UNIVERSITÉ D'ANGERS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2015 **N°…….**

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en : PSYCHIATRIE

Par

Elsa ROULETTE épouse GUITTARD

Née le 12 Janvier 1986 à Ivry sur Seine

Présentée et soutenue publiquement le : 31 Mars 2015

LA PSYCHIATRIE ALLEMANDE SOUS LE IIIÈME REICH : A PROPOS DE L'EUGENISME EN PSYCHIATRIE

Président : Monsieur le Professeur Jean-Bernard GARRE

Directeur : Monsieur le Docteur Alain MOUSELER

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

Doyen	Pr. RICHARD
Vice doyen recherche	Pr. PROCACCIO
Vice doyen pédagogie	Pr. COUTANT

Doyens Honoraires : Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. SAINT-ANDRÉ

Professeur Émérite : Pr. Gilles GUY, Pr. Jean-Pierre ARNAUD

Professeurs Honoraires : Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BASLÉ, Pr. BIGORGNE, Pr. BOASSON, Pr. BOYER, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. CARON-POITREAU, Pr. M. CAVELLAT, Pr. COUPRIS, Pr. DAUVER, Pr. DELHUMEAU, Pr. DENIS, Pr. DUBIN, Pr. EMILE, Pr. FOURNIÉ, Pr. FRANÇOIS, Pr. FRESSINAUD, Pr. GESLIN, Pr. GINIÈS, Pr. GROSIEUX, Pr. GUY, Pr. HUREZ, Pr. JALLET, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LE JEUNE, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PARÉ, Pr. PENNEAU, Pr. PENNEAU-FONTBONNE, Pr. PIDHORZ, Pr. POUPLARD, Pr. RACINEUX, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. SORET, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. VERRET, Pr. WARTEL

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie
ASFAR Pierre	Réanimation
AUBÉ Christophe	Radiologie et imagerie médicale
AUDRAN Maurice	Rhumatologie
AZZOUZI Abdel-Rahmène	Urologie
BARON Céline	Médecine générale
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; Transfusion
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BONNEAU Dominique	Génétique
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie
CALÈS Paul	Gastroentérologie ; hépatologie
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie
COUTANT Régis	Pédiatrie
COUTURIER Olivier	Biophysique et Médecine nucléaire
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
de BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique
DIQUET Bertrand	Pharmacologie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
FANELLO Serge	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie
FURBER Alain	Cardiologie

GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie
GARNIER François	Médecine générale
GARRÉ Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion
HAMY Antoine	Chirurgie générale
HUEZ Jean-François	Médecine générale
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion
JEANNIN Pascale	Immunologie
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile
LEFTHÉRIOTIS Georges	Physiologie
LEGRAND Erick	Rhumatologie
LERMITE Emilie	Chirurgie générale
LEROLLE Nicolas	Réanimation
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MALTHIÉRY Yves	Biochimie et biologie moléculaire
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie
MENEI Philippe	Neurochirurgie
MERCAT Alain	Réanimation
MERCIER Philippe	Anatomie
MILEA Dan	Ophtalmologie
NGUYEN Sylvie	Pédiatrie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile
PROCACCIO Vincent	Génétique
PRUNIER Fabrice	Cardiologie
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
RODIEN Patrice	Endocrinologie et maladies métaboliques
ROHMER Vincent	Endocrinologie et maladies métaboliques
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail
ROUGÉ-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique
SAINT-ANDRÉ Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique
SUBRA Jean-François	Néphrologie
URBAN Thierry	Pneumologie
VERNY Christophe	Neurologie
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale

ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Claude	Biophysique et médecine nucléaire
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie
BELIZNA Cristina	Médecine interne
BELLANGER William	Médecine générale
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRIET Marie	Pharmacologie
CAILLIEZ Éric	Médecine générale
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie
CASSEREAU Julien	Neurologie
CHEVAILLER Alain	Immunologie
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire
CONNAN Laurent	Médecine générale
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique
de CASABIANCA Catherine	Médecine générale
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Nutrition
FERRE Marc	Biologie moléculaire
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie
HINDRE François	Biophysique
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire
MARCHAND-LIBOUBAN Hélène	Histologie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MESLIER Nicole	Physiologie
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie
PAPON Xavier	Anatomie
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et Imagerie médicale
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
PUISSANT Hugues	Génétique
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion
TURCANT Alain	Pharmacologie

novembre 2014

COMPOSITION DU JURY

Président du jury : Monsieur le Professeur Jean-Bernard Garré

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Alain Mouseler

Membres du jury : Madame le Professeur Bénédicte Gohier
Monsieur le Professeur Philippe Duverger
Monsieur le Docteur Alain Mouseler

Liste des abréviations :

CCNE : Comité consultatif national d'éthique

DGPPN : Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie Psychosomatik und Nervenheilkunde

DPI : Diagnostic pré-implantatoire

FIV : Fécondation in vitro

IMG : Interruption médicale de grossesse

NSDAP : Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei

PMA : Procréation médicalement assistée

Remerciements :

Je tiens tout d'abord à remercier le Professeur Garré qui a accepté de présider ce jury de thèse et m'a fait bénéficier, ainsi qu'à tous ses internes, d'un enseignement d'une grande qualité, tant sur le plan clinique que culturel.

Merci également aux Professeurs Gohier et Duverger qui ont accepté de participer à ce jury et ont montré un intérêt à mon travail. Merci au Professeur Gohier pour son encadrement enrichissant lors de mon stage au CHU et au Professeur Duverger pour son enseignement, toujours passionnant, autour de l'adolescence et de ses troubles.

Mes remerciements s'adressent tout particulièrement au Docteur Mouseler pour la confiance dont il m'a témoigné en acceptant la direction de ce travail au sujet difficile ; pour m'avoir rassuré dans mes moments de doute et m'avoir guidé tout au long de la rédaction avec beaucoup de disponibilité, de compétence, de rigueur et d'efficacité. Enfin, surtout, d'avoir su accompagner mes réflexions concernant la pratique de la psychiatrie.

Merci à mon époux, Matthieu. Depuis notre rencontre en 2003 dans l'amphi de P1… Jusqu'à maintenant ! Nous voici tous les deux médecins, on a réussi ! Merci pour ton soutien moral durant ces longs mois, tes nombreux conseils et le bonheur, tout simplement, que tu m'apportes.

Merci à mes deux amours :

Mon fils, Armand, dont les progrès m'émerveillent chaque jour et qui devient un grand garçon !

Et ma fille, Clémence, adorable bébé qui a eu, parfois, durant ses premiers mois de vie, la délicatesse de laisser travailler sa maman.

Merci à mes parents de m'avoir poussé à faire ce choix d'orientation et de m'avoir soutenu durant mes études.

Merci à mon frère Romain.

Merci à mes grands-parents.

Merci à Pierre, professeur d'allemand, pour ton aide précieuse avec la traduction ! Ainsi qu'à Mme Chateau, documentaliste au CESAME.

Merci à mes amis et co-internes : tout particulièrement Laurianne, Aurélie, Emilie, Anne-Lise, Ingrid, David, Typhaine, Angéline, Camille…

Plan :

Introduction (P.10)

Histoire de l'eugénisme en psychiatrie (P.13)

La psychiatrie allemande sous le IIIème Reich (P.32)

Enjeux actuels : entre éthique, politique, médecine et société (P.78)

Conclusion (P.99)

Références (P.102)

Table des matières (P.105)

Annexe (P.108)

Introduction :

Un questionnement, suite à des recherches personnelles et à l'enseignement de l'histoire de la psychiatrie, a initié ce travail de thèse et soulevé de nombreuses interrogations, notamment celle-ci : quel lien a pu exister, et peut-être existe encore, entre l'eugénisme et notre discipline médicale, la psychiatrie ?

Mais, tout d'abord, qu'est-ce que l'eugénisme ?
L'idée fondatrice de l'eugénisme consiste à améliorer artificiellement la "qualité" d'une population de façon à préserver les générations futures. Se fondant sur des recherches biologiques et médicales, cette théorie étudie les conditions les plus favorables à l'établissement d'une race saine et vise à améliorer l'homme lui-même, vieux rêve déjà rencontré dans les sociétés antiques. En effet, les historiens ont repéré les premières traces de ce concept chez Platon, qui formulait déjà, au IVème siècle avant Jésus Christ, des thèmes eugénistes. Tout particulièrement, dans La République, Platon prône un eugénisme humain analogue à la sélection opérée par l'homme sur les animaux : « *Il faut, selon nos principes, rendre les rapports très fréquents entre les hommes et les femmes d'élite, et très rares, au contraire entre les sujets inférieurs de l'un et de l'autre sexe. De plus, il faut élever les enfants des premiers et non ceux des seconds, si on veut que le troupeau atteigne à la plus haute perfection.* »[1]. Malgré ces prémices précoces, il fallut attendre la première moitié du siècle passé pour que l'eugénisme connaisse un succès planétaire.
On peut distinguer deux types d'eugénisme. D'une part, l'eugénisme positif, qui consiste à prendre des mesures pour favoriser la reproduction des sujets considérés comme les meilleurs. Ces mesures peuvent être de repérer ces derniers, de les encourager à procréer grâce à diverses incitations ou encore de les aider à élever leur descendance.
Cette entreprise peut paraître louable. Pourquoi n'essaierait-on pas, dans une société, de multiplier les individus beaux, forts, intelligents ? Mais cet eugénisme positif implique d'autre part un eugénisme négatif qui vise, lui, à ralentir la reproduction des sujets dits inférieurs. Il est alors essentiel de saisir la liaison intime qui existe entre les deux types d'eugénisme. Dès lors qu'on décide de sélectionner de "bons individus" ou même de "bons gènes", un contraste inéluctable fait apparaître de "mauvais individus" et de "mauvais gènes". L'acceptation de l'un entraîne la nécessité de l'autre. En effet, pourquoi compromettrait-on l'amélioration générale de la population concernée, en tolérant que des sujets considérés comme les moins bons se reproduisent de façon incontrôlée ? Si l'on ignore cette dialectique par insouciance ou naïveté, les pires égarements peuvent se produire.
L'eugénisme négatif conduit à imaginer des dispositions variées, telles qu'internement, ségrégation, stérilisation des sujets les moins doués, et qui peuvent inclure dans des cas

[1] Platon. La République Livre V. 459-e.

extrêmes une élimination pure et simple de la population décrite comme inférieure, mais aussi l'organisation autoritaire de la reproduction.
Au-delà de l'opposition entre l'eugénisme positif et négatif, on peut repérer également deux types de pensée eugéniste. L'eugénisme dit "dur" qui se caractérise par son aspect militant et conscient. Nous reviendrons plus loin sur certains de ses adeptes convaincus. Mais aussi l'eugénisme dit "mou", inconscient, qui peut concerner tout un chacun car la doctrine eugéniste exerce une indéniable séduction sur beaucoup de gens. Des citoyens ordinaires, dont la bonne foi paraît certaine, donnent volontiers leur adhésion à des mesures de type eugéniste, qui leur paraissent tout à fait raisonnables, dans l'intérêt du plus grand nombre. Cet eugénisme "mou" explique la passivité avec laquelle la population a souvent accueilli les mesures eugénistes dans le passé et, bien souvent, le peu d'opposition que ces mesures ont soulevé.

Ensuite, comment perçoit-on l'eugénisme ? Actuellement, le terme d'eugénisme déclenche chez un sujet lambda une certaine frayeur, liée à un imaginaire morbide rattaché aux atrocités nazies et aux débats actuels sur la bioéthique où l'eugénisme est toujours une dérive. Pourtant, il n'y a pas si longtemps, cette discipline était validée scientifiquement dans de nombreux pays. En effet, les thèses eugénistes ont grandement influencé le monde médical, tout particulièrement les psychiatres, mais aussi les politiques. Furent alors mises en place, à travers le monde, des législations suivies de mesures eugénistes, dont, de tout temps, les victimes furent les handicapés mentaux qualifiés d'"idiots" ou de "faibles d'esprit", mais aussi les handicapés physiques.
Jusqu'au début des années 1970, l'eugénisme paraissait surtout lié au IIIème Reich avec la notion de sauvegarde de la race aryenne et d'épuration, notamment des sujets juifs. A la fin du 20ème siècle, des auteurs ont cherché à comprendre les racines de l'eugénisme allemand et ont découvert l'implication d'autres pays dans des mesures autoritaires. Une première vague de travaux, dans les années 1980, éclaira des événements ayant eu lieu aux Etats-Unis, en Angleterre ou en Scandinavie. Une seconde vague, au début des années 1990, analysa les spécificités des différentes formes d'eugénisme en URSS, au Brésil, en Amérique Latine et en Suisse. En 1997, éclata l'affaire très médiatisée des stérilisations non volontaires pratiquées entre 1935 et 1976 en Suède. Certains articles suggéraient de possibles cas similaires qui se seraient déroulés en France.
Actuellement, la volonté de connaître l'eugénisme, mouvement fondamental pour la compréhension de la première moitié du 20ème siècle, a laissé la place au besoin de souligner les erreurs du passé pour mieux éclairer les problématiques sur l'actualité ou l'avenir. Notre travail de thèse s'inscrit dans cette dynamique.

De là, nous arrivons aux objectifs de notre travail, réfléchir aux liens entre eugénisme et psychiatrie. Notre plan se déclinera en trois parties. Dans un premier temps, nous allons, en convoquant plusieurs personnalités notables, retracer l'histoire de l'eugénisme en psychiatrie jusqu'au début du 20ème siècle. Cette partie permettra d'aborder différents points : sur quels fondements repose l'eugénisme ? Comment fut accueillie cette discipline nouvelle dans les milieux scientifiques et médicaux ? Quels furent les premiers pays dont les dirigeants choisirent de s'engager dans une politique eugéniste active et parfois autoritaire?

Ensuite, le corps de notre thèse concernera les pratiques eugénistes mises en place sous le IIIème Reich, plus particulièrement dans le Land de Bavière, ainsi que l'implication de la psychiatrie allemande. Pour ce travail, nous nous sommes intéressés à l'ouvrage du psychiatre allemand Michael von Cranach et du psychologue Hans-Ludwig Siemen Psychiatrie im Nationalsozialismus: Die Bayerischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 1933 und 1945[2]. Cet ouvrage de référence en Allemagne, inédit en français, traite de la situation des asiles publics et privés bavarois entre 1933 et 1945. Paru en 1998, il a été réédité en 2012. En proposant la traduction de l'un de ses chapitres, il nous a permis de mieux cerner cette période difficile et de répondre à plusieurs questions complexes : dans quel contexte furent mises en place les législations eugénistes en Allemagne, notamment la loi sur la stérilisation forcée ? Par quel processus en est-on arrivé à concevoir et à installer les centres d'extermination pour malades mentaux ? Dans quelle mesure les psychiatres participèrent-ils à ces législations et exterminations? Comment fut préparée la population à ces événements et quelle fut sa réaction ? Nous reviendrons également sur la façon dont furent traitées les victimes des stérilisations et des exterminations dans l'après guerre par les représentants de la psychiatrie allemande.

Avant de conclure, nous nous interrogerons dans une troisième partie sur certaines pratiques actuelles pouvant être qualifiées d'eugénisme. Même si le terme d'eugénisme est aujourd'hui tabou, les pratiques ont-elles pour autant complètement disparu ? En effet, ne peut-on apercevoir, dans certains "progrès" de la biologie et de la génétique, la possible apparition d'un nouvel eugénisme qui viserait moins à l'amélioration de l'espèce humaine, qu'à assurer la conformité de l'enfant à naître ? Nous évoquerons aussi brièvement les pratiques actuelles de contraception et de stérilisation chez les personnes handicapées mentales, en France.

[2] Von Cranach M, Siemen H-L. Psychiatrie im Nationalsozialismus: Die Bayerischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 1933 und 1945. München: Oldenbourg Verlag; 2012.

Histoire de l'eugénisme en psychiatrie

A travers quelques personnalités ayant marqué l'histoire de l'eugénisme en psychiatrie, nous allons étudier la naissance d'une doctrine, puis son succès mondial, ainsi que les mesures eugénistes qui étaient alors appliquées à la veille de la seconde guerre mondiale.

Avant d'évoquer Francis Galton, considéré comme le fondateur de l'eugénisme moderne, il nous parait important d'aborder la notion de dégénérescence issue des travaux de Benedict Morel, à laquelle Galton fera référence plus tard et qui aura une influence majeure en psychiatrie.

I. Benedict Augustin Morel et la théorie de la dégénérescence

(1809-1873)

I – A : La notion fondamentale de dégénérescence

On doit à ce psychiatre franco-autrichien, élève de Jean-Pierre Falret, une notion fondamentale, tirée de son Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine[3] de 1857 : la dégénérescence. Cette théorie a représenté le modèle explicatif dominant dans la compréhension des maladies mentales à compter du milieu du 19ème siècle, elle se démarque nettement de la démarche clinique descriptive de l'école aliéniste traditionnelle.

L'idée de dégénérescence est tirée des enseignements des grands naturalistes du début du siècle. Morel, d'influence créationniste et non Darwinienne, constate que dans certaines familles, la maladie mentale s'aggrave d'une génération à une autre. Basée sur cette observation, il formule la théorie de la dégénérescence, « *transformation pathologique survenant sur l'homme parfait, tel que Dieu l'a créé, au commencement des temps* »[4]. Ainsi la dégénérescence est définie comme une déviation maladive d'un type normal et primitif de l'espèce humaine qui peut répondre à des facteurs variés (climat, intoxications, influence des

[3] Morel B-A. Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives. Paris: Ed. JB Baillière; 1857:682-683.

[4] Postel J, Quetel C. Nouvelle histoire de la Psychiatrie. Toulouse: Privat; 1983:354

milieux sociaux) mais dépend principalement de l'hérédité. Morel partant du postulat d'un déterminisme héréditaire de la dégénérescence, cette dernière ne peut que s'étendre en se transmettant aux générations futures jusqu'à extinction de la lignée et donc menace l'intégrité même de la race. Dans cette notion, se dévoile une arrière-pensée de faute et de châtiment. Morel reconnait aussi l'influence du milieu (alimentation, conditions de vie et de travail, alcoolisme, immoralité), mais dans une moindre mesure.
Pour cet auteur, une grande partie des troubles mentaux représente alors les effets les plus visibles d'un processus morbide de dégénérescence qui atteint une lignée et qui, au fil des générations, fait se succéder des manifestations pathologiques de plus en plus graves.

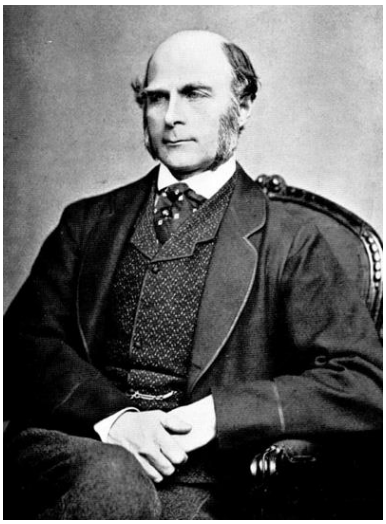
La théorie de Morel sera reprise par Valentin Magnan en 1895 donnant à ce concept sa dimension la plus avancée : « *C'est l'état pathologique de l'être qui, comparativement à ses générateurs les plus immédiats, est constitutionnellement amoindri dans sa résistance psychophysique et ne réalise qu'incomplètement les conditions biologiques de la lutte héréditaire pour la vie. Cet amoindrissement qui se traduit par des stigmates permanents est essentiellement progressif, sauf génération intercurrente ; quand celle-ci fait défaut, il aboutit plus ou moins à l'anéantissement de l'espèce.* »[5] La dégénérescence marquerait donc l'échec dans la lutte pour la vie.
Alors que, chez Morel, la progression du processus dégénératif conduit à l'extinction de la lignée, la définition de Magnan suppose un dérèglement de la sélection naturelle, entraînant alors la survie des dégénérés, voire leur prolifération.

I – B : La dégénérescence appliquée à la maladie mentale

L'adhésion à la théorie de la dégénérescence conduit à considérer les maladies mentales comme les autres maladies somatiques, toutes étant liées au même processus pathologique. Ce qui permet aux aliénistes de renforcer les liens de la psychiatrie avec la médecine, qui témoigne d'un intérêt considérable pour la question de l'hérédité. On y fait alors référence autant pour la psychiatrie que pour la pathologie cérébrale.
Mais, si les maladies mentales correspondent à des lésions anatomiques des centres nerveux, cette hypothèse devient un motif pour ne pas s'illusionner sur le pronostic et ne pas espérer une guérison. Le pronostic d'incurabilité se substitue alors à toute perspective de soins et conduit à un nouveau partage des malades : d'un côté les "aigus curables" par opposition aux "chroniques incurables". Le sort de ces derniers est exclu des projets de médicalisation de l'institution asilaire, tels qu'ils s'élaborent dans le milieu psychiatrique dès le début du 20ème siècle.
Partie du monde des aliénistes pour s'appliquer à la médecine, la biologie et la sociologie, la notion de dégénérescence va s'étendre considérablement à la fin du 19ème siècle. Toute déviance est alors une dégénérescence. Plus tard, le développement de la neurologie et de la psychologie vont venir en partie atténuer les effets d'une explication unique dans l'étiologie des maladies mentales.

[5] Postel J. *op. cit.*

II. Francis Galton et l'*Eugenics* (1822-1911)



Cet homme de science britannique, explorateur, géographe, météorologiste, passionné de statistiques, fut anobli en 1909. Il n'est cependant pas médecin, bien qu'il ait débuté des études de médecine qu'il a vite abandonné. On lui doit le néologisme d'*eugenics* et ses travaux vont instaurer une longue tradition eugéniste en Occident.

II – A : Les premiers travaux de Galton

A la suite de ses échecs scolaires à Cambridge, Galton a prêté une attention particulière à ce problème : quelle est l'origine des individus les mieux doués ? En 1969, il publie une étude dans laquelle il examine 300 familles d'hommes appartenant à l'élite sociale (juge, homme d'état, scientifiques, artistes, ecclésiastiques, officiers) ainsi que leurs relations de parenté[6] . Les comparaisons étaient opérées de façon méthodique et tenaient compte des diverses relations de parenté : père, fils, frère, grand-père, oncle, neveu, petit-fils, arrière-grand-père, grand-oncle… Grâce aux données statistiques, il met en évidence une loi de distribution des capacités dans les familles: plus la parenté est proche, plus la proportion de "génies" est élevée. Galton lui-même était un membre de l'élite anglaise, un grand bourgeois apparenté à Erasme et Darwin. Il lui était assez facile d'admettre l'hérédité du génie.
Il poursuit sur cette voie dans English men of science: their nature and nurture[7] où il relève à nouveau que les individus les plus doués sont très fréquemment de proches parents d'individus eux même très doués.
En 1873, Galton fait paraître un article[8] sur l'amélioration héréditaire. Il y explique que c'est un devoir primordial pour l'humanité de contribuer volontairement au processus général de la sélection naturelle. Les hommes doivent faire consciemment, méthodiquement et rapidement ce que la nature fait aveuglement et lentement. Soit favoriser la survie des plus aptes et ralentir (ou interrompre) la reproduction des inaptes. Surtout si la classe douée est menacée, c'est un impératif. Les citoyens les plus médiocres, dégénérés héréditaires ainsi que Morel les

[6] Galton F. Hereditary genius, an inquiry into laws and consequences. 1869.
[7] Galton F. English Men of Science. 1874.
[8] Galton F. Hereditary improvement. Fraser's Magazine. 1873 ;7:116-30.

décrit, peuvent alors être considérés comme des ennemis de l'Etat, comme des êtres méritant d'être impitoyablement traités. Pour Galton, les statistiques ont un rôle fondamental à jouer dans le projet pratique de l'eugénisme. Il fallait se débarrasser de tout "sentimentalisme" et raisonner globalement, sans trop donner d'importance aux injustices susceptibles d'être commises. Galton peut alors enfin, en 1883, formuler la doctrine eugéniste.

II – B : L'*Eugenics* de Galton

Galton a voulu appliquer à l'homme les méthodes pratiquées avec succès par les éleveurs et les horticulteurs : repérer les meilleurs sujets, c'est-à-dire ceux qui manifestent les "qualités" qu'on souhaite développer et fixer, puis les faire se reproduire entre eux. Corrélativement, il faut éliminer les sujets les moins conformes au modèle jugé idéal ; ou, du moins, éviter soigneusement que les sujets sélectionnés ne se reproduisent avec eux. Par ces moyens, on arrive à constituer artificiellement des variétés ou "races" possédant certains caractères bien définis.

Galton invente alors le terme *eugenics*, à partir du mot grec *Εὐγενία* (Eugenia), qui signifie « individu de bonne naissance, de noble origine, bien né ». Ce mot va rapidement supplanter tous les autres termes imaginés afin de désigner la notion de modelage par l'homme de sa propre espèce. Galton définit le mot *eugenics* en 1883 : « *Science de l'amélioration de la lignée, qui ne se borne nullement aux questions d'union judicieuse, mais qui, particulièrement dans le cas de l'homme, s'occupe de toutes les influences susceptibles de donner aux races les mieux douées un plus grand nombre de chances de prévaloir sur les races moins bonnes* ».[9] C'est alors l'étude des facteurs susceptibles d'augmenter ou de diminuer les qualités, soit physiques soit mentales, des futures générations. Son but est de régler les unions humaines, de façon à obtenir le plus grand nombre d'individus aptes à composer la société considérée comme la meilleure.

Galton a élaboré une doctrine systématique visant à améliorer les qualités physiques, mentales et sociales des générations à venir, pour lutter contre la dégénérescence des races blanches, éliminer les indésirables, et consacrer les économies au profit des couples sélectionnés et de leur progéniture.

Dans la langue française, deux termes peuvent être utilisés pour traduire le terme anglais *eugenics* : eugénisme ou eugénique. "Eugénisme" évoque une doctrine morale, philosophique, qui a pour but une (hypothétique voire utopiste) amélioration de l'espèce humaine, et attire l'attention sur les aspects militants. "Eugénique", plus neutre, est utilisé pour désigner les recherches scientifiques correspondantes et les progrès techniques accomplis dans ce domaine.

L'un des grands thèmes cher à Galton et à sa postérité, est que de nombreux problèmes pratiques (criminalité, désordres sociaux) seraient résolus par un contrôle serré de l'hérédité.

Galton reconnaissait explicitement que le milieu jouait un rôle dans le développement des individus et des groupes humains. Mais, il considérait la race comme plus importante que le milieu.

---

[9] Galton F. Inquiries into human faculty. 1883

En 1904, Galton expose ses idées devant la Société de sociologie de Londres dans une conférence intitulée : "L'eugénisme, sa définition, ses buts, ses aspirations". Celle-ci connu un grand succès et fut le point de départ de l'extension mondiale des travaux de Galton. Professeur à l'université de Londres, il va disposer d'un laboratoire de génétique en 1904 et fonde la Société anglaise d'eugénique en 1908 ainsi qu' *Eugenics Review* en 1909.

II – C : L'eugénisme, une science ?

Pour Galton, l'eugénisme mérite le terme de "science". Cette désignation, dans un milieu porté à valoriser tout ce qui était "scientifique", lui donne un certain prestige. L'eugénisme a en effet une approche scientifique par l'utilisation de résultats émanant de l'hérédité, de la démographie, de la psychologie ou de l'anthropologie, et l'emploi des statistiques. Mais l'eugénisme est avant tout social et politique. Le projet fondamental était de réorganiser la société anglaise en utilisant une sélection artificielle pour remplacer une sélection naturelle inefficace. Il faut préserver les élites nationales à tout prix. Galton, en effet, a peur de les voir disparaître au profit des pauvres dont le nombre augmente de génération en génération. L'eugénisme est alors la réponse d'une société apeurée face à l'angoisse du déclin et de la dégénérescence, une sorte de stratégie défensive. Pour atteindre ce but, des recherches scientifiques apparaissaient nécessaires et grâce à elles, les eugénistes auraient les moyens de transformer efficacement la société.
Galton et d'autres scientifiques de sa lignée, ont fait progresser certains thèmes de recherche originaux car ils désiraient confirmer scientifiquement les pré-supposés de leur doctrine. Ils se sont intéressés à la génétique, aux enquêtes statistiques et la pensée eugénique faisait souvent partie intégrante de leurs conceptions et méthodes.

II – D : La Pensée Galtonienne et la théorie Darwinienne de la sélection naturelle

Galton est le cousin du grand naturaliste Charles Darwin. Il était un adepte de la théorie Darwinienne de la sélection naturelle, énoncée en 1859 dans le livre : L'origine des espèces[10]. Celle-ci postule que les individus porteurs de variations avantageuses, dans des conditions environnementales données, survivent, car ils sont plus aptes. On note une affinité très remarquable entre la pensée Darwinienne et la pensée Galtonienne en appliquant cette théorie à la société humaine. La plupart des grands apôtres eugénistes sont des darwiniens convaincus.
Dans quelle mesure la théorie Darwinienne de l'évolution a-t-elle pu contribuer à la naissance des idées de Galton ? Il semble que Darwin n'avait ni prévu ni voulu l'eugénisme doctrinal inventé par son cousin, mais il aurait émis plusieurs idées qui ont contribué à le rendre possible voire inévitable. En effet, les œuvres du grand naturaliste contiennent toutes les prémices fondamentales du raisonnement eugéniste. De plus, Darwin a repris à son compte des opinions de Galton relatives à l'hérédité des "qualités" et des effets sociaux de la

[10] Darwin C. On the Origin of Species by Means of Natural Selection, or the Preservation of Favoured Races in the Struggle for Life. Londres: John Murray; 1859.

sélection. Dans son livre de 1871 L'ascendance de l'homme[11], il cite plusieurs fois des idées émises par son cousin en 1869 dans Le génie héréditaire[12]. La théorie de l'évolution par sélection naturelle, fondée sur une analogie avec la sélection artificielle pratiquée par des éleveurs, était évidemment applicable au cas de l'espèce humaine. Darwin, lorsqu'il évoque les origines de l'homme, aborde certaines questions : La sélection a t'elle des effets sur le développement de l'individu ? La préservation d'individus débiles peut elle contribuer à la dégénérescence de certaines populations ? Les réponses fournies sont positives. Faisant la distinction entre les sauvages et les hommes civilisés, Darwin explique : « *Chez les sauvages, les individus faibles de corps et d'esprit sont promptement éliminés. Aussi, les survivants se font ils ordinairement remarquer par leur vigoureux état de santé. Tandis que chez les hommes civilisés, tous les efforts sont faits pour arrêter la marche de l'élimination : nous construisons des hôpitaux pour les idiots, les infirmes et les malades ; nous faisons des lois pour venir en aide aux indigents. Les membres débiles des sociétés civilisées peuvent donc se reproduire indéfiniment. Or, quiconque s'est occupé de la reproduction des animaux domestiques sait, à n'en pas douter, combien cette perpétuation des êtres débiles doit être nuisible à la race humaine (...) A l'exception de l'homme lui-même, personne n'est assez ignorant ou assez maladroit pour permettre aux animaux débiles de se reproduire.* »[13]

A partir de telles constatations, le système eugéniste peut facilement se dessiner. Les eugénistes ont prolongé le raisonnement et abouti à cette conclusion : il faut rétablir une forme de sélection biologique afin d'éviter la dégénérescence de l'espèce.

La conséquence logique de ces affirmations est qu'un moyen particulièrement efficace d'assurer la conservation de la race consiste à ralentir la propagation des êtres débiles. Cependant, Darwin estimait qu'il fallait faire preuve de compassion et de sympathie : « *Nous ne saurions restreindre notre sympathie, (...) sans porter préjudice à la plus noble partie de notre nature (...) Nous devons donc subir sans nous plaindre les effets incontestablement mauvais qui résultent de la persistance et de la propagation des êtres débiles.* »[14]Le fameux " Laisser-faire" Darwinien. Certains experts pourvus d'une âme moins sensible, se demanderaient pourquoi accepter ces effets mauvais alors que des interventions sont possibles.

Il faut alors préciser une différence majeure entre le Darwinisme social et l'eugénisme : les partisans du premier sont des libéraux qui prônent le laisser faire, la compétition est bonne et, grâce à la lutte pour la vie, la survie des meilleurs sera assurée. Il suffit donc de ne pas entraver les processus sélectifs spontanés. L'eugénisme lui, est technocratique et autoritaire. Le but est de mettre en place un système capable de produire scientifiquement les bons individus et les bons gènes dont la nation a besoin.

---

[11] Darwin C. The Descent of Man, and Selection in Relation to Sex. Londres: John Murray; 1871.

[12] Galton F. Hereditary Genius. *op. cit.*

[13] Darwin C. La descendance de l'homme : les facultés mentales de l'homme et celles des animaux inférieurs. Paris : L'harmattan; 2006:144-145.

[14] Darwin C. La descendance de l'homme. *op. cit.* p.145.

II – E : Une notion élastique : la race

Chez Galton, cette notion est polyvalente : tout d'abord, elle renvoie à l'idée courante de la "race" : les blancs, les noirs, les jaunes… Mais Galton l'utilise aussi de façon beaucoup plus souple : une race est aussi constituée par toute population homogène qui perpétue héréditairement certaines caractéristiques. Par exemple, Galton parle souvent d'une "race anglaise" propre à la Grande Bretagne. Statistiquement, les populations concernées lui paraissent relativement homogènes et caractérisables par certains traits physiques, intellectuels ou moraux. Les critères d'une bonne race sont assez flous mais semblent inclure : intelligence, énergie, force physique et santé. Galton utilise aussi parfois le mot race comme synonyme de caste, qui est une classe sociale héréditaire. La préservation et l'amélioration de la race peuvent donc être comprises de plusieurs manières.

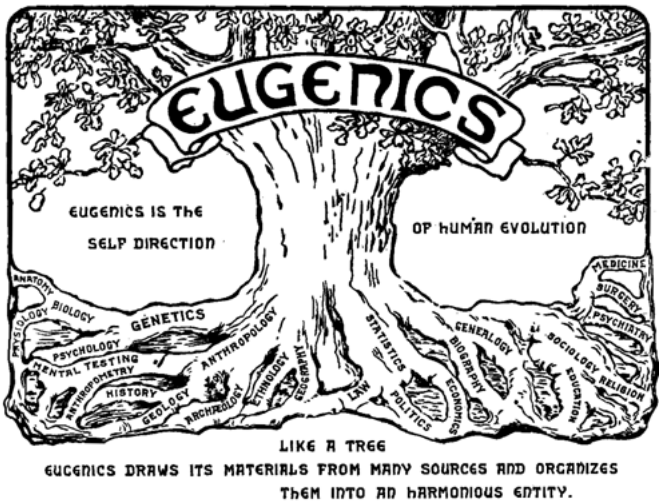
II – F : L'hérédité selon Mendel

On peut s'étonner que le courant eugéniste, au moment de sa naissance, soit basé sur des croyances concernant l'hérédité alors que les connaissances en matière de génétique étaient balbutiantes. En effet, les travaux de Mendel n'avaient pas encore été re-découvert ; ils resteront méconnus jusqu'en 1900. Avant cela, la connaissance des lois de l'hérédité ne repose alors que sur l'expérience des agriculteurs dans la sélection de leurs variétés animales et végétales. Galton, souhaitant confirmer ses théories eugénistes par la découverte des lois de l'hérédité, qui seules pourraient lui permettre de donner une base scientifique à son projet d'amélioration de l'espèce, adopte une méthode statistique, inédite à l'époque dans le domaine de la biologie, en s'appuyant sur la loi normale gaussienne. Selon lui, il y a continuité de la lignée germinale et corrélativement, il n'y a pas d'hérédité des caractères acquis. Puisque les caractères acquis ne se transmettent pas, l'amélioration de la race n'est possible que par une sélection systématique des individus.
L'essor de la génétique Mendélienne au début du 20ème siècle entraîne un renouveau du mouvement eugéniste car les généticiens sont pour la plupart des eugénistes convaincus. Leurs recherches vont être imprégnées de ce souci d'améliorer l'homme. Les élèves de Galton vont chercher à établir dans tout ce qui peut être appréhendé comme signe de dégénérescence, les indices du facteur héréditaire. Le but est de détecter et d'éliminer ce qui peut apparaître comme un élément susceptible d'amoindrir les capacités de l'espèce, de la race, de la nation. Les traits psychologiques, intellectuels et sociaux peuvent alors être réduits à des caractères récessifs ou dominants à la lumière des lois de Mendel. La folie devient transmissible génétiquement et fait courir un risque sur la descendance.

II – G : Congrès et Sociétés savantes

Au début du 20ème siècle, il existe partout dans le monde des sociétés d'eugénique comme l'*American Eugenics Society* ou l'*Eugenics Record Office* qui publient des revues où se mêlent des articles scientifiques sur les recherches en génétique et propagande eugénique pure.
Face à la volonté de ces différentes sociétés de fédérer mondialement le mouvement eugéniste, est organisé en 1912 le premier Congrès international eugénique. Il a lieu à

Londres, sous le patronage de Churchill et de l'université d'Harvard. La présidence va au major Leonard Darwin, fils du grand naturaliste Charles Darwin. Francis Galton est décédé l'année précédente.



Logo du Congrès de New-York en 1922

Les pays anglo-saxons sont très largement représentés, mais aussi les pays européens, le Japon et l'Amérique latine. La France envoie à Londres une délégation importante et fonde six mois plus tard la Société française d'eugénisme, à Paris. Elle est donc créée le 22 décembre 1912 et disparaitra en juin 1940, faute de militants et de perspectives socio-politiques.
Le second Congrès international eugénique a lieu à New York en 1921, il rassemble plus de 300 délégations venant de tous les continents. Georges Vacher de Lapouge en est le co-président et initiera le courant eugéniste en France. Le troisième et dernier Congrès a lieu également à New-York en 1932.
Bien avant l'Allemagne, les Etats-Unis furent le premier pays à mettre en place des législations eugéniques que nous allons voir ci-dessous.

II – H : L'eugénisme aux Etats-Unis

Aux Etats-Unis, l'eugénisme rencontre un franc succès ; la doctrine, en plus de l'amélioration de l'espèce, promet de trouver des solutions biomédicales aux problèmes sociaux et économiques. La société américaine d'eugénisme, présente dans vingt-huit Etats, compte parmi ses membres des universitaires distingués, des prix Nobel et des juristes éminents. L'eugénisme prospère alors à visage découvert, à la fois sur le plan scientifique et dans le domaine législatif comme nous allons le voir à travers les lois de stérilisation ou les lois d'immigration.

II – H . 1 : Les lois de stérilisation

L'Etat de l'Indiana pratique dès 1899 des stérilisations sur des criminels volontaires et sur des arriérés mentaux. Ce même Etat vote en 1907 une loi prévoyant la stérilisation des dégénérés héréditaires. En 1911, la stérilisation est désormais possible dans six états. En 1914, trente états promulguent des textes annulant le mariage de ceux qu'on classe en termes d'idiots,

arriérés et malades mentaux. En 1920, vingt-quatre états disposent de lois de stérilisation pour les "idiots, dégénérés, épileptiques, déments précoces, alcooliques et toxicomanes". L'eugénisme américain gagne également une dimension économique avec la crise de 1929, durant laquelle les politiques de stérilisations sont présentées comme un moyen de réduire les fonds publics alloués à l'aide sociale et aux soins des handicapés. En 1950, cinq ans après la seconde guerre mondiale, trente-huit états américains possèdent une législation en faveur de la stérilisation obligatoire des fous, faibles d'esprit, épileptiques et parfois les délinquants sexuels.
L'application de ces lois fut variable selon les états. Elles furent surtout appliquées dans les asiles financés par les fonds publics et ont surtout touché les jeunes femmes noires issues de milieux défavorisés et les minorités ethniques.
Cette pratique est interrompue en 1972. Actuellement dix-neuf états ont toujours cette législation dans leurs textes mais celle-ci n'est plus appliquée.

II – H . 2 : Les restrictions de l'immigration

Le courant eugéniste américain vise également les immigrants, particulièrement ceux venant d'Europe de l'Est et du Sud. Ils sont vus comme appartenant à une race inférieure à celle des anglo-saxons, et des mesures doivent être prises pour restreindre l'immigration et préserver la "pureté du sang américain".
On doit alors citer Charles Davenport (1866-1944), grand nom de l'eugénisme dans ce domaine, président de la fédération internationale des organisations eugénistes, qui dirige alors depuis 1904 le Département de génétique du Carnegie Institute de Washington et, depuis 1910, l'*Eugenics Record Office* de Cold Spring harbor. Il adopte des positions radicales en estimant que l'état de pauvreté affectant certains individus relève d'une infériorité mentale. Il attribue aux italiens une tendance au crime, aux allemands au vol… Cette importation de sang nouveau ne pouvait que diminuer la nation américaine, la rendant « *plus sombre de peau, plus petite de stature, plus instable de caractère… plus portée à transgresser la loi par le vol, la prise d'otage, l'agression, le meurtre, le viol et la délinquance sexuelle*. »[15]
Parallèlement se met en place une véritable propagande destinée à recueillir l'adhésion du public aux idées eugénistes : concours de sermon eugénistes, présentation au cours de conférences ou d'expositions d'arbres généalogiques de familles dégénérées, enseignement dans les universités, concours des meilleures familles dans des foires…
A Ellis Island, le centre médical d'immigration, les immigrants sont étudiés et on leur fait passer des tests d'intelligence importés de France. Inévitablement, ils sont majoritairement reconnus comme faibles d'esprit et il faut donc en limiter le nombre. Ceci aboutit à L'Immigration Restriction Act de 1924 promulgué par le président Calvin Coolidge. Abrogé en 1965, cette loi permet aux Etats-Unis de mettre en place un filtrage systématique des immigrants. Il abaissait les quotas antérieurement fixés à l'encontre des pays considérés comme de souche inférieure.

[15] Kevles DJ. Au nom de l'eugénisme. Paris: PUF; 1995:64.

La place dominante qu'occupe alors l'hérédité, comme cause quasi unique du malaise social, rend compte en partie de la détermination affichée par les Etats-Unis vers les formes actives d'eugénisme.
Le mouvement eugéniste gagne ensuite petit à petit l'Europe. Les pays scandinaves furent les premiers à voter des lois de stérilisation envers les épileptiques, les retardés mentaux, les criminels sexuels, les malformés… (en 1929 au Danemark, en 1934 en Norvège et en 1935 en Suède et Finlande). Parallèlement, ces pays mettent en place l'interdiction du mariage pour les malades mentaux, épileptiques et porteurs de maladie vénériennes entre 1915 et 1930. L'avortement eugénique est également autorisé en Suède et au Danemark en 1938. Les lois de stérilisation furent abrogées tardivement, d'abord au Danemark (1967) et en Finlande (1970), puis en Suède (1976) et en Norvège (1977).
Nous allons évoquer maintenant brièvement un autre homme qui reprit la théorie de la dégénérescence de Morel pour l'appliquer plus spécifiquement aux comportements criminels.

III. Cesaro Lombroso et le "criminel-né" (1836-1909).

Ce professeur italien de médecine légale est l'un des fondateurs de l'école italienne de criminologie. Ses théories étaient fortement marquées par celle de la dégénérescence, le racialisme et le transformisme : il considérait ainsi que l'humanité avait évolué en partant des "noirs" vers les "jaunes" et enfin les "blancs".
En 1878, il publie L'Homme criminel (*L'Uomo delinquente*), basé sur des études phrénologiques et physiognomiques, et dans lequel il expose ses travaux autour du "criminel-né". Il y est élaboré une théorie selon laquelle la délinquance serait nettement plus fréquente chez certaines personnes porteuses de certaines caractéristiques physiques, ce qui serait en faveur du caractère inné de certains comportements. L'auteur se base sur des observations anthropométriques de crânes de soldats délinquants, qu'il a pu étudier en tant que médecin militaire, et sur des crânes d'assassins guillotinés. Sur 35 de ces derniers, la fréquence de certaines caractéristiques, lui permet d'en déduire que la criminalité innée concerne 1/3 de la population criminelle.
Lombroso impose l'idée que la cause de la délinquance se trouve dans des anomalies corporelles ou mentales. Les criminels constituent alors une classe héréditaire qu'on pourrait distinguer par l'apparence physique. La conviction d'avoir résolu le "problème de nature du criminel", l'amène à décrire celui-ci comme un "être atavistique reproduisant dans sa nature

les féroces instincts de l'humanité primitive et des animaux inférieurs". La description du criminel-né ne manque pas de pittoresque : mâchoires énormes, hautes pommettes, arcades sourcilières proéminentes, oreilles "en forme d'anse" semblables à celles des "sauvages" et des singes, longueur "excessive" des bras, insensibilité à la douleur, amour des orgies, désir de tuer et boire le sang de la victime.
Cette théorie héréditaire du "criminel-né", évolutionniste, expliquant le comportement criminel comme une régression biologique s'oppose aux conceptions sociologiques où les déviances seraient conséquences du milieu. Si les thèses de Lombroso font aujourd'hui sourire, il aura eu le mérite de déplacer l'objet d'étude du crime au criminel et à sa personnalité, présageant des disciplines telles que le profilage criminel.

Plus récemment, on retrouve une théorie autour d'un chromosome supplémentaire considéré un temps comme possiblement "chromosome criminel" qui illustre très concrètement le processus qui mène de la biologie à la tentation eugéniste. Le syndrome XYY est une anomalie chromosomique de type aneuploïdie, caractérisée par la présence anormale d'un deuxième chromosome Y. En 1965, un article de Patricia Jacobs envisage l'existence d'une relation significative entre le comportement agressif et la présence de ce chromosome mâle surnuméraire[16]. Ces travaux sont basés sur une enquête dans une institution carcérale Ecossaise, auprès de 197 hommes mentalement inférieurs à la norme et ayant des tendances dangereuses, violentes ou criminelles. 8 sont porteurs du syndrome XYY. La fréquence du fameux chromosome est alors de 3.5%, alors qu'elle est de 0.1% dans la population générale. D'autres articles qui paraissent les années suivantes qui confortent les suspicions d'agressivité, de déviance, de criminalité et de comportement antisocial liés à la présence du chromosome Y[17]. Cette théorie prospère dans les années 1960 et 1970, puis est réfutée par d'autres études qui ne montrent finalement pas de lien entre l'agressivité et le syndrome XYY. Les résultats de Jacobs sont alors à mettre en lien avec les déficiences mentales présentées par les patients. Malgré tout, cette notion se retrouve dans plusieurs œuvres multimédias. On peut citer la série littéraire de Kenneth Royce (1920 - 1997) *The XYY Man* qui met en scène un homme dont le caryotype est XYY ; cet anti-héros, William Scott, cambrioleur de très haut niveau, dont le chromosome supplémentaire est pointé du doigt comme étant responsable de sa carrière. Egalement, dans le film *Alien³* (1992), la protagoniste atterrit sur une planète prison peuplée de criminels au caryotype XYY, avec le sous-entendu qu'ils sont plus enclins aux crimes et viols.

[16] Jacobs P. Aggressive behaviour, mental sub-normality and the XYY male. Nature. 1965 déc ;208:135.
[17] Price WH, Whatmore PB. Behaviour disorders and pattern of crime among XYY males identified at a maximum security hospital. Brit. Med.J. 1967;1:533-536.

IV. Edouard Toulouse et l'hygiénisme en Psychiatrie

IV – A : Le contexte de la naissance de l'hygiénisme

L'hygiénisme apparaît à la fin du 19ème siècle, période marquée par l'apparition de nouvelles menaces collectives, d'autant plus inquiétantes pour le monde politique et médical qu'elles sont susceptibles d'atteindre sans discrimination l'ensemble du corps social et de se transmettre aux générations futures : la syphilis, la tuberculose, l'alcoolisme, la criminalité, la mortalité infantile et la maladie mentale. La notion de dégénérescence de Morel, dans laquelle s'intègrent ces fléaux, est unanimement validée avec sa transmission héréditaire.

Autour de ces menaces s'organise le débat médical hygiéniste dont la doctrine affirme l'idée d'une régénération des lignées défectueuses grâce à une pratique sociale et collective de prévention. La conservation de la vie et de la santé des populations est au premier plan. L'action philanthropique au sein de laquelle l'hygiénisme a pris corps, rencontre la volonté politique de fédérer l'ensemble des sociétés, œuvres ou ligues agissant dans le cadre de la lutte contre les fléaux sociaux. Ainsi, la Société de médecine publique, fondée en 1877, se base sur l'idée qu'un homme sain est meilleur.

La médicalisation de la société est intimement liée au développement des lois sur la protection sociale et la règlementation du travail, ainsi que du souci de préserver la petite enfance. On assiste au développement de la puériculture et de l'obstétrique, le mouvement insiste sur l'éducation des jeunes filles et des mères. On lutte aussi contre l'avortement, de crainte d'une dépopulation. On se trouve face à un nouveau modèle, caractérisé par l'intervention de l'état dans le domaine de l'assistance publique, de la santé et de la législation sociale.

Le mouvement hygiéniste atteint son plein développement après la première guerre mondiale, dans un contexte de dénatalité et une démographie en baisse face à l'Allemagne, un climat économique défavorable et une période de peur et de haine sociale. La première guerre mondiale a détruit la meilleur part de la population, il y a une nécessité "nationale" de récupérer les malades curables afin de restaurer le capital humain indispensable aux besoins de la collectivité et à la régénération des lignées défaillantes. Le thème de la menace pesant sur la race est alors très présent, exacerbé par l'idéologie nationaliste, et renforce un profond sentiment d'insécurité.

IV – B : Rencontre entre l' hygiénisme et l'eugénisme

Les discours hygiéniste et eugéniste se rejoignent dans la lutte contre les fléaux sociaux cités plus haut, ces facteurs de dégénérescence retentissant sur le bonheur des cités ainsi que sur l'essor de la lignée et de la race. En effet, les travaux de Mendel montrent la non-transmission des caractères acquis. Ceci renforce l'idée que toute mesure d'hygiène et de protection sociale, aussi importante soit-elle pour l'individu, ne peut constituer un rempart efficace contre la dégénérescence de la race dans une société où les individus considérés comme

inférieurs sont encouragés à procréer. Quelque soient les améliorations de l'homme de son vivant grâce à une intervention prophylactique, celles-ci ne pourront être transmises à sa descendance. Les limites d'action de l'hygiénisme et de la prévention dans le domaine de l'hérédité pathologique ouvrent la voie à des considérations résolument interventionnistes et discriminatoires.

L'eugénisme prend ainsi forme à la fin du 19ème siècle au sein du mouvement hygiéniste français. Les médecins hygiénistes, préoccupés par le dépeuplement et soucieux d'améliorer la qualité de la population française, vont alors favoriser un hygiénisme qui, se confondant avec un eugénisme nataliste, attache autant d'importance aux facteurs environnementaux qu'aux facteurs héréditaires. En effet, contrairement aux pays Anglo-Saxons, où l'eugénisme est basé sur la génétique Mendelienne, l'eugénisme français est basé sur le Lamarckisme, où le "milieu" au sens large (environnement, facteurs sociaux, mode de vie) joue un rôle dans ce qui vient infléchir "la reproduction". Sans doute, cette tradition permet-elle, s'appuyant sur une opinion scientifique gagnée à sa cause, de maintenir de façon prioritaire un système de prévention des populations.

La France n'a pas connu de mouvement eugéniste comparable à ceux qui, depuis le début du 20ème siècle, ont influé sur les orientations politiques des pays Anglo-Saxons. Notre pays n'a pas été le plus zélé disciple de l'idéologie scientifique Galtonienne : ni extermination ni stérilisation. On peut tout juste noter une loi d'inspiration eugéniste en 1942 instaurant l'examen prénuptial sur lequel nous reviendrons. Cependant, la France a compté deux prix Nobels, Charles Richet et Alexis Carrel, dont les travaux sont résolument teintés d'eugénisme. Charles Richet est un physiologiste qui a reçu le Prix Nobel de médecine pour la découverte de l'anaphylaxie. Président de 1920 à 1926 de la Société française d'eugénisme, il adopte des positions eugéniques radicales. Il estime que la sélection de l'homme par l'homme serait plus rapide que la sélection naturelle : « *Après l'élimination des races inférieures, le premier pas dans la voie de la sélection, c'est l'élimination des anormaux [...] On va me traiter de monstre parce que je préfère les enfants sains aux enfants tarés [...] Ce qui fait l'homme c'est l'intelligence. Une masse de chair humaine, sans intelligence, ce n'est rien.* »[18] Dans ses travaux, il introduit également l'idée de se débarrasser au moyen d'une mise à mort "en douceur" de tous les "inutiles, tarés, syphilitiques, tuberculeux, gibbeux, épileptiques, fous, criminels". Nous reviendrons à Alexis Carrel sous peu.

[18] Pichot A. L'eugénisme ou les généticiens saisis par la philanthropie. Paris: Hatier; 1995 :14.

IV – C : Le mouvement d'hygiène mentale

Au sein du mouvement d'hygiène mentale, les projets des aliénistes, anciennement imprégnés de l'esprit libéral et philanthropique de la révolution française, rejoignent alors ceux de l'hygiène sociale, et ouvrent la voie à des horizons jusque-là inconnus de l'exercice traditionnel de la psychiatrie. Les notions de prévention, prophylaxie et dépistage dans le domaine de la maladie mentale font leur apparition à partir du modèle médical de lutte contre les maladies infectieuses.

L'image d'une "prophylaxie défensive", se contentant d'isoler les sujets dangereux ou malades, ne suffit plus. Il faut désormais mettre en place une "prophylaxie préservatrice" destinée à enrayer les récidives et à éviter l'affadissement de la race. Il apparait ainsi une nouvelle conception de l'hospitalisation : faciliter l'accès à l'hôpital afin de soigner plus précocement et plus activement les troubles supposés réversibles.
Les psychiatres se donnent également pour tâche d'éduquer un peuple peu soucieux des règles d'hygiène et de contribuer à une "moralisation des masses". Pour cela, ils ciblent de façon prioritaire les foyers de désordre et de misère. Ils se doivent aussi d'exercer une surveillance constante de la population à l'affut de la plus minime expression d'un désordre pathologique annonciateur de dégénérescence : sanction ultime de tout écart aux principes hygiénistes. La médecine mentale se dote ainsi d'un nouveau mandat social de contrôle de la déviance et de la marginalité. Ce qui conduit les psychiatres à élargir leur champ d'intervention à l'ensemble des facteurs de déséquilibre social et à s'attacher aux remèdes pour prévenir les dégénérescences qui affectent l'espèce humaine.
Mais ces nouvelles pratiques excluent du domaine médical tous ceux pour lesquels une prédisposition héréditaire ou des lésions organiques accréditent l'idée d'une incurabilité, inacceptable en termes de rentabilité des soins. Une partie du mouvement hygiéniste renonce explicitement à toute démarche de soin vis-à-vis de ceux qu'elle tient désormais pour des "non valeurs sociales". Ceci permet l'émergence du courant eugéniste qui propose de rayer du paysage social ces foyers de dégénérescence.

IV – D : Les travaux de Toulouse (1865-1947)

En ce qui concerne l'hygiénisme dans le domaine des maladies mentales en France, on se doit d'évoquer le psychiatre Edouard Toulouse, fondateur et animateur principal du mouvement.
Ce médecin des hôpitaux psychiatriques, journaliste, homme de gauche, franc-maçon, est connu pour avoir crée le premier service libre en 1922 à l'asile Sainte Anne, allant à

l'encontre de l'enfermement. On lui doit aussi, quelques années plus tard, le changement de dénomination de l'"asile" en "hôpital psychiatrique". Il fut un pionnier dans le domaine de la sexologie, de la psychologie expérimentale mais aussi de la prophylaxie mentale.
Comme les autres médecins de son temps, Toulouse se fonde sur la théorie de la dégénérescence mais estime pouvoir l'enrayer: « *Et l'on pourra réaliser cette récupération, à condition d'employer les méthodes d'assistance et de traitement plus rationnelles et d'appliquer résolument les procédés nouveaux de prophylaxie.* »[19]
A ses yeux, les maladies mentales sont curables si elles sont prises en charge à leur apparition, sous la forme de troubles légers. Plus le dépistage est précoce, plus les chances de guérison sont grandes. Partant de ce principe, il s'interroge sur l'accès aux soins des malades mentaux dégénérés considérés comme incurables : « *Le séjour de tous ces chroniques inoffensifs dans nos asiles où la vie est si dispendieuse est presque une extravagance d'assistance… Pourquoi tant dépenser pour cultiver en serre chaude et prolonger indéfiniment l'existence d'un si grand nombre d'idiots et de déments ? La société doit les assister congrûment et réserver le reste de son argent pour les malades aigus.* »[20]

IV – D . 1 : La biocratie d'Edouard Toulouse

Toulouse part du constat que la première guerre mondiale a engendré le chaos et le désordre. Il veut créer un nouvel ordre stable et durable et ne veut s'appuyer ni sur les idéologies ni sur les politiques. Les scientifiques et au premier rang, les médecins et les biologistes, sont les instruments de la raison sur lesquels il faut s'appuyer. Ils permettent la rationalisation du monde par la science. Ainsi, le néologisme biocratie apparaît en 1920 sous la plume de Toulouse. Il la définie un peu plus tard ainsi : « *Tous reconnaissent que la science(…) est la plus capable de saisir la nature de l'homme, base rationnelle de toute politique, de toute morale, de toute interprétation religieuse…et ce mouvement aboutira à un état social fondé sur les sciences de la vie, ce que j'ai souvent et longuement exposé sous le terme de «biocratie».* »[21]
C'est ici un idéal de société où les élites (techniciens, ingénieurs, savants, artistes, avocats et juges) représentent la force créatrice de la nation, le cerveau de l'organisme social. Pour Toulouse, la sélection des plus aptes, par l'instruction gratuite, doit concerner toute la population. Il recommande également que les privilèges de la naissance et de l'argent soient à tout jamais abolis, et que seuls les plus doués soient appelés à exercer des fonctions de direction. Chacun occupe alors une place "juste", selon ses aptitudes, conférant alors à l'ensemble de la société un bon fonctionnement. Dans cet ordre social, la détermination des besoins humains (alimentation, sexualité, santé, éducation….) se fait par les médecins et biologistes. La science devient alors une composante essentielle du pouvoir, un principe en lui-même intouchable qui mène tout droit à l'idée du progrès de la civilisation grâce au perfectionnement de la "race humaine".

---

[19] Toulouse E. Réorganisation de l'hospitalisation des aliénés dans les asiles de la Seine. Paris: Imprimerie Nouvelle; 1920:1-2.
[20] Toulouse E. Rapport sur l'existence des aliénés en France et en Ecosse. In: Castel R, dir. La Gestion des risques. Paris: Ed. de Minuit; 1981:80.
[21] Toulouse E. Le mouvement français de prophylaxie mentale. La prophylaxie mentale.1930 déc:6.

L'idée de biocratie exprimait surtout le fantasme du pouvoir médical, pouvoir qui à cette époque ne doutait ni de sa légitimité ni de son aptitude à faire le bien et le bonheur de l'humanité.
Au cours des années 1930, on note un glissement des frontières qui délimitent le nationalisme, l'hygiénisme, le scientisme et le racisme. L'interaction entre le langage scientifique et le discours politique produit une réelle confusion qui amène à la revendication d'une biocratie. Ce qui pose la question cruciale de la place des scientifiques à l'égard du pouvoir politique. Le savoir venant légitimer le pouvoir.

IV – D . 2 : Ligue et Associations

Pour mettre en place cette biocratie, Toulouse va être à l'origine de plusieurs associations. Tout d'abord, il crée la Ligue d'hygiène et de prophylaxie mentale en 1920. Elle se diversifie bientôt en plusieurs associations et sociétés.
La première, l'Association d'études sexologique, fondée en 1931, a pour objet l'étude des problèmes de sexologie et leurs rapports avec la vie sociale. Il y est soutenu un "eugénisme sexologique" incluant une normalisation dans les pratiques sexuelles.
La seconde, la Société de prophylaxie criminelle, fondée en 1932, doit promouvoir les mesures préventives à l'égard des anormaux et des psychopathes (dépistage, isolement et traitement des prédélinquants). Toulouse indique « *le problème du crime est étroitement lié au problème de la folie car l'un fait souvent le lit de l'autre. Les récidivistes sont des anormaux dans une proportion qui n'est pas inférieure à 80%* »[22].
La dernière, la Société de biotypologie, fondée également en 1932, organise les principes de la sélection psychopathologique des individus selon un nombre restreint de types.

IV - D . 3 : Les mesures préconisées par Toulouse :

Tout d'abord, Toulouse souhaite modifier le rôle de la femme dans la société. En effet, à cette époque, la femme s'émancipe et occupe une part de plus en plus importante dans la vie économique. Face à la baisse de la natalité, Toulouse souhaite encourager la maternité, notamment chez les femmes qu'il considère comme "les mieux douées". Il propose donc de leur allouer des primes pour les naissances, de contribuer à l'éducation des enfants et même d'aménager des emplois appropriés pour les femmes enceintes : « *La femme reproductrice devra être considérée comme une professionnelle et jouir de tous les avantages qui s'attachent à une fonction dangereuse, la plus importante en outre pour la société*. »[23]

Toulouse recommande également, pour limiter la dégénérescence de la race, diverses mesures eugénistes "classiques":« *La psychopathie dont le substratum biologique est très transmissible par l'hérédité devient ainsi, une grande corruptrice de la race. Elle appelle donc à des mesures préventives d'eugénique à l'exemple des Etats-Unis, de l'Angleterre, de l'Allemagne et de la Suisse, tout d'abord des consultations prénuptiales et des moyens qui*

[22] Toulouse E. cité par Wojciechowski JB. Hygiène mentale et hygiène sociale : contribution à l'histoire de l'hygiénisme. Paris: L'Harmattan; 1997:16.
[23] Toulouse E. Les conflits intersexuels et sociaux. Paris: Eugène Fasquelle; 1904.
Toulouse E. La question sexuelle et la femme. Paris: Eugène Fasquelle; 1918.

peuvent aller du contrôle des naissances jusqu'à la stérilisation de certains sujets lourdement tarés, destinés à diminuer ou à empêcher la procréation de malheureux êtres, charges et entraves pour la collectivité. »[24] D'abord fortement en faveur des pratiques de stérilisation, Toulouse va nuancer ses propos. En 1935, il signe avec George d'Heucqueville un article sur la stérilisation chirurgicale du point de vue médicolégal. Après avoir examiné les législations allemandes, américaines, suisse et danoise, les auteurs condamnent la stérilisation eugénique mais admettent la stérilisation "thérapeutique" : « *Nous venons de conclure que dans l'état actuel de notre législation, un praticien peut stériliser un malade dans un but thérapeutique mais doit refuser l'opération quand elle lui est demandée pour des raisons eugéniques*. »[25]
Dans L'œuvre du 21 juillet 1933, Edouard Toulouse exprimait ses réserves sur la loi Allemande de stérilisation du 14 Juillet 1933 : « *Dans l'état actuel de la science, les prédispositions héréditaires ne peuvent encore être modifiées par des moyens extérieurs. Seule l'eugénique, en empêchant les anormaux et les tarés de naître peut remédier à l'adultération de la race… J'affirme avec force que l'opinion publique doit être éclairée pour devenir favorable à toute mesure tendant à soumettre la procréation à une action prophylactique afin de donner à la race française des qualités biologiques meilleures, plus de santé, plus de vigueur et abandonner surtout le système du laisser-faire qui aboutit maintenant à la culture des anormaux. Je ne discuterai pas ici l'usage que pourrait faire Hitler de son décret qui vise à perfectionner la race allemande. Ce n'est pas que le dessein soit déraisonnable : encore ne faudrait-il pas qu'il serve à des buts politiques indéfendables* ».

IV – D . 4 : L'histoire du certificat prénuptial :

Le Professeur Pinard, chef de file du mouvement des puériculteurs, fait en novembre 1926 une proposition de loi demandant que tout citoyen français désirant contracter un mariage ou remariage ne puisse être inscrit sur les registres de l'état civil que s'il s'est muni d'un certificat médical daté de la veille, établissant qu'il n'est atteint d'aucune maladie contagieuse. L'association d'études sexologiques soutient l'initiative de Pinard en se basant sur des législations de pays déjà munis d'une règlementation prénuptiale. En effet, aux Etats-Unis, plusieurs états limitent l'accès au mariage. En 1909, l'Etat de Washington interdit le mariage aux individus inaptes physiquement ou moralement. En 1914, l'Etat du Wisconsin défend le mariage aux sujets ne pouvant produire l'attestation d'un médecin certifiant leur bonne santé. D'autres Etats refusent également le mariage pour les psychotiques, les individus considérés alors comme idiots ou atteints de maladies vénériennes.
Comme cité plus haut, les pays scandinaves mettent en place dès 1915 des lois limitant le mariage.

[24] Toulouse E. Le problème de la folie devant le Sénat. La prophylaxie mentale. 1930 déc:271-272.
[25] Bulletin de la société de sexologie. 1935;II,1:323.

En Europe centrale, des consultations prénuptiales sont déjà mises en place aux Pays bas, en Autriche, en Belgique, en Italie et également en Allemagne. Outre-Rhin, une loi de 1920 impose un examen médical aux fiancés, puis, à partir de 1926, un certificat mentionnant l'existence éventuelle d'un empêchement d'ordre hygiénique

En France, la proposition du Professeur Pinard sera finalement rejetée, au grand désespoir des eugénistes. Finalement, le 16 décembre 1942, sous le régime de Vichy, la loi dite relative à la protection de la maternité et de la prime enfance instaure l'examen prénuptial obligatoire. Le mariage n'est possible qu'après remise à l'officier d'état civil par chacun des futurs époux, d'un certificat médical datant de moins d'un mois attestant qu'il a été examiné en vue de mariage. Cette visite ne comprend ni certificat d'aptitude au mariage, ni communication obligatoire des résultats à l'autre fiancé. Cette loi a été abrogée le 1er janvier 2008.

V. Alexis Carrel et les "établissements euthanasiques" (1876-1944)

Alexis Carrel reçoit le prix Nobel de médecine de 1912 pour des travaux effectués aux Etats-Unis sur la suture des vaisseaux et la transplantation d'organe.

Il publie en 1935 L'homme cet inconnu, ouvrage qui connut un succès prodigieux et fut diffusé à des centaines de milliers d'exemplaires à travers le monde, y compris après la seconde guerre mondiale.

Carrel est profondément imprégné par la doctrine eugéniste qui règne au tournant du siècle dans les milieux médicaux américains, dans lesquels il fait l'essentiel de sa carrière. L'auteur présente dans son livre une version grand public de cette idéologie politique. Il y défend des mesures eugénistes pour faire face aux symptômes de dégénérescence qui avilissent, à ses yeux, les sociétés modernes.

A cause de l'affaiblissement de la sélection naturelle, il lui semble nécessaire de reconstituer une aristocratie biologique héréditaire : « *Il faut se demander si la grande diminution de la mortalité pendant l'enfance et le jeunesse ne représente pas quelques inconvénients. En effet, les faibles sont conservés comme les forts. La sélection naturelle ne joue plus. Nul ne sait quel sera le futur d'une race ainsi protégée par les sciences médicales* ».[26] Il regrette alors "la naïveté" dont les nations civilisées faisaient preuve en conservant des "êtres nuisibles et inutiles" : « *Si on pouvait prolonger la santé jusqu'à la veille de la mort, il ne serait pas sage de donner à tous une si grande longévité(...) Pourquoi augmenter la durée de vie des gens qui sont malheureux, égoïstes, stupides et inutiles ? C'est la qualité des êtres humains qui importe*

[26]Carrel A. L'homme, cet inconnu. Paris: Plon; 1943:22.

et non leur quantité. »[27] Il considère que les personnes qui présentent des "tares" socialement trop coûteuses, qu'il s'agisse de "tares" physiques ou psychologiques, doivent être privées de soin et de la possibilité de reproduction. Le critère essentiel devant guider la société est l'efficacité eugénique. Il affiche ici une position "utilitariste", qui consiste à concéder de la dignité aux êtres humains uniquement dans la mesure où ils peuvent être rentables. Cette position est typique du 20ème siècle, où domine la religion du progrès.
Le médecin est alors au service exclusif des "êtres supérieurs", et doit veiller à éviter la multiplication des êtres inférieurs, tarés et déficients. Carrel propose ses solutions dont une, tristement prémonitoire : « *Les anormaux empêchent le développement des normaux. Il est nécessaire de regarder ce problème en face. Pourquoi la société ne disposerait-elle pas des criminels et des aliénés d'une façon plus économique ? Elle ne peut pas continuer à prétendre discerner les responsables des non responsables, punir les coupables, épargner ceux qui commettent des crimes dont ils sont moralement innocents.(...). Peut-être faudrait-il supprimer les prisons. Elles pourraient être remplacées par des institutions beaucoup plus petites et moins coûteuses. Le conditionnement des criminels par le fouet, ou par quelque autre moyen plus scientifique, suivi d'un court séjour à l'hôpital, suffirait probablement à assurer l'ordre. Quant aux autres qui ont tué, ont volé à main armée, qui ont enlevé des enfants, qui ont dépouillé des pauvres, qui ont gravement trompé la confiance du public, un établissement euthanasique, pourvu de gaz appropriés, permettrait d'en disposer de façon humaine et économique. Le même traitement ne serait-il pas applicable aux fous qui ont commis des actes criminels ? Il ne faut pas hésiter à ordonner la société moderne par rapport à l'individu sain.* »[28]
En préface de l'édition allemande de L'homme, cet inconnu, paru en 1936, Alexis Carrel écrit : « *En Allemagne, le gouvernement a pris des mesures énergiques contre l'augmentation des minorités, des aliénés, des criminels. La solution idéale serait que chaque individu de cette sorte soit éliminé quand il s'est montré dangereux.* »
La Faculté de médecine de Lyon portera son nom en 1969 et sera finalement, après débat et vote, débaptisée en 1996.

L'eugénisme français a été médical, plutôt positif que négatif et ne semble pas avoir été le précurseur de l'eugénisme nazi que nous allons étudier dans notre deuxième partie.

[27] Carrel A. *op. cit*. p.214.
[28] Carrel A. *op. cit*. p.389.

La psychiatrie allemande sous le IIIème Reich

Dans cette seconde partie de notre exposé, nous allons étudier la situation de l'Allemagne sous le IIIème Reich, et plus particulièrement dans le Land de la Bavière.

Nous allons tout d'abord donner quelques chiffres pour mesurer l'ampleur de ce que fut la mortalité au sein des asiles allemands, en se focalisant sur cette province. En 1940 et 1941, 7686 patients des asiles bavarois furent assassinés dans les centres d'extermination de Sonnenstein et Hartheim, soit 27.4% des 28 082 patients des asiles. Entre 1940 et 1945, 15 284 pensionnaires des asiles bavarois moururent à cause de leurs conditions de vie déplorables, mais aussi parce qu'on les y laissait sciemment mourir de faim. En 1940 et 1941, furent également ouverts à Eglfing-Haar, Kaufbeuren et Ansbach des "services pédiatriques", au sein desquels 695 enfants furent assassinés jusqu'en 1945.
Cela signifie donc que plus d'un tiers des patients hébergés dans les asiles publics (ou qui y furent transférés depuis un asile privé) furent tués ou moururent. Constat effarant s'il en est. L'assassinat et la mort étaient donc devenus des choses quotidiennes dans la vie des asiles en 1940-41.
Transférer les patients dans des centres d'extermination, les laisser mourir ou les tuer étaient devenu des pratiques courantes dans les asiles bavarois, et, plus généralement, dans toute l'Allemagne. Comment en est-on arrivé là ? Comment s'est développée la psychiatrie asilaire en Allemagne entre 1933 et 1945 ? Comment fut appliqué le programme d'extermination nazi dans les différents asiles ? A-t-on pu constater des différences entre les différents asiles?

Dans un premier temps, nous allons considérer le contexte en Allemagne avant 1933 en traitant des auteurs allemands prépondérants à cette période ainsi que du mouvement d'hygiène raciale, puis nous explorerons la situation asilaire en Bavière.

Dans un second temps, nous constaterons comment l'arrivée au pouvoir du *Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei*, désigné plus loin sous l'acronyme NSDAP, a induit des bouleversements dans le milieu psychiatrique, et plus particulièrement en Bavière.

Ensuite, nous considèrerons les différentes lois qui ont été votées entre 1933 et 1939 autour de la sauvegarde de la race et leur application en Allemagne et en Bavière, notamment la loi portant sur la stérilisation des malades mentaux.

Dans un quatrième point, nous traiterons des programmes dits "d'euthanasie", tout d'abord des enfants déficients puis des adultes, sur un plan national puis en Bavière.

Dans un cinquième point, nous reviendrons sur les privations de nourriture ayant eu lieu au sein des asiles et tout spécifiquement dans l'asile bavarois de Kaufbeuren.

Dans un sixième point, nous explorerons les thérapies pratiquées sur les patients des asiles mais aussi les expérimentations médicales dans les domaines de la neuro-psychiatrie.

Dans un dernier point, nous analyserons la période de l'immédiat après-guerre et comment les faits passés furent traités jusqu'à aujourd'hui.

I. La psychiatrie allemande avant 1933 :

I – A : Les psychiatres allemands et l'hygiène raciale

I – A . 1 : Les auteurs allemands et la question de la place des malades mentaux dans la société

L'idéologie bio-médicale qui a présidé aux programmes de liquidation du IIIème Reich n'est pas née dans l'esprit d'un illuminé isolé, comme il est tentant et rassurant de le croire, mais est plus ancienne, ancrée dans l'enseignement médical, les pratiques et la vision du malade de l'époque.

Dès 1909, Emil Kraepelin (1856-1926) introduit dans la huitième édition de son célèbre traité de Psychiatrie, les inquiétudes des eugénistes concernant *: « la civilisation qui maintient en vie les inférieurs mentaux et les malades et leur permet le cas échéant de se reproduire*. »[29]

Kraepelin réunit sous le terme «*Entartung*», synonyme de dégénérescence, les particularités héréditaires qui gênent ou empêchent le développement normatif de la vie. Il envisage la notion de psychose endogène en relation directe avec la notion de psychose dégénérative ou de dégénerescence mentale constitutionnelle développée en France.

En 1911, Eugen Bleuler (1857-1939), dans son livre sur la schizophrénie[30], envisage la stérilisation des malades : « *La stérilisation pourra bientôt être utilisée à assez grande échelle pour des motifs d'hygiène raciale, ici comme chez les porteurs d'une prédisposition pathologique en état de coïter* »[31].

En 1895, un ouvrage de Adolf Jost, le droit à la mort, *(Das Recht auf den Tod*[32]*)* explique que doivent pouvoir être éliminés médicalement non seulement ceux qui le demandent, mais également sur décision de l'Etat, en vertu d'un droit de vie et de mort sur les citoyens déjà exercé en temps de guerre. Si l'Etat a le droit de demander à des milliers d'individus de se sacrifier en temps de guerre, il a le droit de faire de même en temps de paix pour les personnes diminuées et improductives.

En 1920, est publié un opuscule signé par Karl Binding (1841-1920), Professeur de droit à l'université de Leipzig, spécialisé dans le droit pénal, et Alfred Hoche (1865-1943) Professeur de psychiatrie à Fribourg : Le droit d'annihiler la vie indigne d'être vécue (*Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens* [33]). Cet ouvrage prône ouvertement la suppression de la "vie sans valeur" (*das unwerte Leben*). Doivent pouvoir être tués, outre ceux qui le

---

[29] Kraepelin E. Traité de Psychiatrie, 8ème édition, 1915 d'après Schindler 1990 :34et104.

[30] Bleuler E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien**.** Leipzig und Wien: F. Deuticke; 1911. Traduction par A. Viallard. Paris: GREC/EPEL;1993:583.

[31] Singer I, Garrabé J. Les crimes contre les malades mentaux perpétrés par les nazis. Criminologie et psychiatrie. Paris: Ellipses; 1997:381.

[32] Jost A. Das Recht auf den Tod. Göttingen; 1895.

[33] Binding K, Hoche A. Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens:Ihr Mass und ihre Form. Leipzig; 1920.

demandent, les sujets incapables de donner leur consentement, pour lesquels une commission médico-judiciaire devrait prendre la décision. Sont visées les "enveloppes humaines vides, dont l'existence est un poids mort", en état de mort psychique suite à une lésion organique ou une maladie mentale.
Karl Binding s'intéresse avant tout à la mort assistée (*Sterbehilfe*). Il vise les "incurables" qui souhaitent mettre fin à leur jour mais manquent de moyen pour ce faire. Sans doute pense-t-il aux mutilés de guerre. Il vise également les "débiles congénitaux dépourvus de toute volonté propre", qualifiés de "morts en esprit" (*geistig Tote*), formule qui sera reprise par les exécutants de l'action T4 sous le IIIème Reich. Par ailleurs, "enveloppes humaines vides", "inguérissables" devraient être mis à mort, car incapables de sentiments et de souffrance. Ils ne sont redevables d'aucune compassion par ceux qui sont, à l'opposé, "sains de corps et d'esprit". L'argument avancé pour justifier leur mise à mort est alors prétendument économique : les soins dispensés coûteraient 1300 marks par an à la collectivité, or l'Allemagne meurtrie ne peut se payer le luxe de bouches superflues ! Dans le discours de Binding, on sent une prémonition de l'apocalypse, tendance pessimiste partagée par les eugénistes de l'époque. Le juriste compare la situation de l'Allemagne à une expédition polaire conduisant vers l'inconnu, où les vivres sont comptés et où il faut sacrifier les plus faibles pour assurer la survie des plus aptes. Ce catastrophisme incite Binding à réclamer la dépénalisation de l'euthanasie.
Le psychiatre Hoche, co-auteur, propose d'étendre ces mesures à tous les "déficients" et s'insurge contre la volonté moderne de préserver les "faiblards en tout genre". Il s'indigne également de l'impossibilité d'exclure ces derniers de la procréation, sans préciser s'il convient d'empêcher la reproduction des handicapés par la "seule" stérilisation ou par la mise à mort. Il insiste sur le caractère humanitaire d'une telle politique et sur son harmonie parfaite avec l'éthique médicale visant à soulager les souffrances.
Les auteurs vont plus loin, non seulement le droit à la vie n'était pas acquis mais devait se mériter, pouvaient y accéder uniquement ceux qui contribuaient économiquement à la société. Pour les infirmes, il était alors préconisé une "euthanasie involontaire". Le mot euthanasie était ainsi détourné et les médecins étaient encouragés, non pas à sauver les vies de leurs malades, mais à les en priver.

I – A . 2 : L'hygiène raciale : naissance, idéologie et disciples

La plupart des eugénistes allemands sont appelés hygiénistes raciaux. En effet, eugénisme et hygiène raciale se rencontrent en une seule discipline puisque la race est héréditaire et que l'eugénisme vise à la protection des caractères héréditaires favorables. L'hérédité raciale, transmise par les parents et leurs ancêtres, est à la fois une doctrine biologique, mais aussi sociale, qui réunit des principes hygiéniques, eugéniques et raciaux.
La race a ici une valeur de "disposition héréditaire d'un peuple ", comme la définie Otmar Von Verschuer (1896-1969) pour qui « *l'essentiel de la race gît dans l'hérédité* ».[34]
Nous devons ici évoquer Alfred Ploetz (1860-1940) ; ce psychiatre qui fut directeur de l'institut de Recherche en Psychiatrie de la Société Empereur-Guillaume de Munich, est

[34] Verschuer Von O. Manuel d'eugénique et d'hérédité humaine. Paris: Masson; 1943.

considéré comme le père fondateur de l'hygiène raciale en Allemagne. Il introduisit pour la première fois le terme d'hygiène raciale (R*assenhygiene*) en 1895 : *« tentative de maintenir l'espèce en bonne santé et de perfectionner ses dispositions héréditaires* »[35]. Il rejoint ainsi les Darwinistes sociaux qui prônent la "survie du plus apte". Dans son livre, il décrit une société idéale où les principes eugéniques sont appliqués, comme l'examen des capacités intellectuelles et physiques des citoyens avant d'autoriser ou non leur union. Les couples validés se voyaient attribuer un nombre défini d'enfant. Les enfants handicapés étaient abandonnés, privés de soins. Les malades, les faibles, mais aussi les jumeaux, considérés comme des anomalies génétiques, sont "éliminés". Comme beaucoup d'autres eugénistes de cette période, Ploetz croyait à la supériorité de la race dite nordique, dont dérive la race aryenne, composée de grands individus, blonds, aux yeux bleus. L'hygiène raciale a alors la tâche de maintenir la santé héréditaire, sinon de l'améliorer ainsi que les propriétés raciales du peuple. En 1904, Ploetz fonde la revue Archives de biologie raciale et sociale (*Archiv für Rassen und Gesellschaftsbiologie*) avec l'un de ses nombreux disciple, Fritz Lenz (1887-1976), comme rédacteur en chef. En 1905, il crée la Société allemande d'hygiène raciale (*Deutsche Gesellschaft für Rassenhygiene*) à laquelle adhère notamment le Dr Alois Alzheimer. Ploetz sera nommé en 1930 membre honoraire de l'Université de Munich. Sur un plan plus politique, il ne sera pas membre du parti nazi mais ne cachera pas sa fierté de voir ses théories reprises par Hitler et certains de ses principes mis en application.

A la suite de Ploetz et de l'hygiène raciale, apparaissent des sous-catégories dans l'hygiène de la race: *Fortpflanzungshygiene* (Hygiène de la reproduction); *Erbgesundheitslehre* (Etude de la santé héréditaire); *Erbpflege* (Entretien de l'Hérédité). Des médecins de l'hérédité (*Erbärzte*), nouvellement formés, vont constituer une discipline autonome consacrée à l'étude de l'hérédité des hommes (M*enschliche Erblehre*) dont la psychiatrie génétique (*Erbpsychiatrie*) forme une branche.
Les eugénistes universitaires des années 1930 sont les précurseurs des généticiens actuels. D'ailleurs, en Allemagne, les premières chaires de génétique furent confiées à d'ex-professeurs d'Eugénisme comme Otmar Von Verschuer à Munster. Ce même Verschuer, dont l'assistant en 1937 à l'Institut universitaire de biologie héréditaire et d'hygiène raciale de Francfort-sur-le Main n'est autre que Josef Mengele, célèbre médecin SS d'Auschwitz.

Au début des années 1930, les travaux des médecins de l'hérédité, tel Ernst Rüdin (1887-1952) ou Eugen Fischer (1874-1967), deux disciples de Ploetz, amènent à une théorie purement génétique des maladies mentales, et notamment de la schizophrénie. Ernst Rüdin, psychiatre suisse naturalisé allemand, élève de Kraepelin, est membre de la Société d'hygiène raciale depuis sa création. Alfred Ploetz est par ailleurs son beau-frère. Il intègre le comité directeur de la Société jusqu'en 1933, où il devient alors Président. En 1924, il est directeur du Service de recherche psychiatrique sur l'hérédité à Munich, intégré à la prestigieuse fondation Kaiser Wilhelm. De 1933 à 1945, Rüdin préside à la fois la Société d'hygiène raciale et la

[35] Ploetz A. Die Tüchtigeikt unserer Rasse und der Schutz der Schwachen. Berlin; 1895:13.

Société des neurologues et psychiatres allemands, qui existe encore aujourd'hui sous le nom "*Max-Planck-Institut für Psychiatrie"*. Ces organisations précèdent l'actuelle Association allemande de psychiatrie et de psychothérapie *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde* (DGPPN). Parallèlement, en 1934, Rüdin devient le président de la Fédération internationale des organisations eugénistes. Il adhère au parti nazi en 1937 et participera grandement à l'élaboration des lois de stérilisation. Après la guerre, il fut peu inquiété et poursuivit ses travaux aux Etats-Unis.

En 1933, l'hygiène raciale bénéficie d'une validation scientifique et d'une reconnaissance nationale. Ses partisans appelaient l'Etat à abroger les principes intangibles de la tradition judéo chrétienne qu'étaient alors l'intégrité physique et le libre arbitre. Ils souhaitaient que l'Allemagne s'engage, par exemple, dans des lois de stérilisation, qui existaient dans d'autres pays à l'époque, ou que soit révisée la législation sur l'euthanasie, pour permettre de conserver une race pure et forte.

I – B : L'organisation asilaire bavaroise avant 1933

Comparativement aux autres régions, la mise en place du système des asiles publics bavarois fut relativement tardive. En 1828, le parlement bavarois décida qu'un asile de fous serait créé au sein de chaque arrondissement et ce ne fut qu'en 1846 que cette disposition fut suivie d'effet avec l'ouverture des asiles de: Erlangen (1846), Irsee (1848), Ratisbonne (1852), Wenneck (1855), Klingenmünster (1857), Munich (1859), Deggendorf (1869) et Bayreuth (1870) [carte en annexe]. Les asiles de Munich et d'Erlangen nécessitèrent la construction d'un bâtiment neuf, tandis que les autres furent installés dans des châteaux et des cloîtres mis à disposition. L'asile munichois est également le seul à ne pas être situé dans une région rurale.

Dès la fin du 19ème siècle, il apparut clairement que les asiles bavarois ne pouvaient répondre à la demande croissante de soins. De nouvelles structures rurales, à l'extérieur des agglomérations, furent donc ouvertes à Eglfing qui remplaça Munich, Ansbach, Kutzenberg, Mainkofen en remplacement de Deggendorf, mais aussi à Lohr, Haar et Günzburg entre 1905 et 1915.

A cette époque, les structures demeurent, dans leur ensemble, des lieux de détention, au sein desquels la majorité des patients vivotaient dans des conditions déplorables. Ces asiles fonctionnaient comme de petites colonies à l'intérieur même de l'Etat, avec une forte structure intérieure, mais demeurant en grande partie imperméables aux influences extérieures.

Les directeurs d'asiles, comme Gustav Kolb à Erlangen, Valentin Falthauser à Kaufbeuren et Karl Eisen à Ratisbonne, avaient une forte influence sur la manière de traiter les patients. Ils utilisaient, chacun à leur façon, les espaces et le personnel, certes fort limités, qui leurs étaient alloués. Bien que la Bavière soit un territoire fort étendu et que les asiles se soient, de ce fait, trouvés relativement éloignés les uns des autres, il existait d'étroites relations personnelles entre les différentes structures : bien des directeurs placés à la tête d'un asile bavarois avaient été auparavant médecin-chef ou directeur d'un autre.

Parallèlement à ces structures asilaires publiques dénommées " asiles bavarois de guérison et de soins", il existait traditionnellement en Bavière un réseau très différencié d'asiles privés notamment gérés par l'Eglise, et de cliniques. Au sein desquels les "idiots, crétins, tarés" et autres "débiles mentaux" étaient pris en charge. Selon l'almanach statistique de l'année 1938, 9440 personnes étaient ainsi prises en charge dans ces asiles privés en 1937.

II. L'arrivée au pouvoir du parti nazi et les bouleversements induits dans le milieu médical et psychiatrique

II – A : Contexte socio-économique lors de l'élection de 1933

L'eugénisme s'impose en Allemagne sous le signe de la défaite de 1918. En effet, pour les eugénistes, la "contre sélection" avait été puissamment renforcée par la saignée de la première guerre mondiale, car les "meilleurs" hommes étaient tombés au champ d'honneur tandis que les inaptes au service et autres "tire-au-flanc" ont survécu pour mieux se multiplier. Mais, plus que le grand nombre d'hommes tombés au combat, l'Allemagne a perdu une grande partie de son territoire et sa prospérité antérieure. Une forte proportion de sa population n'était pas en mesure d'accepter le fait que le pays ait été vaincu et désapprouvait le traité de Versailles ainsi que la République de Weimar.
Le revers décisif pour l'Allemagne fut la crise économique qui a suivi l'effondrement de la bourse en 1929 et s'est révélée fatale pour le fonctionnement démocratique. Le NSDAP a eu alors l'opportunité de conquérir les électeurs à travers de vastes campagnes, assurant du travail et de la nourriture pour tous, un boom économique, l'abolition de l' "esclavage de l'intérêt" dû aux pays victorieux, ainsi que la sécurité et la paix.
Hitler est nommé Chancelier de la République de Weimar le 30 janvier 1933, en qualité de chef du parti ayant remporté les élections législatives. Très vite, les événements s'accélèrent. Dès le 20 Mars, Hitler proclame l'avènement du IIIème Reich et le 23 Mars est votée par le parlement une loi lui accordant les pleins pouvoirs pour quatre ans.

II – A . 1 : L'hygiène raciale : une caution scientifique pour le régime Hitlérien

Adolf Hitler aurait lu le Traité d'hérédité humaine de Baur, Fischer et Lenz[36], alors qu'il était incarcéré entre 1924 et 1925 à la prison de Landsberg. Il va s'approprier le discours eugéniste développé depuis le début du siècle par des psychiatres allemands convertis et va prôner l'application de mesures radicales pour sauvegarder la race aryenne. Tout d'abord, dans Mein Kampf, et en particulier dans le chapitre IX intitulé "Peuple et race", il affirme vouloir engager un "combat contre l'épidémie", comme il nomme les maladies héréditaires et les maladies sexuellement transmissibles. Il propose des mesures pour limiter la reproduction des malades et dresse un véritable programme biologique simplifié pour préserver le "corps sain

[36] Baur E, Fischer E, Lenz F. Menschliche Erblichkeitslehre und Rassenhyhiene. München; 1927.

de la nation" en excluant les faibles et les malades. Son accession au pouvoir va lui permettre de mettre en pratique les mesures eugénistes.
Les médecins de l'hérédité l'ont majoritairement soutenu, comme Fritz Lenz, Professeur d'hygiène raciale de Munich, qui reconnaissait en 1931 que le futur Führer était le premier politicien à avoir mis en évidence que la mission centrale des politiques est l'hygiène de la race, et lui donnait publiquement son soutien. Mais aussi Otmar Von Verschuer qui lui rend hommage : « *le Führer du Reich allemand a été le premier homme d'Etat à avoir fait des connaissances de la biogénétique et de l'hygiène raciale, un principe directeur de la conduite de l'état* ».[37]

II – A . 2 : Mise au pas du corps médical

Le 22 avril 1933, des mesures sont prises pour "purifier" le corps médical allemand. Il est retiré aux médecins juifs, à l'exception des anciens combattants, l'habilitation des caisses d'assurance maladie. Cette mesure est étendue aux anciens combattants et aux conjoints de juifs le 17 mai 1934. Le 25 juillet 1938, les médecins juifs et leurs conjoints sont interdits d'exercice, excepté pour traiter les patients juifs.
Des universitaires juifs se voient retirer leur chaire au profit de médecins imposés par le parti nazi. Par exemple, le Professeur Wilhelm Mayer-Gross de Heidelberg émigre en Angleterre, remplacé par Carl Schneider. D'autres se voient relégués dans de petites universités comme Ernst Kretschmer qui doit quitter la présidence de la Société Allemande de Psychothérapie pour être remplacé par Carl Jung. On assiste alors à une émigration de nombreux psychiatres et psychanalystes juifs, notamment aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne.

Parallèlement, dans les universités, on forme les nouveaux médecins du Reich conformément aux souhaits du Führer. Tout d'abord, le nombre d'étudiants non aryens est limité suite à une loi du 23 avril 1933. Mais aussi, dès 1934, l'Association allemande pour l'hygiène mentale et l'hygiène raciale, soutenue par le ministère de l'intérieur, organise un enseignement pour les psychiatres afin de les préparer à l'application des lois eugéniques.

Dans la plupart des asiles, les directeurs restèrent à leur poste. Mais, parfois, le nouvel ordre politique entraîna des remaniements, comme ce fut le cas à Kutzenberg en Bavière. Le directeur était alors Josef Lothar Entres, chercheur reconnu spécialiste de la chorée de Huntington, disciple de Rüdin et catholique notoire. En tant que tel, il entra en conflit avec les nationaux-socialistes dès 1933 et fut mis en détention préventive. Après un procès, il fut déchu de son poste. Plus inhabituels furent les événements survenus en 1933 à Klingenmünster, siège d'une influente cellule du NSDAP. Le directeur de l'asile, Josef Klüber, lui-même pourtant proche du parti, avait tenté de limiter dans l'asile les agissements des militants, en leur refusant notamment l'utilisation des locaux et de la ligne téléphonique. Il ne réussit toutefois pas à s'imposer. En juillet 1935, Klüber, qui cherchait fermement à

[37] Singer I. *op. cit*. p.383.

défendre sa position, avait sanctionné une soignante "partisane fanatique du mouvement Hitlérien" qui aurait maltraité une patiente. Les militants prirent d'assaut son appartement de fonction le soir du 8 juillet 1935 et le passèrent à tabac. Trois participants furent condamnés à des peines de plusieurs mois de prison en 1936 pour trouble à l'ordre public, mais ils furent amnistiés le jour de l'anniversaire du Führer. Josef Klüber ne reprit pas son poste et mourut peu de temps après.

Concernant l'implication du corps médical dans le IIIème Reich, on peut noter la surreprésentation des médecins dans les postes à responsabilité. Sur la toute première liste des membres du parti, on trouvait déjà 64 médecins sur les 255 membres, et il est estimé que 45% des médecins étaient adhérents au parti nazi. Ils se mirent globalement au service du troisième Reich et de son programme d'hygiène raciale, comme le firent ressortir dans les années 1990 les travaux en français de Villard[38] et Massin[39], mais certains eurent le courage de s'opposer comme nous le verrons plus loin.

II – B : Propagande sur les "sous hommes", destinée à la population

Parallèlement à la purification du corps médical, on assiste à une stigmatisation des malades mentaux mais aussi de certains malades somatiques à travers une "information et éducation" de la population par divers supports : des magazines, des conférences, des émissions de radio, ou des films (L'héritage (*Das Erbe*) 1935 ; Sacrifice du passé (*Opfer der Vergangenheit)* 1937 ; J'accuse (*Ich klage an)* 1941). On explique aux allemands que la race se détériore, que bientôt le nombre d'allemands "sains et forts" va devenir insuffisant, tandis que les faibles et les malades mettraient au monde trop d'enfants et menaceraient la nation en ne produisant que des descendants dégénérés. De plus, les handicapés bénéficieraient de trop d'attention et vivraient dans le luxe. On commence insidieusement à évoquer les bienfaits de l'"euthanasie". On suggère que la vie des Allemands pourrait être grandement améliorée pour les sujets productifs si les sujets improductifs, charge pour la nation, étaient éliminés. Ne serait ce pas le mieux pour eux si on mettait fin à leur vie de misère et de souffrance?
Et cette propagande gagne aussi les asiles. Les murs derrière lesquels les malades psychiatriques étaient dissimulés, et qui avaient pendant des décennies symbolisé l'exclusion de la société normale – tout en garantissant aux internés une certaine protection – étaient devenus une frontière fragile, difficilement à même de garantir les conditions de vie des malades ainsi que leurs droits, si misérables et limités qu'ils aient été. Des drapeaux nazis furent hissés au sein même des asiles ; les "camarades travailleurs" se rassemblaient pour l'appel les jours de fête national-socialiste, des postes de radio et des haut-parleurs furent

[38] Viallard A. De la cure individuelle à la cure de masse des gènes. L'information psychiatrique. 1996;8:803-810.
Viallard A. Psychiatres sous le nazisme. Nervure. 1991 fév ;1(4):51-69.
[39] Massin B. L'euthanasie psychiatrique sous le IIIème Reich, la question de l'eugénisme. L'information psychiatrique. 1996 oct ;8:811-825.

installés afin que les pensionnaires puissent eux aussi suivre les événements politiques, quand bien même ceux-ci les menaçaient directement.
Afin de donner une idée de l'atmosphère de l'époque, on citera ici un passage issu du rapport annuel pour l'année 1938 de l'asile de guérison et de soin de Mainkofen : *« L'asile lui-même s'est mis au service de la communauté nationale. Des ressources ont été mises à disposition des SA (Sturm Abteilung) et du Parti : notre camion a dû assister à plusieurs reprises des opérations de transport, notamment pour des denrées alimentaires en vue de l'assistance hivernale ; nos exploitations horticoles ont répondu à des requêtes pour l'embellissement des salles de Plattling et Deggendorf à l'occasion de rassemblements. Lors d'un rassemblement, nous hébergeâmes 1000 membres des Jeunesses Hitlériennes à un tarif des plus accommodants. Nous mîmes nos locaux à disposition des Jeunesses, de la Jungvolk et de la Ligue des Jeunes Filles Allemandes après qu'il s'avérât qu'il n'y avait plus de possibilités d'hébergement dans la commune. Nous sommes d'avis que les asiles ne sont pas là seulement pour ceux qu'ils assistent, mais qu'ils doivent également remplir leurs devoirs vis-à-vis de la communauté. En cohérence avec cette conviction, nous avons non seulement autorisé la participation de nos malades aux rassemblements, mais nous l'avons encouragée avec force, non par la contrainte, mais par des explications claires. Une grande partie des patients entretient encore des relations avec le monde extérieur et suit donc les événements. Il ne fut donc pas difficile de faire comprendre à ces malades que, dans la mesure où la communauté nationale leur venait en aide, il était également de leur devoir d'aider leurs compatriotes nécessiteux, dans la mesure où ils en avaient les capacités. Nous avons eu le plaisir de constater que tous les malades à qui nous avions parlé en ce sens avaient volontairement fait don d'une partie de leurs économies et avaient même fait des dons spontanés lors de rassemblements ultérieurs. »*
Les directeurs organisaient même des visites des asiles à l'intention des membres du parti ou des médecins, sage-femme, juristes… afin de leur présenter les objectifs et les mesures de la politique de préservation de la santé psychiatrique du peuple aryen, ce directement devant les patients. Avec ces visites guidées, les psychiatres préparaient les "élites" du régime à soutenir de façon dynamique, ou, du moins, à consentir à l'extermination des malades psychiatriques.
Le médecin qui faisait office de guide pour de tels groupes se trouvait directement projeté au sein du conflit qui allait déboucher vers une solution aussi radicale que sinistre. Il était à la fois administrateur aux ordres des forces politiques en place, et protecteur des pensionnaires de son asile.

60 000 REICHSMARKS,

VOILÀ CE QUE COÛTE LA VIE DE CE MALADE HÉRÉDITAIRE À LA COMMUNAUTÉ NATIONALE.

CAMARADE, C'EST DE TON ARGENT QU'IL S'AGIT !

LISEZ "PEUPLE NOUVEAU", PUBLICATION MENSUEL

ESTROPIÉ

IDIOT !

CAR LA VOLONTÉ DE DIEU N'EST PAS QUE DES MALADES ET DES SOUFFRETEUX ENGENDRENT D'AUTRES MALADES ET D'AUTRES SOUFFRETEUX

UN MALADE SOUFFRANT DE PATHOLOGIES HÉRÉDITAIRES COÛTE À L'ETAT 5,50 REICHSMARKS PAR JOUR

AVEC 5,50 REICHSMARKS PAR JOUR, ON PEUT FAIRE VIVRE UNE FAMILLE ARYENNE !

III. Les législations autour de la "sauvegarde de la race"

III – A : Loi sur la prévention de la transmission des maladies héréditaires

III – A . 1 : Application au plan national

Six mois après l'arrivée au pouvoir de Hitler, le 14 juillet 1933, est publiée une loi sur la prévention des descendances atteintes de maladies héréditaires (*Gesetz zur Verhütung des erbkranken Nachwuchses*) à visée de « protection des générations futures ». Elaborée par les docteurs Arthur Gütt et Ernst Rüdin ainsi que par le juriste Falk Ruttke, elle s'inspire de la loi californienne sur la prévention d'une descendance héréditairement malade.

L'article 1er de cette loi stipule : « *Toute personne, atteinte d'une maladie héréditaire, peut être stérilisée au moyen d'une opération chirurgicale si, d'après les expériences de la science médicale, il y a lieu de croire avec une grande probabilité que les descendants de cette personne seront frappés de maux héréditaires graves, mentaux ou corporels. Est considéré comme atteinte d'une maladie héréditaire dans le sens de la loi, toute personne qui a les maladies suivantes : la débilité mentale congénitale, la schizophrénie, la folie circulaire* (trouble bipolaire), *l'épilepsie héréditaire, la danse de saint Guy héréditaire* (chorée de Huntington), *la cécité héréditaire, la surdité héréditaire, la malformation corporelle grave et héréditaire, peut aussi être stérilisée toute personne sujette à des crises graves d'alcoolisme* ». Les mineurs et les interdits pourront être stérilisés sur la demande de leurs tuteurs, même contre leur volonté, après jugement favorable du tribunal.
Le tribunal spécial de santé héréditaire (*Erbgesundheitsgericht*) composé d'un juge, d'un médecin et d'un fonctionnaire de santé, vérifiait les diagnostics et dénonciations qui leur étaient soumis et pouvait autoriser les médecins à stériliser le patient contre sa volonté.

La stérilisation se pratique alors par vasectomie ou salpingectomie financés par les caisses de maladies ou des associations "caritatives". Pour les femmes non opérables, on a recours à l'irradiation.
En Californie, un seul tribunal destiné aux stérilisations fut crée alors qu'on comptait en Allemagne 165 tribunaux de santé héréditaire en activité entre 1934 et 1936, ce qui montre la volonté d'une large application du côté allemand.

Cette loi peut difficilement être qualifiée de "loi nazie", car elle diffère peu des lois américaines et s'inscrit dans le mouvement eugéniste international. L'idée de stérilisation forcée n'est guère réprouvée à cette époque.

Pendant l'année 1934, une stérilisation forcée fut ordonnée par les tribunaux de santé héréditaire pour 14211 patients parmi les 220 698 présents dans 115 asiles allemands. 11 996 procédures furent menées à leur terme soit 2,5% du total des patients[40].
Plus globalement, on estime qu'environ 350 000 personnes furent stérilisées entre 1933 et 1939, soit environ 0.5% de la population allemande à qui fut volé le droit à l'intégrité physique et à la parentalité.1 à 5% des patients stérilisés décédèrent des suites opératoires.
Beaucoup des personnes stérilisées devinrent un peu plus tard victimes du programme d'euthanasie des adultes. On trouve également trace de nombreuses stérilisations illégales pour des motifs ne figurant pas dans la loi (homosexuels, métis noirs …).

Au cours de l'année 1936, l'application de la «Loi pour la prévention des maladies héréditaires» marque le pas dans les asiles. Deux raisons principales : la plupart des victimes potentielles avaient déjà été stérilisées et une autre mesure eugéniste faisait son apparition, "l'inventaire biologique". Au sein des asiles, des médecins et des administratifs furent détachés pour répertorier chaque patient et sa famille selon des "cartes et tableaux claniques". Si la collecte de données par le biais d'entretiens directs avec le patient et sa famille s'avérait insuffisante, on envoyait aux familles des "questionnaires d'ascendance" qu'ils devaient remplir chez eux, souvent avec l'aide des autorités religieuses locales. "L'inventaire biologique" n'eut pas de conséquences immédiates sur le traitement et l'encadrement des patients, si ce n'est qu'il contraignait plus encore le peu de personnel médical disponible et dégradait davantage le traitement des patients. Il s'agissait d'une tentative de donner aux pratiques eugénistes un fondement scientifique et de repérer dans la société les groupes de victimes potentielles de façon plus précise et efficace. L'effet d'intimidation produit par ces enquêtes sur les proches des malades ne doit en effet pas être sous-estimé : ils avaient une crainte bien justifiée d'être non seulement interrogés, mais aussi de tomber sous le coup des mesures d'Etat contre les prétendus "dégénérés". C'était une raison suffisante pour se distancier le plus possible des membres de la famille internés au sein des asiles et de nier

[40] Roemer H. Die Leistungen der psychiatrischen Kliniken und der öffentlichen Heil und Pflegeanstalten bei der Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses im ersten Jahr des Vollzuges. Zeitschrift für psychische Hygiene. 1936;9:47-52.

jusqu'à leur existence. En 1939, "l'inventaire biologique" fut en grande partie interrompu dans tous les asiles suite à la Guerre.

III – A . 2 : Application en Bavière

La «Loi pour la prévention des maladies héréditaires» fut appliquée dans tous les asiles bavarois. La plupart des stérilisations forcées eurent lieu en 1934 et 1935. Par comparaison au taux national de 18.5% de patients stérilisés au sein des asiles, les asiles de Bavière avaient un taux de 20,1%, ce qui montre leur engagement massif dans les procédures de stérilisation.

- Application locale variable

Selon les asiles de Bavière, le taux de patients stérilisés étaient extrêmement variable :

-A l'asile d'Eglfing-Haar, dirigé par Fritz Ast jusqu'en 1938, on comptabilisa 1325 patients stérilisés (18,86%). Pourtant, il ne fut émis que 511 demandes de stérilisation entre 1934 et 1938, soit 7,2% du total des patients internés. Selon les recherches de Richarz[41], de 1934 à 1938, Eglfing-Haar, du fait de sa proximité avec Munich, fut utilisé comme "centre de stérilisation forcée" pour les 814 patients restants. Ceux-ci étaient transférés par les cliniques Munichoises, notamment la clinique universitaire de psychiatrie, dans l'asile, dans le seul but d'être stérilisés, après que la demande de stérilisation ait été acceptée.

-Concernant Mainkofen, l'asile devint de sa propre initiative un haut lieu de la stérilisation. Le directeur de l'asile, Karl Reiß, était un national-socialiste convaincu et s'efforça de mettre en œuvre les stérilisations forcées dans sa structure dès 1934. Entre 1934 et 1938, il émit 509 demandes de stérilisations soit 17,8% du total des patients.

-Ratisbonne était un asile qui fut dirigé par un psychiatre réformiste, Wilhem Eisen, jusqu'en 1938, lequel s'opposa clairement à la conception selon laquelle les personnes atteintes de troubles psychiques étaient des concitoyens "inférieurs". En effet, dans sa lettre d'adieu à ses collaborateurs, qui fut publiée dans le journal de l'asile, on peut lire : *« En tant que soignants, gardez en permanence à l'esprit que ce sont à des compatriotes allemands que vous êtes confrontés dans le cadre de vos fonctions, que ce furent et sont souvent des compatriotes de grande valeur qui vous en ont confié la garde, que ces gens recouvrent la santé et souhaitent se réintégrer à la communauté nationale en tant qu'hommes à part entière. […] Mais ne soyez pas chagrins quand à la minorité qui n'accède pas à une guérison aussi rapide, […] Il vous revient de faire en sorte que les assistés restent des hommes en ne les traitant pas comme des rebuts, mais en voyant en eux vos compatriotes, qui ont besoin de votre assistance pour conserver leur qualité d'homme ».* Il aurait plaidé publiquement pour une meilleure compréhension de la stérilisation forcée et se serait également efforcé de convaincre les

[41] Richarz B. Heilen, Pflegen, Töten Zur Alltagsgeschichte einer Heil-und Pflegeanstalt bis zum Ende des Nationalsozialismus. Göttingen; 1987.

patients de se faire stériliser afin d'avoir recours le moins possible à la contrainte. Ceci ne l'empêcha pas de stériliser par la force un nombre relativement élevé de patients de son asile, convaincu qu'il était du bien fondé de la loi. Jusqu'en 1939, 572 personnes furent concernées par cette pratique, soit 16,12% des patients traités

Le fait que la «Loi pour la prévention des maladies héréditaires dans les générations futures» fut appliquée de façon également massive à Mainkofen par un national-socialiste convaincu, et à Ratisbonne par un réformiste déclaré, montre une fois encore à quel point la loi sur la stérilisation forcée rencontrait un fort assentiment chez l'ensemble des psychiatres, bien au-delà des rangs du parti. Le processus de radicalisation au sein de la psychiatrie connut avec cette loi un nouvel élan.

-C'est à Lohr et Werneck que l'on stérilisa le moins de patients, respectivement 156 et 217 patients soit 10.2 et 9.48%. Les raisons en sont diverses : ces deux asiles étaient des structures d'internement classiques avec un taux d'admissions annuel relativement bas et situés qui plus est en milieu rural, loin des autres institutions psychiatriques qui auraient pu utiliser l'asile comme centre de stérilisation. Enfin, ces deux asiles avaient à leur tête des directeurs qui ne s'étaient jamais particulièrement illustrés, tant dans le domaine politique que psychiatrique.

- Sex-Ratio des stérilisés

Du point de vue du sexe, la stérilisation forcée concernait majoritairement les hommes. Parmi les 2952 pensionnaires qui furent stérilisés issus des asiles d'Ansbach, Eglfing et Gabersee, 1688 étaient des hommes (57,2%) et 1264 des femmes (42,8%).
Cette différence de traitement entre les hommes et les femmes au sein des asiles s'explique certainement par le fait que les hommes étaient stérilisés directement sur place alors que les femmes devaient être transférées. Elles étaient envoyées dans des cliniques plus éloignées, où elles faisaient parfois preuve de tant d'agitation et de résistance que l'on préférait les renvoyer d'où elles venaient avant d'avoir pu procéder à l'opération.
Il était relativement aisé de stériliser les patients au sein même de leur asile, où la privation absolue de leurs droits donnait aux soignants suffisamment de pouvoir et d'autorité pour pouvoir imposer leur volonté. En dehors des asiles, dans des structures moins totalitaires comme un hôpital classique, le pouvoir des soignants sur les patients était atténué.
A Ratisbonne, où 313 hommes (64%) pour 173 femmes (36%) avaient été stérilisés jusqu'en 1938, ce rapport s'inversa de façon drastique à partir du moment où Reiß, fraîchement nommé directeur, rendit possible l'opération des femmes au sein même de l'asile.

- Le prix à payer pour la liberté

Face à cette volonté massive de stériliser les patients, les asiles furent fermés hermétiquement au monde extérieur, afin d'éviter que des patients non stérilisés ne s'en échappent et se reproduisent. Bien évidemment, les contacts entre les deux sexes étaient prohibés.
Pour les patients, la seule possibilité d'échapper à la réclusion de l'asile et d'acquérir sa "liberté" était de se faire stériliser. Le prix de la libération était devenu incommensurablement élevé. On peut citer ici le cas de Frieda B. , patiente juive de l'asile de Lohr. Elle se vit présenter par le directeur et le tribunal de santé héréditaire l'alternative suivante : soit elle se

laissait stériliser et pourrait ensuite vivre à l'extérieur de l'asile, soit elle restait internée et devait en assumer le coût. Frieda B. refusait d'être stérilisée, elle resta donc jusqu'en 1940 à l'asile de Lohr, le coût de son internement étant assumé par des membres de la communauté juive. Le 14 septembre 1940, après avoir transité par Eglfing-Haar, Mme B. et d'autres patients juifs furent transportés vers un centre d'extermination où ils furent assassinés.

Un nombre relativement important de patients, ainsi que leurs familles, s'élevèrent contre les ordres de stérilisation dont ils faisaient l'objet. Dans la plupart des cas, le diagnostic et le constat de "dangerosité héréditaire" qui y était associés étaient mis en cause. A partir du moment où une personne était stérilisée car atteinte d'un "mal héréditaire", le reste de la famille courait également le risque d'être désignée comme telle et traitée en conséquence.

III – B : Loi pour la protection du sang et de l'honneur allemand

Cette loi promulguée le 18 Septembre 1935, vise à séparer juifs et citoyens de sang allemand par l'interdiction du mariage mixte et de toute "infamie raciale" (relations sexuelles extraconjugales entre juifs et Allemands). Tout candidat au mariage devait solliciter un "brevet d'aryenneté" prouvant l'absence de tout "porteur de sang juif" parmi ses ascendants en ligne directe de première et seconde génération.
Contrairement à une maladie héréditaire, le sang juif peut, selon la loi, être absorbé sans effet nocif par le "corps du peuple allemand" dans certaines limites généalogiquement fixées. Par exemple, un "quart-juif" soit une personne ayant un grand parent classé juif, uni avec un conjoint aryen, aurait des enfants qui ne seraient pas, juridiquement parlant, juif. En revanche, seule la stérilisation peut empêcher en toute sécurité la transmission du judaïsme.

III – C : Loi de santé matrimoniale

Cette loi du 18 octobre 1935 interdit le mariage aux personnes atteintes de maladie héréditaire.
Le 1er article stipule : « *Aucun mariage ne peut être conclu :*
-quand un fiancé souffre d'une maladie à danger de contagion, qui fasse craindre un dommage notable pour la santé du conjoint ou des descendants
-quand un des fiancés est interdit ou momentanément sous tutelle
-quand un des fiancés, sans être interdit, souffre d'une maladie mentale, qui fasse paraître le mariage indésirable pour la communauté ethnique
-quand un des fiancés souffre d'une maladie héréditaire dans le sens de la loi du 14 juillet 1933. »
Cependant, ce "brevet d'aptitude au mariage" (*Ehetauglichkeitszeugnis*) ne fut jamais rendu obligatoire. Les offices de santé nouvellement créés ne procédaient à des examens qu'en cas de soupçon particulier. Le mariage restait alors interdit jusqu'à ce qu'un certificat de guérison puisse être fourni ou que le malade ne consente à la stérilisation.

Dans cette optique de repeupler la nation, des structures telles les "sources de vie" (*Lebensborn*) sont créées et des enlèvements d'enfants conformes aux idéaux aryens,

notamment d'origine polonaise, sont organisés. Il est également mis en place diverses mesures incitatives à la natalité : prêts facilités pour les familles nombreuses aryennes, allocations familiales…
Le rôle de la femme et sa fonction vont également être modifiés : des lois interdisent l'accès à certaines professions pour les femmes, le divorce est facilité si la femme est stérile et enfin, l'avortement et la contraception sont interdits. Pourtant, dans le même temps, la circulaire de 1934 aux Offices de la santé autorisait l'avortement pour les femmes si une "descendance héréditairement malade" était considérée comme prévisible. Un décret du 19 novembre 1940 a été plus loin en rendant obligatoire l'avortement pour les femmes "inférieures".
Concernant les pratiques homosexuelles, elles sont condamnées avant même l'arrivée des nazis au pouvoir. C'est alors considéré comme une tare extrêmement grave, témoin de la dégénérescence de la population. Les homosexuels étaient passibles de castration ou d'internement.

IV. Les Programmes dits d'euthanasie

Nous allons maintenant évoquer les programmes dits d'"euthanasie" sous le IIIème Reich, terme qui a traduit en français la "mort douce" (*Gnadentod*). Le mot euthanasie dérive du grec ancien , *ευθανασία,* qui signifie « bonne mort ». Le terme est défini par l'encyclopédie Universalis, dans son édition de 2002, par Pierre Verspieren *:* « *le geste ou l'omission qui provoque délibérément la mort du patient dans le dessein de mettre fin à une vie marquée par la souffrance* ».

Pourtant, le terme ne parait pas adapté au meurtre de masse d'handicapés, au sein d'organisations structurées. En effet, l'"euthanasie" qui fut mise en place par les nazis n'eut pas de motivation humanitaire ou compassionnelle. Le but était d'éliminer les "êtres sans valeurs" en s'appuyant sur les croyances scientifiques de l'époque et en s'inscrivant dans une politique économique.

Contrairement à la stérilisation, l'euthanasie n'a jamais été admise dans un état moderne avant le III^{ème}Reich. Dans l'Allemagne nazie, Hitler s'opposera toujours à sa légalisation et la fera pratiquer dans la clandestinité. Le parti ne souhaitait pas être associé publiquement avec ce qu'il a toujours considéré comme un problème délicat.

IV – A : L' "Euthanasie" des enfants déficients

IV – A . 1 : Le dossier K

Après son accession au pouvoir, Hitler reçoit parfois à sa Chancellerie des courriers adressés par les familles réclamant "le coup de grâce" pour leurs jeunes enfants ou leurs nouveau-nés porteurs de sévères difformités ou dommages cérébraux. En particulier, il reçoit un courrier écrit par le père d'un enfant de cinq mois, né près de Leipzig, décrit comme aveugle, handicapé mental et porteur de difformités physiques (unijambiste, une partie du bras manquante). Le père demande qu'on autorise une "mort miséricordieuse" pour son garçon. Il explique avoir déjà fait cette demande au Pr Werner Catel, pédiatre de Leipzig, qui l'a refusée, l'euthanasie n'étant pas légale.
Hitler va alors se saisir de l'opportunité que ces courriers lui offrent, lui qui s'est toujours déclaré favorable à l'élimination des enfants malformés. La valeur d'un individu étant déterminée par ce qu'il apporte à la société, les sujets improductifs n'en ont aucune, comme ce petit handicapé, future charge pour la société.
Hitler se tourne alors vers un personnage fondamental dans les programmes d'euthanasie, le Docteur Karl Brandt (1904-1948), commissaire du Reich à la Santé et son médecin personnel.
Hitler charge Brandt de rendre visite à l'enfant à l'hôpital. Ce dernier expliquera durant son procès qu'il devait vérifier sur place les dires concernant le "dossier K" en référence au petit garçon, dont le père demande la mort. Si ceux-ci étaient corrects, il devait donner le feu vert à ses médecins pour une euthanasie. L'enfant sera tué le 25 juillet 1939. Il a été identifié en 2007[42] par un historien comme Gerhard Herbert Kretschmar, né le 20 février 1939.
A son retour à Berlin, Brandt est autorisé par Hitler à procéder de la même façon dans des cas similaires. Afin de mettre en place ces nouvelles directives à plus grande échelle, il charge Karl Brandt d'organiser un programme bien codifié d'élimination des enfants et lui adjoint Philipp Bouhler (1889-1945), autre grand personnage des programmes d'euthanasie. Cet ancien étudiant en médecine, politicien national-socialisme très impliqué fut nommé, à partir de 1939, chef de la chancellerie du Reich (*Reichsleiter)*.
Brandt et Bouhler sont donc réunis le 18 août 1939 autour de la "commission du Reich pour l'étude scientifique des affections héréditaires et constitutionnelles graves"(*Reichausschuß zur wissentschaftlicher Erfassung von erb und anlagebedingten schweren Leiden*) soit trois semaines seulement après le meurtre du petit garçon, pour formuler les modalités pratiques du programme.
Parmi les membres de cette commission, on peut citer : le Dr Herbert Linden du ministère de l'intérieur ; le Pr Werner Catel, pédiatre ; le Dr Hellumth Unger, ophtalmologue et le Pr Hans Heinze, psychiatre.

[42] Schmidt U. Karl Brandt: The Nazi Doctor. Hambledon Continuum; 2007.

IV – A . 2 : Organisation nationale du programme

A partir d'août 1939, les sages-femmes et les médecins doivent rendre des rapports concernant les nouveau-nés et les enfants de moins de trois ans qui présentent : idiotie, mongolisme, microencéphalie, hydrocéphalie grave ou progressive et déformations en tout genre. Au sein de la commission du Reich, trois experts décident de l'indication d'élimination d'après les fiches de renseignements. Les premières exécutions eurent lieu en octobre 1939 au centre de Görden, près de Brandebourg. Ce centre était sous la coupe de l'hôpital psychiatrique de l'Université de Heidelberg dirigée par le Dr Carl Schneider. Ensuite, l'euthanasie prit une plus grande ampleur en 1940 dans des centres de la «Commission du Reich» camouflés en « service de pédopsychiatrie disposant de toutes les méthodes thérapeutiques possibles sur la base des plus récentes données de la science ». Les enfants provenaient des services de pédiatrie, pédopsychiatrie, ou du *Gesundheitsamt* (équivalent de l'aide sociale à l'enfance). Une fois désignés par la commission, leur transfert dans les centres de liquidation était automatique. Pour ceux vivant chez leurs parents, ces derniers étaient incités fortement à les y envoyer pour bénéficier de nouveaux traitements. S'ils refusaient malgré les tentatives de culpabilisation, on les menaçait de leur retirer la garde des enfants par la justice.

On retrouve les procédés employés par la suite chez les adultes, avec l'intervention médicale tout d'abord lors de la sélection des victimes, dans le meurtre, puis le camouflage médical de la liquidation et la falsification des actes de décès.

La méthode d'exécution n'est pas codifiée. L'administration de sédatifs par voie orale à dose croissante est la plus courante, avec recours à une injection mortelle en cas d'échec prolongé.

Le décès survenait dans les semaines après l'admission et était attribué à une complication prévisible en fonction du dossier médical. Les corps des enfants étaient soit incinérés soit autopsiés dans l'intérêt de la "science" afin de trouver des étiologies aux handicaps présentés par ces enfants.

Rapidement, les conditions pour accéder à l'élimination deviennent moins rigoureuses et le procédé est accéléré. Notamment, avec l'inclusion d'adolescents qui présentaient des troubles du comportement. Le nombre de victimes est estimé à 5000 dans le cadre des procédures normales à la fin de 1941.

IV – A . 3 : Mise en œuvre au sein des asiles bavarois

Trois services de pédiatrie furent créés au sein des asiles publics bavarois, respectivement à Eglfing-Har en octobre 1940, à Kaufbeuren en décembre 1941, lequel fut ensuite étendu à l'asile voisin d'Irsee et à Ansbach en 1942. Les enfants y étaient adressés suite à la commission pour y être exécutés ou en tant que "cas à surveiller", le service devant ensuite rendre un rapport. Concernant Eglfing-Haar, on sait que Hermann Pfanmüller, sur lequel nous reviendrons plus loin, tuait sans l'agrément du "Comité".

Le meurtre des enfants suivait un schéma assez similaire dans les trois services : administration de Luminal en tablettes ou mélangé à leur nourriture .Les enfants sombraient ainsi dans un état d'inconscience prolongé et mouraient après deux à cinq jours. Pfanmüller utilisait également l'injection d'une dose fatale Morphine-Scopalamine.

Jusqu'en 1945, 695 enfants moururent au sein des trois services de pédiatrie : 154 à Ansbach, 209 à Kaufbeuren et 332 à Eglfing. On ne sait pas si tous ces enfants furent assassinés ni combien périrent suite aux conditions de vie misérables dans les asiles.
La plupart du temps, les directeurs des services psychiatriques maintenaient les parents dans l'incertitude. Concernant Eglfing-Haar, on sait que les parents n'étaient informés qu'après la mort de l'enfant que celui-ci aurait été gravement malade. Comme pour cet enfant tué à deux ans et demi et aux parents duquel on adressa quatre jours plus tard le courrier suivant : *« Je suis au regret de vous informer que votre fils Hans-D., qui avait contracté un rhume au cours des derniers jours, montre aujourd'hui les signes d'une double infection pulmonaire. Au vu de son état préoccupant, notamment du point de vue physique, il convient de s'attendre à une issue malheureuse de la maladie. Si cela vous est possible, nous vous prions de bien vouloir venir dans les meilleurs délais. »*[43]
D'autres parents ne furent tout simplement pas informés du transfert de leur enfant dans un service de pédiatrie.

IV – B : L'« Aktion T4 »

Après la relative bonne acceptation par les médecins et la population des assassinats d'enfants, Hitler souhaite étendre le programme aux adultes mais est inquiet de heurter trop brutalement les allemands. L'entrée en guerre lui offre la possibilité de mettre en place le programme au regard d'une urgence nouvelle pour le régime nazi. Les personnes handicapées, même stérilisées, ont toujours besoin de soins médicaux. Ils occupent des lits dans les hôpitaux dont pourraient bientôt avoir besoin les soldats blessés ou les gens évacués de villes bombardées. Ils sont nourris et blanchis aux frais de l'Etat et prennent du temps aux médecins et infirmières. Les nazis trouvaient ceci à peine tolérable en temps de paix mais en temps de guerre, une solution doit être trouvée.

IV – B . 1 : Un décret "discret"

Le 1er octobre 1939, Hitler charge une nouvelle fois Philipp Bouhler et Karl Brandt d'élaborer un programme d'assassinat des malades mentaux adultes, inspiré de celui des enfants. Mais cette fois ci, il est exigé un document écrit par les protagonistes car le Code pénal de 1937, alors en vigueur, condamne l'euthanasie. Pourtant, Hitler souhaite éviter le passage par une loi officielle. Pour confirmer ses intentions, il rédige un bref décret sur son papier à lettre privé personnel ; il n'utilise pas de papier officiel de l'Etat ou du parti. Le décret est antidaté au 1er septembre 1939, date de l'entrée en guerre de l'Allemagne, afin de mettre encore plus clairement en lien le programme et l'état de guerre.

[43] Schmidt G. Selektion in der Heilanstalt 1939-1945. Stuttgart 1965/Frankfurt 1983:251.

« *Le Reichsleiter Bouhler et le docteur en médecine Brandt sont chargés, sous leur responsabilité, d'étendre les attributions de certains médecins, désignés nominativement, afin qu'ils accordent une "mort douce" aux malades qui, dans les limites du jugement humain et sur la base d'un examen critique de leur maladie, doivent être considérés comme incurables* ».

Cet ordre ne sera jamais rendu public et ceux qui réclament une législation officialisant l'euthanasie n'eurent jamais gain de cause. Hitler aurait promis une loi officielle après la fin de la guerre et la victoire finale.

IV – B . 2 : Organisation de l'Action T4

Le programme se nomme T4, du nom de l'immeuble au 4 Tiergartenstrasse à Berlin, où siège l'administration chapeautée par la Chancellerie. Elle porte le nom, comme toujours trompeur, de "communauté de travail des établissements de soins et de cure du Reich" (*Reichsarbeitsgemeinschaft Heil und Pflegeanstalten*).
Aujourd'hui, le bâtiment a été détruit et une nouvelle construction abrite l'orchestre philarmonique de Berlin. On peut trouver une plaque commémorative sur le sol qui signale la localisation et l'importance historique du lieu.

- Recrutement du personnel

Viktor Brack et son adjoint Werner Blankenburg convoquent le 10 août 1939, à Berlin, des médecins susceptibles d'élaborer le programme et de participer ensuite aux commissions d'évaluation des questionnaires. La plupart étaient membres de l'élite de la psychiatrie allemande, des professeurs universitaires ou des directeurs d'hôpitaux. Ils furent choisis pour leur orientation politique, leur réputation professionnelle et leur sympathie pour l'eugénisme radical. Il fut alors exposé la nature du programme en exigeant un secret absolu et en leur donnant l'assurance qu'ils seraient à l'abri de toute poursuite pénale. Le recrutement des collaborateurs médicaux se fit par engagement volontaire ou par détachement administratif. Aucune contrainte ne fut exercée sur les médecins, ni sur les 500 fonctionnaires qui travaillèrent pour le programme. Un peu plus tard, les directeurs des hôpitaux étaient convoqués à leur tour pour être informés du contenu et des procédés pratiques de T4.

- Questionnaires d'évaluation des patients, sélection et transfert

Des questionnaires d'enquête sont distribués en octobre 1939 par le département de la santé publique du ministère de l'intérieur, auprès de tous les hôpitaux, cliniques et asiles. On fit valoir la nécessité d'un "recensement de la souffrance génétiquement déterminée" sous le couvert d'une enquête à visée scientifique et statistique apparemment couplée avec une enquête sur les besoins budgétaires des établissements.
Ces questionnaires devaient permettre d'individualiser quatre catégories de malades voués à la l'extermination:
-patient ayant séjourné plus de cinq ans sans interruption en institution
-patient porteur d'affections déficitaires incompatibles avec le travail
-détenus malades mentaux

-patients qui n'étaient pas de sang allemand ou apparentés
Les établissements devaient renvoyer ces formulaires avant le 1er novembre 1939. Quand les institutions n'étaient pas en mesure de remplir les formulaires dans les délais impartis faute de moyens humains, des équipes de médecins T4 se rendaient sur place et identifiaient les malades correspondant aux critères sus-cités. Il semble qu'aucun des directeurs d'asiles n'ait refusé de remplir les formulaires ou fait en sorte d'en retarder le traitement.
Il paraît peu probable qu'un médecin non impliqué dans les sphères responsables du programme T4 ait pu savoir, lorsqu'il fut amené à remplir ces questionnaires, quelle était leur visée réelle. Certains durent bien soupçonner une finalité autre que celle annoncée, notamment l'utilisation des malades pour des travaux forcés. Leur méfiance, et peut-être leur souci de protéger les malades, eurent l'effet inverse, puisqu'en aggravant la pathologie de leurs patients pour leur éviter la déportation en camps de travail, ils signèrent, sans pouvoir le deviner, leur arrêt de mort.
Les formulaires, transmis à la centrale T4, étaient ensuite examinés par une commission constituée de trois experts, qui rendaient leur verdict dans un cadre brodé de noir, par une croix rouge (la mort) ou un trait bleu (l'ajournement).Trois croix entraînaient la mort. Le critère principal retenu était l'" utilité" du malade, soit sa capacité à travailler.
Ensuite, le chef des services de santé du ministère envoyait aux asiles une liste de recommandations ministérielles, à chaque fois rédigées de façon identique, mis à part le nombre de patients concernés et les délais.

Voici un exemple concernant la Bavière :
« A M. le Directeur […] ou son représentant au sein de l'asile de guérison et de soin de […]
Objet : Transfert des malades de l'asile de guérison et de soin
La présente situation rend nécessaire le déplacement d'un grand nombre des malades internés dans les asiles de guérison et de soin. Par ordre du Commissaire à la défense du Reich, je requiers le transfert de […] malades de votre asile. Ce transfert est prévu pour le […] 1940. La société Krankentransport GmbH, basée à Berlin et reconnue d'utilité publique, ou son responsable des convois, prendra contact avec vous afin de régler les modalités de la collecte et du transport des malades.
Le convoi devra être organisé par l'asile d'origine.
Si l'asile ne dispose pas d'installations reliées au réseau ferroviaire,
1) Le transport des malades jusqu'à la gare la plus proche devra être organisé par l'asile.
2) Les malades turbulents devront être traités avec des moyens leur permettant de supporter un voyage de plusieurs heures.
3) Autant que faire se peut, les malades doivent être livrés avec leurs propres vêtements et linge.
4) L'ensemble des effets personnels devra être emballé convenablement.
5) Si les malades ne disposent pas d'effets personnels, l'asile d'origine devra prêter une partie des vêtements et du linge.
6) Les dossiers personnels des malades et l'historique de leur traitement sont à communiquer au responsable du convoi.
L'asile d'origine devra immédiatement informer les proches du transfert. Si, entre-temps, un proche venait à s'enquérir du sort d'un malade auprès de l'asile d'origine et dans la mesure

où le nom de la structure accueillante ne serait pas encore connu, il devra être répondu que le patient a été transféré par ordre du Commissaire à la défense du Reich et que, du reste, le nouvel asile prendra contact le plus rapidement possible.
Par délégation.
Dr. Walter Schultze. »

Une lettre type est adressée aux familles :*"Ce document vous informe que votre…, en lien avec des mesures économiques, a été transféré dans une autre institution inconnue de nous. Le transfert a été ordonné par le secrétaire National de la Défense. L'hôpital n'a aucune influence concernant le transfert ou non de ses patients. Vous serez informés en temps voulu des conditions de votre … dans sa nouvelle institution".*

<u>- Mesures concernant les patients juifs</u> :
Concernant les pensionnaires juifs des asiles, ils étaient, de part leur "sang juif" déclarés d'office dans les formulaires. Ils subissaient, tout comme leurs coreligionnaires d'Allemagne, une politique d'exclusion et de stigmatisation toujours plus radicale. Suivant un avis ministériel du 23 juillet 1938, une carte d'identification spécifique fut imposée à l'ensemble des juifs, y compris les pensionnaires des asiles, et un arrêté ultérieur les forçait à adopter les prénoms Sarah ou Israël. Après le début de la guerre, le recensement des juifs au sein des asiles fut perfectionné par arrêté du Ministère de l'Intérieur du Reich le 15 avril 1940. Le 30 août 1940, le Ministère ordonna que les pensionnaires juifs soient rassemblés dans certains asiles. Pour la Bavière, c'est l'asile d'Eglfing-Haar qui fut choisi et on y envoya tous les patients juifs des autres asiles de la région à la mi-septembre 1940. Hermann Pfanmüller justifia ainsi le transfert vers Eglfing-Haar dans un courrier à la direction de l'asile d'Ursberg : *« Le transfert n'est pas prévu par la loi, mais il est à mon avis totalement justifié étant donné que les malades et personnels soignant aryens ont refusé à plusieurs reprises de cohabiter avec et d'être traités en même temps que des malades juifs. »*[44]
Plus tard dans l'année 1940, ces patients juifs firent partie des convois vers les centres d'extermination.

<u>- Les centres d'extermination</u>
Contrairement au programme d'assassinat des enfants, la commission T4 unifie les méthodes de liquidation. D'abord envisagée, l'injection mortelle est critiquée du fait de sa lenteur et de son efficacité partielle. De plus, ce n'est pas une méthode idéale pour se défaire des malades en nombre. Un psychiatre aurait proposé le gazage au monoxyde de carbone ; il aurait été lui-même victime d'une intoxication et aurait gardé un bon souvenir de la phase d'euphorie précédant la perte de conscience. Après expérimentation comparative avec l'injection réalisée en janvier 1940 au centre de Brandebourg, cette méthode est reconnue comme la plus rapide et la plus rentable. Les produits étaient fournis par IG Farben, société allemande de produits chimiques, qui sera démantelée après la guerre en plusieurs sociétés dont certaines existent toujours, comme Bayer.

[44] Schmidt G. *op. cit*. p.73.

Les liquidations eurent lieu dans six centres de traitement spécial *(Sonderbehandlung*), confiés à la direction de psychiatres, pour la plupart des établissements psychiatriques reconvertis ou des maisons de retraite : Bernburg, Brandebourg, Grafeneck, Hartheim**,** Sonnenstein et Hadamar.
Pour mettre en place le gazage, des chambres sont aménagées au sein même de l'asile, souvent par réagencement d'une chambre attenante au hall, camouflée en salle de douche. Les malades qui étaient sélectionnés pour la mort étaient photographiés puis conduits aux chambres à gaz par groupe de 40, le plus souvent dans les 24 heures après leur arrivée au centre. Le médecin devait lui-même actionner la poignée qui permettait de faire entrer le gaz. Les corps des victimes étaient ensuite pillés, à la recherche de dents en or et de bijoux, pour être fondus. Chaque centre était pourvu d'un four crématoire et d'un bureau d'état civil pour la rédaction des certificats de décès comportant une cause naturelle expliquant une mort soudaine.

L'extermination des malades prit bientôt des proportions considérables : les critères devinrent moins sélectifs, augmentant le nombre de patients sélectionnés. Bientôt, ce ne sont plus seulement les patients porteurs de pathologies déficitaires qui sont visés, mais parfois de simples névrosés.

<u>- Dissimulation du meurtre</u>
La politique du secret et du camouflage autour de T4 se révèle dans certains détails. Par exemple, à Hadamar, quelques minutes avant leur entrée dans les chambres à gaz, les patients se voyaient parfois attribuer des cartes timbrées adressées à leur famille pour leur signaler leur arrivée sans encombre à destination.
Plus généralement, après le gazage, une lettre de condoléance était envoyée à la famille avec un avis de décès. Si la famille le réclamait, une urne suivait, contenant des cendres au hasard puisque les victimes avaient été incinérées en nombre.
Voici une lettre modèle de condoléance d'un centre envoyé à une famille:
"*Monsieur,*
Comme vous l'avez certainement appris en son temps, votre fille, Melle X a été transférée sur décision ministérielle dans notre établissement. Nous avons le pénible devoir de vous annoncer que votre fille est décédée chez nous le … d'une grippe avec abcès au poumon. Tous les efforts entrepris par les médecins pour maintenir la malade en vie ont malheureusement échoué. Nous vous exprimons nos très sincères condoléances. Vous trouverez une consolation dans la pensée que la mort de votre fille l'a libérée de souffrances pénibles et incurables. Nous conformant aux instructions de police, nous avons dû procéder immédiatement à l'incinération du corps. Cette mesure, qui s'impose à nous de la manière la plus stricte, a pour but de protéger la patrie contre la propagation de maladies infectieuses qui présentent en temps de guerre un grave danger. Si vous souhaitez recevoir l'urne funéraire -dont l'envoi est gratuit-, veuillez nous le faire savoir et nous adresser l'accord écrit de l'administration du cimetière. A défaut de réponse de votre part dans les 15 jours, nous procéderons nous-même

à l'inhumation de l'urne. Vous trouverez ci-joint deux actes de décès pour usage administratif. Nous vous prions de les conserver avec soin". Heil Hitler[45].

Dans un premier temps, l'action T4 ne suscite pas de protestation collective majeure alors même que s'accroît le nombre de personnes qui reçoivent des urnes funéraires contenant les restes de parents subitement décédés au cours d'un séjour thérapeutique dans une institution hospitalière éloignée. Pour maintenir le secret, à partir de l'automne 1940, les patients ne sont pas envoyés directement dans les centres d'extermination, mais adressés dans des institutions de transit situées près des grands hôpitaux, puis secondairement dans les centres afin de brouiller les pistes.

IV – B . 3 : Opposition au programme

- Opposition des malades et de leurs familles :

On ne pût naturellement pas complètement cacher aux patients ce qui se passait dans les asiles à partir de janvier 1940. Beaucoup savaient qu'ils risquaient d'être sélectionnés pour l'extermination et avaient conscience que c'est un voyage vers la mort qu'ils entreprenaient quand on les préparait au convoi et qu'on les chargeait dans des bus ou des trains. Pour la plupart des victimes, l'asile, public ou privé, était leur foyer, où ils avaient passé des années, voire des décennies, et auquel on les arrachait à présent.
A Kaufbeuren, l'aumônier de l'asile note : *« le 5 septembre 1940, 75 hommes quittèrent l'asile en voiture. L'un d'entre eux, avant d'embarquer, dit à l'Inspecteur Frick : « Vous nous croyez bêtes à ce point-là ? Nous savons bien que nous montons dans notre propre corbillard. ». Il reçut immédiatement une injection. »*
Un patient de Haar fit rédiger une lettre d'adieu avant le départ de son convoi : « *Haar, le 19 juin 1941. Ma chère mère. Comme je dois partir d'ici et que je ne sais pas où l'on m'emmène, je veux vous écrire ces quelques lignes. C'est très dur pour moi. Je vous dis à tous merci du fond du cœur et à bientôt, dans ce monde ou, je l'espère, au Paradis ! Je vous embrasse tendrement. Votre fils reconnaissant. »*[46]
Beaucoup de proches eurent des réactions choquées, désespérées mais aussi outragées à l'assassinat de leurs parents malades. On citera ici une lettre à la direction de l'asile d'Erlangen, d'une mère dont le fils avait été transporté en centre d'extermination le 1er novembre 1940 :
« Mesdames et Messieurs les membres de la Direction
Après avoir essayé, il y a trois semaines, de rendre visite à mon très cher fils Ernst Reinhardt, pensionnaire dans votre asile, où je ne l'ai pas trouvé et après que l'on m'ait annoncé ainsi qu'à d'autres mères que les malades avaient été emmenés vers un lieu inconnu, et après que mon mari ait obtenu suite à sa demande une réponse semblable, je me vois contrainte de vous écrire à nouveau. Le 21 novembre 1940, nous avons appris le décès de notre fils tant aimé. Ce fut pour nous un grand choc, quand bien même nous y étions préparés. Je ne sais ce qui a pu se produire mais à l'heure actuelle, cinq personnes originaires de Zirndorf seraient

[45] Kogon E, Langbein H, Ruckerl A. Les chambres à gaz, secret d'Etat. Paris: Seuil; 1984.
[46] Richarz B. *op. cit.* p.159.

décédées dans cet asile de Sonnenstein-Pirna et y auraient été incinérées. Nos pauvres enfants sont à présent libérés de leurs grandes souffrances mais en nous, c'est la douleur qui domine. Viendra le jour où arrivés devant le trône du Seigneur, il sera notre juge. »[47]

- Opposition de l'opinion publique *:*

L'extermination de personnes atteintes de maladies psychiatriques ne resta pas longtemps dissimulée aux yeux de l'opinion publique. Pas seulement à cause des récits que firent des proches des malades sur le sort de ceux-ci, ou de ce que racontèrent les médecins et soignants sur ce qui se passait au sein des asiles : rien que le transport de milliers de personnes des asiles privés vers les asiles publics, puis vers les centres d'extermination dût attirer l'attention. Ainsi, selon un rapport des autorités locales d'Ansbach : *« Le transfert des malades des asiles de guérison et de soin vers d'autres localités n'a bien sûr pas pu être caché à l'opinion publique. Il semble aussi que les commissions mises en place aient travaillé dans l'urgence et n'aient pas toujours eu la main heureuse, ce qui a mené à des erreurs. Il était également inévitable que certains cas individuels fussent connus et discutés ça-et-là. Les cas cités ci-après n'auraient évidemment jamais dû se produire :*
1. Une famille a reçu deux urnes par erreur. 2. Un rapport d'autopsie mentionna une inflammation de l'appendice comme cause du décès. L'appendicectomie avait toutefois été effectuée dix ans auparavant. 3. Une autre cause de décès mentionnée était une maladie de la moelle épinière, or la famille avait rendu visite au malade dix jours auparavant et avait trouvé celui-ci en parfaite santé. 4. Une famille reçut un avis de décès alors que la femme concernée vivait encore au sein de l'asile et se trouvait être en excellente santé. ».[48]
Certains convois transportant les pensionnaires des asiles privés vers les asiles publics se heurtèrent à des protestations significatives. Ainsi, le chef d'équipe d'Absberg fit le 24 février 1941 le rapport suivant : *« Rapport : strictement confidentiel.*
Vendredi dernier 21 février 1941, 57 pensionnaires de l'asile Sainte-Odile d'Absberg furent amenés par omnibus à Erlangen pour semble t'il y subir un examen à la clinique. Un médecin et trois infirmières arrivèrent avec l'omnibus, firent monter les personnes concernées dans le train et les surveillèrent. Un grand nombre de badauds était présent lors de chaque chargement des patients dans l'omnibus car ceux-ci n'ont ‚semble t'il, pas eu lieu dans la cour mais devant la porte. La situation aurait alors dégénéré car une partie des personnes refusait d'embarquer dans le train et dût y être chargées de force par le personnel accompagnant. Il s'agissait de personnes apparemment atteintes de retard mental, de débilité et d'autres maladies épileptiques et dont l'hébergement était en majorité financé par l'Etat et d'autres organismes publics. J'ai également eu connaissance du fait qu'à l'automne dernier, l'Union régionale de Souabe serait déjà venue chercher huit de ces personnes, parmi lesquelles sept seraient mortes très peu de temps après de grippe ou de problèmes de circulation sanguine. Seule une personne serait depuis revenue à l'Asile Sainte-Odile d'Absberg.

---

[47] Archives d'Etat de Nuremberg.
[48] Doc. D 906 du procès des médecins à Nuremberg.

La rumeur de ces faits se répandit progressivement à travers Absberg et les actions suivantes provoquèrent des attroupements d'assez grande ampleur, qui se laissèrent entrainer à des propos hostiles à l'Etat. Je n'ai pu appréhender les personnes en cause car lors de mes investigations, tous les badauds impliqués ont fait preuve à mon encontre de la plus grande réserve par rapport à ces événements. (...)Ces événements survenus lors d'une action nécessaire et exceptionnelle sont d'autant plus dignes d'être rapportés que quelques camarades du Parti n'ont pas eu peur de s'associer aux jérémiades des spectateurs pleurnichards. Certains auraient même été jusqu'à tenir les propos suivants, lesquels furent ensuite en partie repris : « L'Etat n'est actuellement pas entre de bonnes mains, autrement il ne serait pas possible que l'on condamne tout simplement ces pauvres gens à mourir, afin que les moyens qui étaient jusqu'à présent consacrés à leur hébergement soient maintenant rendus disponibles pour l'effort de guerre. » Cette opinion est avant tout répandue chez la population catholique d'Absberg. »[49]

Les textes cités ici font avant tout mention d'événements survenus dans la région de Nuremberg, où se tint le procès des médecins après-guerre. On y a probablement montré un intérêt particulier pour tous les dossiers qui pouvaient apporter la preuve de la politique d'extermination des malades psychiatriques. Des événements semblables se sont probablement produits dans le reste de l'Allemagne, seulement les témoignages à ce sujet furent détruits.

- <u>Opposition médicale</u> :

Comme nous l'avons vu plus haut, près de la moitié des médecins du Reich adhérait aux organisations nazis, ce qui sous entend également que l'autre moitié n'y adhérait pas.

Certains médecins, exerçant plutôt en libéral, peut-être plus proches de leurs patients, ne firent parfois aucune déclaration de maladie potentiellement héréditaire aux autorités de santé publique et n'exposèrent ainsi pas leurs patients.

Quelque médecins tentèrent de faire faire machine arrière au régime, comme Walter Creutz, en charge des services de santé de Westphalie, qui adressera un long rapport à la chancellerie en demandant la non application de T4 dans la région dont il avait la charge Ce rapport n'entraîna malheureusement aucun résultat mais ne fut pas pour autant suivi de sanctions. On peut citer également le Psychiatre Karsten Jaspersen, engagé dès 1931 dans le parti nazi et médecin chef de l'asile de Behtel, qui porta plainte contre les policiers impliqués dans la procédure de transport. Il refusa de remplir les formulaires de recensement et entama diverses procédures et discussions avec les membres du parti, dont Rüdin, pour tenter de sauver ses patients.

D'autres refusèrent de se plier aux nouvelles mesures comme le Professeur Franz Shede, titulaire de la chaire d'orthopédie de la faculté de médecine de Leipzig, qui falsifiait les expertises sur les patients atteints de malformation congénitale du bassin ou de pied bot.

---

[49] Klee E. "Euthanasie" im NS-Staat: die "Vernichtung lebensunwerten Lebens". Francfort-sur-le-Main: S. Fischer; 1983:324.

Certains sabotèrent les procédures comme Karl Bonhoeffer, ex professeur de psychiatrie et ex directeur de l'Hôpital de la charité à Berlin, écarté par le régime en 1937, qui organisait des filières de sauvetage des malades mentaux recensés.
Tous les opposants n'en sortaient pas indemnes. Le professeur Rainer Fetscher de Dresde, démis de ses fonctions universitaires car ne cachant pas son opposition au régime, le payera de sa vie. Il ouvre un cabinet de médecine générale où il délivre gratuitement des soins. Il osera établir un certificat pour un patient maltraité dans un camp afin que ce dernier puisse réclamer une pension d'invalidité. Il sera assassiné en mai 1945 par un commando chargé de liquider les traîtres et alliés.

- Opposition étudiante :

On peut citer le groupe de la "Rose blanche" (*Weiße Rose*), conduit par Hans Leipelt, étudiant en chimie, constitué d'étudiants de l'université de Munich, dont quatre en médecine, qui courant 1942-1943 distribuèrent des tracts condamnant les pratiques du régime et appelant au soulèvement, animés par des idéaux humanistes et religieux. Découverts par la gestapo en février 1943, ils furent décapités.

- Opposition des Eglises :

A l'intérieur du IIIème Reich, l'assassinat de milliers de malades ou personnes déclarées comme telles finit par susciter les protestations des Eglises catholiques et protestantes, d'abord par écrit à la chancellerie, sans grand résultat…
Certains hommes d'Eglise eurent le courage de s'opposer au régime de vive voix. On se doit de citer ici le célèbre appel du comte Clemens August Von Galen, Evêque de Münster et Cardinal. Il dépose le 28 juillet 1941 devant le procureur de l'état de Münster, une plainte contre X pour assassinat. Cette plainte étant classée sans suite, il proteste le 3 août 1941 dans un célèbre sermon prononcé à l'église Saint Lambert, contre les auteurs de ces assassinats. L'évêque fut arrêté mais dû être relâché suite à des manifestations populaires.
Il est à noter également, que dans les établissements de soins gérés par les Eglises, les filières de sauvetage furent plus actives et efficaces.

On peut constater que ce fut seulement le meurtre des malades mentaux adulte qui alerta l'opinion ou les Eglises. Il provoquait en effet beaucoup plus d'émoi et d'opposition que le meurtre des enfants handicapés, qui n'eurent pas droit, eux, à une telle vague d'indignation.

IV – B . 4 : Suspension de T4 et euthanasie sauvage

Suite aux diverses manifestations d'opposition, Hitler suspend T4 le 24 août 1941. Le programme des enfants ne fut, lui, pas modifié.

La suspension du programme officiel T4 va entraîner un remaniement des liquidations connues sous le nom d'"euthanasie sauvage" (*wilde Euthanasie*). L'organisation est déplacée aux services médicaux régionaux, les centres d'extermination implantés hors d'Allemagne sont privilégiés, notamment en Pologne, le transport suit des circuits indirects et le gazage est

abandonné. Chaque centre adopte alors des pratiques variées pour liquider les malades : injections mortelles, surdosages médicamenteux, privation d'aliments et de soins…

On citera ici pour illustrer l'euthanasie sauvage le témoignage d'une soignante de Kaufbeuren :"*A la mi avril 1944, j'ai été transférée à l'asile de Kaufbeuren avec l'ordre d'euthanasier les malades mentaux. Là-bas, je rencontrais le directeur de l'hôpital, qui me dit avoir demandé spécifiquement des infirmières de Berlin pour pratiquer la liquidation à Kaufbeuren. Il me dit avoir beaucoup de malades chroniques, et que ce serait ma fonction de traiter ces patients, sous sa direction. Il était clair pour moi que ces médicaments avaient le but de tuer les patients. Cependant, je ne considérais pas ceci comme un meurtre mais comme une assistance à la mort et une libération des souffrances. J'ai été chargée du pavillon des femmes au premier étage du bâtiment. Tous les patients transférés à la "maison de campagne" comme le bâtiment était appelé, sur les ordres du médecin, étaient destinés à être tués. Cependant, ils ne l'étaient pas tous directement. Le directeur faisait une autre sélection après une période d'observation, si bien que deux patients furent acquittés et peut être d'autres furent re-transférés dans le bâtiment principal. Il y avait des cas spéciaux où des patients venant d'autres asiles étaient directement admis dans la maison de campagne, et il s'est trouvé plus tard que certains d'entre eux auraient pu être exclu du protocole. Quand je suis confrontée au chiffre de 254 victimes, je dois dire que ce nombre élevé me surprend, mais que je ne peux pas le nier, puisque je n'ai pas gardé mon propre registre. Les patients recevaient du Luminal, du Veronal et parfois du Trional en pilule ou du Luminal et de la Morphine-Scopolamine sous forme liquide. La Morphine-Scopolamine était donné quand le Luminal ou Veronal seul n'avait pas eu l'effet désiré. La quantité et le dosage des médicaments donnés aux patients pour lesquels la liquidation avait été ordonnée étaient de ma seule responsabilité. Cependant, le médecin contrôlait chaque mort et souvent me demandait ce que j'avais donné aux patients. Le directeur ne s'intéressait pas généralement à cela. Je commençais habituellement par deux pilules de Luminal par jour et augmentais le dosage selon l'évolution de la "maladie". Le résultat final de ces traitements était un sommeil de plomb très profond duquel le patient ne se réveillait jamais. Certaines morts survenaient très vite, parfois le premier jour, mais la plupart le second ou troisième jour. Je recevais les médicaments du directeur, qui me les donnait directement ou me les envoyait. ".*

IV – B . 5 : L'Action T4 en Bavière

IV – B . 5 . a : Deux personnages emblématiques : Valentin Falthauser et Hermann Pfannmüller

L'Action T4 en Bavière se caractérise par l'engagement personnel de Valentin Falthauser, directeur à Kaufbeuren et d'Hermann Pfannmüller, directeur à Eglfing-Haar.

- Valentin Falthauser :

Valentin Falthauser avait été l'élève de Gustav Kolb à Erlangen et peut être décrit, selon les critères de l'époque, comme un psychiatre réformiste. Directeur de Kaufbeuren, il modernisa cet asile, introduisit la thérapie par le travail dans tous les services et développa le milieu ouvert. Après la prise de pouvoir du NSDAP, il s'engagea massivement dans l'application de

la loi sur la stérilisation. Le 14 août 1940, il fut invité à Berlin pour une réunion, où lui et d'autres de ses collègues furent convaincus de participer aux actions d'extermination. Falthauser occupait également une position de consultant dans l'Action T4 ; il évaluait les formulaires des autres asiles et était membre d'une commission qui inspectait les asiles jugés "non fiables" pour y procéder sur place à la sélection des victimes.

- Hermann Pfannmüller :

Hermann Pfannmüller, ancien médecin-chef sous les ordres de Falthauser, est, quand à lui, décrit comme un psychiatre conservateur. Il prit en 1938 la direction de l'asile d'Eglfing et a joué également un rôle majeur dans les actions envers les malades mentaux. Il faisait partie du cercle des psychiatres triés sur le volet qui avaient été invités à Berlin le 10 août 1939, un an avant Falthauser, afin de discuter du déroulement de T4. Eglfing fut alors utilisé comme un asile-test et les patients internés furent recensés à l'aide d'un formulaire.
Ces documents complétés furent envoyés par Pfannmüller le 15 octobre 1939 accompagnés des remarques suivantes : *« Le nombre global des malades mentaux asociaux et antisociaux au sein de notre asile est de 1119 au 15 octobre 1939 pour un total de 2907 malades présents dans nos murs le jour dit. Ceci correspond donc à un pourcentage très élevé (38,5%) de malades inaptes à mener une vie normale. »*[50]
Conformément à l'engagement de Pfannmüller, les patients d'Eglfing furent les premières victimes de T4. Le 18 janvier 1940, le Dr Horst Schumann, directeur médical de Grafeneck, vint chercher les vingt-cinq premiers patients masculins d'Eglfing, destinés à être gazés au monoxyde de carbone, probablement afin de tester les capacités de l'installation.

IV – B . 5 . b : L'Action T4 au sein des asiles publics Bavarois

En 1993, Heinz Faulstich a essayé de comparer le taux de patients d'asiles publics victimes de l'Action T4 entre les différentes régions. Dans les régions où T4 fut mis en place de façon précoce, le pourcentage des tués est élevé : 50% en Saxe, 60% dans la région de Berlin, 53% dans le pays de Bade et 52% dans le Wurtemberg. En Bavière, comparativement, l'application de T4 fut retardée et le taux est de 41.7%. Dans d'autres régions, comme la province de Hanovre (21%) ou la Rhénanie (20%), les taux sont encore plus bas.[51]

En 1940 et 1941, 7686 patients des asiles bavarois furent assassinés dans les centres d'extermination de Sonnenstein et Hartheim, soit 27.4% sur les 28 082 patients des asiles. Durant cette même période, 2372 patients (soit 8,4%) moururent suite aux conditions de vie misérables, ce qui correspond à un taux de mortalité de 36% pour ces deux années. Cela signifie donc que plus d'un tiers des patients hébergés dans les asiles de guérison et de soin (ou qui y furent transférés depuis un asile caritatif) furent tués ou moururent. Constat effarant

[50] Schmidt G. *op. cit*. p.78.
[51] Faulstisch H. Von der Irrenfürsorge zur « Euthanasie ». Geschichte der badischen Psychiatrie bis 1945. Freiburg; 1993:283-288.

s'il en est. L'assassinat et la mort étaient donc devenus des choses quotidiennes dans la vie des asiles en 1940-41.

La situation des asiles Bavarois fut également altérée après l'évacuation de l'asile palatin de Klingenmünster, trop proche de la frontière, dont les 1251 patients furent répartis dans les autres structures bavaroises en 1939.
Cette évacuation avait été planifiée dès l'hiver 1938-1939 et fut mise en œuvre de façon précipitée et désordonnée. A l'aube du 10 septembre 1939, la direction de l'asile fut informée que l'ensemble des patients et le personnel associé devaient être déplacés le jour même. En quelques heures, les patients furent amenés à la gare la plus proche par trains spéciaux et envoyés ensuite vers les autres asiles bavarois. Ces derniers furent informés seulement ce même jour qu'ils allaient devoir accueillir un grand nombre de patients supplémentaires. La description de ces événements présente dans le rapport annuel pour l'année 1939 de l'asile de Werneck (l'une des structures accueillantes), donne un aperçu direct du déroulement de ce transfert *:« Le 10 septembre au matin, le Ministère de l'Intérieur nous informa que dans les prochaines vingt-quatre heures, un convoi d'environ 80 malades mentaux arriverait de l'asile de Klingenmünster, alors en cours d'évacuation et qui devraient impérativement être hébergés, quand bien même ils dussent dormir sur des paillasses. […] Le convoi annoncé arriva à quatre heures du matin par train spécial à Waigolhausen. Il s'agissait de 77 personnes dérangées, en partie des femmes particulièrement énervées, accompagnées d'un médecin et 17 infirmières. Les douze heures de voyage en train avaient été particulièrement éprouvantes pour les accompagnateurs et leur attitude exemplaire mérite la plus haute reconnaissance. C'est grâce à ces personnes que le transport s'est déroulé sans accroc. Ce fut une expérience inhabituelle et unique que de voir les 77 malades débarquer à la gare dans l'obscurité de la nuit. Certains criaient et bégayaient, d'autres s'allongeaient à terre et durent être transportés hors de la gare à la force des bras ; certains restèrent debout et refusèrent quasi-totalement de bouger. Il est heureux qu'aucun train n'ait circulé à cette heure-là. »*[52]
Les autres convois n'arrivèrent pas aussi rapidement à destination. Le transfert vers Mainkofen arriva seulement le 2 novembre, celui vers Gabersee le 22 décembre.
Les patients de Klingenmünster furent intégrés aux autres asiles en même temps que leurs médecins et infirmiers. Certains, qui n'avaient pas été sélectionnés pour les centres d'extermination, furent ramenés à Klingenmünster en octobre 1940.

IV – B . 5 . c : L'Action T4 et les asiles de soins privés Bavarois

De septembre 1940 à novembre 1941, au moins 6091 pensionnaires des asiles privés furent transférés dans les asiles publics restants. Parmi ceux-ci, 1697 au moins furent transférés secondairement vers les centres d'exterminations pour y être gazés.

[52] Rapport annuel de Werneck, 1939, p. 20.

On peut voir trois raisons principales à l'organisation de ces transferts : tout d'abord, ces asiles privés, très nombreux et souvent installés au sein d'anciens châteaux et cloîtres dans des régions attrayantes, étaient des biens sur lesquels beaucoup voulaient faire main basse. Par ailleurs, certains des asiles étaient sous-peuplés (ce malgré la fermeture des asiles de Gabersee, Bayreuth et Werneck) et pouvaient à nouveau accueillir des patients. Enfin, la politique d'extermination des personnes atteintes de maladies psychiques pouvait être mise en place de façon totalement libre au sein des asiles publics.

Le transfert des patients des asiles privés fut planifié par une directive du Ministère d'Etat bavarois, laquelle fut envoyée aux chefs de gouvernement locaux, aux asiles de guérison et de soin et aux fédérations régionales d'assistance :
« *Objet : Réorganisation des asiles de guérison et de soin.*
Suite à la réorganisation des asiles de guérison et de soin, un certain nombre de lits se sont libérés au sein de ceux-ci. Afin de garantir la rentabilité des asiles, ces lits doivent être à nouveau occupés. Les fédérations régionales d'assistance ont pris en charge sur leurs propres deniers, ce conformément à l'article 5 de la Loi sur l'assistance, un nombre important de malades. La majorité de ces patients sont aptes à être hébergés dans un asile de guérison et de soin. Les chefs de gouvernement ont donc pour consigne de faire en sorte que ces malades soient transférés dans les asiles de guérison et de soin conformément aux actuelles capacités d'accueil de ceux-ci ou des disponibilités qui pourraient être les leurs à mesure de l'avancement du processus de réorganisation.
Dans la majorité des cas, les asiles de guérison et de soin ne pourront atteindre leur seuil de rentabilité en appliquant le tarif journalier des asiles privés (entre 1,60 et 1,90 Reichsmarks) et doivent donc exiger de leurs malades une contribution plus élevée. Il n'existe à ce niveau aucun contre-exemple connu. Il convient toutefois de remarquer que les attentes en matière de soin et d'encadrement des patients transférés depuis les asiles privés sont inférieures à celles de ceux pris en charge d'habitude par les asiles de guérison et de soin. Il suffira donc d'établir un tarif journalier dont le montant sera situé entre celui des asiles privés et celui habituellement exigé dans les asiles de guérison et de soin. Pour les fédérations régionales d'assistance ainsi que les fédérations de district, associées à la prise en charge financière des malades selon l'article 5 paragraphe 5 de la Loi sur l'assistance, cette mesure n'entraîne pas de dépenses supplémentaires globales pour les soins en asile, puisque la légère augmentation des coûts d'hébergement se trouve compensée par les économies significatives réalisées pour les patients transférés dans les asiles d'Etat pour lesquels aucune contribution ne sera demandée. Les locaux libérés dans les asiles de soin suite au transfert pourront être affectés à l'hébergement des Heimkehrdeutschen *(populations de langue allemande issues d'Europe de l'sst et ayant immigré en Allemagne après le début de la guerre) ou participer à la* Kinderlandverschickung *(pratique fort répandue qui consistait à envoyer dans des régions rurales les enfants des villes malades afin qu'ils s'y rétablissent).*

Par délégation,
Dr. Schultze. »[53]

[53] Archives du Centre Hospitalier Universitaire de l'Europkanal.

Les chiffres concernant le pourcentage de patients transférés en asile public puis exterminés sont très variables selon les asiles. Par exemple, sur les 697 personnes qui furent transférées à Ansbach, 269 (soit 38,6%) furent tuées. Tandis que sur les 258 qui furent transférées à Kutzenberg, 57 (22%) furent gazées en centre d'extermination. Ces différences assez marquées appellent une explication. Elles ne sont pas dues au fait que la sélection dans certains asiles ait été plus scrupuleuse, mais à ce que l'arrêt de l'Action T4 en août 1941 eut pour conséquence l'interruption brutale des transferts des patients sélectionnés vers les centre d'extermination.
Ceci est particulièrement clair dans le cas de l'asile de Ratisbonne. Sur les 372 personnes qui y furent transférées jusqu'au 15 mai 1941, 224 (60%) furent amenées en centre d'extermination ; les 649 pensionnaires des asiles de soin amenés à Ratisbonne après août ne pouvaient logiquement plus être transférés vers les centres d'extermination puisque le dispositif avait déjà été interrompu. L'arrêt de l'Action T4 sur intervention personnelle d'Hitler en août 1941 est ainsi arrivé "trop tôt" si l'on considère l'extermination des pensionnaires des asiles de soin. La thèse selon laquelle l'Action T4 aurait été interrompue car le quota fixé en 1939 aurait été atteint, doit par conséquent être relativisée.

IV – B . 5 . d : La fermeture d'asiles

L'extermination des personnes atteintes de maladies psychiques eut pour conséquence la fermeture des asiles de Bayreuth, Gabersee et Werneck, lesquels furent affectés à la *Kinderlandverschickung* ou à l'accueil des "allemands de Bessarabie", région actuellement partagée entre la Moldavie et l'Ukraine.
De même, les locaux des asiles privés, libérés après le transfert de leurs patients vers les asiles publics, furent le plus souvent utilisés par les différentes instances de l'Etat et du Parti.
A la suite de l'Action T4, des "discussions de fermeture" eurent lieu pour chaque asile, au cours desquelles, différents groupes d'intérêts essayèrent de s'approprier les biens, sans les personnes vivant à l'intérieur, naturellement.
La "discussion de fermeture" concernant l'asile de Kutzenberg donne à cet égard un témoignage éloquent et montre le cynisme avec lequel on essaya de tirer profit du meurtre d'êtres humains. En mars 1941, il fut proposé par le général August Heißmeier, du bureau central de la SS à Berlin, que l'asile de Kutzenberg soit utilisé pour la création d'une *Nationalpolitische Erziehungsanstalt* (internat d'enseignement secondaire destinés à former une nouvelle élite politique et militaire). Il adressa sa requête au ministre bavarois de l'Intérieur le 15 avril 1941, lui demandant de « *bien vouloir prendre les mesures nécessaires, en accord avec le chef de gouvernement d'Ansbach.* » Celui-ci n'émit aucune objection, si bien que le président du gouvernement de Haute et Moyenne-Franconie, Hans Dippold, se mit à étudier concrètement la possibilité d'une "mise à disposition" de Kutzenberg. Dans un courrier daté du 24 mai 1941, il développe l'argumentaire suivant :
« Si l'on peut compter sur un transfert prochain des malades vers les asiles d'Etat – ce qui ne m'est pas encore connu mais qui peut être facilement confirmé par le Ministère de l'Intérieur – les asiles d'Ansbach et Erlangen devraient donc être prochainement en mesure d'accueillir les malades de Kutzenberg. »

Dippold précisa également que l'asile de Kutzenberg avait été particulièrement rentable et estima sa valeur à quasiment 2,5 millions de Reichsmarks.
Quelques jours plus tard, le 30 mai 1941, un courrier du ministère bavarois de l'Education et du culte fut adressé au président de l'Union Régionale, dans lequel on lui demandait d'installer à Kutzenberg une « *staatliche Heimschule* » (établissement d'enseignement régional). Le courrier se poursuivait ainsi :
« Il est d'une grande importance à mes yeux que l'évacuation annoncée de Kutzenberg soit réalisée dans les plus brefs délais car je ne vois pas au nom de quoi des déments devraient être hébergés dans des bâtiments publics, récents qui plus est, et dans des environnement magnifiques, pendant que la jeunesse allemande saine de corps et d'esprit serait condamnée à vivre dans des trous sombres et humides, comme c'est en partie le cas à Nuremberg, Erlangen et d'autres localités de Franconie.
Dr. Friedrich. »
Le président de l'Union régionale réagit vivement à ce nouvel état de choses et se plaignit de cette "leçon" qui lui avait été faite dans sa réponse datée du 18 juin 1941 :
«En tant que National-Socialiste, j'ai moi même défendu ce point de vue avant la prise du pouvoir et par la suite en tant que président de conseil d'arrondissement puis en tant que président d'Union Régionale, à une époque où la façon de voir les choses au plus haut niveau des ministères bavarois était bien différente de la mienne ! Je n'avais donc aucun besoin que l'on me fasse la leçon de la sorte !»
L'asile de Kutzenberg ne fut finalement pas fermé car, le 19 septembre 1941, 180 personnes venues du cloître de Blankenburg-Oldenburg y furent transférés.[54]
Même si la «discussion de fermeture» concernant Kutzenberg ne déboucha pas sur une véritable fermeture du site et une poursuite des meurtres de malades psychiatriques, elle permet de comprendre deux choses :
Tout d'abord, l'Action T4 n'était pas une "opération secrète" du Reich, planifiée exclusivement par Berlin mais une multitude de ministères et d'administrations, ainsi que différentes divisions de l'appareil d'Etat et du Parti, y étaient activement associées.
Dans tous les ministères, administrations et divisions en question, il était devenu une évidence (quand bien même terrible) que les personnes atteintes de maladies psychiatriques faisaient l'objet d'une extermination.

Estimation du nombre de victimes de l'action T4

Il est difficile d'évaluer avec précision le nombre de victimes de l'ensemble des centres d'extermination, les registres précautionneusement tenus ayant été détruits pour la plupart. Le nombre de victimes de "l'euthanasie sauvage" est probablement plus important que pour T4. Le tribunal de Nuremberg a estimé à 275 000 victimes minimum le nombre de malades exterminés en globalité[55].De nos jours, avec le recul, on estime que le nombre est plus proche de plusieurs centaines de milliers de victimes.

[54] Archives de la ville de Nuremberg, Dir A 146.
[55] Bayle F. Croix gammée contre caducée, les expériences humaines en Allemagne pendant la seconde guerre mondiale. Neustadt; 1950.

IV – C Autres Actions

IV – C . 1 : L'Opération 14f13

Dans les registres des camps de concentration, le sigle 14f servait à indiquer les causes de mort des détenus. Le chiffre 13 signifiait assassinat du détenu malade ou invalide.
L'opération14f13 débute en 1940, lorsque la direction de T4 autorise Himmler à utiliser les installations et le personnel de T4 pour liquider certains détenus de camps de concentration.
La sélection fut d'abord "limitée" aux détenus "malades mentaux incurables" et "éléments asociaux irrécupérables". Puis, elle se fit rapidement "moins limitée ", avec des groupes entiers de population des camps, détenus politiques, groupes individualisés selon leur nationalité (notamment des polonais) ou leur race (les juifs). Les victimes étaient gazées sur place ou envoyées dans les trois centres de T4 encore en activité : Hartheim, Sonnenstein ou Bernburg. Après-guerre, on a estimé que l'opération 14f13 fit autour de 20 000 victimes.

IV – C . 2 : L'Action Brandt

Beaucoup de régions de l'Allemagne étant touchées par l'intensification des bombardements, les asiles publics qui y étaient situés furent utilisés comme hôpitaux auxiliaires et les patients qui y étaient internés furent déplacés vers les territoires annexés de Pologne mais aussi vers les asiles bavarois. L'action Brandt consistait dans ce transfert organisé de patients d'un asile public situé dans une région menacée vers un autre asile public, considéré comme plus sûr.

A partir de février 1943, l'Action Brandt fut instaurée en Bavière, après la Poméranie, la Hesse et la province de Saxe. Au moins 2503 patients venus d'Hambourg, de Rhénanie, de Westphalie, de la région de Berlin et de la Lorraine furent amenés dans les asiles bavarois.
Les transferts eurent pour conséquence une surpopulation d'une ampleur quasi-inimaginable des asiles bavarois publics. En 1939, on comptait 19 474 patients pour treize asiles ; en 1943, pour seulement dix asiles, on en comptait 300 de plus.
La mortalité au sein des asiles bondit de 1811 personnes en 1942 à 2709 en 1943, puis 3761 en 1944. Le taux global de mortalité passa de 10,9 % en 1942 à 13,6 % en 1943, puis à 20,4 % en 1944.[56]

IV – C . 3 : Actions à l'encontre des patients issus du système judiciaire

En 1942, il fut décidé par le Ministère de la Justice du Reich de *« mettre les éléments asociaux du régime pénitentiaire à la disposition du Reichsführer à des fins d'extermination par le travail »*, mesure qui concernait également les personnes « internées par mesure de sécurité » au sein des asiles de guérison et de soin.[57]

---

[56] Faulstich H. *op. cit.* p.315.
[57] Schmuhl HW. Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung « Lebensunwerten Lebens », 1890-1945. Göttingen; 1987/1992:227.

Le 8 août 1943, le Ministère de la Justice adressa aux asiles de guérison et de soin le courrier suivant : *« La police s'est déclarée prête à prendre en charge les personnes hébergées dans les asiles de guérison et de soin en vertu du paragraphe 42 du Code Pénal. Afin que cette démarche puisse aboutir, les procureurs généraux ont reçu pour consigne de M. le Ministre de la Justice du Reich de se mettre en relation avec vous. Etant donné qu'une exploitation totale de cette possibilité pourrait certainement contribuer en grande partie à vider les asiles d'éléments indésirables et fauteurs de troubles, je vous prie de bien vouloir porter une attention particulière à cette occasion qui vous est offerte. […] Etant donné le manque cruel de lits qui règne dans les asiles du fait des évacuations, il doit être fait le plus d'usage possible de cette occasion de libérer des lits. »*[58]
Les "évacuations" dont il est ici fait mention sont en réalité l'Action Brandt. Les services des procureurs généraux se mirent en contact avec les asiles concernés, ce qui fut source de conflits car ces derniers étaient réticents à laisser partir les «internés par mesure de sécurité» souvent aptes au travail. Les patients concernés furent transférés dans les camps de concentration.

IV – C . 4 : Actions à l'encontre des patients issus du service de travail obligatoire

Au cours de la déportation vers l'Allemagne de millions de prisonniers de guerre et de travailleurs du service de travail obligatoire, un grand nombre contractèrent des troubles psychiques. Ils furent pris en charge par les asiles locaux. Un courrier du ministère de l'intérieur du Reich du 6 septembre 1944 expliquait que le « *but de l'admission* » en asile était une *« récupération la plus rapide possible des facultés de travail* ». Si la procédure se révélait inefficace, on ordonnait pour les « *travailleurs souffrant de maladies mentales incurables* » le transport vers un asile de regroupement. Pour la Bavière, ce fut l'asile de Kaufbeuren qui remplit cette fonction, connu pour le pourcentage élevé de mortalité de ses patients.

V. La privation de nourriture ou *Hungerkost*

V – A : L'alimentation dans les asiles

A partir de septembre 1939, les conditions de vie déjà misérables des patients des asiles allemands s'aggravèrent encore. Ils furent entassés dans des espaces de plus en plus réduits étant donné qu'il fallait faire de la place au sein des asiles pour des hôpitaux militaires de réserve. Le personnel déjà fort peu nombreux fut réduit au minimum et beaucoup de médecins, d'infirmiers et de collaborateurs de la régie hospitalière (cuisine, agriculture, menuiserie…) tombèrent sous le coup de la conscription ; en outre, les denrées alimentaires furent encore plus rationnées.

[58] Klee E. *op.cit.* p.360.

En avril 1942, les rations alimentaires furent réduites pour toutes les catégories de la population, et ce dans tout le Reich, et ce rationnement plus strict se fit également sentir dans les hôpitaux. C'est pour ainsi dire de façon naturelle que se développa au sein des asile une dynamique d'exclusion aux conséquences funestes, selon laquelle les patients aptes au travail recevaient une meilleure nourriture en plus grande quantité, de même que le nombre et la qualité de leurs vêtements était meilleure, tout comme les chambres et les lits qui leur étaient affectés. Les patients alités, inaptes au travail, agités ou perturbateurs furent poussés au bord du précipice : ils disposaient de nourriture et de vêtements de moins bonne qualité et en quantité plus limitée, et étaient entassés dans les salles les moins spacieuses. Il est également certain qu'on leur refusait les soins dont ils avaient besoin et qu'on leur confisquait ce qui aurait pu leur être apporté de l'extérieur.
La conséquence de cette dynamique interne fut l'augmentation du taux de mortalité au sein des asiles. Les victimes étaient avant tout des personnes qui avaient été déplacées des asiles privés vers les asiles publics. Ils étaient en effet devenus des étrangers, arrachés à leur région et leur asile d'origine et plus éloignés encore de leurs proches. Parmi ces patients, on comptait en outre beaucoup d'enfants, d'adolescents et de personnes âgées qui avaient été sélectionnés pour l'extermination dans le cadre de l'Action T4 mais qui ne pouvaient plus l'être depuis l'arrêt de cette dernière.
C'est dans ce contexte que fut mis en place dans certains asiles du Reich, tout particulièrement en Bavière, le *hungerkost*, affamement des patients menant à leur mort.

V – B : Kaufbeuren : asile pionnier dans l'application du *Hungerkost*

Il semble que ce soit Valentin Falthauser qui fut innovateur dans l'instauration de régimes spéciaux pour les malades mentaux dans son asile de Kaufbeuren. Après la suspension de T4, en décembre 1942, il aurait fait administrer à 200 malades le "E-régime", un régime sans graisse absolu et sans vitamines, dans la mesure où la situation alimentaire globale du pays le rendait "nécessaire". Ce régime entraînait généralement la mort des patients en trois mois. Durant l'été 1943, il n'y avait pratiquement plus recours car la situation alimentaire se serait améliorée. Cependant, au cours de l'hiver 1943-1944, des conditions de ravitaillement difficiles auraient à nouveau fait appliquer ce régime. Les statistiques des décès survenus à Kaufbeuren durant cette période reflètent l'application ou non du régime. En 1942, sous régime, la mortalité s'éleva jusqu'à atteindre 13,8% des patients internés à Kaufbeuren. En 1943, sans régime, elle recula à 11,1% pour ensuite remonter à 24,7% en 1944.

Le Dr. Walter Schultze, du Ministère bavarois de l'Intérieur, invita les directeurs d'asiles à une table ronde en novembre 1942. A cette occasion, Falthauser fit un exposé sur l'attribution de son "E-régime" aux malades inaptes au travail et autres "cas désespérés", et sur ses effets chez les patients. A la suite de cette réunion, le ministère bavarois de l'intérieur envoya une circulaire aux chefs de gouvernements locaux :
« Considérant la raréfaction des denrées alimentaires suite aux nécessités du conflit et l'état de santé des pensionnaires des asiles aptes au travail, il ne semble pas soutenable plus longtemps que tous les pensionnaires des asiles de guérison et de soin profitent d'un régime indifférencié sans tenir compte du fait que certains travaillent de façon productive ou que

d'autres sont entièrement à la charge des asiles sans pouvoir produire un travail d'une quelconque utilité. En conséquence et avec effet immédiat, les pensionnaires des asiles de guérison et de soin qui fournissent un travail utile ou qui font l'objet de soins thérapeutiques et plus encore les enfants aptes à être éduqués, les blessés de guerre et les malades souffrant de psychoses liées à l'âge bénéficient d'un hébergement de meilleure qualité, ce au dépens des autres pensionnaires et sur un plan tant qualitatif que quantitatif.
Il est ici pris en compte la table ronde du 17 novembre 1942 au Ministère de l'Intérieur avec les directeurs d'asiles. Ces derniers doivent sans attendre prendre les mesures nécessaires. »[59]

V – C : Les objectifs du *Hungerkost*

Cet "édit de la faim" avait un triple objectif : tout d'abord, il légitimait la pratique consistant à priver les pensionnaires des asiles de la nourriture nécessaire à leur survie. Deuxièmement, il avait pour but de fournir un fondement scientifique valable au processus de sélection qui se développait naturellement dans les asiles, ce n'était plus la dynamique certes structurée mais non contrôlée existant au sein des asiles qui décidait qui se voyait laissé de côté jusqu'à en mourir, mais ce devait être à nouveau les médecins qui, grâce à une justification médicale, disposaient d'un droit de vie ou de mort sur leurs patients. Troisièmement, la privation de nourriture se voyait introduite de façon consciente comme un moyen de tuer les malades.
La privation volontaire de nourriture doit être considérée comme un outil supplémentaire dans le cadre de la politique d'extermination des personnes atteintes de maladies psychiques.

V – D : L'application du *Hungerkost* en Bavière

Hermann Pfannmüller fit aménager deux "pavillons de la faim" à Eglfing-Haar, pourvus de soixante lits chacun. Les patients qui y étaient transférés se voyaient administrés un régime sans graisse. Jusqu'au 1er juin 1944, 444 patients y moururent par inanition induite de façon volontaire avec un taux de mortalité global à environ 21% du total des patients.
On aménagea des services d'affamement semblables à Erlangen, Mainkofen et Klingenmünster.
A Ratisbonne, le Dr Reis avait certes ordonné la mise en place d'un service d'affamement mais était par la suite revenu sur sa décision après que les médecins aient refusé d'y assurer leurs consultations. Les chiffres dont on dispose montrent en tous cas que la mort par inanition induite de façon volontaire était également pratiquée à Ratisbonne, même en l'absence de service dédié : en effet, entre 1943 et 1945, le taux de mortalité y était à peine inférieur à la moyenne des asiles bavarois et était même supérieur à celui d'Eglfing-Haar, où l'on pratiquait pourtant, outre le *Hungerkost*, le meurtre d'enfants et d'adultes.
A l'asile de Lohr, si l'on en croit les déclarations du Directeur Papst lors d'un interrogatoire datant de 1948, le *Hungerkost* n'aurait jamais été introduit, et ce sur ses ordres. Le taux de

[59] Schmidt G. *op. cit*. p.132.

mortalité relativement "minime" de cet asile (1943: 9,3% ; 1944: 14,6% ; 1945: 6,2%) semble indiquer que "l'édit de la faim" y fut en tout cas appliqué de façon moins conséquente.
Dans un rapport sur les asiles daté du 30 juin 1944, adressé par le Dr. Curd Runckel au Professeur Nitzche, directeur médical des mesures d'extermination, ce dernier s'interroge sur cette pratique:*« Ce qui ne cesse pas de me surprendre est d'un côté l'attitude négative de beaucoup de directeurs par rapport à l'euthanasie, d'un autre côté l'approbation évidente de l'affamement des malades mentaux incurables, qui prend dans certains asiles des formes particulièrement cruelles. On refuse d'abréger les souffrances des patients par injection médicamenteuse tout en étant tout à fait d'accord pour que le patient meurt de faim jusqu'au point de non-retour, qu'il aurait pu atteindre de façon plus rapide et moins douloureuse si on lui avait apporté un peu d'aide. »*[60]

VI. La thérapie dans les asiles et les expérimentations sur les malades

VI – A : La thérapie dans les asiles

Malgré les événements terribles qui se produisaient dans les asiles, on tenta malgré tout d'apporter aux patients une thérapeutique. En effet, cette thérapie faisait partie du programme national-socialiste pour les asiles psychiatriques : les patients atteints de maladies héréditaires et qui étaient libérables devaient l'être le plus vite possible après leur stérilisation forcée pour rejoindre les forces travailleuses du pays.
On utilisa à cet effet tous les procédés de la thérapie moderne et si celle-ci échouait, si le patient n'y était pas réceptif ou ne parvenait pas à s'adapter à la structure des asiles telle que définie par les Nazis, il devait être exterminé.
On mit en place les cures de coma hypoglycémique insulinique et les chocs au Cardiazol, dérivé du camphre utilisé à dose convulsivante, dans tous les asiles au sein de services dédiés à partir de 1936. Cette méthode était adoptée par la plupart des psychiatres du monde entier, malgré ses inconvénients au vu des bons résultats obtenus. Avec le début de la Seconde Guerre Mondiale, la distribution d'insuline aux asiles fut limitée pour des raisons financières étant donné la cherté du produit, et les thérapies au Cardiazol furent préférées. Mise au point en 1938 par Ugo Cerletti, neuropsychiatre Italien, une nouvelle technique allait révolutionner la thérapeutique psychiatrique et dès 1942, des appareils d'électrochocs ultramodernes furent livrés aux asiles.

[60] Bernhardt H. Anstaltspsychiatrie und "Euthanasie" in Pommern 1933 bis 1945. Frankfurt; 1994:33.

On s'attachera dans ce qui suit à souligner le rapport entre guérison et extermination à partir de l'exemple d'Anton Edler von Braunmühl, né en 1901, qui dirigeait les activités thérapeutiques à Eglfing-Haar depuis 1927.
Edler von Braunmühl bataillait pour que les patients bénéficient des thérapeutiques et que leur prise en charge soit la plus contributive possible au lieu de s'efforcer de «*priver [les patients] de tout ce qui pourrait leur procurer une quelconque satisfaction par des travaux pénibles au sein de maisons de redressement pour psychotiques dirigées par des médecins-spécialistes*».[61]
A Eglfing, Braunmühl appliqua tous les nouveaux procédés thérapeutiques : le traitement par chocs d'insuline, les thérapies par Cardiazol et l'électroconvulsivothérapie. Pour cette dernière, il fit fabriquer un prototype par l'entreprise Siemens-Reiniger. Rien qu'entre le 3 novembre 1939 et le 1er septembre 1941, Braunmühl traita à Eglfing-Haar 563 patients atteints de schizophrénie par chocs d'insuline et thérapie convulsive. Selon ses propres données statistiques, 41,3% des patients auraient été guéris, 36,2% auraient vu leur état s'améliorer et 18,2% auraient subi une rechute. A Eglfing-Haar, il était courant que tous les patients d'une salle reçoivent un électrochoc les uns après les autres.[62] Au cours de l'année 1942 tout particulièrement, Braunmühl publia une grande quantité d'articles dans nombre de revues psychiatriques allemandes de renom et milita pour que les chocs d'insuline et les thérapies convulsives soient introduits de façon intensive dans les asiles psychiatriques, associés à la prise en charge psychothérapique. Il voyait toutefois deux problèmes principaux qui pourraient empêcher l'introduction des nouvelles méthodes thérapeutiques dans les asiles : d'une part, seul un nombre relativement restreint de psychiatres seraient en mesure de se convertir aux *« procédés de thérapie active avec actes [et traitements] médico-cliniques »*. D'autre part, et toujours selon les mots de Braunmühl :*« L'ère, maintenant révolue, de la psychiatrie purement diagnostique, a marqué de façon également durable la pensée des psychiatres allemands au point qu'elle a influencé leur attitude thérapeutique : une croyance inébranlable en l'absence totale de perspectives offertes par tout travail thérapeutique. J'ai toujours eu peine à concevoir pourquoi on a toujours parlé avec une satisfaction évidente de de la totale imperméabilité des psychoses à la thérapie et qu'on n'ait jamais pu laisser s'exprimer l'espoir que des travaux futurs puissent y apporter quelque changement. »*[63]
A ce sujet, Braunmühl se trouve être en accord avec beaucoup d'éminents psychiatres de l'époque qui réclamaient également un renforcement des compétences thérapeutiques des soignants et une plus grande variété d'activités thérapeutiques. A ceci près que ses collègues, comme le professeur Max de Crinis, Carl Schneider et Paul Nitsche, se trouvaient dans le même temps à tenir des rôles de premier plan dans les actions d'extermination des malades mentaux. Braunmühl, lui, n'y prit jamais une part active, et on peut difficilement contester qu'un des motifs de son engagement thérapeutique ait été une volonté de "sauver" le plus de

[61] Von Braunmühl A. "Custos, quid de nocte ?"Wächter wieviel ist es in der Nacht ? Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift. 1929;31:530.
[62] Richarz B. *op. cit*. p.101-107.
[63] Von Braunmühl A. Einige grundsätzliche Bemerkungen zur Shok und Krampfbehandlung. Allgemeine Zeitchrift für Psychiatrie. 1941;118:74.

patients possible des mesures d'extermination en tentant de les guérir. Cela dit, il est tout aussi incontestable qu'à Eglfing-Haar, le programme psychiatrique déshumanisant du National-Socialisme fut appliqué de façon particulièrement extrême par le tandem Braunmühl-Pfannmüller. Alors même que l'on déportait plus de 1800 patients vers des centres d'extermination pour les y assassiner, Braunmühl appliquait à ses patients les méthodes de thérapie les plus modernes.

VI – B : Expérimentations médicales en neuro-psychiatrie

Nous allons évoquer brièvement les expérimentations ayant eu trait aux recherches en neuro-psychiatrie à travers trois exemples particulièrement frappants:

- Le Dr Ritter et les Tziganes:

Dr Robert Ritter, neurologue, pédopsychiatre et docteur en sciences humaines, travaillait sur les tziganes en les décrivant comme un peuple de criminels et vagabonds. Il dirigeait en 1936 le centre de recherche en hygiène raciale et en biologie démographique de Berlin. En 1941, nommé directeur de l'Institut de biologie criminelle de la police de sécurité, il se fonde sur ses travaux pour justifier la stérilisation et la déportation de plus de 21 000 tziganes à Auschwitz-Birkenau. Après la guerre, il enseigne la biologie criminelle à l'université de Tübingen et sera nommé médecin municipal de Francfort en 1947. Il travaille alors au "centre pour la jeunesse" et au "centre d'assistance aux malades dépressifs et psychiatriques".

- Le Professeur Schaltenbrand et la sclérose en plaque:

Le Professeur Schaltenbrand étudiait, quand à lui, la sclérose en plaque. Il dirigeait en 1935 un service de neurologie à la clinique médicale et psychiatrique de Würzburg. Il entrait même en 1939 au conseil de la Société de neurologie et de psychiatrie allemande. Il souhaitait vérifier l'hypothèse d'une transmission virale de la sclérose en plaque. Dans un premier temps, il injecte dans les ventricules cérébraux de singes du liquide céphalo-rachidien de malades en poussée. Il observe ensuite une paralysie des membres inférieurs chez les animaux. Il souhaite confirmer ces expériences sur l'homme et utilise alors des malades déficients mentaux. Il observe chez eux une multiplication des cellules du liquide céphalo-rachidien, qui confirme selon lui la transmission de la maladie. Ses travaux s'interrompent en 1943 suite au transfert de ses patients dans le cadre de T4. Il est mis en accusation en 1947 dans le cadre du procès de Nuremberg, mais n'est pas reconnu coupable au motif que les expériences n'ont pas provoqué de maladies supplémentaires chez les malades. Après guerre, il fut président d'honneur de la Société Allemande de neurologie.

- Le Dr Hensel et la tuberculose :

A l'asile de Kaufbeuren-Irsee, le Dr. Hensel a mené des expériences létales sur au moins dix enfants du Tyrol du Sud par inoculation de la tuberculose, dans le projet d'un vaccin préventif.

Il existe des indices montrant que des expériences sur des sujets humains furent également menées dans d'autres asiles, et que certains patients des asiles en question ont été "mis à disposition" des chercheurs.
Le 24 novembre 1942, le ministère de l'intérieur bavarois adressa le courrier suivant au médecin-chef de Günzburg, le Dr. Leinisch :*« Monsieur le Médecin-chef,*
Dans votre courrier du 13/11/1944, vous m'avez demandé qu'il vous soit adressé des malades épileptiques afin de pouvoir poursuivre vos travaux expérimentaux. J'ai eu l'occasion d'aborder le sujet avec deux membres du conseil supérieur de la Médecine, les docteurs Falthauser et Pfannmüller et ceux-ci sont tout à fait disposés à vous confier ceux de leurs patients qui seraient indiqués pour vos travaux […]. Je vous encourage à vous mettre en relation avec le Docteur Falthauser. »[64]
Dans le rapport annuel de 1938, Albert Sighart, directeur de l'entreprise IG-Farben remarque avec fierté que : *« Les asiles disposent du matériau suffisant pour mener des recherches, et on accorde une attention particulière au traitement des questions scientifiques ; c'est ainsi qu'un certain nombre de malades ont été mis à la disposition du laboratoire de biologie d'IG-Farben pour des recherches sur le métabolisme. »* L'entreprise menait des expériences à l'asile de Günzburg depuis 1936 sur des préparations visant à soigner l'épilepsie.

Les recherches ayant eu lieu à la fois sur les malades mentaux des asiles et sur les détenus des camps de concentration sont publiées dans de grandes revues médicales et scientifiques, allemandes et internationales, même après la guerre. Les corps et organes prélevés iront garnir les amphithéâtres et les laboratoires d'anatomie des facultés de médecine allemandes, jusqu'à récemment.

VII. L'après-guerre

VII – A : Les psychiatres lors du Procès de Nuremberg

Le procès des médecins nazis s'ouvre à Nuremberg le 5 novembre 1946 devant un tribunal militaire américain. Vingt médecins et trois administratifs sont jugés pour leur rôle dans les crimes de guerre et les crimes contre l'humanité ; ce qui inclut le meurtre des malades mentaux et des handicapés.
Sur le banc des accusés : quatre chirurgiens, trois dermatologues, quatre bactériologues, un interniste, deux généralistes, un généticien, un radiologue et quatre chercheurs. Une seule

[64] Doc. 1696 du procès des médecins à Nuremberg.

femme, généraliste dans le camp de concentration de Ravensbrück. Le plus jeune a 35 ans, le plus âgé 62. Seuls quatre n'ont pas adhéré au parti nazi ; dix sont membres des SS.
On y retrouve Karl Brandt, congédié par Hitler en 1945 suite à la mise à l'abri de sa famille après l'annonce de l'arrivée imminente des anglais.
Aucun psychiatre parmi les accusés mais dans le comité des experts, chargé d'assister le ministère public, on en compte deux :
Le premier se nomme Léo Alexandre, Professeur de neuropsychiatrie à la Duke University of Medecine depuis 1941. Issu d'une famille juive d'Europe de l'Est, il a fait ses études et a commencé à travailler en Allemagne puis a émigré en 1933 aux Etats-Unis.
Le second est Werner Leibbrandt, psychiatre allemand et Professeur d'histoire de la médecine à Erlangen, écarté de son poste car sa femme était juive.
Andrew Ivy, le dernier expert, est un physiologiste venu de L'Illinois où il a orchestré de nombreuses expériences sur les êtres humains.
Après 140 jours de procès, avec le témoignage de 85 personnes et la soumission de 1500 documents, le verdict tombe. Le jugement est rendu les 20 et 21 août 1947 : sept accusés sont acquittés faute de preuves suffisantes, seize sont jugés coupables. Ainsi, cinq médecins sont condamnés à la réclusion à perpétuité, quatre à de longues peines d'emprisonnement sans possibilité d'appel. Sept sont condamnés à mort dont Karl Brandt.
Les accusés se justifient de leurs actes à la fois par la soumission à l'autorité légale, mais aussi en assimilant leurs expérimentations à celles menées dans d'autres pays, ne suscitant pas tant d'émoi.
Ce procès a permis une prise de conscience internationale de la communauté médicale sur la nécessité de légiférer dans le domaine des expérimentations et aboutira au Code de Nuremberg qui encadre la recherche médicale. Il a également désacralisé la profession médicale et a permis l'étude des rapports entre la médecine et les pouvoirs politiques.

VII – B : L'après-guerre en Bavière

Immédiatement après l'invasion de l'Allemagne par les Américains, on arrêta Hermann Pfannmüller le 2 mai 1945, Valentin Falthauser le 10 juin, Wilhelm Einsle (Erlangen) le 12 juin et Paul Reiß (Ratisbonne) le 18 juillet. Même si des informations judiciaires furent ouvertes à Erlangen, Ansbach, Eglfing, Kaufbeuren, Kutzenberg, Klingenmünster et Ratisbonne, seuls Pfannmüller et Falthauser furent condamnés, respectivement à quatre ans et demi et trois ans de prison. Par ailleurs, trois membres du personnel soignant de Kaufbeuren furent condamnés à des peines allant jusqu'à 21 mois de prison. Les autres affaires furent classées.
Walter Schultze, du ministère bavarois de l'intérieur, fut condamné à trois ans de prison pour complicité de meurtre. Le procureur général et la défense firent appel et il fallut attendre 1960 pour qu'un nouveau jugement soit prononcé, qui condamnait Schultze à quatre ans de prison, condamnation qui fut à nouveau modifiée après un second appel.[65]
L'asile de Kutzenberg fut fermé en 1946 et transformé en sanatorium. Les asiles de Günzburg, Bayreuth et Werneck furent rouverts, respectivement en 1945, 1947 et 1952.

[65] Klee E. *op. cit.* p.86.

VII – C : Perception des événements jusqu'à aujourd'hui

Dans l'immédiat après-guerre, on fit majoritairement comme si l'horreur invraisemblable du National-Socialisme ne s'était jamais produite. Un déni collectif s'instaura dans le domaine de la psychiatrie comme dans beaucoup d'autres domaines de la société allemande.
Les recherches commandées par le ministère bavarois de la justice début 1946 et les résultats détaillés des actions d'exterminations menées dans les asiles publics furent cachés à l'opinion publique. Les quelques procédures et les peines minimales qui s'en suivirent contribuèrent à minorer la gravité des événements.
Un exemple frappant est celui de Werner Heyde, l'un des directeurs médicaux du programme T4. Un mandat d'arrêt fut émis contre lui à la fin de la guerre et il fut emprisonné, mais s'échappa en 1947. Pourtant, de 1950 à 1959, il exerçait une deuxième carrière sous le nom de Fritz Sawade comme médecin expert d'un tribunal. Beaucoup de professionnels médicaux et judiciaires connaissaient sa véritable identité, sans qu'il ne fut jamais exposé. Finalement, suite à une querelle privée, sa véritable identité fut révélée le 11 Novembre 1959. Le 13 février 1964, cinq jours avant l'ouverture de son procès, il fut retrouvé pendu dans sa cellule.

Les responsables de la psychiatrie d'après-guerre refusèrent de se confronter à ce passé immédiat, à deux exceptions près.
Gerhardt Schmidt, nommé directeur provisoire d'Eglfing-Haar en 1945, travaillait de façon intensive sur les événements survenus dans l'asile. Dès le 20 Novembre 1945, il donna une conférence à la radio sur les crimes commis contre les malades mentaux. Il rédigea un livre[66] sur le sujet qu'il ne put publier en vingt ans, malgré de nombreuses tentatives. Son questionnement, considéré parfois comme trop critique, fut dommageable pour sa carrière. Il fut en effet relevé de ses fonctions de directeur dès 1946, et le poste fut repris par Anton von Braumühl. Il reçut cependant la médaille Griesinger Wilhem de la DGPPN en 1986, pour l'œuvre de sa vie.
Werner Leibbrand, nommé directeur de l'asile d'Erlangen en 1945, s'efforça également de mettre le passé en lumière. En tant qu'expert sur les questions éthiques, il prit position au procès de Nuremberg et publia un livre en 1946, dans lequel il s'intéressait au passé le plus récent de la psychiatrie asilaire. Il terminait son introduction de la façon suivante :
« *Ainsi, nous tenons pour impossible de faire un vrai travail sur l'avenir et d'avertir la jeune génération en se tenant à l'écart de l'Histoire. Ce n'est que pris dans ce sens productif que les quelques essais qui suivent peuvent espérer fonctionner. Ils ont pour but d'appeler à la raison, non de rester dans un confort silencieux, ils ont pour but de montrer, dans certains paragraphes, jusqu'où avait été l'humanité, ils ont pour but d'éveiller la nostalgie de cette dignité des hommes qui s'est laissée ensevelir par les ruines fumantes de sa propre inhumanité ; ils ne visent pas à procurer une « satisfaction désintéressée », mais plutôt à tenir*

[66] Schmidt G. *op. cit.*

lieu d'aiguille, de "pieu dans la chair" et que de cette souffrance puisse naître quelque chose de nouveau et de meilleur. »[67]

Comme pour l'ouvrage de Schmidt, d'autres tentatives de faire la lumière sur les fautes commises par les médecins à l'époque nazie ont été entravées. Lorsque, en 1947, Alexander Mitscherlich, psychanalyste allemand et Mielke Fred sortent leur livre *Das Diktat der Menschenverachtung* (Le Dictat du mépris pour la vie humaine)[68], de nombreux médecins ont protesté de crainte que la réputation de leur profession soit ternie. Lorsque le second livre de ce duo *Wissenschaft ohne Menschlichkeit* (Science sans humanité)[69] a été publié en 1949, il a été ignoré.

Et que dire de la législation officielle ? Le gouvernement fédéral allemand a adopté la loi fédérale sur l'indemnisation des victimes des persécutions nazies (*zur Entschädigung für Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung)* en 1956, qui prévoit l'indemnisation des victimes des persécutions nazies avec effet rétroactif .Elle concerne toutes les personnes qui ont subi des persécutions sous le régime nazi en raison de leur race, leur religion ou leurs opinions politiques. Cependant, la loi ne s'applique pas à celles qui avaient été stérilisées de force ou aux familles des victimes de l'"euthanasie", au motif qu'elles n'auraient pas été persécutées en raison des critères sus-cités! Une nouvelle humiliation pour les victimes. D'autant plus que certains experts des comités de restitution, qui étudiaient les demandes d'indemnisation, étaient les mêmes psychiatres qui avaient stérilisé et assassiné leurs patients sous le IIIème Reich. Par exemple, un dossiers du 13 Avril 1961 est rejeté par le Dr Werner Villinger, sur lequel nous reviendrons, au motif que les paiements pourraient causer aux victimes de stérilisation forcée un risque de développer des " *maux névrotiques et des souffrances qui pourraient endommager non seulement leur bien-être actuel et [...] leur capacité à profiter de la vie, mais aussi leur capacité à accomplir* ".[70]
La loi de stérilisation n'a été suspendue qu'en 1974. En 1998, Le Bundestag a adopté une loi abrogeant les décisions des tribunaux de santé héréditaire et ce n'est qu'en 2007 que le Bundestag a abrogé la loi de prévention sur la transmission des maladies héréditaires.

Et qu'en est-il de la reconnaissance des crimes des psychiatres par la profession et son association ?
A la fin des années 1960 et 1970, trois auteurs, Hans-Jörg Weitbrecht, Walter Ritter von Baeyer et Helmut Ehrhardt[71] ont écrit sur le sujet, mais il n'était alors pas question de charger

---

[67] Leibbrand W. Um die Menschenrechte der Geisteskranken. Nürnberg; 1946:6.
[68] Mitscherlich A, Mielke F. Das Diktat der Menschenverachtung. Heidelberg: Lambert Schneider; 1947.
[69] Mitscherlich. A, Mielke. F. Wissenschaft ohne Menschlichkeit. Heidelberg: Lambert Schneider; 1949.
[70] Rapport de la 34^{éme} session du comité de restitution, 13 avril 1961, p.16.
[71] Ehrhardt H. Euthanasie und Vernichtung lebensunwerten Lebens. Stuttgart: F Enke; 1965.
Von Baeyer W. Die Bestätigung der NS-ideologie in der Medizin unter besonderer Berücksichtigung der Euthanasie. Berlin: Gruyter; 1966.
Weitbrecht H-J. Psychiatrie in der Zeit des Nationalsozialismus. Bonn : P. Hanstein; 1968.

la psychiatrie allemande dans son ensemble, mais plutôt de blâmer quelques psychiatres. Il est vrai que la DGPPN n'a jamais approuvé officiellement les programmes d'euthanasie mais elle n'avait alors jamais, non plus, condamné les pratiques.
La recherche autour de la psychiatrie allemande sous le National-Socialisme n'a véritablement commencé qu'au début des années 1980. Les principales contributions sont celles de Klaus Dörner, un psychiatre qui a commencé ses travaux en 1969 et a produit une série de publications dans les années 1980 ; mais aussi celles des psychiatres Asmus Finzen et Joachim-Ernst Meyer. Parmi les historiens s'étant intéressés au sujet, on peut citer Gerhard Baader, Dirk Blasius et Hans-Walter Schmuhl. Il convient également de nommer Ernst Klee qui a publié son livre renommé sur le sujet en 1983.
Lors d'un congrès de la DGPPN à Cologne en 1992, l'Assemblée générale a adopté une résolution dans laquelle l'association renforce «*ses sentiments de dégoût et de tristesse sur l'holocauste des malades mentaux, des Juifs et des autres victimes de la persécution*». À l'époque, il n'y avait aucune mention de la culpabilité personnelle et institutionnelle des psychiatres et de leur organisation représentative.
En 2009, les statuts de la DGPPN ont été modifiés. Le premier paragraphe atteste : « *La DGPPN reconnaît qu'elle a une responsabilité particulière de protéger la dignité et les droits des personnes souffrant de maladie mentale. Cette responsabilité est le résultat de la participation de ses prédécesseurs dans les crimes du national-socialisme, dans la stérilisation et le meurtre de centaines de milliers de patients* ». Cette même année, le Comité exécutif DGPPN créé une commission internationale indépendante pour faire la lumière sur les actions de ses prédécesseurs sous le IIIème Reich. Le rapport final est alors attendu pour fin 2010.
Il donne lieu le 23 Novembre 2010 à l'allocution de Franck Schneider, président de la DGPPN, portant sur le souvenir et la responsabilité de la psychiatrie allemande sous le National-Socialisme. Ce dernier commence son discours en soulignant la responsabilité des psychiatres dans les stérilisations de force, le meurtre des malades mentaux et l'utilisation des patients comme cobayes pour des recherches les laissant traumatisés ou même morts. Il s'interroge : Pourquoi a-t-il fallu 70 ans à la DGPPN pour faire face à ces faits et s'attaquer ouvertement à ce chapitre sombre de leur histoire ?
Il exprime alors la honte qu'il ressent vis-à-vis des psychiatres et de la psychiatrie dans son ensemble pour avoir caché ces événements trop longtemps et nié une partie cruciale de leur passé. Mais aussi pour le fait que la DGPPN n'ait pas défendu les victimes dans l'après-guerre et ait même été en partie responsable de la discrimination dont elles ont été victimes après 1945.
Il affirme vouloir mettre fin à ce silence par plusieurs mesures concrètes. Tout d'abord il institue une commission scientifique indépendante, qui supervise un projet de recherche abordant la période d'après-guerre, sur le même principe que celle qui a abordé le IIIème Reich. Il propose également la construction d'un mémorial national central pour les victimes.
Par ailleurs, il annonce avoir révoqué les honneurs qu'ont reçu de l'association Werner Villinger, Friedrich Mauz et Friedrich Panse, ayant participé aux commissions de T4 en évaluant les formulaires, et qui ont tous trois occupé le poste de président de l'association dans l'après-guerre et de membres honoraires ensuite. De surcroît, il appelle les législateurs à modifier la loi fédérale sur l'indemnisation des victimes pour qu'elles soient reconnues

comme ayant été victimes de persécutions raciales. Schneider présente ses excuses, sincères mais "honteusement tardives", à toutes les victimes et à leurs familles qui ont souffert dans les mains des psychiatres. Il reconnaît que bon nombre de victimes et leurs familles ne sont plus parmi nous aujourd'hui et pour eux, les excuses arrivent trop tard. Mais il n'est pas trop tard pour les descendants des victimes, les personnes souffrant de troubles mentaux, les psychiatres aujourd'hui et la DGPPN. Il ne peut annuler la douleur, l'injustice et la mort, mais il peut en tirer des leçons dans le domaine de la psychiatrie, de la médecine dans son ensemble, de la politique et de la société. Il souhaite commémorer les victimes en se réunissant pour défendre l'humanité, la psychiatrie axée sur le patient et en luttant contre la stigmatisation et la marginalisation des malades mentaux.
En dernier lieu, il insiste sur la nécessité de ne pas porter de jugement de valeur sur les patients et reformule les missions du psychiatre, soit traiter et soutenir le patient. Il souligne l'inviolabilité de la dignité humaine sans qu'aucune loi ou objectif de recherche ne permette d'en faire abstraction.

Une exposition itinérante intitulée : "Référencés, Persécutés, Anéantis" : les malades et les handicapés sous le National Socialisme, sous les auspices du DGPPN s'est tenue en janvier 2014 au Paul-Löbe-Haus du Parlement Allemand à Berlin. Ce jour sera désormais celui du souvenir des victimes du National-Socialisme. Cette exposition, destinée à un large public, revient sur les stérilisations de force et les assassinats de patients entre 1933 et 1945. Elle pointe les médecins, infirmiers et fonctionnaires qui ont exclu, persécuté et exterminé les malades selon leurs capacités de "travail" au sein de l'hôpital. L'exposition questionne la valeur de la vie et les conditions intellectuelles et institutionnelles de ces meurtres. De nombreuses biographies de patients et d'acteurs impliqués illustrent les informations apportées. Cette exposition est destinée à parcourir l'Allemagne et l'Europe.

Mais l'eugénisme fait-il pour autant entièrement partie du passé ?

Enjeux actuels : entre éthique, politique, médecine et société

Nous entamerons cette dernière partie avec une citation de Francis Crick (1916-2004), médecin biologiste britannique, ayant reçu en 1962 le prix Nobel pour ses travaux sur la structure de l'ADN: *«Aucun enfant nouveau-né ne devrait être reconnu humain avant d'avoir passé un certain nombre de tests portant sur sa dotation génétique… S'il ne réussit pas ces tests, il perd son droit à la vie. »*[72]

I. Peut-on encore parler d'eugénisme actuellement ?

Malgré la large condamnation des atrocités commises sous le IIIème Reich, les idées et politiques eugénistes ont survécu dans de nombreux pays dans l'après-guerre, comme l'illustrent ces quelques exemples :

- Après la seconde guerre mondiale, le Japon, sous occupation américaine, adopte le 28 juin 1948 une législation qui autorise la stérilisation de personnes handicapées physiques ou mentales, même contrainte, soumise à l'approbation d'un comité. Cette loi a été abrogée en 1996.

-La Suède continue les stérilisations forcées jusqu'en 1975, particulièrement concernant les femmes de la communauté des gens du voyage. Des indemnités ne furent accordées aux victimes qu'en 1999.

-De nombreux Etats ont mis en place un eugénisme ethnique, comme les minorités montagnardes au Vietnam ou les autochtones ruraux au Pérou.

-A Singapour, en 1983, les dirigeants regrettant le faible taux de natalité dans la population diplômée, ont opté pour des mesures favorisant la natalité sur des bases socio-économiques (priorité pour l'inscription dans les écoles, réduction de taxes, programme pour favoriser les rencontres entre les diplômés…). Ce programme, ne portant pas ses fruits, fut abandonné deux ans plus tard.

-D'autres mesures, comme l'appariement de couples en fonction de risques génétiques, sont acceptées, voire sollicitées par les personnes qui sont concernées, comme par exemple la prohibition des mariages en Israël pour les juifs Ashkénazes, communauté à risque de maladie de Tay-Sachs.

En France, de nos jours, il ne saurait plus être question d'eugénisme, terme tabou depuis la révélation des crimes nazis. Mais l'eugénisme a-t-il pour autant disparu dans notre société ? Certains considèrent que son champ de recherche a été remplacé par celui de la génétique, domaine bien accepté dans notre société et même valorisé car pourvoyeur de progrès pour l'espèce humaine.

[72] Thuillier P. La recherche. 1984 mai ;155:744.

L'eugénisme est même interdit par la loi française, d'après l'article 16-4 alinéa 2 du code civil : « *toute pratique eugénique tendant à l'organisation de la sélection des personnes est interdite* ». Le code pénal, également, par son article 214-1, punit la mise en œuvre d'une pratique eugénique tendant à l'organisation de la sélection des personnes d'une peine de 30 ans de réclusion criminelle et 7500000 euros d'amende. Cet article a été introduit par la loi n°2004-800 du 6 août 2004.

Bien que la condamnation de l'eugénisme soit catégorique, la complexité de certaines pratiques et la multiplication des intérêts en jeu pourraient rendre difficile la détermination du caractère eugénique, ou non, de certaines pratiques, sur lesquelles nous reviendrons d'ici peu. Bien sûr et heureusement, il ne s'agit plus de discriminer sur des critères de race, d'aspect ou de nationalité, mais une nouvelle ségrégation pourrait apparaître selon des critères de "pureté" de notre génome. La combinaison des angoisses individuelles (la peur de mettre au monde un enfant anormal, les craintes légitimes devant les difficultés à l'élever…), du contexte sanitaire sécuritaire (éviter la maladie à tout prix, garantir un risque zéro) et des pressions sociétales (autour d'une "bonne procréation") tendent vers un eugénisme consensuel. Les valeurs proclamées par notre société, de normalité, de compétitivité et de performance soutiennent également une certaine idéologie eugénique. La réapparition des arguments concernant les bases génétiques de la criminalité, de l'alcoolisme ou des pathologies psychiatriques devrait nous mettre en garde contre l'épanouissement actuel de l'idée de la gestion rationnelle de la société par des experts scientifiques, proche de la biocratie de Toulouse.

Avec les promesses rassurantes de la génétique, les citoyens fascinés par le progrès, les politiques se voulant modernes, les médecins recherchant la performance, la procréation humaine pourrait subir une évolution vers la "normalisation" des individus, avec un état physique et mental protégé le plus possible des pathologies ou handicaps. Les énormes progrès récents en biologie et en génétique permettraient un eugénisme perfectionné avec, à long terme, la conception d'une gigantesque entreprise de purification du capital génétique de l'humanité. De nos jours déjà, certaines pratiques appartenant au domaine de la génétique, semblent constituer une forme larvée d'eugénisme, qui n'avoue pas son nom et qui propose, avec d'excellents alibis facilement acceptés par la population, des techniques d'amélioration de la population. On pense ici au dépistage et à la prévention de certaines maladies génétiques par des techniques issues de la procréation médicalement assistée (PMA) avec sélection d'embryons, mais aussi aux interruptions médicales de grossesse (IMG) pour les fœtus porteurs d'anomalies. Certains auteurs, tel François Roussel, philosophe interpellé sur la question en 2009, considèrent qu'on est passé de « *politiques d'hier, hygiénistes raciales, autoritaires et meurtrières à une forme individuelle, libérale et démocratique, en fonction de normes procréatrices acceptées, voire expressément demandées*[73]».

[73] Roussel F. Le fantasme de l'eugénisme. In: Iacub M, Jouannet P, dir. Collectif juger la vie. Les choix médicaux en matière de procréation. Paris: La découverte « cahiers libres »; 2001.Version amendée de 2009:1.

Pour rebondir sur la citation de Crick, un nouveau-né, qui voit le jour aujourd'hui, a passé avec succès l'épreuve de l'échographie et des dosages hormonaux maternels, même parfois des tests génétiques.

Evidemment, se posent des questions éthiques. Jusqu'où aller dans la purification des gènes ? Est-il possible de concilier notre culture égalitaire et humaniste avec des pratiques sélectives prénatales ? Y a-t-il une légitimité à vouloir gommer toute différence génétique, toute "imperfection" ? Et qu'en est-il pour la population spécifique des personnes handicapées mentales ? Dans quelle mesure notre société leur permet-elle un accès à la sexualité reliée à une éventuelle parentalité ? Quelle place a, dans cette population, la contraception, définitive ou non ?

Dans un premier temps, nous explorerons certaines pratiques actuelles de PMA, particulièrement le diagnostic pré-implantatoire (DPI) et l'insémination artificielle, deux techniques pouvant poser question par des dérives eugénistes. Puis, nous nous pencherons sur la place du handicap dans notre société et les mesures mises en place pour le prévenir, parfois avant même la naissance.

Dans un second temps, nous ferons un point sur le contrôle des naissances chez les personnes handicapées mentales, population particulièrement victime des mesures eugénistes. Nous reviendrons tout d'abord sur les pratiques de contraception puis de stérilisation

II. Eugénisme, procréation médicalement assistée et handicaps

II – A : Eugénisme et Diagnostic Anténatal

La procréation médicalement assistée consiste en un ensemble de pratiques cliniques et biologiques se rapportant à la procréation. Les principales applications sont, en France, l'insémination artificielle, la fécondation in vitro (FIV), l'injection intra cytoplasmique de spermatozoïdes, le transfert d'embryons congelés, la vitrification des ovocytes et le DPI.

La PMA a permis une lutte contre la stérilité et aidé de nombreux couples à concevoir. On considère actuellement que 15% des couples consultent pour infertilité et que 3% des naissances sont issues de la PMA dans les pays industrialisés. Cependant, ce domaine s'oriente de plus en plus vers la recherche d'anomalies génétiques, et certaines personnalités, comme le docteur Jean Testard, biologiste à l'origine du 1er bébé éprouvette, évoque des dérives eugénistes. Il dénonce la naissance d'un « *eugénisme nouveau, mou, consensuel et savant*[74]» mais aussi « *démocratique*[75]» et sans souffrance car voulu par les familles pour garantir une certaine qualité de l'enfant à naître.

[74] Testard J. Faire des enfants demain. Paris: Le Seuil; 2014:84.
[75] Testard J. *op. cit*. p.91.

Deux techniques issues de la PMA sont particulièrement au cœur des critiques : le DPI et l'insémination artificielle.

Le DPI permet le tri des embryons obtenus par FIV avant leur implantation dans l'utérus de la mère. Il est autorisé depuis 1994 en France. La PMA, dans cette application, ne se limite pas à l'aide apportée aux couples infertiles, mais se donne une mission de diagnostic génétique comme le stipule l'article L152-2 alinéa 2 du Code de Santé publique : « *éviter la transmission à l'enfant d'une maladie d'une particulière gravité* ». Le médecin est laissé seul juge des maladies entrant dans ces critères. Des couples atteints ou porteurs d'une maladie génétique (mucoviscidose, hémophilie, myopathie…), font appel au DPI pour sélectionner les embryons considérés comme sains, sans anomalie génétique conduisant à une atteinte grave et incurable, qui seront implantés. La sélection est ici ultra précoce, indolore, en laboratoire, contrairement au processus plus tardif d'IMG.
D'un point de vue éthique, cette technique a posé question et a nécessité un cadre strict via les lois de bioéthique car elle possède un potentiel majeur de sélection des individus via le tri des embryons. En effet, ces derniers sont sélectionnés selon des facteurs de susceptibilité à diverses pathologies et classés sur des échelles de probabilité, du moins bon au meilleur.
Tout d'abord rigoureusement limitée à une pathologie, le DPI dérive rapidement vers la recherche de susceptibilité à une maladie, comme le cancer. Le gène de susceptibilité est alors interprété comme le gène de la maladie. La probabilité de pathologie permet d'éliminer l'embryon sans la certitude que l'enfant soit atteint. Le risque est alors de rechercher tout gène, mis en rapport plus ou moins étroit avec une "maladie particulièrement grave", même si cette maladie intéresse d'autres gènes et de multiples facteurs environnementaux.
Aux Etats-Unis, le DPI est proposé systématiquement dans les centres de FIV, non pas pour une maladie bien précise comme en France, mais pour plusieurs pathologies et des caractères identitaires, y compris le choix du sexe. La notion de "gravité" de la maladie est également très variable, puisque les britanniques acceptent le DPI pour rechercher la transmission du strabisme, ou que l'Australie autorise le DPI pour réduire le risque d'autisme par sélection du sexe (les garçons étant plus atteints statistiquement). Certes, en France, nous n'en sommes pas encore là. Mais on voit bien, en étudiant les diverses lois de bioéthique, que ces dernières deviennent de plus en plus permissives (exemple : la recherche sur l'embryon, interdite en 1994, autorisée sur dérogation pour progrès thérapeutiques en 2004, et enfin autorisée pour progrès médicaux en 2011). Il paraît difficile d'imaginer que ce qui est autorisé dans de multiples pays démocratiques reste interdit en France sur la durée. On peut déjà s'interroger sur l'élimination d'embryons porteurs de pathologies curables, comme l'immunisation rhésus, ou porteurs de maladies entraînant des soins pouvant être lourds mais pas forcément létale comme les syndromes de Marfan, de Klinefelter ou encore l'hémophilie. L'élargissement du DPI paraît irrémédiable. Pourquoi ne pas rechercher également des maladies graves, mêmes absentes du génome des parents, puisque des mutations *de novo* peuvent apparaître chez l'embryon, comme la dystrophie musculaire de Duchenne ? Pourquoi ne pas rechercher des gènes impliqués dans des facteurs de risques de pathologies multigéniques comme l'obésité, le diabète, l'hypertension artérielle ? Si les coûts et obstacles techniques sont surmontables, une certaine logique concernera tous les embryons issus de FIV de tous les couples, tous terrains confondus, pour évaluer toutes les corrélations connues entre génome et caractères

non souhaités, pathologiques ou pas. C'est ce que propose, sous le nom de screening génétique, les centres d'AMP de plusieurs pays. Bien évidemment, la question n'est pas le sort des embryons éliminés car non conformes mais plutôt celui des personnes handicapées génétiquement, de leur famille et de leurs enfants, qui seraient de plus en plus stigmatisés dans ce contexte sociétal.

Parallèlement au DPI, certains se questionnent sur les critères de choix d'un donneur par les médecins exerçant en Centres d'Etudes et de Conservation des Oeufs et du Sperme Humains (CECOS) au cours des inséminations artificielles. Ces derniers vont valider un donneur pour un couple selon des données ayant pour objectif une certaine qualité de l'enfant à naître. Au-delà de certains critères (groupe sanguin, ressemblance physique…), le choix se fera également selon les antécédents familiaux du donneur, par exemple en excluant des donneurs avec des antécédents cardio-vasculaires si la femme du couple infertile est issue d'une famille avec les mêmes affections. Ces précautions ne sont pas prises chez un couple lambda, qui le plus souvent, heureusement, ne se renseigne pas sur le passé médical de la lignée du partenaire. Sachant qu'actuellement de plus en plus de couples ont des difficultés à concevoir et consultent en PMA, cette pratique d' "appariement de couples reproducteurs" reprend sous une forme savante et pacifiée le projet de Francis Galton de favoriser des accouplements judicieux ! Les critères médicaux à prendre en compte sont de plus en plus nombreux, accompagnant les progrès de la génétique, et la population est également de plus en plus exigeante. Les instances de conseils (Comité Consultatif National d'Ethique CCNE) et de contrôle (loi de bioéthique, Agence de la Biomédecine) ne se sont pas encore exprimées sur cette pratique des biologistes à choisir le père ou la mère biologique d'un enfant, lors d'une insémination artificielle, selon des critères toujours plus précis, pouvant contribuer à une certaine "normalisation" des individus.
Parallèlement, dans la quête de purification du génome, ne risque-t-on pas de supprimer les effets positifs de certains gènes, qualifiés de mauvais, alors qu'on sait l'effet protecteur que peut avoir un gène pathologique chez un porteur d'une affection récessive ? En effet, le sujet se trouve ainsi avantagé par un gène qu'on aurait tendance à éradiquer, comme dans l'α-thalassémie qui protège son porteur du paludisme.

II – B : Place du handicap dans notre société et mesures de "prévention"

Conjointement aux progrès de la PMA, les techniques de diagnostic anténatal connaissent un élan certain ces dernières années. Mais souvent, malheureusement, sans pouvoir proposer de traitement préventif ou de soins corrélés au diagnostic de maladie génétique. En effet, le développement des techniques de dépistage ne s'accompagne pas d'un essor aussi remarquable de la thérapeutique. L'annonce anticipée d'un diagnostic plonge alors les familles dans une souffrance morale intense comme l'illustre le dépistage de la chorée de Huntington. Dans le cas de l'annonce d'une anomalie fœtale potentiellement pourvoyeuse d'handicaps, l'IMG pourra être demandée par les parents. Si ces derniers choisissent de poursuivre la grossesse, la seule prise en charge proposée sera alors un soutien psychologique et la mise en place d'éventuelles aides matérielles pour les parents et l'enfant. Le handicap est à diagnostiquer durant ces phases de PMA, ou lors des dépistages proposés, soit de façon

systématique, soit selon un terrain lors de la grossesse. Mais, le plus souvent on aboutit à une suppression de l'embryon ou un arrêt de la grossesse. Ceci interroge sur la place du handicap dans notre société.

D'un côté, celle-ci prône l'intégration des handicapés, notamment par la loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, votée le 11 février 2005 ou par la ratification par la France de la convention de l'Organisation des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées, en décembre 2006. Elle semble ainsi chercher à insérer au mieux les handicapés dans la scolarité, dans l'emploi, dans l'accessibilité aux locaux... D'un autre côté, notre société semble aussi tenter d'éradiquer le handicap, en pré-conceptionnel comme en post-conceptionnel, afin d'éviter la venue au monde d'individus handicapés.

Ces pratiques de recherche du handicap, à visée d'élimination, comportent plusieurs risques. Tout d'abord, une stigmatisation majeure des handicapés, ces pratiques rendant l' "anormal" ou le handicap intolérable, le désir de la normalité à tout prix entraînant alors le rejet des moins bien portants. A cela s'ajoute un défaut majeur d'accompagnement des personnes handicapées dans notre société, notamment dans un contexte de restriction budgétaire de la santé. D'un point de vue économique également, il peut paraître plus intéressant de financer le dépistage de personnes à risque, et possiblement les éliminer, que de payer des frais de santé pour toute une vie. Un autre risque est bien sûr celui du clonage social, avec une société où tous les enfants se ressemblent, porteurs d'un génome normalisé après sélection visant à éliminer les anomalies. On pourrait alors constater une perte de diversité majeure. Les travaux d'Anne-Laure Simonnot[76], psychiatre, concernant les mesures mises en place afin de préparer la venue d'enfants biologiquement conformes illustrent ses craintes autour de l'eugénisme actuel.

Les recherches intensives autour des facteurs de risque et de la notion de prédisposition génétique devraient également interroger le psychiatre. Surtout en ces temps où l'approche neurobiologique connaît un essor important dans le domaine de la Psychiatrie. Si, dans un avenir proche, des travaux mettaient en évidence une prédisposition génétique pour les maladies psychiatriques, comme c'est le cas pour des maladies somatiques, qu'adviendrait-il ? Si l'on pouvait déterminer, de façon plus ou moins fiable, qu'un embryon ou un fœtus est porteur d'une anomalie qui majore son risque de développer l'autisme, la schizophrénie, les addictions ou la bipolarité… Quel parent choisirait de poursuivre la grossesse ou quel biologiste de conserver l'embryon ?

Par analogie avec les troubles psychiatriques, on peut tenter d'illustrer notre propos par le cas de la trisomie 21, dont les porteurs se font aujourd'hui de plus en plus rares. En effet, qui voudrait d'un enfant trisomique aujourd'hui ? Malgré une campagne intitulée «trisomique et

[76] Simonnot A-L. Un enjeu éthique du XXème siècle: la question de l'eugénisme. Annales Médico-Psychologiques. 2001;159:23-6.

alors ?» depuis 2012, qui milite pour un choix éclairé des parents confrontés au diagnostic anténatal de trisomie, l'immense majorité des couples choisissent d'interrompre la grossesse.

II – B . 1 : Le dépistage de la trisomie 21 :

La trisomie 21 tient une place particulière dans la médecine prénatale puisqu'il s'agit du seul handicap ou maladie sévère qui ouvre à une proposition systématique de dépistage anténatal et qui, en dépit d'une sensibilité imparfaite, conduit à un nombre important d'IMG. Le médecin qui suit la grossesse doit nécessairement proposer à la mère ou au couple de recourir à des dosages sanguins hormonaux lors de la 16ème semaine de grossesse, dosages qui vont permettre, combinés à d'autres critères, de calculer un risque d'être trisomique pour l'enfant à naître. La sensibilité du test est de 80 à 90%, avec 5% de faux négatif. 85% des femmes ou couples acceptent ce dépistage systématique. Si le risque calculé est important, il sera proposé une amniocentèse avec analyse du caryotype fœtal pour confirmer le diagnostic.
Le choix final de conserver ou pas la grossesse revient aux parents. Ils doivent, en théorie, dans un temps limité, après le choc de l'annonce, prendre une décision éclairée de façon autonome. L'IMG doit leur être expliquée mais, en aucun cas, ils ne doivent y être incités. On peut s'interroger sur le caractère éclairé de la décision laissée au couple. Les médecins qui les entourent, piliers indispensables dans ces moments de détresse sont-ils vraiment neutres ? Et la société, que leur renvoi-elle face à ce choix ? Quel regard porte t'elle sur des parents ayant choisi de donner naissance à un enfant trisomique ? Pour ces couples confrontés à une décision terrible, la conduite perçue comme normale est celle qui consiste à accepter l'amniocentèse en cas de doute et l'IMG quand le diagnostic est posé. En effet, il existe une pression liée à la perception négative collective de la trisomie et plus généralement du handicap. Des parents qui choisiraient de poursuivre la grossesse malgré la confirmation du diagnostic, pourraient entendre leur décision qualifiée d'"égoïste", pour avoir laissé venir au monde un enfant exposé à tant de souffrance. Car la vie ne doit elle pas "valoir la peine d'être vécue" ? Si le contexte sociétal était différent, si les parents savaient que leur enfant serait bien accueilli par la société, cela pourrait certainement modifier leur décision quant à l'issue de la grossesse.
On peut s'étonner du peu de recherche consacré à la trisomie 21 actuellement. Comme si la volonté de, peut-être, guérir cette affection avait été supplantée par celle de l'éradiquer ?
La question majeure est ici l'acceptation de la différence et la stigmatisation du handicap. Comme si, quelque part, dans notre société, le handicap et la maladie ne faisaient pas partie de la normalité humaine.
Concernant la Trisomie 21, la société organise une politique sanitaire qui aboutit à la réduction progressive d'un groupe humain génétiquement déterminé. Mais, on ne peut évidemment pas parler de génocide eugénique au sens totalitaire, comme le confirme l'avis rendu par le CCNE en 1993[77], puisque le dépistage n'est pas imposé à la population, et qu'il reste libre et facultatif. Un autre garde-fou à des dérives eugénistes consiste en l'absence de liste de maladies, rendant acceptable le diagnostic anténatal. En effet, une telle liste risquerait

[77] Avis CCNE du 22 juin 1993. Rapport n°37. Avis sur le dépistage du risque de trisomie 21 fœtale à l'aide de tests sanguins chez les femmes enceintes.

de devenir normative à terme et discriminante pour les personnes atteintes de ces affections. L'analyse au cas par cas, pratiquée actuellement, paraît rassurante car non standardisée. C'est au couple et non à l'Etat de décider de prolonger ou non la grossesse, d'accueillir ou non l'enfant trisomique. Cette démarche correspond à l'«eugénisme libéral» de Habermas[78], où la décision d'éliminer les individus génétiquement discriminés par la société appartient au citoyen plutôt qu'à l'Etat.
Actuellement, il existe un questionnement autour de l'utilisation de tests génétiques fœtal de trisomie 21 sur le sang maternel chez les femmes "à risque", avec séquençage du génome fœtal. Mais la pratique pourrait s'étendre à un séquençage entier et non pas d'une région particulière du génome. On détecterait alors des anomalies chromosomiques, pas forcément gravissimes (Klinefelter, Turner), ou même de simples variants fréquents associés à une augmentation de risque de maladie plurifactorielle. De tels tests existent déjà, disponibles sur internet, à faire précocement durant la grossesse, sans information ni accompagnement médical des résultats. Que feront les parents anxieux face à ces annonces ?

II – B . 2 : La confiance totale dans le génome :

Dans notre société, la population semble avoir une confiance absolue dans le génome. Un exemple frappant est celui des femmes porteuses d'une mutation sur les gènes BRCA1 et BRCA2, associée à une prédisposition au cancer du sein et de l'ovaire. Certaines de ces femmes choisissent de subir une mastectomie et ovariectomie de façon préventive, sachant que la pénétrance et l'expressivité de la mutation sont grandement variables.
Conjointement, il existe une illusion de possibilité, par les techniques actuelles génétiques et biologiques, d'éradication de tous les handicaps et maladies génétiques. Les médecins n'ont alors pas droit à l'erreur. La population n'a que peu conscience des limites de ces pratiques, et recherche "le risque zéro". Le succès des entreprises sur internet, qui proposent aux individus de se renseigner sur des pathologies de son génome mais aussi sur d'autres prédispositions génétiques, à la violence ou à l'homosexualité par exemple, montre l'enthousiasme pour le décryptage de nos gènes et la croyance dans l'ADN. La personne a alors l'illusion de se connaître elle-même en réduisant son identité à une molécule. Cependant, elle se découvre également en malade potentiel, qui ignorait jusqu'à maintenant la gravité de son état !
Au-delà de la connaissance de soi, il y a, avec les nouvelles applications du DPI, la possibilité de choisir son enfant. Et qui voudrait d'un enfant sourd ? Ou d'un enfant petit, myope et asthmatique ? Il est plus facile d'accepter une certaine norme sociale que d'aller vers une différence. Surtout pour les parents, se sentant souvent abandonnés par la société face à leurs difficultés avec leur enfant handicapé ou leur jeune adulte. Pourtant, le risque de déception serait bien présent puisque un faible risque pour une pathologie ne garantit aucunement la certitude que l'enfant en soit indemne.

[78] Habermas J. L'avenir de la nature humaine. Vers un eugénisme libéral ? Paris: Gallimard; 2002.

II – B . 3 : Le droit "de naître normal" :

Parallèlement, il apparait un droit à "naître normal", sans tare ni maladie et surtout pas handicapé. L'affaire Nicolas Perruche a marqué un tournant sur cette question. Les nombreux rebondissements, la forte médiatisation et l'impact sociétal illustrent bien les difficultés liées à cette question du "droit à ne pas naître handicapé" ou du "droit à ne pas naître" tout court.

En 1982, suite à un défaut de transmission de résultats de sérologies, une femme enceinte ayant contracté la rubéole décide de poursuivre sa grossesse. Son fils, Nicolas, naît le 14 janvier 1983, atteint d'un retard mental, d'une surdité bilatérale, d'une rétinopathie et d'une cardiopathie, dont l'origine liée à la rubéole n'a jamais été contestée. En juillet 1989, le couple intente une action en responsabilité à l'encontre du médecin, du laboratoire et de leurs assureurs, en leur propre nom et au nom de Nicolas. Au bout de dix années de procédure, l'enfant sera indemnisé du préjudice moral et des charges matérielles liées à son handicap.

La controverse fut majeure face à cette affaire. Quel est le droit de l'enfant de demander la réparation d'un handicap dont l'origine remonte à sa vie in utero et qui, pour être évité, suppose le recours à une interruption de grossesse ? Face à ce choix, vivre ou ne pas vivre avec un handicap majeur, peut-on admettre que le droit à la mort est préférable à la vie handicapée ? Il semble qu'un enfant ne saurait revendiquer le droit de naître en bonne santé, ce que personne ne peut lui garantir. Il ne peut, non plus, invoquer comme source de dommage le fait que la grossesse n'ait pas été interrompue, cette procédure étant laissée au libre choix des parents.

Simultanément, l'arrêt Perruche a provoqué les craintes des obstétriciens et échographistes, dont les primes d'assurances ont considérablement augmenté, autour du défaut de diagnostic au cours des échographies obstétricales. Devant les craintes des professionnels de santé et le risque de multiplications d'actions en justice contre eux, le législateur a souhaité mettre un terme à la jurisprudence Perruche, en limitant l'indemnisation au seul préjudice moral des parents, à l'exclusion du préjudice matériel, dans la loi du 4 mars 2002[79], dite «loi antijurisprudence Perruche». Celle-ci dispose que « *nul ne peut se prévaloir d'un préjudice du seul fait de sa naissance* ». Cette loi permet de distinguer deux situations. Dans le cas où la personne est née avec un handicap dû à une faute médicale, elle peut obtenir réparation du préjudice lorsque l'acte en cause a provoqué directement le handicap, l'a aggravé ou n'a pas permis de prendre les mesures susceptibles de l'atténuer. L'indemnisation des parents et de l'enfant est alors possible. Dans le cas où le handicap est lié à une pathologie pour laquelle un diagnostic in utéro n'aurait rien changé en matière de soins ou de prévention, comme c'est le cas pour la rubéole congénitale, la faute médicale est ici uniquement liée à un défaut d'information et prive les parents de la possibilité d'opter pour une interruption de grossesse. Seul peut alors être évoqué un préjudice des parents, le dommage moral de n'avoir pu exercer

[79] Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JORF du 5 mars 2002, p.4118.

le choix d'un recours à l'IMG. L'enfant ne peut invoquer de droit à la réparation, car la faute du médecin ou de l'établissement est sans effet sur son handicap.

Pour le CCNE, le risque de dérive eugénique est bien présent : *« La reconnaissance d'un droit "à ne pas naître handicapé", de par les recours judicaires qui s'ensuivraient, conduirait sans doute à ce que s'exerce une forte pression en faveur de l'élimination des fœtus anormaux selon des critères médicaux de gravité. Cette tendance à une définition sociale des critères, médico-scientifiques ou autres, de la "bonne naissance" peut être étymologiquement et historiquement qualifiée d'eugénique »*[80].

Pour le futur, des craintes apparaissent, en filigrane d'un Meilleur des Mondes[81] d'Aldous Huxley, publié en 1931, mettant en scène l'engendrement généralisé au laboratoire d'individus programmés. Les compagnies d'assurance chercheraient à prendre connaissance du génome des candidats, afin d'imposer des surprimes à ceux qui présentent un risque majeur de maladie à venir (diabète, cancer, dépression…) ou directement les exclure du système. En outre, le marché de l'emploi pourrait écarter tous ceux qui, pour une raison ou pour une autre, seraient susceptibles d'avoir des arrêts de travail. Il pourrait également exister une dérive sécuritaire, via l'utilisation judiciaire et policière de données génétiques collectées très précocement. L'homme pourrait alors, comme dans Gattaca [82], être classé en deux catégories : valide ou non valide. Aux "valides", issus de la biologie, créés le plus "sur mesure" possible, étant les plus compétitifs, l'accès aux hautes sphères. Les autres, "non valides", nés "naturellement", seraient peu à peu exclus de la société et viendraient à disparaître.

III. Contrôle des naissances chez les personnes handicapées mentales

Une autre facette d'un eugénisme contemporain pourrait concerner le contrôle des naissances chez les handicapés mentaux. Ces derniers, "imparfaits" par nature selon les principes eugénistes, sont, pour autant, dotés des mêmes capacités de reproduction que les individus considérés comme modèles. Le regard de la société, face à certains faits divers médiatisés (cas de maltraitance ou d'infanticide avec des parents handicapés mentaux) est souvent tranché. L'avis général valide dans le principe l'idée d'une contraception "d'office" ou d'une stérilisation, même forcée, chez les femmes handicapées mentales. Quand est-il du regard des soignants et quelle est alors la place du psychiatre ?
Les deux principaux axes que nous avons choisi de développer dans cette partie concernent la contraception et la stérilisation des personnes handicapées mentales. Dans cette population stigmatisée par la société, fragile, vulnérable, soumise à bien des contraintes, de multiples

[80] Avis CCNE du 29 mai 2001. Rapport n°68. Handicaps congénitaux et préjudice.
[81] Huxley H. Le meilleur des mondes. Paris: Plon; 1932.
[82] Gattaca, Andrew Niccol, 1997.

questions se posent autour d'enjeux de sexualité, de procréation et donc de contraception. Comme pour la population générale, la question de la contraception semble concerner plus particulièrement les jeunes filles et femmes handicapées mentales qui sont susceptibles d'être enceintes et de donner naissance à un enfant qu'elles ne se sentiraient pas capable d'élever ou ne seraient pas en mesure de le faire même en s'en sentant capables. Avant d'entamer la partie ayant trait à la contraception des personnes handicapées mentales, nous allons dire quelques mots sur la sexualité, notion indissociable de la contraception.

- La sexualité des personnes handicapées mentales:

Il semble indispensable de réaffirmer le droit à une sexualité pour tous, y compris pour les personnes handicapées mentales. La sexualité, par sa fonction identitaire, permet à la personne de passer de l'enfance à l'âge adulte ; elle sépare également de la famille en ouvrant vers l'extérieur avec de nouvelles relations. Mais elle possède aussi une fonction imaginaire, étant fantasmée avant d'être consommée. De plus, la reconnaissance des droits des personnes en situation de handicap passe par la question du droit à une vie amoureuse, à une vie sexuelle, mais aussi au droit à la parentalité. Malgré tout, la vie affective et sexuelle des personnes handicapées est souvent ignorée, déniée, voire bafouée.
Jusqu'en 1975, les établissements hospitaliers n'étaient pas mixtes, les malades vivaient dans de grands dortoirs où la promiscuité était de règle et l'homosexualité fréquente, occulte, parfois violente ou subie, mais jamais évoquée. Le discours d'alors faisait référence à une sexualité instinctive, pulsionnelle, peu humanisée et toujours interdite. A la même époque, les établissements médico-éducatifs sont en plein développement, accueillant des enfants puis des adultes handicapés mentaux. Ces établissements interdisent tout autant la sexualité, à titre de mesure prophylactique. Les adultes handicapés sont considérés alors comme incomplets, infantiles, avec une affectivité puérile et une incapacité d'attachement amoureux. A l'inverse, certains sujets sont considérés comme des agresseurs sexuels irresponsables et victimes de leur débordement pulsionnel. La professionnalisation des équipes éducatives et d'accompagnement, l'influence de la psychanalyse et de la psychothérapie institutionnelle, l'émergence et la banalisation des psychotropes, la mise en place du secteur ainsi que l'humanisation de l'abord du handicap et de la maladie mentale ont progressivement changé le regard sur ces sujets.
Ce qui n'empêche pas que la sexualité puisse encore parfois être vécue comme source de désordre, de conflit, de complication dans l'accompagnement et la survenue d'une grossesse inopinée, comme une catastrophe absolue du point de vue des parents ou des professionnels. L'irruption du SIDA a révélé la vulnérabilité de cette population, et a forcé les professionnels à s'intéresser à la réalité de leur sexualité. Ces quinze dernières années, de profondes modifications législatives et règlementaires, reflet et conséquences d'une approche différente du monde du handicap, ont modifié les données sur la sexualité. Il s'agit principalement des lois du 2 janvier 2002 et du 11 février 2005 sur les droits des usagers handicapés. Il en a découlé un droit des personnes en situation de handicap à une vie affective et sexuelle, et l'obligation des établissements d'accueil à en favoriser l'expression. Ceci se généralise aujourd'hui avec plus ou moins de résistance, de la part tant des familles que des professionnels.

Une des conséquences est l'exigence, voire l'obligation dans certains établissements, de contraception des patientes. Le risque, lorsque les professionnels adoptent une attitude paternaliste, est de tomber dans un contrôle abusif de l'activité sexuelle dans cette population déjà soumise à de nombreux interdits, sous le couvert de protéger des êtres immatures et fragiles. Leur sexualité est tout particulièrement marquée par la violence avec de nombreux cas de viols, incestes, attouchements, dans le milieu familial, institutionnel ou lors de fugue. Les intervenants prennent alors le relais éducatif des parents en empruntant le modèle familial pour surveiller et encadrer la sexualité qui adopte ici des configurations infantiles, stagnant ou régressant à l'auto-érotisme. Le patient est dans un rôle d'enfant, dont il est difficile de sortir pour devenir un adulte capable de réussir un projet de vie sexuelle.

On pourrait ainsi dégager deux grands cas de figure : dans le premier, l'handicapé mental fait l'objet d'une surveillance, voire d'un enfermement préventif sans sexualité ou, dans le second, il bénéficie d'une plus grande liberté d'action, mais associée avec un moyen de contraception pour éviter les conséquences prévisibles.

La difficile question de la sexualité des handicapés s'illustre également dans la polémique récente autour des "assistants sexuels", pratique légale en Suisse ou aux Pays-Bas par exemple. La sexualité en général fait également débat, comme on a pu le voir lors de la mise en place des "parloirs sexuels" dans les prisons, ou autour de la place du couple dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Existe-t-il pour autant une sexualité de la personne handicapée mentale ? La personne handicapée présente des spécificités liées à son handicap qui provoque des difficultés particulières. Elle peut, par exemple, avoir du mal à faire le lien entre relation sexuelle et procréation, à situer la relation de couple, le lien amoureux, la place de l'autre, la réciprocité… De plus, beaucoup de sujets déficients vivent à l'âge adulte en institution ; leur vie affective, amoureuse et sexuelle est donc sous le regard des professionnels. L'handicapé va donc devoir faire ses preuves : de la pérennité de sa relation, de la non-domination de l'autre, de sa bonne gestion de la contraception…Il est soumis à une exigence de normalité alors que se multiplient, dans la population dite normale, le nomadisme affectif, les divorces, les familles recomposées…Sa sexualité est objet de nos projections parentales, éducatives, institutionnelles…

Pourtant, les handicapés ont les mêmes désirs que les individus dits normaux, même s'ils le vivent et le disent de façon différente. De plus, il existe une barrière entre un sujet dit normal, porteur d'une sexualité féconde, d'une potentialité créatrice qui lui permet de perpétuer la lignée, et le sujet handicapé, réduit à une sexualité sans procréation, infantile voire perverse, marquant un arrêt dans la filiation. L'un passe du côté des adultes en devenant à son tour parent, l'autre restera enfant.

D'un point de vue juridique, la sexualité des personnes handicapées n'est pas, en tant que telle, réglementée. Il n'existe donc pas de loi la régissant de manière spécifique, ce qui montre la volonté délibérée du législateur de ne pas attribuer aux personnes handicapées mentales un statut propre, ce qui distinguerait leur sexualité de celle des autres personnes. Par contre, le code de santé publique (article L6121-6) de 2001 impose une éducation sexuelle à tous ; nous héritons donc, en tant que professionnels, d'une responsabilité dans ce domaine, qu'il ne doit plus être possible d'éluder.

Il semble également important, pour les professionnels autour de la femme handicapée mentale ou du couple, d'être vigilant à de ne pas proscrire d'emblée l'éventualité d'une grossesse. Ils ne doivent pas se trouver en position de délivrer un "permis à avoir une vie sexuelle" ou un "permis à avoir un enfant". Les professionnels devraient savoir répondre par le possible et non l'interdit, dans un temps donné avec des conditions données. Chacun imagine quantité de choses qu'il n'obtiendra ou ne réalisera jamais. Il est primordial pour la vie psychique de n'être pas limitée dans ses capacités imaginatives. Pour certaines patientes ou certains couples, il faut favoriser l'imagination de l'impossible pour que soit verbalisé, envisagé, pensé, l'inenvisageable, ne serait-ce que pour qu'il soit possible ensuite d'y renoncer. Nous ne reviendrons pas sur les questions soulevées par le désir de maternité chez la femme handicapée mentale ; Il y a évidemment nécessité de suivi et d'assistance tant familiale que sociale pour réaliser dans de bonnes conditions un désir d'enfant.
Nous allons maintenant poursuivre sur la question de la contraception chez les handicapés mentaux.

III – A : La Contraception

Dans toutes les sociétés, des pratiques variées témoignent du souci intemporel d'exercer un effet sur la fécondité ; le souhait de favoriser ou de limiter les conceptions et les naissances n'est donc ni récent ni propre à notre temps. Depuis le début du 20ème siècle, des recherches sur la fertilité, et en particulier sur la régulation hormonale du cycle de fécondité chez la femme, ont conduit à de nombreuses applications contraceptives et aux techniques de stérilisation contraceptives, masculines et féminines. Aujourd'hui, les personnes ayant une activité sexuelle et souhaitant limiter leur fécondité disposent de tout un éventail de moyens techniques. Les préférences en matière de contraception sont très variables selon les pays et selon les régions. En France, les femmes utilisent plutôt une contraception hormonale et le nombre de femmes ayant bénéficié d'une stérilisation est marginal, cette technique faisant dans notre culture l'objet d'une réticence.
Une enquête récente pour TNS Sofres relevait des données sur les pratiques contraceptives féminines en France. Elle portait sur plus de 6000 femmes âgées de 15 à 45 ans. 73% des femmes utilisaient un moyen de contraception. Les résultats montrent une forte domination de l'emploi des pilules contraceptives avec 46% de ces femmes sous contraception orale. 15% étaient porteuses d'un Dispositif Intra Utérin, 7% utilisaient le préservatif, 3% préféraient l'implant, le patch ou l'anneau vaginal. Et enfin 5% avaient bénéficié d'une stérilisation[83].
Nous nous sommes penchés sur la question, plus spécifique, de la contraception chez les personnes handicapées mentales.

[83] Jost S. Contraception des femmes françaises de 15 à 45 ans : enquête nationale sur un échantillon représentatif de 5963 femmes. Gynécologie Obstétrique et Fertilité. 2014;42:451-421.

III – A .1 : L'absence de données sur le sujet

Nous manquons de données récentes concernant la contraception des personnes handicapées mentales, institutionnalisées ou non. Elle est probablement différente de la population générale et pourrait se caractériser notamment par une plus grande fréquence de l'utilisation d'implants contraceptifs. Les données à notre disposition sont anciennes, concernant pour certaines des modes de contraception n'ayant plus court actuellement (injection de medroxyprogestérone par exemple), et les résultats sont très limités en raison de la taille réduite des échantillons interrogés.

III – A . 2 : La demande de contraception

Dans la population particulière des handicapées mentales, lorsque vient la période de l'adolescence, se pose la question de la prescription éventuelle d'un moyen contraceptif au moment de la puberté, lors de l'accès à la sexualité et la procréation. On retrouve alors, presque systématiquement, la crainte des familles face à leur enfant pubère, parfois actif sexuellement, mais pouvant être dépourvu de capacités pour prendre des décisions pertinentes dans ces domaines. Le retard des acquisitions, les dysharmonies constatées chez ces jeunes déroutent les parents qui, parfois, ne parviennent pas à voir en leur enfant, adolescent ou jeune adulte, un sujet avec des désirs sexuels. En persistant à voir en la personne déficiente un éternel enfant, ils lui refusent l'accès à la sexualité et occultent la question fondamentale de la parentalité, peut-être par crainte autour de l'enfant à naître, pouvant leur paraître une autre charge dont ils vont devoir s'occuper, d'autant qu'il peut être lui aussi atteint de handicap. Cette inquiétude est souvent partagée par les professionnels, craignant carences affectives, éducatives et intellectuelles lorsqu'ils seront élevés par leurs parents malgré l'assistance des familles ou des services sociaux. Ce qui conduit au fait que la demande autour du contrôle des naissances chez les patientes handicapées mentales émane alors presque toujours d'un tiers. Souvent un parent, un représentant légal ou un soignant ; mais rarement de la personne concernée.
Les médecins psychiatres peuvent donc recevoir, de la part des familles ou des institutions, des demandes autour de la contraception de ces jeunes filles.

III – A . 3 : L'avis du Comité Consultatif National d'Ethique

Les professionnels, confrontés à cette problématique, ont sollicité en 1996 l'avis du Comité Consultatif National D'Ethique[84].
Ce dernier préconise :

- Une réflexion au cas par cas selon le terrain, les antécédents médicaux de la patiente, son histoire, son comportement et l'environnement de la personne.
- Une formulation claire de la demande : de qui vient-elle ? pourquoi ?

[84] Avis du CCNE du 3 avril 1993. Rapport n°49. Avis sur la contraception chez les personnes handicapées mentales.

- Une nécessité du consentement de la patiente avec compréhension du geste qu'elle fait (comme prendre son comprimé de pilule) ou du geste qu'on lui a fait (la pose d'un implant).
- Plusieurs options en terme de choix d'une méthode de contraception: soit une contraception oestro-progestative classique, qui concerne plutôt une femme bénéficiant de bonnes relations avec son entourage familial ou institutionnel, disposant d'une personne qui veille à la bonne prise quotidienne du contraceptif, comme de tout autre médicament. Face à des difficultés organisationnelles, il est alors conseillé la pose d'un implant ou d'un dispositif intra-utérin.
- Une nécessité de suivi médical gynécologique régulier. A ce sujet, le CCNE dénonce une inégalité de ces patientes par rapport à la population générale car elles nécessitent plus de temps et d'attention que la patiente lambda.

III – A . 4 : Les recommandations actuelles

La contraception doit être adaptée à l'état de la personne et à ses besoins, en fonction de son évolution. Son choix dépend des contraintes médicales, mais aussi des particularités de l'histoire, du comportement et de l'environnement de chaque personne handicapée mentale.
En pratique, il y a nécessité d'orienter les patients qui en font la demande vers des consultations spécialisées en gynécologie ou vers des structures comme le Planning familial, ces consultations pouvant être répétées. La patiente y recevra une information sur les différentes méthodes disponibles, pourra trouver des réponses à ses éventuelles questions et le gynécologue décidera, en concertation avec elle, du choix de la méthode contraceptive.
Dans la population de femmes jeunes handicapées mentales institutionnalisées en Centre Hospitalier Spécialisé, on peut constater une généralisation de la pose d'implants contraceptifs. Cette méthode possède l'avantage de la durée de protection et de l'absence de contrainte de prise. Mais les jeunes patientes porteuses d'un implant n'ont pas toujours une pleine conscience de l'objectif de ce petit bâtonnet sous leur peau. Et parfois, si la conscience leur en vient subitement, il peut arriver qu'elles se l'extraient elles-mêmes !

III – B : La stérilisation

La stérilisation est une opération des organes sexuels sains dans le but d'interférer sur leur fonction. La technique a été introduite autour de 1880 avec le développement de la gynécologie chirurgicale, surtout dans les pays germaniques et anglo-saxons, principalement en complément d'une césarienne. En 1897, le gynécologue allemand Kehler propose la stérilisation comme opération autonome, sans lien avec une césarienne, chez les femmes qui, atteintes de maladie, pourraient présenter de graves complications en cas de grossesse. Au début du 20ème siècle, les indications sont principalement le prolapsus et la tuberculose, en particulier chez les femmes socialement défavorisées. L'indication contraceptive fut longtemps interdite, pour raisons religieuses ou natalistes. En France, il aura fallu attendre 2001 pour que ces opérations soient légales et dotées d'un cadre juridique strict, même si elles ont été pratiquées auparavant dans des conditions plus floues.

III – B . 1 : La stérilisation dans la population générale

III - B . 1 . a : A l'échelle mondiale :

Une enquête de 2009 montre un taux global mondial d'individus ayant opté pour une stérilisation, de 18.9% pour les femmes et 2.4% pour les hommes, ce qui en fait la 1ère méthode contraceptive au monde avec de fortes disparités en fonction des régions et des pays[85]. En Europe, elle concerne 3.1% des femmes et 2.5% des hommes. En Asie, 23.4% des femmes et 2.2% des hommes et en Amérique du nord, 22.3% des femmes et 13.7% des hommes.

Comme nous l'avons vu plus haut, peu de femmes françaises optent pour cette méthode de contraception, dite définitive, soit par réticence personnelle, soit par frilosité des praticiens. A l'opposé, la technique bénéficie d'un regard complètement différent en Amérique du Nord. En effet, aux USA et au Canada, un quart des femmes en couple et en âge de procréer sont stérilisées. Les avantages avancés sont alors : l'absence de contrainte pour l'utilisateur, son faible coût une fois la stérilisation effectuée et l'absence de suivi régulier au décours. La pilule ne joue un rôle que dans l'espacement des naissances jusqu'à ce que le nombre d'enfant souhaité soit atteint.

III - B . 1 . b : Les modalités en France

-Un sujet longtemps difficile

La France a mis du temps à légiférer sur la stérilisation pour convenance personnelle. Probablement par rapport à la grande charge émotionnelle et idéologique liée aux politiques eugénistes sous l'Allemagne nazie, mais aussi avec des "scandales" très médiatisés de stérilisation forcée en Suisse, Suède ou même en France. En outre, par rapport au poids des stérilisations dites "à l'insu" dont on a naguère beaucoup abusé, notamment sur les femmes à l'occasion d'une deuxième ou troisième césarienne. Des affaires de stérilisation forcée sont révélées régulièrement. La dernière date des années 2000 et concerne cinq femmes handicapées mentales qui auraient été stérilisées à leur insu dans l'Yonne. Salariées d'un Centre d'Aide par le Travail, elles auraient subi entre 1995 et 1998 une "opération de l'appendicite" qui aurait été en réalité une ligature des trompes, dans un but contraceptif, sans que ces femmes aient donné leur consentement pour une telle chirurgie. La procédure débouche sur un non-lieu en 2006, confirmé en appel en 2007. Après rejet de leur pourvoi en cassation en 2008, les plaignantes se tournent vers la justice européenne. La Cour européenne des droits de l'homme a finalement déclaré en 2012 leur requête irrecevable en raison d'un délai de recours non respecté.

-D'un point de vue légal, avant la loi de 2001

Le Code civil (article 16-3 introduit dans le code civil par la loi 94-653 du 29 juillet 1994) interdisait la pratique de la stérilisation : « *il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique pour la personne. Le consentement de*

[85] http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2011/wallchart_front.pdf

l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir ».
Le code pénal, également, comprend l'Article 22-9 qui sanctionne le délit de « *violence entraînant une mutilation ou une infirmité permanente* ».
Dans le code de déontologie de 1945, l'article 41 énonce : « *aucune intervention mutilante ne peut être pratiquée sans motif médical très sérieux, et sauf urgence ou impossibilité, sans information de l'intéressé et sans son consentement* ».
Avec une interprétation stricte des textes de loi, la pratique de stérilisation est illégale avant 2001, car sans degré d'urgence et sans nécessité thérapeutique à proprement parler. Ceci exclut toute demande de stérilisation motivée par la seule volonté de la personne de supprimer sa fécondité et confirme le respect du principe de l'inviolabilité du corps humain. Pourtant, dans la réalité, la situation était paradoxale : des personnes souhaitant avoir accès à une stérilisation contraceptive rencontrent des difficultés car l'état de droit leur interdit cette possibilité, et d'autres personnes vulnérables sans demande de stérilisation se la voient proposée dans des conditions discutables.
Le CCNE avait été saisi en 1996 autour de la question de la place de la stérilisation dans les méthodes contraceptives. L'avis rendu[86] préconisait de réaffirmer sans ambiguïté le principe du consentement, de reconsidérer les critères employés pour justifier une intervention et d'insister sur le caractère définitif de l'acte. Il souhaitait également la mise en place de procédures rigoureuses encadrant l'acte et le règlement des conflits.

-La loi 2001-558 du 4 juillet 2001 (article 2123-2 du code de la santé publique)
Après débat sur l'existence ou non d'un droit à supprimer sa propre capacité procréatrice ou la capacité procréatrice d'autrui, sur les situations et les conditions de tels actes, la législation est finalement modifiée. La loi du 4 juillet 2001, relative à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse est la première loi française qui tente d'encadrer la stérilisation volontaire à visée contraceptive en France. Elle concerne des individus majeurs et capables de donner un consentement. Il n'est pas notifié de condition d'âge, de nombre d'enfant ou de statut marital pour y accéder. Le cadre légal met en place différentes étapes : tout d'abord, une consultation initiale d'information. Durant celle-ci, le médecin doit s'assurer que la volonté de la personne est « libre, motivée et délibérée ». Il doit également notifier l'âge de la personne, le nombre d'enfant, l'âge du dernier enfant, le nombre d'IVG et l'utilisation antérieure d'autres méthodes contraceptives. Il peut proposer un accompagnement pour aider la personne à prendre sa décision. Un délai de réflexion de 4 mois est obligatoire. La personne confirmera sa volonté par écrit lors d'un rendez-vous qui précèdera l'acte.

En pratique, la stérilisation définitive repose, chez l'homme, sur la vasectomie, soit l'occlusion des canaux déférents. Chez la femme, on a longtemps utilisé la ligature chirurgicale des trompes, mais celle-ci a été supplantée récemment par la technique non-chirurgicale dite ESSURE®.

[86] Avis du CCNE du 3 avril 1996. Rapport n°50. Rapport sur la stérilisation envisagée comme mode de contraception définitive.

Globalement, les techniques de stérilisation sont très efficaces. Cependant, chez la femme, elles doivent impérativement être présentées comme permanentes et irréversibles. En effet, même si une chirurgie peut être réalisée pour tenter de re-perméabiliser les trompes, les résultats sont très aléatoires et la trompe est souvent trop abimée pour permettre une grossesse. La patiente souhaitant malgré tout être enceinte devra recourir à une FIV.
Concernant les demandes de re-perméabilisation, plusieurs situations où les femmes ont manifesté des regrets ont été mises en évidence : après le décès d'un enfant, après un changement de partenaire ou surtout, quand la stérilisation a été pratiquée sur une femme jeune, même si celle-ci avait déjà plusieurs enfants. C'est pourquoi les recommandations de l'HAS de 2005 conseillent de n'envisager cette méthode, chez les femmes jeunes ou nullipares, qu'avec la plus grande réserve et la plus grande précaution. Dans la réalité, les patientes jeunes ou nullipares se voient souvent refuser cette intervention par les gynécologues, ne souhaitant pas endosser cette responsabilité.

III - B . 2 : La stérilisation des personnes handicapées mentales :

III - B . 2 . a : La position du CCNE

Avant la loi de 2001, cette question avait fait l'objet d'un avis du CCNE, le n° 49, rendu en 1996. Il recommande que le statut d'incapable de l'intéressé fasse l'objet d'une évaluation rigoureuse et multidisciplinaire. Il faut s'assurer que l'état de la personne ne soit pas susceptible d'évoluer. Le CCNE pose comme condition la présence d'une déficience sévère et d'un risque génétique éventuel. L'intéressé doit être fertile, âgé de plus de 20 ans et actif sexuellement. Une autre condition est l'acquisition de suffisamment d'informations pour considérer comme hautement vraisemblable le fait que la personne handicapée mentale risque d'être incapable d'assumer valablement un rôle et une fonction maternelle ou paternelle. Parallèlement, le CCNE affirme le principe du consentement de la personne. Il préconise de n'envisager la stérilisation uniquement que lorsque le recours à toute autre forme de contraception est impraticable. Mais aussi, de faire explorer la demande de l'intéressée par d'autres consultants que les habituels, faire expliciter les raisons et les justifications avancées. Il conseille de privilégier une prise de décision collective avec une commission de médecins (gynécologues, psychiatres, généticiens, pédiatres), mais aussi juristes, assistants sociaux indépendants de la famille et des représentants légaux. La chirurgie en elle-même doit avoir lieu dans des centres agréés uniquement, et la personne doit être suivie en post-chirurgie.
Les réactions dans le milieu psychiatrique et du droit furent nombreuses et vives[87]. Outre le fait que le CCNE suggère des pratiques illicites, l'avis est perçu par certains comme l'entrebâillement d'une porte par laquelle s'engouffreront tous les besoins médicaux et

[87] Mementeau G. La contraception chez les personnes handicapées mentales. Médecine et droit. 1998;29:15-18.
Manseur M. La stérilisation des handicapés mentaux. La lettre de la psychiatrie française. 1997;64:15-17.

collectifs. Plusieurs points sont questionnés : la valeur du consentement de la personne handicapée mentale, la nature du recours à la justice, le fonctionnement de la commission …

III – B . 2 . b : La position du législateur

Concernant les personnes handicapées mentales, les dispositions de la loi sont le fruit d'une réflexion au sein des plus hautes instances pour prévenir les actes abusifs à l'égard de celles-ci. Elle s'appuie sur le rapport 49 du CCNE, sur l'enquête de l'inspection générale des affaires sociales de 1998 à propos *Des problèmes posés par les pratiques de stérilisation des personnes handicapées* et le rapport de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale/Institut National d'Etudes Démographiques sur *Les enjeux de la stérilisation* de 2000.

La loi stipule que pour les personnes dont l'altération des facultés mentales constitue un handicap, des conditions très précises doivent être réunies pour mettre en œuvre une stérilisation :*« Elle ne peut être pratiquée sur une personne majeure dont l'altération des facultés mentales constitue un handicap et a justifié son placement sous tutelle ou sous curatelle que lorsqu'il existe une contre-indication médicale absolue aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en œuvre efficacement. L'intervention est subordonnée à une décision du juge des tutelles saisi par la personne concernée, les pères et mères ou le représentant légal de la personne concernée. Le juge se prononce après avoir entendu la personne concernée. Si elle est apte à exprimer sa volonté, son consentement doit être systématiquement recherché et pris en compte après que lui ait été donnée une information adaptée à son degré de compréhension. Il ne peut être passé outre à son refus ou à la révocation de son consentement. Le juge entend les père et mère de la personne concernée ou son représentant légal ainsi que toute personne dont l'audition lui paraît utile. »*

Le législateur admet donc que l'intervention stérilisante puisse être pratiquée sur une personne handicapée mentale sous deux conditions : qu'elle bénéficie d'un régime de protection et qu'il y ait un motif médical.

En cas de situation complexe, le juge peut demander un avis consultatif à un comité d'experts : *« Il recueille l'avis d'un comité d'experts composé de personnes qualifiées sur le plan médical et de représentants d'associations de personnes handicapées. Ce comité apprécie la justification médicale de l'intervention, ses risques ainsi que ses conséquences normalement prévisibles sur les plans physiques et psychologiques* ».

La constitution et le fonctionnement du comité d'expert sus-cités sont énoncés dans le décret n°2002-779 du 3 mars 2002. Il est pluridisciplinaire, constitué de deux gynécologues obstétriciens travaillant dans des centres spécialement agréés, un psychiatre et deux représentants des associations de famille, l'UNAFAM (Union nationale de familles ou d'amis de personnes malades ou handicapées psychiques) ou l'URAPEI (Union régionale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis).

La législation allemande relative à la stérilisation des personnes handicapées mentales est, finalement, assez similaire à sa voisine française. Elle est même entrée en vigueur le 1er janvier 1992, soit 9 ans avant la nôtre. Dite "*Betreuungsrecht*", soit loi sur la tutelle, elle est

intégrée au chapitre 1905 du *Bürgerliches Gesetzbuch* (code civil). Elle spécifie, pour un sujet sous tutelle, les conditions nécessaires à une stérilisation, sur demande du tuteur :
-La stérilisation ne contrevient pas aux volontés de la personne sous tutelle ; celle-ci se trouve durablement dans l'impossibilité de donner son consentement.
-En l'absence de stérilisation, le risque de grossesse serait présent ; la stérilisation serait le seul moyen acceptable/envisageable pour éviter une grossesse.
-La grossesse en question représenterait un danger pour la vie du patient, ou menacerait de façon sérieuse son intégrité physique ou mentale. La notion de menace pour l'intégrité mentale de la personne sous tutelle comprend également la notion de souffrance faisant suite à une mesure de placement de l'enfant.
Il est également spécifié, curieusement, de privilégier une méthode de stérilisation permettant la meilleure re-perméabilisation possible. Pourtant, aucune méthode n'est facilement ou assurément réversible.

III - B . 2 . c : Réflexions autour de la législation

-La subjectivité liée au critère du "handicap mental"
L'adoption d'une loi implique une détermination précise de la population concernée. Or, la notion de handicap mental est imprécise, extensive et sans outil d'évaluation fiable et reproductible. Le diagnostic du handicap mental, même conforté par la psychométrie, n'est jamais certain et ne permet pas d'exclure une amélioration ultérieure dans l'état du sujet. De plus, l'influence des paramètres socio-culturels, variables dans le temps et l'espace, est majeure. La gravité dépendant alors des réponses sociales, familiales, éducatives et médicales apportées. Le handicap est ici polymorphe, couvrant une grande variété de déficiences allant d'une débilité mentale légère à une arriération profonde.

-La nécessité d'un régime de protection
Toutes les personnes handicapées mentales ne bénéficient pas d'un régime de protection, et heureusement ! Mais pour une personne handicapée mentale non protégée juridiquement, seul le droit commun s'applique et ces personnes ne bénéficient d'aucune protection particulière face à une demande de stérilisation.

-La valeur du consentement
Si la stérilisation volontaire à visée contraceptive ne pose plus de difficultés sur le plan éthique dans le sens où le principe fondamental du consentement libre et éclairé d'une personne constitue la garantie face à l'atteinte à l'intégrité physique, il en est tout à fait autrement lorsque celle-ci concerne une personne handicapée mentale ne disposant pas pleinement de son discernement. Quelle est la validité du consentement libre et éclairé dans ce contexte ? En effet, obtenir un consentement est une chose ; juger de sa validité en est une autre. Celle-ci dépend de la capacité de la personne à comprendre la nature et les conséquences de l'acte de stérilisation. Il faut qu'elle ait une idée du lien entre acte sexuel, grossesse et maternité, qu'elle sache différencier un état de fertilité et de stérilité, et qu'elle puisse se représenter la charge d'un enfant réel. Et pourtant, ce domaine de l'activité humaine est particulièrement propice aux processus de méconnaissance. Il est donc très difficile de

s’assurer de la compréhension effective par l’individu des propositions qui lui sont faites par son entourage, qui est, de plus, en mesure d’exercer une relation d’emprise. On peut imaginer les difficultés pour une personne handicapée mentale à s’affranchir de sa famille et de l’institution pour prendre une telle décision. Alors qu’elle est présumée incompétente pour prendre une décision thérapeutique ; il faudrait cibler les "périodes de lucidité" lors desquelles le sujet peut s’exprimer, ce qui semble bien difficile. On s’inquiète que le consentement du malade mental ne soit qu’une fiction et que toute stérilisation soit fatalement plus ou moins forcée.
La question de l’enfant à naître transparaît aussi dans ce débat. Notre société est-elle prête à le prendre en charge ? Si, lui aussi, est handicapé ? Les carences des structures médico-sociales d’accueil des personnes handicapées mentales ne peuvent également être passées sous silence.

III - B . 2 . d : Place du psychiatre face à cette problématique

Le psychiatre se trouve confronté aux problèmes de la limitation ou de la suspension de la fonction reproductrice chez des malades qui lui sont confiés dans des circonstances plus complexes que dans les autres branches de la médecine, souvent face à une situation urgente et de détresse. On ne peut nier la dimension de mutilation de l’acte de stérilisation, l’atteinte intrinsèque très profonde à l’intégrité corporelle et fonctionnelle de l’individu. Dans ce contexte, il est impossible de minimiser les conseils du psychiatre vis-à-vis du patient et de sa famille.
Le psychiatre doit s’affranchir de la pression sociétale, réprouvant la parentalité des personnes handicapées mentales, à moins de tendre vers une certaine forme d’eugénisme. Toute la difficulté réside à reconnaître les désirs et demandes de vie affective, sexuelle et de procréation des personnes handicapées mentales, à être prêt à respecter leur refus en matière de contraception, à prendre en compte leur intérêt prépondérant en les considérant chacune d’elles comme un être à part entière, dans un contexte sociétal négatif à l’égard du mariage, de la procréation et de la sexualité des handicapés. Le respect de leur dignité se joue aussi dans l’affirmation de leur autonomie, et la reconnaissance de leur responsabilité, comme sujets et acteurs de leur vie et de leur destin.
Il paraît également majeur que les personnes handicapées mentales puissent être associées aux décisions qui les concernent en matière de contraception, de relations sexuelles, de parentalité et, qu’elles puissent donner leur consentement, libre de toute pression parentale, institutionnelle ou médicale. Ces personnes doivent se voir proposer des espaces de parole et d’information sexuelle au sein des institutions et des lieux de consultation dédiés. Elles doivent être informées de façon claire, précise et adaptée, en veillant à la bonne compréhension des informations, en prenant si nécessaire le temps de réaliser plusieurs entretiens et de leur offrir un délai de réflexion. Il y a nécessité d’accompagner les filles comme les garçons dans ce travail ; en ne faisant pas peser uniquement la responsabilité de la contraception sur la femme.

Dans le futur, il y a nécessité d’être attentif aux pratiques de contrôle des naissances chez nos patients, au risque de les voir victimes d’une forme d’eugénisme, qui viserait de "supposés" patients psychiatriques, ou lié au simple fait d’avoir eu des parents ayant bénéficié d’une prise en charge psychiatrique.

Conclusion :

L'eugénisme, fondé sur la crainte d'une dégénérescence raciale, sous couvert de science, a mené à penser la stigmatisation et l'exclusion de certains membres de la société, notamment les malades mentaux. Ses arguments théoriques ont légitimé un discours médical radical et dangereux, ayant conduit des psychiatres à soutenir des conceptions profondément discriminatoires et, dans certains pays, à appuyer des pratiques portant gravement atteinte aux droits de l'homme.

Sous le IIIème Reich, le discours médical psychiatrique a dévié, passant du seul soin des malades à leur extermination. Certains psychiatres se sont alors octroyé le droit, ou plutôt une sorte de devoir, vis-à-vis de la race aryenne et de leur nation en difficulté, de supprimer les malades mentaux. Plusieurs centaines de milliers de malades perdirent ainsi la vie, soit au sein d'organisations parfaitement structurées, soit par carence de soins ou de nourriture dans les asiles.

Jusqu'à récemment, la communauté scientifique et l'opinion publique s'accommodaient fort bien d'une interprétation réductrice des phénomènes nazis. Les psychiatres impliqués étaient alors décrits comme des illuminés ou des marginaux adeptes de "pseudo-science". Certains auteurs, notamment américains, assuraient avec vigueur que de telles atrocités n'auraient jamais pu se produire dans leurs pays, quand bien même nous avons vu que plusieurs nations avaient adopté des législations eugénistes, avant et même après le IIIème Reich.

C'est pourquoi nous avons choisi, pour ce travail, de privilégier les auteurs allemands, probablement plus à même de poser sur ces événements un regard moins stéréotypé et moralisateur. N'ayant pas vécu personnellement la seconde guerre mondiale, ils ont entrepris de faire la lumière sur ce passé douloureux des crimes de la génération qui l'avait précédée. Leurs travaux s'attachaient surtout à la compréhension de cette période en cherchant les mécanismes ayant conduit à ces tragédies. Le psychiatre allemand Michael von Cranach, nommé directeur de l'asile de Kaufbeuren en 1980, a réalisé de nombreuses recherches sur les événements ayant eu lieu dans cet asile, au sein des mêmes locaux et parfois par les mêmes soignants.

Face aux horreurs commises, une question transparaît : pourquoi les psychiatres allemands ont-ils tué leurs patients ? Il n'existe pas de réponse unique et évidente à cette question. Plusieurs hypothèses ont été avancées par différents auteurs.

Soumission à la hiérarchie et abandon de la conscience individuelle ? Le Dr Falthauser écrit en 1945, après la fin de la guerre : « *L'euthanasie des malades mentaux a été effectuée uniquement sur la base d'un décret du Führer. Ce décret n'était pas seulement une mission spéciale, mais c'était aussi un devoir. Le décret était dispensé avec l'agrément du ministère du Reich de l'intérieur et de la justice. Il avait une force légale. C'était soutenu par une loi spéciale, qui n'a pas été publiée, mais qui était obligatoire*. » Nous reconnaissons un système extrêmement hiérarchisé ; si hiérarchisé que cela exempte ses membres de toute responsabilité morale. Les atrocités commises, la souffrance et la mort n'étaient pas perçues comme les conséquences des actions d'une seule personne, et leur responsabilité incombait au supérieur hiérarchique. Ne pas agir individuellement rend ici superflue la conscience individuelle. Nous

pouvons, dans ce contexte, citer Bruno Bettelheim : « *Abandonner la conscience individuelle mène à un dangereux état de paix intérieure, qui, en l'absence d'ambiguïtés, d'auto-critique, de contrôle moral, produit le mal* » [88]. Hannah Arendt parle, elle, de la banalité, du caractère ordinaire, de l'omniprésence du mal découlant d'un système totalitaire : « *Cette paix, ce sentiment de sécurité qui embrasse tous les membres, l'abandon de la conscience comme résultat du système totalitaire au prix de la mort de l'âme* » [89].

Déshumanisation des patients ? Nous prendrons ici l'exemple du directeur de l'hôpital psychiatrique de Haar près de Munich, qui a déclaré durant son interrogatoire après la fin de la guerre : « *Les patients qui étaient éligibles pour l'euthanasie étaient ceux pour qui il n'y avait plus aucun espoir de guérison : par exemple les schizophrènes intraitables, les cas sévères de débilité ou ceux de psychose organique. Il s'agissait de patients incurables, incapables de prendre soin d'eux-mêmes et ayant besoin constamment de soins dans un service fermé. Les psychiatres se référaient à eux comme à des asociaux*[90] ». Selon von Cranach, ceci peut montrer que les médecins ont cessé de voir les malades mentaux comme des patients ; faute de quoi, ils ont porté sur eux un jugement moral, les ont dévalorisés, les ont rendus "indigne". De telle sorte qu'ils deviennent, eux, capables de les tuer. Ils ne jouaient pas ici un rôle de médecin, mais de citoyen supprimant des "vies indignes".

Dédoublement psychologique ? Robert Jay Lifton, psychiatre américain, pense que la clé pour comprendre comment les médecins nazis en arrivèrent à travailler à Auschwitz, correspond au principe psychologique de "dédoublement"[91]. Un "pacte de Faust" qui divise le soi en une part responsable de meurtre de masse en échange d'un soi devenant l'exécutant d'un plan cosmique et utopique de cure raciale.

Hyperactivité thérapeutique ? Pour Klaus Dörner, psychiatre allemand, un des plus grands chercheurs dans ce champ, la motivation principale chez ces médecins était leur hyperactivité thérapeutique : vouloir guérir le guérissable à tout prix et tuer l'inguérissable, pour ne pas être confronté à leurs échecs[92]. Le système de mise à mort s'est alors constitué pour ne plus voir ni entendre ces êtres qui contredisaient les pouvoirs de la science médicale. Tenue en échec, la rage de guérir se serait transformée en volonté d'anéantir.

Au-delà des motivations des médecins impliqués dans ces événements, certains se sont interrogés sur leur personnalité. Les conclusions les plus frappantes de ces recherches révèlent qu'ils étaient, pour la plupart, des hommes dotés d'une personnalité normale, arrivant au pouvoir dans des circonstances historiques anormales. C'est dans l'ensemble une explication peu réconfortante. Ils étaient cultivés, bien éduqués, humanistes souvent, avec un très haut niveau professionnel. Et pourtant, ils ont participé au meurtre de masse des patients qui leur

---

[88] Bettelheim B. Erziehung zum Uberleben. Zur Psychologie der Extremsituation. Munchen: DVA; 1982.

[89] Arendt H. Eichmann in Jerusalem: A report of the banality of evil. New York: Viking; 1963.

[90] Allocution du 6 décembre 2011 pour l'Israel Psychiatric Association.

[91] Lifton RJ. The nazi doctors. Medical killing and the psychology of genocide. New-York: Basic Books; 1986.

[92] Dörner K. Der Krieg gegen die psychisch Kranken. Rehburg-Loccum: Psychiatrie-Verlag; 1980.

étaient confiés. Ce qui ne peut que soulever des questionnements chez chacun d'entre nous. Que s'est-il passé ? Quelles conditions ont permis à ces personnes de se comporter ainsi ? Comment nous comporterions-nous ? Cette dernière interrogation est importante à se poser, surtout si nous voulons apprendre du passé pour construire le futur. D'autant qu'aucun courant psychiatrique n'a semblé protecteur face aux pratiques eugénistes nazies. Parmi les psychiatres impliqués, certains étaient des réformateurs, soucieux du bien-être de leurs patients, leur refusant l'isolement ou d'autres méthodes qu'ils jugeaient barbares. Des convictions progressistes ne sont donc pas incompatibles avec des pratiques totalitaires.

Quelque soit la responsabilité médicale, le contexte sociétal qui a permis ces mises à mort ne semble pas si différent de notre monde actuel. Les valeurs telles que la promotion du progrès, la toute puissance médicale, la soumission à la hiérarchie ou l'hygiénisme sont encore d'actualité. Pareillement, notre pays traverse aujourd'hui des difficultés économiques et les mesures de rigueur se multiplient dans le domaine de la santé. Le handicap mental, s'il est mieux connu, est-il pour autant mieux perçu dans notre société qu'au début du 20ème siècle ? Certaines idées politiques ciblant les "assistés", décrits comme des profiteurs, des improductifs, presque des "inutiles" pour la société, peuvent sembler bien inquiétantes. Les malades mentaux, nos patients, pourraient facilement être assimilés à ces "assistés", incapables de travailler, vivant des aides sociales, donnant naissance à d'autres malades… et pourraient se trouver, une fois de plus, menacés dans leur intégrité.

Ce travail de thèse nous a surtout alertés sur la nécessité d'être vigilant dans notre pratique de la psychiatrie et de ne jamais écarter les considérations éthiques. Souvenons-nous des propos de Michael von Cranach: « *En tant que médecins, nous devons apprendre à être extrêmement critique à l'égard des visions utopistes, reconnaître avec humilité nos limites, être toujours conscient qu'il n'y a rien au delà de la responsabilité personnelle, et voir le bien être du patient comme seul but de nos actions professionnelles, mais aussi, préserver et nourrir notre conscience* ».[93]

[93] Allocution du 6 décembre 2011 pour l'Israel Psychiatric Association.

Références :

Aly G. Les anormaux. Paris : Flammarion; 2014.

Arendt H. Eichmann in Jerusalem: A report of the banality of evil. New York : Viking; 1963.

Aubert-Marson D. L'eugénisme : une idéologie scientifique et politique. Ethique et santé. 2011;8:140-152.

Baur E, Fischer E, Lenz F. Menschliche Erblichkeitslehre und Rassenhyhiene. München; 1927.

Bayle F. Croix gammée contre caducée, les expériences humaines en Allemagne pendant la seconde guerre mondiale. Neustadt; 1950.

Bernhardt H. Anstaltspsychiatrie und "Euthanasie" in Pommern 1933 bis 1945. Frankfurt; 1994:33.

Bettelheim B. Erziehung zum Uberleben. Zur Psychologie der Extremsituation. München : DVA; 1982.

Binding K, Hoche A. Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens : Ihr Mass und ihre Form. Leipzig; 1920.

Bleuler E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien**.** Leipzig und Wien : F. Deuticke; 1911. Traduction par A. Viallard. Paris: GREC/EPEL;1993:583.

Bobo J. Des psychiatres à Nuremberg. Nervure. 2010;23(1):1.

Carol A. Histoire de l'eugénisme en France. Paris : Seuil; 1998.

Carrel A. L'homme, cet inconnu. Paris : Plon; 1943.

Conte E. Essner C. L'obsession de la race. L'information psychiatrique. 1996 oct ;8:793-802.

Darwin C. La descendance de l'homme : les facultés mentales de l'homme et celles des animaux inférieurs. Paris: L'harmattan; 2006.

Darwin C. On the Origin of Species by Means of Natural Selection, or the Preservation of Favoured Races in the Struggle for Life. Londres : John Murray; 1859.

Darwin C. The Descent of Man, and Selection in Relation to Sex. Londres : John Murray; 1871.

Dilling H. Stigmatisation en Allemagne à l'époque du national-socialisme. Information Psychiatrique. 2007;83(10):827-830.

Dörner K. Der Krieg gegen die psychisch Kranken. Rehburg-Loccum : Psychiatrie-Verlag; 1980.

Drouard A. Biocratie, eugénisme et sexologie dans l'œuvre d'Edouard Toulouse. Sexologies. 2007;16:203-211.

Ehrhardt H. Euthanasie und Vernichtung lebensunwerten Lebens. Stuttgart : F. Enke; 1965.

Feral T. Résistance médicale sous le troisième Reich. Nervure. 2010;23(7):9.

Galton F. English Men of Science. 1874.

Galton F. Hereditary genius, an inquiry into laws and consequences. 1869.

Galton F. Hereditary improvement. Fraser's Magazine. 1873;7:116-30.

Galton F. Inquiries into human faculty. 1883.

Grulier J-C. Petite histoire de la psychiatrie allemande. Paris : L'Harmattan; 2006.

Habermas J. L'avenir de la nature humaine. Vers un eugénisme libéral? Paris : Gallimard; 2002.
Jacobs P. Aggressive behaviour, mental sub-normality and the XYY male. Nature. 1965 déc; 208:135.
Jost A. Das Recht auf den Tod. Göttingen; 1895.
Jost S. Contraception des femmes françaises de 15 à 45 ans : enquête nationale sur un échantillon représentatif de 5963 femmes. Gynécologie Obstétrique et Fertilité. 2014;42:451-421.
Kevles D-J. Au nom de l'eugénisme. Paris: PUF; 1995:64.
Klee E. "Euthanasie" im NS-Staat : die "Vernichtung lebensunwerten Lebens". Francfort-sur-le-Main: S. Fischer; 1983:324.
Kogon E, Langbein H, Ruckerl A. Les chambres à gaz, secret d'Etat. Paris: Seuil; 1984.
Kraepelin E. Traité de Psychiatrie, 8ème édition, 1915 d'après Schindler 1990:34et104.
Leibbrand W. Um die Menschenrechte der Geisteskranken. Nürnberg; 1946:6.
Liauzu J-P. Le discours eugéniste : une histoire au présent. Information psychiatrique. 1997;73(2):110-122.
Lifton R-J. The nazi doctors. Medical killing and the psychology of genocide. New-York : Basic Books; 1986.
Manseur M. La stérilisation des handicapés mentaux. La lettre de la psychiatrie française. 1997;64:15-17.
Massin B. L'euthanasie psychiatrique sous le IIIème Reich, la question de l'eugénisme. L'information psychiatrique. 1996 oct; 8:811-825.
Mementeau G. La contraception chez les personnes handicapées mentales. Médecine et droit. 1998;29:15-18.
Mitscherlich A, Mielke F. Das Diktat der Menschenverachtung. Heidelberg : Lambert Schneider; 1947.
Mitscherlich. A, Mielke. F. Wissenchaft ohne Menschlichkeit. Heidelberg : Lambert Schneider; 1949.
Morel B-A. Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives. Paris : Ed. JB Baillière; 1857 : 682-683.
Pfefferkorn R. Alexis Carrel : vulgarisateur de l'eugénisme et promoteur de l' « aristocratie biologique ». L'information psychiatrique. 1997 fév; 2:123-128.
Pichot A. La société pure de Darwin à Hitler. Paris : Flammarion; 2000.
Pichot A. L'eugénisme ou les généticiens saisis par la philanthropie. Paris : Hatier; 1995:14.
Platon. La République Livre V. 459-e.
Ploetz A. Die Tüchtigkeit unserer Rasse und der Schutz der Schwachen. Berlin; 1895:13.
Postel J, Quetel C. Nouvelle histoire de la Psychiatrie. Toulouse : Privat; 1983:354.
Price W-H, Whatmore P-B. Behaviour disorders and pattern of crime among XYY males identified at a maximum security hospital. Brit. Med.J. 1967;1:533-536.
Richarz B. Heilen, Pflegen, Töten Zur Alltagsgeschichte einer Heil-und Pflegeanstalt bis zum Ende des Nationalsozialismus. Göttingen; 1987.

Roemer H. Die Leistungen der psychiatrischen Kliniken und der öffentlichen Heil und Pflegeanstalten bei der Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses im ersten Jahr des Vollzuges. Zeitschrift für psychische Hygiene. 1936;9:47-52.

Roussel F. Le fantasme de l'eugénisme. In : Iacub M, Jouannet P, dir. Collectif juger la vie. Les choix médicaux en matière de procréation. Paris : La découverte « cahiers libres »; 2001.Version amendée de 2009:1.

Schmidt G. Selektion in der Heilanstalt 1939-1945. Stuttgart 1965/Frankfurt1983.

Schmidt U. Karl Brandt : The Nazi Doctor. Hambledon Continuum; 2007.

Schmuhl H-W. Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung « Lebensunwerten Lebens », 1890-1945. Göttingen; 1987/1992:227.

Simonnot A-L. Hygiénisme et eugénisme au XXe siècle à travers la psychiatrie française. Paris : Seli Arslan; 1999.

Simonnot A-L. Un enjeu éthique du XXème siècle : la question de l'eugénisme. Annales Médico-Psychologiques. 2001;159:23-6.

Singer I, Garrabé J. Les crimes contre les malades mentaux perpétrés par les nazis. Criminologie et psychiatrie. Paris : Ellipses; 1997:381.

Testard J. Faire des enfants demain. Paris : Le Seuil; 2014.

Thuillier P. La recherche. 1984 mai; 155:744.

Toulouse E. La question sexuelle et la femme. Paris : Eugène Fasquelle; 1918.

Toulouse E. Le mouvement français de prophylaxie mentale. La prophylaxie mentale.1930 déc:6.

Toulouse E. Le problème de la folie devant le Sénat. La prophylaxie mentale. 1930 déc:271-272.

Toulouse E. Les conflits intersexuels et sociaux. Paris : Eugène Fasquelle; 1904.

Toulouse E. Rapport sur l'existence des aliénés en France et en Ecosse. In : Castel R, dir. La Gestion des risques. Paris : Ed. de Minuit; 1981:80.

Toulouse E. Réorganisation de l'hospitalisation des aliénés dans les asiles de la Seine. Paris : Imprimerie Nouvelle; 1920:1-2.

Toulouse E. cité par Wojciechowski JB. Hygiène mentale et hygiène sociale : contribution à l'histoire de l'hygiénisme. Paris : L'Harmattan; 1997:16.

Tregenza M. Aktion T4 – Le secret d'Etat des nazis : l'extermination des handicapés physiques et mentaux. Paris : Calmann-Lévy; 2011.

Verschuer Von O. Manuel d'eugénique et d'hérédité humaine. Paris : Masson; 1943.

Viallard A. De la cure individuelle à la cure de masse des gènes. L'information psychiatrique. 1996; 8:803-810.

Viallard A. Psychiatres sous le nazisme. Nervure. 1991 fév; (4):51-69.

Von Baeyer W. Die Bestätigung der NS-ideologie in der Medizin unter besonderer Berücksichtigung der Euthanasie. Berlin : Gruyter; 1966.

Von Braunmühl A. « Custos, quid de nocte ? » Wächter wieviel ist es in der Nacht ? Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift. 1929;31:530.

Von Braunmühl A. Einige grundsätzliche Bemerkungen zur Shok und Krampfbehandlung. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. 1941;118:74.

Von Cranach M, Siemen H-L. Psychiatrie im Nationalsozialismus : Die Bayerischen Heil-und Pflegeanstalten zwischen 1933 und 1945. München : Oldenbourg Verlag; 2012.

Weitbrecht H-J. Psychiatrie in der Zeit des Nationalsozialismus. Bonn : P Hanstein; 1968.

Table des matières :

Introduction (p.10)

Histoire de l'eugénisme en psychiatrie (p.13)

I. Benedict Augustin Morel et la théorie de la dégénérescence (p.13)
   I-A : La notion fondamentale de dégénérescence (p.13)
   I-B : La dégénérescence appliquée à la maladie mentale (p.14)

II. Francis Galton et l'*Eugénics* (p.15)
   II-A : Les premiers travaux de Galton (p.15)
   II-B : L'*Eugénics* de Galton (p.16)
   II-C : L'eugénisme, une science ? (p.17)
   II-D : La pensée Galtonienne et la théorie Darwinienne de la sélection naturelle (p.17)
   II-E : Une notion élastique : la race (p.19)
   II-F : L'hérédité selon Mendel (p.19)
   II-G : Congrès et sociétés savantes (p.19)
   II-H : L'eugénisme aux Etats-Unis (p.20)
      II-H.1 : Les lois de stérilisation (p.20)
      II-H.2 : Les restrictions de l'immigration (p.21)

III. Cesare Lombroso et le "criminel-né" (p.22)

IV. Edouard Toulouse et l'hygiénisme en Psychiatrie (p.24)
   IV-A : Le contexte de la naissance de l'hygiénisme (p.24)
   IV-B : Rencontre entre l'hygiénisme et l'eugénisme (p.24)
   IV-C : Le mouvement d'hygiène mentale (p.26)
   IV-D : Les travaux de Toulouse (p.26)
      IV-D.1 : La biocratie d'Edouard Toulouse (p.27)
      IV-D.2 : Ligue et associations (p.27)
      IV-D.3 : Les mesures préconisées par Toulouse (p.27)
      IV-D.4 : L'histoire du certificat prénuptial (p.29)

V. Alexis Carrel et les "établissements euthanasiques" (p.30)

La psychiatrie allemande sous le IIIème Reich (p.32)

I. La psychiatrie allemande avant 1933 (p.33)
   I-A : Les psychiatres allemands et l'hygiène raciale (p.33)
      I-A.1 : Les auteurs allemands et la question de la place des malades mentaux dans la société (p.33)
      I-A.2 : L'hygiène raciale : naissance, idéologie et disciples (p.34)

I-B : L'organisation asilaire bavaroise avant 1933 (p.36)

II. L'arrivée au pouvoir du parti nazi et les bouleversements induits dans le milieu médical et psychiatrique (p.37)
II-A : Contexte socio-économique lors de l'élection de 1933 (p.37)
II-A.1 : L'hygiène raciale : une caution scientifique pour le régime Hitlérien (p.37)
II-A.2 : Mise au pas du corps médical (p.38)
II-B : Propagande sur les "sous hommes", destinée à la population (p.39)

III. Les législations autour de la "sauvegarde de la race" (p.42)
III-A : Loi sur la prévention de la transmission des maladies héréditaires (p.42)
III-A.1 : Application au plan national (p.42)
III-A.2 : Application en Bavière (p.44)
III-B : Loi pour la protection du sang et de l'honneur allemand (p.46)
III-C : Loi de santé matrimoniale (p.46)

IV. Les programmes dits d'Euthanasie (p.47)
IV-A : L'"Euthanasie" des enfants déficients (p.48)
IV-A.1 : Le dossier K (p.48)
IV-A.2 : Organisation nationale du programme (p.49)
IV-A.3 : Mise en œuvre au sein des asiles Bavarois (p.49)
IV-B : "L'Aktion T4" (p.50)
IV-B.1 : Un décret "discret" (p.50)
IV-B.2 : Organisation de l'Action T4 (p.51)
IV-B.3 : Opposition au programme (p.55)
IV-B.4 : Suspension de T4 et "euthanasie sauvage" (p.58)
IV-B.5 : L'Action T4 en Bavière (p.59)
IV-B.5.a : Deux personnages emblématiques (p.59)
IV-B.5.b : L'Action T4 au sein des asiles publics Bavarois (p.60)
IV-B.5.c : L'Action T4 et les asiles de soins privés Bavarois (p.61)
IV-B.5.d : La fermeture d'asiles (p.63)
IV-C : Autres actions (p.65)
IV-C.1 : L'opération 14f13 (p.65)
IV-C.2 : L'action Brandt (p.65)
IV-C.3 : Actions à l'encontre des patients issus du système judiciaire (p.65)
IV-C.4 : Actions à l'encontre des patients issus du service du travail obligatoire (p.66)

V. La privation de nourriture ou *Hungerkost* (p.66)
V-A : L'alimentation dans les asiles (p.66)
V-B : Kaufbeuren : asile pionnier dans l'application du *Hungerkost* (p.67)
V-C : Les objectifs du *Hungerkost* (p.68)
V-D : L'application du *Hungerkost* en Bavière (p.68)

VI. La thérapie dans les asiles et les expérimentations sur les malades (p.69)
VI-A : La thérapie dans les asiles (p.69)
VI-B : Expérimentations médicales en neuro-psychiatrie (p.71)

VII. L'après-guerre (p.72)
VII-A : Les psychiatres lors du procès de Nuremberg (p.72)
VII-B : L'après-guerre en Bavière (p.73)
VII-C : Perception des événements jusqu'à aujourd'hui (p.74)

Enjeux actuels : entre éthique, politique, médecine et société (p.78)

I. Peut-on encore parler d'eugénisme actuellement ? (p.78)

II. Eugénisme, procréation médicalement assistée et handicaps (p.80)
II-A : Eugénisme et diagnostic anténatal (p.80)
II-B : Place du handicap dans notre société et mesures de "prévention" (p.82)
II-B.1 : Le dépistage de la trisomie 21 (p.84)
II-B.2 : La confiance totale dans le génome (p.85)
II-B.3 : Le droit de "naître normal" (p.86)

III. Contrôle des naissances chez les personnes handicapées mentales (p.87)
III-A : La contraception (p.90)
III-A.1 : L'absence de données sur le sujet (p.91)
III-A.2 : La demande de contraception (p.91)
III-A.3 : L'avis du CCNE (p.91)
III-A.4 : Les recommandations actuelles (p.92)
III-B : La stérilisation (p.92)
III-B.1 : La stérilisation dans la population générale (p.93)
III-B.2.a : A l'échelle mondiale (p.93)
III-B.2.b : Les modalités en France (p.93)
III-B.2 : La stérilisation des personnes handicapées mentales (p.95)
III-B.2.a : La position du CCNE (p.95)
III-B.2.b : La position du législateur (p.96)
III-B.2.c : Réflexions autour de la législation (p.97)
III-B.2.d : Place du psychiatre face à cette problématique (p.98)

Conclusion (p.99)

Annexe (p108)

Annexe : Carte des asiles bavarois

Légende :

A: Klingenmünster **B: Lohr**

C: Kutzenberg **D: Bayreuth**

E: Erlangen **F: Ansbach**

G: Ratisbonne **H: Günzburg**

I: Irsee **J: Eglfing**

K: Munich Haar **L: Mainkofen Deggendorf**