

LA SURMORTALITÉ DES ASILES D'ALIÉNÉS FRANÇAIS DURANT LA SECONDE GUERRE MONDIALE (1940-1945)

Samuel Odier

Université Jean Moulin Lyon III

Résumé:

La redécouverte récente de la surmortalité qui a touché près de 45.000 aliénés français sous l'Occupation s'inscrit dans le vaste débat des responsabilités du régime de Vichy. Les asiles d'aliénés étaient des lieux retirés du monde, sans possibilité d'accéder à ce «marché noir», où la plupart des Français trouvaient un indispensable appoint aux rations officielles. L'immense majorité des décès fut imputable aux difficultés du ravitaillement, mais des travaux récents ont montré la diversité des situations asilaires (en raison de la taille des établissements et de la désorganisation relative de l'administration des différentes régions). En l'absence de structures psychiatriques externes, l'asile ne pouvait relâcher ses malades. Si les médecins et directeurs d'asiles ont fait leur possible pour préserver la vie de leurs patients (avec plus de facilités parfois pour les établissements privés) par contre, les représentants de l'Etat ont attendu décembre 1942 pour accorder des dispositions alimentaires particulières. Cette inaction des pouvoirs publics s'expliquait aussi par l'indifférence de la population et l'esprit eugénique qui prévalait déjà avant la guerre.

Mots clés: surmortalité, asile, aliénés, psychiatrie, eugénisme, occupation, régime de Vichy.

LA SOBREMORTALIDAD EN LOS ASILOS PSIQUIÁTRICOS FRANCESES DURANTE LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL (1940-1945)

Resumen:

El reciente redescubrimiento de la sobremortalidad que afectó cerca de 45.000 alienados franceses bajo la Ocupación se inscribe en el extenso debate de las responsabilidades del régimen de Vichy. Los manicomios eran lugares retirados del mundo, sin posibilidad de

acceder a este “mercado negro”, donde la mayoría de los Franceses encontraban un indispensable suplemento a las raciones oficiales. La inmensa mayoría de las muertes era imputable a las dificultades del suministro, pero las recientes investigaciones han mostrado la diversidad de las situaciones manicomiales (debido al tamaño de los establecimientos y a la desorganización relativa de la administración de las distintas regiones). En ausencia de estructuras psiquiátricas externas, el manicomio no podía liberar a sus enfermos. Si los médicos y directores hicieron lo posible para preservar la vida de sus pacientes (con más facilidades a veces en los establecimientos privados) por el contrario, los representantes del Estado esperaron a diciembre de 1942 para conceder disposiciones alimenticias particulares. Esta omisión de las autoridades públicas se explicaba también por la indiferencia de la población y el espíritu eugenista que ya prevalecía antes de la guerra.

Palabras clave: Sobremortalidad, manicomio, alienado, psiquiatría, eugenismo, ocupación, régimen de Vichy.

OVERMORTALITY IN FRENCH PSYCHIATRIC ASYLUMS DURING SECOND WORLD WAR (1940-1945)

Abstract:

The recent rediscovery of the mortality which concerned nearly 45.000 French lunatics under the Occupation comes within the vast debate of the responsibilities of the Vichy Regime. Lunatic asylums were withdrawn from society places, without possibility of reaching this "black market", where most of the French found an essential supplement with the official rations. The huge majority of the deaths were due to the difficulties of the supply, but recent works showed the diversity of the situations (because of the size of the establishments and the relative disorganization of the administration of the various areas). In the absence of external psychiatric structures, asylum could not release its patients. If the doctors and directors of asylums made their best to preserve their patients' lives (with more facilities sometimes for private establishments), on the other hand the representatives of the State waited until December 1942 to grant particular food provisions. This inactivity of the authorities was also explained by the indifference of the population and the eugenic spirit that already prevailed before the war.

Key words: *Overtmortality, asylum, lunatics, psychiatry, eugenics, occupation, Vichy regime.*

Parmi les privations qui ont été le lot commun des Français sous le gouvernement de Vichy, celles qui avaient trait au domaine alimentaire ont été plus particulièrement ressenties par les aliénés. Cette population paya un très lourd tribut à la désorganisation économique du pays. Plus de 76.000 aliénés français sont morts sous l'Occupation; parmi eux entre 44 et 45.000 individus ne seraient pas morts en temps de paix¹. La surmortalité asilaire ne fait plus aucun doute désormais - elle n'a

¹ Selon l'estimation fournie par VON BUELTZINGSLOEWEN, I. (2007), *L'hécatombe des fous: La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, Paris, Aubier, 512 p.

d'ailleurs jamais été vraiment ignorée du milieu des psychiatres - mais des travaux récents ont dû montrer la diversité des situations car avant que les historiens ne s'en emparent², l'interprétation d'ensemble du phénomène restait relativement ouverte.

Les premiers à révéler le drame de ces années noires ont souvent voulu aussi dénoncer une volonté exterminatrice du gouvernement de Vichy. Cette position n'est plus guère défendable aujourd'hui, mais pour autant, l'Etat Français n'a certainement pas réagi à temps et il reste différents niveaux de responsabilité à éclaircir. Les aliénés représentaient une collectivité d'exclus - marginalisés par leur maladie - mais aussi de reclus, physiquement coupés du monde par les murs de leur établissement. On ne peut donc pas se limiter aux aspects techniques du ravitaillement pour comprendre le phénomène de la surmortalité asilaire. A travers les questions soulevées par l'aspect alimentaire c'est tout le sens de la psychiatrie publique dispensée par l'ancien asile d'aliénés qui est mis en cause.

HISTORIOGRAPHIE DE LA QUESTION

La redécouverte de la surmortalité des années 1940 est d'abord liée à une redécouverte d'ensemble de la période de l'Occupation. La Résistance et le gaullisme avaient longtemps occulté l'importance de la collaboration française et pour l'essentiel, il a fallu attendre 1972 et l'ouvrage de Robert Paxton³ pour redécouvrir le visage d'un gouvernement de Vichy que l'on avait trop complaisamment présenté comme une pure victime des manipulations nazies. Après une période de stupeur, les Français espèrent découvrir une vérité dont ils ont le sentiment d'avoir été frustrés. Alors que le nazi Klaus Barbie est inculpé (1983) puis jugé (1987), la Justice rattrape aussi des Français accusés de crime contre l'humanité. Les associations de résistants portent plainte en novembre 1973 contre Paul Touvier pour complicité de crime contre l'humanité. L'affaire Papon est lancée en 1981 et René Bousquet est inculpé en 1992. En 1995, le Président J. Chirac reconnaît la responsabilité de l'Etat Français et ses agissements criminels. Il proclame la «dette imprescriptible de la France» à l'égard des Juifs. Certaines institutions, comme la police, demandent pardon.

C'est dans ce contexte de suspicion à l'égard de toute l'administration de cette époque que l'on redécouvre, à partir de 1987, la surmortalité des malades mentaux. Il ne s'agit plus d'occulter un passé peu glorieux, mais une fois encore, de traquer les coupables si, d'aventure, certains avaient réussi à échapper à la vigilance de la nation. Pourtant dans le cadre de la psychiatrie publique, la question se pose de façon

² VON BUELTZINGSLOEWEN, I., (dir.) (2005), *Morts d'inanition: Famine et exclusions en France sous l'Occupation*, Rennes, PU de Rennes, 305 p.

³ PAXTON, R. (1972), *La France de Vichy, 1940-1944*, Paris, Ed. du Seuil, 375 p.

atypique car les questions touchant à l'asile n'ont pas passionné les Français jusqu' alors. Ici, plus que les coupables, c'est le crime même qui semble avoir été oublié.

Avait-il jamais été caché ? En 1980, on lit déjà dans un article du *Monde* que «l'on a oublié que 60.000 malades mentaux sont morts en France pendant la seconde guerre mondiale dans les hôpitaux psychiatriques. Morts de faim»⁴. Il se peut que l'information paraisse pour la première fois alors dans un quotidien à large diffusion, mais trois ans auparavant, Gérard Massé et Daniel Ginestet ont déjà évoqué la mort de 40.000 aliénés dans une revue à destination de leurs confrères psychiatres. Ils ont souligné le rôle joué par la sous-alimentation et rappelé plusieurs communications de médecins ayant trait au sujet dès 1941⁵.

En 1977, pas plus que pendant l'Occupation elle-même, le sujet ne semble se prêter à la polémique. Dès l'après-guerre, le Dr. Bonnafé a évoqué une surmortalité qu'il dénonçait comme une extermination⁶. Près de vingt ans plus tard, le thème a même été repris par Vermorel et Meylan dans un manuel diffusé dans la formation des infirmiers psychiatriques⁷. Mais alors, la mort des aliénés n'émeut personne en dehors du petit monde de la psychiatrie. Cette surmortalité peut donc bien passer pour une question «tabou» lorsqu'elle est évoquée par l'ouvrage de Max Lafont sur «l'extermination douce» en 1987⁸. Mais la dénonciation sincère de la condition des malades alimente aussi un parallèle discutable avec les camps de concentration⁹, dans un contexte qui reste marqué par l'anti-psychiatrie.

Ce n'est qu'au début des années 1990 – à la suite notamment de l'article de MM. Bonnet et Quétel – que les historiens abordent la question¹⁰ avant qu'une équipe coordonnée par Isabelle Von Buelzingsloewen¹¹ ne fournisse ce qui tient lieu aujourd'hui de véritable synthèse sur le sujet¹². Dès avant il apparaissait qu'en ce

⁴ BRISSET, C., Faut-il raser les hôpitaux psychiatriques?, *Le Monde*, 3 septembre 1980.

⁵ MASSE, G., GINESTET, D. (1977), Une lecture des «*Annales*» de l'occupation. La vie dans les Hôpitaux psychiatriques de 1939 à 1945, *Actualités psychiatriques*, n°3, pp. 53-57.

⁶ Voir par exemple, Le personnage du psychiatre (communication de 1946), in BONNAFE, L. (1991), *Désaliéner, folie(s) et sociétés*, Toulouse, Presses universitaires du Mirail, 334 p. ou LE GUILLANT, L., BONNAFE, L. (décembre 1952), La condition du malade à l'hôpital psychiatrique, *Esprit*, 843-872.

⁷ VERMOREL, H., MEYLAN, A. (1969), *Cent ans de psychiatrie*, Bordeaux, CEMEA, Editions du scarabée, Bibliothèque de l'infirmier psychiatrique, 81 p.

⁸ LAFONT, M. (1987), *L'extermination douce*, thèse présentée à l'Université C. Bernard, soutenue publiquement le 12 octobre 1981 pour le grade de Docteur en Médecine, Ligné, éditions de l'Arefpi, 255 p. réédition et mise à jour en septembre 2000, Latresne, Le bord de L'eau, 272 p.

⁹ Repris plus tard par le romancier LEMOINE, P. (1997) dans *Droit d'asiles*, Paris, Odile Jacob, 330 p.

¹⁰ Voir par exemple ODIER, S. (1995), «Saint-Egrève, des horreurs de Vichy à la médicalisation d'un asile (1930-1960)», Lyon, *Bulletin du Centre Pierre Léon*, n°2-3, 117-126.

¹¹ Isabelle Von Buelzingsloewen travaille notamment à partir du cas particulier du Vinatier.

¹² Voir VON BUELZINGSLOEWEN, (2005) et (2007).

domaine, il fallait non seulement redécouvrir les privations¹³, mais aussi rappeler ce qu'était l'asile ancien avec ses dysfonctionnements.

UNE POPULATION DE RÉPROUVÉS

A la fin des années 1930, les aliénés sont répartis entre 66 hôpitaux psychiatriques (généralement sous l'autorité de leur département), 17 établissements privés (souvent administrés par une Congrégation¹⁴) et une quinzaine de quartiers d'hospice. A cela s'ajoutent de nombreuses cliniques privées qui ne rentrent généralement pas sous le vocable «d'asile»¹⁵. La diversité des situations est un élément important car durant la guerre, l'intensité de la surmortalité asilaire varie aussi selon le type d'établissement considéré. Les hôpitaux publics, semblent incontestablement avoir payé le plus lourd tribut, ce qui justifie qu'ils bénéficient d'une attention plus particulière aujourd'hui.

L'établissement que l'on appelle «Hôpital psychiatrique»¹⁶ a un statut contraignant puisque sa gestion est placée sous la tutelle du «département», c'est-à-dire du Préfet et du Conseil général; sous Vichy, ce dernier est remplacé par une Commission administrative¹⁷ qui est réunie par le Préfet. Pour les affaires courantes, une Commission de surveillance nommée par le Préfet - comme il est prévu par la loi de 1838 - représente toujours l'administration au niveau de l'établissement, ce qui fait qu'un Préfet ne peut ignorer bien longtemps ce qui se passe dans son asile.

Depuis Esquirol (1772-1840), les asiles d'aliénés sont conçus pour centraliser les malades et les retirer de la société¹⁸. Mais entre 1870 et 1930, le taux d'internement des aliénés français a crû de 80 %, alors que le nombre d'établissements n'a presque pas évolué¹⁹. La surpopulation des locaux devient un problème majeur. En 1940, 105.200 malades sont répartis sur un parc hospitalier de 88.000 lits. Dans un grand

¹³ Notamment grâce aux travaux de VEILLON, D. (1995), *Vivre et Survivre en France, 1939-1947*, Paris, Payot, 371 p.

¹⁴ La Congrégation de Sainte Marie de l'Assomption et celle de St Jean de Dieu comptent parmi les principales congrégations présentes dans ce domaine de la santé.

¹⁵ On parle plus volontiers alors de «maisons de santé».

¹⁶ Cette dénomination date de 1937. On parle auparavant des «asiles publics d'aliénés»; une appellation qui perdure y compris dans le courrier administratif.

¹⁷ Voir la loi du 12 octobre 1940.

¹⁸ Dans un rapport de 1818, Esquirol qui fut le principal instigateur de la loi 1838, prescrivait la construction d'asiles régionaux très grands (à l'encontre du traitement moral mis en place par Pinel et Pussin). Ce faisant, il contribuait fortement à la mise en place d'établissements qui pouvaient devenir non seulement des lieux d'exclusion mais aussi de concentration. Voir POSTEL, J., BING F. (1992), Philippe Pinel et les concierges. Dans *Penser la folie, essais sur Michel Foucault*, Paris, Galilée, 195 p.

¹⁹ Voir TOULOUSE, Ed., DUPOUY, R., MOINE, M. (1930), Statistique de la psychopathie, *Annales Médico-psychologiques*, 12ème série, t.II., pp. 391-404.

établissement de province comme le Vinatier (Rhône), la population est passée de 2000 à 2900 malades en l'espace de dix ans (1930-1939). Ici, la progression a été rendue possible par la construction de quelques pavillons supplémentaires, mais à la fin de la décennie, un autre établissement comme celui de Saint-Robert (Isère) hospitalise 1700 malades alors qu'il n'a toujours que 1000 lits.

L'institution ne connaît que le placement d'office (à la demande des Pouvoirs publics pour les malades réputés dangereux) ou le placement volontaire (essentiellement à la demande des familles). Dans les deux cas, l'hospitalisation s'accompagne d'une privation de liberté.

À Saint-Robert ou au Vinatier, les malades réputés dangereux représentent près de 90 % de la population. Ce mode de placement permet notamment une gratuité des soins qui reste au contraire très exceptionnelle dans le cas d'un placement volontaire²⁰. La présence massive des placés d'office est donc d'abord le résultat d'un certain dénuement social.

Si l'on entasse les malades à l'asile, c'est peut-être parce qu'il représente la dernière prise en charge possible. Il en découle que le public d'asile est socialement défini. Dans plus de la moitié des cas, l'entrée se fait après 40 ans et elle concerne des individus qui sont célibataires, veufs, ou séparés. Dans la même proportion, il s'agit aussi de malades qui n'ont pas déclaré de profession²¹ et qui sont souvent très marginalisés avant même leur hospitalisation. Ce dernier aspect rend particulièrement nécessaire leur prise en charge par l'institution. La situation catastrophique qui s'impose aux aliénés à partir de 1940 doit donc être mise en perspective avec les contraintes administratives de l'établissement mais aussi avec la population particulière qui est concernée: une population dont la particularité, bien avant 1940, repose déjà sur l'abandon par les proches et dans une certaine mesure... par les pouvoirs publics.

UNE INCONTESTABLE SURMORTALITÉ

Le concept même de surmortalité pose un problème. Dans la plupart des établissements touchés, les médecins dénoncent une augmentation de la mortalité qu'ils mettent immédiatement en rapport avec la sous-alimentation des malades. Mais les statistiques qui accompagnent ces rapports ne permettent pas de déterminer la part précise de la sous-alimentation dans la mort par «cachexie tuberculeuse», ou par «cachexie sénile», pas plus

²⁰ Dans certains établissements –comme Saint-Robert– le prix d'un placement volontaire répond à une hiérarchie – de la 4^{ème} à la 1^{ère} classe – qui dépend du niveau de confort offert. Grâce à ces «pensionnaires», l'asile a un budget très bénéficiaire. Leur présence est donc importante et il faut compter ici avec la concurrence des «maisons de santé» (privées) que seul ce type de malades intéresse réellement.

²¹ Voir ODIER, S. (2006), *La fin de l'asile d'aliénés dans le Rhône et l'Isère (1930-1955)*, Thèse d'histoire soutenue à l'Université Lyon 3 Jean moulin sous la direction de M. Olivier Faure.

qu'elles ne permettent de dégager la part des tuberculeux, des épileptiques, ou des méningoencéphalites syphilitiques qui auraient survécu sans les privations alimentaires.

La méthode la plus fiable consiste à comparer les taux de mortalité avant et pendant la période de l'occupation. Mais là non plus, il n'est pas certain que les circonstances de la guerre n'aient pas sensiblement modifié la population de référence. On ne sait rien par exemple de l'état de santé général des malades qui sont admis dans les services psychiatriques entre 1940 et 1944. Or rien ne prouve qu'il soit aussi bon qu'avant 1939²²! A l'inverse, l'arrivée de nouvelles thérapies, comme les électrochocs (surtout après 1942) réduit le temps de présence à l'hôpital et aurait donc dû limiter le nombre des décès imputable aux établissements.

La disparition d'un grand nombre d'aliénés est un fait incontestable. Il reste que c'est un événement complexe qui se nourrit souvent d'une réalité très locale. L'agglomération de Lyon, par exemple, héberge deux établissements d'importance: l'asile de Saint-Jean de Dieu (1100 malades environ), où sur l'ensemble de la période la surmortalité ne touche que 326 aliénés²³ et le Vinatier (3000 malades) où dans le même laps de temps, la surmortalité fait près de 2000 victimes. On ne saurait expliquer la surmortalité générale des aliénés sans garder à l'esprit qu'elle a frappé avec de profondes inégalités.

Les situations difficiles sont dénoncées aux autorités de tutelle. Ainsi, dès 1941, alors que l'augmentation de la mortalité est déjà repérable²⁴, le Dr. Sizaret, Médecin Directeur de l'hôpital de La Roche Gandon (Mayenne) juge la situation suffisamment grave pour mener une rapide enquête auprès de ses confrères. Il peut dès lors établir que sur un corpus de 34 établissements, la mortalité a connu une augmentation qui s'échelonne entre 1.2 et 5.6 fois la mortalité de 1938 (prise comme année de référence). Il livre ainsi le tableau ci-après²⁵.

²² Voir CAIRE, M., Un établissement du dispositif de la Seine: l'hôpital psychiatrique de Maison Blanche, dans VON BUELTZINGSLOEWEN, (2005), p. 104.

²³ MARESCAUX, A. (2005), Un établissement épargné par la famine? L'asile privé Saint Jean de Dieu de Lyon, dans VON BUELTZINGSLOEWEN, I. *op. cit.*, p. 68.

²⁴ Le 28 avril 1941, le Dr. Adam présente à la Société Médico-Psychologique un rapport sur les moyens propres à sauvegarder les malades chroniques en période de carence alimentaire. Le 23 juin 1941, le Dr. Abely signale à la même société des états de carence observés dans les services psychiatriques. Le même mois, les Dr. Sivadon et Queron donnent une communication sur une épidémie de troubles carentiels de type béribérique à la colonie familiale d'Ainay-le-Château, et en octobre 1941, les Dr. Bonnafé et Dublineau communiquent à leur tour l'état de leurs «recherches sur les conditions d'apparition des oedèmes observés à l'asile en période de restriction alimentaire»; voir MASSE, G., GINESTET, D. (1977). A cela s'ajoutent les nombreux rapports médicaux rédigés chaque année par les Médecins chefs d'asile, dans lesquels les médecins dénoncent la situation des décès dans leur service. Enfin, en 1942, les Dr. Caron, Daumézou et Léculier signalent «l'effroyable hécatombe» au Congrès des Aliénistes de Montpellier.

²⁵ BONNET, O., et QUETEL, C. (1991), La surmortalité asilaire en France pendant l'occupation, *Nerveure*, t. IV, n° 2, pp. 22-32.

	Etablissements	1938	1939	1940	1941
1	YONNE	7,78	10,57	20,96	43,86
2	SEINE (Sainte-Anne)	29,30	30,24	31,79	37,75
3	MAINET-ET-LOIRE	8,90	10,00	14,73	37,21
4	EURE-ET-LOIR	8,51	9,17	14,26	35,38
5	MEURTHE-ET-MOSELLE	7,99	9,49	15,50	31,35
6	SEINE (Maison Blanche)	9,00	9,19	14,54	28,35
7	SEINE (Villejuif)	11,64	12,47	15,00	28,10
8	SEINE (Ville Evrard)	6,88	9,11	11,31	26,48
9	MARNE	7,23	7,05	13,65	25,10
10	SEINE-INFÉRIEURE	6,83	6,89	10,67	24,50
11	MORBIHAN	6,72	8,33	9,36	24,12
12	SEINE (Vaucluse)	12,98	13,42	20,44	24,12
13	INDRE-ET-LOIRE	12,24	13,83	20,75	24,80
14	ORNE	6,70	10,31	16,60	23,23
15	MEUSE	6,17	9,46	14,36	22,29
16	LOIRE-INFÉRIEURE	8,00	5,00	18,00	21,06
17	VENDÉE	7,56	8,05	13,68	20,88
18	HAUTE-MARNE	9,54	10,26	24,18	20,64
19	CHARENTE-MARIT	7,25	7,85	12,87	20,62
20	JURA	7,80	6,31	8,59	20,61
21	GIRONDE (Chât.-Picon)	9,61	8,82	9,11	20,59
22	NIÈVRE	12,50	10,05	17,94	20,38
23	EURE	6,61	8,28	17,97	18,57
24	FINISTÈRE (Quimper)	4,67	6,36	10,20	18,03
25	MAYENNE	5,78	6,38	15,03	17,64
26	LOIRET	5,83	7,54	13,65	17,08
27	MANCHE (Pontorson)	8,00	9,97	9,40	15,71
28	DEUX-SÈVRES	6,17	5,40	11,18	14,58
29	LOIR-ET-CHER	7,16	6,08	15,40	14,17
30	CTES-DU-NORD, Lehon	7,20	9,00	9,00	14,30
31	SARTHE	7,54	7,08	11,69	13,34
32	FINISTÈRE (Morlaix)	5,23	6,88	7,13	13,33
33	ILLE-ET-VILAINE	7,55	8,48	11,78	11,82
34	CTES-DU-NORD, Begard	8,56	7,84	8,70	10,38

Ni l'année 1938 ni l'année 1941 ne sauraient constituer des années de référence en soi, mais ce tableau a une réelle valeur de témoignage: l'évidence de la surmortalité des malades a frappé les médecins relativement rapidement et dans de nombreux établissements.

Ni Saint-Robert ni le Vinatier ne sont présents dans ce tableau, mais à partir de 1940 ils connaissent eux aussi une hémorragie de malades sans précédent dans leur histoire²⁶. Dès 1941 - l'année qui compte le plus de décès - la chute de leurs popula-

²⁶ Voir ODIER, S., (1995) et (2006), pour l'étude de la surmortalité des deux établissements. Le cas du Vinatier a été plus particulièrement étudié par LAFONT, M. (1987), et une équipe dirigée par VON BUELTZINGSLOEWEN, I. (2007).

tions est particulièrement sensible. 1778 aliénés ont péri à Saint-Robert²⁷, et 3165 au Vinatier. Par rapport aux années 1930, la moyenne annuelle des décès est multipliée par 2,6 à Saint-Robert²⁸ et par 2,7 au Vinatier²⁹. Dans ce dernier établissement, cela se traduit par un taux de mortalité qui s'élève à 18 % sur la période 1940-1945, alors qu'il n'était que de 8,3 % durant la décennie précédente³⁰. A Saint-Egrève, la mortalité atteint 16,8 %, alors qu'elle n'était que de 6 % durant les années 1930³¹. En 1945, la population a chuté de moitié par rapport à 1940³².

Si on considère le tableau ci-dessous, une étude attentive de la mortalité³³ permet aussi de montrer une périodisation de l'évènement. Plus du tiers (36,4 %) de la population masculine de Saint-Egrève succombe dès 1941³⁴. En 1942, le tiers des hommes disparaît à nouveau (32,9 %); le taux de mortalité des femmes atteint alors 24 %. Ensuite, la mortalité masculine chute de moitié, mais le taux féminin se maintient à un niveau élevé (18 %).

L'année la plus meurtrière est 1941 chez les hommes, alors que c'est 1942 chez les femmes: la mortalité chute quand il ne reste plus dans les quartiers à demi-désertés, que les malades les plus résistants. Elle reste un phénomène important sur toute la période de l'occupation. En 1944 par exemple, la mortalité reprend avec l'arrivée des malades transférés d'autres établissements (les établissements du sud de la France notamment...) et regroupés à Saint-Egrève ou au Vinatier par commodité.

Si cette surmortalité n'est pas ignorée, ses causes ne le sont pas non plus. Le 28 avril 1941, le Dr. Adam présente à la Société Médico-Psychologique un rapport sur les moyens de sauvegarder l'existence des malades chroniques en période de carence alimentaire.

²⁷ Chiffres donnés du le 1^{er} janvier 1940 au 31 décembre 1945 (y compris les malades qui y ont été transférés des établissements du sud de la France).

²⁸ Entre 1940 et 1945, Saint-Egrève passe d'une moyenne de 111 à 296 décès annuels.

²⁹ Entre 1940 et 1945, le Vinatier passe d'une moyenne de 233 à 633 décès annuels.

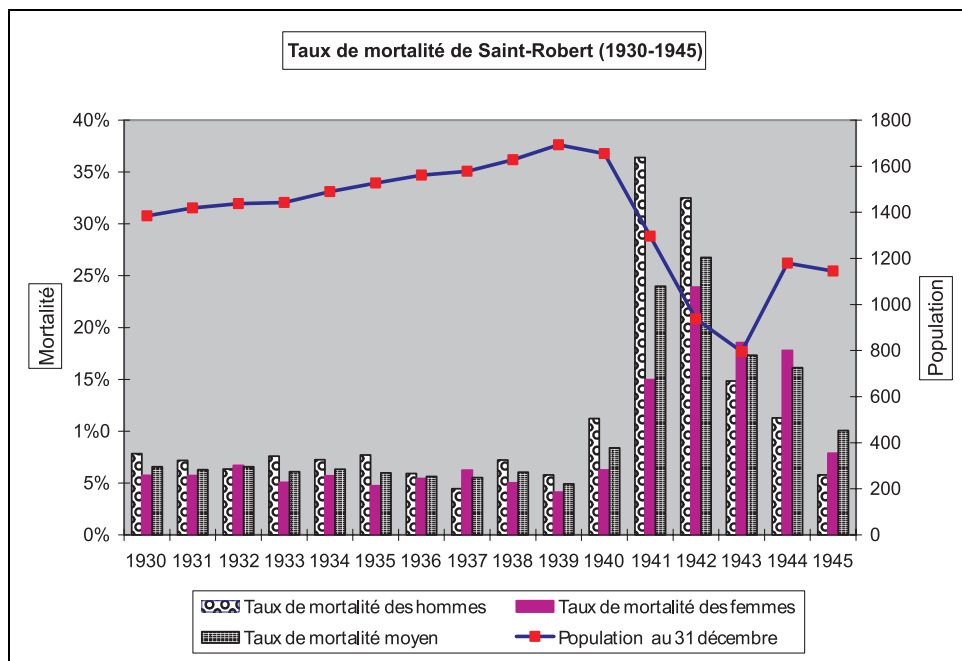
³⁰ De 1930 à 1939, le Vinatier admet 2331 décès pour une population totale traitée de 28 196 patients. De 1940 à 1945, il compte 3165 décès pour 17 601 malades traités.

³¹ De 1930 à 1939 (inclus), l'établissement recense 1109 décès pour une population totale traitée de 18 551 patients. De 1940 à 1945 (inclus), il compte 1778 décès pour 10 557 malades traités.

³² Le Vinatier compte 2895 malades au 31 décembre 1939, et 1509 à la fin de 1945. Saint-Robert, qui compte 1693 malades en décembre 1945, n'en compte plus que 833 en décembre 1946, après le départ des aliénés transférés là depuis le sud de la France. A titre de comparaison, P. Durand estime que l'établissement de Clermont-de-l'Oise a perdu environ 40% de ses effectifs sur la même période; cf. DURAND, P. (1988), *Le train des fous*, Messidor, p. 139.

³³ Calculés par rapport à la population totale traitée dans l'année.

³⁴ Contre seulement 15 % de la population féminine cette année-là.



Les médecins soulignent rapidement le lien entre une mortalité élevée et les effets de l'occupation. A l'hôpital Sainte Marie de Clermont Ferrand, le Dr. Doussinet estime dans son rapport pour 1941 que les deux tiers des décès de son service sont imputables aux difficultés du ravitaillement. Il ajoute que «*c'est là un fait général constaté dans tous les établissements d'aliénés, qui commande une véritable fonte des effectifs asilaires*»³⁵. Quatre ans plus tard, dans son rapport pour 1938-1945, le Directeur du Vinatier met clairement en cause lui aussi la dénutrition des malades³⁶.

Les restrictions alimentaires ont commencé en juillet 1940. Le minimum vital est généralement estimé à 2500 calories par jour pour un individu de 65 kg «sédentaire» (peu actif). A l'hôpital de Bonneval (Eure et Loir), les rations des malades chutent

³⁵ Cité par BONNET et QUETEL (1991).

³⁶ «Le nombre considérable des décès pendant les années 1940, 1941 et 1942 s'explique par l'apparition des oedèmes de dénutrition. C'est en effet aux restrictions alimentaires que ceux-ci furent d'abord attribués». S'il estime que «*tout fut mis en oeuvre dans la mesure du possible*» pour pallier les insuffisances du ravitaillement, il ajoute un peu plus loin que «*le rôle du froid a été certainement considérable chez les malades en général hypothermiques et dont le système de régulation neurovégétative et endocrinienne paraissait fortement atteint*».

à 1500 calories dès le printemps 1941³⁷. En décembre de la même année, elles ne dépassent guère 1400 calories au Vinatier³⁸. A Saint-Robert, à la même date, les femmes reçoivent moins de 1200 calories/jour: dans ce dernier cas, on se situe alors 300 calories en dessous du minimum nécessaire à un individu couché³⁹.

La diversité des situations peut s'expliquer par la taille ou la disposition géographique des établissements et la désorganisation relative des différentes régions par rapport aux possibilités de ravitaillement. Le fait par exemple que l'hôpital de Bonneval ait été placé d'emblée en zone occupée n'a vraisemblablement pas amélioré ses conditions d'approvisionnement. Mais l'insuffisance des aliments réside d'abord dans le contenu officiel des rations: elles ne sont pas calculées en fonction du minimum vital mais de ce que l'occupant a bien voulu laisser⁴⁰. La population de l'asile est traitée comme l'ensemble de la population française. Les jeunes de 12 à 21 ans reçoivent les suppléments de la carte J3 (chocolat, farine lactée...). Au-delà de 70 ans, les vieillards ont moins de pain que les rationnaires J3, mais leur ration est améliorée par du lait. Il existe une majoration des régimes alimentaires pour raison médicale mais elle doit se traduire par d'autres diminutions au sein de ce même régime. Les malades chroniques en sont d'ailleurs progressivement exclus, à l'exception peut être des tuberculeux qui, comme dans l'ensemble de la population restent relativement privilégiés. Isabelle Von Bueltzingsloewen formule l'hypothèse que les asiles des départements peu touchés par les difficultés de ravitaillement ont obtenu un nombre plus important de régimes de suralimentation, alors même qu'il leur était plus facile de trouver des quantités importantes de denrées non contingentées. Cela contribuerait à expliquer les écarts de mortalité entre établissements⁴¹.

De fait, l'attribution des régimes particuliers est parfois aussi soumise à des tracasseries administratives dont dépend finalement la vie des malades. A Saint-Jean de

³⁷ Voir CLERVOY, P. (1997), *Henri Ey (1900-1977): cinquante ans de psychiatrie en France*, p. 51. L'auteur ne cite malheureusement pas ses sources pour le calcul des rations.

³⁸ La valeur moyenne était de 2666 calories et 80 grammes de protides en mars 1939. Ces chiffres sont connus par la thèse que le pharmacien L. Trouillas soutient en 1942 Voir TROUILLAS, L. (1942), *Quelques recherches biochimiques sur l'oedème de dénutrition*, Thèse de doctorat d'université (Pharmacie), Lyon, cité par LAFONT, M. (1991), La mémoire des faits reste précieuse, *Nervure*, IV, 2, pp. 10-21.

³⁹ En avril 1942, le Dr. Jourdran reconstitue le menu des femmes de son service. Il estime que pour une activité normale, les rations sont inférieures de plus de 50 % à la quantité vitale. Le tout avec un déséquilibre évident entre les matières azotées animales et végétales: le rapport qui devrait être de 50 % environ est ici inférieur à 10% par carence de matières azotées animales. Les graisses sont inférieures aux 25 % vitaux des calories, les hydrates de carbone sont insuffisants de moitié. Voir ODIER (2006).

⁴⁰ La France est soumise à un pillage en règle de la part de l'occupant et, compte tenu de l'épuisement de ses ressources elle ne peut répondre aux exigences allemandes qu'en puisant sur ce qui lui est directement nécessaire. Voir VEILLON (1995), p. 103.

⁴¹ En 1942, 15 à 20% des aliénés toucheraient des suppléments. Voir VON BUELTZINGSLOEWEN (2007), p. 215-216.

Dieu, tous les aliénés disposent du même type de carte, qu'ils soient adolescents, vieillards ou travailleurs⁴². Si la question de son attribution ne semble pas s'être posée au Vinatier⁴³, les aliénés qui travaillent pour Saint-Robert en revanche, ne bénéficient pas avant 1942 de la carte T⁴⁴, qui donne droit à 50 g de pain supplémentaires. Le changement semble être intervenu après que la circulaire 39 du 3 mars 1942 a indiqué que les Médecins Chefs devaient réviser la liste des malades qui pouvaient être considérés comme travailleurs afin que les directeurs des établissements s'efforcent de leur faire obtenir la carte T. Le cas des travailleurs de Saint-Robert n'était donc pas un cas isolé. Enfin, il faut attendre le 4 décembre 1942 pour que Max Bonnafous, Ministre du Ravitaillement, signe une circulaire autorisant les aliénés à bénéficier des suppléments prévus pour les cantines d'usine ainsi que d'une attribution forfaitaire supplémentaire⁴⁵.

Les suppléments accordés par cette circulaire peuvent expliquer une diminution de la mortalité en 1943. En Isère, le directeur de Saint-Robert peut ainsi écrire qu'«*il ressort de [de l'application de la circulaire] que nos malades, en 1943, ont été réellement mieux alimentés qu'en 1941 et 1942*»⁴⁶. Mais le taux de mortalité de Saint-Robert dépasse toujours les 17 %⁴⁷. Cela étant, le ravitaillement n'arrive que très irrégulièrement car les tickets ne trouvent pas toujours de fournisseurs suffisamment achalandés. En février 1943 par exemple, Saint-Robert n'a obtenu que l'équivalent d'un mois de suppléments au lieu de trois⁴⁸.

En dépit des difficultés, il ne fait guère de doute que ceux qui dirigent les établissements font du mieux qu'ils peuvent pour préserver la qualité de la nourriture qui est servie. En 1940 encore, alors que la mobilisation a déjà désorganisé l'économie

⁴² MARESCAUX (2005), p. 74.

⁴³ VON BUELTZINGSLOEWEN (2005), p. 55.

⁴⁴ 300 à 500 malades travaillent selon les années, mais le chiffre moyen sur la période est estimé à 350. Voir le Comptes Moral et Administratif pour l'exercice 1945, archives du Centre hospitalier de Saint-Egrève; non classé

⁴⁵ Cette circulaire a été précédée par celle du 2 décembre 1942 qui améliore le sort des prisonniers.

⁴⁶ Rapport du directeur et des médecins-chefs pour l'année 1943, archives du Centre hospitalier de Saint-Egrève; non classé.

⁴⁷ Ainsi, les seules quantités de pâtes reçues à Saint-Robert pendant l'Occupation le sont sur bons spéciaux délivrés par les services de la santé (50 g par semaine et par malade). Par supplément, on entend pour chaque malade des tickets pour 1 kg de pommes de terre, 90 g de viande par semaine, 15 g de matières grasses tous les quatre jours, et 0,20 l de vin par jour (Comptes Moral et Administratif pour l'exercice 1945, archives du Centre hospitalier de Saint-Egrève; non classé). Toutefois ce «*régime de suralimentation à 25% des effectifs*» (Circulaire n°186 du 4 décembre 1942) ne change rien pour ceux qui bénéficient déjà de suppléments à titre individuel (par exemple les malades tuberculeux bénéficiaient de quelques suppléments depuis avril 1942).

⁴⁸ Lettre du directeur de l'hôpital psychiatrique de Saint-Robert au directeur de l'hôpital psychiatrique de Leyme (dans le Lot), en date du 13 février 1943, archives du Centre hospitalier de Saint-Egrève; non classée.

du pays, le cahier des charges des aliments réclamés par le Vinatier est resté draconien. Le café qui est mis en adjudication «*doit être de bonne qualité, en provenance d'une colonie française, et posséder un arôme agréable*», et la pâte des différents fromages (gruyère, bleu d'Auvergne, Munster, Port salut, Reblochon) doit être grasse et «*de bon goût*»⁴⁹. Devant la montée du prix de la viande, l'établissement fait appel à une société spécialisée dans le poisson congelé, et le directeur insiste là aussi sur la qualité d'un produit que l'établissement a déjà eu à consommer l'année précédente. Mais le temps n'est plus à de telles exigences. Dès avril 1941, le Dr. Adam de la Chartreuse de Dijon suggère à ses confrères de confectionner une soupe avec l'ensemble de la ration des malades afin d'éviter les pertes⁵⁰. Il n'est plus question que de gérer la pénurie.

Les établissements régis par la loi de 1838 ont été pensés pour être des lieux fermés mais aussi des lieux retirés du monde. C'est la raison pour laquelle la plupart d'entre eux possèdent une ferme qui doit occuper une partie des malades et subvenir aux besoins de cette collectivité repliée sur elle-même.

A titre d'exemple, la ferme de Saint-Robert représente une exploitation de 37 ha avec 22 bovins et 170 porcs; le Vinatier exploite 61,4 ha, avec 80 bovins et près de 300 porcs. Pourtant, les comptes de ces deux établissements montrent que la valeur totale de ce qui est produit dans les années 1930 reste 5 fois moins importante que la valeur de ce qui est acheté. La ferme de l'asile a pour rôle principal de fournir des suppléments alimentaires aux malades travailleurs et d'améliorer l'ordinaire du reste des aliénés. Elle ne saurait suffire à l'approvisionnement de toute la population. La vie en autarcie n'est donc qu'un mythe et la période de l'occupation le démontre amèrement.

Devant la rigueur des temps, chaque établissement met en culture la moindre parcelle de terre. On remplace les pelouses par des potagers. A Bonneval (Eure-et-Loir), l'établissement n'ayant pas de ferme, le Dr. Ey en fait acheter une qui est attenante à son hôpital. Il lui faut de l'obstination pour obtenir les subsides suffisants de la part d'une administration que le sujet n'intéresse guère. Ainsi doté, l'établissement organise la culture des légumes par ses malades, mais aussi l'élevage des poules et des lapins⁵¹.

L'exploitation agricole ne résout pas tout. Parce qu'ils possèdent une ferme-école les établissements psychiatriques sont considérés comme des unités de production: ils doivent remettre leur production de blé au Ravitaillement général et rendre les tickets de viande correspondant aux porcs qu'ils ont abattus. En 1942, la direction de Saint-Robert se voit même réquisitionnée de 1.6 t de riz alors que dans l'asile, les malades meurent de faim.

Les rations imposées par le Ravitaillement Général ne sont pas calculées en fonction du minimum vital, mais de ce que les exigences allemandes veulent bien

⁴⁹ Procès verbal de la Commission de surveillance du 1^{er} avril 1940, archives du Vinatier, non classé.

⁵⁰ LAFONT (1991).

⁵¹ CLERVOY (1997), p. 52.

abandonner à la France⁵². Le Ravitaillement c'est d'abord le moyen mis en place par l'Etat Français pour faire face à la pénurie: outre le rationnement, il existe bien un «marché libre» pour certaines denrées non contingentées mais leur liste ne cesse de diminuer tout au long de la période et surtout, les quantités réclamées par un hôpital psychiatrique dépassent souvent les possibilités de l'offre.

Les quantités contingentées se trouvent aussi sur un marché parallèle qui se constitue rapidement avec des prix exorbitants. C'est là que la plupart des Français trouvent l'appoint des calories qui fait défaut dans les rations officielles. Les autorités elles-mêmes partent du principe que les Français feront du marché noir⁵³ pour survivre ou se redécouvriront une famille à la campagne, quand ils ne font pas eux-mêmes partie de ces ruraux qui sont encore près d'un Français sur deux⁵⁴. Mais si frauder pour nourrir sa famille est une chose, demander à des fonctionnaires de défier la loi pour nourrir une population de plus de 3000 personnes (personnel inclus) est non seulement inconcevable, mais aussi techniquement impossible.

On comprend ici que la surmortalité croît nécessairement avec la taille des établissements, la vie des malades étant soumise cette fois encore à la réalité très locale de leur administration: la simple question du transport des denrées apparaissant parfois comme une difficulté presque insurmontable, un petit hôpital situé en zone rurale présente ici un avantage certain sur le grand établissement situé en agglomération. Le Dr. Paul Balvet a pu largement éprouver cette différence en arrivant au Vinatier en 1943. Alors qu'il laissait son poste de Médecin Directeur de l'hôpital psychiatrique de Saint Alban sur Limagnole (Lozère) - où il a su développer une véritable stratégie de lutte contre la sous-nutrition - il éprouvait désormais un fort sentiment d'impuissance⁵⁵.

Si au-delà d'un certain nombre de malades l'action individuelle devient sans effet, il reste le cas particulier d'établissements relevant d'une congrégation, et qui à ce titre, peuvent s'appuyer sur tout un réseau d'entraide. Mme Marescaux et M. Bonnet

⁵² Le ravitaillement français doit faire face aux problèmes posés par le découpage du territoire national en différentes zones (avec les trois quarts du blé, du sucre et du beurre en zone occupée), auxquels il faut ajouter les 400 millions de marks par jour d'indemnités dues aux vainqueurs (dans une monnaie allemande surévaluée) et l'entretien des troupes d'occupation qui représente un prélèvement hors de proportion avec les troupes en présence; sur ce point, voir VEILLON (1995), p. 102.

⁵³ Plus de 4000 Français en 1942, et jusqu'à 8000 en 1944, sont condamnés à des peines de prison pour marché noir; voir AMOUROUX, H. (1971), *La vie des Français sous l'occupation*, Paris, Librairie Générale Française, 2 volumes.

⁵⁴ Le gouvernement, reconnaissant implicitement l'insuffisance des rations, promet le 15 mars 1942, très officiellement, de ne plus faire poursuivre devant les tribunaux «les infractions qui ont été uniquement commises en vue de la satisfaction directe des besoins personnels ou familiaux». Voir RIOUX, J.P. (1985), *Survivre, L'Histoire*, 80 pp. 80-100.

⁵⁵ Voir ROCHET, M. (octobre 1996), Saint-Alban sur Limagnole, un hôpital psychiatrique pendant la guerre, *L'Information Psychiatrique*, pp. 758-766.

ont respectivement étudié l'hôpital Saint Jean de Dieu de Lyon et les différents établissements de la congrégation Sainte Marie de l'Assomption. Ils donnent à ce titre des informations tout à fait précieuses sur la vie des deux principaux réseaux d'asiles privés «faisant fonction de public» durant l'occupation. Si le dévouement des religieux pour leurs malades a pu pousser certains d'entre eux à faire fonctionner le réseau interne de ces établissements dans le but de contourner la législation, cela reste particulièrement difficile à prouver, l'action clandestine n'étant pas, par définition, destinée à laisser de traces. Il reste qu'un grand établissement comme l'Asile Sainte Marie du Puy en Velay (1586 malades en 1939) a un taux de mortalité qui atteint à peine 10 % en 1942. Durant toute l'occupation il garde des taux de mortalité qui sont souvent inférieurs à ceux d'autres établissements avant guerre!

Néanmoins, les difficultés existent. A l'hôpital Sainte Marie de Nice, la mortalité touche 20% des malades de manière continue de 1941 à 1943. A Lyon, l'hôpital Saint Jean de Dieu connaît un pic de mortalité lorsque 19,4% de sa population disparaît en 1943. Mais ici aussi, il faut vraisemblablement tenir compte des spécificités locales. Il semblerait par exemple que les convois de St Jean de Dieu peuvent franchir la ligne de démarcation sans trop de difficultés. Au Puy ou à Rodez, les religieuses de Sainte Marie ont peut-être trouvé des complicités pour favoriser leur approvisionnement. A Caysiols, il est possible que l'élevage de porcs soit clandestin (les sœurs ne respectant peut être pas la législation sur l'abattage des bêtes). L'appartenance à une même congrégation permet peut-être aussi l'échange des denrées et des tickets de rationnement et une souplesse – propre aux asiles privés - dans l'utilisation des fonds, notamment en cas de recours au marché noir. Mais c'est surtout la mise en valeur des terres, les bonnes relations des sœurs avec le monde agricole et le réseau propre aux établissements de la Congrégation – qui cherche aussi des soutiens dans l'administration et le monde politique - qui semblent faire la différence⁵⁶.

Enfin, on ne saurait oublier lorsqu'on parle d'établissements privés que leur spécificité se trouve aussi parfois dans le statut juridique de leurs malades: à Saint Jean de Dieu, la majorité des placés volontaires sont en première classe, ce qui traduit sûrement un bon lien social avec les familles qui peuvent être sollicitées en cas de difficulté.

POURQUOI SONT-ILS MORT?

Le Dr. Bonnafé – qui fut l'un des premiers à dénoncer inlassablement la surmortalité asilaire – ne croit pas que le mot extermination soit trop fort. Il l'utilise dès

⁵⁶ On ne peut bien sûr généraliser. A Privas par exemple, la supérieure se plaint de la mauvaise volonté des Autorités. Voir BONNET et MARESCAUX (2005).

1948 et lie la question de cette extermination à celle, plus vaste, de la déconsidération sociale pour des malades que l'on enferme. Après les découvertes de la seconde guerre mondiale, il peut facilement lier l'univers asilaire et celui des camps de concentration. Ainsi, selon lui, *"l'extermination des malades et les difficultés matérielles d'entretien des hôpitaux durant la guerre ont achevé le fantôme d'assistance qui existait auparavant, le coup d'oeil neuf que nous jetons sur la situation nous présente la situation absurde et tragique de l'univers concentrationnaire"*⁵⁷.

L'extermination qui est ici dénoncée devait être le fruit de la «politique fasciste d'assistance aux aliénés» menée par le gouvernement de Vichy⁵⁸. Une telle dénonciation a eu du mal à sortir du monde fermé des psychiatres. Cela étant, le courant de pensée qui s'appuie sur les manquements de l'Etat français pour dénoncer une volonté délibérée du régime de Vichy à exterminer les aliénés connut un certain succès lors de la génération suivante⁵⁹, après qu'il fut ravivé par l'ouvrage de Max Lafont sur «l'extermination douce».

Il n'est pourtant pas si évident de lier la surmortalité à une prétendue politique eugéniste. De fait, si une politique nouvelle est menée sous Vichy, c'est bien la politique que voulaient mener les hommes du Front Populaire: celle de l'hygiène mentale. Dans la banlieue parisienne, Hazemann fait fonctionner les premiers dispensaires de l'Office Public d'Hygiène Sociale de la Seine; au Vinatier (Rhône), un service libre est transféré à l'intérieur des murs et pour répondre à une véritable politique de santé mentale en direction de l'enfance et l'asile se tourne vers le niveau associatif et universitaire, sous la houlette de l'Etat, qui n'a jamais été aussi présent.

Aussi la responsabilité active de l'administration dans la surmortalité asilaire n'est pas démontrée à ce jour. Les malades meurent de faim mais il n'y a pas d'ordre officiel ni de nouvelle législation qui organise leur disparition. Au contraire, des mesures sont prises contre ceux qui détournent la nourriture des aliénés et l'on peut citer – rarement – certains hauts fonctionnaires qui ont intercédé en faveur des malades mentaux⁶⁰. D'ailleurs, la circulaire n°186 du 4 décembre 1942 alloue bien des suppléments alimentaires à ces derniers. On peut penser que cette mesure vient trop tard, mais elle réduit considérablement la thèse d'une politique délibérément exterminatrice.

Si extermination il y a, elle se fait dans un cadre juridique qui existait déjà sous la IIIème République. Les derniers travaux menés sur la question incitent à com-

⁵⁷ (1948), Psychiatrie et politique, *l'Evolution psychiatrique*, tome 13, 4. Republié dans BONNAFE, L. (1977), *Dans cette nuit peuple*, Paris, Editions sociale, 252 p.

⁵⁸ Voir notamment LE GUILLANT, L., et. BONNAFE, L. (décembre 1952), La condition du malade à l'hôpital psychiatrique, *Esprit*, pp. 843-872.

⁵⁹ Il est notamment repris par LEMOINE (1997) ou la préface de M. AJZENBERG au livre de DURAND (1988).

⁶⁰ Comme le sous directeur des affaires départementales de la préfecture de la Seine, S.E Mondor, dont les prises de position sont relatées par M. CAIRE (2005).

prendre le drame vécu sous l'occupation non seulement par rapport au contexte national, mais aussi par rapport au contexte institutionnel.

Même s'ils se désolent de la situation de leurs malades, les médecins chefs de service n'incriminent généralement pas l'administration de leur établissement et, au début tout au moins, ils n'accablent pas non plus celle de Vichy. A Clermont Ferrand, en 1941, le Dr. Doussinet, Médecin Chef de Sainte Marie, met en cause le Ravitaillement, mais il souligne qu'il «*est pourtant l'objet des soins attentifs de l'administration*»⁶¹.

En mars 1941 une infirmière visiteuse de l'UCMA⁶² dénonce au Ministre d'Etat à la Famille⁶³ la situation dans l'hôpital psychiatrique de Saint-Egrève. Le ton est de nature à donner l'alarme: «*de l'enquête à laquelle je me suis livrée, il semble bien en effet que ces malades sont très sérieusement sous-alimentés (..) Le résultat est que depuis un mois la mortalité a dépassé la normale de toute une année*». Particulièrement conscient de la situation de ses malades, le directeur de Saint-Egrève fait néanmoins part de sa surprise au Directeur régional⁶⁴ devant cette enquête qui «*méconnaît totalement les difficultés alimentaires de l'heure*». Il admet certes la surmortalité mais ajoute que «*la crise de l'alimentation sévit comme partout ailleurs*»...

Un sentiment plus ancien remonte aisément à la surface toutefois: celui d'une médecine pour aliénés systématiquement réduite à la part congrue d'une médecine pour indigents. Il semblerait que l'asile reste à l'écart du réseau hospitalier et souffre une fois encore de son discrédit. C'est ainsi qu'il faut entendre la plainte du Dr. Sizaret lorsqu'il évoque des suppléments alloués par l'Assistance Publique de Paris à ses hôpitaux (alors que de tels suppléments ne semblent d'ailleurs pas avoir été si répandus dans les hôpitaux généraux français): «*L'Hôpital Psychiatrique souffre d'une défaveur générale auprès des Pouvoirs Publics. Tandis que les administrations hospitalières et notamment, l'Assistance Publique de Paris obtenaient dès 1939 des adoucissements au régime des cartes et des suppléments de pain, sucre, viande pour les hospitalisés, ces libéralités n'ont pas été consenties aux malades d'asiles*»⁶⁵.

On retrouve facilement l'écho d'un tel sentiment de mise à l'écart dans les rapports des Dr. Clerc et Jourdran, de Saint Egrève, lorsqu'ils interpellent ainsi leur administration de tutelle: «*nous ne pouvons admettre sans une certaine indignation ce raisonnement que nous entendons trop souvent prétendant que c'est sans importance si «les fous»*

⁶¹ MM. BONNET et QUETEL, (1991).

⁶² Union catholique des mutualités des Alpes.

⁶³ Archives du Centre Hospitalier de Saint-Egrève, non classé. La lettre date du 22 mars 1941.

⁶⁴ Archives du Centre Hospitalier de Saint-Egrève, non classé.

⁶⁵ Le Dr. SIZARET est Médecin Chef de La Roche Gandon (Mayenne). Voir BONNET et QUETEL, (1991).

meurent»⁶⁶. Ailleurs, à Mondevergues-les-Roses, lorsque le Dr. Isac s'adresse aux autorités compétentes, il se voit répondre en 1944: «*il y a des malades plus intéressants que les vôtres*»⁶⁷.

L'administration du Ravitaillement semble directement mise en cause; non pas en raison d'une réglementation qui serait contraire aux établissements pour aliénés, mais du fait de son manque d'entrain à reconnaître que la situation des asiles mériterait des dispositions alimentaires particulières. Il semble évident à ces médecins que le Ravitaillement aurait pris d'autres mesures si les malades n'avaient pas été de simples aliénés.

Cette réglementation spécifique tardant à venir, il reste à tirer le meilleur parti possible des dispositions en vigueur. La circulaire n° 39 du 3 mars 1942 se plaint de ce que les tickets ne sont pas toujours honorés et les distributions pas toujours correctes de la part du personnel infirmier. Ces deux problèmes pratiques ont effectivement leur importance. Même en échange des tickets requis, les gros fournisseurs parviennent difficilement à trouver – mais aussi, à acheminer- les quantités nécessaires à des populations de plusieurs centaines de personnes. On peut aussi invoquer la question du «*coulage*» par le personnel infirmier d'une nourriture qui était destinée aux malades (dans de grands établissements, comme le Vinatier, on procède de ce fait à des fouilles inopinées). Mais n'est-ce pas dédouaner un peu facilement l'administration centrale de plus graves insuffisances ?

La responsabilité de Vichy est souvent évoquée pour dénoncer aussi une certaine complicité des médecins. C'est en ce sens qu'est écrit l'article de Mme Escoffier-Lambiotte⁶⁸ qui prend appui sur l'ouvrage de M. Lafont pour dénoncer des psychiatres plus curieux de faire des expériences médicales que de réellement soigner les aliénés agonisants. Ainsi, M. Benno Muller Hill⁶⁹ écrit en 1989 que «*les psychiatres français suivirent l'exemple allemand sans avoir reçu d'ordres*». Il ressort de tout cela le sentiment d'une culpabilité diffuse que ces auteurs pensent devoir expier parce qu'elle doit faire suite à ce que l'on croit alors avoir repéré comme une conspiration du silence.

Le témoignage du Dr. Scherrer⁷⁰, publié la même année pour l'hôpital d'Auxerre (où il était médecin directeur), souligne au contraire les efforts du person-

⁶⁶ Lettre du 15 avril 1942, Les Médecins-Chefs de service à l'H.P. D. de l'Isère à Monsieur le Directeur régional de la santé et de l'assistance, archives du Centre hospitalier de Saint-Egrève, non classé. Le passage souligné l'a été par mes soins.

⁶⁷ CASTELLI, A. (1996), Montdevergues-les-Roses (1940-1945): un hôpital psychiatrique sous Vichy, *Chimères*, n° 28 et 29.

⁶⁸ ESCOFFIER LAMBIOTTE, C. (10 juin 1987), Les innocents de Clermont-de-l'Oise, *Le Monde*.

⁶⁹ BENNO MULLER HILL (1989), *Science nazie, science de mort: l'extermination des juifs, des tziganes et des malades mentaux de 1933 à 1945*, Paris, Odile Jacob, p. 70; cité par MM. BONNET et QUETEL (1991).

⁷⁰ SCHERRER, P., (1989), *Un hôpital sous l'occupation*, Paris, Atelier Alpha Bleu, 189 p.

nel soignant pour sauver et soigner. La conspiration des médecins contre leurs patients n'a pas eu lieu. Le silence n'a pas été la règle non plus. Jusqu'en 1942, les publications des aliénistes montrent qu'ils pensent avoir affaire à une simple «avitaminose». Ils réalisent lentement que leurs malades sont en train de mourir de faim; mais ils se mobilisent lorsque le fait devient incontestable. Dès lors, et dans tous les établissements frappés par la surmortalité qui ont été étudiés jusqu'ici, les rapports médicaux dénoncent bien une surmortalité par sous-alimentation. Ainsi, un vœu de la séance du 22 juin 1942 de la Société Médicopsychologique serait même à l'origine de la circulaire Bonnafous de décembre de la même année.

En revanche, les aliénistes ne semblent pas pouvoir compter sur le soutien de leurs confrères non spécialistes. Lors de la séance du 9 février 1943 à l'Académie de médecine, le Dr. Martel se scandalise de ce que, suite à la circulaire Bonnafous, les malades mentaux soient mieux traités que nombre de travailleurs sobres et mal alimentés⁷¹. Au printemps de la même année, quand l'ensemble du corps médical s'accorde sur la nécessité de multiplier les suppléments alimentaires, l'un des médecins de *Paris Médical* regrette à son tour que cela soit déjà fait pour les aliénés⁷².

Les médecins d'asile ne sonnent pas véritablement l'alarme avant le Congrès de Montpellier (novembre 1942). Même alors, aucune intervention ne met directement en relation l'augmentation de la mortalité asilaire et la rigueur du rationnement des malades. Les communications - comme les articles qui suivent sur le même sujet - se situent davantage dans le champ de l'observation clinique des états de carence, que dans une polémique incriminant le gouvernement de Vichy. Cette timidité apparente vient vraisemblablement d'un sentiment de fatalité devant une souffrance qui est commune à l'ensemble des Français. Il n'y a pas non plus de tentative pour en appeler à l'opinion publique, ce qui d'ailleurs n'est guère surprenant si l'on tient compte d'un contexte politique peu favorable au débat démocratique.

En somme l'action des médecins, pour énergique qu'elle soit, reste confinée au niveau administratif. Il y a plusieurs raisons à cela. Les conditions de vie habituelles des aliénés avant la guerre étaient déjà relativement rudes – ces derniers étant une charge pour la société – et l'on pourra toujours évoquer le fatalisme de médecins habitués à voir leurs malades passer systématiquement après les autres, mais il faut voir en outre que les conditions de l'ensemble des Français sont devenues tellement difficiles que, sans doute il devient moins naturel de s'intéresser au sort d'autrui, quel qu'il soit. La mortalité générale de la ville de Paris et du département de la Seine

⁷¹ *Bulletin de l'Académie de Médecine*, séance du 9 février 1943. Les suppléments alloués par la circulaire de décembre 1942 placent certains malades mentaux sous le régime I (invalidité).

⁷² CARNOT, P. (10 avril 1943), La sous alimentation actuelle et ses conséquences digestives, *Paris médical*, 13-14, p. 88.

passé de 12.7 % en 1937 à 16.8 % en 1941⁷³. En 1942, les médecins de l'Académie de médecine soupçonnent que dans toutes les grandes villes, les vieillards sont encore plus durement touchés que l'ensemble de la population. En 1945, ils soulignent que cette mortalité a été particulièrement importante dans les collectivités (hospices, asiles et prisons), «*c'est-à-dire partout où les modalités du rationnement ont été le plus rigoureusement observées*»⁷⁴.

Cette dernière phrase ne donne vraisemblablement qu'une partie de l'explication. Dans la mesure où on ne se préoccupait pas du sort des aliénés quand tout allait bien, comment s'en préoccuper au moment où la vie devient si difficile pour soi ? Ici on voit bien deux niveaux de condamnation se superposer sur la tête des malheureux : celle qui touche tous ceux qui ont été soumis à un régime légal de rationnement particulièrement stricte, mais aussi, celle qui touche tous ceux, qui, pour différentes raisons, ont été soustraits au regard (et donc à la solidarité naturelle) du reste de la société.

C'est ici qu'il faut faire intervenir deux niveaux de responsabilité supplémentaires : celui d'un eugénisme diffus - qui sans s'exercer de façon active restait à l'évidence plus ou moins partagé par toutes les couches de la société - et celui d'un système psychiatrique déjà obsolète qui, du fait de ses lourdeurs de fonctionnement, condamnait à l'inaction.

L'absence de considération pour la mort des aliénés s'est d'abord traduite au niveau officiel par une attitude de déni systématique : en mettant en avant la diminution de l'alcoolisme (qui est réelle, du fait des restrictions) le gouvernement de Vichy peut faire passer la chute de la population des asiles pour une victoire de la Révolution nationale⁷⁵. Mais les établissements d'aliénés informant régulièrement leur Préfet de tutelle, l'Etat ne peut ignorer la réalité de la situation alimentaire. Les Préfectures ne répondent généralement pas aux rapports des aliénistes qui dénoncent le sort de leurs patients ; elles laissent en place le rationnement des malades et souvent même, les réquisitions sur les fermes des hôpitaux. Cette inaction des pouvoirs publics s'explique aussi par l'indifférence de la population et l'esprit eugénique qui prévalait déjà avant la guerre. Durant les années 1930, au nom de la préservation de la «*race française*», de nombreuses personnalités de droite comme de gauche⁷⁶ avaient déjà pu montrer leur désintérêt pour les aliénés. En 1935, Alexis Carrel avait professé dans *L'homme cet inconnu*, une pensée catholique réactionnaire qui n'hésitait pas à

⁷³ *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 17 novembre 1942.

⁷⁴ *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 20 mars 1945.

⁷⁵ Voir par exemple le point de vue du Dr. Grasset (février 1944), Lutte anti-tuberculeuse et assistance psychiatrique, *Annales Médico-psychologiques*, t.1.

⁷⁶ En la matière on se souvient par exemple qu'en 1937, E. HERRIOT (chef de file des Radicaux de gauche) a déclaré devant les dépenses de la psychiatrie publique que «*on a raison de dire qu'il vaut mieux laisser mourir un aliéné et sauver un enfant*» (Procès verbaux du Conseil général du Rhône, séance du 22 octobre 1937, Archives départementales du Rhône).

formuler le gazage des aliénés criminels. L'ouvrage avait eu un succès considérable. De ce point de vue, les responsabilités que Pétain a pu confier à cet ancien Prix Nobel de médecine sont davantage le symptôme de ce que ce discours avait été particulièrement bien accepté que la cause d'une quelconque politique d'extermination⁷⁷.

A ce contexte peu prometteur pour les aliénés s'ajoutaient enfin les pesanteurs inhérentes au système asilaire lui-même. Même lorsqu'il n'était pas capable de les nourrir, l'asile ne relâchait pas ses malades⁷⁸. Pour nombre d'entre eux, en absence de liens familiaux, l'asile les avait pris totalement en charge et il n'y avait pas d'autre structure prévue pour les recevoir. En outre, d'un strict point de vue légal, les médecins ne pouvaient oublier que les neuf dixièmes de leurs patients étaient en placement d'office, c'est-à-dire qu'ils avaient été déclarés «dangereux». Ce type de placement - qui avait essentiellement été choisi en raison de sa gratuité pour les familles - se révélait un piège mortel: on ne relâche pas un malade dangereux⁷⁹.

CONCLUSION

Les placés d'office étaient pris en charge par l'Etat Français: leur disparition met donc clairement en cause l'administration de Vichy, qui est au moins responsable d'avoir laissé mourir des patients sans véritablement réagir avant décembre 1942. Les différentes recherches sur la surmortalité qui ont été menées à ce jour ont eu le mérite de mettre en évidence la complexité des situations. Devant les difficultés générées par le rationnement stricto sensu ce sont les questions relatives à la taille ou à l'isolement des différents établissements - voire au sens pratique de leur directeur - qui ont parfois fait la différence. Au-delà, les lourdeurs du système asilaire renvoient à une responsabilité plus large d'une administration de tutelle qui se montre incapable d'empêcher la catastrophe dans un contexte général d'eugénisme diffus (mais passif) qui était la règle bien avant 1940. Les rapports des aliénistes dénoncent le peu de cas

⁷⁷ Alexis Carrel a été Prix Nobel de médecine en 1912. MM. LAFONT (1987) et DURAND (1988) ont vu en lui l'instigateur d'une éventuelle politique d'extermination des aliénés, notamment parce que, créée sous l'Occupation sa Fondation étudiait la population française (après guerre, elle devint l'INED actuel) (voir DROUARD, A. (1992), *Une inconnue des sciences sociales. La fondation Alexis Carrel, 1941-1945, Paris*, Editions de la Maison des Sciences de l'Homme, 552 p.

⁷⁸ Le Dr. Balvet, du Vinatier rappelle que «ce ne serait venu à l'idée de personne» (voir LAFONT, 1991). Pourtant, si l'on regarde la situation sur 15 ans, le Vinatier présente une légère augmentation du taux de sorties (on passe de 15 à 16 %); il y a peut-être une réaction de défense plus ou moins consciente des médecins.

⁷⁹ Le piège est d'autant plus efficace d'ailleurs qu'à Saint-Robert par exemple, la mortalité des placés d'office est deux fois supérieure à celui des placés volontaires peut-être parce que ces derniers peuvent sortir ou garder un contact plus régulier avec leur famille.

qui est fait de la valeur humaine des aliénés et c'est bien ce que l'on lit par exemple dans les interventions des médecins extérieurs à la psychiatrie mais la lecture de sources purement administratives suffit à montrer que ce mépris pour leur humanité aurait eu sûrement peu de conséquences si l'implacable logique d'un Ravitaillement de guerre n'avait fortuitement rencontré la logique tout aussi implacable de l'organisation asilaire.