'internement n'est pas nécessaire bien que les malades ne puissent pas encore être indépendants ne sont donc pas pris en compte. Faute d'alternative, les familles doivent se débrouiller seules ou se résoudre à renvoyer leur proche à l'asile même s'il pourrait vivre au-dehors. La sœur d'Étienne R., confrontée en 1932 à ce problème insoluble, résume sa situation en quelques mots : « l'avis du médecin de la famille est que mon frère n'est pas suffisamment malade pour être interné continuellement et qu'il est trop malade pour le garder moi-même. Dilemme angoissant ». Étienne R. n'a pas obtenu le bénéfice de l'article 10 et perd ou cache ses titres de pension, empêchant sa sœur de toucher l'argent. Comme elle ne peut pas le surveiller constamment, les heurts avec les voisins sont permanents. Deux ans après sa sortie, Étienne R. retourne donc à l'asile[206]. Il n'existe pour lui aucune prise en charge adaptée. En effet, l'expérience de la guerre n'a pas suffi à entraîner la création de services ouverts en France. Le débat suscité par l'expression de « petits mentaux », inventée pendant le conflit pour distinguer les soldats qui peuvent être traités dans les centres de psychiatrie de ceux dont l'internement s'impose, montre à quel point le transfert en temps de paix d'une pratique pourtant valorisée pendant la guerre s'avère difficile. Alors que, pendant le conflit, la répartition des hommes selon les lieux de prise en charge s'effectuait en fonction des places disponibles et de l'opinion de chaque médecin, il n'est désormais plus question de laisser place à l'improvisation et aux interprétations personnelles. Or les psychiatres peinent à répondre aux exigences du ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales qui voudrait qu'ils définissent quels malades doivent être considérés comme des « petits

[205] AD de l'Isère, fonds du tribunal départemental des pensions, dossier de Robert O., 6 U 1851.
[206] Archives du Centre hospitalier Le Vinatier, dossier d'Étienne R., non coté.

mentaux ». Plusieurs médecins rejettent d'ailleurs cette appellation qu'ils jugent trop imprécise. En raison de l'absence de classification nosologique commune et des affrontements qui en découlent, les discussions achoppent[207].

L'hôpital Henri-Rousselle, considéré à tort comme le premier service ouvert de psychiatrie en France[208], tend à être présenté comme le seul prolongement de l'expérience acquise entre 1914 et 1918. Si sa création et les prises de position qu'il a suscitées ont fait l'objet de nombreux travaux[209], on connaît mal son rôle auprès des malades et de leurs familles. Qui le fréquente, combien de temps, comment y est-on traité ? Est-il une antichambre de l'hôpital psychiatrique ou une réelle alternative à l'internement ? Ces questions sont pour l'heure restées en suspens, faute d'archives. Un des objectifs de cette thèse était d'y répondre en prenant pour exemple le cas des anciens combattants pensionnés pour troubles mentaux. Cette idée a cependant dû être écartée car les registres d'entrée, conservés aux archives de Paris, ne permettent pas de distinguer ces hommes du reste des malades et parce que leurs dossiers n'ont pas été versés[210]. J'ai donc choisi de concentrer mes recherches sur une autre forme d'alternative à l'internement à travers l'exemple du travail mené par une association, l'Assistance aux blessés nerveux de la guerre.

2) La prise en charge associative, une alternative à l'asile d'aliénés ? L'exemple de l'Assistance aux blessés nerveux de la guerre

L'Assistance aux blessés nerveux de la guerre (ABNG) a existé de 1917 à 2001, date à laquelle elle a finalement fusionné avec une autre association[211]. En dépit de cette longévité impressionnante, les archives disponibles pour retracer son histoire sont rares[212]. Elles

[207] Cet échec a fait l'objet de plusieurs analyses. Voir Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, « Quel(s) malade(s) pour quel asile ? Le débat sur l'internement psychiatrique en France durant l'entre-deux-guerres », *in* Laurence GUIGNARD, Hervé GUILLEMAIN, Stéphane TISON (dir.), *Expériences de la folie, op. cit.*, p. 265-266 et « Réalité et perspectives de la médicalisation de la folie dans la France de l'entre-deux-guerres », art. cit., p. 64-65 ; Gregory M. THOMAS, *Treating the trauma of the Great War, op. cit.*, p. 158-159.

[208] Voir Partie I, Chapitre 3, II, 1, b.

[209] Voir Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, « Réalité et perspectives de la médicalisation de la folie dans la France de l'entre-deux-guerres », art. cit. ; Michel HUTEAU, *Psychologie, psychiatrie et société sous la troisième République. La biocratie d'Édouard Toulouse*, *op. cit.* ; Gregory M. THOMAS, « Open psychiatric services in interwar France », art. cit.

[210] Les archives de Paris détiennent uniquement des répertoires, des listes alphabétiques, des registres d'entrée, de sortie et de décès sous les cotes D 5 X 3 et 3687 W.

[211] Voir *Journal officiel. Lois et décrets*, 14 avril 2001, p. 1791.

[212] Il ne semble pas subsister d'archives au château d'Arnouville-lès-Gonesse qui abrite aujourd'hui l'Institut thérapeutique éducatif et pédagogique Pierre Mâle, géré par l'association Entraide Universitaire.

permettent néanmoins de prendre en compte cette initiative privée originale dont l'objectif est, au départ, de proposer un suivi médical et une rééducation à des hommes atteints de troubles nerveux et ce sans les interner.

a) Les débuts de l'ABNG

L'ABNG est née pendant le conflit : créée en août 1917 par Marguerite Hérold, elle obtient le statut d'œuvre de guerre au mois d'octobre[213]. Il ne subsiste pourtant pas de traces de son activité avant 1920 et tout porte à croire que l'association n'a réellement pris son essor qu'après l'armistice. Les statuts conservés à la bibliothèque interuniversitaire de médecine de Paris sont accompagnés de la liste de membres de l'association[214] qui montre que l'ABNG bénéficie de nombreux appuis. Justin Godart et Louis Mourier, qui lui a succédé à la tête du sous-secrétariat d'État du Service de santé militaire, sont présidents d'honneur. Des universitaires et des intellectuels tels Anatole France ou Ernest Lavisse, des hommes politiques, notamment Édouard Herriot, plusieurs médecins dont Pierre Marie, Jean Lépine* et Jean Abadie, ou encore de riches industriels et commerçants comme Alfred Westphal, négociant en vins, ont rejoint l'association. Aline Ménard-Dorian, dont Marguerite Hérold fréquente peut-être le salon, est vice-présidente[215]. Pour mener à bien son projet et recueillir les fonds nécessaires, Marguerite Hérold a pu compter sur les personnalités qu'elle fréquente depuis son mariage avec André-Ferdinand Hérold en août 1901. Cette union lui a permis de réaliser une ascension sociale impressionnante. Originaire de Mauve-sur-Loire, Marguerite Hérold est en effet issue d'une famille très modeste. Son père est laboureur, sa mère cultivatrice, elle-même a exercé le métier de couturière[216]. Son époux est né dans un tout autre milieu. Appartenant à une famille de la haute bourgeoisie parisienne, il est le petit-fils du compositeur Louis Joseph Ferdinand Hérold et le fils de Ferdinand Hérold, secrétaire du

---

[213] La création de l'ABNG est datée d'août 1917 dans le formulaire de renseignements à l'appui d'une proposition de nomination ou de promotion dans l'ordre de la Légion d'honneur remplie par le ministère des Pensions en octobre 1920. AN, Pierrefitte-sur-Seine, dossier de Légion d'honneur de Marguerite Hérold, 19800035/645/74416.

[214] *Assistance aux Blessés Nerveux de la Guerre : œuvre autorisée par arrêté ministériel du 20 octobre 1917. Statuts*, Paris, Imprimerie Hermieu, 1917. La liste des membres qui accompagne les statuts doit être postérieure à 1917 puisque Louis Mourier y figure en tant que sous-secrétaire d'État du Service de santé. Or il a occupé ce poste de février 1918 à janvier 1920

[215] Jean MAITRON (dir.), *Dictionnaire biographique du mouvement ouvrier français*, t. 36, p. 217. Sur le salon d'Aline Ménard-Dorian, voir Anne-Martin FUGIER, *Les salons de la IIIe République. Art, littérature, politique*, Paris, Perrin, 2003, p. 69.

[216] Ces informations figurent dans les extraits d'acte de naissance et d'acte de mariage de Marguerite Hérold conservés dans son dossier de Légion d'honneur.

gouvernement de défense nationale en 1870, sénateur en 1876 et préfet de la Seine de 1879 à 1882. C'est un homme de lettres, critique de théâtre, fondateur du journal *L'Européen*, et vice-président de la Ligue des droits de l'Homme depuis 1913[217]. Est-ce par conservatisme que Marguerite lui confie la présidence de l'ABNG, pour s'épargner des tâches administratives qui ne l'intéressent guère ou bien parce qu'elle espère ainsi mieux tirer parti de ses relations[218] ? En effet, de nombreux ligueurs rejoignent l'association, en particulier Ferdinand Buisson, Anatole France, Charles Seignobos, Alfred Westphal, Aline Ménard-Dorian, Justin Godart ou encore Édouard Herriot[219]. Il n'existe cependant aucun dossier relatif à l'ABNG dans les archives de la LDH conservées à la Bibliothèque de documentation internationale contemporaine. Si les deux associations ont plusieurs membres en commun, et non des moindres, elles semblent avoir mené des existences parfaitement indépendantes. Le titre de président de l'ABNG conféré à André-Ferdinand Hérold est d'ailleurs purement honorifique. Au quotidien, c'est Marguerite Hérold qui est la vraie patronne de l'ABNG. Lorsqu'elle reçoit la Légion d'honneur en novembre 1920, le ministre des Pensions la désigne d'ailleurs comme l'administratrice générale de l'œuvre. En outre, les comptes rendus d'assemblées générales confirment qu'André-Ferdinand Hérold est peu présent et révèlent le rôle majeur joué aux côtés de Marguerite Hérold par Pierre Marcel Lévi, professeur à l'école des Beaux-Arts et chef de la section photographique de l'armée pendant la Grande Guerre[220].

Pourquoi Marguerite Hérold a-t-elle conçu le projet de se consacrer aux blessés nerveux de la guerre ? Sur ce point, les statuts fournissent peu d'indications. On sait toutefois qu'en décembre 1916, la Société de neurologie de Paris a attiré l'attention sur cette catégorie de soldats, s'adressant à la fois aux pouvoirs publics, en premier lieu au Service de santé militaire, et aux œuvres de charité[221]. Or Justin Godart est président du comité d'honneur de l'ABNG. À la fin des années 1920, il apporte encore son concours à l'association et, si son nom a été associé pendant et après la guerre à de nombreuses œuvres, il apporte plus qu'une caution morale à l'ABNG. Est-il suffisamment proche du couple Hérold pour suggérer à Marguerite de s'intéresser aux « blessés nerveux » ? Ou est-ce plutôt le docteur Pierre Marie,

---

[217] Jean MAITRON (dir.), *Dictionnaire biographique du mouvement ouvrier français*, t. 31, p. 325-326.
[218] Ce cas de figure est fréquent : comme le signale Françoise Thébaud au sujet des œuvres de guerre « les hommes sont plus nombreux à présider car leur nom est une garantie ». Voir Françoise THÉBAUD, *Les femmes au temps de la guerre de 14*, Paris, Payot et Rivages, 2013, p. 151.
[219] Voir Emmanuel NAQUET, *La Ligue des Droits de l'Homme. Une association en politique (1898-1940)*, thèse d'histoire, I.E.P. de Paris, 2005.
[220] Hélène GUILLOT, « La section photographique de l'armée et la Grande Guerre », *Revue historique des armées*, n° 258, 2010, p. 110-117.
[221] Société de neurologie de Paris, séance du 7 décembre 1916, *Revue neurologique*, 1916, vol. 2, p. 593-594.

membre éminent de la Société de neurologie et de l'ABNG, qui a attiré son attention sur ces hommes ? Rien ne permet de trancher. Reste que les associations destinées à venir en aide aux réformés mutilés ou malades se multiplient depuis le début de la guerre et que les femmes de la bourgeoisie participent activement à ce mouvement, poursuivant ainsi les activités philanthropiques qui leur étaient traditionnellement dévolues en temps de paix[222]. Il n'est d'ailleurs pas surprenant de trouver dans la liste des membres d'honneur de l'association les noms d'Edith Wharton et de Mildred Wood Bliss, toutes deux très impliquées dans diverses œuvres de guerre en France. Ces dernières permettent sans doute à l'ABNG d'obtenir des financements étrangers, en particulier américains[223].

b) Une reconversion rapide : des « blessés nerveux » aux « enfants anormaux »

Après l'armistice, la priorité est donnée à la rééducation et l'association décide de créer des centres d'exploitation agricole et des ateliers « dans lesquels des métiers simples seraient exercés par [les] blessés »[224]. Les débuts sont prometteurs. L'association est d'ailleurs bien identifiée par le ministère des Pensions qui, en 1920, précise dans un rapport sur Marguerite Hérold qu'elle a « secouru plus de 1 500 trépanés ou épileptiques »[225]. Ces hommes sont accueillis dans deux établissements présentés en détail dans une brochure publicitaire éditée en 1921[226]. À Paris, les anciens combattants sont reçus trois matinées par semaine dans un dispensaire où on leur prodigue des conseils et où ils s'exercent à un métier[227]. Le mardi et le vendredi, une consultation médicale est organisée. Assurée par le docteur Henri Wallon, elle s'adresse aussi bien aux anciens combattants qu'à leurs femmes et à leurs enfants. Les premiers peuvent séjourner au dispensaire pendant quelques jours lorsque

---

[222] Voir Françoise THÉBAUD, *Les femmes au temps de la guerre de 14, op. cit.*

[223] Mildred Wood Bliss est l'épouse de Robert Wood Bliss, diplomate en poste à l'ambassade des États-Unis à Paris de 1912 à 1919. Le couple a créé et financé de très nombreuses œuvres de charité pendant la guerre. Son implication dans l'ABNG paraît pourtant avoir été limitée puisque l'association n'est pas mentionnée dans l'inventaire détaillé de ses archives privées. Voir Harvard University Archives, Papers of Robert Wood Bliss and Mildred Barnes Bliss : an inventory, 2014, HUGFP 76. Sur l'action d'Edith Wharton pendant la guerre voir Eleanor DWIGHT, *Edith Wharton. An Extraordinary Life*, New York, Harry N. Abrams, 1994.

[224] *Assistance aux Blessés Nerveux de la Guerre : œuvre autorisée par arrêté ministériel du 20 octobre 1917. Statuts, op. cit.*

[225] AN, Pierrefitte-sur-Seine, dossier de Légion d'honneur de Marguerite Hérold, 19800035/645/74416.

[226] *L'Assistance aux Blessés Nerveux de la Guerre*, Paris, Imprimerie Hermieu, 1921.

[227] Ce dispensaire est ouvert en 1920. Il en existait auparavant un autre, situé dans le 1er arrondissement de Paris, dont les locaux se seraient révélés trop petits. Les sources ne permettent pas de dater sa création ou de connaître son activité.

les familles ont besoin d'être secondées, tout particulièrement pendant les périodes de crise durant lesquelles ils nécessitent une surveillance rapprochée. Ainsi, le dispensaire fonctionne comme un service libre de neurologie et de psychiatrie géré par une institution privée. Par ailleurs, pour les hommes qui relèvent d'une prise en charge permanente, l'ABNG dispose d'une maison de rééducation installée au nord de Paris dans les bâtiments du château d'Arnouville-lès-Gonesse (Seine-et-Oise). Cet établissement est conçu pour accueillir jusqu'à 150 pensionnaires qui reçoivent, comme au dispensaire, des soins ainsi qu'une formation. Il est prévu de leur apprendre la vannerie, la corderie, la culture maraîchère ou florale ainsi que l'élevage. Durant tout l'entre-deux-guerres, cet établissement constitue la principale école de rééducation ouverte aux pensionnés pour maladies mentales et nerveuses[228].

Pour mener à bien sa mission, assurer l'entretien de ses propriétés et rémunérer médecins et infirmières, l'ABNG a besoin d'argent. Une plaque commémorative installée dans un vestibule du château désigne ses principaux bienfaiteurs, en particulier la fondation Nelson Cromwell, qui a financé l'école de rééducation créée en 1915 au Grand Palais, la Croix-Rouge américaine et l'Office national des mutilés[229]. Plus ponctuellement, Marguerite Hérold organise des opérations de collecte de dons. En 1922, l'ABNG participe ainsi à l'exposition d'horticulture de Paris en présentant fruits et légumes cultivés par les « blessés nerveux » à Arnouville[230]. En 1923, elle organise un thé-concert dans les salons de l'hôtel Claridge où la haute bourgeoisie parisienne peut acheter corbeilles et bouquets de fleurs confectionnés par les pensionnaires de la maison de rééducation[231]. En dépit de ces initiatives, l'association doit très vite faire face à d'importantes difficultés financières. En effet, seul son dispensaire est rentable. De 1923 à 1926, il est fréquenté par 1 870 à 2 234 personnes, distribue entre 30 000 et 40 000 tickets repas et reçoit 636 à 700 patients en consultation médicale. Mais la maison de rééducation ne remporte pas le même succès. Le nombre des pensionnaires en témoigne : 93 par mois en 1923, ils ne sont plus que 73 en 1925 et 45 en

[228] Les anciens combattants dont les troubles sont plus légers sont dirigés vers l'école de Bordeaux, de Saint-Maurice (Seine) et de Besançon. Cette répartition est décrite par Georges Cuvier dans un rapport adressé au comité départemental des mutilés de la Gironde. AD de la Gironde, fonds du service départemental de la Gironde de l'ONAC, comité départemental des mutilés, assemblée plénière du 22 octobre 1927, 4601 W 16.

[229] La plaque est toujours visible au château d'Arnouville-lès-Gonesse. La pose de cette plaque est relatée dans *L'Écho de Versailles* le 7 juillet 1922.

[230] Louis FOREST, « La paix par les fleurs », *Le Matin*, 3 novembre 1922.

[231] « Thé-concert au profit de l'Assistance aux Blessés Nerveux de la Guerre », *Le Petit Parisien*, 23 décembre 1922.

1928 alors que l'établissement doit en principe accueillir 150 malades[232].

Soupçonnant une mauvaise gestion, le ministère de l'Intérieur commande dès 1923 un rapport détaillé sur le fonctionnement de l'association[233]. Si l'enquête ne révèle aucune irrégularité, le déficit est néanmoins jugé préoccupant et l'ABNG décide de repenser son activité. Puisque l'on ne parvient pas à trouver suffisamment de pensionnaires pour occuper la maison de rééducation, il est décidé de consacrer l'établissement d'Arnouville aux « enfants instables et nerveux ». D'abord installés dans une aile du château, ces nouveaux pensionnaires, âgés de 14 à 18 ans, sont de plus en plus nombreux au fil du temps[234]. En 1926, l'ABNG poursuit sa réorientation en ouvrant dans l'Essonne un institut destiné aux jeunes enfants atteints de retards mentaux. Quatre ans plus tard, un nouveau rapport commandé par le ministère de l'Intérieur indique que le château d'Arnouville est désormais entièrement occupé par des enfants[235]. Les « blessés nerveux » ne sont plus qu'une quarantaine et ont été transférés dans une maison de retraite appartenant à l'association, située à Gonesse. Comme le constate l'inspecteur diligenté par le ministère de l'Intérieur, « l'association perd de plus en plus son caractère initial d'œuvre de guerre ».

En 1932, lorsque Marguerite Hérold est promue au grade d'officier de la Légion d'honneur, le ministre de la Santé publique n'évoque même pas son action auprès des anciens combattants et la désigne comme la « directrice fondatrice de l'œuvre des enfants retardés et instables »[236]. Ainsi, bien que l'ABNG ait toujours conservé son nom d'origine, les anciens combattants ne sont plus au cœur de son action dès le milieu des années vingt. Ce choix est-il seulement dû aux problèmes financiers posés par la faible activité de la maison de rééducation ? Dans ce cas, pourquoi n'est-on pas parvenu à trouver suffisamment de pensionnaires ? L'échec de l'ABNG est indissociable de l'ambigüité inhérente à l'expression « blessés nerveux ». En effet, l'association s'est trouvée vite dépassée par les problèmes qu'entraîne l'utilisation de cette étiquette très floue.

---

[232] Ces chiffres sont présentés dans les comptes rendus des assemblées générales de 1924, 1926, 1927 et 1928. Ces documents se trouvent aux Archives nationales dans le dossier de l'ONAC consacré à l'ABNG conservé sous la cote 20050206/54.

[233] Ce rapport, daté du 20 mars 1923, est mentionné dans une lettre adressée au ministère de l'Intérieur en 1930. Il n'a pas été possible de le retrouver. AN, Pierrefitte-sur-Seine, archives de l'ONAC, rapport adressé au ministre de l'Intérieur le 1er mars 1930, 20050206/54. Le compte rendu de l'assemblée générale du 28 mars 1924 précise que l'enquête a été ouverte en raison des « calomnies » dont l'ABNG a fait l'objet.

[234] AN, Pierrefitte-sur-Seine, archives de l'ONAC, compte rendu de l'assemblée générale du 28 mars 1924, 20050206/54.

[235] AN, Pierrefitte-sur-Seine, archives de l'ONAC, rapport adressé au ministre de l'Intérieur, 1er mars 1930, 20050206/54.

[236] AN, Pierrefitte-sur-Seine, dossier de Légion d'honneur de Marguerite Hérold, 19800035/645/74416.

c) « Blessés nerveux » ou malades mentaux ?

Qui sont les pensionnaires admis dans les établissements gérés par l'ABNG ? La brochure publicitaire éditée en 1921 précise que la maison de rééducation est destinée aux anciens combattants qui, trépanés, commotionnés ou ayant souffert de confusion mentale, ne peuvent se suffire à eux-mêmes mais sont « susceptibles d'une amélioration »[237]. Dans les premières années de fonctionnement de l'association, cette définition n'exclut pas les hommes qui ont été internés pendant la guerre ou après l'armistice. Lorsqu'il s'interroge sur le devenir des soldats placés dans les asiles d'aliénés pendant le conflit, Charles Mouchette note que certains se trouvent à Arnouville-lès-Gonesse[238]. Un article publié en 1920 par Henri Wallon, médecin de l'ABNG, confirme ce constat et fournit une description plus précise de certains pensionnaires. Celui qu'il surnomme « Lh… » avait 23 ans lorsqu'il a été envoyé sur le front. Une balle de fusil lui est passée tout près de l'oreille. Évacué dans un état d'agitation intense, il a été réformé mais n'a pas pu reprendre le travail de retour chez lui. Il est admis à Arnouville le 23 mars 1920. Henri Wallon décrit en ces termes les crises dont il souffre :

> « Elles commencent par des convulsions, les gesticulations habituelles et se continuent souvent par des simulacres qui ressemblent plus à la pratique des combats sur le champ de manœuvre qu'à celle de la guerre. Il se cache la tête dans un tas d'herbes comme derrière un abri, en retient entre ses dents et rampe sur une distance de 10 mètres, se livre à une mimique d'attaque et de défense. Parfois il ajoute aux actes le commentaire de ses cris : "Les voilà les Boches, il faut les tuer !". Dans sa chambre, il utilise les lits pour ses exercices, sautant de l'un sur l'autre. Des appels répétés de "Maman" et des sanglots terminent l'accès. Il dit n'en conserver aucun souvenir […] »[239]

On comprend, en lisant ces quelques lignes, que les « blessés nerveux » admis à la maison de rééducation ne sont pas seulement des anciens combattants atteints de troubles mentaux légers ou de maladies neurologiques. Les transferts sont d'ailleurs plus fréquents depuis Arnouville-lès-Gonesse vers les asiles d'aliénés que dans le sens inverse. En 1921, le rapport médical de l'asile de Clermont (Oise), où sont internés les malades du département de la Seine-et-Oise, signale les entrées en provenance de la maison de rééducation[240]. Henri Wallon fournit

---

[237] *L'Assistance aux blessés nerveux de la guerre*, Paris, Hermieu, 1921.

[238] Charles MOUCHETTE, *Contribution à l'étude des séquelles lointaines des commotions de guerre*, *op. cit.*, p. 30.

[239] Henri WALLON, « Les réactions motrices dans les crises dues à l'émotion », *L'Année psychologique*, vol. 22, 1920, p. 157.

[240] Asile public d'aliénés de Clermont, *Compte moral et administratif de l'exercice 1921 suivi des rapports sur le service médical de l'établissement*, Clermont, Imprimerie Daix, 1922, p. 80. L'asile de

plusieurs exemples de malades pour lesquels l'internement n'a pas pu être évité, notamment celui de « Le V… ». Officier mécanicien dans la marine, il se trouvait sur un navire torpillé le 16 février 1915 et a été blessé à la tête. À peine monté sur le canot de sauvetage qu'il avait rejoint à la nage, il s'est mis à délirer. Trois mois plus tard, il est toujours incapable de reprendre son service en raison des crises de panique qui le saisissent dès qu'il se trouve en mer. Il est donc réformé mais, ne parvenant pas à reprendre son travail de mécanicien, il demande son admission à Arnouville-lès-Gonesse en décembre 1920. Une semaine environ après son arrivée, le médecin constate que « ses réactions de terreur et de délire sont si violentes qu'il faut dans l'après-midi le conduire à l'hôpital, puis au bout de quelque temps à l'asile ». Interné à Clermont de l'Oise, son certificat d'admission indique qu'il souffre d'excitation maniaque aiguë intermittente. « Le V… » est dans un état d'agitation extrême, frappe contre la porte de sa cellule et se montre très violent[241].

Or l'ABNG ne peut pas s'occuper d'hommes comme ceux que décrit Henri Wallon. L'association n'a en effet pas les moyens d'assurer un contrôle permanent sur ses pensionnaires car son personnel est insuffisant. En 1926, lorsqu'elle réclame une subvention à l'Office national des mutilés et réformés pour faire construire au château des chambres d'isolement, elle essuie un refus catégorique[242]. Dans ces conditions, il est difficile de prévenir les accidents. Du reste, le rapport de l'assemblée générale de 1924 précise qu'il est devenu impossible de contrôler les entrées et les sorties dans l'établissement en raison des dégradations dans la clôture commises par les pensionnaires[243]. On déplore de nombreuses fugues dont certaines se terminent mal. Le malade surnommé « Vu. », interné pendant la guerre, ne passe que six semaines à Arnouville-lès-Gonesse entre janvier et février 1921. Il disparaît une première fois au bout d'un mois, mais rentre dans la nuit, affirmant s'être perdu. Quelques jours plus tard, il s'enfuit à nouveau, est arrêté pour vol et violence envers des agents et doit être conduit dans un asile[244]. Dangereuse pour les pensionnaires eux-mêmes, la liberté de mouvement accordée aux pensionnaires, que l'ABNG n'a pas l'autorisation d'enfermer puisqu'ils ne sont pas internés, suscite également des conflits avec la population locale. Le 6 avril 1921, le conseil municipal signale les « actes répréhensibles commis par les

---

Clermont est un asile public d'aliénés interdépartemental. Il reçoit les malades du département de l'Oise, de la Seine-et-Oise et de la Seine-et-Marne.

[241] Henri WALLON, « Les réactions motrices dans les crises dues à l'émotion », art. cit., p. 159.

[242] AN, Pierrefitte-sur-Seine, archives de l'ONAC, compte rendu de l'assemblée générale du 28 mars 1924, 20050206/54.

[243] *Ibid.* On peut lire que « l'instabilité des pensionnaires est favorisée par ces brèches qu'ils ont eux-mêmes ouvertes, saccageant les grillages, démolissant les murs ».

[244] *Ibid.*, p. 163.

mutilés » et réclame qu'on leur interdise de sortir seuls du château. On rapporte que des commerçants ont été menacés parce qu'ils refusaient de leur servir à boire, que des pensionnaires se seraient disputés dans la rue « avec armes, revolvers et couteaux » et auraient eu des « gestes inconvenants » devant des femmes[245].

Face à ces difficultés, les membres de l'association éprouvent un sentiment de désillusion. L'alcoolisme et l'extrême nervosité des pensionnaires sont régulièrement évoqués, ainsi que le surmenage du personnel qu'il est difficile de recruter. Dès 1923, le secrétaire général de l'ABNG, Pierre Marcel Lévi, dresse un véritable constat d'échec :

> « Les mutilés non rééduqués actuellement ne le seront jamais. Pour les mutilés du crâne, il faut bien le dire, cette formule n'a jamais répondu à la réalité. En un an nous en avions acquis la certitude : un blessé du cerveau, s'il est légèrement atteint, n'a pas besoin de rééducation. Il reprend tout naturellement son ancien métier. S'il est gravement atteint, il ne peut pas être rééduqué. Il relève de l'hébergement ou de l'hospitalisation. »[246]

Cette déclaration lapidaire justifie la décision de transformer la maison de rééducation en maison de retraite, mesure qui revient à abandonner l'objectif initial de l'association. En 1926, moins d'une dizaine de « blessés nerveux » travaillent encore dans les exploitations[247]. Les cartes postales, seules images de la maison de rééducation dont nous disposons, ne reflètent donc que les toutes premières années du fonctionnement l'association (voir ci-dessous et l'annexe 24).

[245] Délibération du conseil municipal d'Arnouville, 6 février 1921, cité dans *Patrimoine en Val-de-France*, n° 12, septembre 2014, p. 39.
[246] AN, Pierrefitte-sur-Seine, archives de l'ONAC, compte rendu de l'assemblée générale du 28 mars 1924, 20050206/54.
[247] AN, Pierrefitte-sur-Seine, archives de l'ONAC, compte rendu de l'assemblée générale du 22 juin 1927, 20050206/54.

Figure 21 : L'école de rééducation de l'ABNG
(collection d'Agnès et Jean-Jacques Vidal)

L'ABNG renonce par la même occasion à offrir aux pensionnaires des soins gratuits. Désormais les deux tiers de la pension des anciens combattants admis à la maison de retraite sont prélevés au titre de frais de séjour. De même, les critères à remplir pour entrer à la maison de retraite n'ont plus rien à voir avec ceux qui avaient été définis lors de l'ouverture de la maison de rééducation. Comme l'ont montré Hervé Guillemain et Stéphane Tison à partir de l'exemple d'Adrien C., l'association se montre en effet de plus en plus réticente à l'idée d'accueillir les anciens combattants qui ont présenté des troubles mentaux ou qui sont susceptibles d'en souffrir. En 1927, ce malade interné à l'asile du Mans demande sans succès son transfert à Arnouville-lès-Gonesse. Pour pouvoir être admis, il faudrait que le médecin soit en mesure d'attester qu'il ne présente plus le moindre trouble mental[248]. Dix ans plus tard, à l'asile de Bron, lorsque Hippolyte T. souhaite à son tour entrer à la maison de retraite, les conditions imposées par l'association sont encore plus strictes. Le malade doit venir à Paris pour être examiné par un médecin de l'ABNG, ce que le directeur de l'asile refuse, préférant ne pas financer un voyage qui risque fort de s'avérer inutile. Le médecin-chef André Requet s'oppose lui aussi à la demande du malade. Dans un certificat de situation rédigé le 19 septembre 1938, il le décrit comme suit :

[248] Hervé GUILLEMAIN, Stéphane TISON, *Du front à l'asile, 1914-1918, op. cit.*, p. 349.

> « est un malade doux et inoffensif mais toujours délirant avec des périodes de quérulence plus actives où il écrit aux autorités des lettres délirantes et devient extrêmement insistant. Étant donné ses bizarreries il risquerait d'abord de devenir la risée des autres et ensuite du fait de la liberté dont il jouirait d'importuner sans cesse et sans but les autorités. Je conseille de renoncer au projet de le faire admettre à la maison d'Invalides de Guerre d'Arnouville. »[249]

On perçoit dans ces quelques lignes les réticences du médecin vis-à-vis d'une institution privée qu'il connaît visiblement mal puisqu'il se trompe sur son nom. La méfiance des psychiatres vis-à-vis de l'ABNG explique donc aussi son échec. L'association est en effet que rarement mentionnée dans la presse médicale et elle ne semble pas avoir entretenu de relations avec Jean Lépine, Jean Abadie ou Pierre Marie bien qu'ils fassent partie de ses membres. Les comptes rendus des assemblées générales donnent à penser que l'ABNG fonctionne en vase clos. Des médecins de renom ont certes travaillé pour elle, en particulier Henri Wallon qui dirige le service médical jusqu'en 1927. Cette collaboration ne se termine cependant pas sans heurts. À son départ, Henri Wallon emporte les fiches médicales établies depuis l'ouverture du dispensaire, qu'il considère comme sa propriété. Un procès s'en suit, durant lequel l'association reçoit le soutien de médecins éminents. Le docteur Édouard Rist, médecin-chef du centre antituberculeux Léon Bourgeois, Édouard Toulouse, président de la Ligue d'hygiène mentale ou encore Justin Sicard de Plauzoles, directeur général de la Ligue nationale française contre le péril vénérien, prennent position en faveur de l'ABNG tandis que Justin Godart plaide en personne la cause de l'association devant le tribunal[250]. Celle-ci finit par obtenir gain de cause, récupère une bonne partie de ses fiches et recrute Gilbert Robin et Pierre Mâle pour assurer son service médical[251]. Le choix de ces deux hommes, pionniers de la pédopsychiatrie en France, témoigne de la réorientation de l'ABNG. Leur travail est cependant très peu documenté. C'est là tout le paradoxe de l'association : soutenue sur le papier par des personnalités de haut rang, défendue à l'occasion par de nombreux médecins, régulièrement visitée par des ministres[252], elle semble s'être retrouvée très seule face aux

[249] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, registre des reports, H-Dépôt Vinatier Q 356.

[250] Je remercie Vincent Viet de m'avoir fourni le texte de cette plaidoirie conservée dans les archives privées de Justin Godart au Musée national de la Résistance de Champigny-sur-Marne.

[251] AN, Pierrefitte-sur-Seine, fonds de l'ONAC, compte rendu de l'assemblée générale du 29 juin 1928, 20050206/54. Gilbert Robin choisit comme assistant Pierre Mâle qui est alors interne. En 1932, ce dernier est reçu au concours des asiles de la Seine et, deux ans plus tard, est officiellement mis au service de l'ABNG. Voir *La Presse médicale*, n° 96, 1935, p. 1952.

[252] Le 23 juin 1924, *Le Petit Parisien* raconte qu'une fête a été donnée au château en présence de nombreuses personnalités dont Victor Dalbiez, ministre des régions libérées, Justin Godart, ministre du Travail et de l'Hygiène, et Paul Painlevé, président de la Chambre des députés. Une visite de Fernand David, ministre de l'agriculture, est brièvement relatée dans le même journal le 16 novembre

difficultés. Par conséquent, bien qu'il existe apparemment de nombreux points communs entre l'ABNG et l'œuvre de charité britannique *The Ex-Services' Welfare Society* (ESWS) étudiée par l'historienne Fiona Reid[253], ces deux associations n'ont pas eu la même destinée. Créée en 1919, cette organisation vise comme l'ABNG à offrir aux vétérans une alternative à l'asile d'aliénés. Plusieurs maisons sont ainsi ouvertes pour les accueillir, parfois avec leurs familles. Mais, si l'ESWS a elle aussi rencontré des difficultés, elle a bénéficié des débats sur le *shell shock* qui, dans l'immédiat après-guerre, ont agité le parlement britannique alors que le cas des soldats français atteints de troubles est, en comparaison, resté confidentiel. Son développement a en outre été favorisé par la place laissée en Grande-Bretagne aux œuvres de charité qui, après l'armistice, sont très nombreuses à apporter leur aide aux mutilés, l'État s'en remettant aux initiatives privées pour assurer la rééducation et la réinsertion des vétérans[254]. L'ESWS est ainsi parvenue à recevoir le soutien du ministère des Pensions britannique et d'institutions prestigieuses comme la Croix-Rouge, tout en attirant les dons de notables fortunés. Ses moyens et ses ambitions dépassent donc largement ceux de l'ABNG[255]. L'ESWS a d'ailleurs poursuivi son action tout au long de l'entre-deux-guerres et existe encore aujourd'hui, désormais connue sous le nom de *Combat Stress*, tandis que l'ABNG est tombée dans l'oubli.

*
**

À la veille de la Seconde Guerre mondiale, la situation des anciens combattants internés au titre de l'article 55 s'est considérablement dégradée. Les disparités persistent et ceux qui n'ont pas de fortune personnelle, ni une famille aisée, sont tous traités comme des malades indigents. Les résultats obtenus localement grâce aux efforts de certains curateurs,

---

1930 tandis que, d'après un entrefilet paru le 3 avril, Justin Godart se rend également à Arnouville en 1932.

[253] Fiona REID, *Broken men*, *op. cit.*

[254] Sur ce point, voir Deborah COHEN, *The War Come Home. Disabled Veterans in Britain and Germany, 1914-1939*, Berkeley, Berkeley University Press, 2001.

[255] L'analyse des archives de l'ESWS permettrait d'approfondir cette comparaison en étudiant le profil des malades accueillis par l'association britannique et en observant comment elle a fait face aux problèmes rencontrés par l'ABNG.

comme Georges Cuvier, ont été réduits à néant par l'augmentation constante des prix de journée tandis que les arrangements et les compromis consentis au cas par cas pour assurer des conditions de vie privilégiées à certains « articles 55 » ne remédient pas au fond du problème. Pour qu'ils ne soient pas des internés ordinaires, il aurait fallu qu'ils soient des pensionnés militaires comme les autres. Or, le régime d'exception prévu pour les aliénés par la loi du 31 mars 1919 n'est pas remis en cause. Pire, les modifications successives de l'article 55 obtenues à suite de la mobilisation des associations d'anciens combattants améliorent la situation des familles mais aggravent le sort des malades.

Ces derniers sont pour la plupart des internés au long court. En effet, si les soldats restent rarement à l'asile plus d'un an entre 1914 et 1918, la durée de séjour des malades internés s'allonge durant l'entre-deux-guerres, y compris pour les « articles 55 »[256]. L'absence d'alternative à l'asile est, comme nous l'avons vu, un des facteurs à l'origine de ce phénomène. Quand bien même ils peuvent compter sur l'aide associative et sur les secours alloués par les comités départementaux de l'Office national des mutilés et réformés, il est très difficile pour les anciens combattants de reprendre le cours de leur vie après leur internement. Ainsi, en 1942, interrogé sur les chances de sortie des malades dont il s'occupe, Georges Cuvier répond :

> « Je n'ai plus de cas à citer depuis plusieurs années […] Les cas où je suis intervenu au début ont été trop malheureux. Dans le 1er, après un mois passé chez lui, le camarade cassait le bras à sa femme et s'empoisonnait avec 30 comprimés de gardénal. Dans le 2ème, […] il allait se noyer dans les semaines qui suivirent ! Ces questions sont malheureusement très délicates. »[257]

Lorsque la perspective d'une amélioration est sans cesse repoussée ou quand les tentatives de sortie se soldent par des échecs, les familles prennent peu à peu leurs distances. Pour autant, il est excessif d'affirmer que les anciens combattants internés ont été complètement oubliés. Non seulement tous ne sont pas abandonnés par leurs proches, dont l'implication prend des formes multiples et complexes[258], mais ces hommes sont défendus par des personnalités issues des associations d'anciens combattants. Certes, seule une poignée d'individus s'implique véritablement et, en comparaison avec les combats menés en faveur d'autres

[256] Voir Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, « Réalité et perspectives de la médicalisation de la folie dans la France de l'entre-deux-guerres », art. cit., p. 60.
[257] Archives de la Fédération nationale des plus grands invalides, dossier de Georges Cuvier, lettre adressée au président de la Fédération, 15 août 1942, non coté.
[258] L'idée selon laquelle les anciens combattants devenus fous ont été volontairement cachés par honte et par désespoir me semble ainsi devoir être fortement nuancée. Voir Jean-Yves LE NAOUR, *Les soldats de la honte, op. cit.*, p. 10 et p. 247.

catégories d'invalides et de mutilés, la mobilisation autour des aliénés est très modeste. Mais les aliénés ne sont donc pas considérés comme des victimes de second rang au sein des associations d'anciens combattants. Le recours à un vocabulaire qui les assimile à des blessés témoigne néanmoins des difficultés qu'éprouvent leurs frères d'armes à appréhender la maladie mentale. La rhétorique déployée par leurs défenseurs repose sur l'idée d'un devoir moral à l'égard des « mutilés du cerveau ». Or, dans un contexte marqué par la montée en puissance des discours eugénistes fondés sur la notion d'utilité sociale, le passé militaire des anciens combattants internés constitue un argument essentiel. C'est pourquoi le discours sur les « fous de guerre », souvent teinté de misérabilisme, rappelle sans cesse la dette contractée par la nation envers des individus qui, pour défendre leur pays, ont fait le « sacrifice » de leur raison. « Ils ne doivent pas être considérés comme des déchets de l'humanité, mais en victimes du devoir », insiste René Poudevigne dans le *Journal des mutilés* en mars 1937[259]. L'efficacité de cette stratégie est limitée. L'État, contraint et forcé par quelques parlementaires opiniâtres, ne consent qu'à des mesures symboliques. Et même ceux qui œuvrent auprès des anciens combattants atteints de troubles mentaux finissent parfois par percevoir leur travail non plus tant comme un devoir moral que comme un sacrifice, tant la tâche est ingrate et difficile.

[259] René POUDEVIGNE, « Pour améliorer le sort des aliénés de guerre », *Journal des mutilés*, 14 mars 1937, p. 2.

Chapitre 6 : Les derniers « mutilés du cerveau » (1939-1980). Des poilus oubliés ?

En 1937, les anciens combattants pensionnés pour aliénation mentale sont un peu moins de 4 000 dans les hôpitaux psychiatriques français. Deux ans plus tard, ces hommes voient leur pays s'engager dans une nouvelle guerre. Comment réagissent-ils à ce nouveau conflit et quel est leur sort alors que 45 000 malades mentaux meurent de faim dans les hôpitaux psychiatriques[1] ? Le régime « spécial, confortable et constant » réclamé par Paul Boulet, dont la nature exacte a enfin été définie à la veille de la guerre, les a-t-il protégés de la famine ? Dissimulée par un statut apparemment unique, la diversité des situations mise en lumière dans le chapitre précédent constitue une clé de compréhension essentielle face à des trajectoires contrastées.

En abordant cette période, on s'attend à ce que la mobilisation autour des « articles 55 », déjà modeste et fragile dans l'entre-deux-guerres, disparaisse complètement. Les sources infirment pourtant cette hypothèse en montrant que l'attention du régime du Vichy a été attirée sur le sort des anciens combattants internés. Ce n'est donc pas tant pendant la Seconde Guerre mondiale qu'une fois celle-ci terminée que l'action des associations d'anciens combattants auprès des poilus internés s'étiole définitivement. De moins en moins nombreux, ces derniers sont rejoints par les anciens combattants d'autres conflits qui viennent grossir les rangs des « articles 55 ». Ce renouvellement n'entraîne toutefois aucune modification du statut des pensionnés militaires internés.

Au lendemain de la Libération, le principal changement dans l'existence des derniers « mutilés du cerveau » semble donc être la réforme de l'hôpital psychiatrique. Considérée par ses partisans comme une véritable « révolution », son impact sur la vie des malades a été peu analysé[2]. A-t-elle conduit les psychiatres à s'intéresser plus particulièrement aux anciens poilus ? Modifie-t-elle le quotidien de ces patients âgés, internés pour la plupart depuis des décennies ? Leur cas fournit l'opportunité d'étudier par le bas, en plaçant le dossier médical et

[1] Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, *L'Hécatombe des fous*, *op. cit.*

[2] Voir Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, Benoît EYRAUD, « Changements institutionnels et parcours individuels : itinéraires croisés de deux patients psychotiques au long cours (années 1950 à nos jours) », *in* Axelle BRODIEZ-DOLINO, Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, Benoît EYRAUD, Christian LAVAL, Bertrand RAVON (dir.), *Vulnérabilités sanitaires et sociales. De l'histoire à la sociologie*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2014, p. 103-117.

les témoignages des malades au cœur de l'analyse, les conséquences concrètes des changements institutionnels intervenus dans l'après-guerre.

I - Les « articles 55 » dans la Seconde Guerre mondiale

Entre 1939 et 1945, les anciens combattants internés sont à nouveau confrontés à la guerre. Le conflit n'est cependant pas l'occasion d'une réflexion sur les conséquences à long terme des troubles mentaux contractés sous les drapeaux, pas plus qu'il n'entraîne un renouveau de la psychiatrie militaire. Dans les hôpitaux psychiatriques, surpeuplés et frappés par une famine meurtrière, l'urgence est ailleurs. Pour l'administration et les médecins qui doivent gérer au quotidien des situations extrêmes, le cas particulier des « articles 55 » n'est pas une priorité. Pourtant, le conflit ne met pas fin aux efforts de ceux qui tentent, depuis 1919, d'améliorer le sort des anciens combattants internés. Contre toute attente, Georges Cuvier* et ses amis parviennent en effet à attirer l'attention du régime de Vichy sur ces derniers.

1) (Re)vivre la guerre à l'hôpital psychiatrique

a) Un rejeu du traumatisme ?

En 1939, lorsque les psychiatres étudient l'impact de l'entrée en guerre sur les malades internés, ils relèvent chez certains patients le « réveil du déséquilibre émotionnel », chez d'autres un « accroissement considérable de l'agitation » ou encore « l'intégration au délire des épisodes empruntés au récit des combats »[3]. Cependant, ils s'intéressent rarement aux réactions des anciens combattants internés. La plupart du temps, les annotations portées aux dossiers de ces malades n'établissent aucun lien entre leur état et les évènements. De même, le retour à l'hôpital psychiatrique d'anciens « articles 55 » n'est pas explicitement mis en relation avec le recommencement de la guerre, y compris lorsque leur rechute coïncide avec le début du conflit. C'est le cas pour Claude E. qui, après son internement à l'hôpital psychiatrique du Vinatier entre septembre 1916 et février 1925, est retourné vivre auprès de son épouse. Le 25 août 1939, il est à nouveau conduit à l'hôpital. La veille, à la suite de la signature du pacte de non-agression germano-soviétique, la mobilisation partielle a été décrétée par le gouvernement français[4]. Selon le certificat d'entrée, le placement est justifié

[3] Pierre CHATAGNON, « Influence des évènements de guerre sur les psychopathies », *Annales médico-psychologiques*, n° 3, décembre 1939, p. 610-615. Cette communication, présentée à la Société médico-psychologique, est suivie d'un débat.
[4] Précisons que Claude E. n'est pas concerné par cette mobilisation partielle.

par « un épisode d'excitation cérébrale, un syndrome dépressif avec douleur morale, anxiété vive, désespoir, agitation psycho-motrice »[5]. Mais l'origine des troubles n'est pas précisée et rien n'indique que le médecin estime qu'ils ont été provoqués par l'annonce d'une nouvelle guerre.

Si, de toute évidence, Claude E. n'ignore pas ce que signifient les derniers évènements, les anciens combattants internés depuis des années ont-ils conscience de ce qui se joue au-dehors ? Certaines familles considèrent que leur proche, parce qu'il est à l'hôpital psychiatrique, ne peut pas se rendre compte de la situation et trouvent du réconfort dans cette conviction. Sans doute craignent-elles que la nouvelle ravive des souvenirs traumatiques. C'est ce que suggère la cousine d'Henri D., interné à l'asile Saint-Robert depuis juin 1919, dans une lettre adressée au directeur de l'hôpital le 25 octobre 1940 : « qu'aurait-il dit s'il avait encore vu la guerre ? », se demande-t-elle, comme si Henri D. ne pouvait qu'ignorer la situation. Il est vrai que certains anciens combattants, rendus indifférents par leur maladie, ne perçoivent pas ce qui se passe autour d'eux. Plusieurs rapports rédigés par le docteur Gérard Molin de Teyssieu à l'hôpital psychiatrique de Cadillac le démontrent. Ces tapuscrits, conservés dans les dossiers, retranscrivent les discussions qu'il a eues avec ses malades. Le 14 décembre 1939, ce dernier questionne Félix Y. à propos de la guerre :

> «- qu'est-ce qui se passe actuellement ?
> - … je ne sais pas
> - Qu'est-ce qu'il y a de changé ?
> - … je ne sais pas.
> - N'avez-vous pas entendu parler d'évènements extérieurs importants ?
> - Non… je ne lis pas les journaux bien sûr !
> - Sans lire les journaux.
> - Non… n'étant pas sorti d'ici vous comprenez !
> - Savez-vous ce que c'est que la guerre ?
> - Oh bien sûr ! […]
> - Ne l'avez pas dit si vous aviez entendu dire ces jours-ci qu'il y avait la guerre ?
> - Oh… et bé, oui… la guerre, j'ai fait toute la guerre !
> - En ce moment ?
> - En ce moment-ci, je ne l'ai pas fait.
> - Est-ce qu'il y a la guerre en ce temps-ci ?
> - Oh non… Il n'y en a pas eu de guerre, non ! … parce que ce sont du cinéma, ce n'est pas une vraie guerre ! ... Il n'y a pas de guerre, il y a un peu de cinéma […] »[6]

[5] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, dossier de Claude E., H-Dépôt Vinatier Q 668.
[6] Archives du Centre hospitalier de Cadillac, dossier de Félix Y., non coté.

D'autres malades, toujours plongés dans le conflit qu'ils ont vécu, ne peuvent comprendre que la guerre recommence puisque pour eux, elle ne s'est jamais terminée. C'est le cas de René E. qui, par moments, est persuadé qu'il n'a jamais été démobilisé comme il le laisse entendre le 9 novembre 1940 :

> « - qu'est-ce que vous faites toute la journée ?
> - Je fais mon service militaire.
> - Êtes triste ?
> - Oh dans l'armée… dans l'armée, je suis triste, il y a du danger… il y a du danger…
> - Et ici ?
> - Ici aussi, il faut que je fasse mon service…
> - M'aviez dit : "je suis fou", c'est vrai ?
> - Oh… je dois être fou… fou pour fou dans l'armée française… […] »[7]

Cependant, certains anciens combattants internés comprennent parfaitement que leur pays est à nouveau en guerre. Leurs réactions sont diverses. Comme la société française, la population des hôpitaux psychiatriques compte des individus qui choisissent de résister et d'autres non. Auguste E., dont les multiples tentatives d'évasion ont échoué, se réjouit de l'arrivée du maréchal Pétain au pouvoir et y voit l'opportunité d'obtenir sa libération. Faisant valoir son passé militaire au vainqueur de Verdun, il espère en effet pouvoir quitter l'hôpital psychiatrique de Saint-Jean-de-Dieu (Rhône) où il a été placé d'office en janvier 1934. Une lettre, rédigée le 7 octobre 1940, témoigne de son adhésion à l'idéologie vichyste :

> « J'ai bien l'honneur Monsieur le Maréchal Pétain de vous adressez une demande de mise en liberté de l'Asile St Jean de Dieu a Lyon Rhône où je suis interné voila onze ans par erreur de l'Ancien régime. Ancien soldat de Verdun ayant été sous votre commandement en 1916 1917 j'apprécie hautement votre valeur de Chef de l'Etat, vous n'hésiterez pas à m'accorder cette satisfaction de sortir. […] En cultivant la terre je pourrais aider au Relèvement de la France non pas que je fais rien ici […] »[8]

Auguste E. évoque ensuite ses quatre enfants, notamment l'aîné qui, selon ses dires, participe alors à un chantier de jeunesse. En mai 1943, changeant de stratégie, il écrit au directeur d'un bureau de placement en Allemagne et se porte candidat en tant qu'ébéniste. Conservés dans son dossier, aucun de ces courriers n'a été envoyé. La lettre qu'Hector T. rédige en octobre 1944 pour s'engager dans les corps francs des Forces françaises de l'intérieur est également

[7] Archives du Centre hospitalier de Cadillac, dossier de René E., non coté.
[8] Archives du Centre hospitalier de Saint-Jean-de-Dieu, dossier d'Auguste E., non coté.

retenue[9]. Interné depuis 1923 à l'hôpital psychiatrique de Cadillac, Hector T. a combattu pendant toute la Première Guerre mondiale comme engagé volontaire dans les rangs de l'armée française, s'est distingué à plusieurs reprises et a reçu une blessure à la poitrine qui lui a laissé la partie supérieure du corps paralysée. Son frère Lucien s'est engagé en 1939 et est mort en mai 1940.

Il n'est guère étonnant que le rôle de la guerre ne soit pas pris en compte dans la réactivation de certains états psychiatriques chez les anciens combattants internés. En effet, entre 1939 et 1945, l'impact du conflit est relativisé par les psychiatres y compris chez les conscrits qui, comme en 1914, sont internés dans les hôpitaux psychiatriques dès les premiers jours de la guerre. Ainsi, 64 soldats entrent à l'hôpital du Vinatier au cours du mois septembre 1939[10] et l'établissement est à nouveau désigné pour accueillir les prisonniers rapatriés d'Allemagne[11]. Or, l'expérience de la guerre reste avant tout perçue comme le révélateur de troubles déjà présents à l'état latent chez des individus prédisposés[12]. De ce point de vue, on cherche en vain la trace d'une évolution par rapport aux années 1914-1918[13]. La psychiatrie militaire n'a de fait guère progressé en France durant l'entre-deux-guerres en dépit des efforts d'une poignée d'individus pour promouvoir une meilleure sélection des conscrits et former les médecins militaires. André Fribourg-Blanc, qui a travaillé avec Antony Rodiet sur les rapports de la guerre et de la folie entre 1914 et 1918, publie en 1935 le seul ouvrage à proposer une réflexion d'ensemble sur la psychiatrie dans l'armée[14]. Sa parution est saluée dans la presse médicale mais ses préconisations ne débouchent sur aucune mesure officielle et il faut attendre 1946 pour qu'une instruction provisoire sur l'aptitude au service militaire prévoie d'établir le « profil mental » de chaque recrue afin de choisir au mieux son affectation[15] : l'examen médical doit désormais évaluer la capacité intellectuelle et la stabilité émotionnelle de chaque recrue[16].

---

[9] Archives du Centre hospitalier de Cadillac, dossier d'Hector T., non coté.

[10] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, état nominatif des militaires internés entre le 1er et le 30 septembre 1939, H-Dépôt Q 567.

[11] René LENDRES, *Des troubles mentaux chez les prisonniers de guerre rapatriés et internés*, thèse soutenue devant la faculté de médecine de Lyon, 1944.

[12] Voir Hervé GUILLEMAIN, « La psychose est-elle le fruit de l'Histoire ? À propos de la crise de septembre 1938 et de l'exode de mai-juin 1940 », *Guerres mondiales et conflits contemporains*, n° 257, 2015/1, p. 37-52.

[13] Voir par exemple Maurice ALBIENTZ, *Contribution à l'étude de l'étiologie des psychoses observées au début de la guerre*, thèse de médecine soutenue devant la faculté de Bordeaux, 1940.

[14] André FRIBOURG-BLANC, *La Pratique psychiatrique dans l'armée*, Paris, Charles-Lavauzelle, 1935.

[15] Robert HUGONOT, *Le médecin psychiatre dans la sélection du contingent*, thèse de médecine soutenue devant la faculté de Lyon, 1947.

[16] *Instruction provisoire sur l'aptitude au service militaire*, Paris, Charles-Lavauzelle, 1946, p. 14-15.

Les « articles 55 » de la Première Guerre mondiale sont donc rejoints dans les hôpitaux psychiatriques par de nouveaux pensionnés militaires. Lorsque la guerre éclate, le décret définissant le régime spécial qui doit leur être garanti vient d'être publié[17]. Comme le laissaient prévoir les tractations entre ministères, l'allocation journalière attribuée aux malades pour qu'ils puissent se procurer des « douceurs » a été réduite à un franc. Paul Boulet, tout en déplorant cette décision, estime néanmoins qu'une première étape est franchie dans l'amélioration du sort des anciens combattants internés : « […] je sais bien qu'il serait possible de demander mieux, et nous espérons que cela viendra un jour, mais nous sommes allés au plus pressé : sortir nos aliénés de guerre de la misère », déclare-t-il[18]. Ce résultat a-t-il été atteint ? Dans plusieurs hôpitaux, les commissions de surveillance se contentent de signaler la publication du décret. On peut donc se demander si les consignes ont effectivement été respectées. À l'hôpital psychiatrique de Stephansfeld, la commission de surveillance préfère s'assurer que l'État s'engage officiellement à supporter les frais liés à ce changement de régime et demande au préfet d'établir une convention avec le ministère des Anciens Combattants[19]. À l'hôpital psychiatrique de Cadillac, les anciens combattants pensionnés sont assimilés aux travailleurs de troisième classe, ce à quoi s'oppose Georges Cuvier, soulignant qu'il manque dans les repas servis à cette catégorie de malades le dessert du soir prévu pour les « articles 55 ». Son influence est cependant de plus en plus limitée. En effet, l'aggravation de sa maladie pulmonaire l'a conduit à restreindre ses activités et à déménager avec sa famille à Arcachon où il occupe la fonction d'inspecteur des services municipaux d'hygiène. En août 1939, alors qu'il est en cure à Vichy, il adresse une lettre de protestation à la commission de surveillance de l'hôpital : selon lui, le régime prévu pour les « articles 55 » n'est pas respecté[20].

b) Vichy et les anciens combattants internés

Pendant la guerre, Georges Cuvier poursuit une carrière qui l'éloigne de plus en plus de l'hôpital psychiatrique de Cadillac. En 1941, il s'installe à Mont-de-Marsan où il prend le poste d'inspecteur de la santé. L'année suivante, il est nommé médecin conseil de l'Institut

[17] *Journal officiel. Lois et décrets*, 25 février 1939, p. 2636.
[18] *Le Blessé crânien*, n° 114, mars 1939.
[19] Archives du Centre hospitalier de Stephansfeld, délibérations de la commission de surveillance, séance du 11 juillet 1939, non coté.
[20] Archives du Centre hospitalier de Cadillac, délibérations de la commission de surveillance, séance du 29 juillet 1939, non coté.

national d'action sanitaire des assurances sociales nouvellement créé et déménage à Paris[21]. Médecin et ancien combattant, impliqué auprès des « mutilés des cerveaux » mais aussi des tuberculeux ou encore des malades du cancer, son profil et son expérience en font un candidat idéal pour occuper ces différentes fonctions. Ainsi, alors que le régime de Vichy, prônant la régénération de la race, place la question de l'hygiène et de la santé publiques au cœur de ses préoccupations, Georges Cuvier gravit les échelons. Il démissionne alors de son poste de curateur à l'hôpital psychiatrique de Cadillac[22] et s'implique moins dans les activités de l'association d'aide aux mutilés du cerveau. Celle-ci se trouve au même moment en fort mauvaise posture. En effet, la création de la Légion française des combattants en août 1940 a profondément perturbé son fonctionnement. Cette nouvelle organisation, qui n'existe que dans la zone non occupée, naît de la fusion de toutes les grandes associations d'anciens combattants qui se trouvent désormais placées sous l'autorité du maréchal Pétain, représenté au niveau national par un directeur général et trois vice-présidents, dont Jacques Péricard[23]. Seuls les groupements destinés à apporter de l'aide aux invalides ou aux familles de soldats morts pour la France sont tolérés par le régime. En principe, les amicales d'aide aux mutilés du cerveau peuvent donc continuer d'exister. Cependant, la disparition des principales associations qui leur apportaient des subventions entraîne leur rapide dissolution.

À Limoges, l'amicale la plus dynamique tente néanmoins de se maintenir en sollicitant le soutien financier de la Légion[24]. Les relations de Georges Cuvier lui permettent de soutenir efficacement cette requête. En effet, son ami Jacques Péricard lui offre en mai 1942 l'opportunité de venir plaider la cause des « mutilés du cerveau » auprès du comité de la Légion, en particulier de son conseiller médical, le docteur Février[25]. Cette initiative est un

---

[21] Georges Cuvier annonce sa nomination au président de la Fédération des plus grands invalides de guerre en août 1942. L'Institut national d'action sanitaire des assurances sociales a été créé par le gouvernement de Vichy en novembre 1941. Il est chargé de promouvoir l'action sanitaire et sociale auprès de la population, d'assurer la rééducation professionnelle des personnes invalides et de former des médecins, des assistantes sociales ou encore les membres dirigeants des organismes d'assurances sociales. Voir Jean-Philippe HESSE, « Les assurances sociales », *in* Jean-Philippe HESSE, Jean-Pierre Le CROM (dir.), *La protection sociale sous le régime de Vichy*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2001, p. 31-84.

[22] Il est alors remplacé par René Mingelle, nommé maire de Talence par le maréchal Pétain. On trouve peu de trace de ses interventions auprès des anciens combattants internés.

[23] Jean-Paul COINTET, *La Légion française des combattants, 1940-1944. La tentation du fascisme*, Paris, Albin Michel, 1995.

[24] AD de la Haute-Vienne, Légion française des anciens combattants de la Haute-Vienne, 188 W 152. Je remercie vivement Anne-Sophie Anglaret qui m'a signalé ces documents et m'en a fourni des reproductions.

[25] Georges Cuvier précise le rôle joué par Jacques Péricard dans une lettre adressée au président de la Fédération des plus grands invalides de guerre. Archives de la Fédération des plus grands invalides de guerre, dossier de Georges Cuvier, lettre du président de la Fédération, 13 août 1942. La visite de

succès. Le 9 novembre 1942, le directeur général de la Légion, Raymond Lachal, demande aux chefs régionaux et départementaux de vérifier qu'un curateur a bien été désigné pour s'occuper des anciens combattants internés[26]. S'il refuse de subventionner l'association d'aide aux mutilés du cerveau, considérant qu'il ne s'agit pas d'une priorité pour la Légion, il accorde tout de même l'autorisation de lui faire ponctuellement des dons[27]. Surtout, la Légion informe François Musnier de Pleignes, secrétaire général des Anciens Combattants[28], de la visite de Georges Cuvier. En août 1942, Pierre Régnier, qui dirige la Fédération des plus grands invalides, signale d'ailleurs avoir été interrogé par le secrétaire général au sujet des « articles 55 » et précise à Georges Cuvier qu'il a protesté contre leur triste sort[29]. C'est ainsi que, cinq mois après le directeur général de la Légion, le secrétariat général aux Anciens Combattants décide d'intervenir. Le 22 mars 1943, une circulaire est adressée aux préfets par l'Office national des mutilés, combattants, victimes de guerre et pupilles de la nation[30]. Cette circulaire rappelle que la nomination d'un curateur est obligatoire et prescrit d'attribuer aux « articles 55 » des secours et des fournitures en nature « dans un large esprit de bienveillance »[31].

Faut-il voir dans cette dernière recommandation une allusion à la famine qui frappe les hôpitaux psychiatriques dans lesquels les taux de mortalité atteignent des niveaux jamais observés ? En décembre 1942, après s'y être d'abord opposé, le gouvernement de Vichy a finalement décidé d'augmenter la ration alimentaire allouée aux malades internés dans les hôpitaux psychiatriques[32]. Une circulaire du secrétariat d'État à la Famille et à la Santé

Cuvier est évoquée dans plusieurs lettres conservées dans les archives de la Légion. AN, Pierrefitte-sur-Seine, affaires militaires, secrétariat général aux anciens combattants, amicales d'anciens combattants, F/9/3667.

[26] J'ai retrouvé cette lettre parmi les archives non inventoriées du service départemental de l'ONAC de l'Isère.

[27] AD de la Haute-Vienne, fonds de la Légion française des combattants de la Haute-Vienne, lettre du directeur général de la Légion française des combattants au chef de l'union départemental de la Haute-Vienne, 20 août 1943, 188 W 152.

[28] Depuis juillet 1940 et la mise sur pied du gouvernement de l'État français, le ministère des Pensions a été remplacé par un secrétariat général des Anciens Combattants. Il est placé sous la direction de Xavier Vallat jusqu'en mars 1941, date à laquelle celui-ci est remplacé par François Musnier de Pleignes.

[29] Archives de la Fédération des plus grands invalides de guerre, dossier de Georges Cuvier, lettre du président de la Fédération, 13 août 1942.

[30] La loi du 18 juin 1941 transfère les compétences de l'Office national des anciens combattants au secrétariat général aux Anciens Combattants. Voir Jean-François MONTÈS, « L'office national des anciens combattants et victimes de guerre. Création et actions durant l'entre-deux-guerres », art. cit.

[31] Archives du service départemental de l'ONAC de l'Isère, circulaire du directeur de l'Office national des mutilés, combattants, victimes de guerre et pupilles de la nation aux préfets, 22 mars 1943, non coté.

[32] Voir Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, *L'Hécatombe des fous, op. cit.*

prescrit en effet de fournir aux aliénés des suppléments en denrées contingentées similaires à ceux que reçoivent les ouvriers dans les cantines d'usine et les citadins pauvres dans les restaurants à prix réduit. Un quart de la population interné dans chaque hôpital psychiatrique obtient en outre le droit de bénéficier du régime de suralimentation jusqu'alors réservé aux tuberculeux. Georges Cuvier, dont l'influence a été décisive, n'ignore pas la gravité de la situation dans les hôpitaux psychiatriques. Dans une lettre au président de la Fédération des plus grands invalides de guerre, rédigée en août 1942, il revient sur son action à Cadillac, soulignant que le placement des anciens combattants dans de meilleures classes de traitement « a sauvé la vie à pas mal de camarades car les repliés d'un Asile d'Alsace eux sont morts de faim pour les 2/3 »[33]. Il en veut pour preuve le travail d'un interne, Guy Papet, qui vient de soutenir une thèse sur les œdèmes provoqués par la famine[34]. Ce dernier mentionne effectivement le sort tragique des aliénés évacués de l'hôpital psychiatrique de Sarreguemines (Bas-Rhin). Or Georges Cuvier a mis au courant le secrétariat général aux Anciens Combattants, comme en atteste une note conservée dans ses archives. Ce document, qui consigne des informations sur les « mutilés du cerveau », précise que ceux qui sont internés dans un asile du sud-ouest ont « beaucoup souffert des conditions de vie actuelles » même s'ils n'ont « eu qu'une mortalité de 10 à 15 % »[35]. Toutefois, en mars 1943, le secrétaire général aux Anciens Combattants semble ignorer que les suppléments ont été attribués aux aliénés. Ce n'est qu'en août 1943, dans une seconde circulaire adressée par l'Office national, que l'attention des préfets est attirée sur cette mesure et qu'il leur est demandé de s'assurer que les anciens combattants internés en bénéficient[36].

Grâce à Georges Cuvier et à l'amicale limousine de l'association d'aide aux mutilés du cerveau, l'attention du régime de Vichy a donc été attirée sur la question des « articles 55 ». Dans certains départements où aucun curateur n'avait été nommé depuis des années, le rappel à l'ordre adressé aux préfets porte ses fruits. Ainsi, le comité départemental des mutilés de l'Isère reprend contact avec l'hôpital psychiatrique de Saint-Égrève afin d'obtenir la liste des

---

[33] Archives de la Fédération des plus grands invalides de guerre, dossier de Georges Cuvier, lettre au président de la Fédération, 15 août 1942, non coté.

[34] Guy PAPET, *Contribution à l'étude des œdèmes de famine. La sous-alimentation à l'hôpital psychiatrique de Cadillac-sur-Garonne en 1941*, thèse soutenue devant la faculté de médecine de Bordeaux, 1942.

[35] AN, Pierrefitte-sur-Seine, archives du secrétariat général aux Anciens combattants, amicales d'Anciens Combattants, dossier des mutilés du cerveau, note manuscrite sans date ni signature, F/9/3667. D'après l'écriture, cette note émane selon toute vraisemblance de Georges Cuvier.

[36] Archives du service départemental de l'ONAC de l'Isère, circulaire adressée par le directeur de l'Office national des mutilés, combattants, victimes de la guerre et pupilles de la nation aux préfets, 22 mars 1943, non coté.

« articles 55 », désigne le médecin général Justin Viallet pour s'occuper d'eux et lance une enquête sur la situation des familles[37]. Ces initiatives, aussi modestes soient-elles, confirment que la thèse de l'extermination des malades mentaux par le régime de Vichy est infondée[38]. Elle infirme également l'hypothèse d'un « abandon à la mort » de ces malades par les autorités[39]. Mais signifient-elles que les « articles 55 » ont été favorisés ?

2) Un statut protecteur ?

Les causes de la famine à l'origine de la mort de 45 000 malades mentaux internés dans les hôpitaux psychiatriques français ont été analysées par Isabelle von Bueltzingsloewen[40]. Les pénuries, provoquées par la guerre puis par l'Occupation et la politique de collaboration choisie par le régime de Vichy, entraînent une crise alimentaire. Les hommes et les femmes les plus fragiles biologiquement et socialement, en particulier les vieillards, sont aussi les plus durement touchés[41]. Or les malades mentaux, qui font partie des populations les plus vulnérables, ne sont pas considérés comme une catégorie prioritaire et il faut attendre décembre 1942 pour que les pouvoirs publics interviennent face au drame qui frappe les hôpitaux psychiatriques. Il n'est pas question de revenir sur ces faits désormais connus mais de se demander si, dans ce contexte, les mesures en faveur des anciens combattants leur ont effectivement permis de mieux résister à la famine. Dans les conditions de vie extrêmes imposées aux internés, le statut d'« article 55 » a-t-il encore un sens ? Quelle est la visibilité de ce groupe au sein des hôpitaux psychiatriques et la marge de manœuvre

[37] Le médecin général Viallet est né en 1871 et mort en 1944. Il a été élève à l'école du Service de santé de Lyon puis à l'école d'application du Val-de-Grâce. Entre 1906 et 1912, il a été affecté dans des hôpitaux militaires en Algérie et en Tunisie. Pendant la Grande Guerre, il sert comme médecin-chef du 121e régiment d'infanterie, de l'ambulance 5/13 et de l'hôpital 37/1 avant d'être promu médecin divisionnaire de la 5e division d'infanterie. Après l'armistice, il préside brièvement la commission de réforme de Saint-Étienne puis dirige l'hôpital militaire de Bonn avant d'être affecté à la place de Nancy. Le 15 novembre 1930, il est promu médecin-général. Ni son dossier de Légion d'honneur, ni le registre matricule ne permettent de préciser son parcours entre cette date et sa mort. Installé à Saint-Égrève dans l'Isère, non loin de l'hôpital psychiatrique, il se serait consacré à secourir et à soigner les habitants les plus pauvres. Voir AN, Pierrefitte-sur-Seine, dossier de Légion d'honneur de Justin Viallet, 19800035/1304/50642 et AD de l'Isère, registre matricule, bureau de Grenoble, classe 1891, matricule 926, 11NUM/1R1230 05.

[38] Cette thèse est celle de Patrick Lemoine : Patrick LEMOINE, *Droit d'asiles*, Paris, Odile Jacob, 1998.

[39] Voir Max LAFONT, *L'Extermination douce. La mort de 40 000 malades mentaux dans les hôpitaux psychiatriques en France, sous le régime de Vichy*, Le Cellié-Lignier, atelier thérapeutique de l'AREFPPI, 1987. Cette thèse est défendue aujourd'hui encore par Armand AJZENBERG dans *L'abandon à la mort… de 76 000 fous par le régime de Vichy*, Paris, L'Harmattan, 2015.

[40] Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, *L'Hécatombe des fous, op. cit.*

[41] Voir Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN (dir.), *« Morts d'inanition ». Famine et exclusion en France sous l'Occupation*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2005.

dont disposent ceux qui tentent de leur venir en aide ? Répondre à ces questions conduit à constater que la guerre accentue les disparités entre anciens combattants internés. Certaines trajectoires singulières se distinguent tout particulièrement : celles des malades évacués et de celles de ceux qui, internés dans des hôpitaux psychiatriques d'Alsace et de Moselle, territoire annexé au Reich, ont été déportés.

a) Les anciens combattants internés face à la famine

Les copies des états trimestriels envoyés au ministère des Pensions, rarement conservées dans les archives des hôpitaux psychiatriques, permettent d'établir que 42 « articles 55 » sont internés à l'hôpital psychiatrique de Saint-Égrève à la fin de l'année 1939. Sur ce nombre, on compte 30 malades internés depuis plus de dix ans, dont 15 sont entrés dans l'établissement avant le 11 novembre 1918[42]. À la même date, 64 « articles 55 » sont recensés à l'hôpital psychiatrique du Vinatier : 27 sont entrés pendant la Première Guerre mondiale et seuls 7 sont internés depuis moins de dix ans[43]. Malades chroniques, fragilisés par un internement de longue durée, ces hommes font partie des internés les plus vulnérables. 73 % d'entre eux meurent à l'hôpital psychiatrique de Saint-Égrève pendant la guerre et près de 80 % à l'hôpital psychiatrique du Vinatier. À eux seuls, ces chiffres prouvent que leur statut d'anciens combattants ne les a guère protégés. Les diagnostics individuels de décès, s'ils sont parfois vagues et ne suffisent pas toujours à distinguer les victimes de la famine, ne laissent guère de doute : les causes de décès telles que « dénutrition avec œdème généralisé », « dénutrition avec hypothermie », « œdèmes de carence », « cachexie avec carence » sont récurrentes[44].

La chronologie de la famine qu'il est possible d'établir en partant de leur exemple est identique à celle observée pour l'ensemble de la population internée[45]. Le pic de mortalité se situe en 1941 et 1942, bien que les conséquences du rationnement mis en place à l'été 1940 soient immédiates. À l'hôpital psychiatrique de Saint-Égrève, d'après les recherches de

---

[42] AD de l'Isère, administration hospitalière, asiles d'aliénés, documents généraux, état trimestriel des pensionnés militaires internés, 4e trimestre 1939, 9 X 11.
[43] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, militaires aliénés, état trimestriel des pensionnés militaires internés, 4e trimestre 1939, H-Dépôt Q 567.
[44] La cachexie correspond à un état d'affaiblissement et d'amaigrissement extrême. Ce diagnostic correspond à la phase terminale de nombreuses pathologies mentales durant laquelle les malades refusent de s'alimenter. À lui seul, il ne suffit donc pas pour affirmer qu'un malade est mort en raison de la famine. Toutefois, associé au terme de carence, il devient explicite.
[45] Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, *L'Hécatombe des fous*, *op. cit.*, p. 39-43.

Samuel Odier, les premiers décès par dénutrition surviennent en octobre 1940[46]. C'est d'ailleurs à la fin de ce mois qu'un petit groupe de malades adresse une pétition au préfet de l'Isère pour exprimer son mécontentement face à la réduction brutale des rations alimentaires. Ces internés mentionnent la situation des pensionnés de guerre, catégorie à laquelle appartiennent sans doute certains signataires, ce qui montre que ces derniers ne sont pas privilégiés par rapport aux autres malades[47]. Ainsi, comme tant d'autres, anciens combattants ou non, Francisque Z.* subit la famine. Son état se dégrade tellement qu'en mai 1942, il n'est plus capable de se lever. Le médecin expose sans détour la situation à son épouse Julie : « cet état est dû à l'insuffisance de la nourriture », affirme-t-il en l'enjoignant à lui faire parvenir des suppléments[48]. Si Francisque Z. parvient à survivre, le taux de mortalité dans l'établissement atteint cette année-là 32,4 %[49].

C'est justement en juin 1942 que Joseph T. profite d'une promenade pour s'évader. Six mois plus tard, il écrit au directeur pour réclamer sa carte d'alimentation ainsi que trois volumes de mots croisés qu'il a laissés à l'hôpital. Il affirme garder un bon souvenir de son séjour et du personnel mais explique : « si j'ai agi ainsi, […] c'est la faim, car la nourriture faisait réellement défaut et que je recevais de moins en moins de colis »[50]. Le directeur ne semble pas se préoccuper outre mesure de sa disparition. Peut-être estime-t-il que Joseph T., inoffensif et capable de se débrouiller seul, parviendra à subvenir à ses besoins quand l'hôpital n'en a pas les moyens. De même, lorsque Étienne R. refuse de rentrer à l'hôpital après une permission, exprimant selon sa sœur « la crainte d'y mourir de faim », on l'autorise à le garder avec elle sans aucune difficulté[51]. Face à la famine, les médecins s'efforcent en effet de favoriser la sortie des malades dont l'internement n'est pas absolument nécessaire. Dans le cas de Victor E., qui souffre d'alcoolisme et est interné à l'hôpital psychiatrique de Cadillac depuis septembre 1916, les pénuries servent même d'argument pour tenter une sortie. Le 3 juin 1942, le médecin-chef estime en effet qu'il est suffisamment difficile de se procurer des boissons alcoolisées pour « essayer de [le] replacer dans la société »[52].

---

[46] Samuel ODIER, *De l'asile Saint-Robert à l'hôpital de Saint-Égrève. Progrès thérapeutiques et malheurs de la guerre (1930-1960)*, mémoire de maîtrise, Université Lyon III, 1993, p. 58.
[47] AD de l'Isère, 11 X 10.
[48] Archives du Centre hospitalier Alpes-Isère, dossier de Francisque Z., non coté.
[49] Archives du Centre hospitalier Alpes-Isère, lettre du directeur de l'hôpital psychiatrique de Saint-Égrève au préfet de l'Isère, 3 décembre 1943, non cotée.
[50] Archives du Centre hospitalier Alpes-Isère, dossier de Joseph T., non coté.
[51] Archives du Centre hospitalier Alpes-Isère, dossier d'Étienne R., non coté.
[52] Archives du Centre hospitalier de Cadillac, dossier de Victor E., non coté. Cette tentative de sortie se solde par un échec. Un an plus tard, Victor E. écrit en effet au directeur de l'hôpital pour réclamer sa réintégration.

Cependant, seuls 5 « articles 55 » sortent pendant la guerre de l'hôpital psychiatrique du Vinatier et 4 de l'hôpital psychiatrique de Saint-Égrève car cette solution n'est pas adaptée à n'importe quel malade. Sans parler de ceux que leur maladie rend dangereux, il faut encore s'assurer qu'ils ne seront pas totalement livrés à eux-mêmes une fois sortis de l'hôpital. Car la famine frappe aussi les populations vulnérables des villes, conduisant d'ailleurs des hommes et des femmes à l'hôpital psychiatrique. Parmi eux, on peut citer l'exemple d'Émile D., pensionné de guerre atteint d'épilepsie qui entre à l'hôpital de Saint-Égrève le 23 juillet 1942. Interrogé à son sujet, le maire de Grenoble indique qu'il est devenu fou en raison de l'« insuffisance d'alimentation »[53]. C'est pour cette raison que, lorsque René E. tente de s'évader, la direction de l'hôpital psychiatrique de Cadillac ne peut fermer les yeux. Cet ancien combattant atteint de psychose n'a que peu de chances de survivre seul.

Figure 22 : Autoportrait de René E., interné à l'hôpital psychiatrique de Cadillac.
La légende indique : « Copie de mon portrait vue et exécuter par moi-même 1940 après avoir maigri de 35 kgrs suite de la famine »

[53] Archives du Centre hospitalier Alpes-Isère, dossier d'Émile D., non coté.

Des recherches sont entreprises et il est finalement raccompagné à l'hôpital. Entre décembre 1949 et janvier 1950, il rédige dans un cahier d'écolier une série de lettres adressées à son fils Francis qu'il n'a pas vu depuis plusieurs années et auquel il raconte ce qui lui est arrivé pendant la Seconde Guerre mondiale. Ce témoignage poignant est accompagné d'autoportraits qui le représentent réduit à l'état de squelette, transformé en porc lorsqu'il s'attable pour recevoir sa pitance, ou encore se nourrissant d'excréments.

L'exemple de René E. montre qu'à l'hôpital psychiatrique de Cadillac la majorité des anciens combattants sont désormais traités comme des indigents. Il faut donc fortement nuancer l'affirmation de Georges Cuvier qui, en août 1942, affirme que le traitement dans les classes supérieures a sauvé la vie à « pas mal » de pensionnés militaires. Dans les hôpitaux psychiatriques, l'administration doit, comme le font les particuliers, présenter les tickets qu'elle prélève sur les cartes individuelles d'alimentation des malades pour obtenir des denrées contingentées. Or les « articles 55 » reçoivent les mêmes cartes que les autres malades internés, c'est-à-dire des cartes A ou, s'ils fournissent un travail dans l'hôpital, des cartes T . Depuis l'instauration des cartes de rationnement, en septembre 1940, les Français sont en effet répartis dans différentes catégories de consommateurs : la catégorie A correspond à l'ensemble des adultes, à l'exception des travailleurs de force de 14 à 70 ans, qui relèvent de la catégorie T et ont droit à des rations de pain supplémentaires. Les médecins obtiennent, non sans difficulté, l'assimilation des internés travailleurs à cette dernière catégorie d'individus. En décembre 1940, le bénéfice des cartes T est en outre étendu aux mutilés à condition qu'ils soient privés de l'usage d'un membre ou d'une fonction essentielle entraînant une diminution de leur capacité de travail. Sauf exception, les pensionnés militaires pour aliénation mentale n'entrent pas dans cette catégorie. Cependant, afin de simplifier le système, il est décidé qu'à compter d'octobre 1942 la carte T sera remise à tous les infirmes dont le taux d'invalidité est égal ou supérieur à 85 %[54]. Dès lors, les « articles 55 » peuvent en principe la recevoir. L'application de cette mesure semble cependant très variable selon les hôpitaux psychiatriques. René E. par exemple, signale au médecin-chef de l'hôpital psychiatrique du Vinatier qu'il avait droit aux avantages réservés aux grands invalides militaires lorsqu'il se trouvait encore au quartier d'hospice de Font-d'Aurelle (Hérault), ce qui n'est plus le cas depuis qu'il a été transféré en juillet 1943[55].

Les suppléments accordés aux malades des hôpitaux psychiatriques à partir de

[54] *Le Matin*, 9 novembre 1942, p. 4.
[55] L'exemple de René E. est cité dans Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, *L'Hécatombe des fous*, *op. cit.*, p. 290.

décembre 1942 ont-ils bénéficié aux anciens combattants internés ? Ont-ils fait partie des 25 % d'internés auxquels ils devaient être distribués dans chaque établissement ? Leurs dossiers ne permettent pas de le savoir. Comme l'a montré Isabelle von Bueltzingsloewen, les critères selon lesquels les suppléments ont été répartis entre les internés sont rarement explicités dans les sources. La priorité est parfois donnée aux malades les moins gravement atteints, considérés comme « récupérables ». C'est le cas à l'hôpital psychiatrique de Saint-Égrève[56]. Dans ce cas de figure, les anciens combattants, malades chroniques internés pour la plupart depuis de longues années, sont peu susceptibles d'être privilégiés. Alors que tant d'internés souffrent de la faim, on peut penser que le statut des « articles 55 » n'entre pas en ligne de compte aux yeux des médecins qui, surtout dans les établissements où le poste de curateur a été laissé vacant pendant des années, ne les différencient sans doute guère du reste des malades.

b) L'accroissement des disparités

L'intervention de l'Office national des mutilés a-t-elle incité les comités départementaux à attirer l'attention sur les anciens combattants internés ? Dans l'Isère, cela semble bien être le cas. En effet, le comité veille à connaître la situation des « articles 55 » et, lorsque 558 malades évacués de l'hôpital psychiatrique de Saint-Pons (Alpes-Maritimes) arrivent à Saint-Égrève en avril 1944, il réclame la liste des pensionnés militaires se trouvant parmi eux. Cependant, il ne subsiste pas de trace d'une action concrète menée en faveur de cette catégorie de malades. Les sources n'apportent notamment aucune information sur la manière dont le médecin inspecteur Justin Viallet, curateur en 1943 et 1944, s'est acquitté de sa tâche[57]. Il ne semble pas être intervenu auprès de Francisque Z. par exemple. Le dossier de demande de secours établi au nom de ce dernier par le comité départemental comporte cependant un questionnaire envoyé au maire de son village dans le cadre de l'enquête lancée en 1943 sur les familles des anciens combattants internés. L'élu signale qu'un des fils de Francisque, Louis, a été appelé en Allemagne par le service du travail obligatoire, tandis qu'un autre, Gabriel, doit rejoindre un chantier de jeunesse. En réalité, tous les deux décident

[56] *Ibid.*, p. 340.

[57] Ma rencontre avec Simone Viallet, épouse du petit-fils du médecin inspecteur Justin Viallet, n'a pas permis de déterminer quel a été son rôle auprès des anciens combattants internés. Elle m'a néanmoins appris qu'en 1944, après son décès, une souscription des habitants de Saint-Égrève a permis d'apposer une plaque sur sa maison. Toujours visible aujourd'hui, celle-ci est dédiée « au médecin général Viallet, bienfaiteur des pauvres ».

d’entrer dans la clandestinité. Ils perdent donc leurs cartes d’alimentation et doivent être secourus. On imagine les difficultés de Julie Z. qui doit aider ses enfants en même temps que son mari. Francisque meurt à l’hôpital le 21 août 1944 des suites d’une « cachexie bacillaire », c’est-à-dire d’une tuberculose pulmonaire, maladie en forte recrudescence durant la guerre. La famille n’assiste pas à l’enterrement. À une date inconnue, l’un de ses membres a vraisemblablement demandé l’exhumation de Francisque pour qu’il soit enterré dans le cimetière de son village. Coïncidence ou fait exprès, sa tombe est placée juste à côté de la sépulture des soldats morts pour la France.

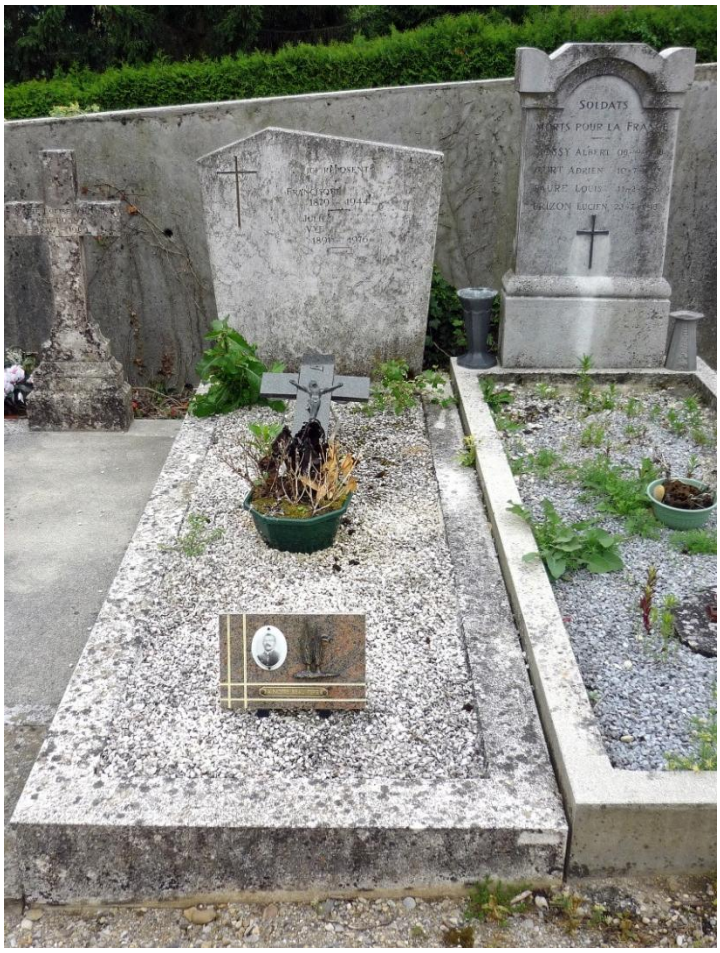


Figure 23 : Tombe de Francisque Z., décédé le 21 août 1944 à l'hôpital psychiatrique de Saint-Égrève

Les initiatives de la Légion et du secrétariat général aux Anciens Combattants n’ont finalement eu un effet décisif que dans les hôpitaux psychiatriques où les « articles 55 » étaient déjà protégés par des hommes et des femmes dévoués à leur cause. Ainsi, à l’hôpital psychiatrique de Naugeat (Haute-Vienne), l’amicale limousine de l’association d’aide aux mutilés du cerveau poursuit ses activités grâce au don de 20 000 francs qui lui a été attribué

par la Légion. En novembre 1943, alors que toutes les œuvres doivent obtenir l'agrément du secrétariat aux Anciens Combattants pour continuer à exister, son dossier est accepté sans difficultés[58]. Au mois de juin de la même année, le curateur Jean Puynège obtient en outre l'aide du Secours national. Cette œuvre privée, créée en 1914, devient à partir de 1940 la seule à pouvoir collecter des dons, qu'elle chargée est chargée de répartir entre différentes associations[59]. Lorsque Jean Puynège signale au délégué départemental qu'il ne trouve plus dans le commerce les douceurs qu'il remettait auparavant aux anciens combattants internés, 25 kilos de pâtes et de fruits sont mis à sa disposition[60]. Ces denrées, réclamées au nom des anciens combattants, n'ont-elles été distribuées qu'à eux seuls ? Il n'a pas été possible de le déterminer, faute d'archives[61]. Cette intervention du Secours national, bien que ponctuelle et limitée, constitue quoi qu'il en soit un exemple rare dans la mesure où très peu d'hôpitaux psychiatriques ont bénéficié de secours alimentaires fournis par des œuvres de charité[62].

L'exemple de l'hôpital psychiatrique de Naugeat montre en outre que l'allocation journalière de 1 franc, attribué aux « articles 55 » conformément au décret du 25 février 1939, ne suffit pas forcément à leur assurer un sort meilleur. Cette somme, qui correspond à celle que touchent les malades travailleurs à l'hôpital psychiatrique du Vinatier par exemple, aurait pu leur permettre d'améliorer leur régime. Pour ceux dont les pécules sont élevés, des prélèvements supplémentaires pouvaient d'ailleurs être envisagés. Cependant, le problème réside moins dans le fait d'avoir un peu d'argent que dans celui d'accéder aux denrées. En effet, les cantines qui fonctionnaient dans certains établissements, où les malades pouvaient acheter des « douceurs », ont d'importantes difficultés à s'approvisionner. De plus, lorsque des suppléments en denrées non contingentées sont obtenus, ils sont réservés aux malades

[58] Une enquête est réalisée au préalable pour s'assurer qu'aucun membre de l'amicale n'est juif ou franc-maçon. AD de la Haute-Vienne, fonds de la Légion française des combattants de la Haute-Vienne, rapport, 188 W 152. Dans un document rédigé après la guerre pour le compte de la Fédération des plus grands invalides de guerre, Jean Puynège affirme avoir caché plusieurs résistants et détenir des certificats qui l'attestent.

[59] Outre les dons, le Secours national tire ses ressources financières du produit de la loterie nationale et des biens confisqués aux Français déchus de leur nationalité. Voir Jean-Pierre LE CROM, *Au secours Maréchal ! L'instrumentalisation de l'humanitaire (1940-1944)*, Paris, Presses universitaires de France, 2013.

[60] AD de la Haute-Vienne, fonds de la Légion française des combattants de la Haute-Vienne, lettre de Jean Puynège au préfet de la Haute-Vienne, 28 juin 1943, 188 W 152.

[61] Les archives de la commission de surveillance versées aux archives départementales de la Haute-Vienne ne vont pas au-delà de l'année 1940. Il n'a pas été possible de retrouver sur le site de l'hôpital des documents susceptibles d'apporter des réponses à mes questions.

[62] Le Secours national est intervenu en 1942 pour aider à vêtir des enfants internés à l'hôpital psychiatrique de Rodez. Il a également apporté une aide ponctuelle pour nourrir les malades de l'asile de Privas durant leur évacuation en 1943. Voir Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, *L'Hécatombe des fous, op. cit.*, p. 316-317.

pensionnaires afin de justifier le maintien d'un prix de journée élevé. Ainsi, sous l'effet des pénuries, les disparités décrites dans le chapitre précédent sont décuplées et les anciens combattants qui ont les moyens d'être traités en première ou en deuxième classe souffrent moins de la faim que les autres. Si quelques hôpitaux psychiatriques choisissent de supprimer le système des classes de traitement, d'autres le maintiennent durant toute la guerre, comme l'hôpital psychiatrique de Saint-Jean-de-Dieu. Cet établissement, moins touché par la famine que l'hôpital psychiatrique du Vinatier qui est pourtant voisin, rassemble une population issue de milieux aisés. Avant le conflit, le taux de mortalité des pensionnaires était supérieur à celui des malades du régime commun, principalement en raison de leur âge en moyenne plus avancé. La situation s'inverse durant la guerre : leur régime alimentaire supérieur leur permet de mieux résister face aux restrictions. En première classe, où le taux de mortalité est le moins élevé, le train de vie des malades semble d'ailleurs à peine affecté par les pénuries[63]. Parmi eux, Xavier D., grand mutilé, continue à effectuer de nombreux achats. On peine à croire, en parcourant la liste de ses acquisitions, que tant d'autres aliénés vivent au même moment dans le dénuement le plus complet. Outre du dentifrice, des pastilles et du tabac qu'il se procure chaque mois, Xavier D. achète deux chapeaux en 1942, un complet en 1943, une paire de brodequins en 1944. La même année, il fait réparer son poste TSF. Entre 1942 et 1945, il peut dépenser jusqu'à 4 000 francs par mois, sans compter ses frais d'internement qui, en février 1944, s'élèvent à 100 francs par jour. Les arrérages de ses différents livrets de pension sont de 72 000 francs par an, son pécule est évalué à 211 000 francs et il possède 24 000 francs sur un livret de caisse d'épargne[64].

Comme on l'a vu, la grande majorité des « articles 55 » ne touchent pas les mêmes sommes que Xavier D. Ceux qui sont restés à l'hôpital psychiatrique et ont échappé à la famine ne doivent donc pas leur survie à leur pension militaire. La solidarité des familles joue dans leur cas un rôle crucial. Les neveux et nièces de Claude T., interné à l'hôpital psychiatrique de Saint-Égrève, se relaient par exemple pour le prendre régulièrement chez eux, notamment à l'occasion des fêtes. Le 4 novembre 1941, son neveu la raccompagne à l'hôpital et remet à l'administration 1,5 kilo de pain pour son oncle. En janvier 1943, il

[63] Anne Marescaux a montré que les pensionnaires de première classe ne représentent 70 % des malades placés à titre volontaire en 1941 mais seulement 30 % des décès survenus en 1942. Anne MARESCAUX, « Un établissement épargné par la famine ? L'asile privé Saint-Jean de Dieu de Lyon », *in* Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN (dir.), *« Morts d'inanition », op. cit.*, p. 74.

[64] Archives du Centre hospitalier de Saint-Jean-de-Dieu, dossier de Xavier D., non coté. Ces chiffres sont donnés par le directeur le 30 novembre 1944. À titre de comparaison, le salaire moyen, toutes catégories socioprofessionnelles confondues, est évalué pour l'année 1945 à 57 282 francs courants. Olivier WIEVIORKA (dir.), *La France en chiffres, de 1870 à nos jours*, Paris, Perrin, 2015, p. 190.

apporte à nouveau 600 grammes de pain et 90 grammes de viande[65]. D'autres anciens combattants parviennent à s'en sortir parce qu'ils ont la chance d'accéder plus facilement à de petits suppléments. C'est le cas de Félix E., interné à l'hôpital psychiatrique du Vinatier depuis le 1er février 1918, qui souffre de délire hallucinatoire chronique. En juin 1942, le médecin avertit sa femme que son état s'est aggravé : « […] votre mari s'est montré plus tourmenté par son délire ces dernières semaines, il en est même arrivé à être menaçant […] La question de nourriture joue malheureusement un certain rôle dans cet état. Il a passablement maigri », écrit-il. Cependant, trois mois plus tard, le docteur la rassure en lui expliquant que « depuis qu'il travaille à la cuisine, mange à sa faim et engraisse, [il] va beaucoup mieux ». La tournure de la phrase laisse clairement entendre ce à quoi tient cette soudaine amélioration. En tant que travailleur, Félix E. est non seulement mieux nourri que les autres malades mais son poste lui permet sans doute de chaparder quelques aliments[66].

c) Évacués et déportés

Entre 1939 et 1945, en raison de la menace d'une invasion allemande puis à cause des bombardements, de nombreux hôpitaux psychiatriques sont évacués. Comme durant la Première Guerre mondiale, les transferts de malades se déroulent dans l'urgence[67]. Il n'est donc pas rare que les malades arrivent sans leur dossier dans l'hôpital désigné pour les accueillir et, pour les anciens combattants, sans leurs titres de pension. Aussi ignore-t-on sans doute, du moins dans un premier temps, si certains sont des « articles 55 ». Cette question n'est de toute façon pas la priorité des administrations qui doivent gérer l'afflux de réfugiés dans des établissements bondés. Par conséquent, lorsque le comité départemental de l'Isère réclame au directeur de l'hôpital psychiatrique de Saint-Égrève les noms des malades transférés depuis l'asile de Saint-Pons, celui-ci rétorque qu'il lui faudra du temps pour les identifier[68]. Loin du département dans lequel ils étaient internés, ces hommes ne peuvent plus compter sur le soutien éventuel d'un curateur et sont séparés de leurs familles. Très

[65] Archives du Centre hospitalier Alpes-Isère, dossier de Claude T., non coté.
[66] AD du Rhône, fonds du Centre hospitalier Le Vinatier, dossier de Félix E., H-Dépôt Vinatier Q 766.
[67] Voir Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, *L'Hécatombe des fous, op. cit.*, p. 112-199 ; Hervé GUILLEMAIN, « La psychose est-elle le fruit de l'Histoire ? À propos de la crise de septembre 1938 et de l'exode de mai - juin 1940 », art. cit., p. 47-48.
[68] Archives du service départemental de l'ONAC de l'Isère, lettre du directeur de l'hôpital psychiatrique de Saint-Égrève au secrétaire général de l'office départemental des mutilés, combattants et victimes de la guerre de l'Isère, 19 avril 1944, non coté.

vulnérables, plus des trois quarts d'entre eux ne survivent pas à la guerre[69].

Tous les hôpitaux concernés par les évacuations ne cessent cependant pas de fonctionner. Dans certains d'entre eux, il est en effet décidé de conserver un petit nombre d'internés. C'est le cas à l'hôpital psychiatrique de Stephansfeld (Bas-Rhin). À compter d'avril 1940, plus de 700 de ses malades sont répartis entre quatre établissements situés dans le département de la Manche – les hôpitaux psychiatriques de Mayenne, de Pontorson, de Pont-l'Abbé et de Saint-Lô – et l'hôpital psychiatrique de Vauclaire (Dordogne). Toutefois, l'évacuation totale de l'établissement est jugée à la fois impossible et non souhaitable. Au plus fort des récoltes, le directeur réclame le maintien d'un minimum de malades travailleurs. Par ailleurs, les aliénés grabataires, que leur état rend intransportables, restent à l'hôpital[70]. Lors de l'arrivée des troupes allemandes, en juin 1940, 445 malades sont donc encore internés, dont 200 hommes. Le 5 janvier 1944, 50 d'entre eux, parmi lesquels se trouvent des anciens combattants, sont déportés à Hadamar, près de Coblence en Hesse[71]. Tous sont destinés à mourir dans cet hôpital où 15 000 malades sont exterminés entre 1941 et 1945[72]. Fernand L. est l'un d'eux. Sur la première page de son dossier, conservé au mémorial d'Hadamar, figure à l'encre rouge la mention « invalide de guerre à 100 % »[73].

Né en 1893 à La Broque, près de Molsheim (Bas-Rhin), Fernand L. travaillait avant la Première Guerre mondiale comme secrétaire dans les bureaux de l'usine De Wendel. En 1914, il est incorporé dans l'armée allemande, au 39e régiment d'infanterie. Fait prisonnier à Avion en mai 1915, il passe le reste du conflit dans les camps spéciaux réservés aux Alsaciens-Lorrains à Monistrol-sur-Loire, Issoudun, Riom et Lourdes. Après l'armistice, il retourne vivre auprès de sa mère. Cette dernière s'aperçoit très vite qu'il est malade. Il ne dort pas, mange à peine, se refuse à travailler et semble se désintéresser de tout. Elle le conduit alors à la clinique psychiatrique de la faculté de médecine de Strasbourg, dirigée par le professeur Charles Pfersdorff. Deux semaines plus tard, le 16 décembre 1919, Fernand L est déclaré atteint de démence précoce et transféré à l'asile d'aliénés de Stephansfeld. Si son dossier indique que son entrée est suivie d'une courte phase d'amélioration, il retombe vite dans un

[69] La consultation des registres d'entrée et des dossiers des malades permet d'établir ce chiffre.
[70] Voir Geneviève SIAT, *Histoire de Stephansfeld, un asile d'aliénés, et du nazisme*, mémoire de maîtrise, Université de Strasbourg 2, 1993.
[71] Le convoi comprend également 50 malades hommes issus de l'hôpital psychiatrique de Hoerdt.
[72] Voir *Verlegt nach Hadamar. Die Geschichte einer NS-« Euthanasie »-Anstalt*, Kassel, Historische Schriftenreihe des Landeswohlfahrtverbandes Hessen, 1994. L'action T4, lancée à l'automne 1939, est arrêtée à l'été 1941 mais l'élimination des malades mentaux se poursuit. Au lieu d'être gazés, ces derniers meurent de faim ou suite à l'injection de substances létales.
[73] LWV-Archiv Bestand 12 K 2205. J'adresse tous mes remerciements au professeur Christina Vanja qui m'a envoyé la copie de ce dossier.

état catatonique dont il ne sortira plus[74]. Gâteux et muet, il mène d'après le médecin une « vie végétative ». Étant totalement indifférent au monde qui l'entoure, il peut être régulièrement changé de quartier afin de libérer un lit ici ou là lorsque cela s'avère nécessaire. En novembre 1923, lorsque son cas est examiné par le centre spécial de réforme de Strasbourg, son invalidité est évaluée à 100 %. Quelques mois plus tôt, le bénéfice de la loi du 31 mars 1919 a en effet été étendu aux Alsaciens-Lorrains ayant combattu dans l'armée allemande. Fernand L. devient donc un « article 55 »[75]. Sa sœur Marie est désignée comme curatrice. C'est elle qui touche sa pension militaire et se charge d'en reverser une partie à l'asile pour régler les frais d'internement. Alors que, à compter de juillet 1926, les familles sont en principe tenues de remettre les titres de pensions de leurs proches aux asiles, celles des anciens combattants internés en Alsace-Lorraine peuvent continuer à les détenir. En effet, dans la législation allemande, le curateur gère les biens du malade qui lui est confié. Or le régime du droit local, créé en 1919, permet à ceux qui ont été désignés avant 1926 de conserver cette mission[76]. Fernand L., qui ne fait donc pas partie des malades dont s'occupe le curateur choisi au sein du comité départemental des mutilés et réformés du Bas-Rhin, voit très peu les siens. En 1934, après une visite à l'asile, sa sœur adresse des réclamations au directeur, estimant qu'il n'est pas correctement soigné. Elle est alors invitée par le directeur à reprendre son frère auprès d'elle. Si elle envisage cette éventualité dans une lettre datée de janvier 1935, le projet n'est jamais mis à exécution.

En 1943, le diagnostic des psychiatres est toujours identique. Quelques jours avant le départ du convoi qui le conduit à Hadamar, le médecin annote une dernière fois son dossier : « Complètement dément. Malpropre ». Fernand L. fait donc partie des malades dont l'utilité sociale est considérée comme nulle. Interné depuis de longues années, sans aucun signe d'amélioration, il est en outre coupé de sa famille. Au début de la guerre, son frère a remplacé sa sœur en tant que curateur, sans qu'on sache pourquoi. Les échanges avec l'hôpital sont très limités et ne concerne que les questions financières soulevées par le règlement des frais

[74] La catatonie désigne un état psychiatrique et moteur caractérisé par l'inertie et l'absence de réaction du malade face aux sollicitations extérieures.

[75] La famille de Fernand L., dont les troubles sont survenus après l'armistice, ne semble pas avoir effectué de démarches auprès de l'administration allemande pour qu'il touche une pension militaire. En vertu de la loi du 17 avril, les soldats alsaciens-lorrains pensionnés par l'Allemagne peuvent s'ils le souhaitent obtenir la conversion de leur titre de pension allemand en titre de pension français. Voir Raphaël GEORGES, « La prise en charge des mutilés de guerre alsaciens-lorrains à partir de 1918 », *Revue d'Alsace*, n° 139, 2013, p. 279-290.

[76] AD du Bas-Rhin, lettre du préfet du Bas-Rhin au trésorier payeur général de Strasbourg, 29 mars 1927, 285 D 60. Le droit local est un régime juridique créé en 1919 dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle. Il permet, entre autres, de maintenir certaines dispositions de la législation allemande lorsqu'elles sont jugées plus favorables que la législation française.

d'internement. Ainsi, Fernand L. réunit tous les critères définis par le chef de l'administration civile d'Alsace pour sélectionner les aliénés destinés à être déportés à Hadamar[77]. Tous sont des malades chroniques qui n'ont plus de liens avec leurs familles. Le fait qu'il soit un ancien combattant et qu'il ait porté l'uniforme allemand – ce qu'il était impossible d'ignorer puisque son statut est mentionné sur la couverture de son dossier, envoyé avec lui à Hadamar –, n'a aucune espèce d'importance. Le frère de Fernand L, tenu au courant de son « transfert », est également informé de sa mort, survenue le 1er février 1944 à 4 heures 30. Comme pour les autres malades mentaux assassinés, son décès est mis sur le compte d'une grippe ayant entraîné un arrêt cardiaque. On sait que ces hommes ont en réalité été affamés puis tués par des injections létales de substances médicamenteuses (luminal, véronal ou trional). Leurs corps ont ensuite été brulés dans des fours crématoires.

D'après les recherches de Geneviève Siat, seuls 236 des 798 malades évacués de l'hôpital psychiatrique de Stephansfeld ont survécu à la guerre. Certains n'ayant pas reçu de nouvelles de leurs proches pendant le conflit, il est difficile de renouer le contact avec les familles qui ont quitté l'Alsace ou dont plusieurs membres sont décédés. C'est ainsi que Paul Y., évacué à l'hôpital psychiatrique de Picauville en 1940, puis à Pontorson en 1943, reste isolé de longues années avant que ses proches retrouvent sa trace. Atteint de schizophrénie, il est incapable de donner des renseignements sur son passé et, en tant qu'« article 55 », touche une pension militaire qui suffit à régler ses frais d'internement. Après son rapatriement à l'hôpital psychiatrique de Stephansfeld en 1946, l'administration semble donc avoir rapidement abandonné les recherches. Sa famille, de confession juive, s'est réfugiée à Saint-Étienne après la défaite française. S'il n'a pas été possible de retracer leur histoire, on peut supposer que sa sœur Hélène et son frère Robert, âgés d'une quarantaine d'années, ont vécu cachés et se trouvaient, de fait, dans l'impossibilité de prendre des nouvelles de Paul. À la fin de la guerre, Robert s'est rendu à l'hôpital psychiatrique de Stephansfeld pour se renseigner. On lui a répondu qu'aucun malade du nom de Paul Y. n'était interné dans l'établissement. Robert et Hélène ont pensé qu'il n'avait pas survécu. Ce n'est qu'en novembre 1958, lorsque Robert meurt et qu'Hélène réclame l'acte de décès de son frère Paul pour pouvoir toucher son héritage qu'elle découvre qu'il est toujours en vie. Il reste à l'hôpital psychiatrique jusqu'à son décès en mai 1965. Son dossier ne permet pas de savoir s'il a revu les siens[78].

---

[77] Voir Muriel MAFFESSOLI-HABAY, Geneviève HERBERICH-MARX, Freddy RAPHAEL, « L'identité stigmate. L'extermination de malades mentaux et d'asociaux alsaciens durant la Seconde Guerre mondiale », *L'Information psychiatrique*, n° 8, octobre 1996, p. 777-787.
[78] Archives du Centre hospitalier de Stephansfeld, dossier de Paul Y., non coté.

Sur les 42 « articles 55 » recensés à l'hôpital psychiatrique de Saint-Égrève à la fin de l'année 1939, 7 sont encore internés à la fin du conflit et 4 sont sortis. Tous les autres sont morts. Parmi les 64 « articles 55 » de l'hôpital psychiatrique du Vinatier, on ne recense que 8 survivants après la Libération, sans compter les 5 malades qui ont quitté l'hôpital et dont on ne connaît pas le sort. Dans les autres établissements sur lesquels j'ai travaillé, les états trimestriels n'ont pas été conservés, ce qui rend tout bilan impossible après la Seconde Guerre mondiale. À l'hôpital psychiatrique de Saint-Jean-de-Dieu par exemple, seules les notes de l'administrateur provisoire des biens des aliénés dans les années 1950 permettent de savoir combien sont, après la guerre, les anciens combattants de 1914-1918 pensionnés pour aliénation mentale[79]. L'établissement en accueille une quarantaine en 1951. Dix ans plus tard, ce nombre a été divisé par deux. Tous disparaissent dans les années 1960 et 1970.

[79] Archives du Centre hospitalier de Saint-Jean-de-Dieu, états trimestriels des pensionnés militaires internés, non coté.

II - L'« ensevelissement asilaire » des derniers poilus internés

En 1949, l'écrivain Hervé Bazin s'inspire de son séjour dans un hôpital psychiatrique pour écrire un roman qu'il intitule *La Tête contre les murs*. L'internement du personnage principal, Arthur Gérane, est l'occasion de dépeindre les malades du pensionnat de l'asile de Sainte-Gemmes sur Loire (Maine-et-Loire). Parmi ces derniers figure le colonel Donnadieu, « commotionné en 18 » qui « croit que la guerre continue »[80] :

> « […] le colonel, profitant de ce qu'il était "mort", sortit un instant et vociféra sur le pas de la porte :
> - Tout le monde aux abris et un peu vite ! Allons, maniez-vous le train.
> Personne n'y prêta la moindre attention […] »[81]

Le colonel Donnadieu a-t-il existé ? L'hypothèse n'est pas improbable. En effet, Hervé Bazin a tout à fait pu rencontrer un ancien combattant de la Grande Guerre lors de son hospitalisation puisque des poilus étaient encore internés à cette époque. Pour ces hommes, malades chroniques qui n'ont jamais retrouvé la liberté, toute sortie semble définitivement compromise. C'est ce que constate le psychiatre de l'hôpital de Saint-Jean-de-Dieu à propos de Maurice T., ancien prisonnier rapatrié d'Allemagne âgé de 74 ans et interné depuis 47 ans, dont le quotidien se résume en 1964 à une série de petites habitudes auxquelles il est incapable de déroger. Pour qualifier cette situation, le médecin évoque un « ensevelissement asilaire »[82], faisant écho aux mots employés par Hervé Bazin pour qualifier son propre internement : « c'est une terrible expérience d'être enseveli », affirmait en effet l'écrivain[83]. Cette expression poignante renvoie aux critiques adressées à l'asile d'aliénés qui enflent après la Libération. Les anciens combattants internés depuis des années voire des décennies sont, comme d'autres malades qui n'ont connu que l'asile, la preuve de l'échec d'un système accusé de priver les individus de toute capacité d'initiative et de nier leur humanité. Mais l'élan réformateur de l'après-guerre profite-t-il aux poilus encore internés ?

---

[80] Hervé BAZIN, *La Tête contre les murs*, Paris, Le Livre de poche, 1949, p. 86.
[81] *Ibid.*, p. 92.
[82] Archives du Centre hospitalier de Saint-Jean-de-Dieu, dossier de Maurice T., non coté. Le nom du médecin n'est pas indiqué.
[83] Hervé BAZIN, *La fin des asiles : enquête*, Paris, Grasset, 1959, p.

1) Une nouvelle donne pour les anciens combattants internés ?

Cette question peut être examinée sous deux angles. D'une part, le statut des anciens combattants de 14-18 évolue-t-il au regard de la législation sur les pensions militaires ? D'autre part, leur quotidien et leur devenir sont-ils modifiés par la « révolution » qui marque l'assistance psychiatrique des années 1950 -1970 ?

a) Le maintien des dispositions prévues par l'article 55

Après 1945, la prise en compte des déportés, des internés et des résistants impose une révision de la législation sur les pensions civiles et militaires. Il est donc décidé de réunir toutes les dispositions en la matière dans un code des pensions qui restera modifiable en permanence[84]. Celui-ci est établi par deux décrets, le 20 octobre 1947 et le 24 avril 1951. Le premier reprend le texte de la loi du 31 mars 1919 en y intégrant les modifications introduites durant l'entre-deux-guerres. Ainsi, l'article 55 est complété afin de faire figurer les mesures concernant la classe de traitement et le régime prévu pour les anciens combattants internés, la pension due à leurs épouses et l'allocation prévue pour leurs ascendants. On passe d'un à quatre articles, désormais numérotés 124 à 127. Mais aucun d'entre eux n'introduit de mesure nouvelle. Le bénéfice des soins gratuits, toujours garanti à l'ensemble des blessés et malades pensionnés, continue notamment d'être refusé aux anciens combattants internés. En 1950, dans la nouvelle édition de leur ouvrage sur la condition administrative et juridique des aliénés, les psychiatres Julien Raynier et Henri Beaudoin constatent donc que les dispositions prévues pour ces hommes constituent toujours une « dérogation […] au principe de la fourniture gratuite des soins, et aux règles d'insaisissabilité des pensions »[85].

De fait, les quelques personnalités qui se sont élevées contre l'article 55 dans l'entre-deux-guerres ne semblent pas s'être saisies de cette occasion pour revendiquer la fin du régime d'exception appliqué aux anciens combattants internés. Jean Puynège démissionne de son poste de curateur à l'hôpital psychiatrique de Naugeat (Haute-Vienne) en 1945. Georges Cuvier ne semble plus avoir de contact avec l'hôpital psychiatrique de Cadillac et entame une carrière de médecin-conseil régional de la Sécurité sociale, puis de conseiller technique des caisses centrales la Mutualité agricole, tout en siégeant comme membre honoraire au Conseil

[84] Loi du 6 août 1947 relative à la codification des textes législatifs concernant les pensions militaires d'invalidité et les diverses pensions d'invalidité soumises à un régime analogue, *Journal officiel. Lois et décrets*, 7 août 1947, p. 7718.
[85] Julien RAYNIER, Henri BEAUDOIN, *L'Assistance psychiatrique française, op. cit.*, t. 2, p. 305.

permanent d'hygiène sociale[86]. Quant à René Poudevigne, il a pris sa retraite et s'est retiré à Trouville-sur-Mer dans le Calvados[87]. La seule initiative suscitée par la publication du code des pensions militaires d'invalidité est celle d'Henri Queuille qui dépose, en novembre 1948, un projet de loi suggérant une modification mineure. Il s'agit de remédier aux conséquences d'un décret de janvier 1940 concernant la révision des pensions en cas d'aggravation de la maladie ou de la blessure. Celle-ci ne peut plus être demandée au-delà de cinq ans après l'attribution de la pension. Passé ce délai, il est donc impossible d'obtenir un taux d'invalidité de 100 % pour les anciens combattants qui viennent à entrer à l'hôpital psychiatrique. Henri Queuille souhaite donc que l'État s'engage à payer pour que ces hommes soient malgré tout traités comme si on leur avait reconnu une invalidité totale. Cette proposition est intégrée dans le code des pensions militaires d'invalidité par le décret du 24 avril 1951. Il n'est pas anodin qu'Henri Queuille soit à l'origine d'une telle proposition. En 1918, il avait en effet été un des tout premiers à réclamer la prise en charge par l'État des frais d'internement des soldats internés[88]. Trente ans plus tard, il ne reprend pas cette idée, se contentant de proposer une participation financière nettement plus modeste[89]. Ce n'est alors plus au titre de député qu'il s'exprime, mais en tant président du Conseil, ministre des Finances et des Affaires économiques[90].

Le principe de l'article 55 n'est donc pas remis en cause. Une circulaire du ministre des Anciens Combattants et Victimes de Guerre réaffirme d'ailleurs l'impossibilité pour les malades internés d'obtenir le bénéfice des soins gratuits : ceux-ci ne peuvent s'appliquer qu'en cas « d'admission dans les cliniques psychiatriques ou des asiles publics *aux fins de traitement* », c'est-à-dire lorsqu'il existe « des intentions thérapeutiques précises » et uniquement en « l'absence de procédure d'internement »[91]. L'internement continue donc d'être assimilé à l'incurabilité, autrement dit à une hospitalisation au long cours que l'État

[86] Il publie dans les années 60 une série de guides pratiques destinés au grand public. Voir notamment *Mieux Vivre et plus longtemps*, Paris, Les Éditions Sociales Françaises, 1964 ; *Le bon usage des médicaments. Quand et comment*, Paris, Les Éditions Sociales Françaises, 1968.
[87] SHD, Centre des archives de l'armement et du personnel, dossier administratif de Jean René Marie Poudevigne, AP/1130469.
[88] Voir Chapitre 4, I, 2.
[89] La proposition d'Henri Queuille donne lieu à la loi du 7 juin 1949, intégrée dans le code des pensions militaires d'invalidité par le décret du 24 avril 1951. Voir *Journal officiel. Lois et décrets*, 26 avril 1951, p. 4192.
[90] Sur Henri Queuille, voir Benoît YVERT, *Premiers ministres et présidents du Conseil depuis 1915. Histoire et dictionnaire raisonné*, Paris, Perrin, 2002, p. 502-504.
[91] « Circulaire n° 9/50 (Anciens Combattants) du 14 février 1950 relative à l'application des dispositions des articles 124, 125, 126 et 127 du Code des pensions militaires d'invalidité », *L'Information psychiatrique*, n° 3, mars-avril 1950, p. 121-128.

refuse de prendre en charge. Quant à l'allocation journalière, mise en place en 1939, ne permet guère d'améliorer le quotidien des « articles 55 ». À la Libération, un franc par jour ne suffit même plus à payer la ration de tabac que ces hommes ont l'habitude de consommer[92]. Grâce à la mobilisation des directeurs d'hôpitaux et de certains curateurs, qui signalent le problème aux offices départementaux[93], l'allocation est portée à 5 francs en 1949, puis à 8 francs en 1952. La somme reste cependant très faible. Ainsi, en 1952, le directeur de l'hôpital de Saint-Égrève signale à l'office départemental des anciens combattants et victimes de guerre de l'Isère que les 21 anciens combattants internés dans son établissement sont « dans une situation vraiment pénible » et que l'administration est obligée de limiter leurs achats[94]. Neuf d'entre eux n'ont aucun pécule et ne disposent donc que de leur allocation journalière pour se procurer quelques suppléments[95]. Or, dans les années 1950, leur sort paraît d'autant plus injuste que d'autres malades commencent à être couverts par la Sécurité sociale qui se met progressivement en place. C'est notamment le cas des patients invalides du travail qui, en plus de leur pension, ont droit à la prise en charge de leurs frais d'hospitalisation[96]. Si une loi étend, en juillet 1950, le bénéfice de la Sécurité sociale aux grands invalides de guerre[97], ces derniers n'ont droit à aucune prestation pour les blessures ou les infirmités ayant donné lieu au versement de leur pension militaire. Par conséquent, la situation des anciens combattants internés reste inchangée. Comme le signalent plusieurs psychiatres dans un rapport présenté en avril 1961 à la Commission des maladies mentales du ministère de la Santé[98], « dans l'état actuel de la conjoncture, il n'y a pas un centime disponible pour améliorer le sort du malade et

---

[92] Archives du service départemental de l'ONAC de l'Isère, lettre du curateur des anciens combattants internés à l'hôpital psychiatrique de Saint-Égrève au secrétaire général de l'office départemental des Anciens Combattants et Victimes de Guerre, 18 avril 1945, non coté.

[93] C'est notamment le cas dans l'Isère. Archives du service départemental de l'ONAC de l'Isère, lettre du directeur de l'hôpital psychiatrique de Saint-Égrève au secrétaire général de l'office départemental des Anciens Combattants et Victimes de Guerre, 15 février 1952, non coté.

[94] *Idem.*

[95] Archives du service départemental de l'ONAC de l'Isère, lettre du curateur des anciens combattants internés à l'hôpital psychiatrique de Saint-Égrève au secrétaire général de l'office départemental des Anciens Combattants et Victimes de Guerre, 4 septembre 1952, non coté.

[96] Voir Michel DREYFUS, Michèle RUFFAT, Vincent VIET, Danièle VOLDMAN, *Se protéger, être protégé. Une histoire des assurances sociales en France*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2006, p. 279-291.

[97] Loi du 29 juillet 1950 relative aux grands invalides de guerre, veuves de guerre, veuves des grands invalides de guerre et orphelins de guerre, *Journal officiel. Lois et décrets*, 30 juillet 1950, p. 8074. Le décret d'application est publié le 23 février 1951.

[98] La Commission des maladies mentales est créée en 1949 pour remplacer la Commission d'étude des problèmes de santé mentale. Cette instance permet aux psychiatres de défendre leur point de vue et leurs intérêts auprès du ministre de la Santé. Voir Nicolas HENCKES, *Le nouveau monde de la psychiatrie française*, *op. cit.*

à plus forte raison pour constituer un pécule en vue d'une sortie »[99]. Mais c'est sans succès qu'ils réclament la prise en charge des anciens combattants par l'État.

Un an plus tôt, au mois de mai 1960, l'attention du ministre des Anciens Combattants et Victimes de Guerre a elle aussi été attirée sur le sort de ces hommes par une question écrite du député de la Seine, Édouard Frédéric-Dupont. Ce dernier, petit-fils du major général Dupont qui a servi sous le commandement de Joffre, de Nivelle et de Pétain, connaît bien la situation des anciens combattants et s'étonne que les soins gratuits ne soient pas accordés aux pensionnés pour maladie mentale[100]. Dans sa réponse, le ministre affirme vouloir faire placer les intéressés dans des structures qui ne relèvent pas de l'hôpital psychiatrique et où ils pourront avoir droit aux soins gratuits, estimant que cette stratégie est facilitée par « l'évolution des thérapeutiques modernes ». Il fait ainsi référence au développement de nouveaux modes de prises en charge ne relevant pas de l'internement. Mais les anciens combattants de la Grande Guerre, placés à l'hôpital psychiatrique depuis des dizaines d'années, ont-ils été concernés par ces transformations ?

b) Des vieillards en marge de la « révolution psychiatrique »

Les décennies qui suivent la Libération sont marquées par un vaste mouvement de réforme de la psychiatrie. La critique du système asilaire, qui n'a cessé de s'amplifier depuis le début du XXe siècle, a en effet été réactivée par les années noires de la guerre. Entre 1939 et 1945, le drame qui s'est déroulé dans les hôpitaux psychiatriques a conduit certains médecins à prendre brutalement conscience de leur impuissance face à leurs malades. Dès avant la fin de la guerre, ils cherchent à mettre à l'épreuve leurs approches de la maladie mentale et à expérimenter de nouvelles méthodes de prises en charge[101]. Après 1945, les plus radicaux poursuivent leur action en militant pour une réforme profonde de l'hôpital psychiatrique. Ils prônent le recours à la psychothérapie collective, visant à recréer un espace social au sein de l'hôpital, puis s'engagent en faveur d'une déshopitalisation qui débouche, dans les années 1960, sur la mise en place progressive de la psychiatrie de secteur. Selon cette nouvelle organisation, la prise en charge des malades mentaux ne nécessitant pas un

[99] Hubert MIGNOT, Jean BENOISTON *et al.*, « Situation des malades mentaux bénéficiaires de l'ancien article 55 de la loi du 31 mars 1919 par rapport aux malades auxquels est appliqué l'ancien article 64 », *L'Information psychiatrique*, n° 4, avril 1963, p. 249.
[100] La question et la réponse sont publiées dans *Le Blessé crânien*, n° 90, octobre 1960, p. 4.
[101] Leurs initiatives ont été analysées dans : Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, « Une étape dans la mise en cause du modèle asilaire ? La famine dans les hôpitaux psychiatriques sous l'Occupation », *Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, n° 2, 2008/1, p. 47-61.

internement doit s'effectuer dans des structures distinctes de l'hôpital psychiatrique – dispensaires, services ouverts, consultations neuropsychiatriques – situées dans le secteur géographique et démographique correspondant à leur lieu de vie. Cette évolution, dont les étapes et les enjeux ont été analysés dans le détail par Nicolas Henckes[102], est favorisée par la diffusion des premiers neuroleptiques, en particulier la chlorpromazine commercialisée sous le nom de Largactil, qui permettent de réduire l'agitation psychomotrice et atténuent les délires. Grâce à ces médicaments, il devient moins difficile d'établir une communication avec les malades et d'envisager un traitement hors de l'hôpital psychiatrique[103].

Quel est l'impact de ces évolutions sur les anciens combattants internés ? En quoi changent-elles le quotidien d'hommes qui, pour certains, sont internés depuis plus de trente ans ? L'examen de leurs dossiers médicaux montre qu'ils sont peu concernés par la « révolution psychiatrique ». Certes, les nouveaux médicaments dont disposent les médecins donnent des résultats encourageants chez quelques-uns d'entre eux. Auguste E., interné à l'hôpital psychiatrique de Bassens (Savoie) depuis le 2 juillet 1918, prend du Largactil à partir des années 1950 et voit son état s'améliorer considérablement[104]. De même, d'après le médecin, Edmond E., atteint de schizophrénie, entré à l'hôpital psychiatrique de Cadillac le 29 mars 1929, devient calme et d'humeur égale dès lors qu'il est placé sous traitement neuroleptique[105]. Mais il est fréquent que les psychiatres estiment inutile voire contre-productif de tenter de nouveaux traitements, d'autant que les neuroleptiques sont mal tolérés par les personnes âgées. Ces traitements lourds ne sont en effet pas exempts d'effets secondaires. Outre l'apathie qu'ils provoquent chez certains malades, ils peuvent être à l'origine d'étourdissements, de tremblements et de mouvements incontrôlés. Pour François R., interné à l'hôpital psychiatrique de Bassens depuis le 2 juin 1922, le médecin précise ainsi en 1962 que « les thérapeutiques ont échoué en raison de l'âge du malade et de sa trop grande sensibilité aux neuroleptiques »[106]. De fait, les anciens combattants internés, qui ont tous dépassé la soixantaine, sont nombreux à ne recevoir aucun traitement médicamenteux. Par conséquent, les informations portées dans leurs dossiers médicaux concernent essentiellement leur prise en charge sur le plan somatique. C'est d'autant plus vrai que leur grand âge rend également difficile leur intégration dans les ateliers d'ergothérapie où le travail est utilisé comme un outil thérapeutique. Comme Ernest E., la plupart ont peu

[102] Voir Nicolas HENCKES, *Le nouveau monde de la psychiatrie française, op. cit.*
[103] Voir Jean-Noël MISSA, *Naissance de la psychiatrie biologique, op. cit.*
[104] Archives du Centre hospitalier de Bassens, dossier d'Auguste E., non coté.
[105] Archives du Centre hospitalier de Cadillac, dossier d'Edmond E., non coté.
[106] Archives du Centre hospitalier de Bassens, dossier de François R., non coté.

d'échanges avec le monde qui les entoure. En juin 1971, le médecin résume en quelques mots la situation de ce poilu interné à l'asile de Saint-Jean-de-Dieu (Rhône) depuis 51 ans : « pauvre vieux, complètement abandonné, qui vit isolé dans le service, ramassant des mégots. L'entretien tourne court dans la mesure où M. [E.] ne répond pratiquement pas »[107]. À une époque où la géronto-psychiatrie n'en est qu'à ses balbutiements, même si plusieurs psychiatres ont attiré l'attention de leurs collègues sur ces patients dès les années 1950[108], la vieillesse est en elle-même un obstacle à toute prise en charge. Il faut par exemple attendre 1998 pour qu'un service de gérontologie soit ouvert à l'hôpital psychiatrique du Vinatier.

Installés dans leur maladie, parfois inoffensifs mais seuls, les anciens combattants encore internés dans les années 1950 à 1970 sont souvent incapables de quitter l'hôpital où ils mènent une « vie automatique »[109]. Les dossiers consultés attestent presque tous d'une tentative de placement dans un hospice. Mais ces établissements saturés ont rarement des places disponibles pour les vieux malades internés. Par ailleurs, leur personnel ne voit généralement pas d'un bon œil l'arrivée de ces patients, considérant leur transfert comme une tentative des hôpitaux psychiatriques de se débarrasser de leurs malades chroniques[110]. Cette interprétation n'est peut-être pas dénuée de fondement, comme le reconnaissent les psychiatres Hubert Mignot et Louis Grimberg qui se demandent : « […] la sortie à tout prix vers un hospice mal équipé n'est-elle pas une conduite irréfléchie et peut-être même une dérobade face à une tâche peu spectaculaire ? L'Hospice tolérant, c'est le rêve que caressent les psychiatres qui, ainsi, pourraient se consacrer à d'autres catégories de sujets »[111]. Il est vrai, cependant, que les réticences du personnel des hospices tiennent aussi aux préventions qui entourent toujours les malades mentaux, perçus comme des individus au comportement difficile, y compris lorsqu'ils n'extériorisent plus leurs symptômes.

En dépit de ces difficultés, quelques anciens combattants internés sont cependant placés dans des hospices. Dans le Rhône, celui de Saint-Rambert accueille ainsi plusieurs

---

[107] Archives du Centre hospitalier de Saint-Jean-de-Dieu, dossier d'Ernest E., non coté

[108] Voir « La psychiatrie a-t-elle sa place aujourd'hui dans la prise en charge médicale du sujet âgé ? Réflexions faites au travers de l'évolution pratique de soins », *Gérontologie et société*, n° 104, 2002/1, p. 45-62 et Pierre CHARAZAC, « Réflexions sur la gérontopsychiatrie française et les origines de son retard », *L'Information psychiatrique*, vol. 82, 2005/6, p. 383-387.

[109] Cette expression est employée dans le dossier de Pierre D, interné à l'hôpital psychiatrique de Bassens depuis le 6 juillet 1917.

[110] Les psychiatres adressent la même critique aux médecins des hospices, estimant que ces derniers ont tendance à leur envoyer les vieillards dès que ceux-ci présentent un comportement difficile. Voir par exemple Claude MOUZET, *Contribution à l'étude du placement des vieillards dans les hôpitaux psychiatriques*, thèse de médecine soutenue devant la faculté de Paris, 1961.

[111] Hubert MIGNOT, Louis GRIMBERG, « Les vieillards à l'hôpital psychiatrique. La section des vieillards », *L'Information psychiatrique*, n° 34, 1958, p. 48.

malades internés à l'hôpital psychiatrique de Saint-Jean-de-Dieu. Mais il arrive que les patients eux-mêmes s'opposent à leur transfert dans ces établissements, tant il est difficile pour eux d'envisager leur existence en dehors de l'hôpital psychiatrique après tant d'années passées dans ses murs. Le cas de Pierre R. en fournit un exemple. Interné depuis 1916 dans une dizaine d'hôpitaux psychiatriques différents, il a été remis en liberté à plusieurs reprises sans qu'aucune de ces tentatives ne réussisse. En mai 1961, après un séjour à l'hôpital psychiatrique de Limoux (Aude), il est placé dans un hospice du département des Pyrénées orientales. Quelques mois après son admission, il réclame sa sortie puis décide de rentrer en Gironde, son pays natal. Arrivé à Bordeaux, il se rend de lui-même au centre Jean Abadie, hôpital neuropsychiatrique inauguré en 1956. On tente alors de le placer à l'hospice de Langon mais Pierre R. refuse d'y rester et réclame son admission à l'hôpital psychiatrique de Cadillac où il a déjà fait quatre séjours depuis 1918. En 1962, un placement en hospice se solde à nouveau par un échec. Comme on peut le lire dans son dossier médical, il « veut être gardé le plus longtemps possible à l'HP, refuse l'hospice où il a peur, dit-il, de se remettre à boire ». Lorsqu'il meurt, le 14 novembre 1964, ses obsèques sont organisées à la chapelle de l'hôpital et il est inhumé dans le cimetière de l'établissement[112].

Ainsi, les anciens poilus internés font partie des malades qui constituent, dans les années 1950 et 1970, les derniers exemples d'internements au long cours. En effet, si l'arrivée des neuroleptiques et l'avènement du secteur n'ont pas mis fin au problème de la chronicité, ils en ont modifié l'expression. Les malades chroniques sont désormais des patients qui font des allers-retours entre l'hôpital psychiatrique et d'autres structures de prise en charge alors que les anciens combattants encore internés n'en sont jamais sortis, ou presque. Face à ces patients qui leur offrent peu de prise, les médecins sont renvoyés aux limites de la « révolution psychiatrique ». Comme le résument les docteurs Hubert Mignot et Louis Grimberg, les vieillards « sont peu "récupérables" et la "sédimentation" est plus forte sur cette catégorie d'individus que tout autre »[113]. Dès lors, la principale évolution perceptible dans les dossiers médicaux est la transformation du type de placement. En effet, la majorité des anciens combattants étaient internés d'office. Or, à partir des années 1950, les psychiatres considèrent que le maintien de ce type de placement pour des malades devenus inoffensifs est

[112] Archives du Centre hospitalier de Cadillac, dossier de Pierre R., non coté.
[113] Hubert MIGNOT, Louis GRIMBERG, « Les vieillards à l'hôpital psychiatrique. La section des vieillards », art. cit., p. 49.

abusif et, de manière générale, remettent en cause sa justification pour les nouveaux admis [114]. À l'hôpital psychiatrique de Saint-Égrève par exemple, les placements volontaires représentent moins de 6 % des admissions en 1950, 16,5 % en 1953 et plus de 60 % dès 1956[115]. Le placement à titre volontaire est en outre indispensable pour envisager un transfert dans un hospice. C'est ainsi que l'assistante sociale de l'hôpital psychiatrique de Cadillac justifie en 1959 sa demande au sujet d'Hector T., interné d'office depuis le 23 mars 1923. La transformation du type de placement se révèle toutefois insuffisante pour lui permettre de quitter l'hôpital, où il meurt le 1er mars 1968. Pour Hector T. comme pour la plupart des anciens combattants internés, elle est donc sans conséquence. Le placement volontaire, prévu par la loi du 30 juin 1838, reste un placement sous contrainte, demandé par la famille du malade sans que ce dernier soit consulté.

Dans quelques cas cependant, il permet une ouverture sans précédent sur le monde extérieur. Non seulement les malades peuvent circuler plus librement dans l'enceinte de l'établissement, mais le placement volontaire leur permet également d'obtenir plus facilement des sorties à l'extérieur. C'est ce que révèle le témoignage d'un ancien employé de l'hôpital psychiatrique de Saint-Jean-de-Dieu (Rhône) à propos de Paul R., interné en août 1920. Cet ancien « commotionné de guerre » placé à titre volontaire, qui ne prend pas de médicaments, travaille à la ferme de l'hôpital au début des années 1960. Chargé de conduire les chevaux jusque chez le maréchal-ferrant, il s'y rend seul et ponctue toujours sa sortie d'une visite dans le même café dont il connaît bien la patronne[116]. À la même époque, Xavier D., dont le placement est également volontaire, sort régulièrement de l'hôpital pour manger au restaurant, se rendant parfois en taxi jusqu'à Roanne ou Saint-Étienne[117].

---

[114] Voir Isabelle von BUELTZINGSLOWEN, Benoît EYRAUD, « Changements institutionnels et parcours individuels : itinéraires croisés de deux patients psychotiques au long cours (années 1950 à nos jours », *op. cit*.

[115] Voir Samuel ODIER, « Rénovation psychiatrique de Saint-Egrève dans les années cinquante : un nouveau cadre pour une nouvelle approche ? », *in* Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, Olivier FAURE (dir.), *Questions à la « révolution psychiatrique »*, Lyon, Éditions La Ferme du Vinatier, 2001, p. 55-62.

[116] Entretien téléphonique avec M. Bazin, ancien employé de l'hôpital psychiatrique Saint-Jean-de-Dieu (Rhône), réalisé le 11 février 2014. Le dossier de Paul R. est conservé au Centre hospitalier de Saint-Jean-de-Dieu.

[117] Entretien téléphonique avec M. Thivillon, ancien infirmier de l'hôpital psychiatrique de Saint-Jean-de-Dieu (Rhône), réalisé le 14 février 2014.

2) Le souvenir de la Grande Guerre dans les hôpitaux psychiatriques des années 1950 aux années 1970

Dans le souvenir de l'infirmier à la retraite qui a connu Xavier D., ce dernier était le seul poilu interné de l'hôpital psychiatrique de Saint-Jean-de-Dieu (Rhône). Il y en avait pourtant une vingtaine d'autres. Ont-ils été oubliés ?

a) La Grande Guerre oubliée ?

Au cours des années qui suivent la Libération, le souvenir de la Grande Guerre s'estompe dans la mémoire collective. Le premier conflit mondial suscite de moins en moins l'intérêt du grand public mais aussi celui des historiens. Ce phénomène se manifeste notamment par une baisse sensible de la production historiographique, comme l'ont montré Antoine Prost et Jay Winter[118]. Les hôpitaux psychiatriques n'échappent pas à cette évolution, d'autant que le drame de la Seconde Guerre mondiale monopolise l'attention en suscitant rapidement la polémique[119]. L'oubli de la Grande Guerre se traduit symboliquement par la disparition des dernières traces matérielles du conflit, en particulier celle des tombes des soldats morts entre 1914 et 1918. En effet, de nombreux cimetières situés dans les hôpitaux psychiatriques sont désaffectés dans les années 1960. Celui de l'hôpital du Vinatier cesse d'exister en 1966 : les corps de 21 soldats internés pendant la Grande Guerre et « morts pour la France » sont alors transférés dans le carré D de la nécropole de la Doua, inaugurée en 1954. En raison de la disparition des archives du cimetière de l'hôpital, il n'est pas possible de savoir si cette opération s'est accompagnée d'une quelconque cérémonie.

L'effacement des personnalités qui s'exprimaient au nom des poilus internés contribue également à faire oublier l'histoire de ces hommes, d'autant que ces derniers ne sont bientôt plus qu'une poignée d'individus. Comme le soulignent les psychiatres Julien Raynier et Henri Beaudoin en 1950, les curateurs n'ont de toute façon pas un grand rôle à jouer puisqu'il ne reste généralement pas d'argent à utiliser une fois les frais d'internement prélevés sur la pension militaire[120]. Toutefois, si la mobilisation s'étiole indéniablement, elle reste effective localement grâce aux initiatives de quelques curateurs qui maintiennent le lien entre les

---

[118] Antoine PROST, Jay WINTER, *Penser la Grande Guerre. Un essai d'historiographie*, Paris, Seuil, 2004, p. 30-31.

[119] Celle-ci s'estompe toutefois dans les années 1960 avant de reprendre dans les années 1970. Voir Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, *L'Hécatombe des fous*, *op. cit.*, p. 403-409.

[120] Julien RAYNIER, Henri BEAUDOIN, *L'Assistance psychiatrique française, op ; cit.*, t. 2, p. 306.

organisations d'anciens combattants et les poilus internés. Au début des années 1950, monsieur Mounier, curateur à l'hôpital psychiatrique de Saint-Égrève, obtient ainsi l'aide de la Croix-Rouge pour apporter des douceurs aux 22 « articles 55 » dont il a la charge et qu'il visite tous les deux mois. Puis il sollicite l'aide de l'office départemental des anciens combattants et victimes de guerre jusqu'à obtenir l'ouverture d'un crédit spécial de 500 francs par mois destiné à ceux qui n'ont pas de pécule. En 1955, l'Office national rappelle par ailleurs que les épouses et les ascendants des internés font partie des bénéficiaires susceptibles de recevoir des secours[121]. Certaines associations lancent quant à elles des appels aux dons et organisent des visites dans les hôpitaux psychiatriques, comme la Fédération nationale des blessés de la Tête dont la section alsacienne se rend par exemple à l'hôpital psychiatrique de Rouffach en 1958 (Bas-Rhin)[122].

Ce type d'action, qui contribue à créer une sociabilité autour des anciens combattants internés, semble particulièrement encouragé par les médecins et les directeurs d'hôpitaux psychiatriques. Plusieurs exemples le montrent. En novembre 1956, l'association des anciens combattants et prisonniers de guerre de la Gironde fait apposer une nouvelle plaque sur le mur du cimetière de l'hôpital psychiatrique de Cadillac, au-dessus de celle qui a été mise en place en 1937 à l'initiative de Georges Cuvier (voir figure 7). À cette occasion, des colis de friandises sont remis aux anciens combattants internés puis un déjeuner spécial leur est offert en présence du directeur, des médecins-chefs et de certains surveillants. Cette fête fait l'objet d'un article dans le bulletin quotidien tenu par les malades, véritable outil thérapeutique dont l'usage se répand dans de nombreux hôpitaux psychiatriques à partir des années 1950[123]. Dans le Rhône, Claudius Collonge*, bien qu'il semble avoir été peu actif pendant la Seconde Guerre mondiale, poursuit son travail de curateur. Sur son initiative, un goûter est notamment offert tous les ans aux pensionnés militaires par l'office départemental des anciens combattants et victimes de guerre pour commémorer l'armistice du 11 novembre 1918. Comme à l'hôpital psychiatrique de Cadillac, malades, personnel administratif et médecins participent à ces réunions : le directeur de l'hôpital, celui de l'office départemental, le docteur André Requet, l'assistante sociale ainsi que le chef des services administratifs y assistent. En novembre 1968, cette manifestation est l'occasion d'honorer la mémoire de Claudius

[121] *Le Blessé crânien*, n° 39, septembre 1955, p. 5.
[122] *Le Blessé crânien*, n° 63, février 1958, p. 5.
[123] Archives du Centre hospitalier de Cadillac, commission de surveillance, séance du 26 novembre 1956, non coté. Sur l'utilisation du journal dans une démarche de soins, voir Jean BENOISTON, *Le journal à l'hôpital psychiatrique. L'information comme moyen thérapeutique*, thèse soutenue devant la faculté de médecine de Paris, 1952.

Collonge, décédé quelques mois plus tôt. Un malade prononce un discours et l'évènement est relaté dans le journal de l'hôpital, *L'Information*[124].

Les réactions des anciens poilus, la manière dont ils ont vécu ces fêtes et ces manifestations commémoratives nous sont inconnues. Si elles ne bouleversent pas le quotidien de ces malades – les remises de douceurs, les visites d'associations d'anciens combattants, les interventions des curateurs existaient déjà avant 1945 et restent ponctuelles – on peut néanmoins supposer qu'elles jouent un rôle important pour certains d'entre eux, notamment ceux qui se souviennent encore très précisément de leur expérience de guerre. C'est le cas de Paul R., interné à l'hôpital psychiatrique de Saint-Jean-de-Dieu (Rhône) depuis 1920, qui, selon le médecin, « reste très fixé sur sa période de guerre ». Le témoignage d'un ancien employé de l'hôpital, qui l'a connu dans les années 1960, permet de mieux comprendre le sens de cette remarque. Paul R. parlait en effet souvent du jour où il s'était trouvé bloqué dans une tranchée à court de munitions et résumait cet épisode traumatique en répétant toujours la même phrase : « On est partis 40, on est revenus 6 ». Jusqu'à sa mort en 1975, il lui arrivait, dans des moments de crise, de vouloir tuer un des religieux de l'hôpital. Ce frère, originaire d'Alsace, parlait avec un fort accent et, dans son délire, Paul R. le prenait pour un « Boche » qu'il devait éliminer[125].

b) Une héroïsation sélective

Au début des années 1960, parallèlement à l'organisation de cérémonies commémoratives rassemblant tous les anciens combattants quelque soit le conflit auquel ils ont pris part, quelques poilus internés font l'objet d'une attention particulière au sein des hôpitaux psychiatriques. Dans certains établissements, un malade ainsi mis en avant finit par incarner à lui seul le souvenir de la Grande Guerre. C'est le cas à l'hôpital psychiatrique de Cadillac où le directeur réclame à plusieurs reprises la Légion d'honneur pour Hector T., « eu égard aux titres de Guerre obtenus par l'intéressé pendant la guerre 14-18 ». Décoré de la médaille militaire et de la croix de guerre, ce malade totalise quatre citations et présente au

[124] Fonds de la Ferme du Vinatier, *L'Information. Journal de l'hôpital psychiatrique du Vinatier*, n° 90, novembre-décembre 1968. Sur la création de ce journal, voir Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, « Révolution du quotidien, révolution au quotidien : les transformations de la pratique psychiatrique au Vinatier dans les années cinquante », *in* Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, Olivier FAURE (dir.), *Questions à la « révolution psychiatrique »*, Lyon, Éditions La Ferme du Vinatier, 2001, p. 19-36.

[125] Entretien téléphonique avec M. Bazin, ancien employé de l'hôpital psychiatrique Saint-Jean-de-Dieu, réalisé le 11 février 2014. Le dossier de Paul R. est conservé au Centre hospitalier de Saint-Jean-de-Dieu.

thorax et au bras droit les cicatrices des blessures reçues pendant la guerre. Chacun de ses diplômes a été soigneusement conservé dans son dossier médical[126]. Pourtant, aucune des demandes adressées au ministre des Armées n'est satisfaite sans qu'il soit possible d'établir pourquoi. À l'hôpital psychiatrique de Saint-Jean-de-Dieu, Xavier D. est quant à lui promu commandeur de la Légion d'honneur en mai 1959[127]. Une cérémonie est organisée lors de sa remise de médaille en présence des infirmiers du service dans lequel il est hospitalisé. Il était sans aucun doute un des seuls malades dont le statut d'ancien combattant était connu du personnel. Interrogé sur ce point, un ancien infirmier de l'hôpital explique : « On parlait moins des autres parce qu'ils n'avaient pas de blessures ». Dans son souvenir, Xavier D. était une « gueule cassée », entrée à l'asile « dans le sens noble du terme », c'est-à-dire parce que ses mutilations l'empêchaient de se débrouiller seul[128].

Ainsi, dans la mémoire collective, y compris à l'hôpital psychiatrique, un héros de guerre est avant tout, si ce n'est exclusivement, un blessé physique. Cette représentation dominante est confortée par la décision prise en 1959 de nommer ou de promouvoir dans l'ordre de la Légion d'honneur les anciens combattants de la Grande Guerre encore en vie. En effet, pour bénéficier de cette mesure, il faut avoir reçu la médaille militaire ainsi que cinq titres de guerre, qui peuvent être des blessures, des citations ou des décorations[129]. Le parcours militaire de chaque candidat est soigneusement examiné et la demande peut faire l'objet d'un refus, en fonction des circonstances dans lesquelles la blessure est survenue par exemple[130]. Les critères retenus doivent distinguer les soldats plus méritants. Or, dans ce processus d'héroïsation sélective, les blessés psychiques sont oubliés. Leur disparition ne semble d'ailleurs pas susciter l'organisation de cérémonies particulières. C'est ainsi qu'en décembre 1963, les docteurs Pierre-Adolphe et Camille Chatagnon, psychiatres à l'hôpital de Maison-Blanche (Seine), s'émeuvent qu'un de leurs malades, ancien chasseur à pied fait

[126] Archives du Centre hospitalier de Cadillac, dossier d'Hector T., non coté.
[127] AN, Fontainebleau, dossier de Légion d'honneur de Xavier D., 19800035/1025/18317.
[128] Entretien téléphonique avec M. Thivillon, ancien infirmier de l'hôpital psychiatrique de Saint-Jean-de-Dieu, réalisé le 14 février 2014.
[129] Décret n° 59-1195 du 21 octobre 1959 relatif à la nomination et à la promotion dans l'ordre de la Légion d'honneur des anciens combattants de la guerre 1914-1918, *Journal officiel. Lois et décrets*, 22 octobre 1959, p. 1047.
[130] 234 dossiers sont retenus en 1959, puis 383 en 1960 mais ces chiffres, livrés par le journal de la Fédération nationale des trépanés et blessés de la tête, ne peuvent être analysés faute de connaître le nombre total de demandes déposées. *Le Blessé crânien*, n° 95, mai 1961, p. 2.

prisonnier en Allemagne pendant la Première Guerre mondiale, soit inhumé comme un malade indigent, c'est-à-dire sans croix de bois ni épitaphe[131].

À la même époque, certains proches ou descendants de poilus internés décident d'affronter un passé douloureux. C'est ainsi que Simplice T. fait graver le nom de son frère Jules* et la mention « victime de la guerre 14-18 » sur la grande plaque en marbre qui surmonte le caveau familial. Capturé en janvier 1916 en Alsace, Jules T. a été porté disparu avant d'être identifié parmi les malades de l'asile de Bunzlau en Silésie. Rapatrié en France en mai 1919, il est mort à l'hôpital psychiatrique de Saint-Égrève en 1936.

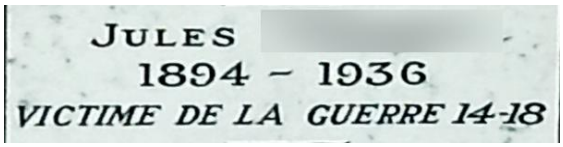


Figure 24 : Détail de la plaque surplombant le caveau de la famille T.

Simplice T. n'a pas laissé de témoignage à même d'expliquer ce qui a motivé son geste. Sa famille ne se souvient d'ailleurs pas précisément de la date à laquelle il a pris cette initiative. Pourquoi avoir attendu si longtemps après le décès de son frère ? A-t-il éprouvé, avec l'âge, l'envie ou le besoin de retracer l'histoire de sa famille ? Décédé en mars 1960, il n'a pas assisté aux manifestations organisées lors du cinquantenaire de la Grande Guerre et celles-ci ne peuvent donc pas l'avoir incité à honorer la mémoire de son frère[132].

Elles ne semblent pas non plus avoir joué un rôle déterminant pour Fernand S. dont les démarches pour retracer le parcours de son père Paul*, qu'il a longtemps cru mort à la guerre[133], datent des années 1970. Quelques années plus tôt, son propre fils a plongé dans une grave dépression. Est-ce pour répondre aux questions des psychiatres qui l'interrogent sur

[131] Ils s'indignent que les règlements administratifs ne rendent pas obligatoire la signalisation et l'entretien des tombes des malades indigents. Leur article ne précise pas si ce malade, interné après la guerre, était un pensionné militaire. Les deux psychiatres célèbrent d'ailleurs moins la mémoire d'un ancien combattant que celle d'un « bon patient », serviable, dévoué et travailleur. Voir Pierre-Adolphe CHATAGNON, Camille CHATAGNON, « Sans croix de bois », *L'Information psychiatrique*, n° 10, décembre 1963, p. 585-590. Sur la notion de « bon patient » en psychiatrie, voir Hervé GUILLEMAIN, « La fonction du bon patient dans l'institution psychiatrique (1910-1970) », *in* Laurence GUIGNARD, Hervé GUILLEMAIN, Stéphane TISON (dir.), *Expériences de la folie*, *op. cit.*, p. 241-250.
[132] De manière générale, l'impact de ces commémorations sur les anciens combattants et leurs familles a été peu étudié. On trouve quelques éléments dans Rémi DALISSON, *Les guerres et la mémoire*, Paris, CNRS Éditions, 2013, p. 203-211.
[133] Voir Chapitre 5, II, 1, b.

l'histoire de la famille que Fernand S. a entamé des recherches ? Peut-être. Son père, originaire de Mouzaïville en Algérie, interné à l'asile de Ville-Évrard (Seine), à l'asile Saint-Pierre (Bouches-du-Rhône) et enfin à l'asile de Saint-Alban (Lozère), a probablement été victime de la famine pendant la Seconde Guerre mondiale. Son acte de décès indique qu'il est mort en janvier 1942 par « cachexie et hypothermie terminale »[134]. En août 1972, Fernand S. se rend pour la première fois au cimetière de l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban sur la tombe de son père. Le choc est immense. Quelques années plus tard, il se met à la recherche du moindre renseignement. Engagé volontaire à 18 ans, il connaît bien l'armée, qu'il a quittée en 1964 alors qu'il s'apprêtait à être promu lieutenant-colonel[135]. Il s'adresse donc au service des anciens combattants de l'ambassade de France en Algérie, au bureau central des archives administratives militaires, ou encore au dépôt central des archives administratives du commissariat de l'armée de Terre. Ne recevant aucune réponse, il décide finalement, en octobre 1990, d'écrire à l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban. Sa lettre se trouve aujourd'hui encore dans le registre matricule d'inscription de l'hôpital, intercalée dans la double page qui concerne son père[136]. L'administration a donc bien retrouvé la trace de Paul S. mais, à l'époque, pour obtenir le dossier médical d'un ancien patient, il fallait demander à un médecin d'en formuler la demande. Fatigué et las, Fernand S. renonce à entamer de nouvelles démarches. Avant de mourir, il confie ce qu'il sait à son fils et lui demande de poursuivre ses recherches. Aujourd'hui encore, après bien des tentatives, le dossier établi au nom de Paul S. à l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban reste introuvable. Quant à sa tombe, elle a disparu au fil des nouvelles inhumations jusqu'à ce qu'en 1980 le célèbre « cimetière des fous » de Saint-Alban cesse d'accueillir de nouvelles sépultures[137].

*
**

[134] Comme on l'a vu, le diagnostic de cachexie ne permet pas à lui seul de conclure qu'un malade est mort de faim. Seule la consultation du dossier médical de Paul S. permettrait de confirmer cette hypothèse fort probable, or celui-ci reste introuvable. Voir Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, *L'Hécatombe des fous, op. cit.*, p. 30-31.

[135] Fernand S. s'est engagé en 1931, à l'âge de 18 ans, dans les Tirailleurs algériens parce que sa famille ne souhaitait pas qu'il poursuive des études. Il a fait plusieurs campagnes militaires au Maroc puis en Tunisie. Pendant la Seconde Guerre mondiale, il a participé à la campagne d'Italie, au débarquement de Provence et à la campagne d'Alsace. Après la Libération, il a été envoyé en Indochine puis au Laos et a fait deux séjours en Algérie pendant et après la guerre d'indépendance.

[136] AD de la Lozère, fonds du Centre hospitalier François Toscquelles, registre matricule 1914-1939, HDT 132 Q 6.

[137] Le cimetière de l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban a été rendu célèbre pour avoir inspiré à Paul Éluard le poème intitulé « Le Cimetière des fous ». Voir Paul ÉLUARD, *Le Livre ouvert : 1938-1944*, Paris, Gallimard, 1947.

Les poilus pensionnés pour maladie mentale dont j'ai retrouvé la trace ont tous disparu à la fin des années 1970. Paul R. est le dernier à être resté en vie, continuant à évoquer ses souvenirs de guerre jusqu'à sa mort. Il est décédé le 25 novembre 1975, quelques jours après l'anniversaire de l'armistice, à l'hôpital psychiatrique de Saint-Jean-de-Dieu[138]. Âgé de 82 ans, interné depuis 55 ans, il fait partie des rares anciens combattants à avoir survécu à la Seconde Guerre mondiale. Les « articles 55 », malades chroniques et souvent isolés, ont en effet été durement frappés par la famine entre 1940 et 1945. Longtemps après la Libération, certains s'en rappellent encore comme Jean D., interné à l'asile de Bassens (Savoie) depuis 1917, dont le dossier médical indique en 1966 qu'il « se souvient des restrictions de la dernière guerre »[139]. Le statut d'ancien combattant n'a pu jouer un rôle protecteur que lorsqu'il permettait à ces hommes de toucher une pension militaire suffisamment importante pour être placés parmi les pensionnaires qui, en raison des avantages auxquels ils avaient droit, ont globalement moins souffert de la faim. Or, peu d'« articles 55 » sont dans ce cas lorsque la Seconde Guerre mondiale éclate, ainsi que l'a révélé quelques années auparavant l'enquête conduite par Paul Boulet.

Des années 1950 aux années 1970, l'existence de ces hommes n'a pas été radicalement bouleversée par la réforme de l'hôpital psychiatrique. L'évolution des pratiques a certes eu un impact sur leurs conditions de vie. Ainsi, Jean D. raconte-t-il avec amertume les traitements d'autrefois : « on nous ligotait avec des cordes. Toujours attaché… il vaut mieux ne pas en parler », déclare-t-il au médecin en 1966[140]. Mais leur exemple met en évidence les limites de la « révolution psychiatrique ». Les nouveaux traitements ne suffisent pas à résoudre le problème de la chronicité et la désaffiliation reste un obstacle majeur à la réinsertion sociale des malades. Même lorsque l'état de ces patients est stabilisé, leur grand âge et le manque de structures adaptées rendent toute sortie difficile à envisager. Le parcours de ces poilus, qui ont passé leur vie à l'hôpital psychiatrique, en font des acteurs exceptionnels de l'histoire de la psychiatrie au XXe siècle et témoignent des conséquences d'une guerre qui, longtemps après avoir tué et blessé des millions d'hommes, a continué de fabriquer des « mutilés du cerveau ».

[138] Archives du Centre hospitalier de Saint-Jean-de-Dieu, dossier de Paul R., non coté.
[139] Archives du Centre hospitalier de Bassens, dossier de Jean D., non coté.
[140] *Idem*.

Conclusion générale

> « Sans qu'il en coûte un sou à l'État, on peut faire à chaque mutilé une rente. Il suffirait d'organiser une exposition de tranchées, c'est-à-dire de conserver les tranchées existantes et de faire payer l'entrée comme pour une exposition. Ça aurait un succès énorme. Non seulement les Français, mais les étrangers viendraient en foule. »[1]

En mai 1915, dans sa chambre de la Maison nationale de Charenton, le commandant Élie N. songe à l'après-guerre et imagine diverses solutions, dont le tourisme de tranchées, pour permettre à l'État de financer les pensions des mutilés. Dans un état d'euphorie caractéristique des malades atteints de paralysie générale, il passe ses journées à écrire sur des sujets variés. « La conséquence de cette bienheureuse folie est que je viens de m'installer à Paris pour l'inonder de ma prose », explique-t-il à l'un de ses correspondants[2]. Ses articles destinés à Maurice Barrès, ses harangues sur « les mauvais Français » et ses réflexions sur l'avenir de la France n'ont pourtant été lues que par le docteur Roger Mignot qui, en y apposant une mention au crayon rouge, a décidé de les faire verser dans son dossier. Près de cent ans plus tard, c'est en ouvrant un carton aux archives départementales du Val-de-Marne que je les ai découverts. L'objectif de ma thèse a été de tirer parti de ce matériau exceptionnel, dont le dossier d'Élie N. n'est qu'un exemple, pour écrire l'histoire de la Grande Guerre telle qu'elle a été vécue par ceux qui, entre 1914 et 1918, ont basculé dans la folie. Mon travail a consisté à comprendre ce que les écrits de ces hommes, tour à tour émouvants, drôles ou tragiques révèlent d'une société confrontée à la guerre et à la folie. Dans ce but, mes recherches se sont structurées autour de deux grands axes : analyser l'impact du conflit sur l'assistance aux malades mentaux et étudier les expériences de guerre des soldats internés dans les asiles d'aliénés. Il s'agit à présent d'en dégager les principaux acquis.

Être un soldat interné ou comment la guerre totale envahit les esprits

En m'attachant à comprendre comment les soldats internés sont arrivés dans les asiles d'aliénés, j'ai souhaité mettre en évidence la diversité des parcours individuels. Il s'agissait ainsi d'aller au-delà d'une enquête factuelle sur les modalités pratiques de leur prise en charge. Les registres d'entrée des quatre établissements sur lesquels j'ai travaillé permettent

[1] AD du Val-de-Marne, archives du Centre hospitalier Esquirol, dossier médical du commandant Élie N., texte intitulé « Pour les mutilés », mai 1915, 4 X 489.
[2] Lettre à un ami, 15 mai 1915, 4 X 489.

de dresser un portrait-type du soldat interné. Âgé d'environ 32 ans, mobilisé comme homme de troupe dans l'infanterie, il reste interné un peu plus de cinq mois avant de sortir de l'asile. Cependant, la lecture de centaines de dossiers médicaux offre le moyen de dépasser cette description très générale. Ces sources révèlent en effet l'hétérogénéité de la population militaire qui séjourne dans les asiles pendant la guerre. L'âge, le grade, la durée du séjour et les itinéraires qui conduisent à l'asile varient selon les individus. Ainsi, le cas des combattants rendus fous par la bataille, évacués du front et parcourant toute la chaîne d'évacuation avant d'être internés, n'est pas la seule expression de la folie en temps de guerre. On devient aussi fou dès la mobilisation, dans les services de l'arrière, dans les camps de prisonniers ou encore à l'occasion d'une permission. Dans leur diversité, les exemples des soldats internés permettent d'observer, en se plaçant au plus près des individus, comment la guerre vient rompre des équilibres intimes et bouleverse les existences dès les premiers jours du conflit. Ainsi, dépouiller des dossiers médicaux, c'est mesurer l'étendue des souffrances infligées aux mobilisés, au-delà de l'expérience traumatisante du combat. Le poids de la hiérarchie militaire, la crainte du conseil de guerre, la pression sociale et le sens aigu du devoir transparaissent dans les récits des soldats et dans les notes des psychiatres, autant, sinon plus, que l'horreur des tranchées ou la peur de la mort.

Bien qu'ils soient loin du front, la guerre reste omniprésente pour les internés. Même lorsqu'elle n'occupe pas leurs délires, elle se manifeste au quotidien par les pénuries, le manque de place et l'arrivée régulière de nouveaux soldats dans des asiles qui reproduisent la hiérarchie militaire. Lorsqu'ils sont internés dans le même établissement, les officiers ont droit à un confort supérieur et ne mangent ni ne dorment avec les hommes du rang. Nombreux sont ceux qui entendent continuer à participer à la défense du pays. Chants patriotiques, projets de bataille, schémas d'armes nouvelles, discours destinés à encourager les troupes, plans de ravitaillement constituent autant de moyens de faire la guerre depuis un lit d'hôpital. Ces productions montrent surtout combien la guerre envahit les esprits. Certaines d'entre elles révèlent aussi que la honte d'être à l'asile d'aliénés va de pair avec celle d'avoir failli à sa mission de soldat. Contrairement à la blessure, qui atteste des risques encourus et du sacrifice consenti pour la nation, la maladie est interprétée comme un signe de faiblesse, surtout si elle est mentale. Par conséquent, il n'est pas rare de voir des soldats, quel que soit leur grade, exprimer dans leurs lettres le désir d'être envoyés au combat afin de racheter ce qu'ils considèrent comme une faute. Émettre un tel souhait auprès d'un proche ou d'un psychiatre ne signifie pas forcément vouloir qu'il soit exaucé. En effet, les lettres des malades comme leurs discours retranscrits dans des notes médicales ne donnent pas accès à la « vérité

intérieure » de ces hommes[3]. Ces sources montrent cependant ce qui est considéré comme dicible ou non, quels comportements sont valorisés et où les individus situent le normal et l'anormal. En ce sens, elles rendent compte des attentes sociales auxquelles les soldats internés tentent de se conformer. Vouloir retourner au front, c'est démontrer son courage et prouver qu'on est guéri.

La guerre, une opportunité pour la profession psychiatrique

En allant à la rencontre des soldats internés, on découvre aussi des hommes dont la santé mentale était déjà fragile avant la guerre et qui ont pourtant été incorporés. Pour comprendre leur situation, il ne suffit pas d'incriminer les psychiatres ou les chefs militaires. Leur cas ne peut être examiné qu'à la lumière des débats sur l'utilisation dans l'armée des malades mentaux, débats qui précèdent la Grande Guerre. Dès 1909, à l'occasion du Congrès des aliénistes et neurologistes de France, les médecins réclament une meilleure sélection des conscrits, soulignant les défaillances des conseils de révision et les conséquences néfastes de l'incorporation d'individus atteints de troubles psychiatriques. L'élargissement progressif du service militaire nécessite en effet d'opérer un tri efficace des recrues. Mais le discours des psychiatres se modifie au fur et à mesure que les tensions internationales s'accroissent. En 1913, tandis que la durée du service militaire passe de deux à trois ans, l'élimination des conscrits atteints de pathologies légères n'est déjà plus à l'ordre du jour. De plus en plus sensibles aux arguments du commandement, qui craint que le développement de la psychiatrie militaire n'entraîne une fonte des effectifs, les médecins cherchent comment l'armée peut tirer parti de ces individus en dépit de leurs troubles.

La guerre accroit le problème. Pris dans un faisceau d'injonctions contradictoires, les psychiatres doivent démontrer leur capacité à protéger l'armée en repérant les recrues inutilisables voire dangereuses mais sont aussi censés lui fournir un maximum d'hommes. La nécessité de récupérer autant d'individus que possible ne concerne d'ailleurs pas seulement la psychiatrie. Cet impératif s'impose à tous les médecins, quelle que soit leur spécialité, alors qu'il est fait appel à toutes les forces vives de la nation. Comprendre les décisions des psychiatres suppose donc de tenir compte du contexte général. Si cette affirmation peut sembler relever de l'évidence, le fait est que la psychiatrie militaire souffre d'être étudiée

[3] Sur ce point, voir Clémentine VIDAL-NAQUET, *Couples dans la Grande Guerre*, *op. cit.*, p. 217.

isolément. La simulation ou l'électrothérapie par exemple, systématiquement associées à la psychiatrie, concernent d'autres spécialités et pas seulement la neurologie, avec laquelle la psychiatrie est souvent confondue. Cette assimilation masque la complexité de la situation observée sur le terrain. En effet, ces deux disciplines, dont la séparation n'est pas nette, entretiennent à la fois des relations de complémentarité et de concurrence. L'essor de la neurologie depuis le début du siècle se confirme durant la Grande Guerre et contribue à placer la psychiatrie, qui souffre déjà d'un déficit de reconnaissance, dans une position d'infériorité. Ainsi, la Société de neurologie est un interlocuteur privilégié du Service de santé tandis que la Société médico-psychologique bénéficie d'une moindre écoute. On peut donc estimer que la guerre a creusé l'écart entre ces deux disciplines dont les frontières étaient encore très floues au début du conflit.

Conscients que la guerre représente une opportunité pour faire reconnaître leurs compétences, les psychiatres investissent néanmoins des domaines qui leur étaient jusqu'alors fermés. Le développement de l'expertise auprès des conseils de guerre en est un exemple. Eux qui réclamaient depuis longtemps d'être associés à la justice militaire sont désormais de plus en plus sollicités pour juger de la responsabilité des prévenus. Or, dès la fin de la guerre, la position d'experts qu'ils viennent de conquérir semble à nouveau leur être déniée. En instaurant la présomption d'origine, la loi du 31 mars 1919 sur les pensions d'invalidité limite de fait leur champ d'intervention et, en leur imposant d'attribuer le taux d'invalidité maximum aux pensionnés internés, l'État remet en cause le travail effectué pendant le conflit pour établir des barèmes. Cette situation a pour conséquence d'inciter les psychiatres à durcir leur position en affirmant que de nombreux anciens combattants atteints de troubles mentaux sont pensionnés à tort. Retrouvant leur rôle auprès des commissions de réforme, des tribunaux et des cours d'appel des Pensions dès que la présomption d'origine cesse de s'appliquer, ils se montrent donc sévères. Ainsi, lorsque la demande de pension n'est pas purement et simplement rejetée, le taux d'invalidité qu'ils octroient aux anciens combattants atteints de troubles mentaux est généralement faible, sauf s'ils sont internés. Ce faisant, les psychiatres tendent à conforter l'idée selon laquelle il n'existe pas d'intermédiaire entre une maladie mentale nécessitant une prise en charge à l'asile et une guérison pleine et entière. Ce constat invite donc à nuancer l'hypothèse selon laquelle la guerre aurait permis d'instaurer en France une nouvelle perception de l'internement.

Une nouvelle perception de la folie et de l'internement ? Portée et limites de l'expérience de guerre

Pendant la guerre, les psychiatres obtiennent la mise en place d'une assistance psychiatrique qui ne se résume plus à l'internement dans un asile. En soignant les malades dans des structures ouvertes, dont certains prônent la création depuis le début du siècle, ils expérimentent des solutions nouvelles. Il n'est donc pas étonnant que les centres de l'avant et de l'arrière aient suscité tant d'intérêt, l'omniprésence de ces formations dans les écrits des psychiatres expliquant que celles-ci aient ensuite focalisé l'attention des historiens. Face à ces structures nouvelles, incarnant la modernité, les asiles d'aliénés sont souvent considérés comme des institutions immobiles. Au terme de cette étude, on peut pourtant affirmer qu'ils ont eux aussi bénéficié d'un contexte favorable au changement. Durant le conflit, l'internement n'est pas réservé aux seuls cas désespérés, promis à la chronicité. Au contraire, les soldats sont nombreux à sortir et leurs séjours sont plus courts que ceux des malades civils en temps de paix. L'asile d'aliénés, auquel on reprochait d'être une machine à fabriquer des incurables, devient dès lors une étape dans le processus de guérison. On pourrait rétorquer que cette évolution n'est qu'apparente et s'explique par le choix de renvoyer des hommes au front, même malades. Cette préoccupation joue certes un rôle dans la décision des médecins mais son importance ne doit pas être surestimée. En effet, les renvois directs au corps sont rares. Si les soldats quittent l'asile plus facilement, c'est d'abord grâce aux dispositifs mis en place par le Service de santé militaire, en particulier les congés de convalescence, qui s'apparentent aux sorties d'essai dont les psychiatres réclament la règlementation pour les malades civils depuis des années.

Mon travail sur les archives asilaires m'a également permis de montrer que l'implication des familles auprès des soldats internés modifie l'expérience de l'internement. L'intervention des proches se traduit en particulier par l'abondante correspondance échangée avec le malade et avec son médecin, quel que soit le milieu social d'origine. L'exemple des soldats internés confirme donc que « le geste de l'épistolier aura été, pendant le conflit, l'un de ceux les plus communément partagés, du front à l'arrière »[4]. Certains proches ont perçu le basculement du soldat dans la folie à travers ses lettres avant même l'internement. Lorsque ce n'est pas le cas, pères et mères, frères et sœurs, épouses et marraines de guerre relisent parfois chaque missive à la recherche d'un élément susceptible d'expliquer quand, comment ou

[4] Clémentine VIDAL-NAQUET, *Couples dans la Grande Guerre, op. cit.*, p. 236.

pourquoi l'être aimé a perdu la raison. Les familles construisent ainsi un récit autour de la maladie et, ce faisant, apportent des renseignements précieux aux psychiatres qui disposent de peu d'informations sur leurs patients. De leur côté, les médecins les encouragent à se rendre auprès de leurs malades, considérant les visites comme partie prenante du traitement. Cette attitude atteste d'une nouvelle perception de l'internement. Celui-ci n'est plus pensé comme le moyen de couper le malade des siens pour mieux le guérir. Si l'isolement est un outil thérapeutique parmi d'autres, son usage est temporaire et il ne fonde pas le recours à l'asile.

Reste que les sorties nombreuses et rapides peuvent aussi s'expliquer par le besoin de libérer des lits et par le coût de l'internement. De fait, lorsqu'un soldat est réformé, le ministère de la Guerre cesse d'assumer ses frais d'hospitalisation. Conformément à la loi du 30 juin 1838 sur l'assistance aux aliénés, ceux-ci incombent dès lors aux départements et aux communes, à moins que le malade obtienne une pension et puisse payer lui-même. Or ce cas de figure est extrêmement rare, l'apparition des troubles mentaux étant le plus souvent considérée comme sans lien avec la guerre. Le conflit remet pourtant en cause les théories sur l'origine de la folie. Le dogme de l'hérédité est fragilisé par la prise en compte croissante d'autres facteurs qui, dès avant la guerre, retenaient de plus en plus l'attention. Plusieurs psychiatres estiment en effet que les émotions et les commotions peuvent, ensemble ou séparément, expliquer l'apparition de la folie chez des individus qui ne présentaient aucune prédisposition. Ils échouent cependant à proposer un schéma explicatif suffisamment convaincant et solide pour bouleverser les conceptions dominantes. Bien qu'il ne repose sur aucune preuve, le principe de la prédisposition a les allures d'une théorie scientifique et présente l'avantage de s'appliquer aisément.

Or, en plein conflit, il est difficile, sinon impossible, de laisser une place à l'incertitude. Parce qu'ils veulent conquérir une position d'experts et que leurs décisions engagent financièrement la nation, la plupart des psychiatres considèrent que les militaires atteints de troubles mentaux sont des individus qui, même s'ils n'avaient pas été mobilisés, seraient un jour ou l'autre devenus fous. Cette interprétation pose toutefois problème. Pour ne pas donner à penser que la France est dégénérée, il faut en effet minimiser le nombre de soldats concernés. Mais alors le risque est que le développement de la psychiatrie militaire paraisse moins urgent et indispensable. En fonction des contextes, les psychiatres tiennent donc sur l'origine de la folie chez les militaires des discours contradictoires. Bien que le conflit relance indéniablement les débats, même ceux qui accordent un rôle important aux évènements de guerre, tel Jean Lépine, tendent finalement à se replier sur leurs positions anciennes.

Ce repli s'accentue après l'armistice. Ainsi, les anciens combattants dont les troubles se déclarent des mois voire des années après leur démobilisation ont peu de chance d'obtenir une pension. Le rétablissement de la paix s'accompagne donc d'un retour en arrière qui donne à penser que les années de guerre n'ont constitué qu'une parenthèse. L'asile est à nouveau l'unique structure dédiée à la prise en charge de la maladie mentale, à l'exception du service ouvert de l'hôpital Henri-Rousselle. Avec le temps, l'implication des familles diminue et, les malades étant moins réclamés, la durée de l'internement s'allonge. Enfin, après avoir focalisé leur attention sur les soldats pendant quatre ans, les psychiatres se désintéressent des anciens combattants internés, cette population n'étant plus une préoccupation pour l'État une fois la victoire remportée. Ils mobilisent d'ailleurs très peu dans leurs discours l'expérience acquise pendant la guerre. Lorsqu'ils sont appelés à rendre une expertise, leur attitude contribue en outre à freiner les sorties. En effet, en décidant de diminuer le taux d'invalidité et donc le montant de la pension des malades qui quittent l'asile, ils rendent la réintégration de ces derniers plus difficile. Rejetant les dispositifs qui remettent en cause leur monopole sur le traitement de la folie, certains psychiatres refusent même l'attribution d'une aide financière aux pensionnés de guerre soignés chez eux et se montrent méfiants vis-à-vis de l'ABNG, seule association à offrir aux anciens combattants une alternative à l'asile d'aliénés.

Les « mutilés du cerveau », un cas à part dans le monde combattant de l'après-guerre

Suivre le parcours des anciens combattants atteints de troubles mentaux dans l'après-guerre permet de constater qu'ils n'ont pas été oubliés par leurs frères d'armes. L'exemple de l'Union fédérale montre que la situation des « aliénés de guerre » est connue, faisant l'objet de rapports et de discussions à l'occasion des grands congrès annuels. Mes recherches ont également permis de repérer, outre l'ABNG, deux associations créées pour défendre les droits de ces hommes, l'Association d'aide aux mutilés du cerveau et l'Association des familles et amis d'aliénés de guerre. L'existence de ces groupements est intéressante à plus d'un titre. Ceux-ci constituent tout d'abord un cas rare dans le paysage de l'après-guerre dans la mesure où leurs fondateurs n'appartiennent pas à la catégorie de mutilés dont les intérêts sont représentés. Par ailleurs, ces associations sont les premières à défendre des individus internés et, à ce titre, à réclamer un droit de regard sur les asiles d'aliénés. Elles n'ont toutefois pas

l'envergure et le poids d'une organisation comme la *Ex-Services' Welfare Society* fondée en Angleterre en 1919. Leur caractère fortement localisé et le fait qu'elles reposent sur l'engagement de quelques individus limitent la portée de leur action. Leur apparition est par ailleurs plus tardive, puisqu'elle intervient dans les années 1930.

La création de ces deux associations est motivée par le statut inique réservé aux anciens combattants internés qui se voient refuser le droit aux soins gratuits. Cette exception trouve son origine dans le conflit qui oppose, durant la guerre, les communes et les départements à l'État, chacun refusant d'assumer les frais d'internement des soldats réformés. En raison de ce bras de fer, les débats qui ont entouré l'article 55 de la loi du 31 mars 1919 ont exclusivement porté sur le coût de leur prise en charge. En décidant que les malades paieront leur séjour à l'asile à l'aide de leur pension, l'État trouve le moyen de ne pas déroger aux principes de la loi du 30 juin 1838 tout en donnant satisfaction aux communes et aux départements. Il faut attendre que la loi entre en vigueur pour que les associations d'anciens combattants prennent conscience de l'injustice qu'elle produit et réclament le droit aux soins gratuits pour ceux que les administrations asilaires surnomment désormais les « articles 55 ».

Un des objectifs de cette thèse était de retracer les actions menées au nom de ces hommes et d'examiner leur impact. Deux constats peuvent être tirés de cette étude. D'une part, en concentrant leur attention sur ces hommes, les associations négligent tous les poilus atteints de troubles mentaux qui ne sont pas internés ou qui, placés à l'asile, n'ont pas droit à une pension militaire. Ce cas de figure est pourtant de plus en plus fréquent à mesure que l'armistice s'éloigne et que la présomption d'origine ne s'applique plus, comme l'a montré l'analyse des dossiers instruits par le tribunal des Pensions de l'Isère. Par ailleurs, le combat focalisé sur les « articles 55 » est, à bien des égards, un échec. Certes, la loi est modifiée à plusieurs reprises et l'État accepte petit à petit d'augmenter sa participation financière. Après 1926, la nomination d'un curateur dans chaque établissement permet aux comités départementaux de mutilés et réformés d'améliorer le sort réservé à leurs camarades dans les asiles d'aliénés. Mais, faute de volontaire, tous ne se saisissent pas de cette opportunité : à la veille de la Seconde Guerre mondiale, la fonction de curateur est bien souvent laissée vacante. La condition des poilus internés ne s'améliore donc que localement, grâce à l'implication d'individus comme Georges Cuvier ou Jean Puynège, tandis qu'à l'échelle nationale, les disparités s'accentuent entre les malades suivant leur situation familiale et les asiles dans lesquels ils sont internés. En 1939, l'enquête menée par le député Paul Boulet révèle que nombre d'entre eux sont assimilés à des malades indigents.

Surtout, les associations ne sont jamais parvenues à obtenir le droit aux soins gratuits pour les internés. Jusqu'à la mort du dernier d'entre eux, les poilus internés ont payé leurs frais d'internement à l'aide de leur pension. Aujourd'hui encore, une vingtaine de pensionnés militaires vivent dans les hôpitaux psychiatriques français sous le même régime juridique que les soldats de 1914-1918[5]. L'article 55, dont les dispositions ont été reprises dans les articles 124 à 127 du Code des pensions militaires d'invalidité rédigé après la Seconde Guerre mondiale, a en effet survécu et le régime d'exception instauré en 1919 s'est maintenu jusqu'à nos jours[6]. Ainsi, le Code précise toujours, en des termes tombés depuis longtemps en désuétude, que « la pension définitive ou temporaire, allouée pour cause d'aliénation mentale à un militaire ou marin interné dans un établissement public d'aliénés ou dans un établissement privé faisant fonction d'asile public, est employée, à due concurrence, à acquitter les frais d'hospitalisation »[7].

À l'heure où je conclus cette thèse, les « mutilés du cerveau » ne sont plus des soldats oubliés. Les commémorations du centenaire ont contribué à faire connaître leur histoire en suscitant l'organisation de conférences et de débats, la réalisation de films et de documentaires[8]. Elles ont aussi eu pour effet d'inciter certaines familles à exhumer lettres, photographies et autres souvenirs de la guerre pour parler de leur ancêtre interné. Enfin, dans plusieurs hôpitaux psychiatriques, elles ont été l'occasion d'inventorier et d'exposer les archives historiques[9]. Ces commémorations ont cependant conduit à focaliser le regard sur la Grande Guerre. Que sont devenus les soldats mobilisés en 1939, pendant la guerre d'Indochine ou celle d'Algérie qui, à leur tour, ont souffert de troubles mentaux alors qu'ils étaient sous les drapeaux ? Quelle a été l'attitude des psychiatres, des chefs militaires, des

---

[5] Ce chiffre m'a été communiqué par le chef du département des soins médicaux gratuits de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS) que je remercie d'avoir accepté de répondre à mes questions. La CNMSS assure depuis 2010 la prise en charge financière des soins médicaux gratuits au nom et pour le compte de l'État.

[6] Les centres hospitaliers facturent à la CNMSS l'ensemble de leurs prestations, desquelles ils défalquent le montant de la pension militaire d'invalidité ainsi que le montant d'une allocation journalière laissée au pensionné. La somme restante, qui représente la majeure partie du coût de l'hospitalisation, est versée aux centres hospitaliers par la CNMSS.

[7] Voir l'article 124 du *Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre*. Ce Code devrait prochainement faire l'objet d'une refonte.

[8] Le film de Gabriel Le Bomin, *Les Fragments d'Antonin*, a notamment remporté un beau succès. Par ailleurs, Emmanuel Courcol tourne actuellement un long-métrage intitulé *Cessez-le-feu* dans lequel l'acteur Romain Duris incarne un ancien combattant traumatisé par ses souvenirs des tranchées.

[9] Au Centre hospitalier de Ville-Évrard, la Société d'études et de recherches en psychiatrie (SEREP) a organisé une conférence et une exposition. Au Centre hospitalier Alpes-Isère, le montage d'une exposition a permis de réaliser l'inventaire des archives administratives produites pendant la guerre.

familles et des associations d'anciens combattants à l'égard de ces hommes ? On pourrait poursuivre cette étude en explorant la manière dont, à l'aune des guerres qui ont marqué le XXe siècle, la psychiatrie militaire et les revendications militantes ont évolué. Mes entretiens avec les descendants de quelques poilus internés m'ont par ailleurs convaincue que les conséquences de l'internement des soldats de 1914-1918 sur leurs descendants, en particulier ceux qui ont participé à d'autres conflits, représentent un terrain d'étude qui mériterait d'être exploré[10]. Comment ces fils, petits-fils et arrière-petits-fils de poilus ont-ils vécu leur propre expérience de guerre ? Gageons que ces questions ne resteront pas longtemps sans réponse. L'essor pris par l'histoire de la psychiatrie en France, l'intérêt suscité par les archives médicales et les témoignages qu'elles recèlent ainsi que l'attention portée aux traumatismes de guerre par les chercheurs portent à croire qu'elles feront bientôt l'objet de nouvelles investigations.

[10] En évoquant cette question à l'occasion de ma rencontre avec plusieurs descendants de poilus, j'ai découvert qu'un des fils de Francisque Z., mobilisé durant la guerre d'Algérie, s'est suicidé lorsqu'il a atteint l'âge qu'avait son père au moment de son décès. Le petit-fils de Paul S. a quant à lui souffert d'une grave dépression.

Table des illustrations

Tableaux

Tableau 1 : Origine géographique des soldats internés à l'asile de Bron et à l'asile Saint-Robert pendant la guerre 110
Tableau 2 : Nombre de militaires internés dans chaque asile entre le 2 août 1914 et le 11 novembre 1918 121
Tableau 3 : Nombre de militaires internés en août 1914 et en moyenne pour la période septembre-décembre 1914 128
Tableau 4 : Taux de mortalité annuels observés entre 1915 et 1918 à l'asile de Bron et l'asile Saint-Robert 196
Tableau 5 : Part des principales pathologies diagnostiquées chez les militaires internés dans les asiles de Bron, Saint-Robert, Charenton et Marseille entre 1914 et 1918 244
Tableau 6 : Classification des blessures et infirmités ouvrant le droit à pension selon l'échelle de gravité de 1887 312
Tableau 7 : Prix de journée en francs appliqués entre 1914 et 1918 aux malades indigents internés dans 11 asiles départementaux d'aliénés 319
Tableau 8 : Nombre de pensionnés pour maladies mentales en novembre 1920 et en mars 1922 332
Tableau 9 : Menus des repas servis le 3 octobre 1927 aux malades internés à l'asile de Cadillac selon la classe de traitement 377

Figures

Figure 1 : Emmanuel Régis entouré de ses élèves vers 1910-1911 64
Figure 2 : Dessin du soldat Paul F. présenté par le docteur André Barbé dans la revue *L'Encéphale* 157
Figure 3 : Carte postale et photographie conservées dans le dossier du soldat Cyrille X., interné à la Maison nationale de Charenton le 30 avril 1917 169

Figure 4 : Modèles de médailles militaires dessinés par le lieutenant Auguste E. en avril 1916 187
Figure 5 : Carte postale du cimetière de l'asile de Bron vers 1900 188
Figure 6 : « Chansonnelle comique » composée par Joseph T. pendant la guerre à l'asile Saint-Robert 190
Figure 7 : Schéma présenté par le professeur Ernest Dupré devant la Société de neurologie de Paris en décembre 1916 211
Figure 8 : Détail du dossier médical du soldat Marius E. interné à la Maison nationale de Charenton le 19 septembre 1914 239
Figure 9 : Détail du dossier du soldat François E. 242
Figure 10 : « Comment on en sort ». Dessin d'Aristide Delannoy dans le numéro « Asiles et fous » de *L'Assiette au beurre* 260
Figure 11 : Nombre de journées de présence moyen des malades hommes internés dans les asiles français entre 1910 et 1913 et des militaires internés dans les asiles du corpus entre 1915 et 1918 265
Figure 12 : Demandes de renseignements adressées au maire de Lyon 292
Figure 13 : Carte du combattant épinglée sur le dossier de François D., interné à l'asile de Bron 341
Figure 14 : Dessin satirique publié en une du *Journal des mutilés* le 24 août 1930 350
Figure 15 : La réforme de l'assistance psychiatrique d'après Maurice Legrain 354
Figure 16 : Petite annonce diffusée dans le *Journal des mutilés* le 4 juin 1933 à la recherche des camarades de Sylvain U. 365
Figure 17 : Attestation des habitants de Saint-Laurent-du-Pont en faveur de Louis R. 367
Figure 18 : Cartes postales représentant un dortoir et une chambre individuelle de l'asile d'aliénés de Saint-Jean-de-Dieu (Rhône) vers 1900 380
Figure 19 : Plaque commémorative apposée au mur du cimetière de l'hôpital psychiatrique de Cadillac le 26 juin 1937 399
Figure 20 : Prospectus distribué par l'Association d'aide aux mutilés du cerveau 400
Figure 21 : L'école de rééducation de l'ABNG 433
Figure 22 : Autoportrait de René E., interné à l'hôpital psychiatrique de Cadillac. 452
Figure 23 : Tombe de Francisque Z., décédé le 21 août 1944 à l'hôpital psychiatrique de Saint-Égrève 455
Figure 24 : Détail de la plaque surplombant le caveau de la famille T. 476

Index nominatif

L'astérisque indique la possibilité de se reporter à une notice biographique placée en annexes.

A

Abadie, Jean 64, 106, 116, 259, 260, 330, 356, 425, 434
Abély, Paul 371, 372
About, Gaston 385, 386
Adam, Frantz 85
Aimé, Henri 131, 204, 245
Alaize, Pierre 119, 121, 244, 265
Allard, Maurice 76, 77
Althusser, Louis 344
Anouilh, Jean 350
Antériou, Louis 393
Antheaume, André 66, 69, 84, 89, 201, 217, 334, 335, 336, 353
Aragon, Louis 351
Arnould, Jules 58
Aubery, Gaétan 362

B

Babinski, Joseph 103, 176, 230, 232, 234
Ball, Benjamin 62, 63, 203
Ballet, Gilbert 91, 98, 102, 103, 139, 154, 203, 206, 207, 209, 232, 254, 314
Barbé, André 102, 157, 233, 247
Barthas, Louis 285
Baruk, Jacques 154, 155, 195, 252, 288
Baudry d'Asson (de), Armand 320, 321
Bayle, Antoine 206, 335
Bazin, Hervé 463
Beaudoin, Henri 90, 92, 464, 472
Beaussart, Pierre 327, 329, 330, 355
Benon, Raoul 106, 137, 171, 206, 212, 213, 228, 248, 261, 272, 311, 312, 351
Bériel, Louis 104, 359
Bernard, Louis 320, 321
Bertillon, Jacques 240
Besse, René 405, 407
Bessière, René 154, 155, 252, 288
Binet, Alfred 71, 82
Boigey, Maurice 219, 220, 226
Boisseau, Jules 230, 231, 289
Boivin, Maurice 144
Bonhomme, Joseph 227, 234, 245, 275, 277
Bonnevay, Laurent 318, 325
Boucherot, Francis 147, 148
Boulet, Paul 402, 405, 406, 407, 408, 439, 445, 478, 488
Bourcier, Jean-Baptiste 219, 223, 391
Bouret, Eugène 217, 220, 221
Bouveri, Jean 322, 325
Bouvier, Henri 395, 396
Bouyer, Henri 351, 357, 364, 369, 370, 371, 372, 411, 423
Breton, Jules-Louis 43, 334, 335, 336, 337
Briand, Marcel 100, 104, 128, 130, 204, 240, 256
Briche, Emile 164, 360, 370
Brun, Jean 77, 78
Bruyas, Claude 404
Bucard, Marcel 360, 361
Burgeot, Pierre 405, 407, 408
Burtin, René 405

C

Carrier, Henri 149, 150, 161, 274, 290
Cassou, Elisabeth 393
Catrin, Louis 64, 65
Céline, Louis-Ferdinand 172, 350
Charcot, Jean-Martin 105, 173, 208, 230
Charpentier, Joseph 143
Chaslin, Philippe 245, 263, 335
Chatagnon, Pierre-Adolphe et Camille 475

Chauffard, Anatole 204, 256
Chavigny, Paul 65, 82, 101, 122, 151, 152, 154, 174, 217, 220, 230, 231, 233, 247
Chéron, Henry 68, 73, 74
Chocreaux, Georges 226, 236
Chouffet, Armand 404
Christian, Jules 64
Claude, Henri 101, 103, 356
Colin, Henri 68, 150, 185, 189, 190, 231, 257, 258, 274, 278, 281, 327, 329, 335
Collonge, Claudius* 48, 394, 396, 473, 474
Condomine, André 364
Connevot, Henri 320
Couette, Jean 119, 120
Courbon, Paul 170, 243, 270, 289, 290, 306
Cuvier, Georges* 48, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 412, 428, 436, 441, 445, 446, 447, 448, 453, 464, 473, 488
Cygielstrejch, Adam 65, 66

D

Dalbiez, Victor 320, 321, 434
Damaye, Henri 64, 97, 100, 106, 107, 242, 254
Déjerine, Augusta 103
Déjerine, Jules 101, 103, 232
Dide, Maurice 102, 209, 210, 257, 271
Dodero, Paul 163, 339
Doizy, Henri 316
Dubief, Fernand 268
Ducosté, Maurice 228, 247
Dufour, Eugène 60, 61
Dumas, Georges 131, 153, 204, 209, 227, 245, 290
Dumesnil, Marius 153, 162, 209, 251, 252, 264, 265
Dupré, Ernest 102, 205, 211, 314, 315

E

Esquirol, Jean-Etienne 57, 58, 87, 208, 240

F

Falret, Jean-Pierre 72, 409
Ferraris, Marcel 385
Fleury (de), Maurice 256, 272
Forges (de), Henry 305
Fournier, François 416
Frédéric-Dupont, Edouard 467
Freud, Sigmund 209, 352
Fribourg-Blanc, André 115, 119, 135, 444

G

Gadaud, Félix 407
Gelma, Eugène 416
Genil-Perrin, Georges 203, 353
Gilles, André 143, 217, 254
Godart, Justin 40, 102, 107, 117, 222, 245, 272, 279, 293, 314, 321, 352, 425, 426, 434, 435
Goret, Pierre 207
Gourdon, Joseph 412
Goy, Jean 386
Granjux, Adrien 65, 67, 70, 73, 248
Grasset, Joseph 233
Grimberg, Louis 469, 470
Grinda, Edouard 354
Guébhard, Roland 253

H

Haury, Gaston 74, 82, 83, 279, 282
Hérold, Marguerite 48, 425, 426, 427, 428, 429
Herriot, Edouard 127, 358, 388, 425, 426
Hesnard, Angelo 62, 63, 64, 68, 74, 79, 209, 210, 211, 213, 228, 233, 274, 280, 327, 356
Hesse, André 417, 418
Huot, Louis 134, 158, 227, 248, 351

J

Jacoby, Paul 65, 66
Journiac, Aristide 119, 121, 164, 244, 265
Jude, René 116
Juquelier, Paul 103, 245

L

Lachal, Raymond 447
Lafond, Georges 222, 286
Laignel-Lavastine, Maxime 102, 139, 170, 243, 284
Langevin, Amédée 286, 287
Lassalle, Pierre 421
Lautier, Jean 278, 284

Le Cann, Martin 330
Legrain, Maurice 268, 272, 354
Lehmann, Marcel 392, 417
Lemesle, Henry 214
Lépine, Jean* 11, 38, 48, 53, 102, 104, 105, 106, 116, 137, 143, 145, 154, 155, 162, 164, 169, 171, 172, 173, 174, 176, 181, 192, 193, 205, 208, 211, 212, 213, 214, 224, 225, 233, 234, 236, 237, 243, 246, 248, 253, 254, 255, 257, 258, 261, 269, 276, 278, 280, 282, 296, 297, 298, 311, 314, 315, 317, 328, 356, 358, 359, 414, 425, 434, 486
Leredu, Georges 337
Léri, André 148, 256, 356
Lévi, Marcel 426, 432
Lévy, Lucien 128, 218
Lhermitte, Jean 172, 175, 205
Loche, Alfred 223, 391
Lugol, Jean 316, 326
Lunier, Ludger 59, 60, 151, 252
Lwoff, Salomon 95

M

Maffert, Louis 292, 293, 294
Magnan, Valentin 63, 72, 144, 167, 176, 202, 203, 240
Mairet, Albert 102, 206, 207
Mallet, Raymond 38, 229, 233
Mangin, Anthelme 19, 291, 350, 391
Manouvrier, Louis 221
Marcadet, Hildevert 221
Marie, Pierre 103, 153, 173, 232, 238, 239, 272, 314, 371, 425, 426, 434
Massé, Pierre 313, 316, 323, 324, 325
Massimi, Paul 404
Mayéras, Barthélémy 320, 321
Meunier, Paul 218, 221
Mignard, Maurice 241
Mignon, Alfred 109, 127
Mignot, Hubert 469, 470
Mignot, Roger* 48, 66, 69, 84, 132, 133, 141, 153, 171, 173, 178, 193, 201, 213, 214, 237, 243, 256, 271, 272, 273, 276, 278, 279, 281, 282, 285, 289, 317, 338, 358, 398, 409, 481
Milian, Gaston 248, 252
Minkovski, Eugène 327, 329
Molin de Teyssieu, Gérard 398, 442
Monin, Edouard 362
Morel, Benedict-Augustin 48, 59, 72, 202
Mouchette, Charles 120, 199, 371, 430
Mounier 473
Mourier, Louis 425
Musnier de Pleignes, François 447

N

Nordman, Charles 234, 275, 277

O

Olivaint, Maurice 390, 391, 413
Orelli, Fernand 392, 401, 402

P

Pactet, Florentin 68, 71, 91, 227, 275, 315
Palmade, Maurice 417, 418
Papet, Guy 448
Parant, Louis 327, 328
Pascal, Constance 164, 165, 171
Patureau-Mirand, Anselme 385
Peissel, François 404
Penquer, Jean 389, 393, 415
Péricard, Jacques 398, 446
Picot, Yves 386
Pierret, Auguste 65, 203
Pignède, Maurice 371, 372
Pinard, Adolphe 334, 338
Pinel, Philippe 57, 172, 208
Pitres, Albert 62, 63, 102, 104, 233
Planhol (de), René 228
Porot, Antoine 210, 211, 212, 213, 228, 233, 252, 253, 274, 280, 327, 355
Poudevigne, René 48, 389, 395, 402, 403, 407, 437, 465
Pruvost, Léon 278
Puynège, Jean 48, 401, 402, 456, 464, 488

Q

Queuille, Henri 323, 403, 465

R

Rayneau, James 263
Raynier, Julien 90, 92, 269, 464, 472
Reboul, Henri 111
Régis, Emmanuel* 48, 62, 63, 64, 66, 68, 72, 73, 74, 82, 89, 100, 102, 104, 106, 107, 111, 116, 176, 204, 209, 245, 248, 258, 262, 274, 283
Régnier, Pierre 447
Renaux, Jules 286
Requet, André 433, 473
Ribot, Alexandre 313
Ricolfi, Humbert 385, 386
Rivollet, Georges 399, 407
Rodiet, Antony 94, 95, 96, 98, 115, 119, 135, 136, 165, 166, 334, 444
Rogues de Fursac, Joseph 209, 419
Roubinovitch, Jacques 75, 76
Rougé, Calixte 119, 133, 148, 204, 250, 331
Rousselle, Henri 318, 487
Roussy, Gustave 172, 175, 205, 208, 289

S

Seiller, Henri 405, 406
Sérieux, Paul 71, 163
Simeray, Pierre 120, 371
Simon, Théodore 71, 82
Simonin, Jules 67, 68, 71, 73, 74, 81, 82, 83, 84, 104, 313
Sollier, Paul 104, 105, 207, 232, 233
Souques, Achille 104
Spillmann, Louis 100
Strauss, Paul 263, 337, 338

T

Targowla, René 371
Teilhard de Chardin, Pierre 344
Tersen, Gabriel 328, 329
Thibaud, Emile 109
Thierry, Joseph 158, 159, 295
Thiery, Albert 393, 415
Toubert, Joseph 352
Touchard, Auguste 405
Toulouse, Edouard 72, 98, 241, 262, 335, 352, 353, 355, 405, 424, 434

V

Valentino, Charles 316, 377, 392, 407
Vallon, Charles 276, 327
Viallet, Justin 449, 454
Vigouroux, Auguste 103
Ville-Chabrolle (de), Marcel 332
Vincent, Clovis 19, 175, 219, 220, 226, 234, 261
Vincent, Daniel 338
Voivenel, Paul 134, 158, 199, 217, 227, 229, 247, 248, 257, 275, 351

W

Wallon, Henri 45, 427, 430, 431, 434
Wichegrod, Marcel 407

Y

Yvé, Jules 219, 220, 234

Table des matières

Remerciements 5

Sommaire 7

Introduction générale 9

I - Les poilus internés ou la redécouverte d'« oubliés de la Grande Guerre » 12

II - Axes problématiques 21

III - Sources et méthodes 29

Partie I : Soldats internés, psychiatres et commandement militaire face à la folie de 1870 à la Grande Guerre 51

Chapitre 1 : La prise en compte de la maladie mentale dans l'armée française avant la Grande Guerre 55

I - L'armée française et la psychiatrie : une collaboration difficile 57

1) Le développement de la psychiatrie militaire en France 57

a) La question des maladies mentales dans l'armée : un problème longtemps méconnu *57*

b) « Regarder le problème en face » *62*

2) Les recommandations et les avertissements des psychiatres 66

a) Promouvoir l'examen mental des militaires inculpés *67*

b) Éliminer les aliénés de l'armée *69*

c) Former les futurs médecins militaires *71*

3) Écarter de l'armée les militaires atteints de troubles mentaux : les dispositions prises à la veille de la guerre 75

a) Un débat rendu public *75*

b) Les réticences de l'armée de terre *78*

c) Un résultat très limité *81*

II - Principes, modalités et acteurs de l'assistance psychiatrique dans l'armée pendant la Grande Guerre 86
1) Les asiles d'aliénés : pièces clés du dispositif mis en place par le Service de santé militaire 86
a) Les caractéristiques du « système asilaire national » à la veille de la guerre 86
b) Un réseau d'asiles sous convention avec le Service de santé militaire 91
2) La mobilisation des asiles français 94
a) Une géographie bouleversée par la guerre 94
b) L'évolution de la place des asiles dans la chaîne d'évacuation 99
c) La répartition des militaires aliénés dans les asiles français 108
3) Le nombre des soldats atteints de troubles mentaux : un décompte impossible ? 114
a) Les limites des sources 114
b) Le bilan de l'automne 1917 117
c) Le nombre d'internés 119

Chapitre 2 : Des hommes « à interner » : profils, trajectoires et conditions de vie des militaires dans les asiles français entre 1914 et 1918 125

I - L'expérience de la guerre au prisme de la folie 126
1) La folie aux marges de la guerre 126
a) Le temps du départ : les troubles de la mobilisation 126
b) Déposer « l'armure morale » : l'impact psychique de la permission 135
c) Dans les camps de prisonniers 140
2) La folie au combat 146
a) Les combattants internés : une catégorie difficile à cerner 147
b) Le choc des combats 151
c) L'omniprésence du danger au-delà du combat 158

II - L'expérience de l'internement au prisme de la guerre 163
1) L'asile, un univers sous-médicalisé 163
a) La mobilisation du personnel médical 163
b) Le recours à des moyens thérapeutiques traditionnels 171
c) Une situation de pénurie généralisée 177
2) Être un soldat interné : le quotidien des militaires dans les asiles d'aliénés 180
a) Des établissements envahis par les militaires ? 181

b) Vivre la guerre à l'asile d'aliénés *184*
c) L'asile d'aliénés, un « mouroir » ? *188*

Chapitre 3 : Le discours sur la folie et les pratiques psychiatriques en temps de guerre, ruptures ou continuités ? 199

I - Reconnaître, nommer, expliquer la maladie mentale. L'impact de la guerre sur le discours psychiatrique 201
1) La guerre peut-elle être à l'origine de la folie ? 201
a) La folie, une maladie héréditaire ? *201*
b) Émotions ou commotions ? *206*
c) La guerre, cause déterminante, occasionnelle ou prédisposante ? *210*
2) Fous ou coupables ? L'expertise psychiatrique en temps de guerre 215
a) L'expertise psychiatrique militaire : une pratique qui s'impose progressivement à la faveur du conflit *217*
b) Le rôle de l'expertise psychiatrique dans la construction du jugement *225*
c) Simulation et mutilations volontaires *229*
3) Diagnostics et tableaux cliniques 238
a) Les difficultés méthodologiques de l'analyse *238*
b) Diagnostics et tableaux cliniques *244*
c) Les déterminants sociaux-culturels du diagnostic psychiatrique *249*

II - Repenser l'internement. Pratiques psychiatriques et représentations sociales de la folie en temps de guerre 259
1) La folie, une maladie curable ? 259
a) L'asile, « machine » à fabriquer des incurables *259*
b) Sortir de l'asile : les ressorts d'une situation paradoxale *264*
2) De l'asile au front : la récupération des soldats internés dans l'armée 273
a) Définir l'aptitude mentale au service : un problème renouvelé par la guerre *273*
b) Les échecs des récupérations *279*
3) L'ambivalence des représentations sociales de la folie 283
a) Le point de vue des chefs et des camarades *283*
b) Le regard des soldats internés et de leurs familles *287*
c) Les conditions d'attribution de la mention « Mort pour la France » *294*

Partie II : Les « mutilés du cerveau ». Statuts et trajectoires des anciens combattants de la Grande Guerre internés dans les hôpitaux psychiatriques de 1919 aux années 1980 303

Chapitre 4 : La loi sur les pensions militaires du 31 mars 1919 ou la mise en place d'un régime d'exception pour les anciens combattants internés 309

I - L'article 55 de la loi des pensions : origines et conséquences d'un régime d'exception .. 311

1) La situation des réformés pour aliénation mentale avant la loi du 31 mars 1919..... 311

a) Des réformes sans pension massives et rapides 311

b) La prise en charge des aliénés indigents par les départements et les communes : une situation intenable en temps de guerre 317

c) La fronde des communes et des départements 320

2) Élaboration et mise en application de l'article 55 de la loi des Pensions 323

a) Un statut à part pour les aliénés militaires 324

b) L'opposition des psychiatres..... 326

3) Les « articles 55 », d'intéressants clients d'asile ? 332

a) Aubaine économique ou casse-tête financier ? L'exemple de la Maison nationale de Charenton..... 332

b) La remise en cause des pensions 338

II - Les internés d'après l'armistice : des anciens combattants sans pension militaire..... 343

1) L'impossible démobilisation psychique 344

a) Les souffrances du retour à la vie civile 344

b) Un impensé de la médecine psychiatrique..... 349

c) Des prises en charge tardives 357

2) Obtenir une pension : une bataille juridique perdue d'avance ? 362

a) Les conséquences de la fin de la présomption d'origine 362

b) Rassembler des témoignages 365

c) Trouver une blessure..... 368

Chapitre 5 : Les « articles 55 » dans l'entre-deux-guerres, des internés ordinaires ? 375

I - Un statut unique, des situations plurielles 376

1) Des conditions de vie inégales..... 376

a) La diversité des situations individuelles 376

b) Des disparités d'un asile à l'autre *380*
2) Distinguer et unifier un groupe hétérogène : le rôle des associations d'anciens combattants 384
a) Secourir les familles *384*
b) Défendre les intérêts des « articles 55 » *390*
c) Le rapport Boulet : un tournant pour 3 720 anciens combattants internés ? *402*

II - Des internés au long cours 409
1) Reprendre sa place dans la société : les impasses de la réinsertion sociale 409
a) Gagner sa vie *409*
b) L'internement ou l'expérience de la désaffiliation *413*
c) Être soigné à domicile *420*
2) La prise en charge associative, une alternative à l'asile d'aliénés ? L'exemple de l'Assistance aux blessés nerveux de la guerre 424
a) Les débuts de l'ABNG *425*
b) Une reconversion rapide : des « blessés nerveux » aux « enfants anormaux » *427*
c) « Blessés nerveux » ou malades mentaux ? *430*

Chapitre 6 : Les derniers « mutilés du cerveau » (1939-1980). Des poilus oubliés ? 439

I - Les « articles 55 » dans la Seconde Guerre mondiale 441
1) (Re)vivre la guerre à l'hôpital psychiatrique 441
a) Un rejeu du traumatisme ? *441*
b) Vichy et les anciens combattants internés *445*
2) Un statut protecteur ? 449
a) Les anciens combattants internés face à la famine *450*
b) L'accroissement des disparités *454*
c) Évacués et déportés *458*

II - L'« ensevelissement asilaire » des derniers poilus internés 463
1) Une nouvelle donne pour les anciens combattants internés ? 464
a) Le maintien des dispositions prévues par l'article 55 ..... *464*
b) Des vieillards en marge de la « révolution psychiatrique » *467*
2) Le souvenir de la Grande Guerre dans les hôpitaux psychiatriques des années 1950 aux années 1970 472

a) La Grande Guerre oubliée ? *472*
b) Une héroïsation sélective *474*

Conclusion générale 479

Table des illustrations 491

Index nominatif 493

Table des matières 497