

LES INSENSÉS EN PROVENCE AUX XVII^e ET XVIII^e SIÈCLES

Contribution à l'étude des interactions entre folie et culture à l'âge baroque

I. INTRODUCTION

Nous nous proposons d'aborder ci-après, un aspect du problème des rapports entre folie et culture, celui posé par la naissance des hôpitaux des insensés de Provence à l'âge baroque. Une telle ambition implique que l'on dispose d'une doctrine et d'hypothèses de travail qui assurent une homogénéité au champ ainsi délimité. Les limites entre lesquelles vont se placer les définitions de la folie et de la maladie mentale sont au cœur de cette problématique et déterminent la frontière entre normal et pathologique, fondamentale à préciser dans tout discours sur la folie. On a posé comme postulat qualifié d'actualiste, que les déterminismes neurobiochimiques et psychopathologiques des maladies mentales étaient demeurés inchangés du XVII^e siècle à nos jours. Une telle démarche n'est pas réductrice. C'est aux résultats obtenus que l'on mesurera la richesse des hypothèses de travail¹.

Des questions fondamentales se posent à cette étape majeure où s'élaborent les cadres mentaux de notre culture occidentale. Elles sont d'une force et d'une acuité sans pareilles. Cette recherche a d'abord consisté à poser clairement ces interrogations :

1° Comprendre ce qu'il advient dans la culture de la crise de la conscience européenne lorsque se met brusquement en place, la ségrégation et l'enfermement des insensés, effectif en quelques années et ne provoquant pas d'émoi dans la société d'Ancien Régime, comme si cette pratique pourtant singulière était déjà contenue, sauf quelques aménagements mineurs, dans le juridisme du siècle louis-quatorzien.

1. Cet article est tiré d'une thèse de troisième cycle, soutenue en décembre 1984 à l'Université de Provence où l'on trouvera si on le désire le relevé exhaustif des sources dépouillées : BILLET J.-P., *Les insensés en Provence au XVIII^e siècle, approche sociologique*, thèse de 3^e cycle, Aix, 1984. On pourra également consulter, BILLET J.-P., *Les insensés en Provence au XVIII^e siècle, l'institution et son temps*, thèse en médecine, Marseille, 1980.

Les sources consultées sont essentiellement constituées par les fonds hospitaliers d'ancien régime en particulier ceux de l'hôpital des insensés d'Aix-en-Provence, ouvert le 27 octobre 1691, rue Saint-Lazare dans le quartier Mazarin et transféré le 13 novembre 1698 à la porte de Bellegarde²; et de Marseille, ouvert le 30 janvier 1699, sur l'actuel côté oriental de l'avenue Camille-Pelletan, entre la place Marceau et la rue Desaix au quartier Saint-Lazare³. Ces fonds sont conservés aux Archives départementales des Bouches-du-Rhône⁴. Pour parvenir à nos fins, nous avons appliqué les méthodes de l'histoire des mentalités, telles que Michel Vovelle les a établies⁵. Celles-ci associent une démarche de quantitativiste, non exclusive d'autres approches comme l'analyse qualitative dont elle fonde la légitimité. Ces prémices étant posés, un voyage peut commencer.

II. SOCIOLOGIE GEOGRAPHIQUE : LA PROVENCE BAROQUE DES INSENSES

Nous avons procédé à l'étude du mouvement hospitalier, saisi sur une coupe d'un demi-siècle de 1690 à 1740, à l'hôpital des insensés d'Aix-en-Provence, et à sa projection sur l'espace régional⁶. Il ne sera jamais pris en considération dans le présent travail la population hospitalière dont le placement est effectué par les communautés de la généralité, les particuliers, les ordres du roi⁷, ou les arrêts de justice. Cet échantillon figuré sur la carte par des rectangles (hommes) ou des cercles (femmes), de couleur blanche sort en effet de notre objet d'étude, une sociologie urbaine aixoise perçue en filigrane du mouvement hospitalier. Un examen rapide de cette carte, aires migratoires et mouvement hospitalier, nous livre quelques observations triviales par exemple la notion que la plus forte densité de points se situe dans les bassins d'Aix, de Gardanne et de Pertuis. C'est à cette donnée classique de la géographie migratoire provençale aux XVII^e et XVIII^e siècles, que Michel Vovelle nomme les microdéplacements de voisinage que nous sommes confrontés⁸. En outre,

2. Sur l'hôpital des insensés d'Aix-en-Provence : VALLADE L., *A propos du centenaire de la fondation de l'asile de Montperrin*, (évoquant de l'œuvre du docteur Eugène Pontier, 1878), numéro spécial du *Journal de Montperrin*, Aix, 1974, VALLADE L., « A propos du centenaire de l'hôpital psychiatrique de Montperrin », *L'information psychiatrique*, n° 9, 1975, p. 1009-1015, DELORME D., *Naissance d'un hospice pour insensés à Aix-en-Provence*, Thèse en médecine, Marseille, 1977, et BILLET J.-P., *op. cit.*

3. Sur l'hôpital Saint-Lazare des insensés de Marseille : HUBER J.-P., *Contribution à l'étude de l'assistance aux malades mentaux à Marseille au XVIII^e siècle*, Thèse en médecine, Marseille, 1974., ALLIEZ J. et HUBER J.-P., « Un asile psychiatrique avant la loi de 1838 : l'asile Saint-Lazare de Marseille », *Compte rendu du Congrès de Neurologie et de Psychiatrie de Langue Française*, Paris, 1977, BILLET J.-P., *L'institution et son temps*, *op. cit.*

4. Au dépôt d'Aix pour le fonds XXIII H concernant l'hôpital des insensés d'Aix, et au dépôt de Marseille pour le fonds H XIII relatif à son homologue marseillais.

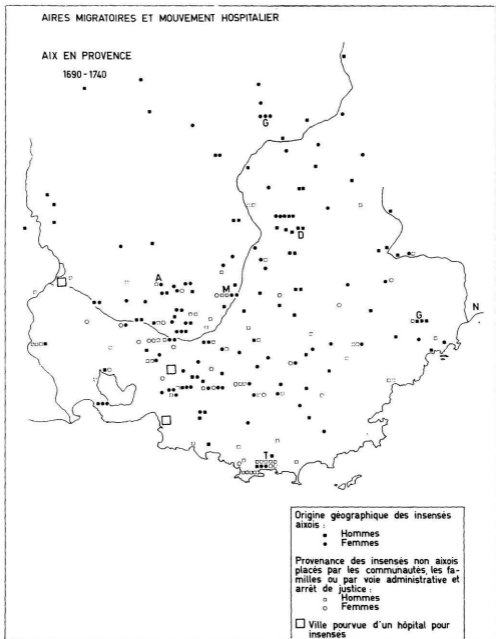
5. VOVELLE M., *Idéologies et mentalités*, Paris, 1982.

6. Cette carte a été établie par dépouillement exhaustif des registres des délibérations du bureau de l'hôpital : Arch. Dép. B. du Rh. (Aix), XXIII H, E8 et E9.

7. EMMANUELLI F.X., *Pouvoir royal et vie régionale en Provence au déclin de la monarchie*, Thèse d'état, Aix, 1971.

8. VOVELLE M., *De la cave au grenier. Un itinéraire en Provence au XVIII^e siècle*, collection La Mesure du Temps, Montréal, 1980, p. 55 et suivantes.

on pourrait encore souligner que ce sont approximativement les contours du diocèse d'Aix que l'on devine. Dans une seconde lecture, adoptons une typologie destinée à décrire des alignements de points. Nous définirons deux axes :



1° Une direction « provençale », orientée d'est en ouest, qui de Fayence emprunte les bassins et plateaux varois, la dépression de Saint-Maximin, pour s'éteindre sur le bord occidental du bassin d'Aix vers Berre.

2° Une direction « durancienne », orientée du sud-ouest au nord-est, qui depuis Orgon suit le tracé de la Durance pour venir mourir dans les Alpes de l'embrunais.

La moisson est donc riche, mais ne négligeons pas une lecture que nous qualifierons de manière imagée d'épreuve négative. Que ne voit-on pas sur cette carte ?

1° La basse Provence littorale, bassins de Marseille, d'Aubagne et du Beausset, le littoral varois mais encore Toulon (à peine trois points). C'est en négatif, la carte des admissions de l'hôpital Saint-Lazare des insensés de Marseille, ouvert le 30 janvier 1699, qui est soustraite à notre photographie. Le dépouillement exhaustif du fond hospitalier marseillais a bel et bien démontré que les deux opérations de cartographie étaient sommables durant tout le XVIII^e siècle. Déterminisme des distances bien sûr, mais encore plus celui d'une économie maritime et de cabotage.

2° Le Comtat Venaissin, mais c'est un territoire qui n'appartient pas au royaume, et qui possède depuis le 10 septembre 1682, son propre hôpital des insensés⁹.

3° La Provence des Craux et des sansouires et ce que les contemporains nomment « l'Isle de Camargue », faiblement peuplées.

4° Les massifs côtiers des Maures et de l'Estérel, tous deux peu peuplés au XVIII^e siècle et dont le décollage démographique est plus tardif.

Ces vacuités dans notre cartographie ont deux causes, la présence d'un hôpital des insensés ou le faible poids démographique. Ces gommages sont donc parfaitement explicables, et si nous en faisons abstraction, nous pourrions affirmer que c'est bel et bien une forme grossière de la carte démographique de Provence établie par Edouard Baratier pour la période 1755-1765¹⁰, qui est soumise à notre perspicacité. Le problème posé par l'éclipse de la viguerie de Grasse est lié probablement à son éloignement des deux pôles urbains de la basse Provence occidentale.

Cette carte de la sociologie urbaine migratoire aixoise qui se révèle aussi être une carte de la démographie provençale au XVIII^e siècle dont les confins sont gommés, devient une étape importante de notre cheminement. Car si nous retrouvons une démographie globale et fruste de notre aire géographique, nous ne devons jamais oublier que celle-ci est apparue à partir d'une échantillon

9. Sur l'hôpital des insensés d'Avignon, géré par la confrérie des pénitents noirs de la Miséricorde : ALLIEZ J. et HUBER J.-P., « L'hospice des insensés d'Avignon de 1681 à 1862 », *Bulletin de la Société de Psychiatrie de Marseille et du Sud-Est Méditerranéen*, 1979, 38, p. 285-295., et HUBER J.-P., MACHER J.-P., ALLIEZ J., « L'hospitalisation « forcée » des insensés à Avignon au XVIII^e siècle », *L'information Psychiatrique*, 56, 10 décembre 1980, p. 1257-1266.

10. *Atlas historique : Provence, Comtat, Principauté de Monaco...* Paris, 1969, pl. n° 100.

trié et spécifique de la population urbaine : les sujets admis à l'hôpital des insensés d'Aix-en-Provence du 27 octobre 1691 au 1^{er} janvier 1740. Cette géographie migratoire est aussi l'image d'une épidémiologie des maladies mentales à la fin du XVII^e et au XVIII^e siècle en Provence. Notre actualisme se confirme et acquiert une légitimité puisque ce groupe humain a le comportement de la population générale. Cela n'était pas à priori une évidence.

Marquons une pause avant d'aborder le développement suivant car deux problèmes d'ordre méthodologique apparaissent. En premier lieu, le fait que les séquestrations domestiques ne doivent pas être statistiquement invariables selon les aires géographiques ou écologiques concernées. En second lieu, nous devons bien constater que nous n'avons pas su déterminer dans notre population hospitalière la proportion :

1° des chemineaux insensés parcourant les routes de la généralité en état de fugue ou faisant un épisode psychiatrique aigu,

2° des migrants que frappaient dans un laps de temps court une pathologie de transplantation en milieu urbain,

3° ou enfin des migrants de longue date bien adaptés en milieu urbain qui faisaient une phase psychiatrique non en rapport avec une pathologie de transplantation.

Préalablement à toute continuation de notre analyse cartographique, nous sommes donc amenés à poser deux nouvelles hypothèses de travail :

1° on postulera que les hétérogénéités induites par des taux de séquestration domestique inégaux doivent s'annuler attendu l'importance de l'aire géographique que nous traitons.

2° on admettra que le brassage de plusieurs populations distinctes par trois paramètres, sexe, âge et nature de l'affection, peut demeurer sans conséquence sur les résultats de notre test.

Mais nous sentons bien en ce point, qu'une certaine prudence doit être manifeste.

Comment allons-nous interpréter maintenant une particularité de notre cartographie, que l'on découvre à un examen plus attentif ? La population migrante des bassins varois et de notre direction « provençale » est à très forte prédominance féminine alors que celle du plateau pliocène de Valensole-Riez, qui s'étale des préalpes de Digne aux collines du bas Verdon à l'est de la Durance, est presque exclusivement masculine. S'il n'y a pas parasitage par les difficultés méthodologiques signalées, nous avons bel et bien mis en évidence un fait inconnu du domaine de l'épidémiologie des maladies mentales. Nous sommes parvenus à l'extrême percée de notre démarche où convergent trois problématiques :

1° la morbidité psychiatrique en milieu rural et semi-montagnard,

2° une sociologie migratoire urbaine,

3° des déterminismes géographiques locaux propres à la Provence baroque.

Ne pouvant encore apprécier la réalité d'une population féminine fixée

et vieillie s'opposant à de jeunes gavots que la pression démographique déracine, nous en resterons à l'interprétation provisoire suivante.

Dans cette gouttière topographique que nous nommons direction « provençale », le déplacement d'hommes est-il masqué dans cette sociologie migratoire par une rétention proportionnellement supérieure de ceux-ci dans un cadre plus riche, ne laissant apparaître qu'une migration de femmes à la recherche d'un emploi de servante en milieu urbain avec la facilité de la grande proximité d'une route de première catégorie propice à leur déplacement. Et peut-être est-ce une population féminine à risque qui s'en va ? Le plateau de Valensole quant à lui est en bordure de l'espace montagnard haut provençal. L'élevage et les industries dérivées répondent encore à un modèle méditerranéen de petits brassiers individualistes à agriculture de subsistance dans un parcellaire clos avec élevage ovin d'appoint, pays d'agriculteurs secondairement éleveurs¹¹, où la pression démographique peut induire une fuite d'hommes. Excédent des naissances sur les décès, saturation des terres cultivables, fragmentation impossible du parcellaire car rendant les unités de production non viables, pratiques successorales¹², le mouvement vers les villes de Basse-Provence est le solde à payer à une économie agricole qui a atteint un optimum dans l'occupation des sols et qui est stagnante. De surcroît les solidarités villageoises du haut pays auraient vite fait de ramener à son village et à sa maison une jeune femme parcourant la campagne à pied et en état d'agitation. Le phénomène de captation affectant plutôt les femmes, c'est une population masculine à risque proportionnellement plus importante qui se déplace. D'où l'effet observé.

En conclusion, il apparaît remarquable que cette cartographie représente une réalité épidémiologique à la fin du XVII^e et au début du XVIII^e siècle. Représentation enfouie dans la mémoire d'une société urbaine et projetée sur l'espace provençal, les multiples distorsions nées de cette translation s'effacent après quelques retouches et l'image d'une Provence rurale à la fin du règne louis-quatorzien nous est restituée, la maladie mentale s'inscrivant sur un canevas où se surimposent les données morphostructurales, démographiques et économiques d'un espace diversifié. Ce sont les bassins varois et bas provençaux qui sont pourvoyeurs d'une population à prépondérance féminine nette, dans un cadre qui pourrait sélectionner un groupe humain à morbidité psychiatrique élevée, que l'on détecte parce qu'il se déplace, ce qui ne constitue pas le cas général. Au contraire, les Préalpes de haute Provence forment le réservoir d'une population à prédominance masculine, celle des « remues d'hommes »¹³ des migrations montagnardes du XVII^e et XVIII^e siècle, affectant un ensemble démographique beaucoup plus important et varié, dans lequel la morbidité psychiatrique ne devait pas être très différente de celle de la population générale.

11. REPARAZ de A., *La vie rurale dans les Préalpes de Haute-Provence*, Thèse d'état, Aix, 1978.

12. COLLOMP A., *La maison du Père. Famille et village en Haute Provence aux XVII^e et XVIII^e siècles*, Collection Les Chemins de l'histoire, Paris, 1983.

13. POITRINEAU A., *Remues d'hommes. Les migrations montagnardes en France XVII^e-XVIII^e siècles*, Collection historique Aubier-Montaigne, Paris, 1983.

III. ECOLOGIE URBAINE : AIX-EN-PROVENCE DES INSENSÉS

Nous tenterons dans ce chapitre de traiter du problème des relations de l'habitat urbain et de la pathologie psychiatrique à la fin du XVII^e et au début du XVIII^e siècle¹⁴.

A - Le test

Il a consisté en la collation de 158 adresses, qui furent les lieux de vie généralement transitoires de 127 sujets des deux sexes, selon une coupe s'étendant de 1690 à 1740, qui eurent temporairement ou pas le statut d'insensé. Nous avons ensuite reporté ces adresses sur le plan d'Aix-en-Provence, grâce à l'irremplaçable outil que nous a légué Jean-Paul Coste¹⁵, qui tolérait une incertitude de l'ordre du mètre sur un parcellaire de la fin du XVII^e siècle qu'il avait reconstitué, ce qui donnait à cette opération une incontestable rigueur technique. Nos adresses ont été déterminées par confrontation des archives hospitalières, qui nous avaient fourni le fichier de base, avec les archives fiscales, directement ou indirectement, par identification des propriétaires, des voisins, des descendants, grâce aux registres de la première capitation. Peu à peu, un Aix-en-Provence des insensés a pris forme. Il ne nous restait plus qu'à le surimposer à la synthèse cartographique de Jean-Paul Coste, qui visualise la densité de peuplement par immeuble, pour que notre démarche empirique acquière une valeur heuristique.

B - Ses limites

Un contrôle sur le sondage lui-même a été effectué. Les vingt années qui s'écoulaient entre 1690 et 1710 ont pour singularité de préserver le rapport entre hommes et femmes à une valeur décente proche de l'unité. Des effets aléatoires et d'autres provoquent une altération de cette proportion tout juste satisfaisante ; elle passe à un homme pour trois femmes entre 1730 et 1740. De surcroît, en ces vingt années cruciales où le sex ratio est proche de l'unité se concentrent 51% des sujets soit 65 invididus pour 68 adresses lesquelles totalisent seulement 43% des lieux de vie. Ces remarques précisent une vue critique de la morphologie du test et de ses limites.

Un second problème méthodologique est posé par le fait qu'une hospitalisation a une durée et s'inscrit par conséquent dans une perspective diachronique, avec trois conséquences majeures :

1° le cycle de développement familial est perturbé, on assiste au décès des ascendants et la structure de la famille se modifie,

2° un même sujet a souvent plusieurs adresses successives,

14. Le plan d'Aix a été établi par confrontation des renseignements extraits des registres des délibérations du bureau de l'hôpital : Arch. dép. B. du Rh. (Aix), XXIII H E8 et E9, avec les informations fournies par les archives fiscales, fonds de la capitation, Arch. Comm. Aix, CC 7 (1695), CC10 (1966), CC11 (1697), CC32 (1710) et CC51 (1715).

15. COSTE J.P., *La ville d'Aix en 1695 : structure urbaine et société*, Thèse de 3^e cycle, Aix, 1970.

3° l'équilibre économique du système familial est troublé. L'homme hospitalisé ne peut pas assumer son rôle de travailler au profit de la famille ou il le perd. La femme ne peut pas entrer dans une chaîne d'alliance et elle demeure célibataire. Les familles dont les revenus étaient ainsi diminués, pouvaient réagir lorsqu'elles n'étaient pas propriétaires de leur maison, par une mobilité intra-urbaine accrue à la recherche de loyers modestes donc s'inclure dans les zones d'écologie urbaine de désorganisation et de misère.

C - Ses résultats

Les études d'écologie urbaine représentent une extension des concepts de la sociologie comtienne où la désorganisation individuelle est un effet de la désorganisation sociale dans une dimension non plus seulement temporelle mais encore spatiale¹⁶. On sait que dans la ville, les zones de désorganisation sont les zones à forte concentration humaine, à logements anciens suroccupés, à niveau économique bas, et qu'un seuil dangereux existerait (de 8 à 10 m² par personne) où les enfants parisiens doublent en pourcentage fugues, vols, manifestations d'agressivité. Dans la zone intermédiaire la proportion des troubles serait voisine du hasard et le seuil d'équilibre se situerait entre 14 et 16 m² par personne¹⁷.

Dans notre sondage, on a constaté que les 158 adresses des 127 sujets soumis au test se répartissent pour :

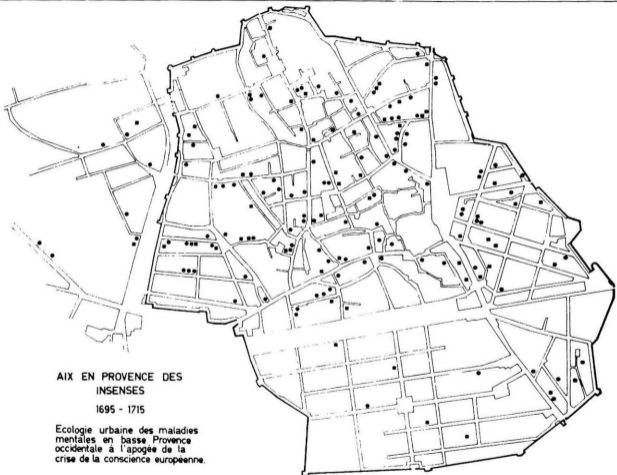
- 30% dans des immeubles où la surface disponible par habitant va de 4 à 8 m², trop approximativement le « seuil dangereux »,
- 40% dans des immeubles où la surface disponible par habitant va de 9 à 13 m²,
- 10% dans des immeubles où la surface disponible par habitant est comprise entre 14 et 18 m²,
- 20% dans des immeubles où elle dépasse 18 m² par habitant.

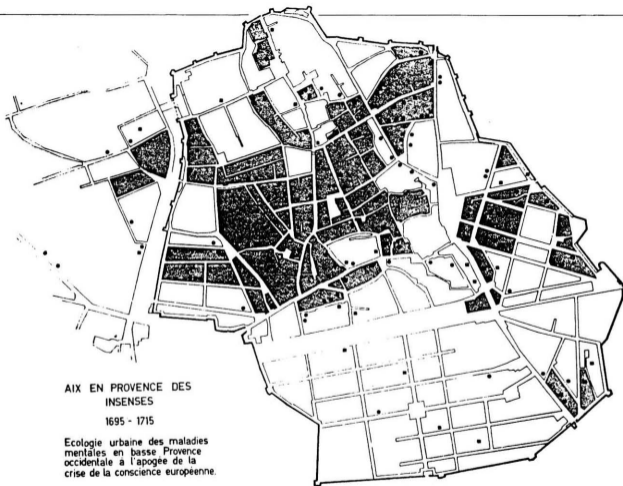
Il faut à notre sens retenir de ces chiffres un fait abrupt, à savoir que 70% des adresses de nos sujets ayant eu transitoirement ou pas le statut d'insensé se situent dans des zones où la surface de vie par habitant n'excède pas 13 m². Ce résultat est le seul qui soit fondamental et explicite pour deux raisons :

1° Au-delà du seuil de 18 m² par habitant, notre pourcentage n'est probablement pas significatif car il inclut des taudis situés dans des zones rurales, où vit une population dispersée mais misérable. Ainsi pourrait-on se référer au faubourg des Cordeliers, qui est représenté dans notre cartographie, presque exclusivement par des femmes dont le conjoint appartient à un salariat inférieur et prendre en compte cette foule de travailleurs à la terre « petitement logés ». Cette absence de critère précis pour définir une limite avec l'habitat rural est encore une réalité intra-muros, où existent des fenières sur boutique, et où les arrières-cours abritent des aménagements à usage rural, poulaillers,

16. GRAFMEYER Y., JOSEPH I., *L'école de Chicago, naissance de l'écologie urbaine*, Paris, 1984.

17. BASTIDE R., *Sociologie des maladies mentales*, réédition, Paris, 1977, p. 133.





bergeries, étables¹⁸. Elles peuvent encore contenir des bouges minuscules où vivent entassés des gens recensés dans un immeuble où la surface disponible par habitant excède 18 m². C'est donc une frontière mal définie avec le monde des ruraux que dessine l'habitat aixois et qui rend incertaine une classification rigoureuse basée sur les modes de vie.

2° Cette remarque a pour conséquence directe de suggérer que le taux estimé de 30% de sujets en provenance du seuil dangereux de l'écologie urbaine des maladies mentales est sous-évalué. De surcroît, la borne supérieure de notre classe se situe à 8 m² par habitant et non à dix comme la définition l'exige. Comme cette zone correspond à des valeurs absolues extrêmes du nombre d'habitants, on conçoit aisément qu'un faible déplacement de cette borne de classe puisse induire un effet démesuré sur un taux exprimé en pourcentage.

D - Conclusions

Ces réserves nous invitent à retenir comme rigoureux en méthode et remarquable théoriquement, le seul taux de 70% des adresses de nos sujets ayant eu temporairement ou pas le statut d'insensé situées dans des zones où la surface de vie disponible par individu n'excède pas 13 m². Nous avons dépassé la notion de la variation concomitante entre mouvement hospitalier et densité de peuplement pour entrer dans la logique spatiale des sociologues de l'école de Chicago et nous inclure dans le champ de l'écologie urbaine des maladies mentales. On considèrera comme légitime d'utiliser à présent des concepts tels, qu'aires pathogènes ou zones de désorganisation définies par marginalité, délinquance, prostitution, affaïssement des liens de solidarité de toute nature, conditions économiques basses. Cette ville des temps modernes porterait en filigrane la ville de l'ère industrielle, dans des strates qui frôlent l'infinitésimal.

IV. EPIDEMIOLOGIE ET INSTITUTION : L'HOPITAL DES INSENSÉS

Cerner de l'enfermement des insensés dans l'espace et le temps d'une pratique institutionnelle nous renvoie à la recherche et à l'étude d'un indice soumis à une analyse sérielle dans une approche quantitative.

A - Un indice nouveau : la durée de séjour

La durée de séjour nous a paru être le seul outil adapté à notre problème. Cet instrument qui figurait dans les archives hospitalières à des fins comptables ou « administratives », était toujours accessible dans les fonds que nous explorions. On trouve soit dans le registre des délibérations du bureau de l'hôpital, soit dans ses livres de comptabilité, la date d'entrée d'un sujet et sa date de sortie. Si l'on fait l'hypothèse qu'il n'y a pas d'omission, on pourra sans peine, par simple soustraction calculer ce nouvel outil : la durée de séjour. Nous avons pu ainsi collationner 543 durées de séjour de sujets admis de 1691 à 1740 à l'hôpital des insensés d'Aix-en-Provence, et 853 durées de séjour à l'hôpital Saint-Lazare des insensés de Marseille, de 1699 à 1800.

18. COSTE J.P., *op. cit.*, T. II, p. 974 et note infrapaginale n° 4 bis.

B - Les difficultés méthodologiques. Deux écueils méthodologiques retiendront notre attention :

1° En premier lieu, le fait qu'une gestion fruste de la comptabilité ou une mauvaise tenue des registres ne mentionnant qu'une date d'entrée ou de sortie en ignore une dizaine d'autres ; lors de la répartition en classes des durées de séjour, on aura un gonflement démesuré des classes regroupant les hospitalisations longues. L'hôpital Saint-Lazare des insensés de Marseille donne lieu à un parasitage de ce genre lors du traitement statistique des durées de séjour.

2° La seconde difficulté proviendrait de l'internement des correctionnaires, des libertins, des rejetons insoumis séquestrés pour répondre au désordre des familles. Ces placements privés sont très recherchés par les recteurs de Marseille car ils sont lucratifs. Cet expédient ne paraît pas être utilisé à Aix-en-Provence de 1690 à 1740. L'hospitalisation étant rituellement infamante, les recteurs garantissent aux parents l'anonymat pour ces sujets la plupart du temps insensés, et on sait qu'ils ne sont pas nombreux. Mais à Aix, rien ne filtre. A l'époque préévolutionnaire, l'hôpital des insensés d'Avignon qui est hors du royaume, semble exploiter ce genre de clientèle. A Marseille, on racole le client, mais ces correspondances démontrent que le lieu est répulsif pour les gens fortunés, pour lesquels la distance est le meilleur gage de l'anonymat. On retrouve là les exclusions formelles de la société d'Ancien Régime. Ces durées de séjour sont hors du champ de notre enquête qui porte sur le problème de l'insensé miroir d'une société dans le sens où celle-ci est obligée de passer des compromis sur le terrain, et que ce qui nous retient est précisément le détail infime qui rend ces compromis efficaces et pose à chaque instant les rapports de circulation entre la culture et sa folie. Une séquestration domestique, un placement à vie dans une maison de force ou à l'hôpital des insensés d'Avignon par exemple d'un sujet accompagné de son aumônier et de sa servante sont hors de notre sujet.

Questionner par les tests, dont on rend compte ci-dessous, une telle population est une absurdité. Prenons un exemple concret. Interroger ce que l'on nomme de nos jours l'ensemble des pensionnaires d'une maison de retraite ou d'une unité de gériatrie par ces tests donnerait pour conclusion que l'on y entre âgé, que l'espoir de vie y est statistiquement faible, et que la mortalité y est de 100% (un décès pour chaque placement). Cette comparaison qui ne tient pas compte d'une multiplicité d'autres facteurs est à prendre comme un raccourci, une pédagogie destinée à expliciter notre problématique en termes caricaturaux. En théorie comme en pratique, cette population (dont l'hôpital des insensés d'Aix-en-Provence ne mentionne jamais l'existence ce qui n'est pas d'une interprétation aussi aisée qu'il semblerait) sort de notre sujet. Cette difficulté méthodologique ne doit donc pas être prise en considération.

C - Le bilan

1° En vue panoramique.

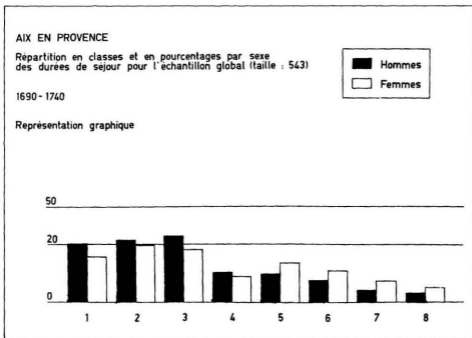
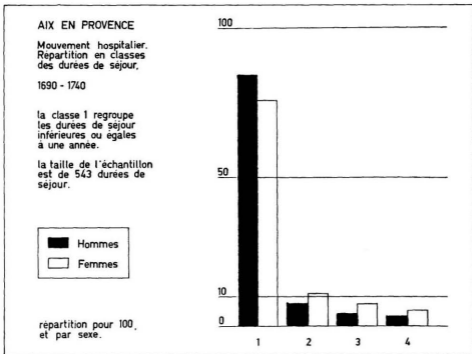
Nous avons opéré une première répartition en quatre classes des durées de séjour :

- classe 1 : durées de séjour inférieures ou égales à une année,
- classe 2 : durées de séjour comprises entre une année et 1.000 jours ; (environ 3 années).
- classe 3 : durées de séjour comprises entre 1.001 jours et 10 ans.
- classe 4 : durées de séjour dépassant 10 ans.

Reportons-nous à la représentation graphique concernant les 543 durées de séjour collationnées à l'hôpital des insensés d'Aix-en-Provence de 1691 à 1740. Nous constatons que 84,41% d'entre elles, concernant les hommes, et 75,71% de celles des femmes sont inférieures ou égales à une année. L'évidence flagrante est immédiatement appréhendée :

a) La quantité des hospitalisations courtes que les archives de l'hôpital des insensés d'Aix-en-Provence ont gardé en mémoire est écrasante. Et attendu que ces documents sont de bien meilleure qualité que ceux de l'hôpital Saint-Lazare des insensés de Marseille, leur prééminence nous fait penser que cette distribution est une réalité. Pourquoi les aurait-on sélectionnées au niveau des documents d'archives ? C'est le contraire qui est le plus naturel puisqu'un sujet hospitalisé plusieurs années a plus de chance de se voir désigné que celui qui ne demeure que quelques jours. Au niveau comptable, on peut gommer sans problème les dépenses entraînées par une hospitalisation courte, une sur cinq n'excédant pas dix jours, alors qu'une hospitalisation longue donne lieu à l'établissement d'un échéancier, procédure incontournable pour réaliser le bilan comptable annuel, scrupuleusement contrôlé par la communauté. Une hospitalisation longue est par nature productrice d'informations, rigoureusement le contraire d'une hospitalisation courte ou très courte. Puisque c'est l'inverse que l'on observe, une proportion écrasante de durées de séjour courtes, on peut en déduire que cette représentation graphique est une image de la réalité de la pratique institutionnelle et qu'elle est une fenêtre ouverte sur une épidémiologie quantifiée des maladies mentales.

b) Le pourcentage des durées de séjour supérieures à dix années est insignifiant. Là encore notre surprise est de taille. Elles représentent seulement 3,42% des durées de séjour des hommes, et 5,33% des durées de séjour des femmes. Cela est infime et pose problème. La cause à laquelle on s'arrêterait intuitivement comme évidente serait une mortalité hospitalière élevée empêchant des gens dont l'espoir de vie est statistiquement faible d'accéder à cette classe. Nous n'avons pas retenu cette explication. L'étude de la mortalité hospitalière pas plus que l'omission volontaire de toute référence écrite à des personnes hospitalisées dont l'identité devait rester secrète, ne peuvent expliquer cette particularité. On a attribué ce phénomène à une pratique institutionnelle. Comme aujourd'hui on sélectionne à l'entrée. Les nombreux conflits entre les recteurs de l'hôpital de la Charité et de l'hôpital des insensés prennent tout leur sens. Quant au retour systématique dans les familles dès que cesse l'accès psychiatrique aigu, il semble être la règle. Nous ne devons pas oublier une dimension à laquelle on ne fait jamais référence, mais qui demeure primordiale, l'aspect réglementaire du problème. L'article XIX du règlement de 1695 précise que « l'on renverra les insensés lorsque l'on jugera qu'ils sont revenus de leurs infirmités ou qu'ils auront des intervalles considérables ». L'article XXVII



explicite que les niais, simples, innocents et imbéciles « ne seront point reçus dans cette Maison »¹⁹. Le contour de notre représentation graphique est donc aussi le miroir du règlement de 1695, qui confirme que les partenaires en présence, les recteurs et la ville, se sont fidèlement soumis à une politique qui devait avoir une souplesse suffisante pour répondre à une adéquation entre la société civile et l'institution où se fonde le droit. Cette remarque concerne la fin du XVII^e et le début du XVIII^e siècle, et une classe sociale la bourgeoisie qui gère alors cette société civile et sa folie. Quant aux insensés, ils se partagent effectivement entre l'hôpital de la Charité, lorsqu'ils sont adaptables de façon minimale à une vie communautaire, et l'hôpital des insensés. Le transfert de l'un à l'autre est un geste de routine qui s'accompagne quelquefois d'une certaine acrimonie.

c) Une troisième observation, lisible d'emblée, est cette inversion des durées de séjour entre hommes et femmes pour la borne de classe d'une année. Le phénomène est surtout sensible pour les durées de séjour n'excédant pas une année où la prédominance masculine est de 8,7% supérieure aux durées de séjour des femmes exprimées en pourcentage. A partir de là se dessine une tendance inverse qui n'est pas conjoncturelle. La différence est significative et se situe dans les classes où se manifestent les chronicisations, à des prédominances de l'ordre de 3% dans l'ensemble des classes considérées pour le sexe féminin. Cela se lit probablement comme :

- un fait épidémiologique,
- un fait de société,
- une pratique institutionnelle.

L'homme en état d'agitation est beaucoup plus dangereux pour lui-même et pour autrui que la femme. On s'interpose et on peut maîtriser une femme, les voisins, la rue, et tout peut rentrer dans l'ordre relativement facilement. L'homme, une fois passée sa phase d'agitation n'est pas en danger dans la rue. Comme mendiant ou sans domicile on n'a aucun scrupule à le mettre dehors, alors que pour la femme la rue est sexuellement ségrégative. De plus, le phénomène des évasions est spécifiquement masculin.

C'est Jean-Baptiste Lautard, médecin à l'hôpital Saint-Lazare des insensés de Marseille, à partir du 2 février 1802, futur professeur et directeur de l'école secondaire de médecine de cette ville, qui semble nous livrer la clef de cette dernière énigme. Analysons cette longue citation extraite de ses mémoires, parues à Marseille en 1840²⁰. « Dès les premières années [d'existence de l'hôpital], les recteurs avaient observé que les femmes, après leur rétablissement, restaient souvent encore assez longtemps dans l'hôpital. On avait malheureusement pris l'habitude de ne les renvoyer que sur la demande des maris... et l'on remarquait que la classe pauvre, sur ce point était souvent en retard. Dans tous les temps, moins bien soignées que les hommes, les femmes du

19. Le règlement de 1695, de l'hôpital des insensés d'Aix est analysé dans la thèse en médecine de Daniel Delorme.

20. LAUTARD J.B., *La maison des fous de Marseille. Essai historique et statistique sur cet établissement depuis sa fondation en 1699 jusqu'en 1837*, Marseille, 1840, p. 84.

peuple ont été plus facilement confinées dans les asiles publics ; pour peu qu'elles deviennent incapables de remplir les soins du ménage ; les maris ont communément paru s'en détacher sans peine et ne plus s'occuper de leur sort, dès l'instant qu'elles ne sont plus sous leurs yeux. Il n'en est point ainsi lors de la réclusion des maris ; les femmes, qui commandent alors, sollicitent, avec insistance, en leur faveur, et l'on doit ajouter qu'il n'est pas rare de les voir réclamer leur sortie, lors même qu'elles n'ignorent pas qu'elles auraient lieu de s'en repentir ». Il est difficile de préciser si cette observation concerne une époque antérieure à la prise de fonction de Jean-Baptiste Lautard, ou si elle lui est contemporaine. Il semble que ce qui ait retenu son attention et soulevé sa réprobation, soit l'amoralité du comportement des hommes, et l'irrationalité de celui des femmes. La distance nécessaire à l'élaboration mentale de cette analyse, et à sa formulation, est obtenue par la constatation que tous ces sujets appartiennent « à la classe pauvre », à laquelle ce bourgeois d'une grande culture ne peut pas s'identifier. Un fait essentiel de société et de mentalité, est posé par l'étude quantitative et par son interprétation. Celui de la cohabitation des sexes, et des attributs prêtés à chacun par une mémoire « populaire ». Sans prétendre soulever le problème d'une norme occulte, assurant la conformité des conduites à un modèle culturel préexistant, nous pensons être au cœur d'une question fondamentale d'anthropologie et de sociologie historique.

2° Une analyse fine du phénomène

L'analyse fine du phénomène s'est faite en distribuant les durées de séjour exprimées en pourcentage et par sexe, en huit classes au lieu de quatre. Le choix des bornes des classes n'est pas arbitraire mais a été retenu dans l'optique d'une typologie « pratique » des hospitalisations. Ces classes sont assez proches de celles choisies par l'I.N.S.E.R.M., pour l'établissement des statistiques médicales des hôpitaux psychiatriques. On a visé dans cette représentation graphique à décomposer ce qui serait le mode, si les intervalles de temps étaient égaux, aussi a-t-on conservé les mêmes bornes de classe pour les durées de séjour dépassant une année. Les nouvelles classes se définissent ainsi :

- classe 1 : durées de séjour comprises entre 1 jour et 10 jours,
- classe 2 : durées de séjour comprises entre 11 jours et 30 jours, (1 mois),
- classe 3 : durées de séjour comprises entre 31 jours et 90 jours, (3 mois),
- classe 4 : durées de séjour comprises entre 91 jours et 180 jours, (6 mois),
- classe 5 : durées de séjour comprises entre 181 jours et une année,
- classe 6 : durées de séjour comprises entre 1 an et 1.000 jours (3 ans),
- classe 7 : durées de séjour comprises entre 1.001 jours et 10 ans,
- classe 8 : durées de séjour dépassant 10 années.

Comme cela est évident, tout se passe entre un jour et trois mois, 22,81% des durées de séjour des hommes, ce qui est un maximum absolu sont comprises entre un mois et trois mois. La classe qui groupe les durées de séjour comprises entre un et dix jours, amalgamant symptômes transitoires, mouvement concernant la voie publique et attente d'un transfert entre hôpitaux, occupe 20,15% de l'échantillon masculin. Bref, une hospitalisation sur cinq

ne dépasse pas dix jours, et une sur deux est inférieure à trois mois, alors que trois sur quatre n'excèdent pas une année.

Ces résultats paraissent inchangés pour les hospitalisations multiples ou en ventilant les durées de séjour par décades. Notre étude est sur le point de s'achever puisque nous avons semble-t-il établi que les contours de ces représentations graphiques sont celles des pratiques réelles et non romancées de l'enfermement des insensés. Ce marqueur « culturel » est remarquable car il touche une population socialement diversifiée. Elle voudrait peut-être, ce qui constitue un jugement, le symptôme répondant parfois à une demande externe opaque au sujet, cacher des disputes familiales qui finissent par les syncopes, les convulsions vaporeuses, les vertiges, et les étourdissements...

On a découvert, nous le croyons que l'institution est ouverte sur la ville, sur le petit peuple dans sa vie quotidienne, ses malaises, ses rixes, ou ses disputes, ses affections spasmodiques, ses vapeurs, qui sont souvent des rationalisations du mal à vivre, l'expression d'une difficulté grave de la vie sociale, ou encore symptomatiques d'un état dépressif ou d'une psychose qui sortira avec amélioration. Cette épidémiologie, on l'a compris est vue à travers le prisme du comportement institutionnel, c'est-à-dire de la place de l'institution des insensés dans la ville, la rue, et la famille et des liens organiques qui les unissent.

V. LE QUANTITATIF CONFIRME PAR L'ETUDE DE CAS : JEANNE CRESPIN

Dépasser le procès du déni philosophique, de la critique anthropologique, du scepticisme historique jaugeant les sources, c'est en définitive notre démarche de quantitatif, qu'il convient à présent de valider par une ultime contre-épreuve. Notre exploration ne concerne qu'une catégorie dans l'espace ouvert de la folie, mais la fiabilité de nos archives, dans leur prétention à ne donner ponctuellement à l'internement et à l'insensé qu'une silhouette assagie, se trouve par le texte que nous proposons confirmée pendant trente années (sur les cinquante que couvre notre sondage). Sans cela, la curiosité mathématique que nous mettons en évidence ci-dessous serait indétectable. Ce dépassement est pour nous l'aboutissement d'un projet, et c'est l'étude de cas qui confirme le quantitatif et clôt ainsi une interrogation qui était née aux racines même de notre propos actualiste.

Jeanne est née à Aix-en-Provence, très probablement le 14 novembre 1672. Elle est la fille d'Etienne Crespin et de Françoise André. Elle entre dans la maladie à l'âge de 30 ans, et subit à notre connaissance neuf hospitalisations à l'hôpital des insensés d'Aix. Elle décède à l'hospice rattaché à l'hôpital Saint-Jacques de cette ville, le 28 décembre 1730, âgée de 58 ans. Ce qui frappe tout de suite à l'étude de ce dossier, est le fait que les hospitalisations ont des durées assez semblables, voisines de 200 jours à l'exception de la huitième qui compte 530 jours, mais c'est la seule. Le plus remarquable est encore de constater que les rémissions sont elles aussi égales (de trois à quatre années) et que ce phénomène demeure rigoureusement inchangé pendant 28 ans. Un tel synchronisme n'est évidemment pas le fait du hasard. Nous avons affaire à une psychose maniaco-dépressive périodique, dont on ne peut pas

préciser la forme clinique. Cette affection qui se définit par la périodicité des accès et leur égalité, impose aux archives que nous avons dépouillées, une véritable contre-épreuve dont on appréciera toutes les implications.

Quelques remarques à propos de l'observation visualisée graphiquement :

1° Les récurrences les plus tardives sont notoirement les plus irrégulières. L'hospitalisation qui débute le 17 octobre 1727 pour s'achever 530 jours plus tard le 30 mars 1729, n'invalide en rien notre contre-épreuve. Il est possible que la longueur de cet accès, très différent des précédents, puisse être l'indice compte-tenu de l'âge de Jeanne Crespin et de l'ancienneté de la maladie, d'une évolution redoutable de l'affection.

2° Les formes d'une périodicité aussi rigoureuse sont rares, les intervalles se raccourcissant avec l'âge. C'est pour cela que nous ne pouvons présenter qu'un seul cas de ce genre.

3° Effectuer un tel repérage nécessite la réalisation de deux conditions :

a) l'environnement familial ou humain doit réagir par un seuil constant d'intolérance au paroxysme des manifestations pathologiques qui provoque l'hospitalisation,

b) la mobilité géographique doit être nulle, car l'évolution de la maladie doit être suivie pendant plusieurs décennies. Jeanne Crespin qui fut toute sa vie pensionnaire, et enfermée à l'hôpital de la Charité d'Aix-en-Provence, remplissait bien ces deux conditions.

4° Nous n'avons pas encore connaissance à ce jour de la date de sortie qui suit l'hospitalisation du 10 février 1720. L'épidémie de peste doit être la cause d'un probable défaut de transcription de ce mouvement.

On ne répètera pas les conséquences de cette contre-épreuve sur l'ensemble des tests proposés dans ce travail. Par contre nous considérerons qu'elle légitime notre doctrine actualiste, et que nous sommes au bout d'un chemin.

VI. CONCLUSIONS

Il demeure à établir le bilan d'une démarche intellectuelle dont l'existence fût la seule légitimation. Une confrontation avec la problématique foucauldienne devient nécessaire. Michel Foucault, ou la gloire en guerre... il eut sans doute aimé que l'actualité ne le délaisse pas, autant en philosophie où les textes de qualité se succèdent, qu'en histoire où il est cité à la fréquence la plus élevée dans les trois volumes de *Faire de l'histoire*²¹, ouvrages d'historiens sur l'histoire. En dehors du projet explicite de Michel Foucault, une apologie de l'irrationnalité pour beaucoup de philosophes, et de ses racines une filiation à la pensée de Nietzsche, il faut retenir bien d'autres enseignements de son *Histoire de la folie*. Il devient impératif de nuancer, voire de réfuter certaines thèses qui sont développées dans cet ouvrage.

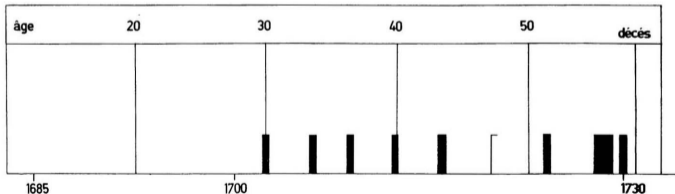
21. Selon Nicole Fresco, citée par François DOSSE, *L'histoire en miettes*, Paris, 1987, p. 189.

UNE PSYCHOSE PERIODIQUE AU XVII^{ème} SIECLE.

CRESPIN JEANNE

est née à AIX EN PROVENCE le 14 novembre 1672,

elle y décède, âgée de 58 ans le 28 décembre 1730.



Nous limitant à notre approche, le renfermement des insensés nous semble devoir être compris seulement dans les termes d'une dialectique. Dialectique du dedans et du dehors, du oui et du non, ne paraissant pas être une réalité dès que l'on confronte la théorie à l'épreuve des faits, ce que n'avait pas fait Michel Foucault. Les durées de séjour des sujets admis à l'hôpital des insensés d'Aix-en-Provence à la fin du XVII^e et au début du XVIII^e siècle, nous avaient paru constituer un test de choix pour saisir les conditions du renfermement des insensés. Elles s'inscrivent en faux contre la vulgate foucauldienne. Ce test met en évidence la grossièreté et l'absence de fiabilité d'une méthode qui tient pour significatifs des nombres énoncés en valeur absolue, sans confrontation à des indices démographiques ou épidémiologiques exprimés en pourcentage. Une négligence de la puissance des méthodes statistiques en histoire par le chantre de la sérialisation du champ historique.

Mais il ne faut pas accabler ou mésestimer Michel Foucault. Il faudrait repenser comme il l'a fait l'enfermement avec d'autres normes que celles de l'empirisme²² pour comprendre ce que cette pratique peut avoir de potentiellement terrifiant, et véhiculer de sens caché ce qui lui confère un statut à part dans les pratiques sociales de l'occident de la crise de la conscience européenne et des Lumières. Dans une autre perspective, on pourra considérer que la bourgeoisie aixoise installe ses marginaux, ses désocialisés, ses malades et ses fous dans des lieux clos, abris et prisons, les deux termes sont dialectiquement associés, en recourant à un discours qui met en exergue la bienfaisance. Il n'est pas de notre compétence de faire le bilan de l'enfermement, si tant est que cela ait un sens.

Michel Foucault soulève avec bonheur une autre problématique, l'ambivalence que l'on trouve aux racines des deux pratiques de la correction et du soin radicalisant les acquis de la tradition freudienne. C'est probablement ainsi qu'il faut le comprendre lorsqu'il dénonce le malade « complice à partir d'une pratique morale transparente au début qui est oubliée peu à peu à mesure que le positivisme impose ses mythes de l'objectivité scientifique »²³. Ce que Foucault paraît devoir retenir de cette constatation serait l'existence d'une dimension inconsciente dans le désir de soigner de la société, qui se perpétuerait à travers quelque chose de permanent, une structure pour ce philosophe, on pourrait ajouter une nature, ou une culture. Une violence qui se tarirait dans le rite institutionnel comme une obsession, et dont l'oubli imposerait une lecture archéologique.

Michel Foucault est très cohérent dans cette analyse de l'un des visages de notre modernité et nous avons relevé cet étonnant témoignage de l'acharnement thérapeutique des guérisseurs de fous, qui hantent le siècle des Lumières et les couloirs des hôpitaux des insensés, l'un qui maltraite si bien deux fous de l'hôpital Saint-Lazare de Marseille aux alentours de 1760, qu'il les transforme

22. DELEUZE G., *Foucault*, Coll. Critique, Paris, 1986, p. 49 et 50. Gilles Deleuze affirme que Foucault n'est pas le penseur de l'enfermement et ce contresens nous empêcherait de saisir son projet global.

23. FOUCAULT M., *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, 1972, p. 528.

en squelettes en trois mois (au lieu d'un !), l'autre dont le grand-père était un homme illustre de son temps qui détenait ce secret si rare de guérir les fous consigné dans des mémoires, mais cet atavisme a tourné court²⁴.

Une autre thèse développée par Michel Foucault qui soulèvera beaucoup de réserves de notre part est l'affirmation sans nuance, que toute tentative de référence à la psychopathologie dans une histoire de la folie conduirait à la production « d'un objet irréparablement inférieur à l'histoire » et « qui n'a pas sa place dans l'univers de notre discours »²⁵. Explicitant Foucault, nous retrouvons là une disqualification de toute démarche excluant la méthode archéologique et le langage. Était-il donc possible de concevoir une épidémiologie exprimée dans un formalisme mathématique, et ne prenant donc pas ses racines dans les catégories de la nosographie des maladies mentales et dans la psychopathologie. Ce fut l'enjeu de cette recherche.

Une découverte empirique fondatrice du modèle épidémiologique provençal, ou dans un domaine plus étroit d'une sociologie géographique des maladies mentales à l'âge baroque, est l'individualisation de deux populations distinctes, des femmes en provenance des bassins et plateaux varois, et des hommes originaires du plateau pliocène de Riez-Valensole, approximativement les préalpes de haute Provence. L'adéquation de la sociologie urbaine aixoise des maladies mentales, avec le modèle actuel de l'écologie urbaine psychiatrique parachève notre tentative. Son achèvement constitue une percée dans un champ à l'intersection de trois problématiques propres à la fin du règne louis-quatorzien, une sociologie urbaine, une géographie migratoire, et une morbidité psychiatrique. En ce point, nous constaterons que la richesse des résultats et la puissance de la méthode de l'histoire des mentalités, permettent de conclure à un dépassement ponctuel mais très profond du foucauldisme. C'est donc une histoire « avec racines » dans la démographie et l'épidémiologie, selon l'expression de Michel Vovelle, que nous proposons pour les insensés de Provence²⁶.

Michel Foucault aurait-il entrevu la difficulté que faisait planer l'existence de l'hôpital des insensés d'Aix-en-Provence sur sa démarche puisque citant le règlement de 1695 (date à laquelle il prétend à tort que l'hôpital ouvre ses portes), il tire argument des conditions d'admission très sélectives, dont le caractère dangereux pour autrui ou eux-mêmes des sujets hospitalisés, pour conclure que cette institution avait « encore » un caractère purement répressif²⁷. Cet escamotage pourrait bien servir à éluder le fait qu'une telle structure hospitalière est inclassable dans son système. Elle aurait plus d'un demi-siècle d'avance sur les postulats foucauldien.

De surcroît, l'internement, conçu comme effort pour corriger l'erreur perçue comme une faute commise par le fou, n'a jamais constitué le fondement d'une théorie du pouvoir, pour la bourgeoisie aixoise gérante des lieux. Le

24. Arch. dép. B. du Rh. (Marseille), H XIII, F 6, 2 mai 1761.

25. FOUCAULT M., *op. cit.*, p. V (édition de 1961).

26. VOVELLE M., *Idéologies et mentalités*, Paris, 1982, p. 97.

27. FOUCAULT M., *op. cit.*, p. 404.

pragmatisme et la clairvoyance des élites n'est pas en cause puisque le cadre institutionnel qui se met en place vers 1690, rejette d'emblée tout exorcisme qui frapperait la folie comme une expérience sociale normative s'articulant autour de la correction. On peut même considérer que cette pratique sociale est d'une étonnante modernité si l'on envisage que son cadre mental et juridique appartient tout entier au XVII^e siècle. La coexistence d'une institution aussi novatrice, et d'espaces d'enfermement que furent les maisons de force, nous amène dans une perspective fonctionnaliste à observer que les juges et les familles recouraient simultanément aux deux, dans une relation de complémentarité. Cette époque, où se mêlent archaïsme et anticipation, aura son épilogue à la révolution. Les maisons de force disparaîtront à la fin de l'ancien régime, ainsi que les ordres du roi qui les remplissaient. Les hôpitaux des insensés sont à l'origine de nos modernes institutions psychiatriques. Ce synchronisme impose donc de mélanger les étapes d'un processus que Michel Foucault présentait comme une généalogie. Cela perturbe complètement la cohérence de l'ensemble.

Jean-Baptiste Lautard, médecin de l'hospice des insensés de Marseille dès 1802, plus tard maison des aliénés, écrit dans ses mémoires en 1840²⁸, que « [les insensés ont] un dégoûtant aspect, une ordurière attitude, des sales propos, [ce sont] les restes avilis d'une humaine figure. [Ils croupissent dans] l'infection, les effluves repoussants de leurs excréments, [et vivent avec] des milliers de rats provenant des égoûts. Ces ruines humaines... constituent les débris du siècle qui vient de s'écouler, c'est le déplorable rebut de l'espèce humaine. » Ces citations mises bout à bout dégagent implicitement la notion de déchet. Il y a donc une connotation excrémentielle. Si tel est le cas, il faudrait postuler en une putrescibilité de certains membres du corps social.

Piero Camporesi a bien cerné cette dialectique liant corruptibilité et son contraire²⁹. Les églises ne peuvent pas se corrompre, comme le corps des saints et leur chair « impassible ». Ils s'opposent à la corruptibilité que le mythe de la génération spontanée rend angoissante, d'un univers de la décomposition, du putride, du fermentescible, du grouillement et du vermineux. Les hôpitaux des insensés pourraient être inclus dans ces franges corruptibles. L'âge classique engendre des lieux similaires, ainsi les galères dont André Zysberg³⁰ nous dit qu'elles furent le plus grand pourrissoir d'hommes de la France moderne. Alain Corbin a posé le problème de la désodorisation d'un vocabulaire nauséabond au milieu du XVIII^e siècle³¹. Lorsqu'au siècle suivant, les mythes que Piero Camporesi considère comme générateurs du dégoût pour une culture de l'excrément et de l'informe deviennent obsolètes, et que la procréation n'est plus liée aux représentations imaginaires de l'âge baroque³²,

28. LAUTARD J.B., *op. cit.*, p. 13, 80, 114, 215, 218.

29. CAMPORESI P., *La chair impassible*, Paris, 1986.

30. ZYSBERG A., *Les galériens, vies et destins de 60.000 forçats sur les galères de France, 1680-1748*, Paris, 1987.

31. CORBIN A., *Le miasme et la jonquille, l'odorat et l'imaginaire social, XVIII^e-XIX^e siècles*, collection historique, Aubier-Montaigne, Paris, 1982, p. 71.

32. DARMON P., *Le mythe de la procréation à l'âge baroque*, Paris, 1981.

la naissance et le développement de la psychiatrie modifient encore les enjeux. Dès 1840, le psychiatre français Bénédicte-Augustin Morel élabore la théorie de la dégénérescence qui connaîtra une fortune étonnante et une large diffusion européenne. Elle ne deviendra caduque qu'au début du XX^e siècle. Pour Morel, le malade mental est un dégénéré. La race au sens littéral, et l'espèce sont mises en cause depuis le péché originel. L'hérédité,... une histoire à suivre.

Jean-Pierre BILLET