

L'hécatombe des fous : La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation

Un compte-rendu de lecture de l'ouvrage d'Isabelle von Bueltzingsloewen¹
Par Anne Lhuissier

Le régime de Vichy a-t-il délibérément laissé mourir de faim des dizaines de milliers d'aliénés internés? Tel est le point de départ de l'enquête dont rend compte le magnifique livre d'Isabelle von Bueltzingsloewen. Il fait suite à une vive polémique déclenchée dans les années 1990 par deux ouvrages portant sur la famine qui a décimé les malades de l'hôpital psychiatrique du Vinatier (Rhône) entre 1940 et 1944 (Lafont 1987, Lemoine 1998). Les auteurs, deux psychiatres, interprètent les 2000 morts du Vinatier en termes d'« extermination douce », en référence à l'extermination des malades mentaux par le régime nazi. Sous l'Occupation 45.000 malades mentaux sont en effet morts de faim dans les hôpitaux psychiatriques français. Ce chiffre est suffisamment considérable pour retenir l'attention et soulever nombre de questions quant à la réalité du phénomène. Pour faire la lumière sur cet épisode du passé, sujet à polémique, une équipe de spécialistes d'histoire de la santé et d'histoire de la France sous l'Occupation s'est constituée autour d'Isabelle von Bueltzingsloewen (sur la genèse de l'enquête, cf von Bueltzingsloewen 2002). Le travail d'historicisation auquel elle s'est livrée est le fruit d'une volonté de distanciation de la part d'une communauté affectée par l'évocation d'un passé douloureux. Ce faisant, cette recherche ne se focalise pas sur la question de savoir si la famine meurtrière qui a sévi dans les hôpitaux psychiatriques français entre 1940 et 1945 peut être assimilée à un génocide. Elle s'attache davantage à montrer comment, dans le contexte spécifique de l'Occupation, des milliers d'aliénés internés ont pu mourir de faim dans les hôpitaux psychiatriques français.

Construit autour de trois parties, l'ouvrage permet de suivre au plus près le cheminement de l'enquête menée par l'historienne. D'une écriture très didactique, il permet, y compris aux non-spécialistes de l'histoire de la Seconde guerre mondiale ou de celle de la psychiatrie française, d'embrasser les principaux enjeux et contextes de la question des aliénés morts de faim sous l'Occupation. La première partie reconstitue le scénario catastrophe qui a conduit à l'hécatombe, la seconde cerne les réactions provoquées par la famine chez ceux qui en avaient connaissance - personnel hospitalier, autorités de tutelle, familles -, et la troisième propose une interprétation du drame qui s'est joué dans les hôpitaux psychiatriques. Dès la présentation des sources, l'auteur tient à mettre en évidence les limites et difficultés de cette entreprise et le lecteur lui sait gré de toujours prendre soin d'exposer tantôt la pertinence tantôt la fragilité du matériau qu'elle utilise. Bien qu'il s'agisse d'une histoire récente, la collecte de témoignages des survivants s'est révélée problématique. Pour des raisons démographiques d'abord, puisque très peu d'acteurs du drame restent en vie. Ensuite, qu'il s'agisse des survivants ou du personnel hospitalier, les témoins, rongés par la culpabilité, n'évoquent ce sujet qu'avec d'extrêmes difficultés. L'enquête procède donc davantage par le croisement de deux sources principales dont l'analyse très minutieuse se révèle extrêmement efficace et convaincante. La première concerne l'hôpital psychiatrique du Vinatier. Il s'agit des données personnelles contenues dans les « livres de loi » (registres d'entrée dans l'établissement) et des dossiers administratifs et médicaux des aliénés qui y sont internés. «En reconstituant patiemment les bribes du parcours des uns et des autres, pour la plupart 'gens de rien', qui, à un moment de leur vie, ont basculé dans la folie, ces documents ont rendu possible l'appropriation d'un objet de recherche » (p. 16). Cette première série de sources est complétée par des documents administratifs relatifs aux

¹ Editions Aubier, 2007, 512 p.

hôpitaux psychiatriques à l'échelon du territoire français : rapports annuels aux préfets, procès-verbaux des réunions de la commission de surveillance, correspondances diverses, etc. Cette diversité des sources a ainsi permis d'appréhender la variété des situations locales. Si tous les établissements ont été touchés par la famine, certains ont été plus éprouvés que d'autres. Par ailleurs, pour comprendre pleinement ce phénomène, l'auteur a également mobilisé l'approche médicale de la sous-alimentation.

45 000 aliénés morts de faim

Première démarche, premières questions : comment dénombrer les aliénés morts de faim sous l'occupation ? Autrement dit, comment distinguer la faim des autres causes de mort ? Dans les rapports annuels des établissements psychiatriques, les décès sont ventilés en trois groupes : « tuberculose », « débilitation », et « autres causes ». Bien entendu, cette classification ne rend pas compte de la mortalité par sous-alimentation. Mais Isabelle von Bueltzingsloewen observe que sur la période 1940-1944, la catégorie fourre-tout « autres causes » recule très nettement au profit de celle de « débilitation ». L'analyse des diagnostics individuels permet dans certains cas de préciser ce terme, sans toutefois identifier clairement les morts par sous-alimentation : « souvent préféré à celui de débilitation dont il est très proche, le diagnostic de cachexie prête lui aussi à confusion. On peut en effet considérer que la cachexie, qui correspond à un état d'amaigrissement extrême et d'affaiblissement généralisé, est le terme médical le mieux adapté pour désigner la mort par la faim. Et, de fait, le nombre de morts par cachexie est particulièrement élevé entre 1940 et 1944. Cependant, la cachexie correspond également à la phase terminale de nombreuses maladies psychiatriques, dans lesquelles le refus alimentaire joue souvent un rôle (...). Or rien ne permet de distinguer, les décès par cachexie imputables à la famine des autres. Sachant que la sous-alimentation, en affaiblissant les défenses de l'organisme, provoque des infections qui peuvent prendre une dimension épidémique, la question se pose également de savoir s'il faut compter au nombre des victimes de la famine de nombreux aliénés morts des suites d'affections dites intercurrentes, en particulier de pathologies pulmonaires » (p. 30). Préférant s'appuyer sur des calculs de surmortalité², l'auteur estime entre 43 158 et 44 144 le nombre d'aliénés morts de faim et de pathologies associées à la dénutrition dans les hôpitaux psychiatriques français entre 1940 et 1944. Si l'on prend en compte l'année 1945, on obtient un chiffre entre 44 162 et 45 161.

L'ampleur de l'hécatombe a toutefois été très variable selon les établissements (en fonction de leur taille, de leur statut ou de leur situation géographique) et selon les internés (plus ou moins vulnérables notamment en fonction de leur sexe et de leur isolement social). A la veille de la guerre, les deux établissements les plus grands de France (Clermont-de-l'Oise et Vinatier) comptent respectivement au 1^{er} janvier 4484 et 2895 malades, contre 852 pour celui de Saint-Alban par exemple. « Nul doute qu'en période de restrictions, la moindre importance de la population à nourrir a permis de mettre en œuvre des stratégies de lutte contre la famine inenvisageables à l'échelle d'un établissement beaucoup plus peuplé. Le statut des établissements a également joué un rôle décisif : la mortalité est en effet moins importante dans les asiles privés faisant fonction d'hôpitaux psychiatriques publics, tenus par des ordres ou des congrégations, que dans les établissements publics. Quant à la situation géographique, certains départements particulièrement déficitaires sur le plan agricole ont été beaucoup plus touchés par les pénuries et les restrictions que d'autres ; et d'une façon générale, les

² Ce calcul consiste à rapporter le nombre de décès dans l'année soit à la population totale entrée dans l'établissement dans l'année, soit à la population moyenne, et à comparer ce chiffre à d'autres années prises en références (ici, la période 1935-1939).

hôpitaux installés en milieu rural ont en outre moins souffert que les établissements installés en ville » (p. 46).

La composition (par âge et par sexe) et le profil social de la population internée ont également leur importance dans l'inégale ampleur de l'hécatombe selon les établissements. Dans les hôpitaux psychiatriques comme dans le reste de la population, le sexe et l'âge sont des facteurs déterminants dans la résistance à la famine. On observe notamment moins de décès chez les femmes. Les contemporains expliquent ce décalage par le fait que les femmes reçoivent des rations identiques à celles des hommes alors que leurs besoins caloriques sont moindres, et que leur organisme, plus souple, s'adapte mieux à la sous-alimentation. Ainsi, leur surreprésentation dans les hôpitaux psychiatriques a sûrement contribué à limiter l'hécatombe pendant les années de guerre. Avec les femmes, les malades dits « travailleurs » et les malades dits « pensionnaires » sont les deux catégories d'internés qui ont été sensiblement moins affectées par la famine des années de guerre. Leur statut de « travailleur » permet aux premiers d'obtenir des rations plus abondantes que les malades non travailleurs et de toucher, comme avant la guerre, des suppléments distribués au moment des repas et ou lors de collations servies dans la matinée et/ou dans l'après-midi. Ils peuvent en outre utiliser leur pécule pour se procurer des « douceurs » et des « comestibles » qui constituent autant de calories supplémentaires. A leur côté, les malades dits « pensionnaires » sont ceux qui constituent la catégorie d'internés la plus privilégiée. Leur statut de « payant » leur permet de bénéficier d'une nourriture plus abondante et plus riche que les « indigents » entretenus par la collectivité. Mais surtout, ils ne se contentent pas des calories procurées par le ravitaillement officiel : des suppléments de rations substantiels, les denrées non contingentées achetées sur le marché libre et les produits de la ferme leur étant prioritairement destinés. A l'inverse, parmi ceux qui ont le plus souffert des conséquences des restrictions alimentaires et de chauffage se trouvent les vieillards et les « chroniques », malades très affaiblis par leur pathologie et par un long séjour dans l'institution. Cette catégorie de malades est concernée par la surmortalité dès l'automne 1940 et fournit la majorité des victimes recensées au cours de l'année 1941. Ainsi, comme nombre d'institutions d'assistance, les hôpitaux psychiatriques, conçus au départ pour accueillir des indigents, reproduisent donc les inégalités sociales. Ils forment un monde profondément inégalitaire dans lequel ceux qui en ont les moyens, une minorité, peuvent contourner le rationnement et échapper à la famine, même si certains médecins-directeurs d'institutions tentent d'y remédier. Par exemple, à Aix-en-Provence, les différences de régimes entre classes³ ont été abolies. Dans d'autres établissements, les classes sont maintenues mais leur nombre est réduit à deux.

Le problème du ravitaillement

Le ravitaillement est la principale difficulté à laquelle doivent faire face les hôpitaux psychiatriques pendant l'Occupation. Il est tout d'abord compromis par les pénuries. Dans les années 1940, avec l'apparition de véritables pénuries, le système d'adjudication par lequel les établissements psychiatriques s'approvisionnaient vole en éclats. Les grossistes, qui jusque-là trouvaient leur compte dans un système certes contraignant, mais qui leur permettait d'écouler facilement de très grandes quantités de marchandises, préfèrent désormais vendre leurs produits raréfiés à des particuliers qui leur proposent des tarifs beaucoup plus avantageux et acceptent de les payer comptant.

³ A partir du 23 septembre 1940, les aliénés, comme l'ensemble de la population, sont répartis entre différentes catégories de consommateurs qui ouvrent droit à des rations inégales. Dans les faits, la très grande majorité d'entre eux relèvent des catégories A (adultes) et V (vieillards de plus de soixante-dix ans) (p. 54).

Et malgré les dispositions adoptées pour remédier à la défaillance des fournisseurs, la crise du transport (pénurie de carburant, de pneus ou de véhicules) hypothèque les possibilités d'approvisionnement. Le ravitaillement est ensuite compromis par le système de rationnement des denrées alimentaires, progressivement mis en place à partir de l'été 1940 sous la pression de l'occupant allemand. Si le rationnement permet de faciliter le ravitaillement des hôpitaux psychiatriques pour certains produits, paradoxalement, il contribue aussi à l'installation progressive de la famine. Contrairement à ce qui a été parfois affirmé, ce n'est pas parce qu'ils ont été défavorisés par la politique de rationnement et ont touché des rations inférieures à celles servies au reste de la population française que les aliénés internés dans les hôpitaux psychiatriques sont morts massivement de faim. Mais ils ont dû se contenter des rations officielles alors que celles-ci ne garantissaient pas le minimum vital. Les apports caloriques auxquels donnent droit les tickets de rationnement sont évalués par l'Académie de Médecine à 1500-1800 calories par jour, sachant que les besoins caloriques moyens d'un homme au repos sont de 2400-2500 calories journalières. Or les pensionnaires des hôpitaux psychiatriques ont plus difficilement accès aux calories supplémentaires indispensables à leur survie que le reste de la population. Celle-ci se les procure par divers moyens : achats de denrées non contingentées sur le marché libre, recours au marché rose (colis de nourriture envoyés de la campagne gratuitement ou contre paiement, par des membres de la famille, proches ou amis), ou au marché gris (achat ou échanges de produits alimentaires avec les fermes environnantes contre produits manufacturés tels que chaussures, tissus, pneus, clous). La rigidité des règles de la comptabilité publique est également en cause dans la difficulté des hôpitaux psychiatriques à s'approvisionner sur le marché libre. Les prévisions budgétaires s'accommodent mal des aléas grandissants du marché, même si l'administration tente de s'y adapter grâce à quelques astuces comptables.

Les difficultés liées au ravitaillement sont aussi accrues par l'isolement social des aliénés internés. Très peu d'internés peuvent en effet compter sur un ravitaillement familial suffisant pour compenser l'insuffisance calorique de la ration distribuée. En outre, contrairement à d'autres populations reléguées dans des institutions fermées, ils ne bénéficient pas de l'aide alimentaire distribuée par la Croix-Rouge, le Secours national ou par les associations caritatives groupées sous l'égide de ce dernier. Certains aliénés échappent à la mort par inanition parce qu'ils sont ravitaillés par un proche qui vient régulièrement leur rendre visite ou leur fait parvenir, à intervalles rapprochés, des colis de nourriture. Mais cette solidarité familiale se heurte à des obstacles majeurs. Si elle peut s'exercer assez facilement en milieu rural où les restrictions se font moins sentir, elle est beaucoup plus problématique en milieu urbain où la question du ravitaillement pèse fortement sur le quotidien. « Pour approvisionner un proche interné à l'asile, il faut en effet avoir les moyens de se procurer au marché libre ou au marché noir des denrées qui sont de plus en plus difficiles à trouver et atteignent des prix prohibitifs. Les malades pensionnaires, issus de familles aisées, sont donc doublement privilégiés, les suppléments parfois substantiels reçus de leurs proches venant s'ajouter à ceux octroyés par l'administration. Très majoritairement issus d'un milieu social modeste, les malades du régime commun ne peuvent en revanche compter que sur un apport extérieur limité. Encore celui-ci représente-t-il parfois un immense sacrifice pour la famille, surtout lorsqu'elle compte par ailleurs un prisonnier parmi ses membres. Les aléas de la guerre dressent d'autres obstacles à la solidarité familiale. Les problèmes de transport et de courrier, la difficulté à trouver des emballages et de la ficelle pour constituer des paquets, ou encore la nécessité d'obtenir un laissez-passer pour rendre visite à un proche interné dans un asile situé de l'autre côté de la ligne de démarcation sont autant de causes possibles de discontinuité, voire d'interruption dans le ravitaillement des internés » (p. 289).

Outre le rationnement, les hôpitaux psychiatriques doivent faire face à d'autres difficultés quotidiennes relatives à leur approvisionnement. Par exemple ils ne peuvent plus compter sur les ressources de leurs exploitations agricoles. La plupart des hôpitaux psychiatriques sont en effet dotés d'une ferme pour compléter les rations servies aux malades. Mais à la veille de la guerre, cet idéal d'autosuffisance ne répond plus à la réalité. Du fait de la forte augmentation du nombre d'internés, les fermes ne fournissent plus qu'un appoint marginal dans l'alimentation des malades, l'essentiel des denrées étant acheté à l'extérieur. De plus, comme toutes les exploitations agricoles, les fermes des hôpitaux psychiatriques sont soumises, pour les denrées rationnées, aux prélèvements imposés par le Ravitaillement général. Les établissements ont ainsi continué à vendre leur production alors que les malades mourraient de faim. Enfin, l'exploitation devient difficile. L'élevage des animaux est par exemple rendu impossible faute d'aliments pour le bétail. A ces difficultés s'ajoutent des pratiques abusives telles que le coulage - c'est-à-dire le détournement par le personnel de la nourriture destinée aux malades – ou des pratiques légales telles que les cessions de nourriture à titre remboursable dont profitent l'ensemble des agents logés sur place pour les besoins du service. Les attributions consenties au personnel entraînent un manque à gagner important pour les malades internés qui ne peuvent survivre que grâce à l'apport calorique fourni par les aliments non rationnés.

L'action des aliénistes

Comment les aliénistes réagissent-ils face au dépérissement de leurs malades ? Avant d'identifier le « syndrome d'inanition », les médecins interprètent les premières manifestations de la sous-alimentation par un phénomène d'avitaminose, incriminant en particulier un déficit en vitamine B1 : « erreur d'appréciation qui a parfois été interprétée comme une propension coupable à euphémiser ou comme une volonté de dissimuler une réalité qui risquait de mettre à mal la réputation d'une profession mal considérée » (p. 138). Pourtant, le diagnostic d'avitaminose se comprend dans le contexte social et scientifique de la période. Tout d'abord, en 1940, il est tout simplement inimaginable pour un contemporain, fut-il médecin, que l'on puisse mourir de faim en France. En outre, la plupart des vitamines ont été isolées dans l'entre-deux-guerres et de nombreux travaux ont démontré leur importance dans l'alimentation humaine. Face à certaines pathologies jusque-là mal expliquées, les médecins ont donc pris l'habitude, dans une période où la question de l'insuffisance quantitative de la ration ne se pose pas, de suspecter une carence en telle ou telle vitamine. D'où leur inclination, alors que les restrictions produisent leurs premiers effets, à surévaluer le déficit vitaminique au détriment du déficit calorique et de la carence en lipides et en protides. Une surévaluation qui les conduit logiquement à penser, alors même que les vitamines n'apportent aucune énergie à l'organisme, que l'institution d'une vitaminothérapie peut résoudre les problèmes créés par une sous-alimentation dont ils maîtrisent mal les mécanismes. Dans un contexte de crise alimentaire sévère, les carences alimentaires et les répercussions des restrictions sur la santé des Français constituent une préoccupation majeure du pouvoir qui, marquant son intérêt pour le développement d'une épidémiologie encore balbutiante, diligente nombre d'enquêtes alimentaires pour les évaluer⁴. C'est dans ce contexte qu'il faut replacer l'intérêt des aliénistes pour les manifestations cliniques et psychologiques de la dénutrition qu'ils prennent comme objet de science. Confrontés à l'horreur de ses conséquences sur les malades de leur service,

⁴ Ces études sont effectuées dans le cadre de l'Institut national d'hygiène, l'Ecole normale supérieure, l'Ecole pratique des hautes études, la fondation Foch (hôpital du Val-de-Grace) ou encore un certain nombre de laboratoires relevant de l'Institut Pasteur, du CNRS, des armées ou des universités, à Paris ou en province.

ils ont contribué, parfois activement, à la construction d'un savoir scientifique sur la famine. Sortant de leur strict domaine de compétence, certains étudient ses manifestations cliniques à partir des observations rassemblées dans leur service. Par exemple le Dr René Bessière, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Sainte-Anne, décrit ainsi, en novembre 1942, le cas de Charles, un cuisinier de 56 ans, interné le 20 mai 1942, qui souffre d'hallucinations visuelles en rapport avec son état de sous-alimentation : il voit des personnages de très petite taille, qu'il qualifie d'Indochinois, qui se livrent sous ses yeux à d'interminables festins où se succèdent les plats qu'il avait lui-même coutume de préparer avant-guerre (gigots et roast-beefs cuits à point, gâteaux de toutes sortes, fruits éclatants...). A ces banquets participent aussi des rats de taille normale qui mangent les reliefs du banquet, alors que Charles, affamé, n'a pas droit à une miette » (p. 146). Pourtant, si la science a constitué un refuge pour nombre d'aliénistes confrontés à une réalité insupportable, d'autres sont sortis de leur neutralité scientifique pour dénoncer le drame d'une famine qu'ils s'évertuent par ailleurs à combattre.

Mais de quels moyens concrets disposent-ils pour contrer la famine qui frappe les aliénés internés ? Comment peuvent-ils agir sur l'insuffisance quantitative des rations ? Le silence des sources laisse penser qu'un certain nombre d'aliénistes ont cédé à la fatalité. D'autres toutefois ne se sont pas résolus à l'irréremédiable. Ils se sont investis sans compter, ont imaginé des solutions concrètes à des problèmes auxquels ils n'avaient jamais été confrontés et ont transgressé des règles qui paraissent immuables. Parmi les nombreux exemples d'initiatives individuelles restituées dans l'ouvrage, citons le cas le plus exemplaire du Dr Ferdière, à l'hôpital psychiatrique de Rodez. Gaston Ferdière, dont les sympathies anarchistes sont connues des autorités qui l'ont évincé de son poste de médecin-directeur de l'asile agricole de Chezal-Benoît pour avoir refusé de révoquer les employés syndiqués de son établissement. Usant à plein de l'autorité que lui procure son statut de médecin-directeur, il développe un plan complet de lutte contre les pénuries. « Refusant d'abdiquer devant la réalité, il donne alors la pleine mesure de sa capacité d'initiative, cherchant par tous les moyens à augmenter la ration alimentaire des 765 aliénés internés de l'établissement. Afin d'assurer une meilleure répartition des rares calories disponibles, il institue la « soupe complète » préconisée par Frantz Adam, supprime le système des classes au profit de la classe alimentaire unique, engage le personnel infirmier à « veiller à ce que les assiettes et gamelles soient vidées à chaque repas » et à « réprimer sévèrement tout gaspillage » et organise une lutte implacable contre le coulage. Il veille aussi à ce que la nourriture servie aux malades soit préparée avec plus de soin. Mais il dépense également une énergie considérable à améliorer le ravitaillement en denrées alimentaires et en combustibles. Alors que les pavillons étaient exclusivement chauffés au charbon, il loue et fait exploiter des parcelles de forêt afin de les chauffer au bois. Après avoir licencié le chef jardinier qu'il qualifie de « débile incapable » pour le remplacer par un nouveau, plus jeune, plus qualifié et plus motivé, il s'efforce en outre, de stimuler l'activité de la ferme. Il entreprend également de faire obtenir aux malades qui peuvent y prétendre les cartes V ou T. Enfin, il n'hésite pas (...) à recourir au marché noir. Ne pouvant financer ces achats illégaux (en pommes de terre, surtout, mais aussi en lentilles vertes du Puy, en fromage du Cantal, en viande de porc et de mouton) avec les recettes de l'hôpital, il utilise le tabac de troupe des malades de l'infirmerie et des incontinents, apparemment très recherché par les paysans, comme monnaie d'échange. Les transports sont effectués avec l'ambulance de l'hôpital conduite par l'oncle de la surveillante générale. Ce dernier est retraité de la gendarmerie et donc peu susceptible d'être contrôlé sur des routes dont Gaston Ferdière reconnaît d'ailleurs qu'elles sont peu surveillées » (p. 153). Au-delà de ce cas particulier, il faut reconnaître aux initiatives individuelles de nombreuses différences selon les situations locales. Dans les petits établissements implantés en milieu rural où les pénuries se font moins sentir

qu'ailleurs, il est possible, en se démenant beaucoup, de se procurer des denrées non contingentées ; alors que dans de grands établissements, l'effet de compartimentation entre les services rend difficile l'élaboration de stratégies collectives entre direction médicale et direction administrative.

L'efficacité de la lutte contre la famine a également dépendu de l'intensité de la pression exercée par les médecins-directeurs sur les autorités de tutelle et sur les services du Ravitaillement général. Mais pour obtenir une amélioration, aussi minime soit-elle, du sort des malades internés, les responsables d'hôpitaux psychiatriques sont contraints de mettre en œuvre une véritable stratégie de harcèlement. L'enjeu est d'abord de faire prendre conscience aux autorités sanitaires et politiques de la gravité de la situation. Il faut ensuite convaincre les responsables locaux de la nécessité d'accorder aux hôpitaux psychiatriques des facilités de ravitaillement ou des attributions exceptionnelles de certaines denrées ou de combustibles. Il faut enfin veiller à ce que les décisions prises soient exécutées par les multiples organismes relevant des services du ravitaillement. Ce lobbying intensif se traduit par une inflation de rapports alarmistes qui rompent avec la périodicité et le style habituel de ce genre de littérature. Pour relayer leurs revendications, les médecins-directeurs utilisent également la médiation des commissions de surveillance. Nommées par les préfets, celles-ci sont formées de notables susceptibles de faire jouer leur influence et leurs relations au profit des malades. Enfin, pour peser sur les décisions concernant le ravitaillement de leur établissement, ils recourent également à la possibilité qui leur est donnée par le règlement des asiles de solliciter des visites d'inspection. L'enjeu est d'importance. Il s'agit de sensibiliser, voire de déstabiliser les visiteurs en les mettant au contact direct avec une réalité difficilement supportable : celle de la déchéance physique des malades internés. Outre le recours aux autorités de tutelle, les médecins aliénistes ont entrepris d'intercéder auprès des autorités centrales, en particulier à travers les séances de la Société médico-psychologique, même si tous n'en font pas partie. Ses séances deviennent l'unique tribune dont disposent les aliénistes pour dénoncer collectivement le sort de leurs malades. Plus encore, le Congrès de Montpellier organisé en octobre 1942 va fournir l'occasion de s'exprimer publiquement sur cette question : « la marge de manœuvre qu'offre le Congrès est pourtant très étroite. Dans un contexte politique marqué par le durcissement de la répression, les organisateurs sont en effet peu disposés à transgresser la consigne qui leur a été donnée : s'en tenir à la science. A défaut de pouvoir exprimer une parole libre, les aliénistes entreprennent de convaincre les organisateurs d'accueillir des interventions sur les manifestations cliniques de la sous-alimentation dans les hôpitaux psychiatriques, et de profiter de cet espace de parole pour rendre compte de la souffrance des aliénés internés et pour formuler des arguments susceptibles de convaincre les autorités de la nécessité de prendre des mesures mettant fin à une situation intolérable » (p. 194). Le thème s'intègre mal dans les rubriques prévues, et les organisateurs acceptent de créer une rubrique spéciale pudiquement intitulée « communications d'hygiène hospitalière », qui comprend 4 communications et implique 8 médecins-chefs. « Même s'il est difficile d'évaluer l'impact qu'ont eu ces communications consacrées à la famine, peut-on dire que la stratégie minimaliste élaborée par quelques médecins-chefs déterminés à faire entendre leur voix en dépit de conditions défavorables s'est avérée payante ? » s'interroge l'auteur. Et de répondre que « c'est ce que donne en tous cas à penser la décision prise par le ministre du Ravitaillement, quelques semaines seulement après le Congrès, d'allouer des suppléments de ration aux aliénés internés » (p. 200).

La réponse politique

La réponse politique à la situation des aliénés internés se trouve dans la circulaire du 4 décembre 1942 qui accorde un supplément de denrées contingentées aux aliénés internés dans les hôpitaux psychiatriques. La circulaire émane du secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé et s'adresse aux directeurs régionaux de la Santé et de l'Assistance, chargés de répercuter les décisions prises en faveur des aliénés auprès des médecins-directeurs d'hôpitaux psychiatriques. Le texte distingue deux catégories de suppléments. La première concerne l'ensemble de la population internée à qui sont consentis les suppléments alloués aux ouvriers dans les cantines d'usine⁵ et aux habitants pauvres des villes dans les restaurants à prix réduits⁶. Ces suppléments consistent en 250 grammes de pâtes, 50 gr. de légumes secs (qui ne peuvent être délivrés que dans les communes qui les distribuent aux consommateurs) et 1 kilo de pommes de terre par semaine auxquels s'ajoutent 2 décilitres de vin par jour, 90 gr. de viande et 15 gr. de graisse par jour. La seconde catégorie de suppléments concerne une partie seulement des aliénés internés à qui est alloué le régime de suralimentation, soit 45 gr. de viande et 15 gr. de graisse par jour. Jusque-là réservé à une minorité de malades, pour la plupart tuberculeux, sur demande médicale régulièrement renouvelée, ce régime est désormais accordé de façon automatique et permanente à un quart des effectifs internés. La circulaire du 4 décembre fait suite à deux circulaires précédentes, qui n'apparaissent pas toutefois dans le Bulletin du secrétariat d'Etat de la Famille et de la Santé, dans lequel sont publiés lois, décrets, arrêtés et circulaires. Ainsi, comme le souligne l'auteur, « on peut conclure que les autorités en charge de l'assistance aux aliénés ont mis un temps considérable à réagir à la surmortalité des aliénés internés. Il faut en effet attendre le mois de mars 42 pour que la question soit (enfin) abordée au travers d'une circulaire » (p.202). Cette chronologie est pourtant contredite par une série de documents retrouvés dans les papiers personnels du Pr Chevallier, qui montrent qu'en réalité les services du secrétariat d'Etat à la famille et à la Santé se sont inquiétés du sort des aliénés dès le début de l'année 1941. La première circulaire date du 24 février 1941. Son contenu a été reconstitué par l'auteur à partir des réponses des préfets auxquels elle était adressée. Il s'agit « d'enquêter sur les incidents dus à l'avitaminose dans les hôpitaux psychiatriques ». La seconde, en date du 3 mars 1942, constitue une réponse tranchée à la demande formulée quatre mois plus tôt par les aliénistes dans le cadre de la Société médico-psychologique, de désigner les aliénés internés comme prioritaires dans le ravitaillement, au même titre que les tuberculeux. Apportant une réponse négative, la circulaire invite les directeurs régionaux à la Famille et à la Santé à mettre un terme aux dysfonctionnements signalés à ses services.

En accordant un supplément de denrées contingentées, la circulaire du 4 décembre 1942 constitue une rupture avec les circulaires précédentes. Comment comprendre ce revirement, alors même que la conjoncture est loin d'être favorable? Sur le plan politique, le retour de Pierre Laval, nommé chef de gouvernement le 18 avril 1942, marque, outre une intensification de la répression, une accentuation de la politique de collaboration avec l'Allemagne, dont les besoins augmentent considérablement dans un contexte de « guerre totale ». Les contributions alimentaires imposées, majorées chaque année, ne servent pas seulement à nourrir les troupes d'occupation, mais aussi la population civile allemande et les troupes engagées sur le front de l'Est. A partir de novembre 42, la

⁵ Celles-ci sont gérées par les comités sociaux d'entreprise créés par la Charte du travail du 4 octobre 1941. Très actifs dans le ravitaillement des ouvriers, ces comités d'entreprise sont souvent appelés les « comités patates ». Les cantines d'usine se développent rapidement en 1941 et 1942. Elles permettent aux ouvriers qui y ont accès de faire un repas copieux dans la journée pour un prix raisonnable. Face aux difficultés grandissantes de ravitaillement, beaucoup ferment en 1943. Dans les autres, le prix du repas augmente de façon importante (Le Crom 1995).

⁶ Ces restaurants sont gérés par les municipalités ou par des associations, confessionnelles ou non (Le Crom 2005).
www.lemangeur-ocha.com – Compte rendu de lecture par Anne Lhuissier de l'ouvrage d'Isabelle Von Bueltzingsloewen - *L'hécatombe des fous : La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*. Mise en ligne : 21 Octobre 2009

situation alimentaire, déjà très mauvaise, est aggravée par le débarquement allié en Afrique du Nord, qui prive la métropole de l'apport de denrées coloniales (sucre, huile, riz, fruits divers) mais aussi de quantités non négligeables de viande, de poisson, de légumes secs et frais, de pommes de terre et de céréales. Les difficultés croissantes de ravitaillement, le durcissement du rationnement et la qualité de plus en plus mauvaise des denrées distribuées (en particulier du pain) entraînent une poussée de mécontentement dont rendent compte les rapports rédigés par les préfets à destination du gouvernement. Dans un certain nombre de villes, les autorités doivent faire face à des manifestations de ménagères qui traduisent une fracture de plus en plus grande entre l'opinion publique et le régime. La nomination, le 11 septembre 1942, de Max Bonnaïfous, à la tête du ministère de l'Agriculture et du Ravitaillement a probablement constitué le facteur déterminant. Ancien socialiste proche d'Adrien Marquet, il manifeste un réel souci d'améliorer la situation des Français les plus touchés par les difficultés de ravitaillement, en particulier les pensionnaires des collectivités, comme en témoigne la circulaire du 2 décembre 1942 en faveur des détenus des prisons. En outre, son épouse Hélène Sérieux, médecin du cadre des hôpitaux psychiatriques et fille du grand aliéniste Paul Sérieux, l'a vraisemblablement sensibilisé encore davantage à la souffrance des aliénés internés. Les sources montrent toutefois que la portée des mesures prises en faveur des aliénés internés a été très variable d'un département à l'autre, les hôpitaux situés dans les zones déficitaires, beaucoup plus sévèrement touchés par la famine, ayant plus de mal à faire honorer les suppléments accordés à leurs pensionnaires, que les établissements situés dans des régions plus favorisées. Mais comme en témoignent les taux de mortalité et de nombreux médecins-directeurs dans leur rapport pour l'année 1943, la circulaire dite Bonnaïfous a eu un impact très net sur l'état sanitaire des aliénés internés même si d'autres facteurs, en particulier la diminution générale des effectifs et la réorganisation des exploitations agricoles, qui commence à produire ses effets, ont également joué un rôle décisif. Ce recul très notable du nombre des décès permet de vérifier l'hypothèse avancée par les aliénistes lors du Congrès de Montpellier : de faibles suppléments suffiront à faire reculer les formes les plus graves de la sous-alimentation. De fait, à partir de 1943, les manifestations les plus spectaculaires de la dénutrition, en particulier les œdèmes généralisés, tendent à disparaître.

Conclusion

L'enquête minutieuse menée par Isabelle von Buelzingsloewen et restituée dans cet ouvrage de façon très claire et convaincante, conduit l'auteur à infirmer la thèse selon laquelle les aliénés internés auraient été abandonnés à la mort par les pouvoirs publics, qui auraient profité de circonstances « favorables » pour se débarrasser d'êtres « inférieurs » qu'ils considéraient comme un fardeau. L'analyse des archives et documents de première main lui permet de faire la lumière sur des événements parfois ignorés des tenants de la thèse de « l'extermination douce ». Loin de se limiter à l'analyse des facteurs propres à la guerre (ravitaillement), elle montre comment la situation même de la psychiatrie au sortir des années 1930 porte en germe la tragédie des années 1940-1945. Et l'auteur de conclure que « le cas français ne peut donc pas être assimilé au cas allemand. Même « à peu près ». Mais, si cette stratégie de l'amalgame est un non sens sur le plan scientifique, elle constitue surtout un scandale éthique et mémoriel qu'il est de la responsabilité de l'historien de dénoncer vigoureusement : celui de la banalisation et de la relativisation de l'extermination des malades mentaux par le régime nazi. Affirmer ou insinuer que les aliénés français ont partagé le sort des aliénés allemands revient en effet à nier la spécificité – irréductible – du génocide perpétré à l'encontre des malades mentaux par un régime qui a érigé le meurtre des plus faibles en impératif pour la survie de la race. Et à faire le jeu des négationnistes, toujours à l'affût de pseudo-arguments comparatistes pour minimiser les

crimes nazis, en général, et la Shoah en particulier » (p.393). Reste que si les aliénés morts de faim dans les asiles français n'ont pas été exterminés, ils ne sont pas pour autant des victimes de seconde zone. Car leur destin interroge avec violence notre société sur son rapport à la folie et à ceux qui en sont atteints.

Lafont M. (1987), *L'extermination douce. La mort de 40.000 malades mentaux dans les hôpitaux psychiatriques en France, sous le régime de Vichy*. Le Cellier-Ligné, atelier thérapeutique de l'AREFPPI.

Le Crom J.-P. (1995), *Syndicats nous voilà ! Vichy et le corporatisme*, Paris, éditions de l'Atelier, 1995.

Le Crom J.-P. (2005), « Lutter contre la faim : le rôle du Secours national », in Isabelle von Bueltzingsloewen (dir.), *Morts d'inanition, famine et exclusions en France sous l'Occupation*, Rennes, PUR, pp. 249-262.

Lemoine P. (1998), *Droits d'asiles*, Paris, Odile Jacob.

Von Bueltzingsloewen I. (2002), « Les « aliénés » morts de faim dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'occupation », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, 76, pp. 99-115.