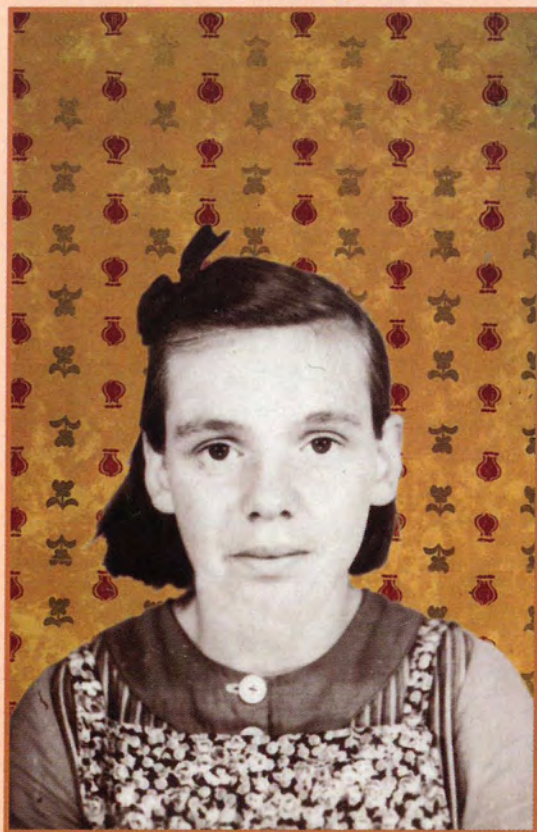


Geneviève HELLER, Gilles JEANMONOD, Jacques GASSER

Rejetées, rebelles, mal adaptées



Débats sur l'eugénisme
Pratiques de la stérilisation non volontaire
en Suisse romande au XX^e siècle

georg
ÉDITEUR

Bibliothèque d'histoire
de la médecine et de la santé

REJETÉES, REBELLES,
MAL ADAPTÉES

GENEVIÈVE HELLER, GILLES JEANMONOD, JACQUES GASSER
COLLABORATION DE JEAN-FRANÇOIS DUMOULIN

REJETÉES, REBELLES, MAL ADAPTÉES

DÉBATS SUR L'EUGÉNISME
PRATIQUES DE LA STÉRILISATION NON VOLONTAIRE
EN SUISSE ROMANDE AU XX^e SIÈCLE

BIBLIOTHÈQUE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE ET DE LA SANTÉ



Bibliothèque d'histoire de la médecine et de la santé

Comité de rédaction:

Vincent Barras (responsable de la publication de cet ouvrage), Andrea Carlino et Jacques Gasser

Conseillers éditoriaux:

Bertrand Kiefer, Henri Weissenbach

Rédaction:

Institut universitaire romand d'histoire de la médecine et de la santé, 1, chemin des Falaises, CH-1005 Lausanne et CP, CMU, CH-1211 Genève 4

La Bibliothèque d'histoire de la médecine et de la santé bénéficie du soutien des Hospices cantonaux (Etat de Vaud) et de la Fondation Louis-Jeantet de médecine.

Remerciements

Cet ouvrage a pu paraître grâce à l'aide généreuse:

- du Service de la santé publique du canton de Vaud
- de la Direction des Institutions psychiatriques des Hospices cantonaux du canton de Vaud
- de la Direction de la santé publique et des affaires sociales du canton de Fribourg
- des Autorités sanitaires du canton du Valais

Nous tenons à les en remercier vivement.

Nous remercions également Eliane Lehmann pour sa lecture attentive de l'ensemble de notre manuscrit et Danièle Calinon pour sa lecture vigilante de la partie bibliographique.

Notre gratitude va encore aux institutions qui ont accordé un financement avant permis d'effectuer les recherches qui sont à la base de cet ouvrage. En premier lieu le Fonds national suisse de la recherche scientifique qui nous a accordé un subside de trois ans (projet N° 1253-053008), le Département de l'intérieur et de la santé publique du canton de Vaud qui a financé les premiers mois de la recherche, ainsi que le Département universitaire de psychiatrie adulte de Lausanne qui nous a accueillis dans ses locaux et qui nous a apporté un soutien logistique confortable.

Mise en pages: Compotronic SA, Boudry/NE

Graphisme de couverture: François Meyer, Gordon Zola, Grafix Fonderie, Carouge

Illustration de couverture: photographie de Louise à l'âge de 19 ans, 1947 (dossier médical, Hôpital psychiatrique de Cery)

© Copyright 2002 Georg Editeur, M&H Département livre
46, chemin de la Mousse • CH-1225 Chêne-Bourg/Genève
1, rue du Dragon • F-75006 Paris

Tous droits de reproduction, y compris par photocopie
traduction et adaptation réservés pour tous les pays.

ISBN 2-8257-0807-0

SOMMAIRE

Préambule	1
Introduction	9
Première partie	15
Eugénisme : le poids du passé	15
Archives médicales : patrimoine historique à risque	43
Aspects juridiques	55
Stérilisation et contraception	89
Deuxième partie	139
Vaud	139
Berne	229
Genève	243
Neuchâtel	305
Fribourg	353
Valais	391
Synthèse:	
Pratique de la stérilisation en Suisse romande durant le XX ^e siècle	413
Annexes	427
Bibliographie générale	446
Index des noms	467
Table des matières	473

PRÉAMBULE

Préambule

Celui qui écrit l'histoire de la stérilisation non volontaire en Suisse romande découvre des situations individuelles souvent dramatiques et poignantes dans lesquelles la stérilisation est envisagée comme une mesure complémentaire aux tentatives, faites généralement sans grands moyens, de réinsertion sociale d'une personne rejetée, rebelle et mal adaptée aux normes de la société. La plupart des cas étudiés dans notre enquête sont extraits des dossiers médicaux constitués au cours du XX^e siècle et documentés de façon fragmentaire; leur anonymat a été respecté. Un seul cas est sorti de l'anonymat des dossiers d'archives par le témoignage d'une femme aujourd'hui âgée qui a accepté de raconter son parcours.

Ce témoignage, à la fois représentatif et pourtant unique, est présenté en exergue à cet ouvrage. Il s'agit d'emblée de montrer la complexité des situations, tant pour les personnes concernées que pour les différents acteurs impliqués dans la décision d'une éventuelle stérilisation.

Au-delà de la restitution des résultats de notre recherche et des réflexions que ces derniers ont pu susciter, cet ouvrage se veut également un hommage aux parcours de vie de toutes les femmes qui ont été stérilisées et à ceux des quelques hommes qui l'ont été également, de manière non volontaire, le plus souvent avec leur accord formel et quelquefois à leur insu, mais quasiment toujours sans que soit obtenu – ce que nous avons appris à nommer depuis quelques dizaines d'années – leur consentement libre et éclairé¹.

¹ Cette notion, qui relève de l'éthique médicale, est apparue au cours de la seconde moitié du XX^e siècle. Elle a été reconnue à l'échelle internationale à la suite du Code de Nuremberg (1947) puis de la Déclaration d'Helsinki (1964) – deux formes complémentaires de codifications établissant les règles éthiques à suivre en cas d'expérimentations sur les êtres humains. A la lumière de ces deux documents, l'injonction morale faite au médecin-chercheur d'obtenir le consentement libre et éclairé du sujet de recherche sous forme écrite permet d'attester que ce dernier se prête volontairement à l'expérimentation proposée après avoir été adéquatement

Ce n'est pas tant la stérilisation qui est problématique (on rappellera que c'est le moyen contraceptif de loin le plus utilisé sur la planète), ce sont les motifs et les procédures de décision qui peuvent aboutir à cette mesure. Ils sont à comprendre et à discuter, étant entendu que, comme notre recherche se base sur des archives concernant près d'un siècle, il s'agira de constamment renvoyer notre compréhension des processus analysés aux valeurs de chaque époque concernée. En effet, il suffit d'évoquer l'évolution considérable dans les conceptions, par exemple, de la place de la femme dans la société, de la sexualité avant et après le sida, ou encore des relations médecins-malades pour comprendre l'importance de relativiser les jugements que nous avons souvent trouvés associés aux questions suscitées par cette étude.

Pour éviter ce piège du jugement rétrospectif, en particulier les dénonciations éthiques après-coup, nous avons donné une place privilégiée aux documents décrivant les trajets individuels tout en les replaçant dans leur contexte (juridique, social, politique, culturel) pour éviter un autre piège, celui du relativisme au nom duquel il serait inutile d'essayer de tirer des lignes de force ou des tendances.

Histoire de Louise

Quelques jours après la parution dans la presse vaudoise de divers articles relatifs à la stérilisation des malades et handicapés mentaux en Suède et dans le canton de Vaud, un témoignage a été diffusé sur le premier programme de la Radio suisse romande en septembre 1997². La personne, sous le prénom d'emprunt de Louise, raconte comment en 1947, à l'âge de 21 ans, alors qu'elle était sous tutelle parce que « rebelle », elle a dû avorter d'un enfant illégitime et a été stérilisée. A l'âge de 71 ans, elle s'étonne encore d'avoir dû subir ce sort :

« J'ai été avortée et stérilisée de force, c'était l'ordre du Tuteur général. J'étais en hôpital psychiatrique. Et lorsqu'on m'a posé la question, si j'acceptais, on me libérerait de l'hôpital, si je refusais, j'y étais pour le restant de mes jours, alors j'ai accepté, mais c'était de force. »

Lors d'un entretien ultérieur, Louise nous a expliqué les circonstances telles qu'elle s'en souvient. Elle était en place chez un particulier; devenue enceinte d'un domestique qui travaillait au même endroit qu'elle, elle avertit son tuteur. Elle se

informé, sans contrainte, de la nature de celle-ci, ainsi que des bienfaits et des risques qu'elle comporte (*informed consent*). La règle du consentement est l'expression du respect du principe d'autonomie de la personne; ce dernier constitue depuis le milieu des années 1970, aux côtés du devoir de *bienfaisance* et de l'obligation de répartition *équitable* des ressources médicales, l'un des trois principes fondamentaux de l'éthique médicale – également dénommés *les trois principes de la bioéthique*. Depuis les années 1980, l'obtention du consentement libre et éclairé est considérée comme une exigence éthique qui doit être respectée, non seulement dans le cadre de la recherche expérimentale sur l'être humain, mais également dans le contexte de la pratique de la médecine clinique. La règle du consentement exprime, depuis lors, la priorité qui doit être accordée dans le cadre de toute forme d'intervention médicale au respect de la capacité d'autodétermination morale du patient (voir GUILLOD 1986). Cette note a été rédigée avec l'aimable collaboration de Lazare Benaroyo, privat-docent d'éthique à la Faculté de médecine de Lausanne.

² Témoignage recueilli par Isabelle Biolley et diffusé le 8 septembre 1997 dans l'émission matinale « Arrêt sur Info ».

rappelle mal qui lui a dit, à ce moment-là, qu'elle devait choisir entre avorter et être stérilisée ou passer sa vie à Cery, mais elle a pris peur.

Après avoir, selon ses propres termes, eu une enfance «cahin-caha», une jeunesse «loupée», elle a «passé les 25 meilleures années de sa vie avec son mari» entre 42 et 67 ans; devenue veuve, elle vit actuellement une vieillesse «heureuse». Pleine de vitalité, de fantaisie, de malice, elle est très occupée à tricoter, à faire des collectes, à apprendre à jouer d'un instrument de musique.

Conservé aux archives de l'Hôpital psychiatrique de Cery dans le canton de Vaud, le dossier de Louise est épais. Par contre, aucun document relatif à son cas n'a été retrouvé dans les archives du Service sanitaire; la stérilisation de Louise n'a pas été soumise à l'autorisation du Conseil de santé, ainsi que le voudrait l'article 28 bis de 1928³.

Sous tutelle depuis son enfance, elle a séjourné dix fois à Cery entre 19 et 28 ans, pour une durée totale d'internement d'environ six ans, les séjours variant de un à vingt-deux mois et les périodes de placement chez des particuliers de quinze jours à seize mois. A cela s'ajoute une dernière hospitalisation de trois semaines lorsqu'elle a eu 34 ans. Pendant quelque temps encore elle a été suivie à la Polyclinique psychiatrique.

Orpheline de père à un an, Louise a été placée dans une famille, reprise par sa mère qui la battait, placée ensuite à la campagne où elle travaillait dans un ménage en même temps qu'elle suivait avec difficulté l'école; elle avait des «bizarreries de caractère». Elle est alors placée dans un orphelinat; elle est qualifiée de «bonne fille», «travailleuse», de «très bonne volonté», mais «très retardée», «infantile», «boudeuse», ayant souvent «des accès de rage». Devenue trop âgée pour l'orphelinat, elle est alors placée dans une maison pour adolescents arriérés.

Louise a 19 ans lorsqu'elle est conduite à Cery pour la première fois, les médecins lui donnaient 14 ans, aussi bien au niveau du développement physique que mental et intellectuel (*fig. 1*). Le diagnostic, qui restera inchangé lors des séjours suivants, est celui de «psychopathe infantile» auquel viennent s'ajouter d'autres éléments comme «réactions d'opposition» ou «intelligence en dessous de la moyenne».



Figure 1. Photographie de Louise à l'âge 19 ans, 1947 (dossier médical, Hôpital psychiatrique de Cery).

³ La loi vaudoise et son application seront examinées plus loin.

Après avoir passé deux mois et demi en observation à Cery, Louise est placée chez un particulier à la campagne. Neuf mois plus tard, elle est amenée à Cery par sa mère avec un certificat médical de la Policlinique médicale universitaire où elles s'étaient présentées.

Le dossier de Cery relate les renseignements donnés par la mère concernant les péripéties depuis le premier placement :

« Cette place était trop difficile pour elle et elle ne restait qu'un mois pour se rendre chez sa mère de son propre chef. [Après un mois et demi, elle] est placée par la mère à [...], y resta trois mois chez des paysans, ne travaillait pas bien, répondait grossièrement et courait après les hommes. [...] Puis un mois à [...]. [Ensuite] chez des connaissances, ça n'allait pas non plus, [...] un mois dans une fabrique. Ça n'allait pas non plus, on l'a renvoyée à la maison. "On ne sait plus qu'en faire", "elle menait la vie avec les jeunes". Ainsi la mère s'est décidé de la conduire ici. [...] [Sa mère] aimerait qu'on fasse une opération de stérilisation⁴, vu qu'elle court tout le temps après les hommes! Le tuteur aurait l'intention de remettre son mandat. La mère est une personne assez primitive.»⁵

Durant le deuxième séjour à Cery, elle « fait des difficultés en division. [...] Se montre paresseuse pour le service de division, se querelle avec d'autres malades qu'elle injurie et se plaint ensuite que personne ne l'aime. » Peu à peu, « on constate une amélioration marquée dans le comportement de la jeune fille, qui est beaucoup plus disciplinée, travailleuse, serviable et aimable. »

« Nous constatons, d'après son comportement ici, que l'internement dans un hôpital psychiatrique ne se justifie pas et que lorsque [Louise] se trouve dans de bonnes conditions extérieures, elle se donne de la peine pour satisfaire son entourage. Son internement dans un hôpital psychiatrique ne se justifie pas puisque ces anomalies de caractère ne sont pas justiciable à un traitement.»⁶

Après quatre mois et demi passés à Cery, Louise est placée comme aide de ménage chez des particuliers. Cela dure deux mois, elle est ramenée à Cery par un gendarme après avoir fugué. Elle explique qu'« elle avait trop à faire, se fatiguait »⁷.

Elle passe une période plus longue à Cery, sept mois, le temps de retrouver une certaine stabilité dans son comportement qui oscille entre des attitudes d'opposition et d'adaptation.

Trois jours avant de quitter Cery pour se rendre dans une nouvelle place, Louise semble adopter l'idée énoncée, une année plus tôt, par sa mère auprès du médecin de la Policlinique. Elle écrit à ce médecin pour lui demander d'être stérilisée. Le dossier n'en dit pas davantage. Louise est placée comme convenu. Un mois plus tard elle fugue à nouveau.

⁴ Un double trait au crayon rouge est ajouté dans la marge. C'est dire que par la suite sans doute les médecins ont relevé ce point particulier.

⁵ Dossier, 24. 5. 46.

⁶ Rapport du 12 septembre 1946.

⁷ Dossier, 19. 12. 46.

Louise est ramenée à Cery où elle est hospitalisée en admission volontaire, c'est-à-dire sans certificat médical et en signant un formulaire ad hoc. Une semaine après, le 24 août 1947, elle écrit au médecin de Cery pour s'excuser de son comportement et réitère sa demande d'être stérilisée :

« Je viens vous dire tout le regret que j'ai d'avoir été sottte et d'avoir quitté ma place si malhonnêtement. [...] J'étais fatiguée, c'est pour cela que je ne supportais plus rien. Maintenant j'aimerais savoir si mon tuteur serait d'accord que je me fasse stériliser; car les jeunes gens sont toujours après moi. Je ne me laisse pas faire⁸ du moment que je ne désire point d'enfants. Et ce serait au moins pour toute ma vie. Je serais tranquille. Et puis je sais que je ne peux pas rester ici toute ma vie. Mais je n'aimerais retourner en place qu'après avoir bien appris à travailler. »

Aucune allusion n'est faite dans le dossier à cette lettre conservée en annexe. Le 10 septembre, elle est placée à nouveau chez des particuliers. Quelques jours après, soit le 23 septembre, elle écrit à son tuteur pour lui annoncer qu'elle est enceinte.

« J'ai une chose assez grave à vous annoncer. Je ne sais si Cery vous a averti que je suis enceinte d'un jeune homme de 32 ans qui était à [...] comme domestique [...]. Je sais que je suis autant fautive que lui. Je devais résister mais je n'avais pas la force. Il y a deux mois. J'aimerais bien qu'on fasse le nécessaire car je n'aimerais pas avoir trop d'ennui. [...] J'espère me faire stériliser le plus tôt possible. »

Le tuteur écrit au Chef du Service psychiatrique de la Policlinique, celui-là même auquel Louise s'était adressée trois mois plus tôt :

« A fin septembre elle m'a informé qu'elle se trouvait enceinte. Comme il s'agit d'une débile mentale, je vous serais obligé d'examiner s'il est possible d'interrrompre sa grossesse et d'envisager la stérilisation de l'intéressée, afin d'éviter la prolifération d'une descendance tarée. »⁹

Le médecin de Policlinique écrit aussitôt à la Maternité :

« [Louise] est une psychopathe infantile à responsabilité restreinte, instable [...] de caractère difficile et présentant des réactions inattendues et imprévisibles. [...] Elle ne se soucie pas outre mesure de son état dans sa conviction naïve qu'on doit intervenir puisque sa mère le désire et parce qu'elle même avait déjà demandé l'année dernière d'être stérilisée.

« Dans les conditions données, une grossesse risquerait fort d'aggraver sérieusement l'état mental de [Louise] et nous estimons effectivement qu'une interruption est justifiée conformément aux dispositions du code, ceci notamment en tenant compte de la réactivité nettement pathologique et de court-circuit de cette jeune fille qui pourrait faire craindre le pire (suicide ou infanticide) au cas où on

⁸ En fait elle a eu des relations sexuelles quelques semaines auparavant, comme elle l'expliquera dans sa lettre du 23 septembre adressée au Tuteur général.

⁹ Lettre du Tuteur général au Chef du Service psychiatrique de la Policlinique, 20 octobre 1947.

n'interviendrait pas et où elle n'aurait pas trouvé par elle-même secours auprès d'une faiseuse d'anges complaisante.

«Il va de soi que, seule mesure préventive et efficace pour l'avenir, la stérilisation de [Louise] devrait être pratiquée par la même occasion.»¹⁰

Quelques jours plus tard, le Directeur de l'Asile de Cery reçoit l'avis suivant :

«Mademoiselle [...] admise à la Maternité sur votre demande le [...] a été opérée le [...]. Diagnostic: grossesse de 3 mois. Psychopathie constitutionnelle. Traitement: Curetage. Stérilisation.»¹¹

Louise a 21 ans. Toujours sous tutelle, elle retourne à la place qui lui est assignée. Six séjours à Cery se succéderont durant encore huit ans, à chaque fois après des échecs de placement «à cause de l'impulsivité de la patiente»¹². Si la place de Louise n'est pas à l'hôpital psychiatrique car on semble impuissant à traiter véritablement ses défauts de comportement en société, elle y revient périodiquement car elle ne s'adapte pas aux solutions envisagées pour elle. Elle fuit le lieu qui lui est assigné, elle est rattrapée, retrouvée, mais souvent aussi, c'est d'elle-même qu'elle se présente à la police, chez un pasteur, à la prison pour qu'on la reprenne en charge. Cery sert alors de lieu de refuge, aussi bien de l'avis de son tuteur ou des tiers que, de manière variable, de son avis à elle. Cery est un lieu de transition pour réajuster son comportement.

L'exemple de Louise invite à une grande prudence dans l'interprétation des circonstances qui aboutissent à une stérilisation, notamment le rôle joué par les différentes instances dans la prise de décision. Les éléments conservés dans le dossier semblent indiquer que, plutôt qu'un consentement à une proposition qui aurait été faite par le psychiatre devant une situation très défavorable pour mettre au monde un enfant, il s'agit d'une requête de la personne elle-même. Les motifs de Louise ont été l'appréhension de devenir enceinte, puis l'angoisse d'être enceinte, en même temps qu'elle craignait de devoir rester à Cery. Cependant, elle savait sans doute qu'elle était à Cery avant tout à cause de ses fugues et de ses comportements impulsifs et excessifs. Quelle conscience avait-elle du caractère définitif de la solution envisagée, se sentait-elle plutôt rassurée de ne plus avoir à craindre d'autres grossesses? «Je ne désire point d'enfants. Et ce serait au moins pour toute ma vie.» (24. 8. 1947) Sans doute était-elle dans une situation d'insécurité, voire de peur, qui l'a conduite à envisager une solution définitive. A posteriori, elle garde le sentiment d'avoir subi et non voulu cette solution.

Dans les archives, ce cas apparaît comme une stérilisation volontaire, et pourtant seule la demande du tuteur a été véritablement prise en considération. Après la première demande formulée par sa mère «assez primitive», Louise a ainsi demandé à quatre reprises qu'on la stérilise. La première fois, c'était deux jours

¹⁰ Lettre du Chef du Service psychiatrique de la Polielinique, 20 octobre 1947.

¹¹ Formulaire complété et daté du 15. 11. 47.

¹² Dossier, 14. 8. 50.

avant de quitter Cery pour être placée à la campagne où elle serait confrontée à la réalité de la vie. Le placement était organisé, il a été exécuté. La seconde et la troisième fois, Louise écrit au médecin de la Polyclinique, puis au médecin de Cery, pour demander la stérilisation sans mentionner sa grossesse probable. Elle pensait peut-être que la stérilisation la libérerait du même coup de sa grossesse délicate à avouer. C'est enfin sa lettre au tuteur qui déclenche le processus de décision jusqu'à l'opération; suivent alors les demandes du Tuteur général au médecin de Cery et au médecin de la Polyclinique, la consultation à la Polyclinique, la demande de la Polyclinique à la Maternité. L'opinion de Louise comptait peu en regard de celle de son tuteur, et la grossesse avouée rendait la situation plus aiguë.

Le document de la Maternité indique « psychopathie constitutionnelle ». Dans une lettre adressée au Tuteur général et datée de l'année suivante, le directeur de Cery rappelle la stérilisation en ces termes: « Pour éviter une descendance tarée, elle a été stérilisée en 1947. »¹³ On peut se demander pourquoi, malgré une pathologie du comportement, quatre séjours à Cery et l'allusion a posteriori à une partie de l'article de la loi vaudoise de 1928 sur la stérilisation, la demande concernant Louise n'a pas suivi la voie légale requise. L'analyse de l'application de la loi montrera plus loin les limites de celle-ci.

¹³ Lettre du 25 juin 1948.

INTRODUCTION

Introduction

Durant les dernières années du XX^e siècle, plusieurs études générales sur l'histoire des idées et des politiques eugéniques (notamment la stérilisation) ont été publiées au sujet des pays d'Europe et d'Amérique du Nord les plus concernés¹⁴. Elles attestent le large écho de l'eugénisme dans l'ensemble de la société durant la première moitié du siècle et mettent en évidence des sensibilités et des pratiques différentes selon les contextes culturels et politiques. Ces études scientifiques montrent la complexité du problème.

A l'inverse, c'est une approche réductrice qui prévaut dans l'opinion publique contemporaine, l'eugénisme étant le plus souvent assimilé au nazisme et le passé perçu comme sombre et scandaleux. On a pu observer ces stéréotypes en 1997 au moment où la presse s'est emparée du cas de la Suède, révélant la stérilisation "forcée" de plus de 60'000 personnes entre 1935 et 1976¹⁵.

Entre le champ des vastes analyses sur l'eugénisme dans les pays anglo-saxons, germaniques, nordiques ou latins et celui des préjugés nourris par l'épisode culpabilisant des pratiques nazies, il paraît indispensable de faire une place à des études plus limitées géographiquement, s'appuyant sur un corpus d'archives cohérent qui permet d'étudier localement, dans un contexte précis, les positions théoriques, les débats publics et les applications pratiques adoptées par les divers acteurs sociaux, notamment les autorités et les médecins, plus particulièrement les psychiatres et les gynécologues.

Il faut remarquer que diverses préoccupations contemporaines relatives à la génétique ou au droit de la personne handicapée mentale¹⁶ suscitent une approche

¹⁴ Voir le chapitre intitulé «Eugénisme: le poids du passé» relatif aux publications sur l'eugénisme, la stérilisation et aux médias.

¹⁵ *Ibidem*.

¹⁶ Droit à l'information, à la consultation et à l'autodétermination, notamment dans le domaine de la sexualité et de la procréation, voir DIEDERICH 1998.

nouvelle de l'eugénisme et de la stérilisation. Il importe d'autant plus de faire une enquête historique aussi rigoureuse que possible pour éviter les amalgames et les anachronismes.

Notre étude porte sur l'eugénisme en Suisse romande et sur la stérilisation des malades et des handicapés mentaux de la fin du XIX^e siècle à nos jours. L'eugénisme et la stérilisation en général sont des sujets complexes; la stérilisation non volontaire se trouve à l'intersection de ces deux sujets.

En focalisant l'attention sur cette problématique, il importe de garder à l'esprit qu'elle se rattache à d'autres domaines qui l'expliquent en partie comme le contexte économique, les efforts de prévention, les modalités d'assistance, le statut de la femme.

Méthode et contenu

A la suite des révélations dans les médias en 1997 concernant les pratiques de stérilisation en Suède dans le courant du XX^e siècle, quelques articles publiés en Suisse romande ont suggéré de manière accusatrice une analogie avec le canton de Vaud qui eut «l'indécence en 1928 de voter une loi eugéniste»¹⁷; de fait, six ans avant la Suède, Vaud avait été le premier Etat en Europe à adopter une loi sur la stérilisation. Ainsi, un événement de l'actualité a déclenché la première partie d'une recherche sur l'eugénisme et la stérilisation: les autorités sanitaires du canton de Vaud ont mandaté une étude historique relative à l'adoption en 1928 et à l'application jusqu'à son abrogation tacite en 1985 de l'article de loi concernant la stérilisation de personnes atteintes de maladie ou d'infirmité mentale.

Il est apparu qu'une étude plus large¹⁸ sur ce sujet, dans le contexte de toute la Suisse romande, permettrait de mieux comprendre les conceptions et les pratiques concernant la problématique du contrôle de la procréation de personnes inadaptées. Cette problématique comporte plusieurs aspects, qui ont évolué au cours du XX^e siècle et qui ont été abordés différemment selon les régions et les personnalités influentes, notamment

- les questions de l'hérédité et de l'incurabilité de certaines pathologies
- le contrôle des naissances (contraception et stérilisation)
- les compétences des autorités sanitaires et des autorités de tutelle
- le consentement de la personne concernée.

Les cantons romands offrent par leur diversité culturelle et religieuse un terrain de recherche privilégié pour l'étude des différentes conceptions et pratiques. Les informations sont bien évidemment tributaires de l'intérêt porté à cette pro-

¹⁷ FREI 1997.

¹⁸ Recherche financée par le Fonds national de la recherche scientifique (projet N° 1253-053008). Le présent ouvrage est un résumé du rapport final (JEANMONOD, HELLER, GASSER 2001).

blématique, de l'officialité ou de la clandestinité des pratiques, des traces contenues dans les archives et de la conservation des archives elles-mêmes.

Les publications des divers professionnels, partisans ou opposants, et les textes relatifs aux législations concernant l'eugénisme et la stérilisation en Suisse romande ont été étudiés. Les dossiers de personnes¹⁹ susceptibles d'être stérilisées ont fait l'objet d'un dépouillement partiel dans les lieux principaux concernés par cette thématique, à savoir les services hospitaliers cantonaux de gynécologie, de psychiatrie et les institutions d'accueil de handicapés mentaux, ainsi que dans les archives du Service de la santé publique des cantons de Vaud et de Neuchâtel. Des entretiens ont été menés avec des responsables anciens ou actuels des administrations, des institutions et des services concernés (médecins cantonaux, archivistes, directeurs, psychiatres, gynécologues, collaborateurs).

Dans sa première partie, l'ouvrage suit un découpage thématique qui s'appuie sur différents matériaux : les écrits théoriques, les publications les plus récentes et les articles de presse depuis 1997, les archives médicales, les textes juridiques, les publications médicales. Ces matériaux permettent de traiter successivement des thèmes relatifs à l'eugénisme et à la stérilisation.

Ainsi, les écrits théoriques permettent d'étudier le sens et les usages du terme "eugénisme", créé en anglais par Galton en 1883 et d'observer le développement puis le déclin de cette idéologie scientifique ; les études récentes et les débats dans la presse attestent l'intérêt historique de ces deux sujets et leur actualité. Les dossiers individuels qui révèlent ces pratiques ont suscité une réflexion sur la conservation et la consultation des archives médicales. La rareté des dispositions légales spécifiques en Suisse romande a conduit à une investigation sur les aspects juridiques concernant l'eugénisme et la stérilisation et à une comparaison avec l'étranger ; ce chapitre a été rédigé par un juriste. Enfin, l'opération de la stérilisation, pratiquée notamment dès 1897 par le gynécologue allemand Kehrler, ainsi que ses indications et l'évolution des différentes méthodes contraceptives permettent de comprendre la place et la spécificité de la stérilisation non volontaire. Ces thèmes ne concernent pas exclusivement la Suisse romande et ils permettent une approche générale de l'eugénisme et de la stérilisation.

Dans sa deuxième partie, l'ouvrage suit un découpage géographique par canton. Pour chacun d'entre eux, le rôle des personnalités influentes, les conceptions théoriques relatives à l'eugénisme, la pratique de la stérilisation, les références juridiques, les périodes marquantes, présentent des accents très différents : l'application de la loi de 1928 est le sujet principal pour le canton de Vaud ; les principes de 1931 pour le canton de Berne ; les positions des scientifiques à l'égard de l'eugénisme pour Genève ; l'application des Directives de 1980, principalement en lien avec l'Institution des Perce-Neige, pour le canton de Neuchâtel ; les écrits du chirurgien Gustave Clément pour le canton de Fribourg ; enfin, pour ce dernier canton et pour le Valais, les institutions récentes pour handicapés mentaux. Les chevauchements chronologiques sont inévitables, à l'intérieur d'un même canton et

¹⁹ Les cas individuels sont présentés dans l'ouvrage avec des prénoms fictifs et les indications de lieux sont imprécises à dessein. L'année mentionnée à côté du prénom est celle où l'opération de stérilisation a été autorisée, pratiquée ou refusée.

d'un canton à l'autre; inévitables aussi les analogies entre cantons selon les périodes considérées. Ainsi, par exemple, des cas très semblables de stérilisation peuvent être observés autour de 1940 dans les hôpitaux psychiatriques de Perreux à Neuchâtel ou de Cery près de Lausanne; ou encore, la prise en compte de la sexualité des handicapés dans les institutions est presque contemporaine, vers 1980, dans les cantons protestants et dans le canton catholique de Fribourg.

Certains cantons font l'objet d'un plus grand développement que d'autres, soit par la richesse de la documentation, soit par les circonstances de la recherche²⁰. L'ordre adopté ne s'imposait pas a priori. Il est à la fois chronologique et analogique: Vaud et Genève ont accueilli les premiers le débat sur l'eugénisme et la pratique de la stérilisation alors que le Valais les ignoraient; le canton de Berne, avec ses principes relatifs à la stérilisation, présente certaine parenté avec le canton de Vaud, c'est pourquoi il suit ce dernier. Le canton de Neuchâtel est particulièrement bien documenté pour la période récente. Les cantons catholiques de Fribourg et Valais sont abordés en dernier; si l'opposition à la stérilisation à Fribourg a été contemporaine de l'adoption de la loi vaudoise, alors que le canton du Valais était presque silencieux sur le sujet de l'eugénisme, la pratique de la stérilisation s'est révélée dans les deux cantons tardive et très modérée. Enfin, le dernier chapitre est consacré à une comparaison entre les cantons romands et à quelques données concernant la Suisse alémanique ou la Suède.

Les principaux textes juridiques ayant servi ou servant actuellement de référence pour les stérilisations en Suisse romande tels que les articles du Code civil suisse ou du Code pénal suisse, les lois spécifiques et les diverses normes infralégales sont réunis en annexe par ordre chronologique. Une bibliographie spécifique relative à l'eugénisme et à la stérilisation a été constituée; elle est présentée chronologiquement de manière à mettre en évidence l'intérêt porté sur ces sujets en Suisse romande. La bibliographie générale des ouvrages et des articles cités en note se trouve à la fin de l'ouvrage.

L'étude qui a donné la matière de cet ouvrage a bénéficié du conseil scientifique d'Olivier Guillod, directeur de l'Institut de droit de la santé (Neuchâtel) et du Dr Jean Martin, médecin cantonal (canton de Vaud). Elle a nécessité la collaboration de nombreuses personnes et de plusieurs institutions dans chacun des cantons romands ou partiellement romands (Berne, Fribourg, Genève, Jura, Neuchâtel, Valais, Vaud). On trouvera en annexe la liste des organismes et des institutions qui ont été sollicités aussi bien pour des entretiens avec leurs responsables, que pour la consultation de leurs archives et notamment des dossiers de patients ou de résidents. Il s'agit principalement des Services cantonaux de santé publique, des archives cantonales, des hôpitaux psychiatriques, des services de gynécologie des principaux hôpitaux, mais aussi de consultations psychiatriques ou de planning familial, enfin d'institutions d'accueil, d'associations et d'organismes publics ou privés concernés par la prise en charge de handicapés mentaux.

²⁰ Le canton du Jura, créé en 1778, dont le territoire faisait partie jusque-là du canton de Berne, n'a pas fait l'objet d'une recherche spécifique concernant la période contemporaine. Le canton de Berne lui-même, partiellement francophone, a été étudié principalement par le biais des Principes de 1931.

Les personnes qui ont apporté leur concours à titre professionnel, associatif ou personnel, en activité ou à la retraite, sont des archivistes, des médecins, des infirmiers, des éducateurs, des travailleurs sociaux, des directeurs, des collaborateurs administratifs; plus rarement, des parents de patients concernés par le sujet de la stérilisation ou les patient/es concerné/es eux/elles-mêmes. Sans être nommées individuellement, toutes ces personnes sont ici remerciées très vivement pour le temps qu'elles nous ont consacré et la confiance qu'elles nous ont témoignée.

PREMIÈRE PARTIE

EUGÉNISME: LE POIDS DU PASSÉ _____

Qu'est-ce que l'eugénisme?²¹

En ce début de troisième millénaire, il ne se passe guère de jours sans que soient mentionnés dans les médias occidentaux les termes «génétique», «génie génétique», «biotechnologies», «génétiquement modifié», «génomique» ou «clonage». Le substantif «eugénisme» est quant à lui convoqué tantôt pour condamner l'existence de recherches ou de pratiques biomédicales, tantôt, plus rarement et sous une forme renouvelée, afin de célébrer les potentialités offertes à l'humanité par le développement des biotechnologies. L'eugénisme se trouve donc au cœur d'un débat dont les enjeux pourraient bien retentir sur l'avenir de l'espèce humaine.

L'eugénisme n'est en fait revenu sur le devant de la scène médiatique que depuis une vingtaine d'années, surtout à la faveur de découvertes obtenues en biologie moléculaire et de leurs applications dans le champ biomédical. Parallèlement, parfois pour appuyer le discours tenu contre les biotechnologies, le plus souvent dans le cadre de débats autour de la sexualité des personnes mentalement déficientes, l'eugénisme est publiquement associé à la stérilisation forcée.

Le thème du présent ouvrage suppose que nous limitions notre étude aux apparitions de l'eugénisme associées en Suisse romande, historiquement et actuellement, à la stérilisation non volontaire. Toutefois, dans le but de mieux cerner le phénomène de l'eugénisme, il est utile, d'une part, d'en examiner l'historiographie récente et, d'autre part, de connaître l'évolution d'un concept qui recouvre des réalités diverses selon les époques et selon ses utilisateurs.

²¹ Ce sous-titre fait référence au titre de l'ouvrage de Leonard Darwin, *What is Eugenics?* (DARWIN 1928).

Éléments pour une historiographie récente de l'eugénisme

L'eugénisme nourrit des réflexions et des recherches à la fois historiques et actuelles : des historiens livrant les résultats de leurs recherches sur l'eugénisme incluent volontiers à la fin de leur ouvrage un chapitre ou une digression sur son actualité²²; à l'inverse, des essayistes publiant leurs réflexions sur les biotechnologies les éclairent souvent de quelques paragraphes sur l'histoire de l'eugénisme²³. L'eugénisme historique vaut donc fréquemment d'être étudié pour ce qu'il peut nous apporter en matière d'avertissements contre d'éventuelles dérives de la génétique, et cela a sans doute contribué au remarquable essor de l'historiographie de l'eugénisme dès la fin des années 1970. Maintes fois étiqueté comme une pseudoscience néfaste et discréditée depuis cinquante ans, l'eugénisme constitue donc un sujet délicat à aborder pour lui-même.

L'étude de l'eugénisme apparaît ainsi inséparable des débats actuels sur les biotechnologies, le même principe dialogique entre passé et présent étant du reste à l'œuvre dans les discussions sur la sexualité des handicapés mentaux. Cette présence de l'actualité retentit sur la manière de traiter l'histoire de l'eugénisme car il est difficile d'y faire l'économie d'une prise de position, attendue par le public. Qu'elle soit désirable ou non, une totale distanciation vis-à-vis du sujet étudié n'est pas possible.

Dans ces circonstances, on assiste naturellement à une prolifération d'études historiques sur l'eugénisme et d'essais sur les biotechnologies, voire à l'organisation de congrès²⁴, et il serait vain de prétendre à l'exhaustivité face à une production aussi considérable. Aussi n'est-il question ici que de dégager, sur la base d'une partie de ces éléments²⁵, certains axes selon laquelle s'est développée depuis une vingtaine d'années l'étude de l'histoire de l'eugénisme dans les différents pays où il a été théorisé, voire mis en pratique.

Acteurs et mesures eugénistes

Certaines études consacrées à l'histoire de l'eugénisme sont organisées autour de types d'acteurs caractéristiques; ils sont le plus souvent définis par leurs activités professionnelles, mais il peut s'agir également de personnes morales comme des sociétés eugénistes. Dans le même ordre d'idées, d'autres études, souvent délimitées géographiquement, portent sur des mesures eugénistes comme la stérilisation.

²² Voir par exemple : CARLSON 2001; CAROL 1995; DOWBIGGIN 1997; KEVLES 1995; SIMONNOT 1999; WEINGART, KROLL, BAYERTZ 1988.

²³ Voir par exemple : BURNY 1998; JORDAN 2000; POLLACK 1997; RUSSO, COVE 1996; TESTART 1992.

²⁴ «Tagung Psychiatrie und Eugenik im 19. und 20. Jahrhundert», conférence tenue à Locarno au Monte Verità, du 17 au 22 février 2002.

²⁵ La richesse de cette production implique des choix, aussi, à l'exception de quelques articles, des ouvrages sont surtout ici pris en considération. De plus, en dépit de leur intérêt, les synthèses fournies dans les essais sur les biotechnologies et les travaux de congrès ne sont pas traités.

Les biologistes et les généticiens ont relativement peu donné lieu, au vu de l'importance de leur implication dans la propagation de l'eugénisme, à des études particulières. On peut néanmoins citer l'important ouvrage de Daniel J. Kevles, *An nom de l'eugénisme. Génétique et politique dans le monde anglo-saxon*²⁶, qui retrace, avec un souci constant de rendre le contexte socio-politique de l'époque, les carrières de nombre de généticiens anglais et américains. L'historien des sciences français André Pichot a écrit quant à lui un petit livre intitulé *L'eugénisme ou les généticiens saisis par la philanthropie*²⁷ qui fournit un résumé des relations entre généticiens et eugénisme. L'ouvrage est du reste tout entier orienté vers le message d'avertissement que l'auteur tient à faire passer au sujet des risques de retour de l'eugénisme à la faveur du développement des biotechnologies.

Les psychiatres ont fait l'objet quant à eux de plus nombreuses études spécifiques. Peut-être faut-il y voir une conséquence de leur rôle dans la mise en place de lois sur la stérilisation non volontaire de malades et de handicapés mentaux qui, avec l'euthanasie, ont de longue date frappé les esprits. Il est vrai aussi que leurs patients constituaient une population toute désignée pour l'application des différentes mesures eugénistes. Dans *Keeping America sane*²⁸, Ian R. Dowbiggin retrace l'histoire des rapports entre eugénisme, immigration et psychiatrie aux Etats-Unis et au Canada, montrant comment les psychiatres ont cherché à se servir de l'eugénisme pour affirmer les positions de leur discipline et la réformer.

En Allemagne, où l'on ressentit dès les années 1970 le besoin de connaître le rôle joué par les scientifiques dans le régime hitlérien, l'implication des psychiatres a été largement étudiée dans le cadre de la mise en œuvre de la stérilisation et de l'euthanasie des malades et handicapés mentaux. Certains auteurs comme Bastian ou Kaul²⁹ ont traité cette thématique de manière générale, mais par la suite ont paru des ouvrages qui abordent le sujet de manière plus locale en retraçant l'histoire d'établissements psychiatriques allemands sous le Troisième Reich. *Psychiatrie im Fascismus: Die Anstalt Hadamar 1933-1945*, un des six centres d'extermination de malades et handicapés mentaux, et *Die Regensburger Heil- und Pflgeanstalt Karthaus-Prüll im "Dritten Reich": Eine Studie zur Geschichte der Psychiatrie im Nationalsozialismus*³⁰ éclairent d'une lumière crue l'organisation de la vie et de la mort, par la faim ou par les gaz toxiques, de milliers de patients psychiatriques dans des institutions à l'origine destinées à les soigner.

En France, Anne-Laure Simonnot, psychiatre des hôpitaux, a écrit *Hygiénisme et eugénisme au XX^e siècle à travers la psychiatrie française*, un ouvrage orienté dans lequel se mêlent étroitement recherche historique, dénonciation du totalitarisme psychiatrique et crainte du retour de l'eugénisme³¹. Comme dans tous les livres qui partent d'un solide a priori, la démonstration peut paraître convaincante mais le

²⁶ KEVLES 1995.

²⁷ PICHOT 1995.

²⁸ DOWBIGGIN 1997.

²⁹ BASTIAN 1981; KAUL 1979.

³⁰ ROER & HENKEL 1996; CORDING 2000.

³¹ SIMONNOT 1999.

travail historique s'en ressent, l'auteur négligeant les éléments qui ne servent pas sa cause. Il en va de même pour un ouvrage publié en Suisse tel que *Hirnriß*³², qui oscille entre enquête journalistique et recherche historique; il faut garder à l'esprit que le but principal de telles démarches réside dans la mise en garde contre des dérives présentes ou prévisibles de la communauté scientifique et non dans la volonté de contribuer à l'histoire des idées. Un chercheur comme Hans Jakob Ritter étudie par contre cette même thématique dans une perspective historique³³.

Pour ce qui concerne l'histoire des sociétés vouées à la propagation de la morale eugéniste, on lira le travail de Pauline Mazumdar sur l'une des plus anciennes et des plus célèbres d'entre elles, la britannique « Eugenics Society », créée en 1907³⁴. Ce livre permet de mesurer l'importance du rôle de relais d'une telle organisation entre les généticiens et la classe moyenne anglaise, cible du discours de vulgarisation tenu par les membres de la Société.

A propos des mesures eugénistes, la stérilisation et l'euthanasie apparaissent sans surprise comme les plus étudiées. Parmi les travaux qui fournissent des approches nationales de l'histoire de la stérilisation eugénique on peut retenir ceux de Philip Reilly pour les Etats-Unis, de John Macnicol pour l'Angleterre et de Maija Runcis pour la Suède³⁵. Des travaux géographiquement moins ambitieux ont été réalisés, pour une région allemande, par Jessika Hennig qui a étudié les dossiers d'un « Tribunal de santé de l'hérédité » dans *Zwangsterilisation in Offenbach am Main 1934-1944*³⁶, révélant le quotidien de l'application de la loi allemande sur la stérilisation, et par Ehrenström d'une part, Gasser, Heller et Jeanmonod d'autre part, pour la Suisse romande³⁷. Ces dernières recherches, bien que n'ayant par nature pas vocation de fournir de larges synthèses, ont l'avantage de bien saisir les enjeux sociaux, économiques et médicaux qui ont favorisé l'émergence d'une telle pratique. Elles permettent également de constater à quel point cette mesure eugénique a pu être différemment appliquée et à quel point le concept même d'eugénisme était susceptible d'être diversement interprété.

L'euthanasie, appliquée activement et massivement en Allemagne de 1940 à 1945, a fait l'objet d'un grand nombre de publications, entre autres, parmi les précurseurs, Dörner, Schmuhl ou Klee³⁸, ce dernier avec « *Euthanasie* » im NS-Staat qui est devenu un ouvrage classique sur la question, neuf fois réédité depuis 1983. Ces ouvrages ont suscité une prise de conscience de l'ampleur du drame vécu par les malades et handicapés mentaux et, suite à cette première vague d'études parues autour de 1980, l'intérêt pour ce thème n'a pas faibli, chaque année voyant paraître

³² WOTTRENG 1999.

³³ RITTER 2000.

³⁴ MAZUMDAR 1992.

³⁵ REILLY 1991; MACNICOL 1992; RUNCIS 1998.

³⁶ HENNIG 2000.

³⁷ EHRENSTRÖM 1989, 1990, 1991, 1993; JEANMONOD, HELLER, GASSER 1998 a, 1998 b, 1999, 2001, 2002; JEANMONOD & HELLER 2000.

³⁸ DÖRNER 1980; KLEE 1983; SCHMUHL 1987.

de nouvelles contributions. En outre, des auteurs non-allemands, tels Michael Burleigh, ont fourni un regard extérieur sur cette problématique³⁹. Récemment traduit en français, le livre d'Alice Ricciardi von Platen a constitué une tentative isolée de faire le point, peu après la Guerre, sur la question de l'euthanasie des malades mentaux⁴⁰. Enfin, un livre paru en Autriche, *NS-Euthanasie in Wien*⁴¹ montre que, comme ce fut le cas pour l'extermination des Juifs, les programmes d'euthanasie de patients psychiatriques ont débordé du territoire allemand.

En bref, les approches centrées sur certains types d'acteurs ou de mesures ont incontestablement l'avantage de permettre à l'historien de clairement délimiter son champ d'étude. Elles peuvent néanmoins parfois contribuer à dissimuler aux yeux du lecteur le rôle qu'ont pu jouer d'autres acteurs ou l'importance d'autres mesures.

Nations eugénistes

Un type d'approche fréquent en histoire de l'eugénisme est celui qui consiste à traiter des mouvements eugénistes nationaux. Cette voie a surtout engendré entre 1970 et 1990 des études centrées sur les nations reconnues de longue date comme eugénistes: Angleterre, Etats-Unis, Allemagne. Plus tard, l'intérêt des historiens a été également attiré sur le sujet dans d'autres contrées, comme les pays scandinaves, la Finlande, la France ou la Suisse.

En Angleterre, Richard Soloway a écrit un ouvrage important intitulé *Demography and Degeneration. Eugenics and the Declining Birthrate in twentieth-century Britain*⁴². L'auteur montre comment la montée de l'eugénisme était liée en Angleterre à la peur d'une hypothétique dégénérescence de la race engendrée par un déséquilibre entre le faible taux de natalité des classes supérieures, adeptes du contrôle des naissances, et la fertilité présumée considérable des prolétaires. Mathew Thomson traite quant à lui de l'eugénisme en Angleterre au travers de la problématique de la déficience mentale⁴³.

Aux Etats-Unis, Steven Selden a décrit dans *Inheriting Shame. The Story of Eugenics and Racism in America* l'influence du déterminisme biologique par l'intermédiaire de l'eugénisme et du racisme dans différents domaines durant la première moitié du XX^e siècle, notamment en politique, dans la presse et dans les manuels scolaires⁴⁴. Pour la même période, *Building a Better Race. Gender, Sexuality, and Eugenics from the Turn of the Century to the the Baby Boom* de Wendy Kline montre comment l'eugénisme a pu apparaître comme une solution aux pro-

³⁹ BURLEIGH 1994 a, 1994 b.

⁴⁰ RICCIARDI VON PLATEN 2001.

⁴¹ GABRIEL & NEUGEBAUER 2000.

⁴² SOLOWAY 1990.

⁴³ THOMSON 1998.

⁴⁴ SELDEN 1999.

blèmes de contrôle moral et social de la sexualité, féminine particulièrement, et comment il se trouve aux sources d'une nouvelle conception de la famille dans les années 1950⁴⁵.

Toujours aux Etats-Unis, des auteurs se sont attachés à faire l'histoire de formes d'eugénisme propres à certains Etats ou ensembles d'Etats. Edward Larson traite ainsi dans *Sex, Race, and Science. Eugenics in the Deep South*⁴⁶ de l'activité de mouvements eugénistes dans le sud des Etats-Unis, alors que Nancy Gallagher retrace dans *Breeding Better Vermonters. The Eugenics Project in the Green Mountain State*⁴⁷ l'essor de thèses eugénistes dans un Etat de Nouvelle Angleterre. La comparaison entre ces deux histoires de l'eugénisme montre comment celui-ci a pu différemment évoluer, à l'intérieur d'une même nation, selon que l'on tentait de l'introduire dans le Sud ou dans le Nord de l'Union.

Nous avons déjà signalé au sujet de l'euthanasie l'importance de la production allemande. L'eugénisme, de manière générale, y a été bien entendu également abondamment traité et le choix d'ouvrages marquants est donc forcément arbitraire. Citons parmi beaucoup d'autres ceux de Nowak⁴⁸, de Paul Weindling, *Health, Race and German Politics between National Unification and Nazism, 1870-1947*⁴⁹ (dont la première partie, remaniée et abrégée, a été publiée en français, avec une préface de Benoît Massin, sous le titre *L'hygiène de la race*⁵⁰) et de Peter Weingart, *Rasse, Blut und Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland*⁵¹. Très utile synthèse accompagnée d'une bibliographie étendue, ce dernier ouvrage, au même titre que celui de Klee déjà cité, est régulièrement réédité dans une édition de poche, témoignant de l'intérêt du public allemand, après trois décennies d'amnésie collective, pour l'histoire de l'eugénisme et du racisme nazis. Autre succès de librairie, le livre de Robert Proctor, *Racial Hygiene. Medicine under the Nazis*⁵², a fourni un regard américain sur la question, mettant l'accent sur le rôle capital joué par les médecins et les scientifiques allemands dans les réalisations «scientifiques» du régime nazi et dénonçant les ravages du «biologisme».

Pour les pays scandinaves et la Finlande, l'ouvrage dirigé par Broberg et Roll-Hansen constitue une référence pour comprendre la place de l'eugénisme dans le développement de l'Etat providence⁵³. En 1997, les aléas de la médiatisation de la question des stérilisations en Suède entre 1935 et 1976⁵⁴ ont du reste voulu que ces

⁴⁵ KLINE 2001.

⁴⁶ LARSON 1995.

⁴⁷ GALLAGHER 1999.

⁴⁸ NOWAK 1984.

⁴⁹ WEINDLING 1989.

⁵⁰ WEINDLING 1998.

⁵¹ WEINGART, KROLL, BAYERTZ 1988.

⁵² PROCTOR 1988.

⁵³ BROBERG & ROLL-HANSEN 1996

⁵⁴ Les adversaires des sociaux-démocrates n'ont du reste pas tardé à récupérer le mouvement de protestation généré par les révélations sur les stérilisations en Suède et à l'interpréter comme une remise en cause cinglante de la politique menée au cours du XX^e siècle.

travaux, fondés sur des recherches entamées plus de dix ans auparavant, soient éclipsés par une étude⁵⁵ moins développée, mais organisée autour du thème porteur de la stérilisation eugénique.

En France, il faut mentionner l'existence des travaux de Jacques Léonard et de Jacques Roger⁵⁶ ainsi que celui d'Anne Carol, *Histoire de l'eugénisme en France. Les médecins et la procréation XIX^e-XX^e siècle*⁵⁷. Ils décrivent la naissance, dès le début du XIX^e siècle, de mouvements précurseurs de l'eugénisme, puis l'existence en France jusqu'à la Seconde Guerre mondiale d'une forme d'eugénisme surtout médical, privilégiant les mesures positives; cela s'expliquant par des contextes socio-politique et scientifique caractérisés par la crainte de la dépopulation et par un attachement au lamarckisme qui mettait l'accent sur le rôle du milieu dans le processus de l'évolution.

En Suisse, l'historiographie de l'eugénisme est encore relativement limitée mais elle est en train de connaître un développement important depuis les révélations suédoises de 1997. Dès cette date en effet, la nécessité de mieux connaître les attitudes des médecins, des scientifiques et des politiques suisses face à l'eugénisme s'est imposée. Dans cette perspective, l'histoire dans le canton de Vaud de l'article 28 bis de la loi du 3 septembre 1928, autorisant la stérilisation de personnes atteintes de maladie ou d'«infirmité» mentales pour des raisons d'«hygiène sociale», est révélatrice⁵⁸. Elle montre que le mouvement eugéniste, s'il n'est pas directement à l'origine de cette loi, a contribué à créer un état d'esprit favorable à son adoption et, pour un temps assez bref, à son application. L'étude de l'histoire de l'eugénisme en Suisse romande fournit d'ailleurs une image très contrastée des diverses attitudes possibles face à l'eugénisme⁵⁹. En Suisse alémanique plusieurs articles ont été publiés qui abordent fréquemment le sujet au travers d'études de genre⁶⁰ relevant que l'eugénisme et les mesures qu'il prônait ont procuré aux pouvoirs politique et médical de puissants moyens de contrôle et de contrainte envers des femmes socialement inadaptées. Récemment a paru à Zurich un rapport relatant les histoires croisées de l'assistance, des mesures de contrainte, de l'eugénisme et de la psychiatrie dans cette ville⁶¹. Cette synthèse fournit une vision d'ensemble des réseaux mis en place de la fin du XIX^e siècle aux années 1970 afin de contrôler certaines formes de déviations. Néanmoins, l'approche antipsychiatrique de Thomas Huonker le conduit parfois à privilégier les éléments qui renforcent sa démonstration. L'auteur dresse ainsi d'Auguste Forel un portrait axé sur des parties racistes et eugénistes de son discours et qui ne saisit ni la complexité du personnage, ni celle de son époque.

⁵⁵ RUNCIS 1998.

⁵⁶ LÉONARD 1992 a, 1992 b; ROGER 1995.

⁵⁷ CAROL 1995.

⁵⁸ JEANMONOD & HELLER 2000, et le présent ouvrage, chapitre «Vaud».

⁵⁹ JEANMONOD, HELLER, GASSER 2001, 2002, et le présent ouvrage.

⁶⁰ GOEPFERT 1999; GOSSENREITER 1995; RAMSAUER 1995; RYTER 1994; WECKER 1995, 1998 a, 1998 b, 1998 c, 1999; ZIEGLER 1999.

⁶¹ HUONKER 2002.

Par définition plus généralistes que les études thématiques, les approches nationales de l'histoire de l'eugénisme ont l'avantage de mettre en évidence les caractéristiques des mouvements qui ont vu le jour sous des latitudes différentes.

Autres eugénismes, histoires comparées, internationale eugéniste et synthèses

Aux approches thématiques et nationales, il faut ajouter des approches comparant les développements de l'eugénisme dans des nations différentes. L'histoire de l'eugénisme étant bien connue aux Etats-Unis, en Angleterre et en Allemagne dans les années 1980, certains auteurs ont dès cette époque insisté sur la nécessité d'étudier l'eugénisme dans d'autres pays, afin de souligner la diversité des interprétations du concept et d'apporter des points de comparaison. Cette initiative est surtout nord-américaine et l'un des pionniers en est Mark Adams pour qui l'étude de différentes formes d'eugénisme permet entre autre de ne pas être dupe de certains mythes⁶². Tout d'abord, l'eugénisme ne constitue pas un mouvement unique et cohérent, avec un ensemble de buts spécifiques, et limité aux domaines anglo-saxon et germanique. Ensuite, il n'est pas intrinsèquement lié à l'essor de la génétique mendélienne, le cas de la France montrant bien qu'un eugénisme basé sur le lamarckisme a pu se développer. Enfin, aussi inconfortable que cela puisse paraître aux généticiens ou même aux historiens des sciences, l'eugénisme n'est pas une « pseudoscience », une cousine indigne de la génétique, née des élucubrations de savants fous et de politiciens opportunistes, mais bien une science appliquée de la connaissance de lois de l'hérédité, qu'il s'agisse des lois de Mendel ou de celles inspirées de Lamarck. Adams a ainsi suscité et édité des travaux sur l'Amérique latine, sur la France, sur la Russie et sur l'Allemagne⁶³ qui confirment largement le bien-fondé de sa triple mise en garde.

Plutôt rares, les approches comparatives de différentes formes d'eugénisme exigent de l'historien une connaissance suffisante de la langue et de la situation sociopolitique d'autres pays. Un recueil de ce type a été publié à l'instigation d'historiens scandinaves, présentant des études sur les eugénismes nordiques, anglais et germaniques⁶⁴. La comparaison entre les situations suédoise et allemande permet par exemple à Nils Roll-Hansen d'affirmer la nécessité de cesser de confondre dans le passé eugénisme et nazisme, afin de mieux comprendre et identifier dans un futur proche quels peuvent être les enjeux d'un eugénisme renouvelé⁶⁵.

Dans un tout autre registre, un livre comme *The Nazi Connection. Eugenics, American Racism, and German National Socialism*⁶⁶ rassemble le maximum de preuves pour mettre à jour les nombreuses et réciproques influences entre eugé-

⁶² ADAMS 1990, pp. 217-219.

⁶³ ADAMS 1990; STEPAN 1991.

⁶⁴ BROBERG & TYDEN 1999.

⁶⁵ BROBERG & TYDEN 1999, p. 212.

⁶⁶ KÜHL 1994.

nistes allemands et nord-américains, laissant deviner la constitution, longtemps occultée selon l'auteur, d'une internationale de l'eugénisme raciste. Cette démarche ne manque pas de pertinence et la tenue de Congrès internationaux d'eugénisme, à Londres en 1912 et à New York en 1923 et 1934, montre bien la volonté de différentes sociétés de fédérer mondialement le mouvement eugéniste⁶⁷. Cependant, la date du dernier Congrès international est révélatrice de l'échec, vraisemblablement face à la tournure prise par l'eugénisme en Allemagne, de cette tentative unificatrice. Les mouvements eugénistes étaient trop façonnés selon des particularités nationales pour pouvoir espérer s'associer. Sans doute, nombre d'eugénistes américains ont-ils été séduits par l'eugénisme raciste nazi, mais cela ne signifie pas que tous les courants eugénistes des Etats-Unis l'aient été également.

Dépassant quant à eux les spécificités nationales pour tenter de cerner l'essence du phénomène, certains auteurs nord-américains ont réalisé des synthèses de l'histoire de l'eugénisme. Le livre de Diane Paul, *Controlling Human Heredity. 1865 to the Present*, et ses essais, réunis dans *The Politics of Heredity. Essays on Eugenics, Biomedicine and the Nature-Nurture Debate*⁶⁸, placent l'eugénisme au centre des relations entre biologie, pouvoir et politique; le livre d'Elof Axel Carlson, *The Unfit. A History of a Bad Idea*⁶⁹, est organisé quant à lui autour de la construction de la figure de l'«incapable», sans laquelle l'eugénisme n'aurait finalement guère eu de raison d'être.

En France, Jean-Paul Thomas a rédigé un petit livre remarquable intitulé *Les fondements de l'eugénisme* retraçant l'histoire de l'idée eugéniste depuis le début du XIX^e siècle jusqu'à nos jours. Attentif au retour du darwinisme social sous la forme de thèses socio-biologistes, l'auteur estime que «l'eugénisme est moins à craindre aujourd'hui que le biologisme auquel il s'adossait, et qui s'affiche sous d'autres formes et dans d'autres domaines, au point de remettre en question notre conception de la démocratie»⁷⁰.

Résurrection ou métamorphose de l'eugénisme ?

Notre intention n'est pas de composer un historique de l'eugénisme, mais plutôt de tenter de cerner ses caractéristiques à des époques différentes. L'eugénisme recouvre en effet des réalités diverses et le concept n'est pas demeuré figé depuis ses origines. Pour la période actuelle, historiens et essayistes sont du reste partagés sur la question de savoir si l'on assiste à un retour de ce que l'on peut nommer l'«eugénisme classique», tel qu'il s'est constitué au début du siècle, ou si une nouvelle forme d'eugénisme, plus adaptée à notre époque, est en train de se développer.

⁶⁷ A noter l'existence en 1937 du 1^{er} Congrès latin d'Eugénique de la Fédération internationale latine des sociétés d'eugénique (RAPPORT 1937).

⁶⁸ PAUL 1995, 1998.

⁶⁹ CARLSON 2001.

⁷⁰ THOMAS 1995, p. 123.

Eugénisme classique

Le terme *eugenics* a été créé par Sir Francis Galton⁷¹ en 1883. Il inventait ainsi un terme qui devait rapidement supplanter tous les autres noms imaginés⁷² afin de désigner la notion, déjà présente dans la Grèce ancienne, de modelage par l'homme de sa propre espèce. Galton définissait l'eugénisme comme «la science de l'amélioration des lignées, qui n'est aucunement confinée à des questions de croisement judicieux, mais qui, tout particulièrement dans le cas de l'homme, prend appui sur tous les facteurs [...] susceptibles de conférer aux races ou souches les plus convenables une plus grande chance de prévaloir rapidement sur celles qui le sont moins.»⁷³

Eugenics a été traduit en français par deux substantifs: le terme *eugénique* désignait une science appliquée, alors que celui d'*eugénisme* caractérisait un projet socio-politique; ce dernier a été utilisé plus communément que le premier. Assez rapidement les théoriciens de l'eugénisme distinguèrent, à l'instar de la définition de Galton, l'«eugénique positive», ou encouragement de la fécondité des plus aptes (consultation matrimoniale, éducation sexuelle, éducation spécialisée), de l'«eugénique négative», ou diminution de la procréation des inaptes (stérilisation, interdiction de mariage, euthanasie, limitation de l'immigration).

La définition même de l'eugénique, l'état des connaissances en génétique, et le contexte socio-politique dans lequel s'est développé l'eugénisme ont conditionné certaines de ses caractéristiques. Le trait fondamental de l'eugénisme tel qu'il se présente au début du XX^e siècle est qu'il se base essentiellement sur l'hérédité. En effet, le *biologisme* scientifique, social et politique qui marque cette époque doit évidemment beaucoup à l'évolutionnisme, mais aussi à l'avènement d'une conception nouvelle de l'hérédité qui a dissocié clairement le génotype du phénotype, soit la constitution génétique totale d'un organisme de l'ensemble de ses caractères apparents. Autrement dit, «un organisme ne transmet rien de ce qu'il est devenu au cours de son existence, il ne transmet que les germes (on dira plus tard les gènes) qu'il a lui-même reçus à sa conception»⁷⁴. On comprend dans ce contexte l'importance que pouvaient prendre les thèses eugénistes au détriment d'actions sociales comme l'éducation ou l'hygiène.

Un autre trait marquant de cet eugénisme classique découle de ses rapports paradoxaux avec la génétique mendélienne⁷⁵. Celle-ci a montré en effet qu'il était illusoire de vouloir éradiquer les maladies héréditaires en empêchant la reproduc-

⁷¹ Le site internet galton.org donne la notice biographique suivante: «Victorian polymath: geographer, meteorologist, tropical explorer, founder of differential psychology, inventor of fingerprint identification, pioneer of statistical correlation and regression, convinced hereditarian, eugenicist, proto-geneticist, half-cousin of Charles Darwin and best-selling author» (<http://www.mugu.com/galton/>). Lire également GILLHAM 2001.

⁷² Callipédie, eubiotique, orthobiose, puériculture avant la naissance, etc. (LÉONARD 1992, p. 147).

⁷³ Cité par GAYON 1992, p. 290.

⁷⁴ GAYON 1992, p. 291.

⁷⁵ Le texte original du botaniste morave Grégori Mendel (1822-1884), ainsi que deux travaux de Hugo de Vries, l'un des trois biologistes qui exhuma les «lois mendéliennes», ont été présentés dans LENAY 1990; sur la naissance et le développement de la génétique mendélienne, voir MAYR 1989, pp. 581-747.

tion de personnes atteintes, puisque la majorité de ces maladies étaient dues à des gènes récessifs, donc présents à l'état hétérozygote chez des porteurs apparemment sains. Ceux parmi les généticiens qui ont continué à soutenir l'eugénisme dans les années 1920 et 1930 n'auraient donc pas saisi toute la portée d'une donnée fondamentale de leur science. Diane Paul estime au contraire qu'ils en avaient parfaitement conscience, mais que des conceptions des droits individuels bien différentes des nôtres leur permettaient de conclure à la nécessité d'intensifier la lutte eugéniste plutôt qu'à l'abandonner⁷⁶.

Quoiqu'il en soit, la génétique a sans doute servi l'eugénisme par sa nature même, car jusque dans les années 1950, elle « est demeurée dans le paradigme quasi-exclusif du mendélisme, c'est-à-dire d'une science reposant exclusivement sur l'analyse des produits du croisement entre individus, en l'absence de toute connaissance sur la structure physico-chimique et sur la physiologie de l'hérédité [...]. Aussi longtemps qu'elle est demeurée dans le seul paradigme mendélien, la génétique n'a pu fonder en pratique autre chose que des pratiques de modification des races, végétales, animales, et éventuellement humaines; elle ne laissait rien espérer du côté de l'individu.»⁷⁷

Jusqu'à la Seconde Guerre mondiale, l'eugénisme est ainsi caractérisé par une volonté d'agir globalement sur le destin de l'espèce humaine en se servant des lois de l'hérédité. Un tel programme impliquait, comme l'indique Pierre-André Taguieff, que « l'eugénisme considère que l'Etat doit intervenir pour remplacer la sélection naturelle qui ne joue plus son rôle dans la société humaine. L'eugénisme est un volontarisme et un étatisme qui a des affinités avec toutes sortes de dirigismes. Il est aussi une utopie biopolitique: le rêve d'une société biologiquement parfaite.»⁷⁸

Faut-il pour autant conclure que l'eugénisme conduit inéluctablement à l'extermination de groupes de population de naissance ou de race inférieures telle qu'elle s'est pratiquée sous le régime nazi? L'eugénisme a été en effet souvent considéré comme inhérent à des idéologies d'extrême droite. Or, l'histoire montre qu'il s'est répandu dans tous les pays industrialisés et que la dérive nazie reste l'exception; même si les programmes de stérilisation aux États-Unis et en Scandinavie ont privé de leur faculté de procréer nombre de malheureux, le passage à l'euthanasie n'a pas eu lieu.

Il faut rechercher les raisons de la confusion entre eugénisme et nazisme dans le traumatisme consécutif à la Seconde Guerre mondiale: « c'est seulement après 1945 que l'eugénisme a été diabolisé parce qu'il a été amalgamé avec l'usage criminel que les nazis en ont fait. Sur le mode: "Hitler se disait eugéniste, vous êtes eugéniste, donc vous êtes hitlérien". Ce n'est donc pas une barrière savante qui a disqualifié socialement l'eugénisme, mais une barrière morale, par assimilation au nazisme.»⁷⁹

⁷⁶ PAUL 1998, pp. 117-132.

⁷⁷ GAYON 1992, p. 292.

⁷⁸ TAGUIEFF 1998, p. 40.

⁷⁹ TAGUIEFF 1998, p. 41.

Du reste, comme l'indique Jean Gayon, Hitler ne s'est pas exclusivement appuyé sur l'héréditarisme et l'eugénisme pour justifier sa politique d'extermination, mais également sur les aspects culturels des races. « Dans *Mein Kampf*, Hitler ne s'intéresse pas à l'"hérédité" des Juifs, mais à leur "saleté", à leur "odeur", à leur "perversité morale", et à leur pouvoir économique, culturel et politique [...]. Dans l'histoire contemporaine, il y a eu, et il y a toujours bien des manières de justifier la discrimination, l'exclusion et éventuellement l'extermination raciales, qui sont largement indépendantes des doctrines eugénistes »⁸⁰. On peut rappeler également que l'eugénisme était répandu en une certaine époque dans le discours socialiste, même si le projet de la gauche l'incluait dans le but de réaliser une société égalitaire et non dans l'idée d'assurer la suprématie d'un type d'homme idéal⁸¹.



Figure 2. « L'alcoolisme, c'est la fin d'une race ». Hantises mélangées de la dégénérescence, de l'hérédité pathologique, de l'alcoolisme (*Principes d'hygiène* 1920).

La large diffusion des thèses eugénistes dans le monde politique doit du reste beaucoup de son succès à un autre thème à la mode au début du XX^e siècle: la «dégénérescence de la race». Principe organisateur d'une conception globale des maladies mentales durant la seconde moitié du XIX^e siècle, la notion de dégénérescence a progressivement glissé dans le discours social sous l'impulsion des milieux hygiénistes et anti-alcooliques (fig. 2), avant que des organisations politiques de toutes tendances s'en emparent, dès les années 1900, afin d'étayer leurs programmes⁸².

Non réductible à des tendances politiques, l'eugénisme classique n'était pas non plus de manière générale circonscrit à telle discipline plutôt qu'à une autre. L'exemple de Genève, sur lequel nous reviendrons, illustre bien à quel point le monde scientifique et médical avait été pénétré par l'idée d'une nécessaire amélioration de l'espèce humaine, partageant en cela l'attitude du public. Néanmoins, selon les pays, il apparaît que certaines corporations ont pu jouer un rôle prééminent, bien qu'il importe de prendre garde en

⁸⁰ GAYON 1992, p. 292.

⁸¹ Voir JEANMONOD & HELLER 2000.

⁸² Voir KRAMS-LIFSCHITZ 1991; JEANMONOD 1998.

l'occurrence à d'éventuelles préférences historiographiques locales. Bien que très réductrices, de brèves synthèses nationales sont possibles et permettent de dégager de cas en cas quels acteurs ont été les plus marquants et quels enjeux ont été privilégiés. En outre, même si l'influence d'individus a pu être décisive, il faut garder à l'esprit que, dans nombre de pays, des sociétés eugénistes ont été créées afin de fédérer les efforts des scientifiques.

En Angleterre, jusque dans les années 1920, l'eugénisme est largement le fait de mathématiciens et de statisticiens, tels que Francis Galton ou après lui Karl Pearson, le maître incontesté de la biométrie, qui se sont efforcés d'impliquer leur discipline en biologie, particulièrement pour ce qui concernait l'hérédité et l'intelligence. Ne cherchant pas à déterminer quels étaient les processus biologiques en jeu dans l'hérédité, les biométriciens s'attachaient plutôt, comme leur nom l'indique, à dégager des lois biologiques sur la base de statistiques couvrant de vastes échantillons de population⁸³. La crainte de la dégénérescence engendrée par la fécondité prétendument excessive des couches les plus déshéritées du prolétariat anglais sous-tendait ces efforts. Si les recherches des biométriciens ont sans doute participé aux progrès de la science statistique, les interprétations qu'ils tiraient de leurs résultats allaient être sérieusement infirmées dès les années 1920 par la génétique mendélienne en plein essor; ces travaux ont cependant largement contribué au développement de l'eugénisme dans le monde en lui apportant une caution de scientificité. Ils ont vraisemblablement aussi poussé les généticiens à s'engager, l'eugénisme ayant en fait touché « pratiquement tous les généticiens anglais, mais avec beaucoup de nuances individuelles »⁸⁴. Les applications pratiques sont néanmoins restées en définitive rares et de moindre portée.

Aux-États-Unis et au Canada, le mouvement eugéniste, non exempt de composantes racistes, devait prendre une importance remarquable et, contrairement à l'Angleterre, déboucher sur la mise en place de bon nombre de mesures et de lois dès les années 1900 et jusqu'aux années 1930. Fermement décidés à entraver la croissance présumée exponentielle de populations d'asociaux, de criminels, de faibles d'esprit, fréquemment associée à une forte immigration italienne et polonaise, des biologistes et des généticiens, mais aussi des psychiatres et des psychologues s'engagèrent résolument en faveur de l'adoption de lois sur la stérilisation obligatoire.

L'eugénisme devait prendre une coloration bien différente en France où il a été abondamment théorisé, en particulier par des médecins⁸⁵, mais finalement peu mis en pratique. L'attachement de la communauté scientifique française au lamarckisme et, par conséquent, à un modèle évolutionniste basé sur les influences du milieu, l'a poussée à préférer des mesures eugénistes positives. De plus, la France de la première moitié du XX^e siècle a partagé avec la peur de la dégénérescence la crainte non moins vive de la dépopulation; cela inclinait les partisans de l'eugénisme à prôner des mesures positives apparentées à l'hygiénisme, plutôt que des mesures négatives qui pouvaient apparaître comme menaçantes pour le taux de natalité.

⁸³ KEVLES 1995.

⁸⁴ ROGER 1995.

⁸⁵ CAROL 1995.

Dans le nord de l'Europe, en Scandinavie et en Allemagne, l'eugénisme s'est largement répandu sous l'impulsion d'anthropologues, de psychiatres et de généticiens qui ont été à l'origine de l'adoption de lois sur la stérilisation visant essentiellement des malades et des handicapés mentaux. Une spécificité des eugénismes allemands et suédois est d'avoir été pratiquement dès leurs origines ostensiblement liés au racisme; l'eugénisme, *Eugenik* ou *Rassenhygiene* en allemand, y constituait l'une des armes à la disposition des gouvernements dans leur lutte pour la régénération des races germaniques et nordiques. C'est évidemment dans l'eugénisme nazi que se concrétisa le plus sinistrement la variante raciste de l'eugénisme: la stérilisation obligatoire de 350'000 à 400'000 personnes⁸⁶, handicapés mentaux, malades mentaux, asociaux et alcooliques, a été suivie en Allemagne par l'euthanasie d'environ 100'000 pensionnaires d'hôpitaux psychiatriques⁸⁷, et cela ne constituait que le prélude de la Shoah.

Eugénisme après la Shoah

A partir des années 1930, un courant réformiste a vu le jour parmi les généticiens de différents pays qui se rendaient bien compte que des mesures telles que la stérilisation n'allaient pas «résoudre le problème des déficiences héréditaires. [...] ils affirmaient que l'on connaissait peu de choses sur l'hérédité de ces déficiences mentales. Finalement, ces eugénistes réformistes vont commencer à s'intéresser à l'eugénisme positif [...]»⁸⁸. L'existence de ce courant réformiste, partisan de mesures positives et évitant les thèses racistes, permit à des généticiens de poursuivre après la Seconde Guerre mondiale des activités favorables à l'eugénisme. Par contre, de manière très générale, le reste de la communauté scientifique d'après-guerre a plutôt tenté de tourner la page de l'eugénisme. Les psychiatres, par exemple, se sont orientés résolument vers la prophylaxie, profitant de la création de l'Organisation mondiale de la santé pour promouvoir l'hygiène mentale. Quant aux anthropologues, ils ne pouvaient que constater le discrédit de l'anthropologie physique, victime de son imbrication originelle avec le racisme.

Cependant, l'eugénisme réapparaissait ici et là, à la faveur d'interventions de vieux partisans. Cela a été le cas par exemple avec l'Anglais Carlos Paton Blacker, ancien secrétaire général de l'Eugenics Society⁸⁹, qui prit la parole en 1965 à Lausanne lors d'une réunion de l'International Union of Family Organisations. Admettant volontiers que le mot *eugenics* effrayait beaucoup de monde, Blacker s'appliquait à montrer dans son exposé, intitulé «Who are eugenists today?»⁹⁰, que

⁸⁶ MÜLLER-HILL 1989, p. 29.

⁸⁷ RICCIARDI VON PLATEN 2001, p. 97. Les décomptes macabres des victimes de la stérilisation et de l'euthanasie peuvent varier d'un ouvrage à l'autre; les chiffres retenus ici sont donc à considérer à titre indicatif plutôt que comme des statistiques précises.

⁸⁸ BACHELARD-JOBARD 2001, p. 47.

⁸⁹ Fondée en 1907 sous le nom de Eugenics Education Society, elle a connu des heures de gloire sous la présidence d'honneur de Francis Galton et lors de campagnes en faveur de la légalisation de la stérilisation volontaire des malades mentaux.

⁹⁰ «Who are eugenists today?». Wellcome Institute for the History of Medicine, Contemporary Medical Archives Centre: PP/CPB, H.1/52.

les valeurs de l'eugénisme, soit la volonté de mettre au monde des enfants mentalement et physiquement sains, intelligents, socialement utiles et exempts de maladies génétiques, étaient partagées par le plus grand nombre. Dans ces conditions, le planning familial prenait une grande importance: «the simplest and most acceptable application of eugenics is to encourage the fertility of couples who provide a happy home for their children, who rear them sensibly and who set them a good example. In England most of us believe that this happy result is best attained when the parents know how to space their children and regulate their births». De fait, le rôle de thèses eugénistes positives lors des débuts du planning familial n'est pas négligeable⁹¹.

Du côté des généticiens, l'eugénisme ne faisait cependant pas l'unanimité, comme l'a fort bien illustré David Klein, généticien et ophtalmologue genevois, lors de la table ronde de 1972 du CIOMS⁹² consacrée aux «récents progrès de la biologie et de la médecine et leur portée sociale et éthique». Dans son intervention⁹³, le professeur Klein rapportait les inquiétudes de biologistes au sujet de la «détérioration du patrimoine génétique de l'humanité». Afin d'y remédier, le généticien américain Hermann Muller, «avait préconisé une sélection germinale reposant sur le choix délibéré des conjoints, ceci non seulement dans les cas de stérilité ou de risque de malformation, mais d'une manière générale». Le même Hermann Muller, connu pour ses travaux sur les mutations depuis les années 1920⁹⁴, s'était rendu célèbre en développant durant les années 1960 une «thèse selon laquelle des hommes, sélectionnés pour leurs hautes qualités physiques, psychiques et morales, devraient déposer leur semence dans une "banque du sperme". Après avoir été mise en culture et conservée au froid dans des laboratoires spécialisés, cette semence pourrait servir à la fécondation de mères volontaires, mais ayant eu auparavant la possibilité de choisir le "géniteur" dans un catalogue où seraient énumérées les qualifications des différents donneurs». Mais David Klein pensait que les projets de Muller étaient irréalisables: «tout d'abord parce qu'il est impossible d'estimer la valeur génétique d'un homme, étant donné que son patrimoine se compose de plusieurs centaines de milliers de gènes et que nous ne connaissons les effets favorables ou défavorables d'un petit nombre d'entre eux seulement. En outre, sur quels critères doit-on se fonder pour sélectionner les surhommes?»

Toujours selon Klein, Francis Crick qui, «avec Watson, avait reçu le prix Nobel pour avoir établi le schéma de la structure du DNA⁹⁵» avait imaginé en 1962 une autre solution à la lutte contre la détérioration du patrimoine génétique: «il pensait que, grâce à la méthode anticonceptionnelle orale inventée par Pincus, il serait bientôt possible aux gouvernements d'ajouter aux aliments un produit empê-

⁹¹ Voir LADD-TAYLOR 2001.

⁹² Conseil des organisations internationales des sciences médicales.

⁹³ KLEIN 1972, et citations suivantes.

⁹⁴ Voir KEVLES 1995.

⁹⁵ Sigle anglais pour ADN, Acide Désoxyribonucléique, support de l'information génétique. Sa structure en double hélice a été découverte par James Watson et Francis Crick en 1953.

chant la fertilisation. Seuls les individus ayant reçu une licence spéciale se verraient accorder un antidote, d'ailleurs encore à l'état d'hypothèse». Le Genevois réagissait vigoureusement: «alors que le plan de Muller était encore basé sur un libre consentement des intéressés, celui de Crick s'avancait déjà vers des mesures coercitives visant des populations entières. Nous devons regretter qu'un scientifique d'un tel renom, non seulement fasse montre d'une naïveté consternante, mais aussi qu'il n'ait pas tiré de leçon des sinistres agissements du nazisme, pourtant gravés dans toutes les mémoires.»

En fait, ces mesures eugénistes proposées pendant les années 1960 s'inscrivaient clairement dans la lignée de l'eugénisme classique, les mesures proposées par Crick renouant même avec l'eugénisme négatif. Mais David Klein mettait en garde contre «d'autres propositions, dérivées de nos connaissances de la structure du DNA et du code génétique, qui sont plus alarmantes parce qu'elles font appel à des techniques intervenant directement sur le matériel génétique. On pourrait par exemple, envisager de prélever des cellules somatiques par la biopsie d'un organe (peau), les mettre en culture pour les multiplier, puis les transformer par l'addition de gènes appropriés – éventuellement à l'aide d'un virus – et finalement les implanter dans l'ovaire». C'est-à-dire que des opérations de clonage seraient envisageables: «les spécialistes ont la ferme conviction que cette méthode du "cloning" pourra bientôt être utilisée pour le bétail [...]. En ce qui concerne l'homme, les augures fixent déjà autour des années 2020 à 2030 le moment où il deviendra possible de fabriquer des répliques exactes d'êtres humains». Klein estimait néanmoins qu'il existait des possibilités de «manipulation du matériel génétique moins bouleversantes», comme les thérapies géniques par exemple.

L'intervention du généticien genevois est intéressante à plus d'un titre. Non seulement elle indique que l'unanimité ne régnait pas parmi les généticiens au sujet de l'eugénisme, mais elle montre, tout comme le sujet lui-même de la table ronde du CIOMS, que des préoccupations éthiques ont marqué depuis relativement longtemps l'histoire des biotechnologies. En outre, elle décrit l'articulation de deux moments de l'eugénisme, illustrant le passage d'un eugénisme classique, lié à des actions visant des lignées, à un nouvel eugénisme, basé sur des manipulations effectuées au niveau des gènes.

Eugénisme, science fiction et biotechnologies

Deux figures fondamentales ont hanté la littérature de science fiction depuis cinquante ans: la figure du mutant et celle du clone. Si, avec le développement de la biologie moléculaire, la première semble surtout avoir été circonscrite au règne végétal avec les organismes génétiquement modifiés, la seconde, par contre, n'attend plus qu'un grand homme suffisamment imbu de lui-même et un savant fou pour devenir réalité. Certains gourous feront très bien l'affaire dans le rôle du mégalomane, et le scientifique pas trop sourcilieux existe évidemment. Cependant, ce qui ne dépasserait en fait vraisemblablement pas le stade expérimental dans un régime démocratique pourrait tourner au cauchemar dans un régime totalitaire.

L'Olympe de l'eugénisme en somme, où une société serait constituée de diverses séries d'êtres semblables et prédéterminés à accomplir des tâches bien définies.

Aussi fascinantes et effrayantes que puissent paraître les perspectives du clonage, ce n'est vraisemblablement pas dans cette technique que l'eugénisme se retrouvera dans un proche futur. Son avenir immédiat appartient plutôt aux diagnostics anténataux, aux dépistages génétiques et aux thérapies géniques entreprises sur des cellules somatiques ou germinales; mais s'agit-il bien d'eugénisme? Autrement dit, y a-t-il eugénisme dès que l'on intervient sur l'ADN d'un individu? Ou alors seulement si l'on modifie l'ADN de cellules germinales? Ou encore seulement si on le fait à grande échelle dans le but de modifier le patrimoine génétique de l'espèce humaine, afin d'éradiquer ou de favoriser certains gènes? Les réponses à ces questions divergent évidemment énormément selon qu'elles émanent de partisans ou d'adversaires des biotechnologies.

Ces mêmes questions ont du reste donné lieu en France au cours des années 1990 à une polémique virulente qui s'est cristallisée autour de deux personnages principaux, le philosophe et historien Pierre-André Taguieff et le biologiste Jacques Testart, le «père» du premier bébé-épiprovette français. Ce dernier était «convaincu de la continuité de l'eugénisme, et jugeait que "la dérive nazie n'est pas étrangère à la théorie eugénique"⁹⁶; reniant son propre parcours scientifique, il s'opposait catégoriquement aux biotechnologies, soupçonnées de pouvoir servir dans un proche futur des politiques eugénistes dignes du III^e Reich. En face de lui, Pierre-André Taguieff s'attachait à montrer une discontinuité entre l'eugénisme tel qu'il avait été défini par ses fondateurs et l'eugénisme raciste mis en œuvre par les scientifiques nazis. Selon Jean-Paul Thomas, cette démarche participait chez Taguieff d'une volonté de réhabilitation de l'eugénisme, au nom d'un eugénisme universaliste qui aurait ignoré les nations et le racisme; le but ultime étant de fournir une défense efficace aux biotechnologies.

Cette polémique, édifiante au niveau des représentations que l'on peut avoir de l'eugénisme, n'apporta finalement pas de réponses définitives aux questions formulées plus haut. Des auteurs comme Jean Gayon ou Jean-Paul Thomas ont cependant tenté de répondre aux problèmes des relations entre eugénisme et biotechnologies. Pour Jean Gayon, les thérapies géniques «interviennent, à l'heure actuelle, sur les cellules somatiques, non sur les cellules germinales⁹⁷» et ne sauraient révéler des pratiques eugénistes. Dans un proche avenir il sera néanmoins vraisemblablement envisageable d'«opérer des substitutions sur les cellules germinales elles-mêmes, ou sur l'œuf fécondé». Mais même à ce niveau, «si l'objectif est de soigner ou de prévenir la maladie individuelle, l'on ne voit pas ce que l'on pourrait en principe objecter à de telles pratiques du point de vue de l'éthique médicale».

La question du dépistage génétique s'avère plus délicate. Tant que la réponse à apporter à la présence de maladies génétiques appartient aux seuls parents, de tels procédés demeurent éthiquement acceptables. Hélas, «il est à redouter que la société tienne les parents pour comptables d'avoir fait le choix de garder un enfant

⁹⁶ THOMAS 1995, pp. 94-95.

⁹⁷ GAYON 1992, pp. 294 ss et citations suivantes.

handicapé, et coûteux pour la santé publique». Toutefois, il est à noter que l'élaboration de programmes qui consisteraient à repérer puis éliminer systématiquement les œufs ou les fœtus porteurs de gènes indésirables se situerait plus dans une problématique d'euthanasie préventive (éviter une existence considérée comme non viable) que dans celle de l'eugénisme (classique).

Les problèmes soulevés par les thérapies géniques et le dépistage génétique montrent que si ces pratiques rappellent l'eugénisme, il ne s'agit cependant pas d'une renaissance de l'eugénisme classique. Premièrement, ainsi que nous l'avons déjà relevé, l'objet d'étude même de la génétique s'est déplacé de la lignée à la molécule, de l'espèce à l'individu. Dès lors, «la problématique technique et sociale de l'hérédité est en voie de s'affranchir de l'idéologie héréditariste, puisque ce qui importe, c'est moins l'avenir de la "race" ou de l'espèce que les effets immédiats de la techno-science de l'hérédité sur les individus et les populations des générations présentes⁹⁸». Deuxièmement, l'accent est plutôt mis dans le contexte actuel sur un eugénisme positif, contrastant par la complexité de ses techniques avec la simplicité de mise en œuvre de l'interdiction de mariage ou de la stérilisation, caractéristiques de l'eugénisme négatif d'autrefois. Enfin, un eugénisme centré sur l'individu ne nécessite plus la complicité d'un Etat interventionniste, voire totalitaire, promoteur d'un projet biopolitique d'envergure.

Si l'eugénisme est sur le point de renaître, ce ne sera donc pas sous la forme de l'eugénisme classique caractéristique du siècle passé, mais plutôt sous la forme d'un eugénisme individuel et librement consenti, à l'objection près que la notion de consentement demeure fort difficile à établir lorsque les conventions sociales peuvent influencer radicalement la décision de l'individu.

Pour ou contre l'eugénisme?

S'il s'était déjà vu que des concepts techno-scientifiques, familiers à l'oreille du grand public, n'étaient réellement assimilés que par un nombre restreint de spécialistes, rarement les implications socio-politiques de leur mise œuvre en auront été aussi difficilement accessibles à tout un chacun; c'est le cas de l'eugénisme. Le débat sur l'énergie nucléaire, par exemple, peut se résoudre à une alternative assez simple: soit on refuse catégoriquement le risque d'explosion engendré par l'exploitation de centrales, soit on accepte ce risque en estimant que des mesures de sécurité rigoureuses le rendent suffisamment improbable. Rien de tel avec les biotechnologies, pour autant que l'on veuille bien dépasser la confusion entre eugénisme et nazisme: l'eugénisme, réactualisé en tant que conséquence des biotechnologies, n'apparaît pas aussi évidemment ou directement dévastateur qu'une explosion nucléaire.

Pour clarifier le débat sur l'eugénisme, il convient de lever l'alternative apparemment inévitable que reprend le titre ci-dessus. Selon Catherine Bachelard-

⁹⁸ GAYON 1992, p. 292.

Jobard, «[...] la discussion autour du thème “pour ou contre l'eugénisme” est complètement dépassée, puisque l'on pratique depuis plusieurs années couramment la sélection des naissances sur des critères génétiques»⁹⁹. De plus, poursuit cet auteur, la question de savoir si le terme eugénisme «doit s'appliquer uniquement aux pratiques collectives et autoritaires ou s'il peut également s'appliquer à des pratiques individuelles fondées sur la libre décision du couple est vidée de son sens, car sous la pression de la norme, les notions d'individualité et de liberté ont perdu leur univocité».

L'eugénisme est donc déjà à l'œuvre dans les pratiques de diagnostic anténatal de maladies génétiques ou de tri préimplantatoire d'embryons dans le cadre de la fécondation *in vitro*, qu'il soit individuel et privé ou, peut-être, collectif par des moyens détournés – la non prise en charge par les assurances maladie de pathologies dépistées avant la naissance, par exemple. S'il n'est manifestement plus temps d'interdire ces pratiques ou les biotechnologies, il est néanmoins toujours assez tôt pour légiférer et imposer des limites. De toute manière, ces techniques sont suffisamment coûteuses pour qu'il soit difficile d'imaginer dans un avenir plus ou moins proche une systématisation de leur utilisation.

Il est par ailleurs frappant que la critique soit le plus souvent limitée à la recherche de la «bonne naissance», à la recherche de «l'enfant parfait» sans voir que l'on cautionne depuis deux cent ans la recherche toujours plus coûteuse de «l'adulte parfait». La science, la médecine, l'hygiénisme ont prolongé notre espérance de vie de dizaines d'années et ont éradiqué nombre de maladies qui accompagnaient l'humanité depuis des siècles. La société occidentale exalte un corps propre, sain, exempt de défauts; elle ne tolère plus non seulement la maladie, mais aussi tout corps s'écartant de normes fixées par des limites de taille, de poids et de pureté; elle en vient à désirer la disparition des accidents qui attentent à l'intégrité du corps, à moins que ceux-ci ne surviennent lors d'activités mettant en scène la puissance de ce corps, voire même à tenter de nier l'inéluctabilité de la mort.

Le «spectre» d'une humanité uniformisée par la recherche de la perfection ne plane-t-il pas déjà depuis longtemps sur notre société? La médecine curative et la médecine préventive ne contiennent-elles pas en germe l'idéal d'une humanité parfaite, tout comme la médecine prédictive, leur successeur inspiré du potentiel des biotechnologies? Sans doute, mais alors pourquoi la mise en œuvre de la dernière venue paraît-elle tellement plus lourde de menaces? Dans les représentations contemporaines, le développement des biotechnologies présente sans doute trop de risques de déboucher sur la violation de lois naturelles, sacrées. Cependant, une fois dépassée la peur viscérale de se «prendre pour Dieu», n'est-il pas à prévoir que la médecine prédictive pourra, à l'instar des médecines curative et préventive, exercer librement – comme toute loi, les lois bioéthiques mises en place actuellement ne sont pas éternelles – son action normalisatrice sur l'humanité?

⁹⁹ BACHELARD-JOBARD 2001, p. 303.

Il n'est cependant pas de notre propos de se résigner à la fatalité d'une montée en puissance du « tout génétique » au travers des pratiques biomédicales. Comme ont souvent tendance à le faire les partisans et même, paradoxalement, les adversaires des biotechnologies, ce serait omettre que le milieu, l'éducation exercent une influence décisive sur le développement de tout individu. Si les médecines curative et préventive ont connu des échecs et se heurtent à l'apparition de nouvelles maladies, la médecine prédictive ne déploiera ses effets que parallèlement aux influences de l'acquis. Ainsi que le laisse penser le dénouement du film américain *Bienvenue à Gattaca*¹⁰⁰, la supériorité supposée d'hommes parfaits, génétiquement prédéterminés, peut être battue en brèche par la volonté d'hommes que leur imperfection même a renforcés.

Médias

C'est donc un évènement dans les médias en été 1997, à savoir la révélation concernant les stérilisations forcées en Suède entre 1935 et 1976, qui a déclenché l'étude sur l'eugénisme et la stérilisation non volontaire en Suisse romande. L'information a rapidement circulé, mettant en évidence de manière réductrice le caractère "scandaleux" du passé.

Durant les deux années qui ont suivi¹⁰¹, on a pu observer dans les médias l'actualité du sujet relatif aux stérilisations et l'imbrication affirmée ou fortuite entre le passé, le présent et l'ailleurs. Des préoccupations contemporaines dans notre société suscitent l'intérêt pour le passé dans les pays développés et pour des évènements actuels dans des sociétés extra-européennes; tour à tour mis sur le devant de la scène, ils entrent en résonance mutuelle. Ainsi le problème délicat de la procréation ou de la stérilisation de personnes mentalement déficientes se pose avec une acuité particulière devant la volonté d'intégration des handicapés et la reconnaissance de leur sexualité; la question centrale pour notre société du droit de l'individu et du respect de la personne amène à des prises de conscience et des débats par rapport aux pratiques récentes ou actuelles de stérilisations non volontaires, de traitements "forcés", d'excisions rituelles; de nouvelles législations sont mises en place. L'interrogation relative aux évènements du passé, en l'occurrence des stérilisations "forcées" effectuées dans divers pays avec ou sans l'aval des autorités, encourage des études historiques, stimulées par des témoignages et par l'ouverture des archives¹⁰²; à ce sujet, l'opinion publique est imprégnée par l'exemple frappant des dérives du régime nazi.

¹⁰⁰ 1997, du réalisateur Andrew Niccol (titre original *Gattaca*).

¹⁰¹ Un dossier de presse, principalement romand, a été constitué entre 1997 et 1999, auquel ont été ajoutées quelques émissions télévisées ou radiophoniques.

¹⁰² Le sujet des stérilisations n'est qu'un volet du passé considéré comme suspect; pour la Suisse, il s'intègre à l'ensemble des questions relatives à l'identité nationale durant la première moitié du XX^e siècle surtout (attitude à l'égard des Juifs et des Yennischs en particulier).

Révélation sur la Suède en 1997

Le 27 août 1997, divers quotidiens, notamment en France¹⁰³ et en Suisse romande¹⁰⁴ accordent une place prépondérante aux stérilisations en Suède¹⁰⁵ révélées la semaine précédente dans le quotidien suédois *Dagens Nyheter* par le journaliste Maciej Zaremba¹⁰⁶. L'un des titres résume ainsi l'information: «En 41 ans, les sociaux-démocrates suédois ont stérilisé de force 62'000 personnes».

Quatre éléments principaux constituent ces articles: l'information donnée par le journaliste, le témoignage de Maria Nordin, âgée de 72 ans et stérilisée à 17 ans, l'interview de Maija Runcis de l'Université de Stockholm, auteure d'une étude historique, et les réactions immédiates des politiciens qui demandent une enquête. Ainsi, plusieurs voix, avec des motivations différentes, s'expriment pour tenter de faire la lumière sur un passé particulier. Le rôle de passeur et de catalyseur est assumé par l'enquête de la journaliste. Une étude historique, précédée par d'autres, s'appuie sur des dossiers individuels conservés aux Archives nationales dont l'accès a été autorisé et qui permettent de documenter l'application d'une loi entrée en vigueur en 1935. Une femme âgée cherche à obtenir un dédommagement pour une atteinte grave à son intégrité, le recul autorisant un récit devenu urgent à cause de l'âge de la personne; elle est à la fois une militante, une pionnière qui ose raconter, mais elle est aussi l'un des derniers témoins d'une époque déjà lointaine. Enfin, des explications sont demandées aux autorités, au moment où les résultats d'une politique de gauche sont mis en doute et où le gouvernement est fragilisé. C'est la convergence à un moment donné de ces éléments qui confère à la question des stérilisations la dimension d'un scandale public et collectif, voire national.

Presse suisse

Dans la presse romande, cet événement en Suède provoque une réaction en chaîne et suscite une réflexion collective. Le 27 août, *Le Nouveau Quotidien* titre ainsi l'information: «Dénoncé en Suède, le scandale des stérilisations forcées éclabousse aussi la Suisse»¹⁰⁷. Quelques jours après, on retrouve la même idée: «Le pays [la Suède] est entré en catharsis [...]. La Suisse y va également de sa contrition. Et les yeux se tournent vers ce canton de Vaud qui eut en 1928 l'indécence de voter une loi eugéniste.»¹⁰⁸ Ainsi du «très gros pavé dans la mare»¹⁰⁹,

¹⁰³ PELTIER 1997.

¹⁰⁴ DUBUIS 1997; LORENZI 1997; COLSON 1997. Un article plus complet concernant la Suède est paru dans le magazine *Elle* (LANTIERI 1997).

¹⁰⁵ Le 26 août, la Télévision Suisse Romande consacre une partie de ses informations à ce sujet. Le professeur d'histoire H. U. Jost y est invité. Un recueil de quatre contributions avait été publié sous sa direction en 1991 (*Les Annuelles*, N° 2, 1991, coll. Histoire et société contemporaines). Plusieurs éléments du téléjournal seront repris dans la presse écrite le lendemain.

¹⁰⁶ Article traduit en français dans le *Courrier international*, N° 357, 4 - 10 septembre 1997, pp. 31-34.

¹⁰⁷ DUBUIS 1997.

¹⁰⁸ FÉREL 1997.

¹⁰⁹ DUBUIS 1997.

jeté par le quotidien suédois, on passe à « la petite bombe »¹¹⁰ en Suisse. On s'interroge sur la situation locale passée et actuelle.

C'est alors l'occasion d'interviewer le professeur d'histoire contemporaine suisse à l'Université de Lausanne, H. U. Jost, ainsi que l'auteur en 1989 d'un mémoire de licence¹¹¹ sur le sujet de la stérilisation dans le canton de Vaud, Ph. Ehrenström, qui avait aussi publié divers articles dans des revues spécialisées sans pour autant susciter d'écho particulier. Ainsi, les recherches historiques¹¹², menées par étapes successives à divers moments dans une logique spécifique pour répondre au besoin de comprendre ce qui s'est passé et d'éclairer nos préjugés, sont sorties du milieu restreint dans lequel elles étaient cantonnées pour alimenter les réflexions dans un public plus large.

*« La thématique historique ne tombe pas toujours sur un sol très fertile du point de vue journalistique. Alors on attend peut-être un scandale ou [...] un scoop à l'étranger qui nous renvoie après à notre propre situation et notre propre histoire. »*¹¹³

D'autres interlocuteurs sont sollicités par les journalistes; ainsi on peut lire les réactions et des extraits d'interviews de diverses personnalités ou représentants d'institutions. La secrétaire générale de Pro Juventute dément l'accusation concernant la stérilisation des yennischs¹¹⁴. Le président de la Commission d'éthique de l'Académie suisse des sciences médicales rappelle les directives de l'ASSM selon lesquelles l'opération est « inadmissible » chez une personne incapable de tout discernement¹¹⁵. Le professeur de psychologie de l'enfant de l'Université de Genève évoque les stérilisations pratiquées en secret sur des handicapés¹¹⁶. Le médecin cantonal vaudois fait part de demandes actuelles concernant des situations délicates qui ne peuvent recevoir une autorisation¹¹⁷; et le 28 août déjà il fait passer un communiqué de presse sur l'application de la loi entre 1963 et 1985 à partir des archives immédiatement accessibles¹¹⁸.

¹¹⁰ Ces termes de la journaliste Marie-Christine Petit-Pierre désignent en fait la déclaration de Jacques Vonèche, Professeur de psychologie de l'enfant à Genève, sur les stérilisations clandestines actuelles effectuées à l'insu de personnes handicapées mentales (PETIT-PIERRE 1997).

¹¹¹ EHRENSTRÖM 1989.

¹¹² Il ne s'agit pas seulement de travaux d'historiens mais aussi d'informations données par des journalistes (issues de leurs propres recherches ou de lectures d'études historiques), mais qui n'ont pas eu d'échos particulier. Un article dans la presse vaudoise, dépourvu de références explicites utiles, titrait – de manière prémonitrice si l'on se réfère à la campagne de presse dès fin août – « Stérilisations par centaines. Vaud stérilisait les incapables » (FARROKH 1997).

¹¹³ Interview de H. U. Jost (LORENZI 1997).

¹¹⁴ Z. 1997.

¹¹⁵ TAUXE & SEYDTAGHIA 1997. Information reprise dans d'autres articles.

¹¹⁶ *Ibidem*.

¹¹⁷ *Ibidem*.

¹¹⁸ « Stérilisation des personnes privées de discernement », Bureau d'information et de communication de l'Etat de Vaud, 28 août 1997. Entre 1963 et 1985, il y a eu 27 demandes et 14 autorisations. C'est à la suite de ce communiqué que Jacques Gasser et Geneviève Heller ont contacté le médecin cantonal pour lui proposer une recherche historique sur l'origine et l'application de la loi vaudoise à partir des archives du Conseil de santé (1^{er} entretien le 3 septembre 1997).

La suite du dossier de presse s'étoffe pendant quelques jours encore auprès du porte-parole du Département fédéral de justice et police¹¹⁹, du directeur de l'Institut de droit de la santé à Neuchâtel et des médecins cantonaux¹²⁰, de la Fédération suisse des associations de parents de handicapés mentaux (INSIEME) et du secrétaire de Pro Mente Sana¹²¹.

La première phase intense d'enquête s'arrête le 4 septembre 1997¹²². Le 8 septembre, un bref témoignage à la Radio Suisse Romande relatif à une stérilisation pratiquée en 1947 fait écho, très brièvement, au témoignage de Maria Nordin en Suède. Un autre cas concret avait été évoqué, celui de Marie révélé en 1973¹²³.

C'est de manière plus lâche que le sujet des stérilisations réapparaît dans la presse dans les mois suivants. Plusieurs pistes entamées vont se chevaucher et s'éclairer mutuellement: tenter de comprendre le passé, demander des réparations, faire le point sur les législations actuelles et en projet, sur les pratiques d'aujourd'hui et ceux qui les cautionnent, enfin dénoncer le fait que dans des pays extra-européens, il existe d'autres situations alarmantes relatives à des stérilisations imposées.

Pratiques passées

Les premiers résultats de la recherche historique menée sur le mandat du Service de la santé publique concernant l'application de la loi vaudoise sont communiqués en janvier 1998, le rapport final est remis au Service de la santé publique en novembre 1998; il est résumé par les auteurs¹²⁴.

Une autre recherche historique plus large concernant la Suisse est demandée au Conseil fédéral (motion von Felten) dès l'automne 1997¹²⁵, mais refusée en été 1999¹²⁶.

Un film canadien passe en août 1998 à la télévision française¹²⁷ et présente les éléments historiques et contemporains concernant une femme d'une cinquantaine

¹¹⁹ ATS 1997.

¹²⁰ PETIT-PIERRE 1997.

¹²¹ SEYDTAGHIA 1997.

¹²² FREI 1997.

¹²³ SEYDTAGHIA 1997.

¹²⁴ «Stérilisation des personnes privées de discernement», Bureau d'information et de communication de l'Etat de Vaud, 19 janvier 1998; JEANMONOD, HELLER, GASSER 1998 b; SEYDTAGHIA 1998.

¹²⁵ «Le Conseil fédéral en bref. Stérilisations forcées à l'étude», *Journal de Genève et Gazette de Lausanne*, 4 février 1998. Voir «97.3443. Postulat von Felten, Stérilisation forcées en Suisse», *Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale*, 20 mars 1998, p. 744.

¹²⁶ «Eugénisme. Non à l'étude sur les stérilisations forcées», *Le Temps*, 18 juin 1999. Voir «97.3443. Postulat von Felten, Stérilisation forcées en Suisse», *Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale*, 17 juin 1999.

¹²⁷ «Stérilisation forcée en Amérique», diffusé sur la chaîne de télévision Planète (film de Glyní Whiting, The national Film Board of Canada, 1996). En 1994, un autre film intitulé «Les enfants perdus (stérilisation forcée)» a été présenté sur la chaîne de télévision française France 2 (Stephen Trombley, Bruce Eadie, Paul Gibson, Peter Miller, Coproduction des télévisions anglaise, danoise, finlandaise et française). Il porte sur les stérilisations pratiquées entre 1927 et 1972 dans l'Etat de Virginie (USA); il utilise des fragments d'un film

d'année qui poursuit en 1996 le gouvernement de la province d'Alberta en dommages et intérêts pour avoir été internée et stérilisée à son insu à l'âge de 14 ans. Elle gagne son procès qui pourrait en entraîner d'autres.

Au début de l'année 1999, on apprend par la presse française qu'en Suède, un plan d'indemnisation des victimes de stérilisation forcée est envisagé¹²⁸.

Enfin, entre mai et juin 1999, un épais dossier de presse suisse alémanique et deux articles en Suisse romande¹²⁹ concernent la parution d'un ouvrage sur l'eugénisme et le rôle des psychiatres A. Forel et E. Bleuler à Zurich¹³⁰. Il révèle le cas de stérilisations forcées mais surtout dénonce le fait de n'avoir pas eu accès à certaines archives. En outre, il demande que les autorités reconnaissent l'arbitraire de ces pratiques, voire envisagent un dédommagement des victimes.

Enfin, en lien indirect avec la stérilisation, l'euthanasie d'enfants handicapés en Autriche durant la dernière guerre est dévoilée¹³¹.

Législations

Au moment où il est mis en consultation, un avant-projet de loi confidentiel sur les stérilisations dans le canton de Fribourg est révélé une première fois en novembre 1997¹³²; le projet soumis au Grand Conseil fait l'objet en novembre de l'année suivante d'une enquête très nourrie dans la presse sur les législations, les pratiques et les conceptions dans les cantons de Fribourg, Vaud et Neuchâtel ainsi qu'en France¹³³. La Chine serait sur le point de modifier sa législation sur les stérilisations¹³⁴.

Pratiques actuelles

En France, en octobre 1998, un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) concernant la stérilisation illégale récente des femmes vivant en institution est rendu public¹³⁵. Il fait suite à une étude de 1996 sur la Gironde.

américain de 1934 alarmiste au sujet des stérilisations légales: «News Flash. Germany: Hitler decrees all unfit to be sterilized. United States: 27 states put human stalization laws into practice! [...] Sterilization must be abolished of the statut's of the country.» («Tomorrow's Children», produit par Bryan FOY, copie video par Video Yesteryear, N° 176).

¹²⁸ «Plan d'indemnisation pour les victimes de stérilisation forcée en Suède», *Libération*, 28 janvier 1999; aussi *Le Monde*, 1^{er} février 1999 et *Libération*, 6-7 mars 1999.

¹²⁹ VOS 1999; BARBARIE 1999.

¹³⁰ WOTTRENG 1999.

¹³¹ BLASER 1998.

¹³² JMA 1997.

¹³³ DUC 1998.

¹³⁴ POMFRET 1998: POMFRET, John, «China Suspends Sterilization of People with Genetic Ills», *International Herald Tribune*, 22 août 1998.

¹³⁵ F. E. 1998; voir aussi «La stérilisation des handicapés mentaux est "faible", mais non "marginale"», *Le Monde*, 2 octobre 1998.

Le droit à la sexualité et à la procréation des handicapés mentaux, déjà discuté précédemment, et notamment au sujet des législations actuelles, est à nouveau examiné dans la presse romande¹³⁶.

En lien explicite ou non avec la stérilisation non volontaire, d'autres domaines apparentés sont abordés dans les médias: le dépistage génétique d'anomalies mentales¹³⁷, le traitement forcé en psychiatrie¹³⁸, la castration des délinquants sexuels¹³⁹.

Pays extra-européens

Les stérilisations au Pérou, touchant principalement des femmes pauvres et illettrées des Andes et de la Sierra, et la situation en Chine sont évoquées¹⁴⁰. L'analogie avec le problème de l'excision des femmes est saisissante. En février 1999, on parle de la décision du gouvernement du Sénégal de voter une loi interdisant la pratique de l'excision, notamment grâce au témoignage de femmes; en France, un procès condamne une femme du Mali pour excision de fillettes dans la région parisienne¹⁴¹.

Spectre du passé

Durant les années 1997 à 1999, l'actualité et la complexité de la problématique à laquelle appartient ce que l'on nomme généralement dans la presse la "stérilisation forcée" se sont manifestées par des enquêtes, parfois mandatées par les autorités, ainsi que par des prises de position officielles ou des modifications dans les législations: en Suisse (notamment dans les cantons de Vaud et de Fribourg), ainsi qu'au Canada, en Chine, en France, au Pérou, en Suède, aux USA. Des interlocuteurs ont été interviewés par les journalistes, aussi bien dans les champs de l'histoire (politique, sociale, médicale), du droit (législatif et judiciaire), de la médecine (autorités sanitaires et pratique médicale), que du handicap mental (institutionnel, associatif, privé). Certains articles sont majeurs, d'autres très médiocres, mais l'on doit constater que les ouvertures données par la presse sont incontestablement précieuses, donnant accès à une information variée provenant des divers milieux intéressés.

Sur la question des stérilisations, le passé est généralement qualifié négativement: «Dieu que le passé est laid», «le sombre chapitre de l'histoire suédoise», «zones d'ombre de notre passé», «page trouble»¹⁴². Certains stéréotypes dominant,

¹³⁶ FREI 1997; DUC 1998; FREUDIGER 1998; HEIM 1999.

¹³⁷ NAU 1998 et 1999.

¹³⁸ JMA 1997; PONT 1998.

¹³⁹ «Faut-il castrer les violeurs?», Télévision suisse romande, TSR 1, Temps Présent, 19 novembre 1998 (Traduction d'une émission américaine: reportage de Stephen Trombly).

¹⁴⁰ ROTTET 1998; POMFRET 1998; voir aussi *The Lancet*, Vol. 351, June 6, 1998, pp. 1729-1730.

¹⁴¹ DUARI 1999; Radio suisse romande La Première, Informations, 17 février 1999.

¹⁴² BELLMOND 1997; BELLMOND, Alice de, «Stérilisations forcées: les sociaux-démocrates suédois ne veulent pas porter seuls le chapeau», *Journal de Genève et Gazette de Lausanne*, 28 août 1997; SEYDIAGHIA 1998.

malgré des commentaires qui tentent de corriger les idées reçues. La plus constante est que la stérilisation relève du nazisme: « On se sent tout à coup pris dans le piège, dans le sillage de l'Allemagne nazie »; « certaines méthodes étaient dignes de médecins nazis »¹⁴³. Des articles plus développés remarquent pourtant qu'un gouvernement socialiste a aussi pu pratiquer des stérilisations forcées: « Dans leur logique [celle des sociaux-démocrates] il fallait en passer par là pour réduire le nombre de personnes « passives » devant être entretenues par le système de bien-être social nouvellement érigé »; « l'idéologie de la social-démocratie est que les enfants qui naissent ont le droit à une vie décente »¹⁴⁴.

Le spectre d'un passé, plus rapidement condamné qu'expliqué, pèse sur le présent, c'est un avertissement et il appelle à la vigilance¹⁴⁵. Pratiquer aujourd'hui clandestinement des stérilisations non volontaires ou les autoriser légalement a des relents totalitaires (officiels ou privés): « [...] seul Neuchâtel a osé légiférer en Suisse romande. Face aux dérapages du passé, [...] les autorités sont devenues extrêmement prudentes »¹⁴⁶. L'eugénisme (toujours connoté négativement dans la presse) est latent, il inquiète particulièrement avec les progrès de la génétique. Mais, pour d'autres, le présent n'a plus rien à voir avec le passé. On ne risque pas les mêmes abus, car « l'heure est au dialogue »¹⁴⁷.

A cause précisément de certains excès du passé, on se méfie des commissions officielles¹⁴⁸ et des organes de décision; le témoignage des personnes dénonce le fait que leur consentement avait été donné sous pression: « J'ai signé parce que je savais que je devais le faire si je voulais sortir de là » (Maria Nordin, Suède¹⁴⁹); « si j'acceptais, on me libérait de l'hôpital, – si je refusais, j'y étais pour le restant de mes jours? Alors j'ai accepté, mais c'était de force. » (Louise, Suisse¹⁵⁰); « analphabète, Eleuteria a néanmoins "signé" un document. Contre de la nourriture et des médicaments » (Eleuteria Yauri, Pérou¹⁵¹).

Il faut enfin remarquer que l'opinion publique et, avec elle, les journalistes semblent écartelés entre la condamnation des stérilisations non volontaires, passées et actuelles, et l'appréhension devant des procréations irresponsables.

Le sujet est grave; il n'est pas question ici de le contester. Mais il faut relever aussi les effets grossissants et déformants d'une information résumée qui circule et se reproduit. Les formules lapidaires sont cultivées. Ainsi, tous les articles cités sur

¹⁴³ SEYDIAGHIA 1998; FARROKH 1997. Les auteurs responsables d'un numéro spécial du périodique *Scandinavian Journal of History* remarquent dans leur introduction le même amalgame (BROBERG & TYDEN 1999); un article du *Washington Post* titrait par exemple: « a 40-year Nazistyle campaign of forced sterilisation ». Ils relèvent aussi que les nuances et les réserves exprimées par le journaliste suédois M. Zarembo ont été perdues dans l'information véhiculée par les mass media internationaux.

¹⁴⁴ PELTIER 1997; LANTIERI 1997.

¹⁴⁵ BLASER 1998.

¹⁴⁶ PETIT-PIERRE 1997.

¹⁴⁷ FREI 1997.

¹⁴⁸ DUC 1998.

¹⁴⁹ PELTIER 1997.

¹⁵⁰ Radio suisse romande, 8 septembre 1997.

¹⁵¹ ROTTET 1998.

la Suède reprennent l'expression de « stérilisation forcée » et le chiffre de 60'000 ou 62'000, à l'exception d'un article plus étoffé précisant que ce chiffre concerne l'ensemble des stérilisations, volontaires et non volontaires :

« Sur ces 62'000, tous n'ont pas été contraints de subir cette opération: il y avait des volontaires ou des cas qui se justifiaient médicalement. [...] 13'000 forcés "seulement". »¹⁵²

De grands chiffres hypothétiques sont mis en exergue: « Stérilisations par centaines, Vaud [...] »¹⁵³. Des suppositions sont affirmées péremptoirement, ainsi la loi vaudoise aurait été votée et les décisions de stérilisation imposées « sans état d'âme »¹⁵⁴; des formules journalistiques biaisent le sens: « La loi fut appliquée avec vigueur », « Fribourg favorable à la stérilisation forcée »¹⁵⁵.

Le cas scandaleux est mis en exergue et une argumentation tronquée est seule avancée. La stérilisation aurait été imposée parce que « la jeune fille [...] ne savait pas bien ses leçons de catéchisme », une autre « devait être stérilisée car elle restait souvent dans son lit à manger des sucreries, négligeant la bonne tenue de sa maison », d'autres encore parce qu'elles « ne pouvaient répondre à certaines questions-types [comme] le nom du roi ou le nombre d'habitants dans la deuxième ville de la Suède »¹⁵⁶. « Simple d'esprit et nymphomane: ce diagnostic a suffi pour faire stériliser, en 1911, une jeune Zurichoise [...]. Sa sœur [...] a subi le même sort quelques années plus tard, pour la seule raison qu'elle appartenait à la même famille »¹⁵⁷.

Enfin, l'information s'entretient sans tenir compte d'éléments nouveaux qui en atténuent le propos. Une idée récurrente est le silence voulu et la fermeture des archives. « Un silence difficile à briser », « toute recherche sur le sujet reçoit un nœud absolu de la part des autorités responsables », « la recherche historique sur l'eugénisme bute sur le secret médical »¹⁵⁸. Dans ce dernier cas, il est question du journaliste zurichois Willi Wottreng qui n'a pas eu accès aux dossiers médicaux des patients de l'hôpital psychiatrique du Burghölzli où Forel et Bleuler ont pratiqué des stérilisations forcées. Cette information paraît dans le quotidien romand *Le Temps* en mai 1999 alors qu'en novembre de l'année précédente le même quotidien accueillait dans ses colonnes une information concernant la recherche mandatée par le Service de la santé publique du canton de Vaud et dont les « sources essentielles [...] sont les dossiers de stérilisation [...] conservés par les Archives cantonales vaudoises »¹⁵⁹.

C'est le « scandale » de la Suède qui a suscité l'étude publiée ici, mais c'est aussi le souci de démêler les amalgames et de nuancer les affirmations et les exagérations inhérentes au souci de frapper que la presse véhicule. L'étude sur la stérilisation en

¹⁵² LANTIERI 1997.

¹⁵³ FARROKH 1997.

¹⁵⁴ NETZ 1998.

¹⁵⁵ FARROKH 1997; JMA 1997.

¹⁵⁶ LANTIERI 1997; PELTIER 1997.

¹⁵⁷ VOS 1999.

¹⁵⁸ PELTIER 1997; SEYDAGHIA 1938; VOS 1999.

¹⁵⁹ JEANMONOD, HELLER, GASSER 1998 b.

Suisse romande permet de comprendre que les stérilisations non volontaires n'étaient pas nécessairement pratiquées «par centaines» et «sans état d'âme» dans le canton de Vaud, que les situations étaient infiniment plus complexes que le seul fait de rester «souvent dans son lit à manger des sucreries». Les stérilisations non volontaires appartiennent à une histoire qui a de multiples composantes.

ARCHIVES MÉDICALES: PATRIMOINE HISTORIQUE À RISQUE _____

Dossiers de patients

Une recherche sur la stérilisation des malades et des handicapés mentaux ou d'une manière plus générale sur la stérilisation non volontaire exige que l'on ait accès aux dossiers des personnes concernées. Les textes publiés permettent certes d'étudier les prises de position théorique des différents acteurs relatives à la stérilisation et apportent éventuellement quelques données sur les stérilisations opérées dans le cadre d'un service hospitalier ou de l'application d'une loi; cependant, le discours sur les stérilisations ne suffit pas. Il convient en effet de confronter celui-ci aux pratiques pour repérer éventuellement un décalage entre eux et surtout pour compléter les renseignements sur les conditions concrètes qui ont abouti à des stérilisations.

Dès le début de la recherche qui a porté d'abord sur l'application de la loi vaudoise du 3 septembre 1928 concernant la stérilisation des infirmes et des malades mentaux, il s'est agi de tenter de comprendre quelle avait été l'attitude des autorités sanitaires, pour quels motifs celles-ci avaient autorisé ou refusé des stérilisations et quelles personnes avaient été stérilisées. Seule l'étude des dossiers individuels des personnes pour lesquelles une demande d'autorisation de stérilisation avait été soumise au Conseil de santé pouvait permettre de répondre à ces questions. Il s'agissait donc de s'appuyer sur les sources primaires et non sur les seuls articles publiés.

L'étude des dossiers de patients est indispensable dans ce contexte et l'ensemble de la recherche menée dans les différents cantons est éloquent à ce sujet. Encore faut-il que des dossiers aient été constitués, qu'ils aient été conservés, que leur mode de classement permette d'en faire une sélection utile et enfin que les données soient accessibles dans le respect des règles de déontologie indispensables. Ce chapitre porte sur la question de la conservation et de la consultation des archives¹⁶⁰,

¹⁶⁰ Version remaniée d'une publication partielle (HELLER & JEANMONOD, 2001 a), il doit beaucoup à la collaboration menée avec Gilbert Coutaz, directeur des Archives cantonales vaudoises, sur la question des archives médicales. Voir aussi HELLER, COUTAZ, GASSER 2002; COUTAZ 2002.

et plus particulièrement des dossiers médicaux, sur les contradictions entre transparence de l'information et protection de l'individu, entre encombrement et destruction, entre statut individuel et médical et statut collectif et historique.

Itinéraire dans les archives

Dans le canton de Vaud, les dossiers qui avaient fait l'objet d'un classement spécifique dans le cadre de l'application de la loi sur la stérilisation avaient été conservés tels quels; les plus anciens faisaient partie des archives du Département de l'Intérieur (Police sanitaire) déposées aux Archives cantonales, et les plus récents se trouvaient encore au Service de la santé publique. La recherche a été autorisée par le chef du Département de la santé et de l'action sociale et les dossiers ont pu être consultés selon des modalités précises; des engagements relatifs au respect du secret professionnel et à l'anonymisation des résultats ont été pris. Les conditions étaient optimales pour l'exploration de ce sujet délicat.

L'importance du sujet nous a menés à poursuivre la recherche dans les autres cantons romands, mais aussi à la compléter dans le canton de Vaud là où d'autres stérilisations que celles soumises au Conseil de santé avaient pu être effectuées. Or se posait le triple problème de l'identification des sources, de leur conservation et de leur consultation éventuelle.

Les dossiers de personnes atteintes de maladie ou de déficience mentale et susceptibles d'avoir été stérilisées pouvaient se trouver dans les archives des hôpitaux psychiatriques publics, dans celles des services de gynécologie des hôpitaux publics¹⁶¹ ou dans celles des institutions pour handicapés mentaux. Les archives des services de chirurgie des hôpitaux publics ainsi que les archives des cliniques ou des cabinets privés ont été écartées d'emblée car l'ampleur de la recherche, la dispersion des lieux et l'accès à ces archives étaient trop problématiques en regard des résultats escomptés. Centrer la recherche sur des institutions publiques ou des institutions à caractère semi-public permettait d'explorer des pratiques officielles ou résultant d'un certain consensus révélant des conceptions communes dans un contexte donné. Notons enfin que des stérilisations camouflées ont pu être pratiquées dans la discrétion de la pratique privée, au sujet desquelles les archives apporteraient probablement peu d'éléments éclairants.

Conservation et accessibilité: flou et disparité

Un repérage des fonds d'archives médicales en Suisse romande¹⁶² et de leur éventuelle mise à disposition a révélé une grande hétérogénéité relative à la

¹⁶¹ Il s'agissait alors de repérer les opérations de stérilisation en général et, parmi elles, les stérilisations pour motifs de maladie mentale ou d'infirmité mentale ou des stérilisations auxquelles le consentement pouvait apparaître problématique. L'existence ou non des stérilisations en général et leur fréquence sont révélatrices de l'attitude à l'égard de l'opération en tant que telle.

¹⁶² Une enquête analogue, mais beaucoup plus large concernant les archives administratives et médicales, a débuté dès le printemps 2000 auprès de tous les hôpitaux romands dans le cadre d'une recherche faite par Pierre-Yves

connaissance par les institutions de la localisation et du contenu de leurs propres archives, notamment en ce qui concerne les dossiers médicaux anciens; un flou presque constant demeurerait entre un discours convenu déclarant par exemple les dossiers détruits au-delà de 20 ans et les indications plus précises de ce qui existe réellement. De plus, la conservation ou non des dossiers anciens était très variable selon des critères liés davantage, semble-t-il, à des circonstances pragmatiques (négligence, déménagement, encombrement) qu'à une politique délibérée ou des normes légales. Cependant, il s'est avéré que la plupart des archives médicales des hôpitaux psychiatriques avaient été conservées, mais qu'à l'inverse celles des hôpitaux généraux avaient été détruites jusqu'à une période récente, variable de cas en cas. Les explications à cette disparité entre archives des services de psychiatrie ou des divers services en médecine ou en chirurgie (la gynécologie en particulier) sont certainement multiples et relèvent aussi bien des conditions matérielles que de la nature des archives elles-mêmes. Les institutions psychiatriques ont pour la plupart disposé de locaux suffisants dans leur sous-sol, du moins jusqu'à une période récente de production plus abondante où la question du microfilmage des dossiers s'est posée pour certaines institutions; puis le microfilmage a été interrompu faute de temps et de détermination, l'encombrement a repris le dessus. Il se trouve donc que les archives anciennes sont généralement bien classées et conservées, les plus récentes étant conservées de manière moins homogène. Mais les archives psychiatriques sont aussi entourées de plus de considération, à la fois parce qu'elles émanent d'une institution à l'identité forte et parce qu'elles contiennent des données particulièrement riches. A l'inverse, les archives médicales des services hospitaliers ont eu davantage à souffrir matériellement de la croissance et de la modernisation des hôpitaux tandis que leur contenu concernant une pathologie somatique a pu paraître plus partiel et plus répétitif.

Certes, il y a des exceptions à ces deux tendances générales, soit la destruction des dossiers médicaux dans les hôpitaux généraux et leur conservation dans les hôpitaux psychiatriques: en effet, jusqu'à aujourd'hui la plupart des dossiers des différents services de l'hôpital cantonal vaudois ont été conservés; les dossiers des services de gynécologie existent donc et nous avons pu étudier une année complète sur dix, ce qui était impossible dans d'autres cantons. A l'Hôpital cantonal de Genève, une partie seulement des dossiers est conservée, mais la sélection n'étant pas terminée, l'étude a pu profiter de l'état encore complet de certaines années. La destruction des archives de l'un des hôpitaux psychiatriques romands était planifiée pour répondre aux nouvelles directives de la loi sur la santé; suspendue pour permettre la recherche sur la stérilisation, la destruction a finalement été abandonnée grâce en partie à la mobilisation d'archivistes et d'historiens.

Les possibilités de recherche ne dépendent pas seulement de la conservation des archives, mais aussi de leur modalité de classement; ainsi, un classement par numéro matricule du patient, sans regroupement par année ou par service ne se prête pas à

Donzé sous l'égide de l'Association des directeurs des établissements hospitaliers romands et de l'Institut universitaire romand d'histoire de la médecine et de la santé à Lausanne. L'enquête a porté sur l'ensemble des archives (rapports annuels, procès-verbaux de la Direction et du Conseil d'administration, comptes, correspondance, dossiers médicaux, photographies, autres documents), DONZÉ 2002.

une recherche chronologique ou concernant une pathologie. L'adoption dans certains hôpitaux du dossier unique soulève des problèmes spécifiques qui peuvent être résolus à partir du moment où les données sont informatisées.

La connaissance de ce qui est effectivement conservé varie d'une institution à l'autre ainsi que les fonds conservés et les dispositions légales¹⁶³ concernant la conservation et la destruction des archives, enfin les conceptions relatives à l'accessibilité des archives vont de l'indifférence à la protection extrême. L'idée la plus répandue est que des dossiers médicaux ne peuvent être accessibles à des non-médecins, alors que la distinction réside entre d'une part les personnes impliquées dans le traitement du patient et d'autre part toute autre personne, médecin ou historien. Certains directeurs ont subordonné l'autorisation d'accès aux archives à la décision d'une autorité supérieure (comité directeur, médecin cantonal, chef du département ou commission d'éthique). La Commission fédérale de levée du secret professionnel n'a jamais été mentionnée, peut-être parce qu'il ne s'agissait pas d'une recherche médicale à proprement parler (mais d'une recherche historique) ou plus prosaïquement parce que l'existence de la Commission était encore méconnue. Etant donné cette hétérogénéité des conceptions sur l'accès, il a paru nécessaire de présenter une demande d'autorisation particulière pour la recherche en Suisse romande auprès de la Commission fédérale pour ne pas multiplier les démarches dans les cantons et pour accorder une plus grande garantie aux directeurs des institutions. L'autorisation de levée du secret professionnel a été attribuée à cette recherche¹⁶⁴ sur la base de différents critères, dont le plus important est l'impossibilité de demander le consentement des personnes concernées étant donné l'étendue géographique et chronologique des archives utilisées¹⁶⁵. Des conditions strictes ont été posées assurant la protection des données nominales. Cette autorisation a largement facilité l'accès aux archives même si les professionnels restaient libres de le refuser, car « l'octroi de l'autorisation n'engendre pour personne l'obligation de communiquer les données »¹⁶⁶.

¹⁶³ Les normes fédérales, y compris la Commission fédérale d'experts, et cantonales sont abordées ci-après.

¹⁶⁴ Autorisation particulière No 26.2.1-44 de la Commission fédérale d'experts du secret professionnel en matière de recherche médicale; une information aux médecins et professionnels socio-médicaux leur indique qu'ils sont déliés du secret professionnel dans le cadre de cette recherche.

¹⁶⁵ Les compétences de la Commission concernent les dossiers couverts par le secret médical (patients et médecins concernés en vie); mais elle est entrée en matière sur l'ensemble de la requête « pour des raisons de cohérence, d'unité et d'économie de procédure », alors même que la plupart des dossiers archivés sont placés sous la responsabilité de personnes « qui ne sont plus astreintes au secret au sens de l'art. 321 CP, faute de rapport thérapeutique entre elles et les patients dont les données sont contenues dans ces dossiers » (Autorisation particulière N° 26. 2. 1-44 du 14 décembre 1998). La Commission peut octroyer une autorisation dans les cas où « la recherche ne peut être effectuée avec des données anonymes, il est impossible ou particulièrement difficile d'obtenir le consentement, les intérêts de la recherche priment au maintien du secret » (art. 321 bis CP). L'autorisation précise que « pour les besoins de l'étude, il est important que les dossiers ne soient pas anonymisés, car c'est le parcours individuel de chaque patient qui est intéressant. [...] Il est impossible et particulièrement difficile d'obtenir le consentement de l'intéressé. Etant donné que l'étude porte sur des dossiers médicaux constitués dès le début du siècle jusqu'à nos jours, il apparaît évident que de nombreux patients sont décédés ou, le cas échéant, ne peuvent être retrouvés. En ce qui concerne les patients encore en vie, [...] le rappel de ces événements douloureux [la stérilisation] leur serait sans doute préjudiciable. [...] Une connaissance du contexte social et professionnel dans lequel les décisions de stérilisation non volontaire ont été prises et exécutées paraît [...] présenter un intérêt pour l'ensemble de la société » (Autorisation particulière, op. cit.).

¹⁶⁶ Autorisation particulière, op.cit.

Repères dans les dispositions légales

Le sort des archives médicales en ce qui concerne la conservation et l'accès dépend, on l'a vu, de plusieurs facteurs conjoncturels liés aux circonstances matérielles (architecture, encombrement, etc.) et subjectives (intérêt et scrupule des professionnels) mais aussi et surtout de facteurs liés à des dispositions légales qui restent cependant fragmentaires et hétérogènes à cause du « fédéralisme archivistique »¹⁶⁷. Trois types de législations concernent à la fois la question de la conservation ou de la destruction des archives (parmi elles, les données personnelles informatisées ou non et plus particulièrement, les dossiers médicaux) et la question de leur accessibilité et de leur communicabilité: il s'agit des lois sur la protection des données, des lois de santé et des lois sur les archives.

Archives vivantes, période variable entre 10 et 20 ans

Conservation

La conservation des dossiers dépend dans un premier temps de leur utilité médicale et légale, ce sont ce que l'on appelle parfois des archives vivantes. Le Code des obligations, les lois sur la santé ou les règlements propres aux institutions déterminent l'obligation de conserver les dossiers médicaux alors même que le traitement en cours est terminé; il s'agit à la fois d'assurer une certaine cohérence en cas de reprise d'un traitement médical et de pouvoir apporter des preuves en cas d'éventuelles actions en responsabilité civile. Au niveau fédéral, le délai de prescription lors d'action en responsabilité civile est de 10 ans¹⁶⁸. La norme de 10, 15 ou 20 ans après la dernière consultation est généralement admise par les lois cantonales de santé pour la conservation des dossiers¹⁶⁹.

Certaines législations envisagent explicitement la possibilité de prolonger la conservation à cause d'un intérêt scientifique ou historique. C'est rarement le cas

¹⁶⁷ Selon l'expression utilisée par Ruth Dreifuss (« 200^e anniversaire des archives fédérales », *Bulletin*, N° 62, juin 1998, publié par la Société générale suisse d'histoire, p. 12).

¹⁶⁸ « L'action en dommages-intérêts [...] se prescrit [...] par dix dès le jour où le fait dommageable s'est produit », Code des obligations, article 60, alinéa 1.

¹⁶⁹ Berne: « Les notes doivent être conservées pendant 10 ans au moins, dans les institutions publiques pendant 20 ans au moins », article 20, alinéa 2, de la Loi sur la santé publique (2 décembre 1984); Fribourg: « Les éléments du dossier [...] doivent être conservés au moins pendant dix ans [...], le dossier sera détruit après vingt ans au plus tard. [...] », article 59 de la Loi sur la santé (16 novembre 1999); Neuchâtel: « les éléments du dossier doivent être conservés aussi longtemps qu'ils présentent un intérêt pour la santé du patient, mais au moins dix ans », article 64 de la Loi de santé (6 février 1995); Valais: « Dossier [...] conservé au moins pendant dix ans », article 34 de la Loi sur la santé (9 février 1996); les lois cantonales de Vaud et de Genève ne sont pas explicites sur ce sujet.

des lois de protection des données personnelles¹⁷⁰; c'est parfois une préoccupation des lois de santé¹⁷¹ ou des lois sur les archives¹⁷².

Destruction

Le droit au respect de la sphère privée, particulièrement menacé avec le développement des fichiers informatiques, et le droit à l'information¹⁷³, notamment celui de l'individu sur ses propres données (et en particulier du patient sur son dossier) ont engendré une certaine primauté de l'intérêt de la personne sur l'intérêt de la société en général. La loi fédérale et les lois cantonales de protection sur les données¹⁷⁴ exigent en principe la destruction des données dont on n'a plus besoin sans indiquer de période¹⁷⁵; or l'interprétation de l'utilité ou de la valeur des données est variable selon les cantons, les institutions, les personnes, les pathologies, etc. Rares sont les lois qui mentionnent l'éventualité d'un intérêt historique des données. On a pu constater la tendance à un effet rétroactif des normes de protection des données personnelles concernant les fichiers informatiques à d'autres données personnelles, notamment les fichiers manuels et les dossiers de patients¹⁷⁶.

¹⁷⁰ Berne, article 19 de la Loi sur la protection des données (19 février 1986); articles 21 et 22 de la Loi fédérale sur la protection des données du 19 juin 1992 (obligation d'anonymiser les données).

¹⁷¹ Fribourg: «Le patient ou la patiente peut toutefois consentir à une prolongation de la durée de conservation de son dossier à des fins de recherche», article 59 de la Loi sur la santé (16 novembre 1999).

¹⁷² Article 4 (documents dignes d'être conservés durablement) de l'Ordonnance sur les Archives de l'Etat de Berne (24 juin 1992).

¹⁷³ Le Directeur des Archives cantonales vaudoises relève surtout que, dans le cas du canton de Vaud, le projet de loi sur l'information vise surtout à la transparence administrative en affirmant «la volonté politique de permettre à tout citoyen d'accéder aux informations qui le concernent, voire de lui permettre de corriger des données fausses. [...] il est difficile, si ce n'est inconséquent, de rédiger une loi sur l'information, sans lancer parallèlement une loi sur les archives et une refonte, puisqu'elle existe dans le canton de Vaud, de la loi sur la protection des données personnelles [...]», COUTAZ 2002, p. 55.

¹⁷⁴ La première concerne en priorité le traitement des données par des personnes ou organismes privés ou fédéraux, les secondes le traitement des données par des institutions de droit public.

¹⁷⁵ La loi fédérale sur la protection des données (19 juin 1992) concerne le traitement des données personnelles par des organes fédéraux, elle traite de l'obligation de rendre les données personnelles anonymes ou de les détruire (articles 21 et 22); elle n'indique rien au sujet du traitement des données personnelles par des personnes privées (voir aussi PROTECTION 1997). Dans le canton de Berne, la Loi sur la protection des données (19 février 1986) est particulièrement développée sur le sujet de la destruction et de l'archivage des données (article 19): «Toute donnée qui n'est plus utilisée doit être détruite» (al. 1), «L'autorité responsable fixe pour chaque fichier la date de destruction des données personnelles» (al. 2), «Passé cette date, les données personnelles peuvent être conservées uniquement si [...] elles présentent un intérêt pour la recherche scientifique» (al. 3, b). Dans les autres cantons, les indications sont plus laconiques: à Fribourg, l'article 13 de la Loi sur la protection des données (25 novembre 1994); à Genève, l'article 5 de la Loi sur les informations traitées automatiquement par ordinateur (17 décembre 1981) mentionne que les fichiers sont «périodiquement épurés»; à Neuchâtel, l'article 10 de la Loi cantonale sur la protection de la personnalité (14 décembre 1982); en Valais, l'article 7 de la Loi concernant la protection des données à caractère personnel (28 juin 1984); dans le canton de Vaud, l'article 4 de la Loi sur les fichiers informatiques et la protection des données personnelles (25 mai 1981).

¹⁷⁶ C'est probablement le cas à Neuchâtel de l'Arrêté d'exécution de la Loi sur les archives de l'Etat (2 mai 1990): «La destruction intervient de façon à protéger les intérêts publics et privés» (article 9, al. 2).

Consultation

La consultation des données personnelles, et par extension, des archives vivantes ou historiques, est régie par des dispositions concernant l'atteinte à la personnalité; celles-ci se fondent sur la Constitution fédérale¹⁷⁷, le Code civil suisse¹⁷⁸ ou le Code pénal suisse. Dans ce dernier, une disposition se rapporte à la violation du secret professionnel¹⁷⁹, l'autre est relative au secret professionnel en matière de recherche médicale et institue une Commission d'experts¹⁸⁰ qui peut octroyer des autorisations de levée du secret professionnel; les lois sur la protection des données règlent l'accès aux données personnelles: l'accès des données pour la personne concernée est presque toujours spécifié, plus rarement l'accès pour des tiers qui doit être en principe autorisé par le patient¹⁸¹.

Archives historiques

Au-delà de la première période, celle des archives vivantes, variable selon les législations, ou bien les archives médicales sont détruites, ou bien elles deviennent des archives historiques¹⁸² et leur sort est rarement réglé de manière cohérente. Les lois sur les archives publiques (Archives fédérales et Archives cantonales) servent de référence pour la gestion des archives, à savoir leur conservation et les modalités de consultation. Ainsi la mission des Archives cantonales vaudoises est « de conserver et de classer les documents d'archives appartenant à l'Etat de Vaud » et de « permettre une consultation normale de ces documents, tant pour les besoins administratifs que pour la recherche historique »¹⁸³.

Conservation

Le choix de ce qui doit être conservé ou détruit relève, pour ce qui est des administrations cantonales, de la responsabilité conjointe des services et des Archives

¹⁷⁷ « Toute personne a le droit d'être protégée contre l'emploi abusif des données qui la concernent », article 13, al. 2, de la Constitution fédérale (18 avril 1999).

¹⁷⁸ « Celui qui subit une atteinte illicite à sa personnalité peut agir en justice pour sa protection contre toute personne qui y participe. Une atteinte est illicite, à moins qu'elle ne soit justifiée par le consentement de la victime, par un intérêt prépondérant privé ou public, ou par la loi », article 28 du Code civil suisse.

¹⁷⁹ « La révélation ne sera pas punissable si elle a été faite avec le consentement de l'intéressé ou si, sur la proposition du détenteur du secret, l'autorité supérieure ou l'autorité de surveillance l'a autorisée par écrit », article 320, al. 2, du Code pénal suisse.

¹⁸⁰ « Un secret professionnel peut être levé à des fins de recherche dans les domaines de la médecine ou de la santé publique si une commission d'experts en donne l'autorisation [...] », article 321 bis, al. 2, du Code pénal suisse.

¹⁸¹ Des modalités complexes sont mises en œuvre (voir PROTECTION 1997).

¹⁸² Il faut noter cependant que la limite n'est pas franche entre ces deux statuts (archives vivantes/archives historiques) car il se peut que des archives vivantes soient aussi un matériel de recherche, notamment pour des recherches médicales rétrospectives, et que leur accès soit sollicité en dehors de la relation soignant/patient; d'autre part, des archives historiques gardent un statut particulier si le patient ou le médecin traitant sont vivants.

¹⁸³ Règlement du 6 octobre 1989 pour les Archives cantonales vaudoises.

cantonales¹⁸⁴. Certaines législations ou directives, notamment dans le canton de Vaud, sont impératives à ce sujet: «Aucun document ne doit être détruit par les services [...] sans l'autorisation du directeur des archives.»¹⁸⁵ Une sélection éventuelle des documents à conserver peut être opérée. Dans le canton de Genève, il a été décidé par un arrêté du Conseil d'Etat du 15 février 1995, suivant le modèle du canton de Bâle-Ville, de ne conserver en principe, à partir de 1950, que les dossiers médicaux de patients, hommes ou femmes, dont le nom de famille commence par la lettre B.

Consultation

La question du délai de consultation n'est pas non plus réglée de manière homogène. Il est généralement plus court pour les archives administratives (25, 30, 35 ou 50 ans selon les cantons¹⁸⁶) que pour les dossiers personnels de médecine ou de police par exemple. Mais la distinction n'est pas toujours précisée.

Un délai de 100 ans après la clôture du dossier est adopté en principe aux Archives cantonales vaudoises pour la consultation publique des données personnelles¹⁸⁷; à Genève, il est de «[...] 10 ans après le décès de la personne concernée, à moins que celle-ci n'en ait autorisé la consultation. Si la date de la mort est inconnue ou n'est déterminable que moyennant un travail disproportionné, le délai de protection expire 100 ans après la naissance. Si ni la date du décès, ni celle de la naissance ne peuvent être déterminées, le délai de protection expire 100 ans à compter de l'ouverture du dossier»¹⁸⁸.

Cependant, il est souvent mentionné que des dérogations peuvent être faites (par le Conseil d'Etat, le Département concerné, le service concerné et/ou les Archives cantonales) aux délais légaux pour une consultation anticipée; de même une éventuelle prolongation des délais peut être décidée si les intérêts privés ou publics le requièrent, qu'il s'agisse des archives administratives ou des dossiers de personnes¹⁸⁹. Ainsi, l'accès avant les délais légaux aux dossiers médicaux est soumis

¹⁸⁴ Dans le canton de Vaud, une *Enquête systématique sur l'archivage dans l'administration cantonale vaudoise* a été menée dès novembre 1996 par les Archives cantonales et le rapport final a été adopté par le Conseil d'Etat le 10 novembre 1999. Le 13 août 2001, le Conseil d'Etat a émis treize directives sur les archives qui fondent et encadrent les responsabilités réciproques de tous les secteurs de l'administration, en particulier en matière de plan de classement, de calendrier de conservation et de préposé à la gestion des archives.

¹⁸⁵ Article 4 du Règlement des Archives cantonales vaudoises (9 octobre 1989).

¹⁸⁶ Le comptage des années est fait soit à partir de la date des documents, soit à partir de la date du versement des documents aux archives par les services, généralement au moins dix ans après la date des documents.

¹⁸⁷ Sans que cela soit explicitement indiqué dans le règlement. Un délai de cinquante ans est adopté pour les dossiers administratifs.

¹⁸⁸ Article 12 de la Loi sur les archives publiques (1^{er} décembre 2000).

¹⁸⁹ En Valais, le «délai de protection est de 30 ans [...]. Toutefois ce délai de protection peut être levé à l'endroit de chercheurs ou lorsque l'intérêt public l'exige. Si un intérêt public ou privé digne de protection s'oppose à la consultation de certaines catégories d'archives par des tiers, le service qui les a versées et les Archives peuvent en restreindre ou en interdire la consultation pour une durée limitée après expiration du délai de

à des autorisations spécifiques qui peuvent être celle de la Commission fédérale conjointe à celle des organismes cantonaux concernés. Par analogie, l'accès aux dossiers conservés dans les hôpitaux et les institutions pourrait être soumis aux mêmes normes.

Ces repères mettent en évidence les lacunes et les disparités cantonales dans les dispositions légales, ainsi que la complexité de la problématique de la conservation et de l'accès des dossiers médicaux.

Concilier protection de l'individu et patrimoine collectif

La recherche sur la stérilisation a eu un certain impact sur la prise de conscience de la valeur historique des archives médicales et notamment des dossiers de patients; elle a parfois influencé favorablement leur conservation, voire fait renoncer à une destruction de fonds anciens. Elle a modestement contribué à la réflexion, à la discussion et à la comparaison des différents points de vue sur la problématique des archives médicales et fait connaître l'existence et les exigences de la Commission fédérale. Mais surtout, elle illustre la nécessité d'une réflexion commune aux directeurs des hôpitaux et des institutions, aux médecins, juristes, archivistes, historiens et aux préposés à la protection des données sur les choix à opérer. Une telle réflexion a été entamée depuis quelques années dans divers lieux de Suisse romande sans toutefois aboutir à des résultats tangibles ou à des documents de référence¹⁹⁰. Toutefois, un groupe de travail concernant les archives médicales du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), réuni à l'initiative du Directeur des Archives cantonales vaudoises dès décembre 1997, a préparé un document qui n'a pas été adopté officiellement¹⁹¹. Un autre document a été élaboré pour les archives du Département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA) du canton de Vaud¹⁹²: ces recommandations distinguent quatre périodes à partir de la fermeture

protection», article 31 de la Loi sur la promotion de la culture (15 novembre 1996); à Neuchâtel, «à moins qu'un intérêt public ou privé prépondérant ne s'y oppose, les documents versés aux archives de l'Etat sont accessibles au public trente-cinq ans après le terme de leur préarchivage. La consultation de documents à des fins purement scientifiques peut toutefois être autorisée par le Conseil d'Etat avant l'expiration de ce délai», article 5 de la Loi sur les archives de l'Etat (9 octobre 1989); à Fribourg, «Le Département peut, après avoir consulté l'archiviste cantonal, accorder des dérogations, avant l'expiration des délais fixés, pour faciliter des recherches de caractère scientifique», l'avis de l'établissement concerné est requis, article 6 du Règlement concernant les Archives de l'Etat (2 mars 1993).

¹⁹⁰ L'Institut romand d'histoire de la médecine a organisé une journée de réflexion sur les archives médicales, le 16 juin 1995 à Annecy, réunissant des historiens, des archivistes et des juristes (archives cantonales et hôpitaux cantonaux VD et GE), un représentant de l'association des médecins du canton de Genève; les responsables du *Welcome Institute for the History of Medicine* à Londres ont été invités à donner leur point de vue. L'une des conclusions de cette journée a été de formuler le vœu qu'un document de déontologie concernant la consultation par les chercheurs soit préparé, mais il n'y a pas eu de suite. Dans le canton de Neuchâtel s'était constitué un groupe de travail dont faisaient partie entre autres l'archiviste et le médecin cantonal et qui s'est réuni en 1996 et 1997 pour tenter de régler la question de la destruction, de la conservation et de la consultation des archives médicales dans le canton; la réflexion n'a été qu'entamée.

¹⁹¹ «Politique d'archivage pour les archives médicales», document de travail du 6 juillet 1998.

¹⁹² HELLER, COUTAZ, GASSER 2002.

du dossier (0 à 20 ans, 21 à 50 ans, 51 à 100 ans, 101 ans et plus) avec des modalités de conservation et de droit d'accès qui se modifient en tenant compte d'un changement de statut du dossier; celui-ci passe en effet d'un statut médical et individuel à un statut historique et collectif; toujours selon ces recommandations, une sélection éventuelle peut être opérée durant la seconde période, entre 21 et 50 ans. Divers critères de sélection qui dépendent à la fois de l'ancienneté, de la masse des documents et de l'intérêt de certaines pathologies devraient permettre une destruction raisonnée et concertée d'une partie des dossiers pour éviter l'encombrement, tout en conservant une partie significative¹⁹³ pour permettre la recherche historique et sauvegarder un patrimoine collectif. Les dossiers de patients sont souvent la seule trace des pratiques médicales liées à l'individu et ils représentent une source historique irremplaçable dans notre société où la médecine occupe une place prépondérante.

Les archives médicales, et plus précisément les dossiers de patients, font depuis quelque temps l'objet de réflexions spécifiques dans les milieux professionnels concernés¹⁹⁴. On a pu remarquer que deux positions antagonistes se dessinent: certains prônent leur destruction au nom de la protection des données personnelles, d'autres recommandent leur conservation pour la valeur patrimoniale qu'elles constituent. En d'autres termes, ce sont deux visions qui s'opposent, l'une est à court terme et centrée sur l'individu, l'autre s'inscrit dans la durée et dans un contexte plus large. Le statut des archives médicales est particulier car il s'agit de documents qui contiennent des données sensibles¹⁹⁵ concernant la personne physique et psychique; de plus, l'intérêt porté à ces archives par la recherche épidémiologique et plus récemment par la recherche historique nécessite d'établir des règles concernant leur utilisation. Divers protagonistes (médecins, historiens, archivistes, informaticiens, autorités de surveillance en matière de protection des données, représentants des associations de patients, patients individuels¹⁹⁶) ont des points de vue divergents qu'il s'agit de concilier. Traditionnellement, le dossier du patient était considéré comme la propriété du médecin ou de l'institution soignante; aujourd'hui on doit établir une distinction entre d'une part la collecte des données personnelles¹⁹⁷ et le droit d'accès au dossier¹⁹⁸ (droit qui incombe en priorité au patient, l'accès par des tiers étant subordonné, on l'a vu, à l'autorisation du patient) et d'autre part la détention du dossier par un médecin, une institution médicale ou des archives publiques.

¹⁹³ Par exemple une année complète sur dix ou un carton sur dix. On devrait éviter une sélection consistant à alléger le dossier en le vidant de ses annexes qui se sont révélées particulièrement utiles dans la recherche sur la stérilisation.

¹⁹⁴ Voir en particulier COUTAZ 2002, ainsi que ARCHIVES 1994.

¹⁹⁵ «On entend par [...] *données sensibles*, les données personnelles sur: 1. les opinions et activités religieuses, philosophiques, politiques ou syndicales, 2. la santé, la sphère intime ou l'appartenance à une race, 3. des mesures d'aide sociale, 4. des poursuites ou sanctions pénales et administratives.» (Loi fédérale sur la protection des données du 19 juin 1992).

¹⁹⁶ Voir ARSEVER 1998.

¹⁹⁷ *Fichier et maître du fichier*, articles 3 et suivants de la Loi fédérale sur la protection des données du 19 juin 1992.

¹⁹⁸ Articles 8 et suivants de la même loi.

La problématique des archives médicales révèle un dilemme entre protection de l'individu et patrimoine collectif. Un compromis est indispensable pour élaborer des principes. Les archives médicales des institutions publiques sont les plus concernées, mais les archives privées des cliniques ou des cabinets médicaux ne sont pas exclues de la réflexion qui s'impose. Des normes distinctes pourraient concerner les archives anciennes, les archives récentes et les archives à constituer dans le futur en tenant compte des dispositions légales en vigueur au moment de leur constitution, sans nécessairement imposer un effet rétroactif à ce qui a été soigneusement conservé et archivé par nos prédécesseurs.

Si les craintes relatives au traitement des données personnelles dans l'administration fédérale¹⁹⁹ et à l'informatisation des fichiers, craintes renforcées par l'affaire des fiches de la police fédérale en 1989, ont rendu nécessaires des mesures de protection de l'individu, les débats autour de cette même affaire des fiches, de la question des Yenish ou des fonds juifs en déshérence ont largement contribué à valoriser l'intérêt historique des données personnelles.

« Il s'agit [...] de donner une place aux trajectoires individuelles et collectives dans l'appréhension des phénomènes de société, économiques ou autres. Il est illusoire de vouloir étudier le chômage, les tutelles, l'assistance, la criminalité, le pouvoir d'achat, les épidémiologies, la folie qui plus est l'eugénisme, sans des dossiers individuels. [...] L'interprétation de politiques sanitaires, hospitalières, économiques, financières, judiciaires, sociales à un moment donné passe nécessairement par l'exigence de pouvoir suivre des trajectoires individuelles rassemblées dans des ensembles homogènes, parfaitement datés et disposant d'une logique interne. [...] Pour qu'il y ait évaluation de documents contenant des données personnelles, il est impératif de poser comme première condition l'exigence de la proposer à la conservation. »²⁰⁰

Dans la recherche sur la stérilisation, les dossiers personnels de demande d'autorisation de stérilisation relevant des lois ou directives cantonales sont incontestablement la source la plus riche; les dossiers ont été conservés dans les cantons de Vaud (loi de 1928) et de Neuchâtel (directives de 1980 et loi de 1995), ils ont été détruits dans le canton de Berne (principes de 1931). Les dossiers des hôpitaux psychiatriques publics apportent des indications précieuses sur les solutions mises en œuvre, l'encadrement de la personne étant plus souvent envisagé qu'une stérilisation. Les dossiers administratifs des personnes placées en institution ne contiennent généralement pas d'indications de cet ordre, consignées éventuellement dans le dossier médical de la personne. Les dossiers des services cantonaux de gynécologie conservés à Lausanne et, en partie seulement, à Genève, attestent la pratique de la stérilisation en général surtout depuis les années 30; l'absence des dossiers dans les services de gynécologie publics des autres cantons ne permet pas de savoir si la

¹⁹⁹ Directives 021-B applicables au traitement des données personnelles dans l'administration fédérale du 16 mars 1981 et Loi du 25 mai 1981 sur les fichiers informatiques et la protection des données personnelles (voir MEYER & EGGELI, s.d.).

²⁰⁰ COUTAZ 2002.

stérilisation y était pratiquée ou non, ni dans quelle proportion. Autre constat : la comparaison entre le discours sur l'eugénisme à Genève et les rares stérilisations non volontaires dans les services publics met en lumière l'écart qui peut exister entre la théorie et la pratique. Ces quelques constats seront étoffés dans les chapitres relatifs aux cantons ; il suffit ici de relever que les données tirées des dossiers individuels apportent à la recherche sur l'eugénisme et la stérilisation en Suisse romande non seulement des explications et des nuances indispensables, mais donnent aussi une place légitime aux personnes concernées.

ASPECTS JURIDIQUES²⁰¹

(CHAPITRE RÉDIGÉ PAR J.-F. DUMOULIN)

L'examen des sources du droit qui ont pu être influencées par les thèses eugénistes émises en Suisse romande dès le début du XX^e siècle ne peut pas se limiter à la lecture de quelques dispositions légales facilement identifiables. Lorsqu'elles ont été formalisées dans des textes de loi, ces préoccupations eugénistes ont en effet été intégrées dans des actes législatifs consacrés la plupart du temps à des objets connexes, tels l'interdiction de mariage ou l'interruption de grossesse.

S'y ajoute une autre difficulté, liée au système fédéraliste que connaît la Suisse: ces domaines peuvent relever des compétences dévolues au législateur fédéral comme de celles qu'ont conservées les législateurs cantonaux. Dans le premier cas, c'est-à-dire lorsqu'il appartient au législateur fédéral d'édicter des règles, il s'agit de repérer les normes pertinentes et de remonter dans le temps afin de retrouver d'éventuelles modifications. Dans le second cas en revanche, soit quand le domaine reste une compétence cantonale, l'analyse des textes légaux nécessite à la fois une recherche dans le temps et une recherche par canton.

Enfin, quel que soit le législateur appelé à adopter des normes dans ces domaines, l'attribution d'une compétence n'implique pas nécessairement une obligation de légiférer. S'agissant de stérilisation des handicapés mentaux, par exemple, la plupart des cantons n'ont pas adopté de règles, alors même qu'ils en auraient la possibilité. A défaut de règle de droit spécifique, il faut alors mettre en œuvre des principes juridiques plus généraux, ainsi la garantie constitutionnelle de la liberté personnelle ou les droits de la personnalité du Code civil. Fréquente, l'absence de norme peut aussi laisser le champ libre à des dispositions édictées par des organismes privés ou par une administration, dont la force contraignante est cependant controversée.

²⁰¹ Ce chapitre a été rédigé dans le cadre d'une collaboration avec l'Institut de droit de la santé à Neuchâtel à l'étude financée par le Fonds national de la recherche scientifique (JEANMONOD & HELLER, 2001 a). Les références aux sources données en note correspondent pour l'essentiel aux normes des publications juridiques et n'ont pas été adaptées aux conventions de la présente collection, à l'exception des ouvrages et articles conventionnels.

C'est l'interdiction de mariage qui a constitué la première manifestation de tendances eugénistes. Présente dans le droit fédéral depuis 1874 au sein d'une loi spéciale, puis plus tard dans le Code civil suisse de 1907 entré en vigueur en 1912, mais déjà ancrée dans quelques codes civils cantonaux auparavant, cette règle reste d'une efficacité limitée puisqu'elle n'empêche pas la procréation. Très récemment, le législateur fédéral a renoncé à maintenir cette disposition, de sorte qu'il n'existe plus, aujourd'hui, d'interdiction absolue de mariage pour les personnes affectées par un handicap mental.

Le régime juridique de l'interruption de grossesse, quant à lui, fait l'objet d'une norme de droit pénal fédéral depuis 1942. Précédemment, cette question était réglée par le droit cantonal, avec certaines nuances. Elle a suscité des discussions très controversées au début du XX^e siècle, lors des travaux parlementaires concernant l'adoption du Code pénal suisse (CPS). A cette occasion, l'indication eugéniste a été débattue à plusieurs reprises, mais n'a pas été retenue dans la version finale du texte adopté en 1937.

Quant aux règles relatives à la stérilisation, en particulier à la stérilisation des handicapés mentaux, elles étaient pratiquement inexistantes jusque dans les années 80. Ainsi, auparavant, si l'on excepte la loi vaudoise de 1928, les interventions de ce type se déroulaient dans un « silence » juridique que rien ne semblait devoir troubler. A l'étranger, les premières lois sont apparues dès 1907 aux États-Unis (État d'Indiana), puis, en Europe, après le canton de Vaud (1928), au Danemark (1929), en Allemagne (1933), en Suède (1934), etc.

Si l'on excepte la loi vaudoise de 1928 à l'origine de cette recherche, la stérilisation proprement dite reste dès lors un concept étranger au droit suisse jusque dans le courant des années 1980. Ce vide est partiellement comblé par des directives de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) adoptées en 1981; ce texte n'autorise pas la stérilisation des personnes incapables de consentir seules. Ce n'est que récemment que certains cantons se sont à nouveau préoccupés de légiférer dans cette matière, cette fois avec des motivations a priori sans rapport avec l'eugénisme. Un projet de révision des directives de l'ASSM, abandonné, reflétait également cette nouvelle approche: il recommandait une solution plus nuancée et n'excluait plus l'intervention si la décision était prise dans l'intérêt de la personne mentalement handicapée, après consultation de divers experts. Soumise à la procédure de consultation, cette version révisée n'est pas entrée en vigueur. Elle pourrait finalement être remplacée par des règles de droit fédéral, conformément à des projets encore peu définis qui envisagent de régler la question dans le cadre de la révision du droit tutélaire ou, éventuellement, par le biais d'une législation spécifique.

Les pages qui suivent sont consacrées à une présentation plus détaillée des points qui viennent d'être esquissés. Les normes touchant ces trois domaines sont analysées d'abord dans les actes législatifs en vigueur antérieurement, puis dans les textes applicables aujourd'hui, cantonaux et fédéraux, enfin dans les quelques directives ou recommandations émanant d'administrations ou d'organismes privés, tels l'ASSM. Les solutions retenues par la doctrine et la jurisprudence sont également, le cas échéant, évoquées.

Cette présentation est complétée par un survol de quelques législations étrangères, notamment des droits français, allemand et américain, tels qu'ils ont évolué du XIX^e siècle à nos jours. Ces développements permettent de comparer les sources de droit suisse avec celles du droit étranger; ils pourraient également servir de source d'inspiration dans la mesure où il est aujourd'hui question de modifier la législation applicable en Suisse.

Sources du droit suisse

Interdiction de mariage

Droit fédéral

Adopté en décembre 1907 et entré en vigueur le 1^{er} janvier 1912, le Code civil règle exhaustivement toutes les matières qu'il régit; c'est dire qu'il n'y a, en principe²⁰², plus de place pour le droit cantonal. C'est le cas pour la capacité de contracter mariage, qui échappe depuis lors totalement aux compétences des législateurs cantonaux.

Jusqu'au 31 décembre 1999, le Code civil suisse [ci-après: CC], à son art. 97, contenait une disposition touchant l'interdiction de mariage. Selon cet article, seules les personnes capables de discernement pouvaient contracter mariage (al. 1^{er}). Quant aux personnes atteintes de maladies mentales, elles étaient «absolument» incapables de contracter mariage (al. 2), même lorsqu'elles étaient capables de discernement.

Dans le Message accompagnant le projet de Code civil suisse soumis à l'Assemblée fédérale en 1904²⁰³, la règle se situait à l'art. 106 al. 2; le message ne contenait pas de développements particuliers à son sujet. Cependant, la commission chargée de rédiger l'avant-projet avait indiqué expressément, quelques années plus tôt, que des motifs eugénistes étaient à l'origine de la norme²⁰⁴.

Avant l'entrée en vigueur du Code civil du 10 décembre 1907, le droit fédéral contenait d'ailleurs déjà une norme visant le même objectif, l'art. 28 al. 3 de la Loi fédérale du 24 décembre 1874 concernant l'état civil, la tenue des registres qui s'y rapportent et le mariage. A teneur de cette disposition, abrogée par l'entrée en vigueur du Code civil²⁰⁵, «[l]e mariage [était] interdit [...] aux personnes atteintes de démence ou d'imbécillité».

²⁰² Sous réserve des dispositions de droit public que pourraient adopter les cantons sur la base de l'art. 6 du Code Civil.

²⁰³ Message du Conseil fédéral du 16 juin 1904, Feuille fédérale (ci-après: FF) 1904 IV, 1 ss.

²⁰⁴ *Erläuterungen zum Vorentwurf*, Berne 1901, p. 123.

²⁰⁵ Voir l'art. 60 du Titre final du Code civil.

Eugen Huber, le père du Code civil suisse, ne fait pas mention, dans son monumental ouvrage de synthèse²⁰⁶ qui a servi de référence aux travaux d'unification du droit privé suisse au début du XX^e siècle, de règles de même nature qui auraient figuré dans les codes civils des différents cantons suisses. Cependant, dans son message aux Chambres fédérales à l'appui du projet qui allait devenir la Loi fédérale de 1874²⁰⁷, le Conseil fédéral, sans détailler le texte légal sur ce point²⁰⁸, précisait que les empêchements à mariage proposés, notamment l'empêchement pour cause de maladie mentale, reflétaient ce qui « en général [était] considéré comme allant de soi »²⁰⁹ à cette époque.

Le droit fédéral actuel ne contient désormais plus aucune norme prohibant formellement le mariage de personnes souffrant de maladie mentale. La disposition pertinente, l'art. 95 CC²¹⁰, ne mentionne, au titre de cause d'empêchement, que certains liens de parenté et liens d'alliance.

L'impossibilité absolue de contracter mariage pour les personnes souffrant d'une affection mentale a donc été abandonnée. On l'a dit, elle reposait sur des « motifs eugéniques »²¹¹ datant du début du siècle qui « [n'étaient] plus défendables »²¹², notamment en regard du droit au mariage garanti par l'art. 54 de la Constitution fédérale²¹³ et par l'art. 12 de la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH)²¹⁴.

Cependant, l'exigence de la capacité de discernement²¹⁵ a été maintenue, à teneur de l'art. 94 al. 2 CC. Dès lors, si le mariage est en soi désormais possible pour les personnes souffrant d'une affection mentale²¹⁶, il demeure impossible si cette affection altère leur raison au point de les priver de leur capacité de discernement.

Doctrines et jurisprudence

La règle prohibant le mariage entre personnes souffrant de maladies mentales était, on l'a dit, d'inspiration eugéniste²¹⁷. Parmi les auteurs de doctrine du début

²⁰⁶ HUBER 1886. La question n'est pas non plus abordée dans HUBER 1894.

²⁰⁷ Message du 2 octobre 1874 du Conseil fédéral concernant la loi sur l'état civil et la tenue des registres qui s'y rapportent et sur le mariage, FF 1874 III, 1 ss.

²⁰⁸ La disposition, dans le projet accompagnant le message, se trouve à l'art. 26. Elle interdit le mariage des personnes atteintes de « démence et aux idiots ».

²⁰⁹ Message, FF 1874 III 12.

²¹⁰ Adopté le 26 juin 1998, en vigueur dès le 1^{er} janvier 2000.

²¹¹ Message concernant la révision du Code civil suisse du 15 novembre 1995, FF 1996 I 1, 65.

²¹² *Ibidem*, p. 65.

²¹³ Art. 14 dans la Constitution du 18 avril 1999, en vigueur dès le 1^{er} janvier 2000; voir aussi GUILLOD 1991.

²¹⁴ Voir en particulier la décision de la CEDH *E contre Suisse*, du 18 décembre 1987, Série A vol. 128 et PETTINI, DECAUX, IMBERT 1995.

²¹⁵ La capacité de discernement est prévue à l'art. 16 CC, qui la définit comme la faculté d'agir raisonnablement. L'appréciation a lieu *in concreto*, c'est-à-dire qu'elle doit être effectuée par rapport à une personne déterminée dans une situation concrète. En outre, la capacité de discernement est présumée: elle n'a pas à être prouvée. Au contraire, il appartient à celui qui soutient qu'elle fait défaut d'en faire la démonstration. Sur cette question, voir par exemple DESCHENAUX & STEINAUER 1995, p. 29.

²¹⁶ WERRO 2000 p. 69; SCHNYDER 2000, pp. 27 ss.

²¹⁷ Message FF 1996 I 1, 64 ss.

du XX^e siècle, cette réalité ne soulevait guère de critiques²¹⁸. Les textes consacrés à cette question sont rares; les quelques développements que l'on peut trouver dans la littérature juridique, en particulier dans les commentaires (« Berner Kommentar »²¹⁹ et « Zürcher Kommentar »²²⁰), sont tout à fait succincts. Ils se limitent en général à rappeler les motivations de la norme, voire à la justifier en quelques mots (« ... [cette incapacité a été édictée] dans l'intérêt des mariages sains, dans l'intérêt de la famille et de la race... »²²¹ par exemple), mais sans prendre une quelconque distance par rapport à la disposition, ni émettre une véritable appréciation à son sujet.

On peut aussi trouver certaines contributions isolées, publiées dans les diverses revues juridiques suisses, notamment à partir de 1940, lorsqu'on songe à procéder à certaines modifications du Code civil²²². Globalement, les auteurs de ces textes se prononçaient en faveur du maintien de la norme dans sa teneur de l'époque: le but de la règle, à savoir la lutte contre la transmission de maladies héréditaires, ne souffrait pas de discussion. La mise en œuvre de la disposition, en revanche, n'était pas toujours satisfaisante et laissait encore, en raison d'une « détection défectueuse des cas », une trop grande proportion de mariages célébrés en violation de cette règle; c'est sur ce point que les efforts devaient porter, non sur une nouvelle formulation de l'article du Code civil²²³.

Les textes postérieurs sont un peu plus développés, par exemple sur les notions de « maladie mentale » ou de « faiblesse d'esprit », ou encore sur le contenu et la portée de l'expertise médicale dans la résolution de la question, mais on cherche toujours en vain une évaluation circonstanciée de la *ratio legis*, c'est-à-dire une approche plus critique des motivations à l'origine de la norme²²⁴.

Au cours des dernières années, l'interdiction de mariage a été sérieusement remise en cause dans la doctrine²²⁵. La garantie du droit au mariage prévue par l'ordre constitutionnel suisse et protégée par la CEDH ne permettait plus qu'une interprétation extrêmement restrictive de la norme. La jurisprudence avait d'ailleurs confirmé cette analyse²²⁶: les seules restrictions admissibles ne pouvaient résider que dans la volonté de protéger les personnes concernées contre les conséquences d'un mariage qu'elles n'avaient pas prévues, notamment pour éviter qu'elles soient livrées à leur conjoint. Les travaux préparatoires consacrés à la

²¹⁸ Voir KELLER 1996, pp. 26 ss.

²¹⁹ GMÜR 1914, comm. ad art. 97, no 5, pp. 36 ss et *ibidem*, 2^e éd., 1923, p. 40.

²²⁰ EGGER 1914, pp. 29 ss; *ibidem*, 2^e éd., 1936, pp. 42 ss. Dans la 2^e édition, Egger reconnaît que la règle peut avoir des conséquences extrêmement graves pour les personnes concernées et retient qu'elle devrait être interprétée de manière restrictive; *ibidem*, p. 45.

²²¹ ROSSET & MENTHA 1908, p. 168 et *ibidem*, 2^e éd., N° 307, pp. 198 ss. Voir aussi dans le même sens LEHMEIER 1917, pp. 221 ss; ZURUKZOGU & STAMPA, pp. 10 ss.

²²² DUKOR 1939; KRAFFT 1943, pp. 264 ss et 301 ss, *ibidem*, 12, 1944, pp. 57 ss; STAMPA 1948, pp. 61 ss.

²²³ KRAFFT 1943, p. 301.

²²⁴ GÖTZ 1964, pp. 62 ss.

²²⁵ DESCHENAUX, TERCIER, WERRO 1995, pp. 59 ss et p. 64.; HEUSSLER 1966, pp. 611 ss.

²²⁶ Arrêts du Tribunal fédéral (ATF) 109 II 273, Journal des Tribunaux (JT) 1985 I 290.

révision du Titre neuvième du Code civil recommandaient opportunément d'abandonner l'interdiction²²⁷; l'abrogation proposée avait d'ailleurs été vivement approuvée par tous les participants à la procédure de consultation²²⁸. Le législateur fédéral a suivi cette recommandation.

Interruption de grossesse

Droit pénal cantonal avant 1942

Les cantons ne conservant que la faculté de légiférer sur des contraventions de police (art. 335 CPS), le droit fédéral régit seul le droit matériel relatif à l'avortement depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 1942, du Code pénal suisse (CPS) du 21 décembre 1937. Mais les codes cantonaux en vigueur auparavant contenaient tous des normes à ce propos²²⁹.

Les codes cantonaux punissaient d'une réclusion allant de quelques mois à plusieurs années la femme qui subissait un avortement et d'une peine plus forte celle qui l'avait « procuré », surtout s'il était effectué par des « gens de l'art » (médecin, pharmacien ou sage-femme); la peine de réclusion pouvait alors être assortie d'une interdiction de pratiquer pendant plusieurs années. La peine était variable d'un canton à l'autre, plus forte par exemple dans le canton de Fribourg que dans celui de Genève, plus forte également dans certains cantons si l'avortement avait été pratiqué sans le consentement de la femme ou si l'avortement avait entraîné sa mort.

Les dispositions neuchâteloises de 1855 et valaisannes de 1858 ne prévoyaient pas de circonstances qui auraient pu rendre l'avortement non punissable. A Neuchâtel, depuis le code pénal de 1891, et dans les autres cantons, l'avortement n'était pas punissable s'il était pratiqué par des gens de l'art et s'il était nécessaire pour « sauver la mère » (Vaud, 1843, art. 228, et Fribourg, 1868, art. 138), dans les « cas où la science médicale exige l'emploi d'un de ces moyens [abortifs] pour éviter un mal plus grand » (Genève, 1874, art. 272) ou encore « dans le but de sauver la vie de la femme enceinte » (Neuchâtel, 1891, art. 312).

Le Code vaudois de 1843 fut brièvement remplacé, avant l'entrée en vigueur du Code pénal suisse en 1942, par un nouveau code adopté le 17 novembre 1931 et

²²⁷ Rapport de l'avant-projet, p. 11.

²²⁸ Message FF 1996 I I, 65.

²²⁹ Les textes examinés sont les suivants:

FR: Code pénal du canton de Fribourg de février – mai 1868, en vigueur dès le 1^{er} janvier 1874, art. 137 à 139.

GE: Code pénal du canton de Genève du 21 octobre 1874, en vigueur dès le 30 octobre 1874, art. 269 à 272.

NE: Code pénal de la république et canton de Neuchâtel du 21 décembre 1855, en vigueur dès le 1^{er} janvier 1862, art. 178, et Code pénal de la république et canton de Neuchâtel du 12 février 1891, en vigueur dès le 1^{er} juillet 1891, art. 308 à 313.

VD: Code pénal du 18 février 1843, en vigueur dès le 1^{er} janvier 1844, art. 125 à 129, et Code pénal du 17 novembre 1931, en vigueur dès le 1^{er} juillet 1932, art. 130.

VS: Code pénal du canton du Valais du 26 mai 1858, en vigueur dès le 1^{er} janvier 1859, art. 234 à 236.

entré en vigueur le 1^{er} juillet 1932. Pour mettre le droit pénal vaudois en conformité avec la Loi vaudoise sur les régimes des personnes atteintes de maladies mentales telle que modifiée en 1928²³⁰, ce nouveau code contenait un art. 130 autorisant l'avortement en cas de grossesse d'une « personne atteinte de maladie mentale ou d'une infirmité mentale dont la descendance selon toutes les prévisions ne peut être que tarée ». L'intervention nécessitait l'aval du Conseil de santé.

Ainsi, à l'exception du canton du Valais où l'avortement est proscrit quelles que soient les circonstances, on observe que la seule justification pour une telle intervention est la nécessité de sauver la santé ou la vie de la mère. A l'exception notable du canton de Vaud entre 1932 et 1942, il n'est en revanche pas question d'autoriser un avortement afin d'éviter la naissance d'un enfant pouvant être atteint d'une affection mentale transmise par ses parents.

Droit fédéral actuel

Le Code pénal suisse de 1937 entré en vigueur en 1942 réprime l'avortement et punit tant la femme qui s'y soumet (art. 118 CPS) que celui qui le pratique (art. 119 CPS). Selon l'art. 120 CPS, l'interruption de grossesse²³¹ n'est pas punissable si elle a lieu « en vue d'écarter un danger impossible à détourner autrement et menaçant la vie de la mère ou menaçant sérieusement sa santé d'une atteinte grave et permanente ». La loi prévoit encore une série de formalités, notamment le consentement écrit de la personne enceinte ou de son représentant légal et « l'avis conforme » d'un second médecin²³².

A priori, des impératifs d'eugénisme ne permettent donc pas d'interrompre une grossesse. Cependant, deux versions successives présentées dans les « Résultats des délibérations de la commission d'experts », en octobre 1915 et en avril 1916²³³, prévoyaient en substance que l'avortement n'était pas punissable si la grossesse résultait d'un viol ou d'une atteinte à la pudeur d'une femme « idiote » ou « aliénée ». Bien que leurs « Résultats » ne le mentionnent pas expressément, on peut penser que les experts participants exprimaient là des préoccupations de nature eugéniste. L'hypothèse disparaît dans le Message de 1918²³⁴, mais est évoquée à nouveau au cours des délibérations parlementaires²³⁵; elle ne sera finalement pas retenue dans la version du Code pénal adoptée en 1937.

Il faut sans doute ajouter que, depuis de nombreuses années, la pratique a donné à « la menace sérieuse d'une atteinte grave et permanente » à la santé de la

²³⁰ Voir plus loin.

²³¹ A relever la distinction dans le nom donné à l'intervention: l'avortement et l'interruption de grossesse, celle-ci désignant désormais un avortement pratiqué par un médecin et pour des motifs médicaux.

²³² Voir HURTADO PÓZO 1997, pp. 68 ss; REHBERG & SCHMID 1997, pp. 16 ss; STRATENWERTH 1993, pp. 46 ss; SCHUBARTH 1982, pp. 147 ss; MORAND 1975; SIEGRIST 1971; GNANT 1946.

²³³ Résultats des délibérations de la commission d'experts, Berne 1915 et Berne 1916.

²³⁴ Message du Conseil fédéral du 23 juillet 1918, FF 1918 IV 1 ss.

²³⁵ Voir plus loin.

mère une définition très large, incluant l'indication eugénique; l'interruption de grossesse est effectuée aujourd'hui très couramment et aucune condamnation n'a été prononcée dans un passé récent²³⁶.

Genèse du droit fédéral actuel

Après l'acceptation par le peuple et les cantons, en 1896, de l'art. 64 bis de la Constitution fédérale²³⁷, qui donnait compétence à la Confédération d'unifier le droit pénal matériel dans tout le pays, le département fédéral de la justice a confié au pénaliste bernois Carl Stooss le soin de rédiger plusieurs avant-projets, puis de présider la commission d'experts chargée de présenter un rapport final au Conseil fédéral.

Ce rapport final a largement servi de modèle pour le texte contenu dans le «Message du 23 juillet 1918 du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale à l'appui d'un projet de Code pénal suisse»²³⁸. Les délibérations parlementaires ont duré près de vingt ans, jusqu'au 21 décembre 1937, date à laquelle le code a été définitivement adopté par les Chambres fédérales. Après un scrutin populaire favorable, rendu nécessaire par le succès d'une demande de référendum²³⁹, le Code a pu entrer en vigueur le 1^{er} janvier 1942.

Avant-projets de 1896 à 1908

Le premier avant-projet de Code pénal suisse remonte à 1896²⁴⁰. Il contient un article qui punit de réclusion la femme qui se soumet volontairement à un avortement et celui/celle qui le pratique; la peine est plus sévère si l'avortement est effectué par un médecin, un pharmacien ou une sage-femme. Ce premier avant-projet ne prévoit aucune circonstance dans laquelle une interruption de grossesse pourrait être licite, notamment pour des motifs d'inspiration eugéniste. Le texte ne varie guère dans les avant-projets de 1903²⁴¹ et de 1908²⁴², à une exception près: il n'est plus question d'aggraver la peine si l'interruption de grossesse est pratiquée par un médecin, un pharmacien ou une sage-femme.

²³⁶ Le nombre de condamnations était «infime» entre 1980 et 1988. Après cette date, plus aucune condamnation n'a été prononcée; FF 1998 III 2631.

²³⁷ Aujourd'hui art. 123, dans la Constitution du 18 avril 1999.

²³⁸ FF 1918 IV 1 ss.

²³⁹ La plupart des adversaires du Code pénal suisse se recrutaient au sein de ceux qui souhaitaient, malgré la norme constitutionnelle fédérale adoptée en 1896, que le droit pénal matériel demeurât une prérogative des cantons.

²⁴⁰ Avant-Projet de Code Pénal Suisse, Berne 1896, art. 56.

²⁴¹ Avant-Projet de Code Pénal Suisse, Berne 1903, art. 64.

²⁴² Avant-Projet de Code Pénal Suisse, Berne 1908, art. 68.

Délibérations de la commission d'experts de 1912 à 1916

Dans les « Résultats des délibérations de la commission d'experts », tenues en septembre et octobre 1912²⁴³, on observe que l'avortement est l'objet de deux dispositions (art. 68 et 68 bis), la première visant la femme qui se soumet à l'interruption de grossesse, la seconde celui ou celle qui la pratique. Le texte ne prévoit aucune circonstance qui justifierait l'intervention incriminée.

En octobre 1915, on trouve une nouvelle disposition dont la teneur est la suivante :

*« L'avortement n'est pas punissable si celui qui a rendu la femme enceinte s'est par là rendu coupable de viol, d'attentat à la pudeur d'une femme idiote, aliénée, inconsciente ou incapable de résistance, ou d'inceste, et si l'avortement a été pratiqué par un médecin diplômé. »*²⁴⁴

Environ un an plus tard, en août 1916, on trouve une nouvelle version de cet article :

« L'avortement pratiqué avec le consentement de la personne enceinte n'est pas punissable :

s'il est opéré par un médecin en vue d'écarter un danger impossible à écarter autrement et menaçant la vie ou la santé de la mère ;

*si celui qui a rendu la personne enceinte s'est par là rendu coupable d'inceste, de viol ou d'attentat à la pudeur d'une femme idiote, aliénée, inconsciente ou incapable de résistance et si l'avortement a été opéré par un médecin diplômé. »*²⁴⁵

Message du 23 juillet 1918

Enfin, dans le Message présenté aux Chambres fédérales²⁴⁶, l'avortement n'est pas punissable s'il est pratiqué par un médecin, avec le consentement de la femme enceinte, « en vue d'écarter un danger impossible à détourner autrement et menaçant la vie de la mère ou menaçant sa santé d'une atteinte grave et permanente ». L'hypothèse de la grossesse qu'une « femme idiote » ou « aliénée » ne pourrait assumer a disparu. Il n'est pas davantage question de l'avis conforme d'un second médecin, tel que le prévoit le droit actuel (art. 120 CPS).

Délibérations aux Chambres fédérales

Les délibérations au Parlement fédéral ne commencent qu'en 1929 : le Parlement a en effet préféré consacrer en priorité ses travaux au projet de Code

²⁴³ Résultats des délibérations de la Commission des experts, Berne 1912, art. 68 et 68 bis.

²⁴⁴ Résultats des délibérations de la Commission des experts, Berne 1915, art. 110 bis.

²⁴⁵ Résultats des délibérations de la Commission des experts, Berne 1916, art. 110 bis.

²⁴⁶ FF 1918 IV 1 ss.

pénal militaire, présenté à peu près à la même époque²⁴⁷ que le Code pénal suisse et adopté le 13 juin 1927. Cependant, dans l'intervalle, le projet est étudié à plusieurs reprises par les commissions des deux Conseils; leurs travaux ne sont malheureusement pas publiés²⁴⁸. En revanche, les travaux parlementaires sont consignés dans le Bulletin sténographique officiel de l'Assemblée fédérale²⁴⁹.

La norme consacrée à l'avortement se trouve à l'art. 107 du projet. Elle autorise en substance une interruption de grossesse pour sauver la vie de la mère ou préserver sa santé d'une menace grave. Il faut toutefois relever qu'auparavant la commission du Conseil national avait remanié le texte du Message, de manière à autoriser non seulement l'avortement thérapeutique, mais aussi l'avortement « social » (lorsque la mère se trouve dans un état de détresse économique grave), l'avortement dit « juridique » (lorsque la conception est le résultat d'un viol) et l'avortement eugénique.

Mais sous la pression des gynécologues et des médecins suisses²⁵⁰, seule l'indication thérapeutique est finalement retenue dans le projet soumis au Parlement. Ce texte reste cependant une des règles les plus controversées. Au Conseil national, un premier rapport de minorité propose de biffer purement et simplement toute la disposition: aucune circonstance ne permettrait alors de pratiquer une interruption non punissable de grossesse. Un second rapport de minorité souhaite au contraire réintroduire la possibilité de pratiquer une interruption de grossesse, avec le consentement de la mère ou de son représentant légal, pour autant qu'elle soit effectuée par un médecin diplômé si « [...] le père ou la mère sont aliénés ou faibles d'esprit ». Le rapporteur mentionne d'ailleurs explicitement la loi vaudoise de 1928²⁵¹ à l'appui de sa proposition²⁵². Finalement, le rapport de la majorité est accepté, les deux propositions minoritaires étant écartées largement.

A son tour, le Conseil des Etats examine le projet en 1931²⁵³. Plusieurs parlementaires demandent d'emblée que l'article prévoyant à certaines conditions une interruption non punissable de grossesse soit biffé, avec comme conséquence une prohibition intégrale de l'avortement. Le Conseil des Etats préfère alors voter le retour en commission²⁵⁴. Le texte revient l'année suivante²⁵⁵. Il contient l'essentiel de la norme telle qu'on la connaît aujourd'hui: seule l'indication thérapeutique est prévue. La norme est ainsi adoptée²⁵⁶ et le projet global renvoyé au Conseil national après le vote d'ensemble, pour l'élimination des divergences.

²⁴⁷ Message du 26 novembre 1918, FF V 349 (articles 105 à 107).

²⁴⁸ Voir cependant LOGOZ 1929 et LABHART 1943.

²⁴⁹ Publié annuellement, un volume pour le Conseil national (Bull. stén. CN), un volume pour le Conseil des Etats (Bull. stén. CE).

²⁵⁰ Voir l'intervention du rapporteur de langue française LOGOZ, Bull. stén. CN 1929, p. 28 ss, 29. La pression émane sans doute aussi des milieux catholiques, voir VEILLARD 1919, p. 24.

²⁵¹ Art. 28 bis de la Loi de 1901 sur le régime des personnes atteintes de maladies mentales. Voir plus loin.

²⁵² Bull. stén. CN 1929, p. 38.

²⁵³ Bull. stén. CE 1931, pp. 487 ss.

²⁵⁴ Bull. stén. CE 1931, p. 506.

²⁵⁵ Bull. stén. CE 1932, pp. 116 ss.

²⁵⁶ Bull. stén. CE 1932, p. 129.

Les débats ultérieurs des deux Chambres traiteront encore des modalités de l'avis conforme, mais le principe selon lequel l'indication thérapeutique est seule retenue ne sera plus remis en cause²⁵⁷.

Doctrines et jurisprudence

L'interruption de grossesse pour des motifs eugéniques n'a que très rarement fait l'objet d'études doctrinales en Suisse. Dans la plus notable d'entre elles²⁵⁸, Pedrazzini prend parti contre l'intervention, qu'il tient avant tout pour un avortement de convenance. A ses yeux, aucun des arguments juridiques avancés – par exemple la pesée d'intérêt lors d'un conflit entre deux biens juridiques de même valeur, et même la légitime défense – ne saurait justifier une opération de cette nature, si ce n'est une « base moralement et légalement très discutable: la loi du plus fort »²⁵⁹.

Le reste de doctrine ne s'étend pas sur la question: la plupart des auteurs n'en disent rien. Ceux qui mentionnent l'indication eugéniste se bornent à indiquer qu'elle avait été évoquée lors des travaux préparatoires, mais qu'en définitive, seule l'indication médicale a été retenue.

Il ne semble pas, non plus, que les tribunaux aient eu à examiner des cas semblables, notamment parce que, on l'a dit, depuis de nombreuses années, l'avortement connaît un régime de quasi-dépénalisation en Suisse.

Droit fédéral futur

Après une première tentative sans succès en 1978²⁶⁰, on a songé à nouveau à dépénaliser l'avortement au cours des années 90²⁶¹. En mars 2001, le Parlement fédéral a adopté une modification du Code pénal²⁶² autorisant l'interruption de grossesse en cas de « danger d'une atteinte grave à l'intégrité physique ou d'un état de détresse profonde de la femme enceinte; [...] » (art. 119 al. 1^{er} CPS). L'intervention n'est pas davantage punissable lorsque, dans une situation de détresse, elle est pratiquée par un médecin autorisé au cours des douze premières

²⁵⁷ Bull. stén. CN 1935, p. 540; 1936, p. 1088 et 1501; 1937, p. 128; Bull. stén. CF 1935, p. 205; 1936, pp. 174, 356 et 456; 1937, pp. 837 et 871ss.

²⁵⁸ PEDRAZZINI 1982.

²⁵⁹ PEDRAZZINI 1982, p. 70.

²⁶⁰ Voir le Message du Conseil fédéral du 30 septembre 1974 relatif à la loi sur la protection de la grossesse, FF 1974 II 706. Le texte soumis au référendum contenait d'ailleurs une indication d'interruption de grossesse non punissable en cas de forte suspicion de lésions physiques ou psychiques graves et durables chez l'enfant. Le peuple avait massivement rejeté la proposition (FF 1978 II 363).

²⁶¹ FF 1998 III 2629 ss; FF 1998 4734 ss. Parallèlement, une initiative intitulée « Pour la mère et l'enfant – pour la protection de l'enfant à naître et pour l'aide à sa mère dans la détresse » a été lancée (FF 1998 2810) et a abouti

²⁶² FF 2001 1257.

semaines de grossesse, pour autant que la femme en fasse la demande écrite et que le médecin se soit entretenu lui-même de manière approfondie à ce sujet avec la femme enceinte (art. 119 al. 2 CPS). Le praticien doit également lui remettre un dossier comportant une liste de centres de consultation, une liste des organismes pouvant lui apporter une aide morale ou matérielle et des informations sur les possibilités de faire adopter l'enfant (art. 120 CPS)²⁶³. Les nouvelles normes ainsi mises en place correspondent à un régime des délais sans consultation obligatoire, cette formalité n'étant requise que si la femme enceinte est âgée de moins de 16 ans (art. 120 al. 1^{er} lettre c CPS). Les opposants à cette modification du Code pénal étant parvenus à réunir les signatures nécessaires²⁶⁴, le texte a été soumis aux citoyens suisses le 2 juin 2002; il a été très largement accepté²⁶⁵. Il devrait entrer en vigueur prochainement.

Stérilisation

Droit pénal cantonal antérieur à 1942

Avant l'adoption du Code pénal suisse de 1937, les cantons disposaient, on l'a vu à propos de l'avortement, de leurs propres codes²⁶⁶ qui, pour bon nombre d'entre eux, contenaient des dispositions visant les lésions corporelles entraînant l'incapacité de procréer. Toutes ces normes ont été abrogées par l'entrée en vigueur du code pénal suisse en 1942.

Le droit genevois contenait une disposition générale dont la teneur était la suivante:

*« Quiconque, volontairement et avec l'intention de nuire, aura commis sur une personne une mutilation ou l'aura privée d'un membre ou d'un organe, sera puni de la réclusion de dix ans à quinze ans. »*²⁶⁷

Les autres codes pénaux mentionnaient explicitement au nombre des mutilations, selon une terminologie variable, la faculté de procréer de la victime et prévoyaient des peines de réclusion sévères pour le coupable. C'était le cas dans le canton de Fribourg, lorsque « par suite des actes mentionnés à l'art. 142, la victime est restée mutilée, privée de la parole, de la vue, de l'ouïe, de la *faculté de procréer*, ou si

²⁶³ L'interruption de grossesse reste punissable, selon l'art. 118 CPS, si elle est pratiquée dans des circonstances autres que celles que prévoit l'art. 199 CPS.

²⁶⁴ FF 2001 4464.

²⁶⁵ Soit à plus de 70 %, seuls les citoyens des cantons d'Appenzell Int. et du Valais rejetant la proposition. L'initiative « Pour la mère et l'enfant – pour la protection de l'enfant à naître et pour l'aide à sa mère dans la détresse », soumise en même temps au référendum, a été rejetée par plus de 80 % des votants, aucun canton ne l'acceptant.

²⁶⁶ Les textes consultés sont les mêmes que ceux qui sont présentés dans les développements consacrés à l'avortement.

²⁶⁷ GE: Code pénal de 1874, art. 264.

elle a été atteinte d'une maladie mentale ou autre vraisemblablement incurable [...]»²⁶⁸ ou encore dans le canton de Neuchâtel, quand «la lésion corporelle a eu pour conséquence la perte complète de la vue ou de l'usage d'un œil, la perte de l'ouïe ou de la parole, celle de *la faculté de génération*, s'il en est résulté l'aliénation mentale, une infirmité permanente ou une mutilation [...]»²⁶⁹. Dans le canton de Vaud, si «par suite du délit [de délit de lésion corporelle intentionnelle], le lésé se trouve privé entièrement de l'usage de la vue, de l'ouïe, des deux bras, des deux jambes, ou réduit à l'état de démence ou d'imbécillité, ou atteint d'une maladie incurable, ou rendu incapable de se livrer à l'acte de la génération», la peine est la réclusion d'un à huit ans²⁷⁰. De même, le code pénal vaudois de 1931 punissait de la réclusion pour huit ans au plus celui qui aurait rendu le lésé «impropre à l'acte de la génération»²⁷¹. En Valais, c'est le «crime de castration»²⁷² qui était explicitement et sévèrement puni d'une réclusion de trente ans ou à vie, si la mort en était résulté.

On constate ainsi qu'aucun des codes pénaux cantonaux romands antérieurs au Code pénal suisse n'autorisait la stérilisation pour des motifs eugénistes et qu'en vertu de ces normes générales, cette opération conservait son caractère pénal quelles qu'aient pu être les circonstances. Dans le canton de Vaud, toutefois, dès 1928, une norme spécifique, contenue dans une loi spéciale concernant les malades et les handicapés mentaux, permettait, à certaines conditions, que cette intervention soit réalisée.

Loi vaudoise de 1928

Le 3 septembre 1928, le législateur vaudois a en effet inséré un article 28 bis au sein de la Loi vaudoise de 1901 sur le régime des personnes atteintes de maladies mentales. Plus tard, ce texte, avec quelques modifications rédactionnelles, fut repris à l'art. 32 de la loi du 23 mai 1939 sur les malades mentaux et autres psychopathes. La teneur en est la suivante: «Une personne atteinte de maladie mentale ou d'une infirmité mentale peut être l'objet de mesures d'ordre médical pour empêcher la survenance d'enfants si elle est reconnue incurable et si, selon toutes prévisions, elle ne peut avoir qu'une descendance tarée.» L'intervention nécessite au surplus le préavis conforme de deux médecins et l'autorisation du Conseil de santé. Il s'agissait de la première loi de ce genre en Europe.

Inspirée partiellement par des motivations eugénistes, mais plus largement par des motivations d'hygiène sociale, la législation vaudoise avait cependant le mérite de créer un cadre légal pour une intervention pratiquée auparavant sans aucun

²⁶⁸ FR: Code pénal de 1868, art. 143, italiques ajoutés; l'article 142 concerne les lésions corporelles intentionnelles, notamment les «actes nuisibles [au] corps ou à [l]a santé [de la victime]».

²⁶⁹ NE: Code pénal de 1891, art. 316.

²⁷⁰ VD: Code pénal de 1843, art. 233.

²⁷¹ VD: Code pénal de 1931, art. 136.

²⁷² VS: Code pénal de 1858, art. 254.

contrôle et de donner aux personnes concernées, jusqu'alors livrées à l'arbitraire le plus absolu, certaines garanties procédurales, certes fragiles mais bien réelles. Le texte a été abrogé en 1985. En application de cette norme, 187 autorisations de stérilisation ont été délivrées, jusque dans les années 1970²⁷³.

Quelques directives cantonales

A la même époque, divers organes ou administrations cantonales ont édicté des directives concernant la stérilisation des handicapés mentaux. Ainsi, en février 1931, un texte intitulé « Circulaire aux préfets, inspecteurs d'arrondissement et de l'assistance publique et autorités d'assistance du canton de Berne concernant certaines interventions chirurgicales sur la personne des femmes » a été diffusé par la Direction de l'assistance publique du canton de Berne²⁷⁴; ce document rappelle les principes en vigueur à l'époque²⁷⁵. S'agissant des femmes non mariées « accusant des signes certains de déficiences physiques ou intellectuelles », l'intervention ne devait être envisagée qu'après un examen médical et un rapport écrit à la Direction²⁷⁶.

Dans le canton de Bâle-Ville, un projet de directives²⁷⁷ de 1934 émanant de la Société Médicale Bâloise permettait lui aussi l'interruption de grossesse en cas d'indication eugénique. Celle-ci était présente lorsque l'on pouvait craindre une déficience physique ou mentale héréditaire²⁷⁸. Une expertise d'un médecin spécialiste était en outre requise.

Beaucoup plus tard, anticipant, sans aller toutefois dans le même sens, les Directives de l'Académie suisse des sciences médicales de 1981²⁷⁹ et préfigurant la loi cantonale de Neuchâtel de 1995, le Service neuchâtelois de la santé publique a émis des Directives concernant la stérilisation de handicapés mentaux, envoyées par circulaire aux médecins du canton le 25 août 1980; les Directives exigeaient le consentement de la personne handicapée mentale s'il existait un minimum de discernement, ainsi que le consentement écrit des parents ou du représentant légal, un préavis de l'éducateur le plus proche, un rapport favorable d'un expert psychiatre et l'accord du médecin cantonal²⁸⁰.

²⁷³ Voir le développement dans le chapitre « Vaud »; voir aussi BERSIER 1968, pp. 207 ss et pp. 230 ss; JEANMONOD, HELLER, GASSER 1999; JEANMONOD & HELLER 2000.

²⁷⁴ Communications officielles de la Direction de l'assistance publique du canton de Berne, N° 4, février 1931.

²⁷⁵ Voir BERSIER 1968, pp. 205 ss.

²⁷⁶ Voir le développement dans le chapitre « Berne ».

²⁷⁷ *Richtlinien für die Stellungnahme der Medizinischen Gesellschaft Basel in der Frage der operativen Sterilisation (Indikationen) 1934*. Le document est présenté en tant que projet dans les annexes de ZURUKZOGLU 1938, p. 311. Les archives du canton concerné, dans un courrier du 18 mai 2000, ont pu confirmer l'existence de ce document, mais ignorent si le texte est resté au stade de projet ou s'il a véritablement été « promulgué ».

²⁷⁸ «[...] ein in körperlicher oder geistiger Beziehung minderwertiger Nachwuchs zu erwarten wäre».

²⁷⁹ Voir plus loin.

²⁸⁰ Pour plus de renseignements, voir le développement dans le chapitre « Neuchâtel »; voir aussi SCHÜPBAGH 1980-1981, note 2, p. 23.

Droit fédéral

Ni le droit fédéral antérieur ni le droit fédéral actuel ne contiennent de norme spécifique relative à la stérilisation des handicapés mentaux²⁸¹.

La Constitution fédérale et plusieurs lois fédérales énoncent cependant des principes qui forment le cadre normatif général à l'intérieur duquel ce genre d'intervention peut être pratiqué²⁸².

Ainsi, le droit constitutionnel protégeant la liberté personnelle²⁸³ confère notamment à chacun le droit au respect de son intégrité physique. Dans un contexte de droit privé, ce sont les règles découlant des droits de la personnalité tels qu'ils sont prévus par les art. 27ss CC qui jouent le même rôle²⁸⁴. Il faut sans aucun doute retenir que, si une stérilisation consensuelle est conforme au droit, celle qui serait pratiquée sans le consentement de la patiente concernée constituerait une atteinte illicite à ces droits.

La protection de l'intégrité physique est encore renforcée par les dispositions du Code pénal suisse protégeant la vie et l'intégrité physique. A nouveau, une stérilisation pratiquée sans consentement tomberait sous le coup de l'art. 122 du CPS, qui réprime les lésions corporelles graves²⁸⁵.

Politique de la famille en 1944

Il faut toutefois noter que le Conseil fédéral avait jugé utile de rappeler, en 1944, que la politique de la famille qu'il poursuivait visait un triple objectif démographique, moral/pédagogique et eugénique²⁸⁶. Il l'a fait dans un rapport à l'Assemblée fédérale concernant une demande d'initiative en faveur de la famille²⁸⁷.

²⁸¹ La Société des médecins aliénistes suisses aurait proposé en 1910 l'introduction d'un article dans le projet de Code pénal relatif à la stérilisation de malades mentaux (GOOD 1910, STERILISIERUNG 1911); et Maurice Muret, gynécologue lausannois, laisse entendre que le point avait fait l'objet de discussions (MURET 1929, p. 301). Il écrit en effet que la Société suisse de gynécologie avait refusé, en 1922, de soutenir un projet d'article dans le Code pénal suisse autorisant la stérilisation des femmes « dans les cas de maladie dans lesquelles toute grossesse ultérieure comporte un danger de mort ou une altération grave et permanente de la santé de la femme ».

²⁸² Il existe au surplus, au niveau international, une Résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies A.G. Rés. 46/119 (1991) relative à la protection des personnes atteintes de maladie mentale et à l'amélioration des soins de santé mentale, qui aborde indirectement la question. Cet instrument de droit international public reste d'une efficacité limitée dans la mesure où il est dépourvu de force contraignante (« soft law »); il ne constitue qu'une invitation adressée aux Etats membres à mettre en œuvre, dans leur propre législation, des principes qui y figurent. Voir GENDREAU 1996, pp. 111 ss.

²⁸³ Art. 10 al. 2 Cst. Voir en particulier AUER, MALINVERNI, HOTTELIER 2000, pp. 133 ss, notamment 146 ss.

²⁸⁴ BUCHER 1999, pp. 109 ss; DESCHENAUX & STEINAUER 1995, pp. 171 ss.

²⁸⁵ Voir HURTADO POZO 1997, pp. 127 ss; REHBERG & SCHMID 1997, pp. 33 ss.; STRATENWERTH 1993, pp. 68 ss; SCHUBARTH 1982, pp. 183 ss.

²⁸⁶ Rapport du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale sur la demande d'initiative pour la famille, FF 1944 I 825 ss, 828, avec, comme annexe I, un document du Prof. A. EGGER, *La situation juridique de la famille à l'époque actuelle*, FF 1944 I 1037 ss.

²⁸⁷ Jugant le texte de l'initiative trop contraignant, le Conseil fédéral rédigea un contre-projet qui, après le retrait de l'initiative, fut seul soumis au constituant, qui l'accepta (art. 34quinquies dans la Constitution fédérale de

Explicitant ce qu'il entendait par « objectif eugénique », il a précisé qu'il s'agissait pour lui de la connaissance et de la prévention des maladies héréditaires²⁸⁸. Or, poursuivait-il, on devait observer à l'époque, selon les « savants suisses unanimes », une recrudescence de la survenance de ces maladies, nécessitant la mise en place non seulement de « mesures de prévoyance », mais aussi de mesures médicales. En effet, à lire le rapport, les personnes souffrant de maladies mentales « procréent dans une plus forte mesure que les personnes héréditairement saines ». Au titre des diverses mesures envisageables, le Conseil fédéral citait expressément la stérilisation des handicapés mentaux, « [...] qui occupe la première place dans les discussions scientifiques [...] », ajoutant cependant, sans s'expliquer, « [qu']il n'est pas nécessaire d'examiner ici cette question ». Toujours selon le Conseil fédéral, du « point de vue de l'eugénique [...], il est tout indiqué que l'Etat prenne des mesures directes ou indirectes en faveur de la famille, quand elle se fonde et se perpétue dans des conditions telles qu'il ne serait plus possible d'empêcher, sans précautions spéciales, une recrudescence des maladies héréditaires ». Parvenu à la conclusion que l'institution de la famille était effectivement menacée²⁸⁹, il proposait alors une série de nouvelles mesures, la principale consistant dans un régime fédéral d'allocations familiales²⁹⁰. En revanche, il était d'avis qu'aucune mesure législative ne s'imposait dans le domaine de la santé, les bases constitutionnelles et légales en vigueur à l'époque étant suffisantes²⁹¹.

On peut observer enfin que le Rapport du Conseil fédéral sur la demande d'initiative pour la famille comporte en annexe un document du Professeur A. Egger²⁹² consacré à « la situation juridique de la famille à l'époque actuelle ». Dans ce texte, cet auteur passe en revue divers instruments normatifs qui permettraient de protéger la famille en péril et cite notamment en exemple la loi allemande de 1933 relative à la stérilisation²⁹³.

Droit cantonal actuel

A défaut de normes spécifiques relevant du droit fédéral, les cantons seraient habilités à légiférer sur cette matière en se fondant sur leurs compétences générales de santé publique. Seuls trois d'entre eux l'ont fait : Argovie en 1987²⁹⁴, Neuchâtel

1874). Son contenu est aujourd'hui réparti entre les art. 10 (respect de la vie privée et de la vie familiale), 31 (buts sociaux) et 96 (allocations familiales et assurance-maternité) de la Constitution du 18 avril 1999. L'art. 34quinquies al. 4 prévoyait que « [l]a Confédération instituera, par voie législative, l'assurance-maternité », qui n'a pas encore vu le jour; voir MAHON 1987. Pour les résultats du referendum de 1945, voir FF 1945 II 789.

²⁸⁸ FF 1944 I 825 ss, 873 ss; et citations suivantes.

²⁸⁹ Il est certain, en tout cas, que nombre de familles connaissaient, à l'époque, de sérieuses difficultés économiques; voir MAHON 1987, p. 2.

²⁹⁰ FF 1944 I 825 ss, 953 ss, 963.

²⁹¹ FF 1944 I 825 ss, 982.

²⁹² EGGER, A., *La situation juridique de la famille à l'époque actuelle*, annexe 1 au Rapport, FF 1944 I 1037 ss.

²⁹³ Voir plus loin.

²⁹⁴ *Gesundheitsgesetz* du 10 novembre 1987, art. 51.

en 1995²⁹⁵ et Fribourg en 1999²⁹⁶. Le Tessin se contente de renvoyer aux directives de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM)²⁹⁷.

Dans le canton d'Argovie, la stérilisation d'une personne majeure et capable de discernement requiert la demande écrite de la personne concernée et celle de son mari si elle est mariée; la stérilisation d'une personne mineure ou sous tutelle requiert le consentement écrit de son représentant légal ainsi que l'avis de deux experts dont un psychiatre; toutefois, si celle-ci est capable de discernement, son consentement écrit est aussi requis.

Dans le canton de Neuchâtel²⁹⁸, la stérilisation d'une personne capable de discernement ne peut être pratiquée qu'avec son consentement éclairé écrit et le cas échéant avec le consentement du représentant légal; la stérilisation d'une personne mineure ou incapable de discernement requiert en outre le consentement du représentant légal, l'avis d'un expert neutre et l'autorisation du médecin cantonal.

Dans le canton de Fribourg²⁹⁹, la législation sur la stérilisation est plus détaillée. La stérilisation d'une personne majeure peut être pratiquée avec son consentement libre et éclairé et, le cas échéant, celui de son représentant légal; la stérilisation d'une personne majeure incapable de discernement peut être pratiquée si la personne concernée n'a pas manifesté son refus, avec l'accord écrit du représentant légal et l'autorisation de la Commission de surveillance des professions de la santé. En outre, trois conditions sont précisées: la survenance d'une grossesse est vraisemblable, d'autres méthodes contraceptives ne peuvent être mises en œuvre pour des raisons médicales, une grossesse présente un danger grave pour la santé de la personne et celle-ci ne peut assumer ses obligations parentales.

Les réglementations argovienne et neuchâteloise précisent les conditions relatives au consentement de la personne concernée et, si la personne est incapable de discernement, à la délégation du consentement au représentant légal et à la nécessité d'une ou deux expertises. La législation fribourgeoise ne requiert pas d'expertise, mais indique les conditions auxquelles la stérilisation d'une personne incapable de discernement peut être envisagée (grossesse vraisemblable, pas d'autres modalités contraceptives, risques concernant la santé de la personne et la prise en charge de l'enfant). La législation fribourgeoise restreint en outre la stérilisation aux personnes majeures. Les législations neuchâteloise et fribourgeoise – mais pas le droit argovien – confient de plus à une autorité sanitaire (médecin cantonal ou Commission de surveillance des professions de la santé) le soin de donner son aval aux stérilisations concernant des personnes incapables de discernement.

Ces trois législations ont en commun le souci de traiter le problème de manière officielle et d'envisager la stérilisation de personnes incapables de discernement selon des modalités qui devraient offrir certaines garanties; l'expertise et/ou l'autorisation

²⁹⁵ Loi de santé du 6 février 1995, art. 32.

²⁹⁶ Loi sur la santé du 16 novembre 1999, art. 72.

²⁹⁷ Legge sanitaria, 18 avril 1989, art. 14. Voir plus loin.

²⁹⁸ Voir le chapitre « Neuchâtel ».

²⁹⁹ Voir le chapitre « Fribourg ».

d'une instance médicale cantonale permettent en particulier d'éviter que la décision ne soit entièrement confiée au représentant légal. Les risques d'abus sont ainsi limités³⁰⁰.

Directives de l'Académie suisse des sciences médicales, 1981 et 2001

En 1981, l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) a édité des Recommandations pour la stérilisation³⁰¹. Dans leur version originale qui reste actuellement en vigueur malgré une proposition de modification, les directives de 1981 prévoient, pour envisager une stérilisation, l'exigence d'un consentement libre, éclairé et écrit des «sujets sains d'esprit», obtenu après une consultation médicale individualisée, en général avec la participation du partenaire. Un délai d'attente approprié sépare la consultation et l'intervention. En cas de doute sur la capacité mentale du candidat à la stérilisation, un psychiatre doit être appelé en consultation³⁰². S'agissant de la stérilisation pratiquée sur une personne incapable de discernement («sujets déficients mentaux»), ce texte retient qu'elle n'est pas admissible, «parce qu'il s'agit d'un droit extrêmement [sic] personnel qui ne peut être exercé par un suppléant légal».

Les recommandations de l'ASSM de 1981 ont fait l'objet en 2000 d'un projet de révision qui n'a pas abouti; il s'agissait des Directives médico-éthiques pour la stérilisation de personnes mentalement déficientes³⁰³. Selon la substance de ce projet, une stérilisation chirurgicale aurait été envisageable chez une personne dépourvue de discernement en présence de signes évidents d'une activité sexuelle, pour autant que la personne concernée ait été informée de manière compréhensible pour elle et qu'une contraception réversible se révélât impossible. L'intervention aurait au surplus été subordonnée à une expertise psychiatrique indépendante, à une seconde prise de position écrite par une personne n'appartenant pas au corps médical mais impliquée dans la prise en charge de la personne mentalement déficiente ou par un spécialiste extérieur et, enfin, au consentement écrit du représentant légal. Le projet de nouvelles directives aurait été également plus ciblé dans la mesure où celles-ci n'auraient visé que la stérilisation de personnes mentalement déficientes alors que la version originale concerne également les stérilisations pratiquées sur des personnes ne souffrant d'aucune affection mentale.

Le projet a suscité d'importantes controverses, exprimées notamment lors d'une conférence organisée le 7 juillet 2000 à ce propos³⁰⁴. Devant l'ampleur des opposi-

³⁰⁰ GUILLOD 2000, pp. 109 ss.

³⁰¹ RECOMMANDATIONS 1981.

³⁰² Au surplus, le médecin peut toujours refuser de pratiquer l'intervention, notamment par conviction philosophique ou religieuse.

³⁰³ DIRECTIVES 2000.

³⁰⁴ «Sterilisation geistig behinderter Menschen?», Ethikzentrum der Universität Zürich. Il faut mentionner en outre qu'en 1999 la Fédération suisse des associations de parents de personnes mentalement handicapées avait publié un document de quatre pages intitulé *Principes relatifs à la stérilisation* selon lesquels la stérilisation de personnes incapables de discernement peut être pratiquée à certaines conditions qui devraient être définies par la révision du droit de la tutelle (voir complément dans le chapitre «Vaud», «Association vaudoise de parents de handicapés mentaux»).

tions, l'ASSM a renoncé à maintenir son projet, préférant laisser au législateur fédéral le soin de régler ce problème s'il l'estimait opportun. Elle a en revanche publié, pour l'heure dans le cadre d'une consultation, des Recommandations concernant la stérilisation de personnes mentalement déficientes³⁰⁵, conçues comme un complément aux directives de 1981. En substance, ces « Recommandations » autorisent, en tant qu'*ultima ratio*, la stérilisation chirurgicale d'une personne souffrant d'une déficience mentale mais capable de discernement, à condition qu'elle soit précédée d'une expertise favorable émanant d'un médecin dûment formé. D'autres exigences procédurales, telles qu'un nombre suffisant de consultations (deux au moins, séparées de plusieurs semaines d'intervalle), « une documentation irréprochable » et la signature de la personne concernée ou de son représentant légal, sont également prévues. Quant à la stérilisation de personnes mentalement déficientes et incapables de discernement, elle reste prohibée, en attendant que les « instances législatives [...] formule[nt] des conditions-cadres en vue d'autoriser de telles interventions ».

Doctrine et jurisprudence

Les rares auteurs qui se sont penchés sur cette question sont partagés. Certains considèrent qu'il s'agit d'une intervention dont les conséquences sont si sérieuses qu'il n'est pas possible de se passer du consentement de la personne intéressée et que, partant, elle ne peut pas être pratiquée sur une personne incapable de discernement³⁰⁶. D'autres sont au contraire d'avis que la stérilisation d'une personne incapable de discernement peut être envisagée si elle est effectuée en tenant compte de son intérêt prépondérant³⁰⁷.

Deux ouvrages, déjà anciens mais importants, doivent particulièrement être signalés, celui de Böckli, paru en 1954³⁰⁸, et celui de Bersier, en 1968³⁰⁹. L'un et l'autre se prononcent en faveur de la mesure chez des personnes handicapées mentales, notamment pour des motifs eugéniques, mais reconnaissent qu'elle constitue une atteinte grave à la personne. Partant, elle requiert un cadre légal strict, qui devrait fixer tant les conditions de fond que les règles procédurales.

A ce jour, ni le Tribunal fédéral ni une juridiction cantonale n'ont été saisis d'une affaire de ce genre.

Droit fédéral futur

Il est vraisemblable que le droit fédéral contiendra dans les années à venir une réglementation de la stérilisation des personnes mentalement déficientes³¹⁰. Suite à

³⁰⁵ RECOMMANDATIONS 2001.

³⁰⁶ Par exemple, parmi d'autres, ARZT 1991.

³⁰⁷ BUCHER 1956, pp. 248 ss; GUILLOD 2000, et les références qui y sont citées.

³⁰⁸ BÖCKLI 1954.

³⁰⁹ BERSIER 1968.

³¹⁰ Des réflexions sur une législation future de la stérilisation en Suisse est apportée dans GUILLOD 2000.

deux interventions de la conseillère nationale Margrith von Felten³¹¹, la Commission des affaires juridiques du Conseil national a décidé en été 2000 d'élaborer une loi spéciale sur la question. Ce texte est aujourd'hui au stade de l'avant-projet³¹². Il propose notamment des normes matérielles permettant, à titre exceptionnel, la stérilisation de personnes souffrant d'une déficience mentale altérant durablement leur capacité de discernement, sur un modèle assez proche de celles du droit fribourgeois. La loi traiterait aussi, dans sa seconde partie, de l'indemnisation des victimes de stérilisation forcée.

Quelques sources du droit étranger

Interdiction de mariage

France

Le droit français ne contient aucune disposition interdisant le mariage des personnes souffrant d'une affection mentale³¹³. Dans ce contexte, l'exigence du certificat médical prénuptial³¹⁴ est sans pertinence: les résultats de l'examen ne sont communiqués ni au futur conjoint, ni à une quelconque autorité, mais à l'intéressé(e) uniquement³¹⁵. Le document destiné à l'autorité ne fait qu'attester que l'examen a eu lieu.

Demeure cependant la condition traditionnelle du consentement personnel au mariage: lorsque le discernement fait défaut, notamment parce que la personne concernée est atteinte de troubles mentaux, le mariage est exclu. Dans des décisions de la fin du XIX^e siècle³¹⁶, les tribunaux français avaient admis la validité du mariage d'une personne atteinte de maladie mentale si l'union était célébrée dans un intervalle de lucidité, laquelle bénéficiait au surplus d'une sorte de présomption. Cette jurisprudence a été abandonnée en 1980: le consentement au mariage devrait désormais être le fruit d'une réflexion prolongée, non l'expression d'un choix « instantané »³¹⁷.

³¹¹ Postulat 97.3443 demandant au Conseil fédéral de présenter un rapport sur la pratique des stérilisations forcées en Suisse; initiative parlementaire 99.451 demandant que les personnes stérilisées contre leur gré aient droit à une indemnité adéquate.

³¹² Loi fédérale sur les conditions et les procédures pour la stérilisation de personnes et sur l'indemnisation des victimes de stérilisations et de castrations abusives (Loi sur les stérilisations). L'avant-projet est disponible sur le site de l'Office fédéral de la justice: www.Ofj.admin.ch.

³¹³ Sur l'ensemble de la question, voir notamment RUBELIN-DEVICHI 1999, pp. 57 ss; COLÔMBET 1999, pp. 43 ss; BENABENT 1995, pp. 75 ss; BOULANGER 1990, pp. 149 ss; GEFFROY 1974, pp. 173 ss.

³¹⁴ Art. 63 al. 2 du Code civil français.

³¹⁵ Voir aussi, pour une approche plus critique, CAROL 1995, pp. 312 ss.

³¹⁶ Voir en particulier BENABENT 1995, pp. 85-86.

³¹⁷ JCP 81 II 19552, avec une note de RAYMOND, cité dans BENABENT 1995, p. 85.

La question se pose en outre avec une acuité particulière lorsque la personne qui souhaite se marier fait l'objet d'une mesure tutélaire en raison de l'altération grave de ses facultés mentales. Le mariage n'est pas exclu a priori mais, selon la nature de la mesure mise en place, il nécessite un consentement supplémentaire. Ainsi, le curateur ou, à défaut, le juge des tutelles doit consentir au mariage d'une personne sous curatelle³¹⁸. Lorsque la mesure prise est une tutelle, il appartient alors au conseil de famille ou aux père et mère conjointement de consentir; l'avis du médecin traitant est requis³¹⁹.

Allemagne

Les dispositions du droit allemand relatives à la capacité de contracter mariage rejoignent en plusieurs points celles du droit suisse aujourd'hui en vigueur. Il n'existe pas d'interdiction absolue de mariage pour les personnes souffrant de maladie mentale. Le droit allemand requiert cependant que les époux disposent de la capacité de discernement³²⁰, absente si la personne concernée souffre d'une altération mentale excluant le libre arbitre³²¹.

Les principes relatifs aux conditions personnelles posées pour conclure valablement un mariage se trouvent à nouveau, depuis 1998, dans le Code civil allemand. Auparavant, les règles pertinentes étaient rassemblées dans une loi spécifique sur le mariage (« Ehegesetz ») de 1938, dont le « Kontrollrat » avait extrait en 1946 les dispositions d'inspiration nazie. Dans ce contexte, une loi « protégeant le sang et l'honneur allemands »³²² avait également été édictée en 1935 par le régime hitlérien, qui empêchait les mariages entre Juifs et non-Juifs. Cette loi ne contenait cependant aucune disposition visant également les personnes souffrant de maladies mentales.

Les auteurs de doctrine allemande s'accordent aujourd'hui pour constater que le droit allemand connaît une tendance vers la libéralisation des conditions du mariage³²³. Deux commentateurs citent en particulier un précédent judiciaire dans lequel une jeune femme dont l'âge mental correspondait à celui d'un enfant de dix ans a été considérée comme capable de conclure un mariage. Dans cet arrêt, le tribunal a retenu que le souhait de la future épouse de se marier était réel et sincère³²⁴.

Etats-Unis

Les règles relatives aux conditions de validité du mariage relèvent aux Etats-Unis de chacun des Etats de l'Union. Il n'existe donc pas de dispositions uniformes applicables sur l'ensemble du territoire américain.

³¹⁸ Art. 514 du Code civil.

³¹⁹ Art. 506 du Code civil.

³²⁰ « Geschäftsfähigkeit », § 1304 du Bürgerliches Gesetzbuch (BGB).

³²¹ § 104 BGB.

³²² Gesetz zum Schutz des deutschen Blutes und der deutschen Ehre, du 15 septembre 1935, RGBl 1935 II 46.

³²³ Voir JOHANNSEN & HEINRICH 1998, pp. 6 ss; HEPTING 1998, pp. 12 ss; STRÄTZ 1994, pp. 9 ss.

³²⁴ « [...] und ehrlich », FamRZ 1990, p. 626, cité par JOHANNSEN & HEINRICH 1998, p. 7. Pour une affaire analogue en Suisse, voir ATF 109 II 273.

Schématiquement, on peut distinguer entre les Etats qui considèrent la maladie mentale comme un empêchement à mariage de ceux qui n'ont aucune règle à ce propos. Les premiers constituent la majorité³²⁵; on y retrouve par exemple l'Etat de New York³²⁶ et celui de Californie³²⁷.

Selon les commentateurs, les dispositions existantes poursuivraient deux buts distincts: s'assurer, d'une part, que le consentement donné est véritable et éviter, d'autre part, la transmission de maladies héréditaires. La première préoccupation serait plus souvent à l'origine des interdictions prévues par les lois des divers Etats que la seconde³²⁸. On ne peut cependant douter des motivations eugénistes des lois qui prévoient que l'interdiction tombe si l'époux malade mental est stérilisé³²⁹ ou si la future épouse affectée d'une maladie mentale est âgée de plus de quarante-cinq ans, ou encore si le futur époux souffrant d'une affection mentale se marie avec une femme âgée de plus de quarante-cinq ans³³⁰.

Comme dans d'autres pays, on peut, semble-t-il, observer aux Etats-Unis une tendance à la libéralisation des conditions du mariage. Les règles prévoyant une interdiction absolue pour les personnes souffrant d'une affection mentale seraient en régression, comme l'usage, dans les lois, de termes dégradants tels que « imbeciles », « insane » ou « lunatics »³³¹.

Interruption non punissable de grossesse

France

C'est la loi Veil du 17 janvier 1975³³² qui, la première, a régi la pratique de l'interruption volontaire de grossesse en France. Complétée ultérieurement par la loi Pelletier du 31 décembre 1979³³³, la législation applicable française autorise l'interruption volontaire de grossesse si elle a lieu avant la 10^e semaine de grossesse³³⁴.

L'intervention ne peut toutefois être pratiquée qu'à certaines conditions³³⁵. Ainsi, la grossesse doit placer la femme enceinte dans une situation de détresse; l'acte ne peut être effectué que par un médecin, dans un établissement public ou

³²⁵ Trente-sept Etats et le District de Columbia, selon BOULANGER 1990, p. 152.

³²⁶ New York Domestic Relations Law § 10.

³²⁷ Le mariage y est interdit à quiconque est considéré comme « imbecile or insane », California Civil Code § 4201.

³²⁸ BRAKEL, PARY, WERNER 1985, pp. 507 ss; SHARMAN 1978.

³²⁹ Dans l'Etat de Caroline du Nord, cité par BRAKEL, PARY, WERNER 1985, p. 521.

³³⁰ Dans l'Etat de Virginie, cité par BRAKEL, PARY, WERNER 1985, p. 521.

³³¹ BRAKEL, PARY, WERNER 1985, p. 511.

³³² No 75-17, JO, 19 janvier. Voir par exemple PAIRE 1999, pp. 409 ss.

³³³ Qui a modifié l'art. L162 du Code de santé publique, où sont regroupées toutes les normes pertinentes.

³³⁴ Des modifications législatives, tendant à assouplir davantage ce régime, notamment en autorisant une interruption de grossesse jusqu'à la 12^e semaine, sont aujourd'hui à l'examen devant l'Assemblée nationale française.

³³⁵ Art. L-162-1 à 8.

dans un établissement privé agréé. La femme enceinte doit formuler une demande écrite. Le médecin peut refuser d'intervenir si ce genre de mesure médicale contrevient à ses convictions personnelles; dans ce cas, il doit avertir immédiatement sa patiente et la diriger vers un confrère. Un délai de sept jours doit séparer la consultation médicale de l'intervention; dans l'intervalle, la femme enceinte doit se rendre à une consultation sociale. Au surplus, selon la jurisprudence du Conseil d'Etat, une femme mariée n'a pas besoin du consentement de son conjoint³³⁶ et l'interruption de grossesse est remboursée par la Sécurité sociale.

La loi précise en outre qu'une interruption volontaire de grossesse peut avoir lieu en tout temps si elle est pratiquée pour un motif thérapeutique, c'est-à-dire si deux médecins confirment, après examen de la femme enceinte, que la poursuite de la grossesse constitue un péril grave pour sa santé ou s'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection particulièrement grave et incurable³³⁷.

Allemagne

La réunification allemande en juillet 1990 a soulevé une difficulté de taille à propos de l'interruption volontaire de grossesse: tandis que la RFA lui appliquait un régime juridique relativement restrictif en n'autorisant ce type d'intervention que dans des cas précis³³⁸, l'ex-RDA, plus libérale, connaissait un régime fondé sur la solution des délais³³⁹. L'un et l'autre paraissaient inconciliables, au moins dans un délai raisonnable, aucun des camps en présence n'étant disposé à faire des concessions sur un sujet cristallisant les émotions.

Après la mise en place de règles constitutionnelles transitoires³⁴⁰ et l'adoption d'une loi³⁴¹ partiellement invalidée par la Cour constitutionnelle allemande³⁴², la situation juridique s'est décantée en 1995. Depuis le 1^{er} octobre 1995, le droit allemand, à l'image du droit suisse, retient en principe que l'interruption volontaire de grossesse est contraire au droit et punit de sanctions pénales³⁴³ toute violation de cette règle.

La norme connaît cependant un certain nombre d'exceptions. La plus notable d'entre elles est la possibilité laissée à la femme enceinte de demander une interruption de grossesse au cours des douze premières semaines de grossesse. Cette intervention n'est pas constitutive d'une infraction si elle est pratiquée par un

³³⁶ Conseil d'Etat, sect., 30 oct. 1980, *Lahache*, D.1981.38.

³³⁷ Art. L-162-12 et 13.

³³⁸ «Indikationsmodell». La Constitution allemande («Grundgesetz»), adoptée en 1948, protège la vie de façon quasi-absolue, pour des raisons historiques évidentes.

³³⁹ Voir LAUFS & UHLENBRUCK 1999, § 143, pp. 1173 ss; DEUTSCH 1999, pp. 302 ss.

³⁴⁰ Art. 143 Grundgesetz.

³⁴¹ «Schwangeren- und Familienhilfegesetz» du 27 juillet 1992.

³⁴² BVerfGE 88, 203 = NJW 1993, 1751.

³⁴³ Art. 218 StGB (Strafgesetzbuch).

médecin, après consultation et pour autant qu'un délai de trois jours sépare la consultation de l'intervention³⁴⁴. Ne l'est pas davantage celle qui a lieu en raison de l'existence d'une indication médico-sociale, c'est-à-dire de l'existence d'un danger concret d'atteinte importante à l'intégrité physique ou psychologique pour la femme enceinte, ou d'une indication criminologique, si la grossesse résulte d'un acte criminel tel que le viol ou une autre infraction contre les mœurs. Des préoccupations eugénistes ou embryo-pathologiques ne sont pas formulées clairement, mais la doctrine considère qu'elles sont désormais englobées dans les indications médicales ou médico-sociales³⁴⁵.

Si la femme enceinte est incapable de se déterminer, le consentement du représentant légal (parents ou tuteur) peut suffire³⁴⁶. Quant au médecin ou à tout autre membre du personnel médical, sauf cas d'urgence, il dispose, comme en France, du droit de refuser de pratiquer une telle intervention par conviction personnelle³⁴⁷.

Etats-Unis

En 1973, c'est la décision de la Cour Suprême des Etats-Unis dans l'affaire *Roe v. Wade*³⁴⁸ qui a libéralisé l'interruption volontaire de grossesse, sanctionnée pénalement dans la plupart des Etats américains tant pour le médecin ou toute autre personne qui la pratiquait que pour la femme enceinte qui la subissait, si ce n'est dans les cas où la santé ou la vie de la mère était en jeu.

Dans cet arrêt qui fait date, la Cour Suprême reconnaît que la Constitution américaine contient un droit à la vie privée («right of privacy») qui englobe en principe le droit, pour une femme enceinte, d'obtenir une interruption de grossesse. Elle distingue cependant trois périodes de la grossesse, pour lesquelles le principe doit être affiné: au cours des trois premiers mois, l'intervention peut être effectuée avec le concours d'un médecin; au cours du second trimestre, des normes destinées à protéger la santé maternelle peuvent restreindre les possibilités d'obtenir une interruption de grossesse; dans les trois derniers mois enfin, le fœtus étant viable, l'intervention ne peut avoir lieu que si la vie ou la santé de la mère est gravement menacée. Ainsi, selon l'arrêt *Roe v. Wade*, l'intervention est autorisée au cours des trois premiers mois de grossesse quelle que soit la raison qui incite la mère à s'y soumettre.

Cette décision a fait ensuite le sujet d'importantes controverses, l'avortement étant un sujet de débat politique passionné, parfois conduisant à de tragiques excès. Des médecins pratiquant des interruptions de grossesse ont en effet été la cible d'attentats au cours desquels certains ont perdu la vie.

³⁴⁴ Il s'agit dans les faits d'une solution des délais avec consultation («Fristenlösung mit Beratungspflicht»).

³⁴⁵ Voir LAUFS & UJLENBRUCK 1999, note 34-35, pp. 1189-1190.

³⁴⁶ *Ibidem*, note 31, pp. 1188-1189.

³⁴⁷ *Ibidem*, note 44, p. 1193-1194; § 12 al. 1^{er} de la «Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten» («Schwangerschaftskonfliktgesetz»).

³⁴⁸ 410 U.S. 113 (1973).

Cette opposition de plus en plus marquée s'est transcrite dans la jurisprudence en 1992 lorsque la Cour Suprême a rendu un nouvel arrêt en matière d'avortement³⁴⁹. Bien que la Cour ait d'abord réaffirmé son attachement au principe contenu dans la décision *Roe v. Wade*, elle procédait en réalité, dans cet arrêt *Planned Parenthood of Southeastern Pennsylvania v. Casey*³⁵⁰, à une modification notable des conditions posées pour la pratique d'une interruption de grossesse. La Cour considère désormais que le devoir de protection du fœtus s'étend dès la conception; l'interdiction de l'avortement lorsque le fœtus est viable, sauf si la vie ou la santé de la mère est en jeu, est bien entendu maintenue. Seules sont proscrites les mesures qui constitueraient un obstacle excessif (« undue burden ») dans la réalisation du droit à obtenir une interruption de grossesse lorsque le fœtus n'est pas viable.

Selon la Cour Suprême, cette nouvelle jurisprudence n'empêche pas, ainsi, un Etat d'exiger le consentement des parents si la jeune femme est mineure, ou au moins de contraindre le médecin à les avertir. Il est également admissible d'exiger un consentement écrit de la femme enceinte et de la contraindre à entendre un discours sur les conséquences de l'acte et les alternatives à disposition, comme de prévoir un délai de 24 heures entre la consultation et l'intervention. En revanche, l'exigence d'obtenir le consentement du mari (ou du père présumé de l'enfant, lorsque la femme enceinte n'est pas mariée) ou au moins de l'avertir a été tenue pour excessive.

Surtout, la Cour Suprême a renforcé sa jurisprudence antérieure, en vertu de laquelle un Etat³⁵¹ ou le régime d'assurance-maladie fédéral Medicaid³⁵² peut refuser, sauf nécessité thérapeutique, de prendre en charge les frais médicaux engendrés par l'intervention et les mettre à charge de la femme enceinte. Elle est restée sourde à l'argument pourtant convaincant selon lequel, dans les faits, une telle limitation pouvait priver les femmes de condition modeste du droit d'obtenir un avortement.

Stérilisation

France

La stérilisation ne fait pas l'objet de disposition particulière en droit français. Cependant, en application des principes généraux du droit³⁵³, une telle intervention ne peut être accomplie en France qu'à deux conditions: la nécessité thérapeutique et le consentement de la personne concernée³⁵⁴.

La première de ces deux conditions, interprétée strictement, empêcherait qu'une stérilisation ne soit pratiquée dans le but de mettre en place un moyen

³⁴⁹ Voir par exemple HOTTELIER 1994.

³⁵⁰ 112 S.Ct. 2791 (1992).

³⁵¹ Webster v. Reproductive Health Services, 492 U.S. 490 (1989).

³⁵² Beal v. Doe, 432 U.S. 438 (1977); Harris v. McRae, 448 U.S. 297 (1980).

³⁵³ Notamment les art. 16-1 à 16-12 du Code civil.

³⁵⁴ GIAMI & LERIDON 2000; FRESNEL 1998. Voir aussi GIAMI & LAVIGNÉ 1998.

fiable de contraception, qu'il s'agisse d'une stérilisation effectuée sur une personne capable de discernement ou non. Elle serait cependant admissible pour remédier à une intolérance à l'usage prolongé des autres moyens contraceptifs³⁵⁵. Il est également exclu, a fortiori, qu'elle ait lieu pour des motifs eugénistes. Une stérilisation entreprise en violation du droit engage la responsabilité civile du praticien³⁵⁶, ainsi que sa responsabilité pénale³⁵⁷. La pratique française semble avoir pris quelques distances par rapport au droit tel qu'il vient d'être esquissé.

La seconde exigence, celle d'un consentement préalable, libre et éclairé, pose quant à elle le problème classique de l'obtention de ce consentement lorsque l'intéressé est incapable de discernement en raison d'un handicap mental. En droit français, il appartient à ses représentants légaux, ses parents s'il est mineur, de se prononcer à sa place. Lorsque l'intéressé majeur est l'objet d'une curatelle, le consentement du curateur doit s'accompagner de celui du juge des tutelles; s'il est placé sous tutelle, le consentement du tuteur et celui du conseil de famille ou, à défaut de conseil, du juge des tutelles, sont nécessaires.

Quelques-unes des incertitudes qui viennent d'être exposées seront probablement levées prochainement si un projet de loi consacré notamment à ces questions et voté en décembre 2000 par l'Assemblée nationale est définitivement adopté. Le texte prévoit en effet l'insertion dans le Code de la santé publique de deux dispositions³⁵⁸.

La première touche la « stérilisation à visée contraceptive » en général et pose comme exigence fondamentale celle d'un consentement libre et éclairé, exprimé par écrit, obtenu après avoir reçu une information relative notamment aux risques et aux conséquences, information réunie dans un dossier. Un délai de deux mois doit séparer la première consultation de l'intervention et le médecin reste libre de refuser de la pratiquer, s'il en informe la personne dès la première consultation.

La seconde disposition établit des modalités particulières lorsque l'intervention est envisagée pour une personne handicapée mentale. Elle exclut d'abord l'intervention si la personne est mineure. Lorsqu'elle est handicapée mentale, la stérilisation n'est admissible que s'il « existe une contre-indication absolue aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en œuvre efficacement ». L'intervention est en outre subordonnée au consentement de la personne si cette dernière est apte à exprimer sa volonté et à une décision du juge des tutelles, qui aura entendu les parents ou le représentant légal et recueilli l'avis d'un comité d'experts.

En outre, le Code de déontologie des médecins français de 1995 rappelle les « Devoirs envers les patients » auxquels sont tenus les médecins, en particulier celui de recueillir leur consentement³⁵⁹. La mise en œuvre de ce principe dans le contexte

³⁵⁵ Voir FRESNEL 1998, p. 12.

³⁵⁶ Pour des arrêts récents, voir FRESNEL 1998, p. 12.

³⁵⁷ En vertu de l'art. 316 du Code pénal, qui réprime la castration, comprise comme une intervention privant un homme ou une femme de sa faculté de se reproduire, voire du récent article 22-3, qui punit les actes de torture ou de barbarie; FRESNEL 1998, p. 15.

³⁵⁸ Art. L. 2123-1 et L. 2123-2.

³⁵⁹ Article 41: « 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 », cité dans JEANMONOD, GASSER, HELLER (à paraître); voir aussi FRESNEL 1998, pp. 16-17.

des stérilisations a fait l'objet d'une communication du Comité consultatif national d'éthique (CCNE)³⁶⁰. La question avait déjà été abordée dans un avis antérieur du même organisme³⁶¹. Dans ce dernier texte, le CCNE propose que soit créée une commission constituée de « professionnels tout spécifiquement formés aux problèmes des personnes handicapées mentales » qui préaviseraient toute requête de stérilisation d'une personne handicapée mentale âgée de plus de vingt ans, en toute indépendance par rapport aux familles concernées³⁶².

Allemagne

En 1933, l'Allemagne nazie édicta une loi relative à la stérilisation³⁶³ d'inspiration très clairement eugéniste. Ce texte, promulgué par le régime d'Hitler mais préparé antérieurement³⁶⁴, autorisait la stérilisation non volontaire des personnes présentant les affections mentales ou physiques suivantes : faiblesse d'esprit congénitale, démence précoce, manie et mélancolie, épilepsie héréditaire, mal de St-Guy héréditaire (chorée de Huntington), cécité héréditaire, surdité héréditaire, difformités corporelles graves et héréditaires³⁶⁵; les alcooliques étaient aussi concernés³⁶⁶. La décision appartenait à un tribunal de santé héréditaire (« Erbgesundheitsgericht »)³⁶⁷.

La pratique de ces tribunaux donna à la liste précitée, déjà très large, une interprétation extensive. Dès lors, d'autres catégories de personnes, désignées comme « asociales » et, partant, « faibles d'esprit », telles que les prostituées, les homosexuels, les vagabonds ou les clochards³⁶⁸ furent soumises à une intervention forcée. En revanche, dans la mesure où la loi visait une amélioration de la race, le régime nazi ne souhaitait pas que les Juifs soient inclus dans le champ d'application de la loi³⁶⁹. Globalement, on estime, bien que des statistiques tout à fait fiables fassent défaut, que quelque 400'000 personnes ont ainsi été stérilisées sans leur consentement³⁷⁰; d'autres sources parlent de 350'000 stérilisations entre 1934 et 1939³⁷¹.

³⁶⁰ Rapport no 50 du CCNE relatif à « La stérilisation envisagée comme mode de contraception définitive », 14 mai 1996.

³⁶¹ Avis et rapport no 49 du CCNE relatif à « La contraception chez les personnes handicapées mentales », du 3 avril 1996; voir sur ce point MEMETEAU 1998.

³⁶² Compléments dans JEANMONOD, GASSER, HELLER (à paraître).

³⁶³ « Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses », du 14 juillet 1933. Une traduction française a paru dans la revue française *Le problème sexuel*, 2, 1934, pp. 45 ss.

³⁶⁴ Voir MASSIN 2000, p. 66.

³⁶⁵ § 1 al. 2 ch. 1 à 8.

³⁶⁶ § 1 al. 3.

³⁶⁷ WIESENBERG 1996.

³⁶⁸ MASSIN 2000, pp. 83 ss.

³⁶⁹ 40 cas recensés pour Berlin et ses environs entre 1939 et 1942, ce qui paraît « marginal », selon Benoît Massin. Au demeurant, après mars 1942 et la mise en place du programme de « Solution finale à la Question juive », l'extermination des Juifs est en marche, de sorte que des stérilisations n'ont plus d'objet, MASSIN 2000, p. 107.

³⁷⁰ BOCK 1986.

³⁷¹ FISCHER 1989, pp. 30 ss cité par GUILLOD 2000.

Aujourd'hui, la stérilisation pratiquée avec le consentement de la personne concernée est, en Allemagne, conforme au droit. L'intervention ne faisant pas l'objet de dispositions légales particulières, une partie de la doctrine retient toutefois qu'une stérilisation de simple convenance serait contraire aux mœurs³⁷². Une stérilisation pratiquée à des fins médicales ou sociales³⁷³, en tout cas, est admissible, comme le serait celle effectuée dans un but eugéniste, c'est-à-dire afin d'éviter qu'une affection génétiquement transmissible ne passe à la descendance³⁷⁴.

C'est évidemment la possibilité de pratiquer une stérilisation en l'absence de consentement qui, comme ailleurs, soulève les plus fortes controverses. Le point est désormais réglé par une loi sur la tutelle de 1990³⁷⁵. Selon ces normes récentes, une stérilisation ne peut en aucun cas être pratiquée sur une personne mineure³⁷⁶. S'agissant des personnes majeures qui ne peuvent consentir valablement, une stérilisation n'est admissible qu'aux cinq conditions cumulatives suivantes :

- la stérilisation ne contredit pas la volonté exprimée par la personne concernée;
- la personne concernée n'est pas capable de consentir pour une durée prolongée;
- les risques de grossesse sont concrets si la stérilisation n'a pas lieu;
- une grossesse constituerait un danger pour la vie ou l'intégrité physique ou psychique de la personne concernée;
- la grossesse ne peut pas être évitée d'une autre manière.

Si ces conditions sont remplies, si les règles de procédure contenues dans la loi sont respectées et pour autant que le représentant légal y consente et que le juge des tutelles donne son accord, la stérilisation peut avoir lieu. Un intervalle de deux semaines doit être respecté entre l'accord définitif et exécutoire du juge des tutelles et l'intervention proprement dite.

Etats-Unis

Aux Etats-Unis, une femme capable de discernement peut décider comme bon lui semble de subir une stérilisation³⁷⁷. C'est l'expression de la liberté de choix

³⁷² « Gefälligkeitssterilisation »; sur toutes ces questions et pour des références, voir LAUFS & UHLENBRUCK 1999, pp. 970 ss.

³⁷³ Par exemple lorsqu'une femme âgée de 34 ans et mère de 3 enfants ne souhaite plus d'autres enfants; BGHZ 67, 48, cité par LAUFS & UHLENBRUCK 1999, note 15, p. 972.

³⁷⁴ LAUFS & UHLENBRUCK 1999, note marginale 4, p. 972.

³⁷⁵ « Betreuungsgesetz » du 2 septembre 1990, en vigueur dès le 1^{er} janvier 1992. Cette loi modifie en fait les art. 1896 à 1908i du Code civil allemand (« Bürgerliches Gesetzbuch »). Voir aussi BRADBURY LITTLE 1997, pp. 269-293.

³⁷⁶ BGB §1631c.

³⁷⁷ « An individual has the right not to be the source of another life by voluntarily undergoing sterilization », *In re A.W.*, 637 P.2d 366 (Colo. 1981).

reconnue à chacun en matière de traitements médicaux. La stérilisation pourrait par conséquent être pratiquée notamment à des fins eugénistes, par exemple pour éliminer le risque de transmettre des gènes présentant des « défauts »³⁷⁸; toutefois, les tenants de cette théorie sont de plus en plus rares³⁷⁹.

Les stérilisations pratiquées sur des personnes incapables de discernement, en revanche, sont soumises à certaines restrictions découlant de la législation³⁸⁰ ou de la jurisprudence des Etats.

Il semble d'ailleurs que les plus anciennes lois relatives à la stérilisation étaient américaines, la première étant celle de l'Etat d'Indiana en 1907³⁸¹. En 1930, vingt-neuf Etats s'étaient ainsi dotés d'une législation autorisant les interventions de ce type³⁸².

Il existe au surplus une décision de la Cour Suprême des Etats-Unis sur cette question qui autorise la stérilisation d'une jeune femme handicapée mentale, même sans son consentement³⁸³. Mais cet arrêt, fort ancien – il remonte à 1927 – et fort controversé³⁸⁴, ne reflète sans doute plus l'état du droit constitutionnel américain³⁸⁵.

Dans la période récente, lorsque le parlement d'un Etat a adopté des normes, elles visent essentiellement les procédures pouvant conduire à la stérilisation d'une personne incapable de discernement; les conditions matérielles de l'intervention sont rarement détaillées³⁸⁶. Une loi californienne qui interdisait toute intervention de ce genre fut d'ailleurs déclarée contraire à la Constitution de la Californie³⁸⁷.

Faute de législation, il appartient aux tribunaux de résoudre les difficultés de cette nature³⁸⁸, même si, à lire certains auteurs, quelques juges ont considéré qu'une décision d'une pareille portée ne pouvait revenir à un tribunal en l'absence d'une norme spécifique lui en attribuant la compétence³⁸⁹.

L'arrêt qui a sans doute servi de modèle pour les autres juridictions a été rendu en 1980 par la Cour suprême de l'Etat de Washington³⁹⁰. Y sont énoncées cinq conditions matérielles pouvant conduire à la stérilisation d'une personne handicapée mentale:

- la patiente doit être durablement incapable de discernement;
- la patiente doit être physiquement capable de procréer;

³⁷⁸ FURROW 1995, p. 772.

³⁷⁹ *In re Moe*, 43 N.E.2d 712 (Mass. 1982).

³⁸⁰ PAUL 1995, pp. 82 ss.

³⁸¹ Voir le passage concernant la vasectomie dans l'Indiana dans le chapitre « Stérilisation et la contraception »; PENEL 1930.

³⁸² PAUL 1995, p. 83.

³⁸³ *Buck v. Bell*, 274 U.S. 200 (1927).

³⁸⁴ Il se termine par cet argument péremptoire: « Three generations of imbeciles are enough » (« Trois générations d'imbéciles, c'est assez »).

³⁸⁵ « Although *Buck v. Bell* has never been formally overruled, it is so clearly bad policy, and so certainly bad science, that it is presumed to no longer be good law », FURROW 1995, p. 774.

³⁸⁶ FURROW 1995, p. 775.

³⁸⁷ *In re Conservatorship of Valerie N.*, 219 Cal.Rptr.387, 707 P.2d 760 (Cal. 1985).

³⁸⁸ *Guardianship of Matejski*, 419 N.W.2d 576 (Iowa 1988).

³⁸⁹ FURROW 1995, p. 775.

³⁹⁰ *Guardianship of Hayes*, 608 P.2d 635 (Wash. 1980).

- il est probable que la patiente va prochainement entretenir des relations sexuelles dont pourrait résulter une grossesse;
- la patiente doit être incapable de s'occuper d'un enfant, fût-ce avec une assistance raisonnable;
- la stérilisation doit être la solution la moins restrictive dont on dispose.

A ces conditions matérielles, la Cour suprême de l'Etat de Washington a ajouté quelques exigences procédurales. Ainsi, les preuves soumises au tribunal doivent être claires et convaincantes³⁹¹; un curateur doit être désigné pour représenter et défendre les intérêts de la personne concernée dans le cadre de la procédure. En outre, le tribunal doit s'entourer de l'avis d'experts, afin d'évaluer les conséquences médicales, psychologiques et sociales que pourrait entraîner l'intervention. Enfin, dans la mesure du possible, la patiente doit être entendue.

Des normes de droit fédéral américain ont également une influence indirecte mais importante en matière de stérilisation des personnes handicapées mentales. En effet, les régimes d'assurance-maladie Medicare³⁹² et Medicaid³⁹³ ne peuvent servir au financement, même partiel, d'une intervention destinée à stériliser une patiente si cette personne est âgée de moins de 21 ans ou si elle est incapable de discernement³⁹⁴.

De l'interdiction de mariage à la génétique

Les développements qui précèdent ont porté sur trois domaines particuliers: l'interdiction de mariage, l'interruption de grossesse et la stérilisation. Entre la fin du XIX^e siècle et la fin du XX^e siècle, l'élaboration de la législation traitant de ces questions a été l'occasion pour les partisans des théories eugénistes d'exprimer plus ou moins ouvertement leurs thèses. Occasionnellement seulement, certaines d'entre elles ont été transposées dans les règles de droit adoptées.

Dès la fin du XIX^e siècle en Suisse, l'examen des travaux législatifs préparatoires démontre que les préoccupations eugéniques étaient bien présentes. Elles sont alors avant tout conçues comme un instrument législatif destiné à protéger la société ou la communauté, poursuivant dès lors un intérêt public, par exemple la protection de l'institution du mariage. On trouve ainsi dans les documents qui ont conduit à l'adoption des règles prohibant le mariage aux personnes souffrant de maladies mentales l'expression très claire, bien que souvent fort lapidaire, des buts visés par les dispositions de ce genre. Paradoxalement, c'est à propos de l'interdiction de

³⁹¹ « Clear and convincing evidence ». Il s'agit du « standard » de preuve le plus exigeant en matière de droit civil.

³⁹² Régime d'assurance-maladie du gouvernement fédéral et des Etats américains destiné aux personnes retraitées.

³⁹³ Schématiquement, Medicaid peut être défini comme le régime d'assurance-maladie du gouvernement fédéral et des Etats américains destiné aux personnes aux revenus modestes, en particulier à celles qui se situent sous le seuil de pauvreté (« poverty limit »).

³⁹⁴ 42 C.F.R., §§ 441.250-249, 42 United States Code Annotated § 1302.

mariage, une mesure d'une efficacité réduite et difficile à mettre en œuvre, que les thèses eugénistes se manifestent de la manière la plus tranchée. C'est également dans ce contexte qu'elles connaissent leur plus grand succès, l'interdiction de mariage étant absolue, même en cas de capacité de discernement des candidats au mariage.

Au début du XX^e siècle, ces idées continuent d'être avancées, mais ne reçoivent plus le même accueil. Elles sont évoquées à plusieurs reprises lors des débats parlementaires à propos de l'article du Code pénal suisse réprimant l'avortement. Leurs partisans s'efforcent d'obtenir que soit incluse, parmi les exceptions au principe de l'incrimination de l'avortement, une indication eugénique, destinée à éviter la transmission de maladies héréditaires. En définitive, seule l'indication médicale sera retenue, sous la pression des milieux médicaux et de l'Eglise catholique.

Les mesures de stérilisation, atteinte la plus sérieuse mais aussi, objectivement, la plus efficace puisqu'elle empêche définitivement toute transmission de déficiences mentales, ne seront, elles, jamais envisagées formellement par le législateur fédéral. Certes, dans son Rapport concernant la demande d'initiative en faveur de la famille, en 1944, le Conseil fédéral l'évoque très brièvement; certes encore, une annexe de ce rapport, œuvre d'un éminent professeur de droit de l'époque, cite en exemple la loi allemande de 1933, qui sera à l'origine de campagnes de stérilisation massives menées par le régime nazi. Toutefois, aucune tentative de transposition de normes de ce type dans le droit fédéral suisse n'aura lieu. Dans les faits, seul le canton de Vaud, par un texte adopté en 1928, met en place un régime de stérilisation des handicapés mentaux; parallèlement, il crée une disposition de droit pénal autorisant l'avortement pour des motifs eugéniques. L'étude des documents entourant l'adoption de ces normes conduit cependant à penser qu'elles n'ont pas été conçues, comme en Allemagne à la même époque, comme l'instrument législatif de campagnes systématiques de stérilisation des handicapés mentaux mais, au contraire, en tant que garde-fous contre le recours abusif et arbitraire à cette intervention, tel qu'il pouvait exister dans d'autres cantons en l'absence de toute règle juridique.

Après la Deuxième Guerre mondiale, les thèses eugénistes connaissent un certain déclin. Elles resurgissent à partir des années 1970, lorsque les Etats-Unis et la France, par exemple, se dotent de règles autorisant l'interruption de grossesse dans des cas d'indications eugéniques. La question de la stérilisation réapparaît quant à elle en Suisse au début des années 1980, notamment avec la promulgation de directives émanant de l'Académie suisse des sciences médicales interdisant la stérilisation de personnes incapables de discernement. En 1987, au contraire, le canton d'Argovie puis, en 1995, celui de Neuchâtel, et, en 1999, celui de Fribourg ont adopté des règles permettant la stérilisation de personnes souffrant d'affections mentales. On peut retrouver dans ces textes l'influence de certaines législations étrangères, notamment américaine et allemande. L'intervention est désormais envisagée uniquement dans l'intérêt du (de la) patient(e), afin de lui permettre de mener une vie sexuelle. Dans tous les cas, de strictes conditions, en particulier la prise en compte de l'intérêt du patient, sont posées. Enfin, au cours des années 1990, les Etats-Unis, l'Allemagne mais aussi la Suisse libéralisent les conditions posées pour la conclusion d'un mariage, en renonçant à l'interdiction absolue de mariage qui frappait les personnes souffrant d'affections mentales.

La recherche menée sur les aspects juridiques permet dès lors de distinguer quatre périodes. La première est celle qui couvre la fin du XIX^e siècle et le début du XX^e siècle, au cours de laquelle certaines règles à caractère eugéniste, assez éparées et peu efficaces, sont édictées. La seconde période touche la première moitié du XX^e siècle, où l'on peut observer l'adoption de quelques règles plus précises, en Suisse, mais surtout à l'étranger, mises en œuvre dans le dessein parfois avoué de prévenir la diffusion, au sein de la société, d'affections mentales. La troisième période suit directement la Seconde Guerre mondiale; sans doute à cause des terribles excès commis au nom de l'eugénisme à cette époque, toute intervention de ce genre est alors proscrite. Enfin, la dernière période, à partir des années 80³⁹⁵, est celle où, parallèlement à l'émergence de la notion de « droits des patients », la stérilisation est à nouveau autorisée, à des conditions très strictes avec, cette fois, comme préoccupation prioritaire, la protection des intérêts du patient souffrant de troubles mentaux.

Aujourd'hui, des discussions analogues ont lieu, notamment en Suisse mais aussi à l'étranger, à propos de la procréation médicalement assistée et de la génétique humaine, dans la mesure où les techniques utilisées dans ce contexte permettent de réaliser une sélection à connotation eugéniste. La Constitution fédérale du 18 avril 1999, en son article 119, de même que la législation existante (en particulier la Loi fédérale sur la procréation médicalement assistée, LPMA³⁹⁶) et en voie d'élaboration (spécialement l'avant-projet de Loi fédérale sur l'analyse génétique humaine³⁹⁷) proscrivent toute intervention dans le patrimoine génétique des gamètes et des embryons humains, quelle qu'en soit la finalité.

Ces textes ne sont pas sans ambivalence: la LPMA (art. 5 al. 1^{er}) prévoit comme indication à la procréation médicalement assistée le « risque de transmission d'une maladie grave et incurable aux descendants » et, en même temps, interdit le diagnostic préimplantatoire (art. 5 al. 3) qui permettrait de s'assurer que l'embryon est exempt de la maladie redoutée avant de l'implanter. De même, la LPMA interdit de sélectionner les spermatozoïdes pour choisir le sexe ou d'autres caractéristiques de l'enfant à naître mais permet une telle sélection pour éviter la transmission d'une maladie grave et incurable aux descendants (art. 5 al. 2), par exemple liée au chromosome sexuel. Les donneurs de gamètes doivent au surplus « être choisis avec soin selon des critères médicaux », afin d'écartier autant que possible « tout risque pour la santé de la femme qui reçoit le sperme », formule ambiguë dès l'instant où l'on vise aussi à prévenir le risque de transmission de maladies héréditaires à l'enfant³⁹⁸.

³⁹⁵ Dans plusieurs pays européens cependant, des dispositions légales spécifiques sur la stérilisation ont été adoptées dès les années 70, remplaçant pour une part d'entre elles une première génération de lois adoptées vers 1930. Ainsi, l'article 90 al. 2 du Code pénal autrichien, la loi danoise du 13 juin 1970, la loi suédoise du 12 juin 1975, la loi norvégienne du 3 juin 1977. Voir GUILLOD 2000, p. 111. En Espagne, l'article 428 du Code pénal est modifié en 1983, dépenalisant la stérilisation pratiquée avec le consentement libre de la personne concernée; en 1989, à la demande des associations de parents, la stérilisation d'une personne majeure atteinte d'une déficience mentale peut être autorisée par un juge avec le consentement du représentant légal, l'avis de deux experts, du Ministère public et après avoir entendu la personne concernée (CAMBRON 1999, pp. 121-126; voir développement dans JEANMONOD, GASSER, HELLER, à paraître).

³⁹⁶ Du 18 décembre 1998, en vigueur dès le 1er janvier 2001, RS 814.90.

³⁹⁷ De septembre 1998, disponible sur le site internet de l'Office fédéral de la justice, www.off.admin.ch/fj/index.html.

³⁹⁸ Voir le Message du Conseil fédéral du 26 juin 1996, FF 1996 III 197, 261.

De son côté, l'avant-projet de Loi fédérale sur l'analyse génétique humaine autorise le diagnostic génétique prénatal, pour autant qu'il ne soit pas utilisé pour «rechercher des caractéristiques sans importance pour la santé de l'embryon ou du fœtus ou de déterminer le sexe pour des motifs autres que médicaux» (art. 9). Cela signifie que le diagnostic prénatal pourra être utilisé, comme il l'a été depuis des années, pour détecter chez le fœtus diverses affections congénitales avec, comme conséquence fréquente, une interruption de grossesse. Cependant, l'avant-projet souligne (art. 15 al. 1^{er}) la liberté totale de la femme enceinte de poursuivre ou d'interrompre sa grossesse, quel que soit le résultat du diagnostic prénatal.

Une différence importante sépare toutefois ces textes législatifs d'une législation comme la loi allemande de 1933 ou des recommandations à visée eugéniste formulées dans la première moitié du siècle passé. Il ne s'agit plus pour l'Etat de promouvoir des mesures collectives à visée eugéniste mais plutôt de respecter l'autonomie des femmes et des couples en matière de reproduction. Une politique étatique poursuivant des fins eugénistes serait clairement considérée aujourd'hui comme contraire à la Constitution. L'Etat ne porte donc plus atteinte à la liberté individuelle, mais veut garantir à chaque couple le libre choix de mettre au monde un enfant dans les meilleures conditions possibles, à l'abri des souffrances liées à des handicaps physiques ou mentaux.

On peut soutenir que la législation sur la procréation médicalement assistée et sur l'analyse génétique humaine accepte implicitement une sorte d'«eugénisme privé», laissé à la libre appréciation des géniteurs, au cas par cas. Dans cette optique, on ne saurait toutefois négliger le fait que la décision de la femme enceinte ou du couple n'est pas prise dans une bulle protégée des influences extérieures, donc propice à l'expression de la véritable volonté de chacun. Les modèles retenus par la société actuelle, qui mettent en avant la santé et exaltent la jeunesse, conditionnent en partie les représentations individuelles et les choix qui en découlent. De même, le contexte économique, notamment la prise en charge des coûts liés aux handicaps par des mécanismes d'assurance sociale, influence aussi les décisions personnelles. Ce sera probablement l'un des grands défis des années à venir de permettre à l'individu d'exercer vraiment son autonomie dans ce domaine et d'éviter que les conditions sociales et économiques ne rendent cette liberté purement illusoire. En ce sens, l'eugénisme n'a pas vraiment cessé d'exister; tout au plus a-t-il changé de forme.

STÉRILISATION ET CONTRACEPTION

Introduction

La stérilisation est une opération qui a été introduite à la fin du XIX^e siècle alors que la pratique de la castration était critiquée. La stérilisation des malades et des handicapés mentaux ne représente qu'une petite partie des opérations de stérilisation; il convient donc de se référer à l'ensemble de ces opérations pour comprendre leurs spécificités et les analogies avec les autres stérilisations. On peut d'emblée préciser que la principale différence concerne la capacité de discernement.

Le sujet est examiné ici dès les opérations pionnières de la fin du XIX^e siècle jusque vers 1930, période à laquelle les techniques de stérilisation étaient devenues largement éprouvées et la stérilisation était une méthode admise pour de nombreuses indications, du moins dans certains pays et par certains médecins. Le VI^e Congrès de l'Association des gynécologues et des obstétriciens de langue française qui s'est tenu à Bruxelles en 1929 a fait le point sur la question des indications et des techniques de la stérilisation chez la femme³⁹⁹. Au début des années 1930, la réflexion sur les stérilisations des malades et handicapés mentaux bat son plein en Europe, principalement autour des questions législatives, et la loi allemande de 1933 va susciter des réactions à l'échelle internationale.

La stérilisation est abordée ici dans sa perspective médicale et non politique, religieuse ou idéologique, quoique la première ne soit pas indépendante des autres; ainsi la mise au point de la technique opératoire n'est possible que si l'opération est concevable du point de vue religieux par exemple. Cette opération relève en priorité de la gynécologie et concerne avant tout les femmes, même si le sujet relève aussi d'autres spécialités médicales (par exemple la phtisiologie, la cardiologie ou la psychiatrie) et, plus rarement, les hommes.

³⁹⁹ BRINDEAU & CHEVAL 1929.

C'est d'abord dans des publications étrangères que l'on traite de la stérilisation, surtout en Allemagne, en Angleterre et aux Etats-Unis. Mais en Suisse rapidement, soit dès la première décennie du XX^e siècle, elle fait l'objet de publications et ce sont des médecins de Bâle, Zurich, Genève et Lausanne qui en sont les principaux auteurs.

Dans une première partie, on abordera la castration qui est en quelque sorte l'ancêtre de la stérilisation, la filiation étant celle d'une intervention chirurgicale sur des organes sains dans le but d'interférer sur leur fonction. Puis une attention particulière sera portée sur les opérations pionnières de stérilisation à l'étranger. Une seconde partie sera consacrée à la pratique de la stérilisation dans les principaux centres de la Suisse telle qu'elle est exposée par leurs auteurs. Une approche thématique mettra en évidence les procédés, les indications et les préoccupations relatives à la procédure de décision des opérations de stérilisation. Enfin, une évocation des méthodes contraceptives permettra de mieux comprendre le recours à la stérilisation. Au répertoire des procédés disponibles durant le premier tiers du XX^e siècle, viendra s'ajouter dans les années 60 la contraception hormonale. La fiabilité des moyens contraceptifs a changé considérablement la perspective de la stérilisation dans le derniers tiers du XX^e siècle.

Bien entendu, l'histoire des techniques et des méthodes de stérilisation et de contraception ne suffit pas à expliquer l'évolution de la pratique de stérilisation, mais elle est un paramètre incontournable.

Origines de la stérilisation

Castration chez la femme, dernier tiers du XIX^e siècle

Le *Traité de gynécologie clinique et opératoire* de Samuel Pozzi, qui a été publié en 1890 et a connu un succès international, atteste «l'importance extraordinaire qu'a prise partout la gynécologie dans ces dernières années»⁴⁰⁰.

«L'origine de ces rapides progrès est facile à découvrir. L'antisepsie a ouvert une ère nouvelle dont la gynécologie a largement bénéficié. [...] Grâce à l'antisepsie, on a inventé des opérations nouvelles. Grâce à elle, aussi, on a repris des opérations anciennes [...] [abandonnées à cause] de l'effrayante mortalité due aux pansements sales. [...] La part de l'étranger dans les derniers progrès de notre science est considérable.»⁴⁰¹

Avec le développement de la gynécologie chirurgicale, différentes opérations sont effectuées de plus en plus fréquemment sur les organes sexuels de la femme. Pozzi présente l'hystérectomie (ablation de l'utérus), l'ovariotomie (ablation d'un

⁴⁰⁰ POZZI 1892, p. V. Entre 1890 et 1892, l'ouvrage a été traduit en allemand, anglais, espagnol et italien.

⁴⁰¹ *Ibidem.*

ou des deux ovaires), l'oophoro-salpingectomie (ablation des annexes, soit de l'ovaire et de la trompe d'un ou des deux côtés). Ces opérations sont pratiquées en cas de maladie de ces organes (inflammation grave, kyste ou tumeur). L'ablation de l'utérus ou des deux ovaires, des deux trompes ou des annexes (ovaires et trompes) entraîne la stérilité.

Dès l'année 1872, l'ablation des ovaires ou des annexes a été préconisée aussi bien par l'Américain Battey que par l'Allemand Hegar pour soulager la femme des menstruations douloureuses. Dès lors, une distinction devait être faite entre les opérations sur des organes malades (ovariotomie, oophoro-salpingectomie) et l'opération sur des organes sains (castration).

« Le mot de castration, qui a donné lieu à de nombreuses discussions, doit être exclusivement réservé à l'ablation des ovaires sains ou supposés sains faite en vue d'une modification fonctionnelle. [...] Il ne faut pourtant pas confondre les opérations de cet ordre, où l'ovaire et la trompe sont enlevés comme centres producteurs de réflexes, soit hémorragiques, soit douloureux, avec les opérations où l'on enlève ces annexes pour une altération morbide diagnostiquée avant l'ouverture du ventre. [...] On [devrait réserver] le nom de castration à l'ablation des annexes réputées saines [...]; le nom d'oophorectomie ou de salpingo-oophorectomie désignerait l'extirpation des annexes enflammées (salpingites, ovarites). On éviterait ainsi bien des confusions. »⁴⁰²

Avec la castration, on cherche donc à supprimer les règles, soit parce que les menstruations sont trop douloureuses (parfois liées à des troubles nerveux), soit encore pour traiter des tumeurs de l'utérus (parce que l'on avait observé qu'à la ménopause certaines tumeurs régressaient). Dans les années 1880-1890, on pratique de plus en plus l'opération de castration, considérée alors comme relativement bénigne par rapport à l'hystérectomie que l'on pratique avec parcimonie.

Pozzi cite plus de cinquante auteurs (pour la plupart américains, anglais et allemands et seulement trois français) qui préconisent la castration dans certains cas de troubles nerveux.

« Battey et, après lui, beaucoup de gynécologues, surtout en Amérique, ont attaché une très grande importance à la coexistence de troubles menstruels, aménorrhée et dysménorrhée, avec des troubles nerveux graves, hystérie, épilepsie, manie. [...] Il n'est pas douteux qu'un certain nombre de ces malades ne soient sous la dépendance d'un réflexe pathologique, venu des ovaires mal développés ou altérés. [...] Il faut avouer qu'il est excessivement difficile de se prononcer, et, à moins d'une conviction bien arrêtée, un chirurgien consciencieux reculera toujours devant une opération qui, lorsqu'elle est inutile, constitue une véritable mutilation, bien plus grave au point de vue social que l'amputation d'un membre. »⁴⁰³

⁴⁰² Ibidem, p. 343. Italiques dans le texte.

⁴⁰³ Ibidem, pp. 601 et 602.

Pozzi est donc sceptique et encourage les gynécologues à une grande prudence. Il faut relever que l'on a commencé aussi à constater l'apparition de troubles psychiques après l'ovariotomie. En outre, Pozzi refuse catégoriquement la castration préconisée par certains gynécologues pour éviter la transmission héréditaire de troubles mentaux.

« On ne saurait se placer au point de vue, au moins étrange, des chirurgiens qui ont pratiqué la castration pour provoquer la stérilité et empêcher la reproduction de folies héréditaires. »⁴⁰⁴

Le Suisse H. Bircher⁴⁰⁵, gynécologue à Aarau, relève aussi, quoique de tradition germanique, que l'opération a de nombreux opposants et que les gynécologues sont généralement très réticents, soit que l'indication soit encore très floue, soit que la question du bien-fondé d'une telle opération suscite des doutes. Cependant, il pense que dans certains cas de neuralgie ovarienne ou d'hystérie la castration se justifie, et qu'elle est même parfois le seul traitement à disposition.

Or l'ablation des ovaires ou des annexes (ovaires et trompes), devenue plus fréquente, a permis de constater les dangers de l'opération et son inefficacité : les tumeurs se développaient à nouveau et surtout l'état de santé de la femme opérée s'altérait, entraînant divers troubles : bouffées de chaleur, phénomènes congestifs et hémorragiques, troubles de la nutrition et prise de poids, modifications du désir sexuel, et surtout état neurasthénique (céphalée, insomnie, asthénie neuro-musculaire, caractère irritable, mémoire amoindrie, mélancolie, confusion mentale, hystérie).

« Toutes les opérations qui aboutissent à la suppression des ovaires sont susceptibles de provoquer les divers troubles que nous avons signalés. [...] Comment alors agit l'opération ? [...] Faut-il invoquer la suppression de la sécrétion interne des glandes sexuelles [...] ? »⁴⁰⁶

Ainsi, vers 1880-1890, l'ablation des ovaires était une opération relativement fréquente, surtout en Allemagne et aux Etats-Unis où la chirurgie était particulièrement développée ; elle était pratiquée dans un but thérapeutique direct (inflammation, kystes et tumeurs de l'ovaire) ou indirect (troubles de la menstruation, tumeurs de l'utérus, troubles psychiques). Mais, dès la décennie suivante, on a pu observer les conséquences imprévues, quoique soupçonnées (étant donné les effets contradictoires de l'opération sur le psychisme) de l'ovariotomie, de l'oophoro-salpingectomie et de la castration. La compréhension de la physiologie des organes sexuels, et notamment au début du XX^e siècle du corps jaune, est venue confirmer le rôle complexe des ovaires, et l'opération de castration est devenue beaucoup plus rare.

« Ce n'est pas l'utérus, organe accessoire, mais bien l'ovaire, organe fondamental, qui domine tout l'organisme féminin. L'ovaire, comme le testicule, a une

⁴⁰⁴ *Ibidem*, pp. 603-604 ; il nomme en particulier Goodell à New-York (1883).

⁴⁰⁵ BIRCHER 1884.

⁴⁰⁶ LABADIE-LAGRAVE & LEGUEU 1898, pp. 1183-1184.

double fonction: il fournit l'élément femelle, l'ovule, qui joue un rôle prépondérant dans la reproduction; en même temps, par ses sécrétions internes, il exerce une influence considérable sur le développement et contribue à maintenir l'équilibre de l'organisme.»⁴⁰⁷

La stérilisation va se situer en continuité et en rupture avec la castration. Elle sera à la fois valorisée en comparaison de la castration pour son innocuité, mais en même temps elle en héritera de nombreux éléments: on va retrouver en particulier la notion d'une thérapie indirecte; les divergences culturelles vont se prolonger et la stérilisation va véhiculer, comme la castration, des valeurs symboliques très fortes.

Texte fondateur de la stérilisation de la femme, Kehrer, 1897

Si Hegar et Battey sont toujours cités comme étant les promoteurs de la castration de la femme, c'est Kehrer qui sera cité dans nombre de publications sur la stérilisation dans les décennies suivantes: le texte fondateur de la stérilisation de la femme est un petit article publié en 1897 dans le périodique allemand *Centralblatt für Gynäkologie*⁴⁰⁸.

Il semble cependant qu'un autre gynécologue allemand, J. Kocks, très peu cité par ses successeurs, aurait été le premier auteur à publier, en 1878 déjà, un article concernant «une nouvelle méthode de stérilisation de la femme»⁴⁰⁹. Il présentait la technique opératoire (ligature des trompes par cautérisation chez une femme tuberculeuse) et explicitait la nouveauté du terme *Sterilisation* en allemand⁴¹⁰.

Mais Kehrer va plus loin, il énumère plusieurs indications à la stérilisation et il est soucieux des procédures de décision. L'opération consiste à sectionner et ligaturer les trompes⁴¹¹, soit le conduit qui mène les spermatozoïdes vers l'ovule. Cette opération, déjà pratiquée par quelques chirurgiens lors de césariennes⁴¹², est préconisée par Kehrer chez des femmes dont la maladie pourrait présenter de graves complications en cas de grossesse: anémie chronique, marasme prématuré (soit

⁴⁰⁷ FAURE & SIREDEY 1928, p. 49. Italiques dans le texte.

⁴⁰⁸ KEHRER 1897, pp. 961-965. Un autre auteur, Robert Ash, beaucoup moins cité que Kehrer par ses successeurs, revendique la primauté de cette opération autonome effectuée trois mois avant Kehrer (ASH 1910); dans cet article, Robert Ash rappelle sa publication dans *Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie*, Bd. 22, Feb. 1905, p. 551.

⁴⁰⁹ KOCKS 1878.

⁴¹⁰ «[...] Operation, welche wir die "Sterilisation" nennen wollen» (KOCKS 1878, p. 618).

⁴¹¹ Par voie vaginale. Notons que peu de mois après, Oskar Beuttner, gynécologue à Genève, commentera dans le même périodique la technique de Kehrer et proposera plutôt une intervention par laparotomie, c'est-à-dire en traversant la paroi de l'abdomen, afin de sectionner la trompe plus haut; Beuttner escompte que cette opération soit réversible. Il avait déjà songé antérieurement, alors qu'il était assistant à l'*Universitätsfrauenklinik* de Berne, qu'il serait préférable d'intervenir sur les trompes plutôt que sur les ovaires (BEUTTNER 1897).

⁴¹² Les noms de Blundell (vers 1820), Porro (1876) ou Lungren (vers 1880) sont parfois cités.

maigre et accablé), tuberculose osseuse ou pulmonaire, maladies graves et incurables du système nerveux central, des reins, du cœur, de l'estomac, enfin bassin rétréci au 2^e ou 3^e degré. Il insiste sur le fait que cette opération n'est pas destinée à encourager les relations sexuelles hors mariage. L'opération doit être exclusivement réservée aux cas de maladie chronique sévère qui pourraient mettre en danger la vie de la mère. Il envisage donc la stérilisation pour éviter de répéter des interruptions de grossesse. L'extirpation des annexes (soit la castration) lui paraît être une solution trop radicale car elle a le grave inconvénient de supprimer l'activité sexuelle des organes. En pratiquant seulement la section et la ligature des trompes, on maintient cette activité, mais sans risque de grossesse.

Le cas présenté par Kehrer

Il s'agit d'une femme de 27 ans, mariée à l'âge de 19 ans à un homme présenté comme sexuellement exigeant. Elle a eu six accouchements et une interruption de grossesse, elle est épuisée et perd du poids. Les époux ont demandé avec insistance à Kehrer un moyen d'éviter une nouvelle grossesse qu'ils appréhendent : chaque année il y a eu une grossesse, les accouchements ont dû être pratiqués au forceps (à cause du bassin rétréci), un enfant est mort, les cinq restants seraient rachitiques ou idiots ; leur mère est surchargée. En outre, les moyens anticonceptionnels ont été inefficaces.

Kehrer dit avoir considéré ce problème sous tous les angles et longuement. Comme médecin, il se sent le devoir de soutenir la femme, qui est aussi une épouse et une mère.

Kehrer recommande de tenir compte de tous les paramètres (maladie grave chronique de la mère, état de santé des enfants déjà nés, situation familiale, possibilités de contraception). Il propose de faire peser le pour et le contre d'une stérilisation par un collège de médecins. En outre, le consentement total et sans aucune pression du couple est une condition préalable indispensable pour Kehrer. Il considère de plus que, pour éviter des reproches ultérieurs, il serait utile d'établir un protocole, signé par le couple et les médecins, indiquant les motifs de la stérilisation et qui devrait être conservé avec la requête.

Cet article pose de manière extrêmement complète les bases de la stérilisation ; il marque le début d'une longue série de publications sur le sujet. Rares cependant seront les auteurs à traiter la question avec autant de rigueur.

Castration masculine et vasectomie dans l'Indiana, 1899-1909

La castration masculine, soit l'ablation des testicules, a une histoire beaucoup plus longue que la castration féminine ; elle a une tradition rituelle et culturelle complexe, dont les castrats appartenant aux chœurs de l'Eglise catholique durant les XV^e et XVI^e siècles sont une figure dominante en Occident⁴¹³. A la fin du XIX^e siècle, la castration des criminels a été beaucoup discutée parmi les médecins et les

⁴¹³ MAMY 1998.

juristes aux Etats-Unis et en Europe. Il s'agissait de sévir contre des pervers sexuels, mais aussi contre d'autres criminels considérés comme dégénérés et susceptibles de transmettre leur tare à leur descendance. La castration était aussi préconisée contre la masturbation excessive et parce qu'elle semblait améliorer le caractère des criminels. La castration avait donc dans ce contexte des indications thérapeutiques, punitives et eugéniques, la perversion sexuelle étant la principale pathologie concernée. Notons en outre que, comme pour la castration féminine, la castration masculine a été parfois pratiquée pour tenter de soigner l'épilepsie. Cependant, la castration masculine est restée exceptionnelle en Europe, alors que l'ovariotomie et la castration féminine, qui avaient des indications plus nombreuses liées aux pathologies de la menstruation, ont connu, on l'a vu, à la fin du XIX^e siècle une certaine faveur. La castration masculine est encore aujourd'hui, quoiqu'elle soit contestée, considérée comme une thérapie des perversions sexuelles. Il faut de plus mentionner que la circoncision, qui est une opération rituelle dans diverses cultures et religions, a été développée en Angleterre autour de 1865 pour le traitement de l'épilepsie et de la chorée, car on pensait que ces maladies étaient dues à une sur-excitation du système nerveux provoquée par la masturbation et que la circoncision devait calmer. Ainsi la circoncision a été valorisée aux Etats-Unis par les pédiatres chez de jeunes garçons à des fins préventives dès les années 1870 et pratiquée, surtout en milieu institutionnel (prisons et asiles), sur des adultes à des fins thérapeutiques, notamment en cas de masturbation ou de maladies vénériennes. Cet héritage complexe de la castration et de la circoncision va influencer la pratique de la stérilisation masculine.

Un épisode remarquable, dont il n'y a pas d'équivalent en Europe, apporte des éléments de compréhension concernant les indications à la stérilisation masculine, appelée couramment vasectomie (du nom de l'opération, soit la section du canal déférent, nommé en latin *vas deferent*). La vasectomie a été pratiquée en 1897 par un chirurgien dans un hôpital de Chicago pour soigner des problèmes de prostate. Deux ans plus tard, la vasectomie a été préconisée et largement pratiquée entre 1899 et 1909 par le Dr Harry C. Sharp⁴¹⁴. Il est le médecin d'une prison pour jeunes délinquants, *Indiana State Reformatory*, à Jeffersonville dans l'Etat d'Indiana. L'indication était une thérapie sexuelle, principalement pour soigner une masturbation excessive, comme on avait tenté précédemment d'apaiser la masturbation par la castration ou la circoncision⁴¹⁵.

Le premier cas est celui d'un pensionnaire âgé de 19 ans qui lui aurait demandé de pratiquer l'opération de la castration pour le soulager de la masturbation. Sharp préconise plutôt la vasectomie moins radicale que la castration. Contrairement à la castration qui tend à abrutir l'individu, la vasectomie, selon Sharp, lui conserve toute sa vitalité et lui rend l'énergie que prenait la masturbation. Il précise que les hommes sont volontaires pour se faire opérer ; ce point sera contesté par des opposants à la vasectomie telle qu'elle est pratiquée à Jeffersonville, arguant qu'il est facile d'obtenir le consentement d'un prisonnier. C'est donc sur des hommes

⁴¹⁴ SHARP 1902 (publication d'une conférence donnée dans l'Ohio le 14 septembre 1901) et SHARP 1907.

⁴¹⁵ GUGLIOTTA 1998.

détenus, c'est-à-dire en position d'infériorité, que l'opération a été pratiquée par Sharp, à des fins tout à la fois thérapeutiques, eugéniques et punitives. Remplaçant la castration, la vasectomie à Jeffersonville a connu une phase d'engouement avant d'être pratiquée avec plus de modération. En 1909, Sharp est démis de ses fonctions.

En outre, Sharp a fait campagne en faveur d'une application plus générale de cette opération dans l'Etat d'Indiana d'abord, mais aussi ailleurs aux Etats-Unis; il a contribué à faire adopter la première loi sur la stérilisation en 1907 qui autorise la stérilisation sans le consentement des personnes concernées, afin d'empêcher la procréation de criminels confirmés, d'idiots, d'imbéciles, de violeurs et de pervers sexuels pour lesquels il n'y aurait pas d'amélioration possible. Cette loi s'inscrit dans un programme républicain qui cherche à développer la pureté de la race et à encourager un civisme strict⁴¹⁶. La loi de l'Indiana, quoique rapidement contestée⁴¹⁷, a servi de modèle et, entre 1907 et 1913, seize états des Etats-Unis ont adopté une législation sur la stérilisation.

L'épisode assez particulier des vasectomies pratiquées par Sharp à Jeffersonville et la loi de l'Indiana ont eu un certain impact en Europe, davantage comme contre-modèle que comme modèle. Les écrits du Dr Sharp ont été cités, avec réserve, dans différentes publications relatives à la stérilisation en Europe⁴¹⁸.

Pratique de la stérilisation en Suisse

Un grand nombre de publications concernant la stérilisation sont publiées durant la première décennie du XX^e siècle, surtout dans les pays germaniques et anglo-saxons. Si, pour la plupart, leurs auteurs admettent le principe de l'opération, on est loin d'un consensus sur les indications qui vont des plus restrictives, soit une grave maladie chronique de la femme, aux plus étendues, comme par exemple toute pathologie physique ou mentale de l'homme ou de la femme suspectée d'être héréditaire au sens large.

Ainsi le chirurgien et gynécologue anglais, Robert Reid Rentoul, publie en 1903 un petit ouvrage⁴¹⁹ dans lequel il s'adresse aux différentes personnes responsables d'asiles d'aliénés, de prisons et d'institutions pour assistés et les invite à mettre à l'étude la proposition suivante: la solution de la stérilisation pourrait limiter le nombre de personnes à charge de la communauté et contribuer à améliorer la santé publique. L'énumération des candidats potentiels à la stérilisation est très étendue: personnes souffrant de graves maladies organiques ou psychiques

⁴¹⁶ En 1912, l'un des plus fervents partisans de la stérilisation eugénique aux Etats-Unis, Harry H. Laughlin, visite Jeffersonville.

⁴¹⁷ Dès 1909 et, en 1921, la loi de 1907 est supprimée. Une nouvelle loi, adoptée en 1927, concerne uniquement la stérilisation des malades mentaux, des handicapés mentaux et des épileptiques, et non plus des criminels et pervers sexuels. La loi restera en vigueur jusqu'en 1974. Environ 2000 stérilisations non volontaires auraient été pratiquées dans l'Etat d'Indiana sous les législations de 1907 à 1921 et de 1927-1931 à 1974.

⁴¹⁸ Par exemple OBERHOLZER 1911.

⁴¹⁹ RENTOUL 1903.

(cœur, poumons, reins, lèpre, cancer, épilepsie, maladie vénérienne), idiots, imbéciles, crétins, faibles d'esprit, aliénés, prostituées, dégénérés sexuels, vagabonds, mendiants, criminels confirmés ou aliénés criminels. L'auteur envisage explicitement l'éventualité de stérilisations forcées à côté des stérilisations volontaires: il pense que les personnes sensées qui ont une maladie incurable pourraient demander elles-mêmes une stérilisation; mais dans certains cas, il importerait de pouvoir imposer la stérilisation. Une telle décision devrait être prise selon lui par une commission officielle composée de personnes qualifiées choisies parmi les autorités médicales, juridiques, civiles, pénales, tandis qu'un nombre restreint de chirurgiens pourraient être autorisés à pratiquer l'opération. Il suggère enfin qu'une statistique annuelle des opérations soit adressée au Parlement. Hormis l'énumération impressionnante des personnes susceptibles d'être stérilisées dont le dénominateur commun semble l'internement ou l'assistance, il faut relever l'officialité de la procédure proposée.

On voit donc peu à peu se forger, dans la littérature médicale internationale, les indications de la stérilisation, dont certaines, comme l'incurabilité et l'hérédité, sont controversées dès le début; les modalités d'application sont discutées (la question du consentement étant centrale, à moins que l'on n'envisage des possibilités légales d'imposer la stérilisation).

En Suisse, gynécologues et médecins d'autres spécialités débattent aussi de la légitimité de l'opération de stérilisation.

Centres en Suisse à la veille de la Première Guerre mondiale

Le périodique de gynécologie *Gynaecologia Helvetica*, publié dès 1900, permet de repérer les principales positions des gynécologues suisses sur le sujet de la stérilisation ainsi que les cas publiés⁴²⁰. Que le débat ait lieu à Zurich, Bâle, Genève ou Lausanne, nulle part il n'y a consensus.

À la veille de la Première Guerre mondiale, entre 1911 et 1915, le nombre d'articles et de publications au sujet de la stérilisation est particulièrement élevé. À elle seule, l'année 1911 compte des publications majeures en Suisse d'auteurs faisant le bilan de la question de la stérilisation depuis ses origines, ainsi les gynécologues Labhardt (Bâle) et Henneberg (Genève), et le psychiatre Oberholzer (Zurich)⁴²¹. On peut certainement attribuer cet intérêt particulier en 1911 à la reconnaissance à l'échelle internationale de l'utilité de la stérilisation pour plusieurs indications médicales. Si, lors des congrès internationaux de médecine, de gynécologie ou de tuberculose entre 1900 et 1905, le sujet de la stérilisation a été abordé «avec méfiance», depuis 1910, «la volte-face est presque complète. [...] Les voix les plus

⁴²⁰ On trouve dans ce périodique des résumés d'articles parus dans les trois revues médicales suisses (alémanique, romande et tessinoise), les comptes rendus des séances des sociétés de gynécologie et enfin des articles originaux. Il a été dépouillé de 1900 à 1920.

⁴²¹ LABHARDT 1911, article résumé dans *Gynaecologia Helvetica*, XII, 1911-12, pp. 73-74; HENNEBERG 1910-1911; OBERHOLZER 1911 et 1911-1912.

autorisées s'élèvent pour déclarer la stérilisation indispensable dans certaines [circonstances] [...]; ce n'est plus sur la nécessité de l'intervention que l'on discute, mais plutôt sur les méthodes opératoires.»⁴²²

Zurich et Bâle

En Suisse alémanique, si l'on en croit les publications, c'est en priorité aux cliniques gynécologiques de Zurich (Drs Haerberlin et A. Müller) et de Bâle (Dr Labhardt) et dans les hôpitaux psychiatriques du Burghölzli à Zurich (Drs Forel, puis Bleuler et Oberholzer) et de Wil à Saint-Gall (Dr Schiller) que l'on pratique des stérilisations.

En 1901 déjà, le gynécologue Haerberlin s'adresse à ses confrères médecins à Zurich pour leur présenter des cas de stérilisation qu'il dit pratiquer depuis 1898, soit un an après la publication de Kehrer; son bilan jusqu'en 1901 est de 14 cas et, jusqu'en 1906, de 41 cas⁴²³. Son collègue Armin Müller a pratiqué 25 opérations de stérilisation⁴²⁴ jusqu'en 1907. Le psychiatre Oberholzer mentionne quant à lui 19 cas jusqu'en 1911, dont 11 opérations pratiquées à l'hôpital psychiatrique du Burghölzli et 8 à l'hôpital psychiatrique de Wil à Saint-Gall⁴²⁵.

À Bâle, les gynécologues Labhardt⁴²⁶ et Kurt von Sury publient des articles sur le sujet, sans toutefois donner des chiffres sur l'ensemble des stérilisations pratiquées, sinon que la majorité des cas de Labhardt sont motivés par un prolapsus (28 cas) ou une deuxième césarienne⁴²⁷.

Le propos de leur publication, tant à Zurich qu'à Bâle, n'est pas tellement de présenter la stérilisation dont le motif est strictement médical; celle-ci ne semble pas poser de réel problème. Ils abordent tous la question des indications sociales qui selon eux devraient pouvoir être prises en compte, comme l'épuisement général, la pauvreté et le grand nombre d'enfants; certains envisagent aussi le risque héréditaire avec l'idée de protéger l'enfant à venir et la société (Oberholzer et Kurt von Sury). Pour chacun de ces auteurs, le consentement de la personne est primordial (Labhardt surtout se réfère explicitement à la procédure de Kehrer); dans les situations problématiques, Kurt von Sury pense qu'on ne peut imposer une sté-

⁴²² OLIVIER 1915, p. 782. Charlotte Olivier mentionne d'une part le Congrès international de Médecine à Rome en 1902, le Congrès de gynécologie à Amsterdam et le Congrès international de la tuberculose à Paris en 1905 et d'autre part le Congrès des naturalistes et des médecins à Königsberg en 1910, le Congrès des gynécologues allemands à Munich en 1911, les Congrès internationaux de la tuberculose à Rome en 1912 et à Berlin en 1913.

⁴²³ HAEBERLIN 1901-1902 (résumé d'un article paru dans *Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte*, N° 11, 1901, pp. 347 ss) et HAEBERLIN 1906-1907 (résumé d'un article paru dans *Medizinische Klinik*, N° 50, 1906).

⁴²⁴ MÜLLER 1907-1908.

⁴²⁵ OBERHOLZER 1911. Il s'agit de 9 castrations (4 hommes et 5 femmes) et de 10 stérilisations.

⁴²⁶ Il s'est fait connaître comme un opposant à l'avortement non strictement médical alors qu'une motion du socialiste Welti, déposée au Grand Conseil de Bâle-Ville, envisageait en 1919 d'autoriser tout avortement demandé par le couple ou par la femme seule en cas de viol. Il a développé l'une des méthodes les plus fiables de stérilisation.

⁴²⁷ LABHARDT 1911, aussi *Gynaecologia Helvetica*, XIV, 1913-4, p. 272; SURY 1912-1913.

rilisation et Oberholzer estime qu'il faudrait une loi qui protège le médecin. Les opinions des collègues qui réagissent à l'exposé de leur confrère sont très divergentes; la plupart semblent réticents, invoquant principalement le risque d'une poursuite judiciaire pour lésions corporelles graves, une minorité sont ouverts à l'idée d'admettre d'autres indications que celles qui sont strictement médicales.

Genève et Lausanne

En Suisse romande, les gynécologues réunis à la Maternité de Lausanne en 1911 entendent une communication du Dr Henneberg de Genève qui présente, à la demande de ses confrères, la question de la stérilisation⁴²⁸; il s'appuie sur les publications parues depuis l'article de Kehrer en 1897 et transmet le point de vue de quelques confrères romands qui font autorité et qu'il a consultés sur ce sujet.

Rappelons que c'est la même année que Labhardt et Oberholzer traitent aussi le sujet en Suisse alémanique. Mais Henneberg évoque d'emblée, davantage que Labhardt et Oberholzer, le statut spécifique de cette opération, que certains gynécologues repoussent formellement et considèrent comme barbare alors que d'autres l'assimilent à n'importe quelle opération. La stérilisation opératoire a été développée dans les cas où « la femme est atteinte de maladies non compatibles avec la grossesse et l'accouchement. Mais de tout temps la question délicate fut celle des indications à une opération mutilante qui fait déchoir la femme et lui enlève pour toujours la faculté de devenir mère »⁴²⁹.

Henneberg rappelle, comme Labhardt, la procédure de Kehrer et il recommande d'« être excessivement prudent lorsqu'il s'agit d'indications sociales, car dans ces cas, nous ne sommes pas protégés par la loi »⁴³⁰.

Quelques médecins de Suisse romande donnent leur opinion: le Dr Demiéville, professeur de médecine interne à Lausanne, a demandé la stérilisation pour certaines affections gynécologiques, des états nerveux graves et pour certaines formes de tuberculose, incluant des facteurs sociaux. Quant à ses collègues de Genève, Bard et Mayor, ils semblent plus restrictifs et n'admettent que les risques directs pour la santé de la mère, mais ils préfèrent recourir à l'avortement. Maurice Muret, professeur de gynécologie à Lausanne, dit avoir pratiqué 17 stérilisations et Beuttner de Genève 10 (déjà depuis 1897)⁴³¹, mais ils n'expriment guère leur point de vue. G. Rossier,

⁴²⁸ HENNEBERG 1910-1911. Il n'y a pas eu, semble-t-il, en Suisse romande, de publication antérieure à cette date, à l'exception de l'article très précoce de Beuttner publié en 1897 dans le périodique allemand en réponse à Kehrer, et de l'ouvrage de Forel, *La question sexuelle*, publié en 1906, qui aborde la question de la castration et de la stérilisation, et qui présente deux cas de castration.

⁴²⁹ HENNEBERG 1910-1911, p. 327.

⁴³⁰ *Ibidem*, p. 338.

⁴³¹ Deux autres publications ultérieures de collaborateurs de Beuttner à la Clinique gynécologique attestent que la stérilisation y est discutée et pratiquée (WÄGELI 1915-1916 et CHÂTILLON 1918-1919). Châtillon mentionne 18 cas de stérilisation combinée à un avortement (10 pour indication de tuberculose pulmonaire et 4 pour indication cardiaque).

professeur de clinique obstétricale à la Maternité cantonale de Lausanne, donne un exemple de stérilisation qu'il a pratiquée : « il s'agissait d'une femme ayant déjà eu un grand nombre d'accouchements accompagnés chacun d'hémorragies mettant sa vie en danger » ; mais il se dit très réticent pour les demandes adressées par des médecins traitants concernant les cas de tuberculose⁴³² ; « quant à la question sociale, elle est des plus délicates, car elle peut donner lieu à des abus et je me refuse à la considérer comme une indication. »⁴³³ César Roux, professeur de chirurgie à Lausanne, dit avoir « eu l'occasion de pratiquer la castration chez pas mal de femmes atteintes de tuberculose »⁴³⁴. Il n'admet pas « les indications sociales se basant sur la pauvreté et la pléthore d'enfants »⁴³⁵. Quant au gynécologue catholique de Fribourg, de Buman, il estime que « si nous prenons en considération la question sociale, les milieux religieux prendront une position opposée comme lorsqu'il s'agit d'avortement »⁴³⁶.

Cet échantillon laisse entrevoir qu'en Suisse romande, il y aurait plus de partisans de la stérilisation et plus d'opérations à Lausanne (Demiéville, Muret, Rossier, Roux) qu'à Genève (Beuttner et ses collaborateurs), tandis que Fribourg (de Buman) reste à l'écart. Il importe de rappeler que cette diversité d'opinion, relevée aussi bien en Suisse alémanique qu'en Suisse romande, concerne l'opération de stérilisation en général.

Auguste Forel et la Société des aliénistes suisses

Parmi les prises de position des médecins en Suisse durant la première décennie du XX^e siècle, il faut relever celle du psychiatre Auguste Forel et celle de la Société des aliénistes suisses concernant plus particulièrement la stérilisation des malades mentaux. Dans son célèbre ouvrage intitulé *La question sexuelle exposée aux adultes cultivés*⁴³⁷, publié d'abord en allemand en 1905 puis traduit en français en 1906 et largement diffusé par la suite, Forel traite le sujet de la castration et de la stérilisation dans les chapitres relatifs aux « individus nuisibles et dangereux », à l'« emploi de la castration » et à la « prévention des conceptions ». Avec son franc parler, Forel a de quoi choquer ses contemporains et plus encore les lecteurs actuels. Il développe l'idée que les soins et la surveillance ne suffisent pas dans

⁴³² Ce sera pourtant une indication majeure pour lui. En 1923, Rossier affirmera avoir pratiqué 28 stérilisations à la Maternité de Lausanne entre 1915 et 1922 (27 pour tuberculose pulmonaire, 1 pour dépression mentale, cette dernière adressée par le Professeur Mahaim de l'Asile psychiatrique de Cery), *Revue médicale de la Suisse romande*, mars 1924, p. 193 (réunion de la Société vaudoise de médecine du 13 décembre 1923).

⁴³³ Rossier in HENNEBERG 1910-1911, p. 338.

⁴³⁴ Roux in HENNEBERG 1910-1911, p. 338. Roux utilise le terme de castration pour désigner la stérilisation, c'est peut-être une question de génération. Il indique la technique de l'opération « si simple qu'elle ne mérite pas que l'on s'y arrête longtemps : je résèque les trompes » ; il ne s'agit donc pas de l'ablation des ovaires.

⁴³⁵ *Ibidem*, p. 339.

⁴³⁶ De Buman in HENNEBERG 1910-1911, p. 339. Voir le chapitre « Fribourg », « Opposition catholique de Gustave Clément ».

⁴³⁷ FOREL 1906 (éd. or. *Die sexuelle Frage*, Reinhardt, Munich, 1905, 25'000 exemplaires jusqu'en 1906). Il existe dix-sept éditions de l'ouvrage en allemand (jusqu'en 1942) et au moins cinq en français jusqu'en 1935.

quelques cas de pathologie mentale et que certains individus ne devraient pas procréer. Il avance ainsi des arguments préventifs (protection de la société), eugéniques (éviter la reproduction des tares) et thérapeutiques :

« Sans m'inquiéter des préjugés, ni des indignations, je dirai ici en quelques mots ce qui me paraît urgent. [...] Pour améliorer l'état de choses actuel, une entente commune entre les juristes et les aliénistes est urgente. [...] Il va sans dire qu'il ne suffit pas de combattre les excès d'individus criminels et dangereux, par exemple des sadistes, en plaçant ces derniers en surveillance et en les empêchant de nuire. Il s'agit encore de lutter contre la cause du mal en empêchant de se reproduire leurs germes, dégénérés le plus souvent par la blastophtorie⁴³⁸ de leurs ascendants alcoolisés [...]. Des réformateurs très zélés et avancés ont proposé en pareil cas la castration (ainsi certains Etats américains, et dernièrement Rüdin), ce qui a provoqué un cri général d'indignation. L'hyperesthésie du sentiment de nos civilisés modernes ne supporte pas d'idées pareilles. [...] Depuis quelques années néanmoins on a employé la castration comme remède à diverses maladies chez les hommes et chez les femmes, surtout à l'hystérie des femmes.»⁴³⁹

Il cite ensuite deux exemples concrets de castration qu'il a fait pratiquer alors qu'il était directeur de l'Asile du Burghölzli à Zurich entre 1879 et 1898 :

« J'avoue ici tout franchement que j'ai fait châtrer dans l'asile que je dirigeais un véritable monstre atteint d'anomalies mentales constitutionnelles, profitant de ce qu'il demandait lui-même cette opération pour des douleurs qu'il ressentait dans les vésicules séminales, mais pensant surtout que, tout en le soulageant, cette opération l'empêcherait de produire à l'avenir de malheureux enfants tarés de son atroce hérédité.

J'ai également fait châtrer il y a de nombreuses années une jeune fille hystérique de quatorze ans dont la mère et la grand-mère étaient à la fois prostituées et maquerelles, et qui se donnait déjà elle-même pour son plaisir sexuel à tous les gamins de la rue. Ici encore j'avoue franchement que les troubles hystériques de la malade ont été pour moi un prétexte, à la mode alors, pour empêcher cette malheureuse de reproduire des êtres semblables à elle. Je suis d'avis qu'on devrait en arriver à recourir à la castration ou tout au moins à certaines opérations plus innocentes, comme la dislocation des trompes chez la femme (opérations qui rendent stérile, sans détruire les glandes sexuelles ni même atténuer l'appétit sexuel), pour empêcher au moins la reproduction des êtres les plus déplorables ou les plus dangereux.»⁴⁴⁰

⁴³⁸ « J'entends par *blastophtorie* ou détérioration du germe ce qu'on pourrait appeler aussi la fausse hérédité, c'est-à-dire les suites de toute action directe pathogénique ou perturbatrice, en particulier de certaines intoxications sur les cellules germinatives, dont les déterminantes héréditaires sont ainsi changées. [...] [Elle] crée ainsi à leur origine ce qu'on entend par "tares héréditaires" de toute nature, tandis que l'hérédité proprement dite ne fait que combiner et reproduire les énergies des ascendants. [...] La blastophtorie vient déposer le premier germe de la plupart des dégénération pathologiques. L'exemple le plus typique et le plus fréquent de blastophtorie est fourni par l'intoxication alcoolique » (FOREL 1906, p. 35). Ultérieurement, Forel utilisera aussi le terme simplifié de "blastophtorie" ou "blastophorie".

⁴³⁹ FOREL 1906, p. 440.

⁴⁴⁰ *Ibidem*, pp. 440-441.

Le cas de la jeune fille mineure est présenté par Forel comme étant « déjà ancien » et l'autre cas a probablement été opéré en 1892⁴¹. L'indication à l'opération de la castration était médicale (douleurs dans les vésicules séminales chez l'homme et hystérie chez la jeune fille), mais dans l'esprit de Forel l'opération se justifiait surtout à ses yeux pour éviter une descendance tarée (notons qu'il n'emploie pas le terme « eugénique » ou « eugénisme » encore peu connu en Suisse). Or, selon Forel, cette indication ne pouvait être invoquée ouvertement, l'indication médicale étant seule admise. Les propositions de Forel sont apparentées à ce qui s'est dit et fait à la même époque en Allemagne, en Angleterre et aux Etats-Unis.

Forel ne mentionne que ces deux cas de castration et ne cite aucun cas de stérilisation; par contre, il affirme en 1906 qu'il serait utile de pouvoir recourir à l'une ou l'autre de ces opérations dans certains cas graves pour autant que l'on dispose d'une législation protégeant les médecins et les patients. L'interdiction de mariage pour les « personnes atteintes de démence ou d'imbécillité »⁴² ne suffit pas selon Forel, puisque l'on peut concevoir hors mariage :

« Chez certains individus, comme les sadistes, dont l'appétit sexuel en lui-même est dangereux, la castration complète serait nécessaire. [...] On pourra ainsi souvent leur laisser leur liberté au lieu d'être obligé de les interner, ce qui est au fond bien pire pour eux.

J'insiste par contre sur le fait que des mesures dont les conséquences personnelles sont aussi sérieuses ne peuvent être prises qu'envers des individus vraiment dangereux, incurables, et sur l'état pathologique desquels aucun doute ne peut subsister. Je crois en outre que très souvent ces individus eux-mêmes, surtout les anormaux sexuels, donneraient leur plein consentement à l'opération, comme ce fut le cas de mes deux malades.

Ce serait déjà un immense progrès, si dans la législation civile on accordait en cas pareil une reconnaissance officielle à la castration ou à la dislocation des trompes, consentie par le criminel ou le malade. Aujourd'hui nos lois et règlements sont tels qu'un monstre psychopathologique ne peut pas même se faire châtrer lorsqu'il le veut, parce que les médecins refusent d'entreprendre une pareille opération sans une indication médicale positive et rentrant dans les cadres ordinaires, et parce que le cas n'est prévu ni dans la loi, ni ailleurs. Et pourtant, faite à temps, la castration pourrait souvent préserver les sadistes ou les pervers dangereux d'une vie criminelle, et la société de leurs crimes et de ceux de leurs descendants éventuels.

Lorsqu'il ne s'agit que d'éviter la procréation d'enfants tarés, il suffira d'enseigner aux gens raisonnables et maîtres d'eux-mêmes la façon dont on emploie les moyens anticonceptionnels; ceux qui n'ont ni l'une ni l'autre de ces qualités feront bien d'avoir recours à la dislocation des trompes. [...]

On a essayé de se tirer d'affaire en interdisant le mariage aux fous ou en déclarant leur mariage nul lorsqu'il a déjà été conclu, ou encore en admettant l'aliénation mentale comme cause de divorce. De pareilles mesures [...] supposent

⁴¹ Il s'agit du cas XVIII publié dans OBERHOLZER 1911, pp. 100-105.

⁴² Loi fédérale du 24 décembre 1874, art. 28., al. 2.

que les conceptions ne se produisent que dans le mariage, et que le mariage oblige à la procréation. Or ces deux suppositions sont en réalité fausses, c'est-à-dire que seule la pression des mœurs et des législations actuelles fait qu'elles se réalisent en partie, surtout dans les pays catholiques.»⁴⁴³

La stérilisation, nommée ici « dislocation des trompes », devrait donc, selon Forel, être demandée par les gens atteints d'une maladie héréditaire qui ne sont pas suffisamment « responsables » et « maîtres d'eux-mêmes » pour bien employer les moyens anticonceptionnels. Il n'envisage pas explicitement la stérilisation sans le consentement de la personne. Mais les débats et les situations concrètes qui suivront dans l'histoire de la stérilisation montreront qu'obtenir le consentement des personnes irresponsables et en situation de dépendance est problématique, de la même manière que le consentement aux vasectomies de Sharp à Jeffersonville avait été mis en doute.

Forel semble indiquer que, au moment de la publication de *La Question sexuelle*, les opérations de castrations ou de stérilisation sont rarement pratiquées par les médecins, sauf indication médicale. Ceci est encore affirmé par le psychiatre A. Good, second médecin de l'asile bernois de Münsingen, qui présente un rapport lors de la 36^e réunion annuelle de la Société des médecins aliénistes suisses qui s'est tenue à l'Asile de Wil dans le canton de Saint-Gall. Good soumet à ses collègues la question du bien-fondé de la stérilisation de certains malades mentaux⁴⁴⁴ qui a aussi, selon lui, été discutée dans les sociétés d'aliénistes allemands et autrichiens.

Good donne quelques exemples de situations dramatiques d'hommes ou de femmes souffrant de graves troubles mentaux, ayant une lourde hérédité et plusieurs enfants en mauvaise santé au sujet desquels il s'interroge : l'éventualité d'une stérilisation aurait alors, selon lui, une indication sociale. Il ne parle pas d'une indication eugénique, mais bien d'une indication sociale car plusieurs arguments sont cumulés : les risques héréditaires ne sont pas mis en exergue, ils sont un élément parmi d'autres ; en effet, dans chaque situation il y a déjà plusieurs enfants, la famille dépend de l'assistance publique et l'internement de longue durée pourrait être évité si l'on envisageait une stérilisation. Good et ses confrères qui prennent part à la discussion (R. Weber de Bel-Air à Genève, H. Schiller de Wil à Saint-Gall, E. Bleuler du Burghölzli à Zurich) mentionnent la réticence des aliénistes à pratiquer la stérilisation ou la castration sans base légale.

Good propose à ses collègues trois conditions préalables si l'on voulait envisager une stérilisation dans certaines situations dramatiques :

- utilisation inefficace des moyens anticonceptionnels ;
- une demande écrite de la personne responsable ou du conjoint en bonne santé et, chaque fois qu'il peut être obtenu, le consentement de la personne elle-même ;
- motifs écrits d'au moins un deuxième médecin expert.

⁴⁴³ FOREL 1906, pp. 440-442.

⁴⁴⁴ GOOD 1906, pp. 30-37 ; voir aussi GOOD 1910 et STERILISIERUNG 1911.

La Société des médecins aliénistes suisses admet en principe le bien-fondé d'une indication sociale à la stérilisation de certains malades mais se donne un temps de réflexion avant de se déterminer sur les modalités à exiger.

En 1910, la Société aborde une nouvelle fois cette question dans le cadre du projet de Code pénal suisse. Comme l'avait déjà fait remarqué Forel, elle admet que l'interdiction de mariage des malades et des infirmes mentaux et la capacité de discernement exigée pour contracter un mariage (depuis lors les articles 28 et 97 du Code civil suisse de 1907) ne suffisent pas pour empêcher la procréation et qu'il faudrait dans certains cas pouvoir recourir à la stérilisation. Tandis que les instances juridiques des cantons de Berne et de Saint-Gall auraient examiné l'éventualité d'une législation sur la stérilisation, la Société propose d'introduire un article 25 dans le projet de Code pénal autorisant la stérilisation de malades mentaux pour indications sociales. Elle préconise trois conditions qui reprennent en partie les propositions de Good pour que la stérilisation puisse être envisagée :

- les personnes concernées sont des malades mentaux et des alcooliques mariés en âge de procréation et susceptibles d'avoir des relations sexuelles légales;
- l'indication à l'intervention doit être motivée et écrite par au moins trois médecins;
- l'autorisation écrite du représentant légal et autant que possible le consentement du malade lui-même doivent être donnés.

Ces prises de position de la Société des médecins aliénistes suisses indiquent une volonté de donner un cadre légal à une intervention qui leur paraît dans certains cas nécessaire mais qu'ils ne peuvent et ne veulent pas, dans les circonstances d'alors, mettre en pratique.

La stérilisation des malades mentaux se situe d'emblée dans le registre des indications sociales (Good) et eugéniques (Forel), l'indication médicale ne pouvant être la seule justification. Elle pose donc tout particulièrement un problème légal nécessitant de définir une procédure relative à la prise de décision et à la question du consentement (de la personne elle-même ou de son représentant). Kehrer, en 1897, avait déjà été très attentif à ces questions de procédure, alors même que les situations envisagées ne posaient a priori pas le problème de l'irresponsabilité.

Congrès de Bruxelles, 1929

C'est donc dans les pays germaniques et anglo-saxons que la stérilisation a été introduite à la fin du XIX^e siècle; mais rapidement quelques médecins en Suisse alémanique et en Suisse romande l'ont aussi envisagée et discutée, surtout à la veille de la Seconde Guerre mondiale.

Le Congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française qui s'est tenu à Bruxelles en 1929 apporte un éclairage plus spécifique sur la

situation en France et en Suisse romande. La thématique de la stérilisation y occupe une place prépondérante, mais il importe de relever que les deux principaux rapports ne sont pas présentés par des médecins actifs en France. Le premier est dû à Maurice Muret, professeur de gynécologie à Lausanne, et concerne « les indications de la stérilisation chez la femme » et le second, volumineux, d'Amédée Laffont, gynécologue à Alger, porte sur « les procédés de stérilisation de la femme »⁴⁴⁵. Les deux auteurs présentent de manière très nuancée l'histoire de leur sujet en s'appuyant sur une littérature abondante et ils donnent leur point de vue. Ce sont, à notre connaissance, les publications en français les plus complètes publiées alors.

Clivage franco-suisse

Le Dr Muret relève devant les congressistes la différence de conception selon les cultures :

*« Dans certains pays, comme la France, la stérilisation a toujours été et est presque ignorée et très rarement pratiquée, alors que, dans d'autres pays, elle est l'objet de fréquentes discussions et de nombreuses applications, comme en Allemagne, en Amérique, en Suisse et ailleurs encore. »*⁴⁴⁶

La discussion des participants du Congrès de Bruxelles sur les deux rapports est tout à fait révélatrice du clivage qui existe entre la France et la Suisse à l'égard de l'opération de stérilisation.

En effet, cinq gynécologues de Suisse apportent leurs propres statistiques, donnant le nombre de stérilisations effectuées dans leur service et souvent les indications principales. Ces données montrent que la stérilisation est de plus en plus pratiquée en Suisse et pas seulement par les médecins qui se sont fait connaître par leurs publications sur le sujet : Paul Hussy (Krankenanstalt, Aarau) signale environ 200 cas personnels ; à Genève, O. Beuttner (Clinique gynécologique) indique 97 stérilisations entre 1907 et 1929 (dont 27 pour tuberculose pulmonaire, 10 pour affections nerveuses et mentales, les autres pour diverses indications médicales ou gynécologiques) ; L. Aubert, 55 cas personnels (dont 23 pour prolapsus, 13 pour tuberculose) ; à Lausanne, Henry C. Krafft (Clinique privée de La Source) mentionne 83 cas personnels entre 1919 et 1929 (dont 19 pour césarienne) ; Maurice Muret, 94 cas personnels entre 1906 et 1929 (dont 73 pour prolapsus, 6 pour tuberculose, 5 pour misère physiologique).

Tandis que les gynécologues suisses font part de leur expérience, les gynécologues exerçant en France expriment une grande réticence à l'égard de cette intervention dont ils disent qu'elle se pratique parfois discrètement, à moins qu'elle ne

⁴⁴⁵ MURET 1929 et LAFFONT 1929 ; voir aussi la discussion sur ces rapports, BRINDEAU & CHEVAL 1929, pp. 530-570.

⁴⁴⁶ MURET 1929, p. 279.

soit demandée hors de France. Le gynécologue Douay de Paris précise quant à lui que « nous n'avons à l'hôpital Broca que très rarement l'occasion de pratiquer ce genre d'opérations »⁴⁴⁷. Les gynécologues de Strasbourg ont, semble-t-il, une expérience un peu plus grande, sans doute à cause du rattachement de Strasbourg à l'Allemagne jusqu'à la Première Guerre mondiale.

Le premier Français à s'exprimer lorsque la discussion est ouverte au Congrès de Bruxelles est Armand Siredey, éminent gynécologue de Paris. Il met en évidence à quel point l'opération est mal vue en France.

« J'ai lu avec une vive satisfaction dans le rapport de M. Muret que la stérilisation est peu utilisée en France, et mon amour-propre national a été flatté. On y a rarement recours en effet dans notre pays, et ceux qui la pratiquent n'éprouvent pas le besoin de s'en vanter. [...] Les femmes stérilisées que j'ai vues, avaient été presque toutes opérées à l'étranger, quelques-unes pour des raisons de santé, d'autres, en plus grand nombre, pour des considérations personnelles qui ne sauraient entrer en ligne de compte aux yeux d'un médecin conscient de ses devoirs; il est regrettable que la pratique trop facile de la stérilisation conduite à des excès de ce genre. [...] Ces interventions doivent, à mon avis, rester tout à fait exceptionnelles, exclusivement inspirées par des préoccupations graves et d'ordre purement médical. »⁴⁴⁸

Procédés de stérilisation en gynécologie

Dans son rapport au Congrès de Bruxelles, Laffont présente de manière très détaillée l'ensemble des méthodes de stérilisation, leur origine et leur succès. Le plus grand développement concerne les méthodes chirurgicales, mais il aborde aussi les méthodes physiques et biologiques.

Ces dernières sont encore au stade expérimental; elles consistent en une injection d'hormones sexuelles spermatiques ou ovariennes; elles ont fait l'objet, dès le début du siècle, d'expérimentations animales et, dès le milieu des années vingt, d'expérimentation humaine et, d'après Laffont, il semble que l'on puisse déjà obtenir une immunité temporaire de 6 à 8 mois.

« Les méthodes biologiques sont encore du domaine du laboratoire où elles se développent sans cesse. Nous devons retenir parmi les méthodes les plus immédiatement applicables à la femme et semblant déjà avoir donné quelques résultats: 1° les injections de sperme qui agissent à la manière d'un vaccin immunisant, créateur d'anticorps spécifiques, et ne déterminent aucune lésion des ovaires. 2° Les injections d'extrait de corps jaune qui agissent directement sur la folliculine de De Graaf en arrêtant son développement et allant jusqu'à supprimer les

⁴⁴⁷ BRINDEAU & CHEVAL 1929, p. 533.

⁴⁴⁸ *Ibidem*, pp. 530-531. Voir FAURE & SIREDEY 1928; nulle part dans leur ouvrage ils ne parlent de l'opération de stérilisation (intervention sur des organes sains); ils présentent seulement des opérations sur les organes malades (suppression de l'utérus, double ovariectomie et extirpation des annexes).

règles. Quant aux autres procédés: les injections d'insuline, de folliculine, d'extrait de lobe antérieur d'hypophyse, les régimes carencés en vitamine E, ils sont encore sur le terrain expérimental.»⁴⁴⁹

Les méthodes physiques sont la vaporisation par la chaleur, la cautérisation au nitrate d'argent ou à l'électricité, les rayons X et les rayons gamma du radium. Seuls les rayons, utilisés dans ce but à partir de 1905, ont une application relativement courante pour obtenir une stérilisation temporaire ou définitive.

« Depuis quelques années, on stérilise beaucoup à l'étranger à l'aide des rayons X et du radium [...]; les résultats sont meilleurs [...], cependant les échecs sont encore nombreux. [...] Les rayons X sont préférés dans les cas de stérilisation définitive, les rayons gamma dans les stérilisations temporaires.»⁴⁵⁰

Les procédés chirurgicaux de stérilisation sont les plus anciennement connus: l'idée, on l'a vu, en a été formulée vers 1820, elle a été pratiquée en lien avec la césarienne dès 1880 et comme opération autonome dès 1897. Les interventions les plus courantes concernent les trompes (dite « stérilisation tubaire »), mais Laffont mentionne des interventions sur le vagin, les ovaires et l'utérus (en excluant ici l'ablation de ces organes). Il fait une brève allusion aussi aux procédés de l'infibulation et de l'occlusion vulvaire; mais Laffont précise que « ces interventions primitives et plus rituelles que chirurgicales ne sont dignes d'aucun intérêt »⁴⁵¹.

Laffont explique les différentes techniques, très nombreuses, en citant les variantes avec leur auteur; les principales sont accompagnées de dessins; elles sont groupées par catégories:

- « 1° Ligature simple de la trompe.
- 2° Ecrasement de la trompe.
- 3° Section simple entre deux ligatures.
- 4° Double ligature et section suivie d'enfouissement.
- 5° Résection de la partie utérine de la trompe et traitement du moignon.
- 6° Excision cunéiforme de la trompe hors de l'utérus et résection ou ablation de la trompe.
- 7° Résection de la portion ampullaire de la trompe et traitement du moignon.
- 8° Enfouissement de l'extrémité tubaire. [...]

Les procédés chirurgicaux de stérilisation définitive les plus efficaces se trouvent parmi les stérilisations tubaires: le double écrasement de la trompe suivi de ligature simple, la section ou la résection suivies d'enfouissement dans le ligament large sont parmi les procédés qui offrent le plus de chance de succès avec les techniques les plus simples et les plus rapides.»⁴⁵²

⁴⁴⁹ LAFFONT 1929, p. 466. Les injections d'hormones sont les prémices de ce que sera à la fin des années 50 la pilule puis, dans les années 70, le Depo Provera (voir ci-après le chapitre sur les moyens contraceptifs).

⁴⁵⁰ *Ibidem*, pp. 332, 466. Les rayons X peuvent entraîner une lésion sur l'ovaire ou sur l'œuf, et par conséquent représentent des risques pour la descendance si la stérilisation échoue.

⁴⁵¹ *Ibidem*, p. 369.

⁴⁵² *Ibidem*, pp. 384, 467.

La technique recommandée par Laffont, soit le double écrasement de la trompe suivi de ligature simple, a été mise au point par Max Madlener en 1919 en Allemagne⁴⁵³. La technique présentée par Labhardt en 1911 figure aussi en bonne place; elle consiste à enlever 2 à 3 cm de chaque trompe et faire deux ligatures sur chaque extrémité qui est ensuite enfouie dans le manchon du péritoine⁴⁵⁴ (fig. 3 et fig. 4).

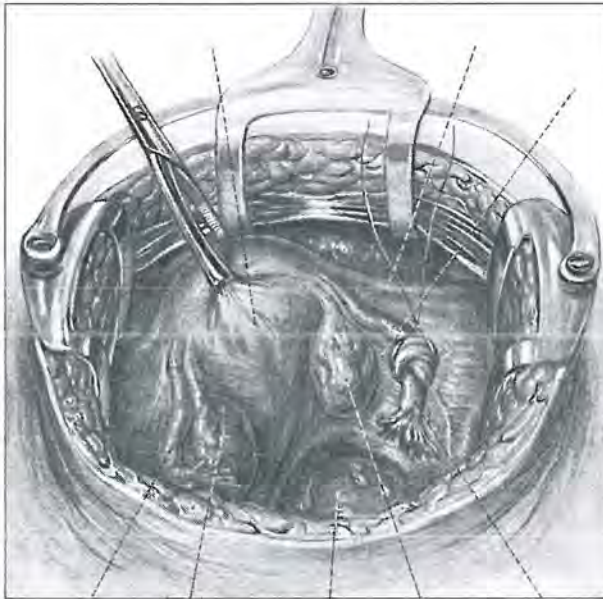
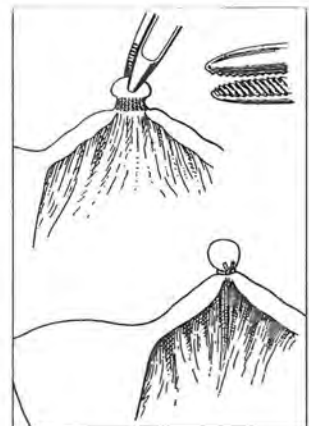
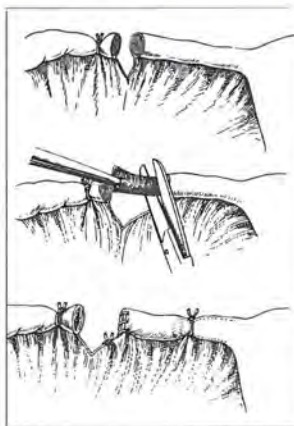
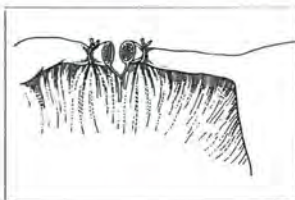


Figure 3. Ligature des trompes par un nœud et un fil de soie (GÜTT, RÜDIN, RUTTKE 1934).



Figures 4. Techniques:
de Kehrer (1897),
de Labhardt (1911),
de Madlener (1919)
(LAFFONT 1929).

⁴⁵³ Max Madlener (1868-1951). On peut mentionner un article paru en 1935 sur sa technique à un moment où, depuis l'application de la loi allemande de 1933, l'opération est devenue plus fréquente (OHLIGMACHER 1935).

⁴⁵⁴ LABHARDT 1911 et aussi *Gynaecologia Helvetica*, XIV, 1913-4, p. 272.

Le gynécologue genevois Châtillon avait expliqué de manière résumée les tâtonnements et les échecs qui ont amené à une très grande diversité de techniques de la stérilisation tubaire; peu à peu, les plus satisfaisantes ont été adoptées:

« Ce temps opératoire a donné lieu à de fort nombreuses publications comprenant une grande variété de techniques. [...] La seule opération radicale consiste dans l'extirpation des ovaires⁴⁵⁵. [...] Depuis qu'on sait le rôle important joué par les ovaires sur l'organisme, cette méthode a été abandonnée. On s'est alors adressé à des opérations sur les trompes. La simple ligature de ces dernières fut le premier pas. Mais des grossesses survinrent quand même. On se mit alors à sectionner les trompes, d'autres encore les écrasèrent, mais le lumen tubaire se reformait et la fécondation s'en suivit dans plusieurs cas. Les trompes furent ensuite sectionnées entre deux ligatures, mais cela ne valait pas davantage si l'on avait pas soin d'assurer une péritonisation exacte des moignons. [...] La résection partielle entre deux ligaments ne vaut pas davantage. [...] Cependant la plupart des opérateurs préfèrent, à l'heure actuelle, l'excision de l'angle utéro-tubaire en forme de coin, suivie de suture en deux plans [...] et enfouissement du moignon externe dans le ligament large. [...] c'est la méthode qui a donné les meilleurs résultats jusqu'ici. [...] Quantité d'opérateurs ont, en outre, cherché à établir une stérilisation "temporaire". »⁴⁵⁶

Il reste que malgré les échecs, l'opération de stérilisation est une opération techniquement facile. L'accès pour l'opération a aussi été longuement discuté; recommandé d'abord par voie vaginale, elle a été pratiquée le plus souvent par laparotomie⁴⁵⁷. Certains auteurs ont relevé le risque lié à la narcose, c'est pourquoi l'opération a pu être proposée de manière combinée avec l'interruption de grossesse ou avec une autre opération.

Laffont accorde enfin une grande attention aux techniques développées par leurs auteurs avec l'espoir de restituer la fonction reproductrice par une seconde opération, à savoir la possibilité d'une réversibilité de la stérilisation. Mais celle-ci est restée très problématique.

Indications de la stérilisation chez la femme

Les techniques de stérilisation occupent une place mineure, souvent traitée en préambule, dans la plupart des publications sur la stérilisation: c'est le problème complexe des indications qui fait l'objet des plus grands développements; à cela s'ajoute, selon les auteurs, une mention succincte ou au contraire, une réflexion exigeante relative à la procédure de décision (consentement et/ou législation). L'importance de ce dernier point est directement liée aux indications; en effet, les précautions s'avèrent très différentes selon que l'indication est purement médicale ou au contraire plutôt sociale ou eugénique.

⁴⁵⁵ Il s'agit de la castration.

⁴⁵⁶ CHÂTILLON 1918-1919, pp. 140-143.

⁴⁵⁷ Et récemment par laparoscopie.

L'inventaire des indications à la stérilisation établi par Muret est le plus complet, le plus clair et le plus explicite même si d'autres publications antérieures de médecins suisses ont maintes fois exprimé le caractère varié et complémentaire des indications. Il est remarquable tant par l'inventaire des indications que par le souci accordé aux questions éthiques (consentement, décisions, mise en balance des paramètres). Ce rapport est d'autant plus utile que Muret est l'un des acteurs de la stérilisation en Suisse romande.

Muret distingue les « indications générales » et les « indications spéciales » :

« La stérilisation, intervention destinée à supprimer chez la femme la possibilité de la conception et de la procréation, est indiquée, d'une manière générale, lorsque, par le fait d'un état pathologique [congénital ou acquis] existant chez elle, toute gestation ou tout accouchement est susceptible de mettre en danger sa vie ou de compromettre gravement sa santé. »⁴⁵⁸

Les indications générales sont subdivisées en plusieurs types d'indications spéciales :

- « *Indications obstétricales et gynécologiques* » (rétrécissement du bassin, grossesse ectopique, rupture de l'utérus, opérations gynécologiques telles que prolapsus, etc.);
- « *Indications médicales proprement dites* » (tuberculose, cardiopathie, albuminurie ou autre affection rénale, affections mentales et nerveuses, anémie pernicieuse, misère physiologique et épuisement);
- « *Indications eugénétique [sic] et sociales* » soit « l'indication eugénétique (l'hérédité) », « les indications d'hygiène sociale préventive » (la stérilisation plutôt que l'internement) et « l'indication sociale proprement dite, fondée uniquement sur des bases économiques » (seulement associée à d'autres indications).

Kehrer donnait déjà une liste importante d'indications, principalement des maladies chroniques graves auxquelles il ajoutait l'accablement, l'anémie, la surcharge d'enfants. On a vu dans les statistiques des médecins de Genève et de Lausanne que certaines indications étaient particulièrement fréquentes comme le prolapsus, la tuberculose pulmonaire, plus rarement les affections mentales et nerveuses. Ce que Muret et d'autres avant lui ont tenté de montrer, c'est que l'indication strictement médicale (comme par exemple un bassin rétréci ou une maladie de cœur) est non seulement relativement exceptionnelle mais souvent ne suffit pas à elle seule à justifier une stérilisation. D'autres facteurs contribuent à prendre ou non la décision d'une telle opération, définitive et irréversible, comme le fait que la femme ait déjà des enfants ou qu'elle soit dans une situation difficile.

Indication médicale influencée par les facteurs sociaux

C'est souvent l'argument social qui faisait la différence mais qui justement posait problème. Si une majorité des médecins voulaient s'en tenir aux indications

⁴⁵⁸ Italiques dans le texte, BRINDEAU & CHEVAL 1929, p. 280.

médicales et refusaient d'inclure des considérations relatives aux conditions de vie et à la situation générale de la personne concernée, quelques auteurs pensaient précisément que les facteurs sociaux devaient être pris en compte. Haerberlin⁴⁵⁹ par exemple remarquait que l'indication sociale seule ne permet pas de décider une opération de stérilisation; elle est à prendre en considération car elle influence défavorablement le pronostic de maladie chez une femme qui ne peut épargner ses efforts et qui vit dans des conditions peu favorables. Armin Müller⁴⁶⁰ admettait les situations où la santé de la femme est compromise par un trop grand nombre d'enfants et une pauvreté évidente. Labhardt relevait l'importance de ne pas agir uniquement en qualité de médecin, mais aussi en tant qu'être humain venant en aide à des femmes épuisées, désespérées et soumises à de trop fréquentes grossesses. Mais de toute évidence, la limite entre ce qui paraît légitime et ce qui paraît abusif (aussi bien la demande de la femme ou du couple, que celle du médecin ou des autorités d'assistance) est très relative. On craint d'un côté l'égoïsme éventuel de la mère, de l'autre les solutions radicales imposées à des personnes en situation de précarité.

Comme certains de ses prédécesseurs, Muret insiste sur le fait que l'indication sociale fait souvent partie intégrante des indications obstétricales, gynécologiques et médicales. Plusieurs auteurs avant lui ont fait remarquer que l'opération du prolapsus, qui est l'une des indications les plus courantes à la stérilisation, concerne principalement les femmes de condition modeste qui ne peuvent s'accorder le repos nécessaire.

« C'est surtout le cas lorsqu'il s'agit de femmes qui ne peuvent pas se soigner après l'opération et les accouchements et sont obligées de faire de gros travaux et de gros efforts dans la vie de tous les jours. C'est dire que les conditions sociales des malades ont une importance toute particulière, lorsqu'il est question de cette indication [prolapsus] de la stérilisation. »⁴⁶¹

Elle fait aussi partie de l'indication des cardiopathies et de la tuberculose :

« Il importe en outre tout spécialement chez les cardiaques de tenir compte de leurs conditions sociales, lorsqu'il s'agit d'établir l'indication de la stérilisation. »⁴⁶²

« Les circonstances extérieures, le milieu, la possibilité d'une hygiène et d'un traitement rationnel [de la tuberculose] (sanatorium, pneumothorax, etc.) [sont déterminantes]. »⁴⁶³

Cet argument social complémentaire à l'argument médical de la tuberculose a été particulièrement bien développé par Charlotte Olivier, responsable du Dispensaire antituberculeux de Lausanne qui accueillait essentiellement une clien-

⁴⁵⁹ HAEBERLIN 1901-1902 ET 1906-1907.

⁴⁶⁰ MÜLLER 1907-1908.

⁴⁶¹ MURET 1929, pp. 285-286.

⁴⁶² *Ibidem*, p. 291.

⁴⁶³ *Ibidem*, p. 287.

tèle pauvre⁴⁶⁴. Elle présente plusieurs cas où les indications sociales se mêlent à l'indication médicale de tuberculose progressive: «incapacité absolue de la femme de faire son travail», «alcoolisme du mari et incapacité pour la mère de soigner ses cinq enfants», «nécessité de conserver la capacité de travail et la vie de la mère pour des enfants délicats», etc. «La conséquence de ce fardeau trop lourd sera une aggravation de la tuberculose.»⁴⁶⁵

Charlotte Olivier fait remarquer que ces cas ne sont pas analogues à ceux de ses confrères «dont la clientèle n'appartient pas à la même couche sociale que la mienne».

*« Pour une malade aisée, le raisonnement du médecin peut être tout à fait différent. [...] Comme le chirurgien prescrit, pour une gonite tuberculeuse d'enfant riche, une année d'insolation à la montagne, et résèque le genou du petit gavroche, ainsi l'accoucheur, dans certains cas, stérilise la femme du peuple multipare, sachant que c'est là le seul moyen de la mettre à l'abri d'une récurrence, peut-être fatale, de sa tuberculose. »*⁴⁶⁶

L'indication sociale joue un grand rôle aussi dans l'indication médicale que Muret nomme «misère physiologique»:

*« Sous cette rubrique un peu vague, je comprends certains états graves d'épuisement nerveux et d'anémie chronique signalés en particulier par Kehrer [...] et qui se développent à la suite d'accouchements nombreux et répétés à intervalles très rapprochés, suivis souvent de périodes de lactation épuisantes. On les observe le plus souvent [mais pas exclusivement⁴⁶⁷] chez les femmes du peuple surchargées de besogne dans des conditions sociales et économiques difficiles. Il paraît alors rationnel de supprimer à titre définitif par la stérilisation chez ces personnes fatiguées et épuisées de nouvelles causes d'aggravation d'un état de santé déjà précaire et préjudiciable non seulement à la mère de famille, mais encore à la famille tout entière. Aussi la stérilisation a-t-elle été préconisée et pratiquée à plusieurs reprises dans des cas de ce genre par des hommes d'une haute valeur scientifique et d'une grande probité professionnelle et morale [...]. Cette indication, malgré certaines apparences, revêt un caractère nettement médical [...]. Il s'y ajoute quelquefois aussi, mais pas nécessairement, des troubles psychiques. »*⁴⁶⁸

Affections mentales et nerveuses

Quant aux indications relatives aux affections mentales et nerveuses, Muret explique qu'elles se situent dans trois registres différents qui peuvent être cumulés: médical, eugénique et social.

⁴⁶⁴ OLIVIER 1915.

⁴⁶⁵ *Ibidem*, pp. 793-796 et 803.

⁴⁶⁶ *Ibidem*, pp. 798, 803-804.

⁴⁶⁷ Muret mentionne plus loin des cas de femmes aisées obligées de se reposer plusieurs mois après chaque grossesse.

⁴⁶⁸ BRINDEAU & CHEVAL 1929, pp. 294-295.

Les affections mentales ou nerveuses considérées comme médicales sont par exemple « certains cas de démence précoce (schizophrénie) qui paraissent s'aggraver à chaque grossesse avec tendance à la démence complète »⁴⁶⁹. Il y a aussi des cas d'« épuisement nerveux », d'« hystérie grave », de « dépression gravidique », de « psychose puerpérale », d'« épilepsie », de « chorée », de « sclérose en plaque », autant de situations dans lesquelles la santé de la femme est compromise par la gestation. Toutefois ces cas se présentent rarement.

Indication eugénique

Plus fréquents sont les cas de troubles psychiques d'un autre ordre dans lesquels l'argument médical est complété par des arguments eugéniques et sociaux.

« L'indication eugénétique [sic] est une indication médicale d'un caractère un peu spécial. [...] Il ne s'agit plus en effet de sauver la vie d'une femme ou de sauvegarder sa santé par la stérilisation, mais bien de prévenir la naissance de produits tarés, d'enfants dégénérés et voués par leur hérédité à être des déchets de la société, des êtres malheureux, inutiles, dangereux ou nuisibles. L'indication eugénétique, destinée à améliorer la race, en évitant ces mauvais produits, revêt donc un caractère à la fois individuel, familial et social, mais encore et aussi médical, car elle est fondée sur des sciences médicales, celles de l'hérédité et de l'eugénétique, qui se sont développées considérablement au cours des trente dernières années. Toute la question est de savoir si ces sciences permettent de prévoir, à l'heure actuelle, l'avenir de la descendance avec un degré de probabilité suffisant pour pouvoir permettre et justifier la suppression de la fonction procréatrice dans certains cas donnés. [...] On sait [...] qu'il n'y a pas grand'chose de bon à attendre de la descendance de certains criminels, de certains aliénés, idiots, imbéciles, alcooliques invétérés ou autres tarés et dégénérés des deux sexes. [...] Les cas les plus simples sont évidemment ceux où les enfants déjà existants sont tous des anormaux, des idiots, des débiles ou des tarés. [...] [De plus] la certitude de leur incapacité notoire de pouvoir élever des enfants [fait] admettre une descendance presque fatalement compromise. [...] L'intérêt général joue un rôle primordial et [...] nombre de prérogatives et de libertés individuelles sont restreintes et même supprimées en faveur de la collectivité. L'indication eugénétique de la stérilisation, ainsi comprise, s'applique [...] aussi bien à l'homme qu'à la femme. »⁴⁷⁰

L'argument ici est celui du risque d'une hérédité morbide, surtout mentale; la stérilisation n'a pas un effet sur la santé de l'individu concerné, mais elle a un but préventif pour éviter une descendance morbide. On a vu que cette indication apparaît très tôt dans les publications relatives à la stérilisation, comme celle de Rentoul⁴⁷¹. L'indication eugéniste (ou d'hérédité) a été développée surtout par les psychiatres, et en Suisse c'est Auguste Forel, on l'a vu, qui est l'un des premiers à l'exprimer.

⁴⁶⁹ *Ibidem*, p. 292.

⁴⁷⁰ *Ibidem*, pp. 296-297.

⁴⁷¹ RENTOUL 1903.

« Je suis d'avis qu'on devrait en arriver à recourir à la castration ou tout au moins à certaines opérations plus innocentes, comme la dislocation des trompes chez la femme (opérations qui rendent stérile, sans détruire les glandes sexuelles ni même atténuer l'appétit sexuel), pour empêcher au moins la reproduction des êtres les plus déplorables ou les plus dangereux. »⁴⁷²

Indication d'hygiène sociale préventive

Muret prend soin de distinguer l'indication eugéniste de l'indication qu'il qualifie d'« hygiène sociale préventive », toutes deux généralement confondues puisqu'il s'agit de situations souvent imbriquées, concernant les mêmes individus. Si, dans le premier cas, il s'agit d'éviter une descendance tarée, dans le second, il s'agit de protéger la société de personnes ayant des comportements sexuels inadéquats.

« Il s'agit alors de la stérilisation de certains aliénés, dégénérés et de délinquants et criminels sexuels, chez lesquels l'intervention est pratiquée, non plus essentiellement à cause des tares de la descendance, mais en vue de leur permettre de quitter la prison ou l'asile sans risques pour le prochain. [Chez les hommes, il s'agit de] certains pédérastes, exhibitionnistes, des hommes coupables de viol ou d'attentats à la pudeur, qui sont en même temps des dégénérés, des débiles, des tarés; chez les femmes, il s'agit de personnes faibles d'esprit ou d'anormales, atteintes d'excitation ou de perversions sexuelles, qui se sont rendues coupables de divers délits et en particulier d'infanticides répétés. [...] Plusieurs de ces malades des deux sexes, souffrant de leurs tares, sont les premiers à réclamer à grands cris l'intervention, qui sera souvent alors la castration. [...] Il existe encore chez la femme un certain nombre de cas justiciables de la stérilisation dans un but préventif personnel, individuel, en même temps que social... ce sont les faibles d'esprit, les dégénérées et toutes celles qui sont exposées par le fait de leur manque de discernement et de volonté, à être des victimes, à être violées, séduites et à avoir des enfants qu'elles seront absolument incapables de soigner et d'élever et qui seront bien souvent des anormaux. »⁴⁷³

Dans cette dernière catégorie (les femmes faibles d'esprit), le cumul des indications est ici particulièrement manifeste : elles pourraient être violées, ne pourraient s'occuper de leur enfant qui, de plus, risquerait fort de souffrir d'une hérédité morbide. La stérilisation est une alternative à l'internement qui vise avant tout à les protéger de leur manque de discernement tout en prévenant une éventuelle descendance tarée. Il est intéressant de relever ici que c'est précisément cette indication d'hygiène sociale préventive qui a été la plus visée, comme on le verra, par la loi vaudoise de 1928 et, d'une manière plus générale, par les stérilisations non volontaires.

⁴⁷² FOREL 1906, p. 441.

⁴⁷³ MURET 1929, pp. 297-298.

Indication contraceptive simple non reconnue

Il faut enfin relever que Muret, comme d'ailleurs, à de très rares exceptions près, l'ensemble de ses confrères qui ont publié des articles sur la stérilisation, n'envisage pas la stérilisation comme méthode contraceptive dans le sens d'un libre choix (de la femme ou du couple) de ne pas ou ne plus avoir d'enfants. Kehrer avait précisé que cette opération n'était pas destinée à encourager les relations sexuelles hors mariage⁴⁷⁴ et Labhardt avait averti ses collègues que le simple souhait d'une femme de ne plus avoir d'enfants n'autoriserait pas le médecin à pratiquer l'intervention⁴⁷⁵. Dans la discussion qui a suivi l'exposé de Muret au Congrès de Bruxelles, un seul médecin a mentionné la possibilité de recourir à la stérilisation sans indication médicale ou sociale, dans le seul but contraceptif:

*« Il est des situations de famille où d'autres facteurs entrent en jeu et que l'on pourrait appeler sentimentaux, pour n'en être pas moins respectables. Une femme qui a mis 4 ou 5 enfants au monde a-t-elle, oui ou non, le droit de désirer ne plus enfanter? »*⁴⁷⁶

L'indication contraceptive ne sera admise que lentement, mais cela ne veut pas dire qu'elle n'était pas pratiquée depuis le début du siècle par des femmes ou des couples qui avaient les moyens de payer une telle intervention pratiquée par un médecin complaisant, comme c'était aussi le cas de l'avortement médical⁴⁷⁷.

En résumé, l'indication médicale à la stérilisation était donc généralement admise par les médecins qui se sont prononcés dans les publications concernant la stérilisation, à l'exclusion de ceux, pour la plupart catholiques, qui n'admettaient pas le principe même de cette opération. Par contre, les indications sociales ont fait l'objet de débats constants et n'ont cessé d'influencer, d'une manière plus ou moins explicite, les décisions relatives à la stérilisation, qu'il s'agisse d'une femme souffrant d'un prolapsus, d'une tuberculose ou de troubles mentaux. On remarquera que, pour des raisons d'opportunité, selon les contextes historiques et légaux, les médecins mettront l'accent sur les indications reconnues plutôt que sur les indications contestées. Ainsi Oberholzer recommandait à ses confrères, en attendant une éventuelle législation autorisant l'opération pour des indications eugéniques ou sociales, de mettre en évidence les indications médicales⁴⁷⁸.

⁴⁷⁴ KEHRER 1897, pp. 964-965.

⁴⁷⁵ LABHARDT 1911, p. 601.

⁴⁷⁶ Il présente le cas d'une femme qui développait une phobie de redevenir enceinte et qu'il a stérilisée, « ne prenant conseil que de ma conscience » et après y avoir été autorisé par les prêtres consultés à ce sujet (BRINDEAU & CHEVAL 1929, p. 537).

⁴⁷⁷ Dans l'exposé des motifs de la loi vaudoise de 1928, il est mentionné que la loi ne concerne pas « le désir d'un homme ou d'une femme de ne pas ou de ne plus avoir d'enfants », suggérant ainsi que cela se faisait (*Bulletin du Grand Conseil du Canton de Vaud*, 22 mai 1928, p. 513). Dans ses écrits, Gustave Clément, chirurgien catholique à Fribourg, opposant farouche à la contraception, l'avortement et la stérilisation, explicite aussi cette éventualité: « Il y a de tels avantages à conquérir, au prix d'une opération presque insignifiante, une complète sécurité, le plaisir sans les charges ! » (CLÉMENT 1927, p. 61).

⁴⁷⁸ OBERHOLZER 1911-1912, p. 118.

Stérilisation et avortement

Muret met en évidence l'analogie entre avortement et stérilisation.

« Les indications générales de la stérilisation sont [...] très semblables à celles de l'avortement thérapeutique, mais elles ne sont pas identiques »⁴⁷⁹.

Il s'agit ici de l'avortement dit thérapeutique ou médical, nommé aussi depuis le milieu du XX^e siècle interruption de grossesse⁴⁸⁰ pour le distinguer de l'avortement pratiqué clandestinement dans le but de supprimer une grossesse indésirable. L'avortement médical peut être envisagé pour répondre soit à un danger momentané pour la santé de la mère, soit à un danger permanent ou chronique; dans ce dernier cas, la stérilisation peut alors être une meilleure indication permettant d'éviter les avortements répétés, c'est pourquoi les indications à la stérilisation sont plus rares que les indications à l'avortement. L'avortement thérapeutique peut être considéré comme plus grave par le sacrifice d'un fœtus, alors que la stérilisation est plus sérieuse parce que définitive. L'opération de stérilisation peut s'ajouter à celle de l'avortement lorsqu'une grossesse est commencée et si toute nouvelle grossesse est à redouter. Ces deux opérations étaient d'abord pratiquées séparément, puis on a envisagé dès la veille de la Première Guerre mondiale de les faire si possible dans un même temps. Un médecin de la Clinique gynécologique de Genève, le Dr Waegeli, explique les raisons de ce changement:

« Ce mode de faire présentait l'inconvénient de pratiquer deux opérations, souvent aussi de soumettre la patiente aux dangers de deux narcoses; en outre beaucoup de ces femmes négligeaient de revenir ou ne revenaient que lorsque c'était trop tard, soit lorsqu'elles étaient de nouveau enceintes; tout était à recommencer. »⁴⁸¹

S'il paraît légitime dans certains cas de proposer la stérilisation en complément de l'interruption de grossesse, quelques médecins craignent l'amalgame qui pourrait être fait entre ces deux opérations; la stérilisation mérite en effet une réflexion spécifique. Le Dr Châtillon par exemple, premier assistant à la même clinique de Genève, s'inquiétait en effet de la tendance à vouloir associer les deux opérations:

« Un certain nombre d'opérateurs considèrent la stérilisation comme le complément indispensable de l'avortement médical, spécialement dans les cas de tuberculose. Refuser l'avortement, si la malade n'accepte pas la stérilisation, est un fait inadmissible. Si dans beaucoup de cas, l'indication est fort difficile à poser pour l'avortement, celle de la stérilisation l'est bien davantage. Cette opération ne doit être pratiquée qu'avec la plus grande circonspection et seulement dans les

⁴⁷⁹ MURET 1929, p. 280.

⁴⁸⁰ Ces trois désignations ne sont toutefois pas entièrement synonymes selon que l'on considère l'indication ou l'auteur de l'intervention; ainsi "médical" peut faire référence à la santé de la mère ou signaler que c'est un médecin qui pratique l'opération.

⁴⁸¹ WAEGELI 1915-1916, p. 42.

cas où tout espoir de pouvoir mener dans la suite une grossesse à terme doit être définitivement écarté. On sait, en effet, que les spécialistes sont loin d'être d'accord sur cette question. Toute tendance à joindre systématiquement la stérilisation à l'avortement doit être considérée comme dangereuse.»⁴⁸²

Les Drs Waegeli et Châtillon ont donc dénoncé l'attitude de certains médecins qui souhaitaient, pour des raisons pédagogiques ou morales, imposer la stérilisation aux femmes qui demandaient l'avortement. Si ces deux opérations peuvent avoir des indications communes justifiant ainsi qu'elles soient associées, dans la plupart des cas, l'une des deux seulement est à envisager. La parenté entre ces deux opérations concerne aussi la procédure relative au consentement et l'autorisation délivrée au médecin.

Consentement et législation

Un dernier thème abordé par Muret concernant la stérilisation est précisément celui du consentement et de la procédure qui n'a pas préoccupé de la même manière les auteurs. Kehrer, en posant les bases de l'opération de stérilisation en 1897, était, on l'a vu, particulièrement soucieux d'une procédure scrupuleuse.

Pour toutes les stérilisations confondues (indication gynécologique, médicale, eugénique ou d'hygiène sociale préventive), Muret évoque deux situations: celle où le consentement de la personne peut être requis et celle où celui-ci ne peut être demandé et c'est alors le consentement de la personne responsable qui, selon lui, doit être obtenu.

«Qu'il s'agisse d'une indication strictement médicale ou para-médicale [...], il est évident que la stérilisation a pour condition absolue le consentement de l'intéressé de l'un ou de l'autre sexe, s'il est capable de se rendre compte de ce qu'on lui demande. Lorsqu'il s'agit de gens mariés, l'autre conjoint doit aussi donner son consentement et quand l'intervention concerne des mineurs ou des interdits, des gens sous tutelle ou incapables de discernement, ce sont les parents ou l'autorité tutélaire qui doivent être mis au courant et donner un avis motivé et leur autorisation. Ces précautions sont non seulement nécessaires pour des motifs d'ordre moral bien naturels, mais encore afin d'éviter des réclamations ultérieures, des poursuites judiciaires et des actions pénales.»⁴⁸³

Dans la pratique de la stérilisation tout au long du XX^e siècle, on pourra observer que cette manière de faire l'emporte; à moins qu'une procédure particulière ne soit mise en place, comme c'est le cas avec la loi vaudoise de 1928 qui subordonne l'intervention à une double expertise et à l'autorisation du Conseil de santé, le consentement de l'intéressé ou celui de la personne responsable n'étant pas explicitement requis.

⁴⁸² CHÂTILLON 1918-1919, p. 137.

⁴⁸³ BRINDEAU & CHEVAL 1929, p. 302.

«La dite loi ne s'applique qu'à des malades incapables de donner leur consentement et les précautions prévues les protègent contre les agissements de tiers intéressés ou malintentionnés; elle est également de nature à protéger le médecin.»⁴⁸⁴

La plupart des auteurs⁴⁸⁵ considèrent que l'opération peut être effectuée sans risque pour le médecin à la condition qu'elle soit justifiée médicalement et que la personne concernée ait donné son consentement. Certains relèvent toutefois la relativité des termes «médicalement» et «consentement» et des notions qu'ils recouvrent. On verra que ce sont là des points essentiels dans la question de la stérilisation non volontaire. Mais ce qu'il importe de relever ici, c'est que ces points concernent l'ensemble des stérilisations. Haerberlin considère en 1906, à l'instar des autres auteurs, que le chirurgien peut entreprendre sans risque de poursuites une opération de stérilisation pour motifs médicaux, mais que c'est plus délicat en ce qui concerne les motifs sociaux, souvent pourtant bien présents. La responsabilité civile du chirurgien à l'égard de la personne opérée et de ses parents ou tuteurs est, selon Haerberlin, une affaire privée et le risque d'abus dépend du degré de loyauté et de conscience professionnelle du chirurgien. Labhardt rapporte qu'il aurait été admis lors d'un congrès de gynécologie à Strasbourg en 1909 que la stérilisation n'est pas punissable si l'intervention, justifiée médicalement, est effectuée par un médecin avec l'accord de la patiente. La stérilisation est alors assimilable à n'importe quelle opération chirurgicale.

Mais c'est précisément sur ce point qu'il n'y a pas convergence de vue: d'abord parce qu'il est rare que les motifs soient exclusivement médicaux et parce que la stérilisation a un caractère définitif et mutilant, supprimant une fonction socialement et symboliquement essentielle.

Aussi, Labhardt ajoute qu'il faut expliquer les conséquences de l'opération, obtenir en outre le consentement du mari et demander l'avis d'un ou deux confrères. Il rejoint les modalités de Kehrer, sans toutefois exiger des traces écrites. Kurt von Sury pense aussi qu'il n'y a pas à s'inquiéter de considérations juridiques tant qu'on peut obtenir le consentement de la personne. Mais pour von Sury la stérilisation est inadmissible chez les mineurs⁴⁸⁶.

Si les motifs sociaux pèsent souvent lourdement dans la décision d'une stérilisation dont l'indication première est médicale (comme dans les stérilisations pour prolapsus ou tuberculose) mais ne peuvent pas être explicitement formulés sans risque pour le médecin, à combien plus forte raison, les motifs sociaux et eugéniques chez des personnes malades ou handicapées mentales sont-ils problématiques pour les médecins.

Oberholzer par exemple affirme, comme d'autres psychiatres concernés prioritairement par les motifs eugéniques et sociaux, que, si l'on veut pouvoir pratiquer une stérilisation dans le but de protéger la descendance et la société, il faudrait introduire une législation qui autorise le médecin à agir sans le consentement de la

⁴⁸⁴ *Ibidem.*

⁴⁸⁵ Il s'agit ici du point de vue exprimé par les médecins. Pour les sources juridiques, voir plus haut.

⁴⁸⁶ SURY 1912-1913. Cette restriction est rarement formulée.

personne, soit parce que celle-ci n'est pas en mesure de le donner, soit parce qu'elle le refuse. Selon lui, en l'absence de législation spécifique, les médecins doivent alors soit valoriser les arguments médicaux et demander le consentement de la personne concernée (ou, à défaut, celui de la personne responsable), soit s'abstenir de procéder à l'opération et maintenir la personne sous surveillance. Oberholzer relève toutefois que le consentement des malades lui paraît douteux et problématique. En effet, on les met devant l'alternative de choisir entre l'internement et l'opération, on exerce donc une pression certaine qui les influence.

La diversité des opinions concernant la procédure et le consentement, la référence stricte aux normes légales en vigueur ou l'interprétation plus ou moins large de celles-ci, sont autant de modalités observées dans la période pionnière de la stérilisation et qui vont perdurer durant tout le XX^e siècle. Elles concernent l'ensemble des stérilisations à un degré plus ou moins variable, certainement accentué s'agissant de personnes dont le discernement est limité.

Stérilisation en général et stérilisation non volontaire

Quelques auteurs ont relevé le caractère particulièrement problématique de la stérilisation qui présente, quoiqu'en disent certains, des enjeux énormes par rapport à n'importe quelle autre opération. Charlotte Olivier, dans son article consacré à la tuberculose pulmonaire et à la stérilisation, affirme que celle-ci dépasse de beaucoup la seule compétence médicale.

« Notre sujet, très actuel, est un Grenzgebiet [zone frontière] où se rencontrent et s'entrechoquent les opinions les plus diverses; médecins, accoucheurs, chirurgiens, hygiénistes, économistes, philosophes, chacun tient à dire son mot et le fait souvent avec passion et sans l'objectivité scientifique nécessaire. [...] Tout en prétendant ne pas quitter le terrain solide de l'expérience clinique, on avance sur le sol mouvant des convictions personnelles, on touche aux problèmes les plus intimes. »⁴⁸⁷

Et Muret, dès le premier paragraphe de son rapport au Congrès de 1929, pose le problème d'une manière lucide qui a gardé toute sa pertinence :

« La question de la stérilisation de la femme est une des plus discutées de la médecine moderne, parce qu'à côté du point de vue purement médical, elle pose une foule de problèmes moraux, philosophiques, juridiques et sociaux, parce qu'elle concerne à la fois l'individu et la collectivité et parce qu'elle touche à l'intégrité corporelle et à une fonction correspondant à l'un des plus puissants instincts de l'être humain, celui de la reproduction. Aussi la question de la stérilisation a-t-elle été comprise et résolue très différemment dans les différents pays et par les médecins d'un même pays. »⁴⁸⁸

⁴⁸⁷ OLIVIER 1915, pp. 780-781.

⁴⁸⁸ MURET 1929, p. 277.

Il importe de relever que ces constats se rapportent à l'ensemble de la problématique de la stérilisation. Ils acquièrent une signification encore plus aiguë s'agissant de la stérilisation de personnes handicapées mentales ou inadaptées. Celle-ci présente, par rapport aux autres stérilisations, une caractéristique spécifique par le fait qu'elle concerne des personnes dont le consentement éclairé peut être difficile à obtenir à cause d'une limitation de leur discernement ou parce que leur opinion compte peu: on parlera dans cette étude de stérilisation non volontaire laissant de côté la désignation plus subjective de stérilisation forcée.

Avant d'aborder la recherche spécifique sur la Suisse romande, nous avons voulu étudier les origines gynécologiques de la stérilisation, qui a remplacé, dans une large mesure, la castration dont elle a hérité en partie les valeurs symboliques. Les attitudes à son égard ont été très contrastées chez les médecins selon leurs convictions personnelles et selon les contextes culturels régionaux, voire nationaux. La stérilisation en général se justifie le plus souvent par l'imbrication des indications médicales, sociales, voire eugéniques ou héréditaires (pour employer un terme moins connoté historiquement). On a pu relever les interrogations constantes, dès l'origine, relatives au bien-fondé d'une telle opération, aux questions du consentement et des procédures de décision.

Tous ces éléments sont communs à l'histoire générale de la stérilisation et ne sont pas spécifiques à la stérilisation des malades et des handicapés mentaux. Ils illustrent la complexité des paramètres sous-jacents à cette opération. S'agissant de la stérilisation de personnes dont le discernement est limité ou absent, ces paramètres se trouvent exacerbés.

Contraception

La thématique de la stérilisation est en relation très étroite avec celles de l'avortement et de la contraception. On a rencontré à maintes reprises la spécificité de la stérilisation, à savoir son caractère définitif, permanent. Si, dans plusieurs situations, on préconise une solution unique, quoique pouvant être répétée (l'avortement) ou temporaire et réversible (la contraception), dans d'autres situations durables la stérilisation peut apparaître comme une solution adéquate. C'est en particulier le cas lorsqu'il faut impérativement éviter une grossesse et que les moyens contraceptifs à disposition ne sont pas assez fiables ou accessibles, ni faciles d'emploi.

Le pionnier de la stérilisation, Kehrer, avait précisé en 1897 qu'avant de recourir à une telle opération, il importait d'avoir essayé les méthodes contraceptives. Plusieurs auteurs après lui ont recommandé la même précaution, ne préconisant la stérilisation que comme solution ultime. C'est encore actuellement une condition indispensable avant de proposer une stérilisation chez une personne mentalement déficiente et incapable de discernement⁴⁸⁹. Comme les moyens contraceptifs sont

⁴⁸⁹ « La stérilisation chirurgicale ne doit être prise en considération qu'en dernier ressort » selon les *Directives médico-éthiques* de l'Académie suisse des sciences médicales mises en consultation au printemps 2000 (mais retirées en 2001); « d'autres méthodes contraceptives n'entrent pas en ligne de compte pour des raisons médicales » selon la Loi du 16 novembre 1999 sur la santé (canton de Fribourg).

devenus beaucoup plus fiables, le recours à la stérilisation pourrait être d'autant plus rare; mais parallèlement, la planification des naissances s'est fortement développée et la stérilisation est une méthode de contraception définitive adoptée dans certains pays par une grande proportion de personnes en âge de procréer.

Certaines méthodes contraceptives anciennes se sont perfectionnées et sont encore en usage, d'autres ont été pour ainsi dire abandonnées comme la douche vaginale, enfin de nouvelles sont apparues. Les méthodes courantes dans le premier tiers du XX^e siècle seront examinées en premier lieu, puis les méthodes qui se sont développées durant l'entre-deux-guerres (les dispositifs intra-utérins, la méthode Ogino-Knaus et celle des températures) enfin, dès les années 60, les méthodes hormonales (à savoir surtout la pilule quotidienne, et, dans les années 80, les injections de longue durée).

La plupart des textes relatifs à la stérilisation ne font que mentionner l'alternative de la contraception ou énumèrent brièvement les méthodes. Il faut avoir recours à d'autres sources pour en savoir davantage; mais l'information sur les moyens contraceptifs ayant été jusqu'à une période récente strictement réglementée⁴⁹⁰, voire interdite ou réservée à des publications professionnelles, les sources sont limitées.

Méthodes contraceptives autour de 1900

Les méthodes contraceptives énumérées par Kehrer en 1897 sont l'interdiction formelle⁴⁹¹ des relations sexuelles, le coïtus interruptus (de loin la méthode la plus courante selon lui mais qui ne réussit pas toujours), le rinçage à l'eau froide après le coït (dont il dénonce les dangers d'infection), le rinçage à l'eau chaude avec adjonction de sublimé, d'alcool ou de produits spermicides (méthode qui n'est pas toujours facile à réaliser), le tampon d'ouate ou l'éponge (qui sont difficiles à mettre en place), enfin le pessaire occlusif (avec un risque d'infection à long terme, selon Kehrer)⁴⁹².

Auguste Forel, dans son ouvrage déjà cité, intitulé *La Question sexuelle* et publié en 1906, apporte une source essentielle pour cette période; il cite les mêmes méthodes que Kehrer, mais le meilleur procédé selon lui est le préservatif, alors que Kehrer ne le mentionne pas (peut-être parce qu'il ne dépend pas de la femme). D'autres ouvrages au début du XX^e siècle donnent des indications sur la

⁴⁹⁰ «Celui qui fait de la réclame publique pour des procédés anti-conceptionnels ou qui expose publiquement des objets destinés à la conception, est puni d'une amende de deux mille francs au plus ou d'un emprisonnement d'un mois au plus. La même peine est applicable à celui qui offre ou remet à une personne qui ne les a pas demandés des objets destinés à empêcher la conception, ou des prospectus ou autres moyens de réclame [...]» (art. 178 du Code pénal vaudois entré en vigueur en 1932). Un article analogue (art. 211, réclame offensant les mœurs) se trouvait dans le Code pénal suisse de 1937 (entré en vigueur en 1942); ce dernier a été supprimé en 1985 dans le contexte de la prévention contre le sida (*Feuille fédérale*, 1985, II, p. 1021).

⁴⁹¹ Il s'agit de personnes qui, pour des raisons de santé, doivent éviter toute grossesse ou procréation. L'«interdiction formelle» par le médecin pourrait être désignée aussi par le terme abstention.

⁴⁹² KEHRER 1897, p. 962.

contraception; ainsi par exemple, dans un traité et aide-mémoire de médication et d'hygiène naturelles de F. E. Bilz, l'article « Femmes, Maladies des [sic]. Trop grand nombre d'enfants, moyen d'y remédier »⁴⁹³. Des ouvrages postérieurs apportent des compléments d'information particulièrement utiles pour les procédés féminins, notamment ceux de Marie Stopes⁴⁹⁴ en 1927 et d'Anna Fischer⁴⁹⁵ en 1929. Le premier est un ouvrage pionnier et militant destiné au corps médical, l'approche est engagée; le second est destiné à un large public et l'approche est plus réservée.

La plupart des procédés requièrent la volonté, la détermination et la compétence soit de l'homme, soit de la femme. Lorsque les auteurs veulent recommander une sécurité accrue, ils encouragent vivement de combiner une contraception féminine avec une contraception masculine. Forel par exemple recommande l'usage simultané du préservatif masculin et de l'éponge ou du pessaire occlusif pour les femmes qui pourraient craindre une négligence de la part de leur mari et surtout dans les situations « où une conception aurait des suites exceptionnellement graves »⁴⁹⁶.

Certains auteurs présentent les moyens anticonceptionnels en séparant ceux qui sont destinés aux hommes de ceux qui concernent les femmes; d'autres les organisent par catégories: les moyens dits naturels, sans aucune substance chimique ni dispositif; les substances qui interfèrent la fusion du spermatozoïde avec l'ovule en rendant l'un ou l'autre infécond; les procédés qui empêchent les spermatozoïdes de rejoindre l'ovule. La majorité des contraceptifs doivent être utilisés lors de chaque relation sexuelle; quelques méthodes cependant, et de plus en plus au cours du XX^e siècle, offrent une contraception pour une période plus longue. Chaque méthode présente des avantages et des inconvénients relatifs à la fiabilité, au coût, à la tolérance physique et aux aspects psychologiques.

On est loin de trouver un consensus sur les meilleurs moyens à utiliser. Plusieurs facteurs contribuent à valoriser une méthode plutôt qu'une autre: une méthode anticonceptionnelle doit être sûre, simple, esthétiquement non repoussante, elle ne doit pas être préjudiciable à la santé, enfin, pour une partie de la population, elle ne doit pas être coûteuse⁴⁹⁷; en outre, on doit prendre en compte des différences

⁴⁹³ BILZ 1900, pp. 550-554. Il s'agit de la traduction d'un ouvrage publié en allemand. Il est précisé en page de couverture de l'édition en français qu'« 1 million d'exemplaires ont été vendus ».

⁴⁹⁴ STOPES 1927. Cet ouvrage, publié pour la première fois en 1923, a été réimprimé à cinq reprises jusqu'en 1926; en 1927, il a connu une seconde édition augmentée. Marie Stopes est l'une des pionnières du planning familial. Elle ouvre à Londres en 1921 *The Mothers' Clinic* qui est le premier centre britannique de contrôle des naissances, offrant des conseils de contraception et distribuant des contraceptifs aux femmes pauvres venant en consultation. Elle réunit dans cet ouvrage, publié à l'intention des médecins, tous les éléments connus relatifs à la contraception à une époque où l'information sur ce sujet est dispersée et difficilement accessible, principalement à cause des réticences à parler de ce sujet et des controverses à l'égard de la limitation des naissances. L'auteur analyse le débat sur la planification des naissances et ses aspects historiques.

⁴⁹⁵ FISCHER 1929 (traduction de *Die Frau als Hausärztin*, Munich, 1919). Voir aussi NETTER & ROZENBAUM 1985; les auteurs de cet ouvrage, gynécologues très engagés dans l'actualité de la contraception hormonale, présentent les différentes méthodes contraceptives en s'appuyant sur des recherches historiques et anthropologiques.

⁴⁹⁶ FOREL 1906, p. 481.

⁴⁹⁷ Ces caractéristiques sont soulignées notamment par Marianne Mall-Haefeli dans un ouvrage sur l'interruption de grossesse publié par deux médecins, respectivement gynécologues à Berne et à Porrentruy (MALL-HAEFELI 1964).

d'appréciation et de choix selon les sexes, les confessions, le degré d'instruction du couple et la disponibilité sur le marché qui varie d'un pays à l'autre. Ainsi Marie Stopes, en Angleterre, semble pouvoir mentionner beaucoup plus de produits manufacturés que Forel ou Anna Fischer. Forel considère les contraceptifs masculins comme plus efficaces; à l'inverse, Marie Stopes et Anna Fischer sont plus favorables aux procédés féminins. D'autres auteurs recommandent tant l'un que l'autre:

« Les meilleurs préservatifs contre la trop grande génération d'enfants sont, ou bien le pessaire occlusivum Mesinga, pour la femme, ou le condom (une espèce d'étui pour le membre viril, fait de vessies de poissons ou de caoutchouc très fin). Les deux servent à intercepter les spermatozoïdes (semence). [...] Ces condoms et ces pessaires se vendent généralement chez les marchands d'articles en caoutchouc, les friseurs, les bandagistes, etc. »⁴⁹⁸

Abstinence

L'abstention mutuelle est la seule méthode, parce que naturelle, qui soit tolérée par les plus farouches opposants à la contraception. Or, précisément, Marie Stopes considère que c'est la méthode la moins naturelle pour un couple qui s'aime; celle-ci ne se justifie à son point de vue que pour une période limitée, en cas de maladie par exemple.

Pour Anna Fischer, « le procédé le plus sûr pour éviter la grossesse, sans blesser les sentiments intimes, consiste à s'abstenir complètement des rapports conjugaux »⁴⁹⁹, mais elle admet qu'il ne convient pas à tout le monde. Forel ne l'évoque même pas et Marianne Mall-Haefeli en 1964 relève que cette méthode peut perturber les relations du couple.

Allaitement prolongé

L'une des plus anciennes méthodes est d'allaiter longtemps l'enfant:

« On sait qu'un allaitement prolongé empêche généralement une nouvelle grossesse, mais ce moyen n'est pas infallible. »⁵⁰⁰

« Il existe encore une vieille légende disant que, tant qu'une femme nourrit, elle ne peut pas devenir enceinte à nouveau. Le fait de donner le sein serait donc un préventif. »⁵⁰¹

Mais, selon Marie Stopes et Anna Fischer, de nombreux cas ont démenti la valeur contraceptive de l'allaitement prolongé.

⁴⁹⁸ BILZ 1900, pp. 550 et 552.

⁴⁹⁹ FISCHER 1929, p. 247.

⁵⁰⁰ BILZ 1900, p. 553.

⁵⁰¹ FISCHER 1929, p. 255.

Coït interrompu

Le coït interrompu (appelé aussi le retrait, ou, par les opposants à la contraception, le péché d'Onan) est la méthode la plus ancienne et la plus courante; elle ne coûte rien. Mais elle est critiquée par les auteurs à la fois parce qu'elle ne peut pas être maîtrisée avec certitude et parce qu'elle entraîne une frustration psychologique, surtout pour la femme.

« Un moyen extrêmement employé est ce qu'on appelle le coït interrompu; l'homme retire sa verge du vagin un instant avant l'éjaculation, lorsqu'il la sent venir, et il la termine soit contre le ventre, soit entre les cuisses de la femme. Cette pratique est fort désagréable [...] et n'est même pas sûre. »⁵⁰²

« Le coït réservé [...] fatigue beaucoup l'homme et en même temps s'oppose à l'achèvement de l'acte pour la femme et la prive d'une satisfaction charnelle nécessaire à sa santé. »⁵⁰³

Préservatif ou condom

Dans le dernier tiers du XIX^e siècle, la fabrication industrielle de condoms en caoutchouc a permis une production plus large de cet objet jusqu'alors confectionné à partir d'une membrane animale. Selon Forel, le préservatif ou la capote anglaise (il n'utilise pas le mot condom) est le meilleur moyen anticonceptionnel. Il en décrit les différentes sortes, le mode d'utilisation et de conservation. La manière très complète de présenter ce moyen contraceptif atteste, sinon sa nouveauté (car l'objet est connu depuis longtemps⁵⁰⁴), du moins la nécessité d'en expliquer les modalités pour un public qui n'est pas nécessairement bien informé.

« Le moyen le plus simple et le mieux approprié au but est de revêtir la verge en érection d'une membrane imperméable en forme de doigt de gant [...] et d'appliquer à sa base un anneau en caoutchouc. [...] Cet anneau applique la membrane solidement contre la verge et empêche ainsi qu'elle ne glisse ou ne se retrousse pendant les mouvements du coït, ce qui permettrait à la semence de pénétrer dans le vagin. On appelle ces membranes préservatifs ou capotes anglaises. »⁵⁰⁵

Forel donne ensuite plusieurs indications relatives aux diverses sortes de capotes. Il déconseille celles qui sont entièrement en caoutchouc: « elles sont extrêmement désagréables, parce que le caoutchouc, lisse et dur, [...] entrave les sensations voluptueuses du gland »; et recommande celles qui sont confectionnées « avec

⁵⁰² FOREL 1906, pp. 479-481.

⁵⁰³ FISCHER 1929, p. 248.

⁵⁰⁴ Décrit au 16^e siècle comme moyen préventif de la syphilis par l'anatomiste italien Gabriel Falloppé (*De morbo gallico*, 1564), le préservatif en lin, puis en baudruche, aurait été utilisé par les libertins et les débauchés comme moyen anticonceptionnel dès la seconde moitié du 17^e siècle. Voir NETTER & ROZENBAUM 1985, pp. 319 ss.

des membranes animales (baudruches)»; Forel explique que dans le commerce ces articles s'appellent « capotes en vessie de poisson, [...] [ayant] l'apparence de la vessie desséchée d'un poisson ». Il précise qu'« on peut se faire donner chez un boucher quelques appendices vermiformes de veau » et les préparer soi-même; « on les conserve dans un bocal approprié rempli de glycérine ».

« On peut s'en servir un grand nombre de fois. Ces détails sont extrêmement importants, car les personnes pauvres ou peu aisées n'ont pas le moyen de s'acheter un objet aussi cher pour chaque coût, et c'est précisément pour les malheureux que son emploi est le plus important. Dès qu'une capote n'est plus imperméable à l'air, il faut en prendre une autre. »

Anna Fischer est moins favorable au condom que Forel :

*« Ce revêtement [...] se déchire très facilement et ne présente pas une sécurité absolue. De plus il gêne comme un corps étranger et atténue la sensation. Les hommes trop excités s'affaiblissent par son usage trop fréquent. Néanmoins, on peut s'en servir parfois comme préservatif. »*⁵⁰⁶

Marie Stopes, parlant alors de *French letters*⁵⁰⁷, remarque que le procédé est certes efficace, mais qu'il empêche le contact direct entre le gland et le vagin et que certaines femmes détestent l'odeur du caoutchouc.

Tous les auteurs rappellent que c'est aussi un moyen préventif des maladies vénériennes :

*« Les capotes anglaises protègent en outre, quoique relativement sans doute, contre les infections vénériennes par le coût si l'on fait attention de ne pas s'infecter par la bouche. »*⁵⁰⁸

Le préservatif a été longtemps stigmatisé, renvoyant à l'idée du sexe clandestin et des maladies vénériennes⁵⁰⁹. Sa distribution par les autorités militaires, surtout pendant les conflits armés, a confirmé l'opinion selon laquelle le condom est davantage utilisé hors mariage et donc convient mal aux relations sexuelles du couple marié. Dans les années 1960, alors que le planning familial est socialement mieux accepté, ce sont les nouveaux moyens contraceptifs féminins, sur prescription médicale, qui sont valorisés (dispositifs intra-utérins ou pilules). Dans les années 1970, le condom est enfin largement promu comme un moyen contraceptif efficace et bon marché, facilement accessible, ne nécessitant aucune supervision médicale, sans effets secondaires, offrant une preuve immédiate de son efficacité

⁵⁰⁵ Et citations suivantes, FOREL 1906, pp. 479-81.

⁵⁰⁶ FISCHER 1929, p. 853.

⁵⁰⁷ Netter et Rozenbaum remarquent que: « Anglais et Français se sont mutuellement rejeté la paternité du Condom, appelé par les uns "French letter" et par les autres "capote anglaise" » (NETTER & ROZENBAUM 1985, p. 328).

⁵⁰⁸ FOREL 1906, p. 482.

après le coït. Il a aussi été valorisé tant par les hommes que par les femmes dans le contexte des mouvements de libération de la femme, la femme exigeant de l'homme sa contribution et l'homme revendiquant la responsabilité de décision. Mais c'est dans les années 80 que la consommation des préservatifs masculins, destinés initialement mais durablement à la protection contre l'infection syphilitique, a fortement augmenté avec la lutte contre le sida.

Spermicides

« La pratique de prendre des médicaments internes dans le but de prévenir les grossesses s'est [...] maintenue jusqu'à nos jours; elle est cependant à combattre énergiquement comme étant aussi nuisible qu'inefficace. »⁵¹⁰

Cet avis négatif est celui d'Anna Fischer, alors qu'au contraire Marie Stopes est assez favorable à ces méthodes: il s'agit de l'utilisation de produits considérés comme spermicides que la femme introduit dans le vagin: alun, sel, vinaigre, acide citrique, acide lactique ou divers désinfectants, sous forme de poudre⁵¹¹ ou préparés en crème, en pastille, mêlés à l'eau et utilisés en douche vaginale. Le produit le plus efficace semble être la quinine, parfois irritante localement; elle peut être remplacée par du chinisol, moins coûteux et mieux toléré. La quinine semble très répandue en Angleterre et commercialisée sous forme de poudre, d'onguent ou de suppositoire (appelé aussi pessaire); le suppositoire vaginal confectionné avec du beurre de cacao ou de la gélatine et de la quinine est devenu courant dès les années 1880⁵¹² et c'est, selon Marie Stopes, l'une des méthodes les plus utiles.

Douche vaginale

La douche vaginale, soit l'injection d'eau mêlée ou non d'un produit spermicide, pratiquée aussitôt après le coït, était très courante à la fin du XIX^e siècle; elle a connu une grande vogue jusque dans les années 30. Toutes sortes d'instruments (seringues, irrigateurs, douches) étaient vendus par des firmes de matériel médical. Le procédé est particulièrement valorisé par Anna Fischer (*fig. 5*):

« Nous ne saurions que recommander la douche vaginale avec une solution boriquée très légère, environ 5%, immédiatement après le rapprochement. Dans ce

⁵⁰⁹ Voir CONDOM 1974.

⁵¹⁰ FISCHER 1929, p. 252.

⁵¹¹ « L'appareil-protecteur de la femme a pour but de tuer les spermatozoïdes de la femme en répandant dans son vagin une poudre composée de 50 parties d'acide borique, 2 parties et demie d'acide citrique, 2 parties et demie d'acide tannique, 10 parties de gomme arabique et 35 parties de poudre. » (BILZ 1900, p. 552).

⁵¹² Walter John Rendell, pharmacien à Londres, a commercialisé en 1880 ce produit qui connut un succès immédiat.

but, le mieux est d'utiliser le simple bock-irrigateur avec tube en caoutchouc et canule vaginale. Tous les autres appareils se trouvant dans le commerce sont beaucoup moins indiqués; certains peuvent même être nuisibles.»⁵¹³

Au contraire, Marie Stopes n'est pas favorable à la douche vaginale qui est pourtant très répandue. Il en existe un nombre considérable de modèles sur le marché, mais elle considère que cette méthode est psychologiquement mal appropriée car elle interrompt la relaxation après le coït. Forel la recommandait plutôt en cas d'échec, par maladresse ou accident, d'un autre moyen utilisé pendant le coït.

Eponges, pessaires ou capes occlusives

Marie Stopes énumère toute une variété de dispositifs plus ou moins solides qui sont à introduire par la femme elle-même dans le vagin pour empêcher le sperme d'accéder à l'utérus. Il s'agit d'éponges⁵¹⁴ (avec ou sans produit spermicide), de tampons, de bouchons mous, de pessaires en caoutchouc ou en métal⁵¹⁵.

Elle recommande l'éponge, imbibée d'huile d'olive et de chinosol, c'est le contraceptif le plus accessible, le plus facile à utiliser et à adapter, spécialement, dit-elle, pour les femmes pauvres et ignorantes.

Pendant elle préfère la cape cervicale (*internal cap*) qui couvre le col de l'utérus; c'est le meilleur des contraceptifs que la femme peut manipuler seule mais il ne convient, écrit-elle, qu'aux femmes intelligentes et soigneuses, car il faut en prendre un grand soin du point de vue hygiénique. Introduits durant la dernière décennie du XIX^e siècle, les divers modèles de capes cervicales ou de pessaires⁵¹⁶ occlusifs (fig. 6), qui ne cessent de se perfectionner, sont en vente dans plusieurs pays et sous différents noms⁵¹⁷.



Figure 5. Douche vaginale (FISCHER 1929).

⁵¹³ FISCHER 1929, p. 252.

⁵¹⁴ Méthode ancienne, très répandue surtout dès la fin du 18^e siècle.

⁵¹⁵ Coiffes de caoutchouc ou de métal, pessaires recouverts d'éponge, coiffes plates circulaires pour fermer le canal du vagin ("Dumas"), coiffes hémisphériques avec un bord à ressort ou élastique ou avec bord détachable (par exemple les modèles "Mizpah", "Mistralus"), balles de caoutchouc, grandes membranes de caoutchouc dites capotes anglaises qui recouvrent entièrement les parois du vagin et qui sont un moyen très sûr.

⁵¹⁶ Dans la terminologie médicale, les pessaires désignent des dispositifs destinés à soutenir l'utérus en bonne position. Ce support le plus souvent en forme d'anneau n'empêche ni le coït, ni la fécondation (voir entre autres POZZI 1882, pp. 453-457). D'autres pessaires, dits occlusifs, ont été placés à des fins contraceptives.

⁵¹⁷ "Mensinga" sur le continent, du nom de l'inventeur, W. P. J. Mensinga, gynécologue allemand, qui publie en 1882 sous un pseudonyme, puis sous son propre nom, la première description du diaphragme vaginal (Dr Mensinga, *Facultative Sterilität*. 1888). Il a aussitôt été recommandé par la première clinique de régulation des naissances connue, fondée en Hollande par Aletta Jacobs en 1882, d'où le nom donné en Angleterre *Dutch cap*.



Figure 6. 3346, pessaire occlusif; 3347, "Dutch Cap"; 3348, "Gold Spring" ou "Wishbone" (ALLEN & HANBURY'S 1930).

Les meilleurs modèles seraient en caoutchouc⁵¹⁸, ils doivent être conservés dans l'eau, mais il en existe en métal, en caoutchouc et métal, en celluloïd. Marie Stopes recommande de ne pas laisser le pessaire dans le vagin pendant plus de 48 heures, quoique certaines femmes le gardent durant toute la période entre les règles.

Forel est assez réticent à l'égard des éponges imbibées de désinfectant ou de vinaigre qu'il considère comme un système extrêmement précaire; quant aux pessaires occlusifs, ils « ne valent guère mieux. [...] Il suffit qu'ils soient mal introduits ou se déplacent d'un côté pour que leur effet préservatif devienne illusoire »⁵¹⁹.

Cependant, l'usage de la cape cervicale, plus communément nommée par la suite diaphragme, s'est prolongé tout au long du XX^e siècle, particulièrement chez les femmes instruites et motivées.

Dispositifs intra-utérins

Les dispositifs intra-utérins, plus tard désignés par l'abréviation d. i. u. ou plus communément appelés stérilets, sont destinés, par leur seule présence physique, à prévenir l'implantation de l'œuf. Les premières variantes sont imaginées à la fin du XIX^e siècle, il s'agit le plus souvent d'une tige (en zinc, plomb, argent, or, ivoire, etc.) fixée à un anneau s'appuyant sur la base de l'utérus.

Auguste Forel et Anna Fischer ne mentionnent pas les dispositifs intra-utérins. Marie Stopes en parle avec un enthousiasme certain; le procédé est encore relativement neuf et elle décrit les différents modèles de dispositifs à introduire dans l'utérus⁵²⁰ (fig. 6). Ceux-ci doivent être mis en place par le médecin et requièrent un suivi médical. Elle considère que c'est le meilleur contraceptif, mais il ne dépend pas de la femme.

A l'usage, le procédé s'est révélé être dangereux à cause des risques élevés d'infection ou de rejet de l'appareil mal toléré⁵²¹. Des procédés plus stériles ont été

⁵¹⁸ Marie Stopes mentionne le modèle "Pro Race"; on peut relever le nom donné à ce préservatif suggérant qu'une bonne contraception contribue à développer une descendance forte.

⁵¹⁹ FOREL 1906, p. 478.

⁵²⁰ "Gold Spring", "Wishbone", etc.

⁵²¹ M. Mall-Haefeli considère en 1964 que la méthode est dangereuse et doit être évitée.

développés tels que la boucle de fil de soie et la tige en aluminium de Richter en 1909, l'anneau d'argent de Gräfenberg en 1930, l'anneau en acier inoxydable en 1949, puis en matière plastique dans les années 1960; la décennie suivante, les dispositifs intra-utérins ont été associés à une substance contraceptive, en l'occurrence un fil de cuivre enroulé autour de l'appareil. L'usage du stérilet est alors devenu plus fréquent avec un taux d'échec très limité.

Abstinence périodique: Ogino-Knaus et la méthode des températures

Traditionnellement, on pensait que les jours précédant les règles présentaient moins de risques de conception⁵²². Selon Anna Fischer, la femme dispose d'une ressource naturelle « la semaine blanche » (entre le 16^e et le 21^e jour à partir du commencement de la menstruation), qu'elle qualifie de « sûre et inoffensive » et durant laquelle la conception est improbable; elle remarque pourtant que certaines femmes peuvent avoir des périodes irrégulières. Mais les recherches sur l'ovulation ont mis en évidence que les rapports sont supposés être non féconds jusqu'au sixième jour du cycle, puis à partir du 21^e jour. Les méthodes du Dr Ogino et du Dr Knaus développées durant les années 20 et la méthode des températures dès les années 30, s'appuient donc sur une meilleure identification du processus de l'ovulation.

Ces méthodes sont les seules qui sont admises, après l'abstinence, pour les catholiques. Ainsi le Dr Gustave Clément, chirurgien à Fribourg, prend la peine d'expliquer, parce qu'elle est plus naturelle ou moins frauduleuse que les autres, la méthode de la « stérilité facultative » dite d'Ogino-Knaus selon laquelle les deux ou trois jours qui précèdent et suivent immédiatement les règles présentent de « grandes probabilités d'infécondité ». Mais pour Gustave Clément il faut un « motif suffisant (tel qu'il n'intervient guère dans les jeunes ménages) [...] pour recourir à ces précautions naturelles et exemptes de fraudes formelles ». Une telle pratique, si elle était systématique, « répugnerait à l'ordre providentiel et au but premier du mariage ».⁵²³

Les méthodes d'abstinence périodique, souvent combinées, ont été utilisées surtout dans les années 50 et 60, la méthode des températures étant plus fiable mais aussi plus contraignante.

Hormones

C'est dans les années 60 que la contraception hormonale, annoncée par Marie Stopes ou par Laffont comme expérimentale, devient disponible, mais elle présente de nombreux effets secondaires.

La « pilule » moderne⁵²⁴, procédé contraceptif oral, est le résultat, après de très nombreuses études menées dès le début du XX^e siècle, de la découverte que des

⁵²² FOREL 1906, p. 478.

⁵²³ CLÉMENT 1935 a, p. 167.

⁵²⁴ C'est à Gregory Pincus que l'on attribue l'invention de la pilule anticonceptionnelle en 1956.

hormones ovariennes ou des dérivés proches, les œstrogènes (identifiés dès 1929) et la progestérone (identifiée en 1934), contenus dans le corps jaune, inhibaient l'ovulation. A la fin des années 1930, la forme active de l'œstrogène (éthynil-œstradiol) et, dans les années 1950, les dérivés actifs de la progestérone (les norstéroïdes) ont été synthétisés. Rapidement, on a procédé à des mélanges d'œstrogène et de progestérone. Les produits ont d'abord été commercialisés à des fins thérapeutiques (traitement des troubles menstruels), mais ils ont été officiellement reconnus comme contraceptifs aux Etats-Unis en 1960 et autorisés en Suisse dès le 1^{er} mai 1961. Des produits équivalents ont aussi été rapidement commercialisés en Chine.

Marianne Mall-Haefeli présente en 1964, à côté des méthodes traditionnelles de contraception, la nouvelle méthode hormonale, très efficace, qui supprime l'ovulation mais qui comporte un certain nombre de contre-indications (maux de tête, nausées, thromboses, risques cancérigènes). Elle indique qu'il s'agit d'une tablette d'un dérivé de progestérone à prendre quotidiennement entre le 5^e et le 25^e jour du cycle.

La posologie et les constituants de ces produits n'ont cessé d'être mis au point avec l'apparition des minidosages et la répartition modulée de ses constituants⁵²⁵.

L'emploi de la pilule dans le public ne dépendait pas seulement des progrès scientifiques et des études épidémiologiques, mais aussi largement des réactions passionnelles et de la polémique relative à la pilule elle-même, à ses dangers et à la contraception en général. Ce n'est vraiment qu'à la fin des années 1960 que la pilule a été accessible en Europe, mais elle reste encore un procédé contraceptif coûteux.

Etudiés dans les années 60, les contraceptifs injectables ont été largement diffusés sur le marché, dans les années 1973 et suivantes, d'abord en Chine et en Amérique latine selon des programmes auxquels l'OMS a collaboré. L'une des formes est appelée Depo Provera⁵²⁶, il s'agit d'une injection intramusculaire dont la durée d'action est de 84 jours (+ 5 jours). En 1978, ces produits ont été contestés à cause des risques cancérigènes. Ce n'est qu'en 1992 que les contraceptifs injectables ont été autorisés aux Etats-Unis alors qu'ils étaient déjà utilisés très largement ailleurs.

Comme la pilule, l'injection empêche l'ovulation, mais par contre elle entraîne la perte des règles. Elle est recommandée aux femmes qui ne tolèrent pas ou ne peuvent utiliser les autres moyens contraceptifs, aux femmes pour lesquelles une grossesse serait préjudiciable et qui ont besoin d'un grand degré de fiabilité contraceptive, aux femmes qui ont de la difficulté à se rappeler qu'il faut prendre chaque jour la pilule ou encore qui apprécient la discrétion de cette méthode, seule la personne qui fait l'injection étant au courant.

Un contraceptif hormonal très récent, l'Implanon, a été introduit en Suisse en novembre 1999. Diffusé dans le sang, il inhibe l'ovulation. Un prospectus de publicité en vante les qualités:

« Implanon est une nouvelle méthode de contraception hormonale qui offre une protection fiable à long terme, pour trois ans, sans obligation de prendre

⁵²⁵ Dans les années 1970, on a commencé à prescrire des œstrogènes ou des progestatifs après le coït pour éviter l'implantation de l'œuf et le développement d'une grossesse.

⁵²⁶ Nom commun donné au Depot-medroxyprogesterone acetate DMPA.

quotidiennement une pilule. [...] Il se présente sous la forme d'un petit bâtonnet en matériau synthétique, très fin, qui s'implante directement sous la peau, sur le côté interne du bras. Le principe actif contenu dans le bâtonnet est de l'étonogestrel, une hormone appartenant au groupe des progestatifs.»⁵²⁷

Contraception et stérilisation contraceptive dans le monde aujourd'hui

La pilule, les préservatifs féminins tels que les diaphragmes et les stérilets, et le préservatif masculin sont devenus les méthodes communément admises et recommandées par les médecins ou les centres de planning familial comme moyens anti-conceptionnels pour une grande partie de la population dans les pays développés. Il reste que leur coût ne les rend pas accessibles à chacun.

Il faut relever en outre que la stérilisation comme méthode de régulation des naissances s'est répandue rapidement dans le monde dès les années 70⁵²⁸. Elle représenterait environ un tiers (19 %⁵²⁹) de toute la contraception mondiale, celle-ci concernant un peu plus de la moitié de la population d'âge reproductif (54%); puis, par ordre d'importance, le stérilet (11%), la pilule (8%), le préservatif (5 %), enfin autres (11%, comme l'abstinence périodique, le retrait, le diaphragme, etc.). Par rapport aux autres méthodes, le recours à la stérilisation augmente avec l'âge et concerne en majorité des couples ayant au moins deux enfants.

Ces proportions varient énormément d'un pays à l'autre selon le niveau de développement, la culture et la religion dominantes. Ainsi, en France, la stérilisation contraceptive est très peu utilisée (3%), alors que la pilule représente 40 %, le stérilet 15 %. A l'inverse, elle est très fréquente au Canada (42%). Elle est aussi très répandue dans certains pays d'Asie (en Chine, 34%) et d'Amérique latine (Porto Rico, 44%). La stérilisation féminine est la plus courante d'une manière générale, cependant la stérilisation contraceptive masculine est bien admise dans certains pays développés comme les Pays-Bas (11% des hommes et 4% des femmes), le Royaume-Uni (16% des hommes et 15 % des femmes), ou le Canada (20 % des hommes et 22 % des femmes).

Auteurs favorables ou non aux méthodes contraceptives

Les auteurs favorables à la contraception sont plus riches en information sur les méthodes que les opposants. Ainsi Forel recommande les moyens grâce auxquels on peut «éviter toute conception qui risque de se produire dans de mauvaises conditions et régler d'une façon rationnelle la procréation des enfants. [...] Ils rendent le mariage possible aux jeunes gens, alors même que leurs ressources ne leur

⁵²⁷ IMPLANON 1999.

⁵²⁸ LERIDON 2000.

⁵²⁹ Statistiques selon le pourcentage des couples ou des femmes d'âge reproductif.

permettent pas encore de fonder une famille. [...] En un mot, [ils permettent] de satisfaire notre desideratum qui consiste à pouvoir séparer à volonté la procréation de la satisfaction de l'appétit sexuel.»⁵³⁰ Cet argument est central chez Forel, mais encore très nouveau dans la mentalité du public. Cette différenciation entre sexualité et reproduction est caractéristique du mouvement néo-malthusien, il sera condamné par la hiérarchie catholique⁵³¹ et notamment par le chirurgien fribourgeois Gustave Clément⁵³².

Comme Forel, Marie Stopes part du principe que l'individu normal a des désirs sexuels et qu'il importe que les relations soient pratiquées dans une entente mutuelle. Sans être aussi radicale que ces deux auteurs dans l'affirmation de l'autonomie de la sexualité, Anna Fischer envisage dans son ouvrage *La Femme médecin du foyer* la possibilité pour les femmes de recourir à la contraception :

*« Il nous faut aussi mettre en garde contre les dangers qui guettent la femme débile, et par conséquent discuter s'il est légitime, dans tel ou tel cas, d'avoir recours à des procédés anticonceptionnels. Protection de pauvres femmes, dont les forces ne suffisent pas à la tâche, protection de toutes celles qui sont malades et incapables à la maternité [...]. Aucune femme ne doit être une machine à faire des enfants. [...] »*⁵³³

Mais les explications détaillées sur les méthodes ne peuvent pas toujours être explicites surtout dans des publications destinées au grand public où l'on renvoie souvent le lecteur à d'autres sources d'information plus confidentielles. Ainsi le périodique néo-malthusien intitulé *La Vie Intime*, publié à Genève de 1908 à 1914 et imprimé à l'Imprimerie des Unions ouvrières de Lausanne, glisse divers avis dans ses colonnes :

*« Tous les accessoires prescrits par la méthode malthusienne sont fournis par l'institut Hygie à Genève. [...] Un docteur de nos amis donnera gratuitement ses conseils à tous ceux qui le solliciteront par lettre adressée à Monsieur le Docteur de La Vie intime, Poste Bourg-de-Four, Genève. [...] Les moyens pratiques de limiter volontairement les naissances se trouvent expliqués en détail dans notre Brochure illustrée gratuite. Envoi sous pli fermé sur demande [...] »*⁵³⁴

⁵³⁰ FOREL 1906, pp. 481-482.

⁵³¹ « L'Eglise catholique [...] promulgue de nouveau : que tout usage du mariage, quel qu'il soit, dans l'exercice duquel l'acte est privé, par l'artifice des hommes, de sa puissance naturelle de procréer la vie, offense la loi de Dieu et la loi naturelle, et que ceux qui auront commis quelque chose de pareil se sont souillés d'une faute grave. [...] Les uns revendiquent le droit à cette criminelle licence, parce que, ne supportant point les enfants, ils désirent satisfaire la seule volupté sans aucune charge; d'autres parce qu'ils ne peuvent, disent-ils, ni garder la continence, ni, - à raison de leurs difficultés personnelles, ou de celles de la mère, ou de leur condition familiale - accueillir des enfants. Mais aucune raison assurément, si grave soit-elle, ne peut faire que ce qui est intrinsèquement contre nature devienne conforme à la nature et honnête. » (ENCYCLIQUE 1931, pp. 25-26).

⁵³² Les moyens contraceptifs sont des « fraudes » (CLÉMENT 1935 a, p. 165).

⁵³³ FISCHER 1929, pp. 246 et 254.

⁵³⁴ *La Vie intime*, N° 1, sept. 1908, pp. 3 et 7; N° 67, sept. 1914, p. 3. Revue créée par le Groupe néo-Malthusien Genevois fondé en 1907. Emanant de ce groupe, il y avait aussi un centre d'information sexuelle tenu par un couple de médecins ainsi que l'Institut Hygie spécialisé dans la vente par correspondance d'ouvrages et d'articles d'hygiène sexuelle. Il existait à cette époque trois points de vente de contraceptifs. (Voir GUALENTI 2000, p. 967).

Parmi les publications de l'Institut Hygie à Genève, on peut mentionner la brochure publiée en français, allemand et italien et intitulée *Plus d'Avortements. Plus de contagion*; parue vers 1910, elle présente le malthusianisme et les « moyens pratiques d'éviter la maternité »⁵³⁵: les préservatifs pour hommes (Le Chanteclair, L'Idéal, L'Américain, Le Casque, Le Léopard, Le Para-Idéal) et les préservatifs pour dames (Le Pessaire Idéal, le pessaire Numa, les suppositoires Malthus, les éponges La Préférée et Mignonnette, l'Injecteur dilateur, la poudre Stérilisienne, les appareils insufflateurs L'Utéro, Le Stérilis, Le Dilvaginal, etc.). (fig. 7)

Un grand débat concerne le droit au contrôle des naissances selon les classes sociales. Plusieurs auteurs recommandent les moyens anticonceptionnels dans les milieux populaires pour éviter l'épuisement conséquant à la multiparité, comme la brochure publiée à Lausanne la même année que *La Question sexuelle* de Forel et intitulée *Limitation des naissances dans la classe ouvrière*⁵³⁶. Son auteur, Jeanne Dubois, à l'instar d'autres socialistes, anarchistes ou libres penseurs⁵³⁷, est partisane d'une limitation des naissances volontaire de la part des prolétaires. Elle revendique pour les classes défavorisées aussi, et non seulement pour les classes privilégiées, le droit à la sexualité sans procréation.

*« Le laisser-aller à la fécondité naturelle [dans] les milieux ouvriers [...] entraîne] l'aggravation de la misère. [...] [Ceux-ci doivent] établir un équilibre entre leurs forces éducatives et le nombre des petits êtres à développer. Et du point de vue moral autant que du point de vue économique, je dis que procréer indéfiniment, c'est se rendre impossible la tâche éducative. [...] Combien, en la classe ouvrière, ignorent ou tout au moins connaissent imparfaitement la prophylaxie anticonceptionnelle. »*⁵³⁸

A l'inverse, une autre brochure de vulgarisation publiée à Lausanne quelques années plus tard s'oppose, sauf exception, à l'usage des moyens anticonceptionnels par les prolétaires:

*« S'il y a, indubitablement, des cas où la pauvreté des parents, ou encore leur état de santé, les empêche, d'une façon absolue, de songer à avoir des enfants, ces cas sont rares. [...] On a fait croire aux masses que le bonheur terrestre dépendait de la limitation des naissances. [...] Ne serait-il pas possible de répandre dans les masses ouvrières l'idée, tellement plus vraie, que le quatrième état ne sera respecté et heureux que s'il est fort et qu'il ne sera fort que s'il a de nombreux enfants [...] »*⁵³⁹

⁵³⁵ PLUS D'AVORTEMENTS 1910. Brochure conservée dans le fonds de la Fédération abolitionniste internationale (Bibliothèque publique et universitaire de Genève), information transmise par Aline Gualeni (voir aussi GUALENI 2000).

⁵³⁶ DUBOIS 1906. C'est le texte d'une conférence qui devait se tenir à Fribourg, à l'initiative du Cercle socialiste et de l'Union ouvrière, mais qui a été interdite.

⁵³⁷ La première ligue néo-malthusienne est fondée à Londres en 1877 dans l'entourage de Bakounine; pour la Suisse romande, voir GAILLARD & MAHAIM 1983.

⁵³⁸ DUBOIS 1906, pp. 2-3 et p. 9.

⁵³⁹ HOFEMANN 1922, pp. 22 et 31.

Dans un autre ouvrage, le même auteur méprise les moyens contraceptifs.

« Je me garderai bien de décrire les artifices employés, cela pour ne pas leur faire plus de réclame qu'ils n'en ont déjà, et me contenterai de constater que: quelques-uns, les plus rares, sont absolument efficaces, mais volontiers dangereux (les pessaires intra-utérins par exemple); les autres sont quelquefois inefficaces; tous sont inélégants, pour ne pas dire répugnants. Il est extraordinaire que la pudeur féminine s'en accommode si aisément. »⁵⁴⁰

Dans une brochure de vulgarisation publiée en 1941 intitulée *Enseignements et exhortations aux femmes et aux futures mères*⁵⁴¹, le gynécologue bâlois Alfred Labhardt recommande aux femmes d'espacer les grossesses, mais il semble opposé à la contraception, du moins par des agents intermédiaires.

« Toutes les méthodes anticonceptionnelles [...] sont nuisibles. Elles sont contraires à la nature et comme toute chose allant à l'encontre des lois, la punition s'ensuit, sévère parfois. C'est une grave erreur de croire que les corps étrangers ou les agents chimiques utilisés dans ce but soient inoffensifs et sans conséquences, indépendamment du fait qu'ils ne sont jamais sûrs à cent pour cent. »⁵⁴²

Il se peut qu'il s'agisse là d'un discours officiel alors que, en entretien privé, son auteur serait capable de conseiller une patiente de manière moins dogmatique⁵⁴³.

Dépendance de la femme vis-à-vis du médecin

Pour Marie Stopes, la contraception est le meilleur moyen de lutter contre les avortements. Elle attribue au médecin une grande responsabilité à ce sujet, car il ne doit pas seulement soigner les maladies, mais les prévenir. Dans cette perspective, il a le devoir, à l'égard de l'individu et de l'Etat, d'informer la population et surtout la classe populaire, sur les méthodes à disposition. Elle confirme l'opinion que la profession médicale est souvent réticente à donner des informations au sujet de la contraception, c'est alors souvent les femmes entre elles qui se donnent des conseils; une méthode éprouvée par l'une sera ensuite recommandée à d'autres.

Marie Stopes s'insurge contre le fait que, historiquement, on n'a toléré la contraception que pour des raisons médicales, la femme étant soumise aux compétences médicales pour décider de ses grossesses; elle se demande pour combien de temps encore le public restera satisfait de cette dépendance. Selon elle, la contraception concerne avant tout n'importe quelle femme en bonne santé qui doit pouvoir choisir la naissance d'un enfant et il lui paraît essentiel de pouvoir espacer les naissances.

⁵⁴⁰ HOFFMANN 1924, p. 49.

⁵⁴¹ LABHARDT 1941. Il s'agit de la traduction et de la publication de causeries faites à la radio concernant la santé de la femme, en particulier la grossesse et l'accouchement; il encourage les femmes à consulter un médecin régulièrement et, en cas de problèmes de santé, rapidement.

⁵⁴² LABHARDT 1941, p. 31

⁵⁴³ Voir ci-après.

Anna Fischer, de son côté, tout en rappelant le procédé contraceptif le plus élémentaire, recommande aux femmes de s'adresser à un médecin.

« Là où une abstinence volontaire est impossible, de nombreux médecins se sont occupés de trouver la solution pratique du problème. Nous renvoyons à ces médecins les couples qui luttent moralement et qui ne peuvent trouver tout seuls la ligne de conduite à suivre. Que ces médecins leur indiquent ce qu'ils doivent à la morale et à eux-mêmes. »⁵⁴⁴

Elle reconnaît que c'est précisément un obstacle : toutes les femmes n'osent pas s'adresser à leur médecin et, quand elles s'y risquent, il arrive trop souvent qu'elles ne reçoivent pas l'information demandée. D'autres auteurs du début du siècle mentionnent ce frein ; c'est aussi ce qu'indiquent des témoignages recueillis a posteriori. Une étude⁵⁴⁵ s'appuyant sur l'histoire orale concernant les femmes immigrées aux Etats-Unis entre 1840 et 1930 confirme que les femmes immigrées vivaient dans la crainte permanente de devenir enceinte. Or, si elles demandaient conseil au prêtre, il leur répondait que la contraception était un péché et que les enfants étaient un don de Dieu ; et si elles rassemblaient leur courage pour demander conseil à un médecin, soit il éludait la question, soit il leur disait qu'il n'y a rien à faire.

Le médecin est le plus souvent le passage obligé pour une contraception fiable et adaptée, surtout pour les procédés féminins. On retrouve ici le Dr Labhardt qui conseille aux femmes d'espacer les grossesses tout en considérant, on l'a vu, les méthodes anticonceptionnelles comme nuisibles :

« Mais comment éviter le retour de Dame Cigogne ? Il s'agit là de choisir avec prudence, car tout ce que l'on propose n'est pas bon à prendre ! Demandez l'avis de votre médecin, capable de conseiller et d'apprécier en connaissance de cause. »⁵⁴⁶

La femme reste donc largement dépendante du médecin pour gérer sa sexualité, espacer ses grossesses et éventuellement prévenir toute nouvelle grossesse.

Stérilisation plutôt que contraception

Tous les auteurs mentionnés dans ce bref survol des méthodes contraceptives s'accordent pour admettre que, si une grossesse doit impérativement être évitée dans la durée, la stérilisation est la méthode la plus sûre, tant pour les hommes que pour les femmes. Mais d'autres méthodes présentent toutefois à chaque époque certaines garanties.

Pour Forel, les capotes permettent « à de malheureux individus pathologiques dont le devoir social et moral est de ne pas procréer d'enfants, de satisfaire leurs besoins sexuels sans avoir à craindre de peupler le monde de misérables avortons,

⁵⁴⁴ FISCHER 1929, p. 249.

⁵⁴⁵ WAETHERFORD 1986, pp. 3 ss (chapitre intitulé « Fatalistic conceptions »).

⁵⁴⁶ LABHARDT 1941, p. 23.

d'idiots ou d'invalides»⁵⁴⁷. Forel préconise donc en priorité la capote pour éviter une descendance tarée. Mais si la conception doit être évitée de manière permanente, il recommande, on l'a vu, de recourir à la dislocation des trompes, notamment lors de maladies chroniques de la femme qu'une grossesse pourrait aggraver et chez des personnes qui n'ont pas le discernement.

*« Le moyen le plus sûr d'empêcher définitivement la conception, est la dislocation des trompes. Cette opération facile est indiquée chaque fois que la femme doit renoncer définitivement à procréer des enfants, par exemple dans les cas de bassin rétréci, d'aliénation mentale, d'épilepsie, de tuberculose, etc. »*⁵⁴⁸

Selon Marie Stopes, la contraception est utile pour les femmes qui ont déjà plusieurs enfants ou pour celles qui souffrent de diverses maladies; les indications de la contraception sont en grande partie analogues à celles de la stérilisation mentionnées par les divers auteurs considérés plus haut, à savoir : syphilis active, cécité congénitale, tuberculose active, maladies de cœur, de reins, épilepsie, lèpre, diabète, pathologies graves lors des précédentes grossesses (folie puerpérale, grave albuminurie ou éclampsie, bassin rétréci, césariennes), faiblesse d'esprit marquée. D'autres indications à la contraception peuvent être, selon Marie Stopes, l'alcoolisme persistant chez l'un ou l'autre des parents potentiels et la misère dans les foyers pauvres et surchargés d'enfants. Dans ces conditions, le contraceptif le plus sûr est le dispositif intra-utérin, placé par le médecin, et par conséquent ne dépendant pas de la femme; il est donc particulièrement adapté pour des femmes négligentes ou pour des femmes irresponsables qui ne peuvent utiliser convenablement les autres moyens contraceptifs et qui ne devraient pas concevoir pour éviter une descendance tarée⁵⁴⁹. Ce n'est qu'au sujet de la faiblesse d'esprit que Marie Stopes envisage la stérilisation qui doit être préférée à la contraception car les personnes ne sont pas capables d'utiliser convenablement les moyens contraceptifs.

Le gynécologue Hans Guggisberg, professeur de clinique obstétricale de l'Université de Berne⁵⁵⁰, remarque que le bon usage des moyens contraceptifs exige des compétences que n'ont pas nécessairement les personnes handicapées, tarées (*minderwertig*) physiquement ou psychiquement. Ainsi, aucune des méthodes de contraception mécaniques ou chimiques disponibles alors (en 1938) ne lui paraît recommandable pour des personnes irresponsables; le condom en particulier n'est guère fiable quand il est utilisé par un homme égoïste, insouciant et brutal; quant au dispositif intra-utérin, il en dénonce les dangers d'infection et de grossesse extra-utérine. La stérilisation est donc la méthode la plus sûre.

La pilule nécessite une prise quotidienne, elle n'est pas particulièrement recommandée pour des personnes irresponsables sauf si elles sont secondées régulièrement.

⁵⁴⁷ FOREL 1906, p. 482.

⁵⁴⁸ *Ibidem*, p. 482.

⁵⁴⁹ « It might be applied to [...] secure freedom from conception on the part of degenerate, semi-feeble-minded or carelessly drunken women who are incapable of giving the necessary thought or care to the use of contraceptives themselves, and who ought on no account from a racial point of view to bear further children.» (STOPES 1927, p. 192).

⁵⁵⁰ GUGGISBERG 1938.

Par contre, plusieurs indications à l'injection trimestrielle d'hormones sont analogues aux indications à la stérilisation. Par le suivi médical qu'elle requiert et surtout par son efficacité dans la longue durée, elle est venue augmenter les possibilités contraceptives sans compter avec la compétence de la personne. Le Depo Provera est recommandé aux personnes déficientes mentales, psychotiques ou dépendantes de la drogue⁵⁵¹, car la contraception est assurée indépendamment de la motivation continue de la personne. La seule contrainte est celle d'un rendez-vous pour la prochaine injection. Dans un dossier préparé par la Fédération suisse des associations de parents de handicapés mentaux (INSIEME) publié en 1998⁵⁵², les diverses méthodes contraceptives sont expliquées de manière très simple, pesant le pour et le contre des méthodes pour des personnes ayant un handicap intellectuel. Le Depo Provera est recommandé pour son efficacité, mais il est précisé qu'on a tendance à en abuser, sans solliciter le consentement de la personne et s'épargnant ainsi les soins liés à la menstruation. L'Implanon, tout récent, est recommandé par certains gynécologues plutôt que la stérilisation ou le Depo Provera pour des personnes qui ne veulent ou ne peuvent utiliser d'autres méthodes contraceptives plus éphémères :

« Implanon est la méthode idéale destinée aux femmes [...] qui ne désirent plus s'astreindre à une prise quotidienne de pilule, [...] qui ne désirent plus d'enfants et réfléchissent à la stérilisation. »⁵⁵³

Ainsi, tout au long du XX^e siècle, il a existé des méthodes relativement fiables (si elles étaient tolérées médicalement) dépendant de la compétence et de la détermination des personnes (le condom pour Forel, le diaphragme pour Marie Stopes, la pilule dès les années 60). S'agissant de personnes non motivées et incompetentes, ce sont les contraceptifs placés par le médecin qui ont été préconisés (le dispositif intra-utérin pour Marie Stopes, plus récemment l'injection ou l'implant d'hormones). Mais chacune de ces méthodes pouvant présenter des contre indications, la plupart des auteurs ont donné la préférence à la stérilisation lorsqu'il s'agissait impérativement d'éviter une grossesse. Si la stérilisation est accessible à toute femme susceptible de donner son consentement libre et éclairé par choix ou par nécessité, elle pose des problèmes spécifiques chez une personne dont le discernement est limité. C'est ainsi que la stérilisation, méthode efficace par excellence prônée tout au long du XX^e siècle, est devenue particulièrement contestée pour des femmes déficientes mentales.

⁵⁵¹ « Conditions associated with poor compliance with other contraceptive methods (mental disability/psychosis, intravenous drug use, adolescence) », KAUNITZ 1994, voir aussi LA VECCHIA 1994.

⁵⁵² AFFAIRE DE CŒUR 1998. Les indications sont tirées d'un ouvrage publié au Canada (MASKYM 1991).

⁵⁵³ IMPLANON 1999.

DEUXIÈME PARTIE

VAUD

Introduction

Le point essentiel de ce chapitre concerne l'émergence et l'application de la loi de 1928 en vigueur dans le canton de Vaud jusqu'en 1985. Cependant, divers cas de stérilisation problématique pratiqués sans recourir à la loi, avant ou après l'introduction de celle-ci, à l'instar de celui de Louise présenté en préambule, ont été repérés. En outre, il a paru utile d'examiner les stérilisations effectuées au Service de gynécologie de l'Hôpital cantonal afin de comprendre l'évolution du recours à l'opération de la stérilisation. Durant le dernier quart du XX^e siècle, la pratique de la stérilisation non volontaire a été officiellement très restrictive dans le canton de Vaud (en conformité avec les Recommandations de l'ASSM de 1981 et par besoin de marquer des distances par rapport à la loi de 1928), alors qu'elle devenait plus accessible dans d'autres cantons, notamment Neuchâtel et Fribourg.

Stérilisations avant la loi

En Suisse, on l'a vu, c'est principalement dans le canton de Vaud, de même que dans les cantons de Zurich, Bâle et Genève, que des médecins préconisaient dès le début du XX^e siècle des stérilisations et, en particulier, des stérilisations de personnes considérées comme irresponsables: malades mentaux, handicapés mentaux qualifiés alors de débiles mentaux ou d'anormaux psychiques, mais aussi personnes caractérielles ou asociales, voire simplement assistées; or, de telles stérilisations étaient particulièrement problématiques.

La loi vaudoise de 1928 allait être demandée par les autorités sanitaires parce qu'elles étaient sollicitées pour de tels cas depuis plusieurs années et qu'elles souhaitaient pouvoir s'appuyer sur des critères légaux. Deux cas des années vingt figurant dans les archives de l'hôpital psychiatrique de Cery illustrent la procédure

empirique adoptée pour ces situations: la décision est prise entre la commune ou le tuteur et le psychiatre, mais le consentement paraît indispensable et il est soutiré aux personnes concernées.

Armand, stérilisation de sa femme en 1920

Lors de la première hospitalisation d'Armand à Cery en 1911 à l'âge de 34 ans, le diagnostic est «alcoolisme chez un imbécile»; en 1920, «imbécillité». Il est agriculteur chez ses parents, puis, après la mort de ceux-ci, ouvrier agricole chez son oncle. Il coupe du bois pour la commune, mais travaille irrégulièrement à cause de sa mauvaise santé et peut-être d'un manque de volonté. Il ne peut pas toujours assurer sa subsistance et reçoit à certaines périodes une aide de sa commune ou le remboursement de dettes par celle-ci. Il est donc pauvre, partiellement assisté; en 1920, il reçoit pour son ménage un pain et deux litres de lait par jour.

Il a été hospitalisé une première fois car il buvait trop et devenait violent. Puis il a signé un engagement d'abstinence qu'il semble avoir respecté durant plusieurs années. Le diagnostic d'imbécillité est cependant surprenant car il a répondu correctement à la plupart des rubriques d'un questionnaire très développé concernant les connaissances élémentaires; mais ses parents disent qu'il avait de la peine à suivre l'école. Dans la marge du questionnaire, le Dr Steck, encore second médecin à Cery, note «instruction suffisante, jugement niais»; ce commentaire est difficile à comprendre sur la base des réponses données. Les relations d'Armand avec le syndic sont houleuses, ils se parlent grossièrement l'un et l'autre, le syndic méprise Armand et ce dernier donne des coups.

À 41 ans, Armand s'est marié et sa commune d'origine lui intente une action en nullité en vertu de l'article 120 du Code civil suisse (maladie mentale ou incapacité de discernement). Sa commune ne voulait pas que sa femme qui avait la réputation d'être une «coureuse» ni que d'autres enfants qui naîtraient de cette union ne tombent à l'assistance, préférant qu'ils soient le cas échéant assistés par la commune d'origine de l'épouse. L'expertise psychiatrique d'Armand est défavorable: «imbécillité [...], se rend compte d'une manière superficielle [des obligations qui découlent du mariage], [...] cette faiblesse d'esprit peut avoir des conséquences fâcheuses sur l'état des enfants à naître [...]». La nullité du mariage est prononcée mais sans effet pratique, le jugement n'ayant pas statué sur la bourgeoisie de l'épouse ni sur le sort des enfants nés ou à naître. Selon l'avocat d'Armand, «toute cette procédure est la lutte entre deux communes qui se disputent au sujet de la question de bourgeoisie de Dame [...]. C'est assez peu reluisant.»

En 1920, la commune d'origine d'Armand demande la stérilisation de sa femme. Ils sont mariés depuis deux ans, ont deux enfants de 15 mois et de deux semaines. Armand est hospitalisé à Cery à la demande de sa commune sous prétexte qu'il profère des menaces contre celle-ci et le sous-directeur de l'Asile de Cery, le Dr Preisig, écrit au médecin-chef de la Maternité cantonale, le Dr Rossier: «La commune a pensé à une stérilisation déclarant que, cette mesure étant prise, elle ne verrait plus d'inconvénient à ce que les époux [...] vivent ensemble; Madame [...] s'est déclarée prête à subir cette opération, Armand [...] est d'accord aussi avec la stérilisation de sa femme.» La stérilisation a été faite par oophorosalingectomie droite et salpingectomie gauche⁵⁵⁴.

⁵⁵⁴ On peut s'étonner de cette opération par ablation des annexes plutôt que par simple section et ligature des trompes; il y avait peut-être une inflammation des annexes, à moins que l'on ait préféré une opération radicale pour plus de sécurité. Mais on peut penser aussi qu'une simple stérilisation n'était pas admissible pour le seul motif social; il fallait peut-être une opération plus «médicale».

La suite du dossier contient des indications sur les circonstances qui ont conduit les époux à donner leur consentement à la stérilisation: s'ils refusaient, Armand devrait rester interné, s'ils acceptaient, ils pourraient vivre dans la commune du mari et garder leurs deux enfants. Or, après l'opération, la commune envisage de placer les enfants, de retirer l'autorité parentale, de renvoyer l'épouse à sa commune d'origine et de mettre Armand sous tutelle. Armand écrit au Directeur de Cery, le Dr Preisig, pour s'en plaindre: «Cette affaire a été une trahison de la part de la municipalité de [...]. Nous avons été poussés avec menace à consentir à cette opération par les autorités. Vous-même, vous m'avez fait comprendre que si je n'acceptais pas cette opération, je pourrais être interné à vie à Cery.» Le Directeur de Cery écrit alors au Département de l'intérieur en expliquant que l'internement d'Armand «avait pour but de faciliter la liquidation de la situation. Il fut proposé dans ce but de stériliser la femme. [...] Ayant dû faire le porte-parole de la municipalité de [...] pour des promesses qui ne sont pas tenues, nous prions le Département d'examiner si on ne peut pas [mot illisible] aux mesures projetées. [...] Nous ajoutons qu'il vaut autant profiter de la stérilité de dame [...] que d'exposer Armand [...] à procréer des enfants avec une autre personne.»

Les documents du dossier n'indiquent pas quelle a été la suite de cette affaire. Mais des lettres attestent qu'Armand continue à avoir des conflits périodiques avec la commune qui l'humilie de diverses façons.

Le cas d'Armand illustre les manœuvres d'une commune pour agir sur des ressortissants récalcitrants. Le couple a de la peine à assumer économiquement l'entretien de la famille. L'épouse a été stérilisée à cause de la dite imbécillité de son mari; le consentement a été extirpé aux époux par des menaces et de fausses promesses en se servant du soutien du directeur de l'asile psychiatrique. De telles modalités seront dénoncées et contestées par la suite; c'est d'ailleurs pour éviter de telles pratiques que la loi vaudoise de 1928 ou les principes formulés par le canton de Berne en 1931 seront adoptés. Les communes seront soumises à un contrôle plus strict des autorités cantonales, sans toutefois qu'on évite des situations limites; par ailleurs, la stérilisation de l'épouse à cause de l'état de santé du mari sera en principe abandonnée. Ce cas illustre aussi des situations de dépendance de citoyens dont les communes redoutent la charge.

Jeanne, stérilisée en 1925 à l'âge de 17 ans

Jeanne est hospitalisée en janvier 1925 pour une observation à Cery à la demande du Service de l'enfance dont elle dépend; diagnostic: «oligophrénie». Elle a été chassée de la place où elle travaillait comme bonne à tout faire parce qu'on n'était pas satisfait d'elle. Le dossier n'indique pas les motifs à la stérilisation; ce cas illustre surtout la délicate question du consentement qui paraît nécessaire aussi bien au tuteur qu'aux médecins et que la jeune fille donne finalement.

Le dossier relève les antécédents de Jeanne: son père est mort alcoolique lorsqu'elle avait un an; sa mère, «alcoolique» et «de mauvaise vie», était de 40 ans plus jeune que son mari; en outre, Jeanne a un oncle maternel interné à Cery pour démence précoce et une tante maternelle placée à Etoy, une institution qui accueille des débilés mentaux. La mère de Jeanne a eu sept enfants, trois sont morts en bas âge.

Jeanne a été placée à l'âge de 2 ans, puis elle a été une élève moyenne à l'école. Depuis l'âge de 13 ans, elle était servante dans diverses familles; elle a souvent changé de place, on la trouvait «trop lente», «paresseuse», «insoumise»; elle lit des «livres dévergondés»; elle court «après les garçons» et a «des rendez-vous le soir». Le dossier relève: «vois dans ses places» (le seul vol qui est mentionné est celui d'une boîte de sardines). Jeanne a été provisoirement placée à l'Infirmierie d'Yverdon «quoique n'étant pas malade». C'est une diaconesse de l'Infirmierie qui l'accompagne à l'asile psychiatrique, en prétendant qu'elle l'amène dans une clinique, la «Maison Blanche»: «la sœur craignait en lui disant la vérité qu'elle ne se sauvât.»

Le certificat d'admission rédigé par un médecin d'Yverdon relève chez Jeanne une «absence de sens moral absolue» et la nécessité qu'elle soit surveillée «pour ne pas suivre l'exemple de sa mère». Dans l'autobiographie qui lui est demandée, Jeanne raconte le travail qu'elle devait faire dans ses places et écrit sobrement au sujet de l'une d'elles par exemple: «Là aussi je ne travaillais pas selon le désir de mes maîtres.»

Mise en observation à Cery, Jeanne «répond bien aux questions» qui lui sont posées; elle «se conduit bien», a un «caractère gai et insouciant». Peu de jours après son arrivée, le Dr H. Steck lui propose une opération de stérilisation. On ne sait en quels termes, ni quels motifs lui sont donnés. Le tuteur, probablement sollicité par le Dr Steck à donner son consentement à la stérilisation, écrit à ce dernier: «Bien que reconnaissant toute l'utilité qu'il y aurait à stériliser ma pupille, je ne puis consentir à l'opération que pour autant qu'elle-même soit consentante. C'est pourquoi j'aimerais que ma pupille m'adressât une lettre dans laquelle elle me dise qu'elle subit cette opération de son plein gré, de telle façon qu'elle ne puisse me faire le reproche de l'avoir obligée.» La suite reste inconnue, sinon que le 2 mars le Dr Steck écrit dans le dossier: «La malade est d'accord avec quelques hésitations de se faire stériliser.» Le 10 mars, elle quitte Cery pour se faire opérer: «envoyée ce matin à la Maternité, on l'a fait revenir parce qu'elle avait écrit à son tuteur qu'elle protestait contre l'opération (voir corresp. [lettre du 8 mars]).»

Jeanne écrivait en effet à son tuteur: «J'ai été étonnée d'apprendre que vous donnez votre consentement à l'opération qu'on me propose et que je subirai probablement bientôt. [...] je ne crois pas que je n'aie jamais eu à me reprocher ma conduite et je suis très peinée d'avoir à subir une opération comme celle-là. [...]»

Le 13 mars, Jeanne écrit au Dr Steck en le suppliant de ne pas lui imposer un entretien avec son tuteur car elle craint les reproches qu'il pourrait lui faire. Elle a préféré écrire à ce dernier pour lui annoncer qu'elle acceptait la stérilisation:

«Je lui ai d'ailleurs écrit hier soir que c'était décidé et que j'étais tout à fait consentante. [...] J'aimerais vous prier, Monsieur, de me laisser partir le plus tôt possible car la vie ici m'est bien dure.» (lettre de Jeanne au Dr Steck)

Le tuteur donne alors le feu vert pour la stérilisation:

«[...] du moment que ma pupille m'affirme par lettre du 11 mars qu'elle est disposée à subir l'opération en question, je ne vois pas la nécessité d'aller discuter la chose avec elle. C'est une affaire en règle. Elle aurait mieux fait de ne pas retarder la chose par son absurde lettre précédente [celle du 8 mars].» (lettre du 15 mars)

En date du 18 mars, Jeanne signe un consentement dactylographié sur papier à en-tête de Cery: «Je, soussignée [...], donne mon consentement pour l'opération de stérilisation.»

Le 18 avril, il est indiqué dans le dossier: «revient aujourd'hui de la Maternité entièrement remise de son opération, stérilisée! [le mot est souligné]»; puis le 5 mai «placée dans une famille étrangère».

Cinq mois plus tard, elle est à nouveau hospitalisée à Cery, «état nerveux et troubles mentaux», où elle va rester un an et demi occupée à confectionner des sacs en papier.

Puis elle est placée chez des particuliers. Le dossier indique enfin en 1945 qu'elle est mariée (demande de renseignements de l'Hôpital cantonal où elle est hospitalisée). Elle a alors 38 ans.

A la lecture du dossier de Jeanne, il semble que les traits négatifs ont été forcés, qu'il s'agisse de l'oligophrénie, de l'absence de sens moral « absolue », des vols, de la paresse, etc. C'est vraisemblablement le Dr Steck qui préconise l'opération que le tuteur considère aussi comme utile, plutôt que de recourir à une surveillance de la jeune fille en l'internant, comme le propose le médecin qui demande son admission. Les motifs à la stérilisation sont implicites: on ne relève pas l'état mental déficient (le diagnostic étant l'oligophrénie), ni l'hérédité, ni le manque de moralité (celle de sa mère, ses vols ou sa frivolité). Il faut souligner l'état de dépendance de la jeune fille, sans cadre familial, placée durant toute son enfance, à la merci de ses maîtres, et sur laquelle pèse la mauvaise réputation de sa mère. La stérilisation est la seule mesure qui est préconisée. Il s'agit d'éviter qu'elle ne mette au monde un enfant, sans que l'on se soucie semble-t-il de sa situation à elle. Elle a 17 ans, elle est bonne à tout faire et sous tutelle; mais elle se mariera.

On observe en suivant les annotations du dossier et la correspondance annexée que le consentement est problématique. Il s'agit d'une jeune fille sous tutelle, c'est pour cette raison que le Dr Steck requiert le consentement du tuteur; de plus elle est mineure. Le tuteur se méfie que la mesure pourrait être contestée ultérieurement par la jeune fille. En faisant cela, il semble davantage soucieux d'être à l'abri d'éventuels reproches, voire d'une plainte, que de l'opinion véritable de sa pupille; il ne juge pas utile d'en parler avec elle; d'ailleurs Jeanne a peur de le rencontrer. C'est donc le médecin qui cherche à convaincre la jeune fille; longtemps Jeanne n'est pas vraiment consentante pour l'opération (elle a « quelques hésitations »); puis l'opération prévue a dû être reportée car Jeanne a franchement exprimé son désaccord; mais elle finit par obéir, probablement par peur des reproches de son tuteur ou d'un internement.

Si ce cas s'était présenté quelques années plus tard dans le contexte de la loi de 1928, la stérilisation de Jeanne aurait dû être argumentée; elle aurait certainement été soumise au Conseil de santé qui peut-être l'aurait refusée. L'hérédité aurait été mise en évidence, mais le degré de l'oligophrénie n'était pas tel que l'on puisse invoquer l'incurabilité. Des jeunes filles comme Jeanne seront protégées par la loi d'une mesure trop radicale.

Le cas d'Armand et de sa femme et celui de Jeanne sont représentatifs de leur époque par la manière dont ils sont envisagés, mais ils relèvent d'une problématique fondamentale relative aux motifs de la stérilisation et aux modalités de consentement. Ces deux cas sont vraisemblablement inclus dans la statistique publiée en 1935 par Hans Steck, lorsqu'il dénombrait 49 cas de stérilisations d'anormaux psychiques dans le canton de Vaud entre 1919 et 1928 jusqu'à l'entrée en vigueur de la loi: Jeanne doit être l'une des 27 femmes oligophrénés et la femme d'Armand, l'une « des trois non-aliénées ayant épousé des aliénés »⁵⁵⁵.

⁵⁵⁵ STECK 1935, p. 876.

Il est important de noter ici le rôle central que va jouer, durant l'entre-deux-guerres, le psychiatre Hans Steck, d'abord second médecin, puis directeur de Cery, dans l'application de la loi de 1928, soit en qualité de demandeur ou d'expert, soit par ses commentaires et explications dans de nombreuses publications sur ce sujet.

Avant d'aborder le sujet central concernant le canton de Vaud, à savoir l'adoption de la loi de 1928 et son application, il convient encore de mentionner un épisode significatif qui concerne la Suisse romande et qui témoigne de l'acuité croissante, à la fin des années 20, de la problématique de la stérilisation de personnes dépendantes, psychiquement et/ou économiquement. L'opération de stérilisation, non strictement justifiée médicalement ni pleinement assumée par la personne concernée, tendait à devenir une solution à laquelle notamment des communes ou des tuteurs avaient recours parfois abusivement. Le Cartel romand d'hygiène sociale et morale s'en est inquiété.

Cartel romand d'hygiène sociale et morale, 1927

A côté de nombreux domaines d'action et de réflexion relatifs à la prévention (littérature immorale, jeux de hasard, alcoolisme, maladies vénériennes, prostitution, dénatalité, etc.), le Cartel romand d'hygiène sociale et morale, fondé en 1918, avait aussi à son programme «le maintien de la répression pénale de l'avortement⁵⁵⁶, la lutte contre les abus de la stérilisation génitale, la protection de l'enfant illégitime ou de parents divorcés»⁵⁵⁷. La priorité du Cartel était la protection de la famille.

En 1926, Maurice Veillard, secrétaire général, a proposé à ses collègues du comité de traiter la question de la stérilisation lors de la prochaine assemblée générale.

*« Comme sujet, M. Veillard propose la stérilisation génitale dans un but eugénétique et de prévention de l'assistance. Eventuellement on pourrait joindre la question de l'avortement. Ces deux problèmes sont d'actualité: d'une part des cantons (Berne, par exemple) ou des communes (Le Mont-sur-Lausanne [Vaud], par exemple) pratiquent la stérilisation pour diminuer les charges de l'assistance publique; d'autre part, la stérilisation eugénétique se pratique de plus en plus fréquemment. Le projet de la loi sanitaire vaudoise prévoit la stérilisation d'office dans certains cas. Ce sont là des pratiques susceptibles d'abus et grosses de conséquences physiques et morales. N'y aurait-il pas lieu pour nous de les étudier et de montrer leur complexité pour mettre en garde les théoriciens contre des excès ? »*⁵⁵⁸

Le Dr Chable, médecin à Neuchâtel et président du Cartel, était favorable au choix de ce sujet, mais comme la majorité des membres du comité pensait qu'il

⁵⁵⁶ Publication de deux brochures: VEILLARD 1919 et MURET 1926.

⁵⁵⁷ Recueil artificiel des archives HSM, *Cartel suisse romand d'hygiène sociale et morale*, IV, chapitre «Réalizations». Voir HELLER 1995 (pp. 127 ss concernant le Cartel).

⁵⁵⁸ Séance du comité du 18 mars 1926, Procès-verbaux des comités et des assemblées générales, II, 1923-1930.

était prématuré d'aborder ce problème qui « est entièrement nouveau pour des profanes », le sujet a été écarté provisoirement. L'année suivante, le comité décide de reprendre cette question et de faire venir quelques médecins ténors de Suisse romande, notamment des psychiatres :

« Ce qui nous préoccupe ce sont les conséquences morales et sociales de la stérilisation abusive telle qu'elle tend à s'introniser. [...] Le sujet proposé et l'orateur [M. Muret] sont approuvés. [...] On décide d'inviter les Drs Bersot [Neuchâtel], Dubois (Genève), Forel (Nyon), Naville (Genève), Delay et Milliquet (Lausanne), [...], Gueissaz (Neuchâtel). Le Dr Preisig [Cery] sera invité comme délégué. »⁵⁵⁹

Un long compte rendu de la conférence du Dr Maurice Muret⁵⁶⁰, rédigé par le secrétaire général M. Veillard, figure dans le procès-verbal de l'Assemblée générale du 28 avril 1927 à Neuchâtel :

« [...] Le Dr Muret [...] pose comme principe que le médecin seul est compétent pour décider de l'intervention, que le consentement des intéressés ou de leurs représentants légaux⁵⁶¹ est toujours nécessaire, que l'homme doit être stérilisé quand c'est lui qui est porteur de tares et non toujours la femme comme on paraît le croire; la loi pénale n'a pas à parler de cette opération. On peut dire que chez nous les médecins ne pratiquent cette opération qu'avec prudence. On peut leur faire confiance. Par contre des autorités d'assistance ont découvert là un moyen commode de limiter le nombre de leurs assistés. Le conférencier cite trois cas dans lesquels des inspecteurs d'assistance bernois ont – en violation des directions qui leur sont données – fait pression sur des femmes assistées pour qu'elles se laissent stériliser pour le motif que le mari est buveur ou qu'elles ont trop d'enfants (3. 4. 5!) alors qu'elles sont saines. On voit trop où de tels abus conduisent. Il faut signaler ces abus à l'opinion publique qui ne doit pas les tolérer. Le médecin seul peut faire de telles propositions quand une raison médicale l'y incite. Cette ferme doctrine, qui n'a d'ailleurs rien d'inhumain, rencontre l'assentiment de l'assemblée. »

C'est précisément cette doctrine qui sera adoptée, on le verra, dans les Directives publiées par la Direction de l'Assistance du canton de Berne en 1931. Le canton de Vaud pour sa part va adopter une mesure législative concernant essentiellement la stérilisation de personnes atteintes d'infirmité mentale. Dans les deux cantons, la question a été sérieusement étudiée par les autorités dès l'été 1927.

Loi de 1928 sur la stérilisation

Les lois des 14 février 1901 et 23 novembre 1921 *sur le régime des personnes atteintes de maladies mentales* ne contiennent aucune allusion à des possibilités de

⁵⁵⁹ Séance du comité du 23 mars 1927, *ibidem*.

⁵⁶⁰ MURET 1927.

⁵⁶¹ À remarquer que le consentement du tuteur ou des parents peut suffire, selon Muret, pour des personnes mineures ou sous tutelle.

limiter la transmission héréditaire des maladies mentales. C'est le 3 septembre 1928, en étendant les dispositions de ces lois aux personnes atteintes d'infirmités mentales, que le législatif vaudois leur ajoute un article 28bis nouveau. En voici l'intitulé :

« Une personne atteinte de maladie mentale ou d'une infirmité mentale peut être l'objet de mesures d'ordre médical pour empêcher la survenance d'enfants, si elle est reconnue incurable et si, selon toutes prévisions, elle ne peut avoir qu'une descendance tarée.

L'intervention médicale n'a lieu que sur autorisation du Conseil de santé.

Le Conseil de santé lui-même ne donne cette autorisation qu'après enquête et sur préavis conforme de deux médecins désignés par lui.

*Il décide de l'attribution des frais ».*⁵⁶²

Elaboration de la loi, motifs invoqués et réticences

Les premières discussions relatives à ce qui est devenu l'article 28bis se sont déroulées au sein du Conseil de santé⁵⁶³ qui en a préparé le projet pour le soumettre ensuite aux députés du Grand Conseil⁵⁶⁴ pour son adoption définitive. Alors qu'un nouveau projet de loi sanitaire était mis à l'étude précisant notamment les compétences du Conseil de santé, la nécessité est apparue aussi de modifier la loi *sur le régime des personnes atteintes de maladies mentales* « pour tenir compte du désir exprimé d'introduire une disposition permettant au Conseil de santé de décider la stérilisation de certaines personnes anormales », c'est-à-dire de porter « atteinte à l'intégrité corporelle des individus »⁵⁶⁵.

*« La mesure prévue s'adressant essentiellement aux débiles mentaux, il est nécessaire d'introduire dans la loi la notion de débilité mentale. [...] Les personnes auxquelles la mesure proposée serait appliquée ne sont pas en général des aliénés; c'est la raison pour laquelle la précision proposée paraît nécessaire. »*⁵⁶⁶

Le Conseiller d'Etat, président du Conseil de santé, précise que « actuellement, la stérilisation est opérée sur des filles n'ayant commis aucun délit, mais qui sont exposées à créer des enfants tombant à la charge de l'assistance publique. »

⁵⁶² Recueil des lois, décrets, arrêtés et autres actes du gouvernement du canton de Vaud, 1928, p. 70. La loi de 1901 *sur le régime des personnes atteintes de maladies mentales* a été révisée en 1939 et s'est intitulée ensuite *loi du 23 mai 1939 sur les malades mentaux et autres psychopathes*; l'article 28bis nouveau devenait quant à lui l'article 32, sans pour autant que son contenu en soit notablement modifié.

⁵⁶³ Organe de surveillance des affaires sanitaires, notamment la pratique médicale dans le canton et en particulier la légitimité des internements psychiatriques.

⁵⁶⁴ Le Grand Conseil constitue l'organe législatif de l'Etat de Vaud, le Conseil d'Etat correspondant quant à lui à l'exécutif.

⁵⁶⁵ Procès-verbal du Conseil de santé, 14 juillet 1927 (Archives du Service de la Santé publique, volume relié, dactylographié).

⁵⁶⁶ *Ibidem.*

Une première formulation de l'article 28bis se souciait de «l'assentiment de la famille et d'un tuteur nommé ad hoc». Mais le Procureur général se demande «quelle tenue aura le Conseil de santé si le consentement de la famille du malade ou de son représentant légal n'est pas obtenu». [...] «Il faut faire abstraction de l'avis de la famille ou du représentant légal. [...] On a l'air de donner des droits [au Conseil de santé] et de les retirer ensuite. Il va de soi que le Conseil de santé ne prendra jamais de décision sans avoir entendu la famille. En conséquence ce dernier alinéa est supprimé.»⁵⁶⁷

La commission d'étude au sein du Conseil de santé élabore ainsi son projet de modification de la loi sur le régime des personnes atteintes de maladies mentales en l'étendant aux personnes atteintes d'infirmités mentales et en ajoutant un article spécifique sur la stérilisation. L'*Exposé des motifs* de l'article 28bis, présenté et discuté au sein du Grand Conseil, ainsi que les débats qui ont suivi, donnent des explications supplémentaires sur l'origine de cette législation⁵⁶⁸.

«L'article 28bis nouveau [...] concerne une mesure qui est pratiquée depuis longtemps en fait, mais qui jusqu'à maintenant n'a trouvé aucune sanction légale, dans notre pays tout au moins. L'Amérique connaît depuis longtemps des dispositions législatives tendant à éviter la survenance d'enfants tarés.

«[...] L'autorité administrative a très fréquemment l'occasion de s'occuper d'interventions de ce genre. C'est notamment le cas quand des personnes du sexe féminin, ne jouissant pas de toutes leurs facultés mentales, deviennent mères.»

L'argument de l'hérédité des affections est primordial: «Il est tout d'abord démontré par l'expérience que l'infirmité mentale est le plus souvent héréditaire; il en est de même de ce qu'on appelle l'idiotie morale.» Les promoteurs de l'article 28bis s'appuient sur des travaux scientifiques récemment publiés⁵⁶⁹; or, dans le monde scientifique, on l'a vu, il n'y a pas de consensus sur ce sujet.

Ils soulignent un autre argument qui peut justifier une stérilisation; celle-ci en effet a été proposée comme alternative à l'internement pour des débiles mentaux, souvent des femmes, ou, plus rarement, pour des délinquants contre les mœurs, en l'occurrence des hommes:

«Il se présente fréquemment que des autorités communales ou des chefs de famille demandent l'internement, dans des établissements de discipline ou dans des asiles, de personnes atteintes de débilité mentale, de crainte qu'elles ne soient exposées à des rencontres indésirables. Pour donner satisfaction à ces désirs, le plus souvent légitimes, les médecins, à titre isolé, ou le plus souvent après avoir appelé en consultation un de leurs confrères, ont examiné sérieusement le cas pratique de la stérilisation.»

⁵⁶⁷ Procès-verbal du Conseil de santé, 28 décembre 1927, p. 4.

⁵⁶⁸ *Bulletin des séances du Grand Conseil du Canton de Vaud*, [BGC], séance du 22 mai 1928, pp. 507-539, et séance du 3 septembre 1928, pp. 897-916. Les citations ci-après, sauf mention expresse, sont tirées de ces pages.

⁵⁶⁹ Ils citent les auteurs suivants: FRANK 1925, NAVILLE 1925 a, MAIER 1926, MURET 1927.

La stérilisation est qualifiée dans l'*Exposé des motifs* de manière euphémique : « Cette opération peut se faire sans danger évident et sans mutilation de l'individu. »⁵⁷⁰ Elle paraît, aux yeux de certains, préférable à l'internement « prolongé dans un asile [qui] constitue, la plupart du temps, une atteinte à la liberté individuelle et un inconvénient plus grave qu'une intervention chirurgicale bénigne, et constitue pour la société des complications [économiques en particulier] autrement sérieuses. »

Le Conseiller d'Etat Norbert Bosset, chef du Département de l'Intérieur, précisera lors des débats pourquoi on veut légiférer :

« Le Conseil de santé [...] était sollicité d'accorder les autorisations dont aujourd'hui on demande la consécration légale; il ne le faisait qu'à son corps défendant, il hésitait souvent, parce que l'absence de dispositions légales lui faisait un scrupule de prendre la responsabilité d'opérations du genre de celles auxquelles il est fait allusion. »

Après les arguments de la commission d'étude qui a élaboré ce projet pour le Conseil d'Etat et qui figurent dans l'*Exposé des motifs*, viennent ceux de la commission chargée au sein du Grand Conseil de présenter la loi. Elle énumère les situations qui sont insuffisantes en elles-mêmes pour justifier une stérilisation légale, c'est-à-dire en l'absence de l'une des trois conditions indispensables, soit maladie ou infirmité mentale, incurabilité et descendance probablement tarée :

« Le désir d'un homme ou d'une femme de ne pas ou de ne plus avoir d'enfants; le désir d'un tiers que telle personne n'ait pas d'enfant; le désir d'une commune, qui voudrait alléger les charges de l'assistance publique; le point de vue médical [danger pour la santé de la mère]; le point de vue eugénétique qui tend à la sélection de la race humaine en ne permettant la reproduction que d'éléments physiquement et moralement sains. [...] »

La loi nouvelle ne couvre comme tels aucun des cas mentionnés ci-dessus. [...] Ils ne constituent [pas] en eux-mêmes des motifs suffisants pour faire jouer la procédure de l'article 28bis nouveau; ce n'est pas à dire que dans aucun de ces cas, la stérilisation ne puisse avoir lieu; non, nous tenons simplement à fixer que la loi ne prévoit pas ces cas, qu'elle ne s'en occupe pas, qu'elle les laisse à l'appréciation et à la conscience des intéressés et des médecins, sous réserve bien entendu du code pénal dans les circonstances où il peut être invoqué. Notre loi ne s'applique qu'à des personnes médicalement reconnues comme privées à tout jamais de leur discernement; et ce faisant elle poursuit un double but :

tout d'abord et bien entendu, priver ces incapables de la possibilité d'avoir des enfants;

mais encore, empêcher que ces personnes qui, par hypothèse, sont hors d'état de donner leur consentement, ne soient laissées sans garantie à la merci des gens ou d'autorité intéressés à les voir privées de descendant;

⁵⁷⁰ Contrairement à la « castration proprement dite, qui est une opération mutilante et que l'on n'aborde qu'avec la plus extrême réserve ».

notre texte est donc une loi d'hygiène sociale préventive mais aussi une loi de protection en faveur des incapables. [...].

L'incapable doit être protégé contre toute intervention hâtive ou intéressée et cette protection doit être organisée par la loi. [...] L'intervention médicale sera faite sur le conjoint taré lui-même, homme ou femme [...] [il est] inadmissible de voir stériliser une femme bien portante [d'un homme dégénéré].»

Il est à remarquer aussi que la commission formule une nuance (que les différents acteurs ne comprendront du reste pas toujours) entre les stérilisations de certains malades ou infirmes mentaux incurables qui visent un but d'hygiène sociale préventive et les stérilisations à plus large échelle de personnes atteintes de tares considérées comme héréditaires et qui visent un but eugénique. «La société a le droit de se prémunir» contre la naissance «d'enfants idiots» ou «incapables», c'est une mesure d'hygiène sociale préventive; la «sélection de la race humaine [qui ne permet] la reproduction que d'éléments physiquement et moralement sains», c'est une mesure eugénique. En théorie pourtant, la différence est assez claire, si l'hygiène sociale se donne comme but de soutenir des valeurs et de lutter contre des défauts dans les domaines sociaux, moraux, voire sanitaires de manière ponctuelle, l'eugénisme implique quant à lui des mesures d'envergure en faveur de l'amélioration de l'espèce, indissociables d'un certain autoritarisme.

La discussion au Grand Conseil sur le projet de loi n'a pas été menée à la légère. La commission parlait elle-même de la gravité du problème et certains députés parlent d'une «innovation hardie», d'un «sujet grave» et «délicat»:

«La loi nouvelle est une aventure et une témérité. [...] Il y a encore beaucoup de perplexité dans le Grand Conseil au sujet de cette innovation.»

L'un des députés dit avoir suivi le débat avec «une grande émotion et une angoisse morale qui, je le sais, sont partagées par beaucoup».

Les opposants au projet, généralement animés par la foi chrétienne ou par leur attachement au libéralisme, disposent d'arguments non moins nombreux que les partisans. Les arguments des opposants se réfèrent à cinq thèmes principaux: la crainte de l'étatisme, le caractère inhumain de la stérilisation, l'impossibilité d'affirmer l'hérédité et l'incurabilité des maladies ou des infirmités mentales, le refus de punir des innocents, enfin, la protection toute relative des femmes.

Certains relèvent que ce n'est pas le rôle de l'Etat de cautionner de telles décisions: «On veut incorporer à l'appareil législatif ce principe que les individus doivent être sélectionnés par l'Etat. [...] Est-ce que l'Etat peut délibérément choisir les individus et leur dire: «Vous, vous êtes taré; vous, vous ne l'êtes pas?»

Pour ceux qui y voient une mesure inhumaine, il y a une menace de «matérialisme scientifique» dans le texte proposé. Il est bien présomptueux de croire que l'homme est «le maître absolu de la vie humaine». Il est «déplaisant [...] de considérer les êtres humains comme du bétail qu'il s'agit de sélectionner dans le but de l'élevage».

«L'internement pour ces personnes faibles est bien plus logique que ces mesures d'ordre médical qui ont un caractère humiliant et répugnant.»

Aussi bien l'incurabilité que l'hérédité des maladies mentales ne semblent pas admises de manière absolue alors que ce sont précisément ces deux questions fondamentales sur lesquelles s'appuie l'article 28bis justifiant l'opération à caractère définitif de la stérilisation.

« Est-ce qu'on est certain qu'il n'y aurait jamais aucun doute sur le caractère incurable des malades? Les savants sont loin d'être d'accord sur les lois de l'hérédité, et il est extrêmement difficile de prévoir avec certitude quelle sera la progéniture de tels individus réputés anormaux. [...]. Les médecins ne sont pas infailibles; l'hérédité est encore une notion trop vague au sujet de laquelle les savants diffèrent. »

Un député, pasteur et directeur du bureau central d'assistance de la ville de Lausanne, chef-lieu du canton de Vaud, se dit quant à lui particulièrement sensible au risque de punir des innocents. Il serait « plutôt disposé à demander la stérilisation de personnes qui savent parfaitement ce qu'elles font. » Ainsi il plaint les femmes auxquelles leurs maris imposent trop de maternités, qui les battent, les maris buveurs, grossiers, de « vrais satyres ».

Un autre député s'insurge contre les abus auxquels risque d'être soumise une femme stérilisée :

« La sécurité que procure l'application de ces mesures au point de vue de l'absence de postérité n'expose-t-elle pas surtout les femmes qui auront été soumises à ce genre de traitement, et plus particulièrement celles d'intelligence médiocre, à tomber plus bas encore dans la déchéance morale [...] [en étant soumises] à des sévices répétés et odieux. »

Un examen attentif des débats du Grand Conseil laisse penser que les positions de la gauche et de la droite n'étaient pas tranchées et que, contrairement à un préjugé actuellement assez répandu, l'extrême droite s'opposait à la loi alors que nombre de socialistes y étaient favorables⁵⁷¹. D'ailleurs, ce ne sont pas, semble-t-il, les clivages politiques qui prédominent, mais davantage les sensibilités morales.

Les indications relatives à l'appartenance politique des députés vaudois en 1928 sont lacunaires et le résultat du vote de la loi du 3 septembre ne précise pas le nombre des voix de chaque parti. Il est seulement mentionné que « le projet de loi est adopté en second débat et définitivement ». Sur les 203 membres que compte alors le Grand Conseil, 63% sont radicaux, 24,6% libéraux, 7,8% socialistes et 8 membres sont de formations politiques très minoritaires⁵⁷². C'est donc d'abord une loi votée par des radicaux.

Seuls quelques députés se sont exprimés publiquement dans les deux débats du 22 mai et du 3 septembre 1928. Quatre peuvent être considérés comme opposants à la loi, soit deux libéraux, un radical, un socialiste, quoique ce dernier ait été plu-

⁵⁷¹ JEANMONOD & HELLER 2000. Une première analyse de ces débats et des échos dans la presse a été formulée par EHRENSTRÖM 1989, pp. 59-64.

⁵⁷² Cinq agrariens, deux socialistes nationaux, un indépendant. Ces indications concernent la législature qui débute en 1929.

tôt favorable dans les premiers débats. Sept députés peuvent être considérés comme des partisans ou se rallient aux partisans, soit quatre radicaux, deux socialistes et un libéral. Ainsi, parmi les opposants, il y a au moins deux libéraux et un socialiste, parmi les partisans, c'est l'inverse. Il importe de relever qu'à tout moment dans les débats les députés soulignent leur perplexité ou leur indécision devant le projet qui leur est soumis.

Les positions ne sont donc pas homogènes selon l'appartenance politique, mais lors des discussions, des tendances de parti sont évoquées, les socialistes seraient plutôt en faveur du projet et les libéraux opposés. Si deux députés de gauche indiquent que «le groupe socialiste [...] a laissé à ses membres toute liberté selon la compréhension de chacun», qu'il a «laissé liberté entière à ses mandataires de suivre leur conscience à cet égard», un autre indique une tendance dominante, du moins à Lausanne:

«Nous avons discuté au sein du parti socialiste lausannois pendant deux séances et je crois pouvoir dire que, dans ces deux assemblées, la grosse majorité s'est rangée au point de vue du Conseil d'Etat qui, jusqu'à présent, était plutôt hostile aux innovations, mais qui, cette fois, a fait preuve d'audace! Nous le comprenons.»

Quant aux tendances au sein du parti libéral, les seules indications sont données par un socialiste qui fortifie sa propre opposition grâce à celle du parti libéral et d'un autre socialiste: «Au cours de l'été, nous avons vu s'élever dans la presse et dans les milieux d'extrême droite de notre Canton une forte opposition à ce projet. A gauche s'est aussi manifestée l'opposition de notre collègue, M. Paul Golay, dans *Le Droit du Peuple*».

Quant au parti radical, c'est de ses rangs qu'est sorti le projet présenté par le conseiller d'Etat Norbert Bosset, chef du Département de l'Intérieur⁵⁷³.

Si l'on trouve une tendance plus marquée à l'opposition chez les libéraux et à l'approbation chez les socialistes, l'analyse de l'argumentation selon l'appartenance politique dans ce débat parlementaire est peu convaincante. D'autres facteurs interviennent, fruits de réflexions personnelles plus que d'une affiliation partisane, tels que la confrontation de la science et de la morale, les incertitudes quant aux critères d'application de la loi, le regard porté sur l'infirmité mentale. En tous les cas, on ne saurait prétendre que cette loi est passée sous l'impulsion de l'extrême droite: il s'agit bien d'une loi votée par les radicaux avec l'appoint de quelques socialistes.

Opinions émises dans la presse

L'analyse de la presse régionale de cette époque confirme ce constat. Le véritable débat public sur la stérilisation des anormaux n'a pas débuté en même temps

⁵⁷³ Le projet, rédigé par le Professeur Delay, ancien chef du Service sanitaire, est discuté par le Conseil de santé avant d'être soumis au Grand Conseil.

que cette pratique à la fin des années 1910, mais bien, dans le canton de Vaud, avec la discussion au Grand Conseil du projet de loi l'autorisant. Il aura fallu une telle circonstance pour que cette pratique passe du statut de moyen thérapeutique au statut d'enjeu socio-politique et il est probable que ce changement de statut n'aurait pas eu lieu si la légalisation de la stérilisation des anormaux n'avait pas véhiculé une connotation eugéniste.

Durant l'été et l'automne 1928, plusieurs journaux ont fait écho aux débats du Grand Conseil sur la loi autorisant la stérilisation des infirmes et malades mentaux, la plupart par de simples comptes rendus des débats, quelques-uns pourtant par des commentaires substantiels: ainsi la *Gazette de Lausanne* (libérale), *Le Droit du peuple* (socialiste) et *La Revue* (radicale).

Le 7 juin 1928, dans *Le Droit du Peuple*, sous le titre « Un projet étrange », un des principaux rédacteurs du journal et ténor socialiste, Paul Golay, s'opposait au projet de loi. Il dénonçait en particulier la légalisation d'une forme d'atteinte à l'intégrité corporelle de l'individu, le dédain envers les efforts de la science et de la pédagogie pour « tirer hors de l'obscurité l'individu qu'enchaîne le mystère de son déséquilibre mental » et le risque d'abus, particulièrement en ce qui concernait les indigents. Enfin, Paul Golay estimait que :

« Ce n'est pas de l'eugénisme, ce n'est pas de la prophylaxie, c'est l'assimilation de la race humaine à la race bovine, qu'on sélectionne, qu'on châtre, qu'on accouple selon la volonté des éleveurs. Traiter l'homme, traiter le faible, l'idiot, l'anormal, de semblable façon, c'est, à mon avis, commettre un attentat d'autant plus odieux qu'il est inspiré par des préoccupations de mercantilisme fiscal. »

Certains éléments laissent penser toutefois que Paul Golay s'opposait à une telle mesure pour des raisons morales plus que par opposition à sa connotation eugéniste. En effet, il a soutenu trois ans plus tard, en tant que député, l'introduction d'un article du nouveau code pénal concernant l'avortement de personnes atteintes de maladie ou d'infirmité mentales⁵⁷⁴; pour le leader socialiste, cet article allait rendre des services « non seulement aux femmes atteintes de maladies mentales, mais à la société qui doit supporter tout le poids de ces anormaux qui constituent des charges énormes pour l'assistance publique »⁵⁷⁵.

L'article de Golay a provoqué des réactions. Le 8 juin 1928, un rédacteur de *La Revue* rappelait que le cercle des personnes auxquelles s'appliquait la mesure en question était selon lui « très restreint » et que l'exigence du préavis conforme de deux médecins et de la décision du Conseil de santé parerait aux abus. « Dès lors, concluait-il, on comprend l'immense majorité de députés de gauche et de droite qui ont approuvé l'article [premier débat], sans aucune des intentions odieuses que leur prête gratuitement M. Paul Golay, [...] »

L'été 1928 vit la polémique s'enfler quelque peu dans la *Gazette de Lausanne*. Le 27 juin, paraissait un article du chirurgien fribourgeois Gustave Clément, inti-

⁵⁷⁴ Code pénal vaudois, art. 130, Lausanne, Payot, 1933, p. 86.

⁵⁷⁵ BGC, séance du 3 mars 1931, p. 1081.

tulé «Le droit des faibles». L'auteur, médecin catholique engagé, laissait le soin «aux juristes et aux moralistes de rappeler l'inestimable valeur de la vie humaine et dès lors, la grandeur du privilège de pouvoir donner et reproduire cette vie, [...]». Il fondait son opposition sur les risques d'abus de la part des communes ou des représentants légaux; sur les incertitudes de l'hérédité des maladies mentales; sur les risques de «déchéance morale» des femmes stérilisées devenant «le jouet méprisé de caprices vicieux»; sur la douteuse innocuité de la stérilisation; et enfin sur la subordination des droits humains «à la souveraineté de l'argent»⁵⁷⁶.

Le 22 août, le psychiatre lausannois William Boven répondait dans le même journal par un article également intitulé «Le droit des faibles» et constituant le seul texte en faveur de la loi paru dans la *Gazette de Lausanne*. Contestant presque point par point l'article de Gustave Clément, Boven rappelait que la loi incriminée est également conçue pour protéger les aliénés; en outre, «la nouvelle loi n'introduit pas l'usage de la stérilisation dans nos mœurs: elle régleme un usage qui date de plusieurs années dans le canton de Vaud, de 30 ans en Suisse». Non sans préciser qu'il s'adressait à «des citoyens soucieux de la dignité de leur peuple et de leur race», il en appelait à la mesure:

«Répudions d'un commun accord les procédés saxons ou spartiates [soit un eugénisme radical], [...]; soyons réservés, humains et modestes puisque science et conscience nous y convient, mais tirons parti des notions nouvelles pour le bien de ceux qui souffrent et de ceux qu'ils font souffrir.»

Le 31 août, soit entre les deux débats au Grand Conseil, parut dans la *Gazette de Lausanne* l'une des rares manifestations de l'extrême droite vaudoise en la matière. Dans «A propos de la stérilisation des anormaux», le groupe «Ordre et Tradition»⁵⁷⁷ dénonçait surtout la crainte de l'ingérence de l'Etat.

«La loi [...] introduit un nouveau cas d'étatisme. Or l'étatisme, les lecteurs de votre journal le savent, est la plaie des sociétés modernes. [...] Nous craignons donc, que, le principe d'une intervention médicale sur l'ordre de l'Etat étant admis, l'étatisme médical ne s'implante chez nous. [...] Cela est nuisible à l'Etat qui voit son domaine s'hypertrophier, aux individus qui perdent toute initiative et toute liberté dans un domaine strictement personnel, aux médecins enfin, car l'étatisme médical fait tomber leur noble profession au rang du métier d'exécuteur public.»⁵⁷⁸

Il semble bien que le journal d'inspiration libérale ait été le seul à tenter une campagne d'envergure à l'encontre de la loi, même s'il était alors déjà trop tard.

La Revue, qui n'a dans le fond que peu participé au débat, concluait le 12 septembre en tentant de dédramatiser:

«On a fait intervenir de hautes considérations de théologie, de philosophie et de morale à propos d'une disposition qui a surtout un caractère pratique et qui ne

⁵⁷⁶ Voir aussi plus loin, Canton de Fribourg.

⁵⁷⁷ Groupe d'inspiration maurrassienne de l'extrême droite vaudoise.

⁵⁷⁸ *Gazette de Lausanne*, 31 août 1928.

sera guère appliquée plus qu'elle ne l'est aujourd'hui. La différence est que le traitement autorisé sera désormais entouré de garanties légales et ne donnera pas lieu plus que jusqu'à présent aux abus possibles dont on a fait si grand étalage.»

La lecture des journaux confirme les résultats de l'examen des discussions au Grand Conseil. Premièrement, on constate une dérive du discours: de l'hygiène sociale, sur laquelle se fondait la commission du Grand Conseil, on passe à l'eugénisme dont traitaient de nombreux orateurs ou rédacteurs. Plusieurs opposants et défenseurs semblent effectivement ne pas avoir saisi la nuance entre une mesure ponctuellement applicable et un programme interventionniste d'envergure. L'étude de l'application de la loi montre d'ailleurs, on va le voir, que les autorités n'ont pas abusé des possibilités de cette législation. Cependant, toute légitime qu'elle ait été, la crainte de voir des abus commis au nom de l'eugénisme semble avoir contribué à déplacer le débat, occultant des problèmes plus concrètement liés à l'application de la loi. Ainsi, la question des critères d'application et celle du consentement des intéressés ou de leurs représentants légaux auraient mérité des débats plus approfondis.

Deuxièmement, la répartition partisane des opinions émises sur la loi ne varie pas. A droite, la situation était relativement claire: les radicaux, majoritaires, étaient favorables à la loi, estimant qu'elle consacrait une pratique courante sans risques de dérapages, et les libéraux, à l'exception notable de certains médecins, s'y opposaient pour des raisons morales et par crainte de cautionner le développement d'un étatismes médical et biologique. Chez les socialistes s'est dessinée une tendance à l'approbation malgré les oppositions d'un ou deux députés ou journalistes, plus motivées par l'aversion de la stérilisation que par la crainte de l'eugénisme, ou en tout cas de l'hygiène sociale. Une note de la rédaction parue dans un article du *Droit du Peuple* du 12 juillet 1933 laisse penser que la proportion des députés socialistes favorables à la loi était plutôt importante: « Nous rappelons que la loi sur la stérilisation des anormaux a été votée par le groupe socialiste. Deux ou trois camarades seulement ont voté contre. Ce sont d'inguérissables individualistes dont nous respectons l'opinion, sans la partager entièrement ».

Publications scientifiques: les Drs Muret, Steck et Boven

Le débat public concernant la stérilisation qui s'est développé au Grand Conseil et dans la presse autour du projet de la loi vaudoise sur la stérilisation s'appuyait sur les conceptions morales et les sensibilités politiques de ceux qui se sont exprimés, mais parfois aussi sur des publications scientifiques.

Dans le milieu médical vaudois, trois figures tout particulièrement ont formulé leur manière de concevoir la stérilisation des "anormaux psychiques" (selon une expression courante à cette époque). Il s'agit du gynécologue Maurice Muret et des psychiatres Hans Steck et William Boven. Ces trois médecins ont été confrontés à l'application de la loi de 1928, à titre de demandeurs ou d'experts.

Les conceptions de Maurice Muret ont été examinées dans le chapitre consacré à l'opération de la stérilisation en général du point de vue gynécologique. C'est lui

qui formule de manière très explicite et nuancée les différentes indications à la stérilisation dans sa communication au Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française à Bruxelles en 1929; s'agissant des affections mentales et nerveuses, il distingue ainsi les indications médicales, eugéniques et sociales, parfois cumulées; il formule surtout l'indication particulièrement complexe d'hygiène sociale préventive qui concerne des hommes sexuellement pervers (pour lesquels il préconise plutôt la castration) et des femmes faibles d'esprit (risquant de mettre au monde des enfants qu'elles seraient incapables d'élever), la stérilisation étant alors avant tout une alternative à l'internement.

Maurice Muret, invité, on l'a vu, en 1927 par le Cartel romand d'hygiène sociale et morale à donner une conférence intitulée « De la stérilisation humaine »⁵⁷⁹, avait dénoncé certaines pratiques abusives de la part d'autorités d'assistance. Il avait aussi exposé les indications eugénétiques et d'hygiène sociale préventive, les décisions devant toujours selon lui être prises de cas en cas et non systématiquement:

*« L'indication dite "eugénétique", c'est-à-dire destinée à améliorer la race, [...] peut être admise à titre relatif, à condition naturellement qu'elle soit posée par des psychiatres compétents dans ce domaine spécial et il ne saurait être question de l'appliquer à tous les aliénés sans distinction en vue d'une sélection idéale. »*⁵⁸⁰

Cependant il se prononçait contre l'idée d'une loi en la matière, laissant la décision à la conscience des médecins:

*« La stérilisation est une opération comme une autre, que le médecin doit être libre d'exécuter selon sa science et conscience et sans être bridé par la loi; [...] sans doute le public doit être protégé contre les excès des opérateurs mais il l'est par la conscience médicale et la valeur morale de la corporation, ainsi que par le consentement de l'intéressé ou de ses protecteurs naturels. Il ne saurait être question de faire figurer dans la loi des indications médicales, qui sont sujettes à varier et sur lesquelles les médecins eux-mêmes ne sont pas encore fixés et d'accord; tout au plus pourrait-on formuler quelques indications tout à fait générales, mais, là encore, les inconvénients seraient plus grands que les avantages. »*⁵⁸¹

Or ce sont bien des indications générales qui sont formulées dans la loi de 1928 (soit l'incurabilité de la maladie ou de l'infirmité mentale et la probabilité d'une descendance tarée) et qui précisément poseront problème dans l'application de la loi et la formulation des expertises. Si Maurice Muret n'est guère favorable à légiférer spécialement à propos de la stérilisation, il n'en est pas moins acquis au bien-fondé de l'opération, pour autant qu'elle soit toujours décidée par un médecin compétent. S'agissant des cas particulièrement délicats de stérilisation demandée par les communes, M. Muret en admet le principe à certaines conditions:

⁵⁷⁹ MURET 1927 a.

⁵⁸⁰ *Ibidem*, pp. 4-5.

⁵⁸¹ *Ibidem*, p. 9.

« La question de la stérilisation paraît avoir donné à réfléchir aux communes et aux institutions chargées de l'Assistance publique [...]. Les enfants légitimes ou illégitimes et surtout ces derniers, tombés à la charge des communes ont toujours été pour elles une croix onéreuse et douloureuse; aussi cherchent-elles à s'en décharger ou volontiers à les éviter, ce qu'elles ont fait de tout temps par des moyens plus ou moins acceptables. Le dernier moyen, le plus moderne, c'est naturellement la stérilisation; aussi voit-on aujourd'hui les communes adresser aux médecins, aux psychiatres, aux asiles, des jeunes filles qui ont eu un ou plus d'un enfant illégitime, ou des femmes mariées qui ont de nombreux enfants assistés, afin de faire examiner leur état mental et voir s'il n'y aurait pas là quelque indication chez elles pour la stérilisation. [...] Le procédé est en somme admissible, lorsqu'il s'agit de personnes plus ou moins anormales, puisque l'on demande alors à des médecins compétents un avis motivé sans lequel rien ne saurait être fait. »⁵⁸²

M. Muret sera l'un des médecins les plus concernés dans le cadre de l'application de la loi de 1928 qui aura à traiter de telles situations.

Hans Steck est un autre acteur et théoricien marquant durant l'entre-deux-guerres dans le canton de Vaud. C'est après l'adoption de la loi de 1928 qu'il est amené à publier son point de vue sur les critères et les modalités de son application. Dans un article de 1935, il expose les origines de la loi de 1928, la pratique de la stérilisation des anormaux psychiques avant la loi, soit depuis 1919, ainsi que les premières années d'application⁵⁸³.

H. Steck développe surtout l'argument de l'hérédité des tares ou pathologies psychiques. Il relève que c'est pourtant là un domaine bien incertain :

« L'application de la loi dépendra avant tout de nos connaissances de l'hérédité des maladies mentales. Or cette dernière branche de la médecine mentale est relativement jeune et manque encore de précision. Nous pensons même que les législateurs se sont représenté notre tâche comme plus facile qu'elle ne l'est en réalité. »⁵⁸⁴

Il paraît cependant très intéressé par la question de l'hérédité de pathologies mentales. Il se réfère à plusieurs auteurs qui ont démontré, par des études sur les lignées familiales, une probabilité plus ou moins élevée, selon les pathologies et selon les études menées, de transmission des tares héréditaires; il relève plus particulièrement les études sur la « faiblesse d'esprit congénitale (oligophrénie) » qui va de l'idiotie aux « formes légères de la faiblesse d'esprit, soit l'imbécillité et la débilité mentale ». A son tour, il s'est penché sur les cas qui se présentaient à lui et il esquisse des arbres généalogiques. Il présente ainsi par exemple « le premier cas de débilité mentale expertisé à Cery en application de la nouvelle loi » qu'il illustre dans le tableau I (fig. 8) :

« Le N° 1 [est la malade]. C'est une fille illégitime d'une mère débile N° 2, dont un frère, N° 3, examiné par nous est également faible d'esprit. Nous trou-

⁵⁸² *Ibidem*, p. 12.

⁵⁸³ STECK 1935. Il a publié d'autres articles entre 1933 et 1948.

⁵⁸⁴ *Ibidem*, p. 875.

vons également la grand'mère débile, N° 4; une tante, N° 5, maternelle a aussi un enfant illégitime et ne paraît pas intelligente. La mère de la malade N° 1 s'est mariée et elle a eu trois enfants qu'elle est incapable d'élever; l'ainé, N° 6, est également faible d'esprit.»⁵⁸⁵

Dans les exemples qu'il donne, où s'enchevêtrent les cas d'oligophrénie, de schizophrénie, de psychopathie constitutionnelle et d'alcoolisme chronique, comme dans le tableau II (fig. 8), H. Steck se borne à relever de manière catégorique ou hypothétique les tares familiales, qu'il attribue implicitement à une cause biologique sans s'interroger sur les conditions sociales des individus. Comparativement à l'oligophrénie, H. Steck est cependant beaucoup plus prudent quant au caractère héréditaire de la schizophrénie, de la psychopathie ou de l'alcoolisme chronique.

Pour H. Steck, l'argument eugénique est fondamental, même si les législateurs vaudois ont mis l'accent sur le fait qu'un tel argument ne pouvait, à lui seul, justifier une stérilisation envisagée dans le cadre de la loi; pour eux, il s'agissait d'une loi d'hygiène sociale préventive et non d'une loi eugénique à proprement parler. H. Steck va contribuer à entretenir l'ambiguïté de la loi vaudoise, entre loi eugénique et loi d'hygiène sociale.

« Nous pensons cependant qu'une eugénique bien comprise doit entrer en ligne de compte dans l'application de la loi.»⁵⁸⁶

Mais c'est en comparant la loi allemande et la loi vaudoise que les théoriciens vaudois vont pouvoir mieux préciser la différence. Le Dr Steck est relativement discret à ce propos, il mentionne seulement l'importance que la loi vaudoise garde son caractère facultatif, par opposition au caractère obligatoire de la loi allemande.

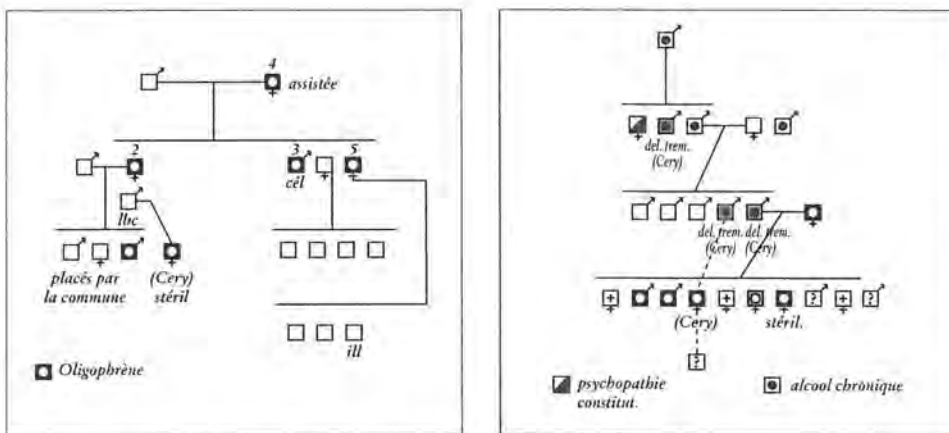


Figure 8. Tableau I et tableau II, hérédités pathologiques (Steck 1935).

⁵⁸⁵ Ibidem, p. 882.

⁵⁸⁶ Ibidem, p. 876.

Le psychiatre William Boven, qui a porté son attention principalement sur la question de l'hérédité de la schizophrénie⁵⁸⁷, est le plus explicite dans une communication à la Société vaudoise de médecine en 1935 intitulée « Sur l'eugénique et l'hérédité des maladies mentales » dont le contenu est rapporté dans la *Revue médicale de la Suisse romande*:

« La loi [allemande], uniforme et massive, traduit mal et lourdement une réalité scientifique mouvante, changeante et nuancée. [...] [Elle] n'est certainement pas inspirée par l'esprit de science, mais par une mystique raciale, à la fois politique et matérialiste. [...] Notre loi vaudoise, conçue en termes sages, nous donne le droit d'étendre à certains cas les bienfaits de l'eugénique. [...] Elle ne vise pas à l'anéantissement d'une classe d'hommes jugés indésirables, elle ne traque pas des malades et n'organise pas une inquisition nouvelle à leurs trousses. Elle ne veut pas être systématique, mais circonstancielle. »⁵⁸⁸

W. Boven, se référant à la schizophrénie, invite à une grande prudence quand à l'interprétation héréditaire.

« Le bilan de nos connaissances et de notre ignorance? Les études génétiques nous ont appris à rendre à la statistique et à la clinique ce qui leur appartient. La statistique mendélienne nous a dévoilé le damier de ses permutations infinies, et du coup, rendu le problème statistique moins accessible et plus ardu que le problème clinique lui-même. Revenus de l'acrobatie des gènes⁵⁸⁹ et des facteurs, récessifs et dominants, nous avons du moins perçu leur caractère de relativité élastique et plastique [...]. Il nous faut renoncer à l'esprit de prophétie. »⁵⁹⁰

Il reconnaît cependant que la stérilisation d'anormaux psychiques peut se justifier dans certains cas:

« [...] il est légitime, à mon avis, de recourir à la stérilisation de certains aliénés oligophrènes, alcooliques, pervers et psychopathes, dans le but, toujours particulier, d'éviter des misères [...]. »⁵⁹¹

La stérilisation des schizophrènes est « souvent acceptable et recommandable »⁵⁹².

Les docteurs M. Muret, H. Steck et W. Boven admettent tous trois la stérilisation des anormaux psychiques pour des motifs généralement cumulés. Toutefois, si Maurice Muret ne souhaitait pas une législation sur le sujet, H. Steck et W. Boven considèrent le loi vaudoise comme tout à fait acceptable, par son caractère relatif et facultatif; H. Steck accorde plus de valeur au facteur eugénique que W. Boven, très prudent au sujet de l'hérédité.

⁵⁸⁷ Il a consacré sa thèse à ce sujet: BOVEN 1915; voir aussi BOVEN 1937.

⁵⁸⁸ Compte rendu de la séance du 19 décembre 1935 de la Société vaudoise de médecine, *Revue médicale de la Suisse romande*, 1936, LVI, N° 2, 25 février 1936, pp. 123-124.

⁵⁸⁹ « Le "gène", substratum hypothétique de la tare, n'est qu'un répondant bien imparfait de la maladie, dès qu'il perd dans l'esprit du chercheur les propriétés qu'implique la vie: l'assujettissement à toutes sortes d'influences, la mutabilité et la plasticité », BOVEN 1937, p. 128.

⁵⁹⁰ *Ibidem*, p. 150.

Aussi bien Maurice Muret que Hans Steck mettent l'accent sur la problématique féminine ou masculine de la stérilisation des anormaux psychiques. Ils insistent pour que l'on abandonne une pratique consistant à stériliser la femme à cause de son mari.

*« Il est parfaitement choquant et illogique de voir stériliser des femmes tout à fait normales pour éviter une descendance tarée par le fait d'un mari alcoolique ou dégénéré. »*⁵⁹³

*« Nous réprouvons personnellement les stérilisations de femmes bien portantes, épouses d'hommes atteints de tares mentales. »*⁵⁹⁴

Mais surtout, si la stérilisation (ou plutôt la castration) des pervers sexuels concerne principalement les hommes et la stérilisation pour protéger des conséquences d'un viol principalement les femmes, les autres situations devraient concerner tout autant les hommes que les femmes, surtout lorsque le critère eugénique est présent :

*« Il serait correct et logique de stériliser, sans distinction de sexe, celui des deux procréateurs qui est malade ou taré et tous les deux, lorsqu'ils sont tous deux incapables de donner lieu à une progéniture normale. [...] Mais il y a encore beaucoup de préjugés à cet égard dans le public et chez les médecins eux-mêmes. En pratique, l'homme accepte bien moins facilement l'opération que la femme, car il y voit une atteinte injustifiée à ses droits, à sa fierté, à sa virilité. »*⁵⁹⁵

En 1935, soit sept ans après l'entrée en vigueur de la loi vaudoise, le Dr Steck doit pourtant constater

*« une inégalité criante dans l'application de la loi, inégalité d'autant plus injuste que l'opération est bien plus simple chez l'homme que chez la femme. Mais nous touchons ici à un préjugé fortement enraciné, qui veut que le sexe faible ait à supporter tous les risques des fonctions reproductrices. »*⁵⁹⁶

Cette inégalité va durer des décennies, ce qui montre bien que le motif eugénique ou héréditaire n'est qu'un paramètre de la stérilisation des anormaux psychiques.

Modalités d'application de la loi

L'article 28bis de la loi sur le régime des personnes atteintes de maladies ou d'infirmités mentales est le premier en Europe, on l'a dit, à légiférer sur cette question délicate et son application devait s'étendre sur près de soixante ans. Ce n'est qu'en 1985, lors de l'adoption d'une nouvelle loi sanitaire, que ce texte s'est vu finalement abrogé, n'ayant pas été reconsidéré par le législateur. Un premier

⁵⁹¹ *Ibidem*, p. 152. Souligné dans le texte.

⁵⁹² *Ibidem*, 1936, p. 123.

⁵⁹³ MURET 1927, p. 4.

⁵⁹⁴ STECK 1935, pp. 876-877.

⁵⁹⁵ MURET 1927, p. 4.

⁵⁹⁶ STECK 1935, p. 877.

décompte global des dossiers a montré que 378 demandes de stérilisation ont été formulées durant la période d'application; sur ce nombre, 324 demandes concernaient des femmes. 187 autorisations ont été accordées; la moitié des demandes ont été refusées (quelques procédures ont été abandonnées).

Les sources essentielles pour l'étude de l'application de cette loi sont les dossiers de stérilisation⁵⁹⁷ constitués par le Service sanitaire du Département de l'intérieur du canton de Vaud; deux périodes lacunaires sont cependant à déplorer, couvrant les années 1928 à 1931⁵⁹⁸ et 1956 à 1960.

Ces dossiers contiennent des correspondances échangées entre les diverses instances administratives, politiques, médicales ou privées impliquées dans les procédures de demande de stérilisation. Les différents acteurs sont présentés ici dans l'ordre habituel de classement des pièces qui correspond lui-même au déroulement de la procédure:

- 1) les demandeurs; il s'agit aussi bien de personnes physiques, comme des parents ou des représentants légaux, que de services de l'Etat, de municipalités ou d'établissements psychiatriques;
- 2) le Service sanitaire cantonal (Service de la santé publique, dès 1957), en la personne du Chef du Service sanitaire (Médecin cantonal + Chef du Service de la santé publique, dès 1957), est le bras administratif du Département de l'intérieur, l'autorité politique en charge des questions sanitaires;
- 3) le Conseil de santé, collège consultatif bénéficiant d'un pouvoir de décision dans certains domaines, est constitué essentiellement de médecins et de juristes, mais aussi de pharmaciens ou de dentistes; il est présidé par le Chef du Département de l'intérieur ou par le Chef du Service sanitaire;
- 4) les experts nommés par le Service sanitaire ou par le Conseil de santé, le plus souvent un psychiatre et un gynécologue ou un généraliste, ont pour mission de déterminer si la personne faisant l'objet d'une demande répond effectivement aux exigences de la loi sur la stérilisation;
- 5) enfin, le médecin ou le service de gynécologie chargé de l'opération.

Chacune de ces instances remplit évidemment un rôle défini, dont l'importance peut varier et même se montrer difficile à évaluer.

Une procédure de demande de stérilisation se déroule théoriquement de la manière suivante: le ou les demandeurs adressent leur demande (en principe

⁵⁹⁷ Numéro général 610. Les dossiers sont déposés dans les fonds K VIII et S 73 des Archives cantonales vaudoises (ACV).

⁵⁹⁸ Le chef du Service sanitaire F. Wanner a publié un article concernant la première année d'application de la loi dans la revue française *Hygiène mentale* (WANNER 1930); notons que le numéro entier de cette revue est consacré à la question de la stérilisation. Il s'agit de faire le bilan de la question telle qu'elle est envisagée dans les autres pays avant de la mettre à l'étude en France. Les autorités du canton de Vaud, qui seront interrogées à plusieurs reprises par les cantons voisins et par d'autres pays, ont sans doute été invitées à justifier leur position dans ce numéro. Auparavant, soit déjà dans le mois qui a suivi l'adoption de l'article 28bis par le Grand Conseil, le Département de l'intérieur avait reçu une lettre du Comité national d'hygiène mentale de New York «annonçant qu'il a eu connaissance de la loi du 3 septembre dernier [...] et demandant de lui faire parvenir toute la littérature que nous possédons à ce sujet. La secrétairerie est chargée de faire le nécessaire.» (BGC, 22 octobre 1928, pp. 961-962).

dûment motivée et accompagnée d'un certificat médical préalable) au Service sanitaire. Celui-ci, véritable coordinateur de la procédure, choisit de transmettre ou non le dossier au Conseil de santé, dressant ainsi un premier filtre des demandes ne répondant pas aux exigences de la loi. Si le dossier est transmis au Conseil de santé, ce dernier se prononce d'abord sur le principe de la demande, mettant en place un deuxième filtre, puis désigne deux experts qui sont avisés de leur mission par le Service sanitaire (fig. 9). Celui-ci, une fois les expertises effectuées, préavise en fonction des conclusions des experts et transmet à nouveau le dossier au Conseil de santé dont dépend l'ultime décision (fig. 10). En cas de refus de l'autorisation de pratiquer l'opération demandée, un troisième filtre a fonctionné sur la base des expertises; en cas d'acceptation, le Service sanitaire transmet l'autorisation du Conseil de santé soit à un médecin choisi par le demandeur, soit, le plus souvent, à la Maternité de l'Hôpital cantonal à Lausanne. Notons encore que le médecin chargé de l'opération est en droit de refuser d'opérer, établissant de ce fait un quatrième et dernier filtre.

Application de la loi

Données quantitatives

Le contenu systématique des dossiers de stérilisation permettait de soumettre ceux-ci à une saisie informatique selon une grille de saisie organisée en fonction du déroulement de la procédure. Un premier groupe de résultats concerne la population considérée, mettant en évidence des ensembles de personnes particulièrement exposés aux demandes de stérilisation; un deuxième groupe traite des demandeurs et de leurs motivations; enfin, un troisième groupe amène à comprendre le rôle respectif de chacune des instances administratives impliquées.

L'étude quantitative n'a pas porté sur l'ensemble des 378 demandes recensées de 1932 à 1985, mais sur un échantillon représentatif de 222 cas. En 1942 et 1962, le nombre de demandes a brusquement diminué de moitié par rapport à l'année précédente (18 demandes en 1941 et 9 en 1942; 9 en 1961 et 5 en 1962), puis a encore diminué; trois périodes d'application de la loi peuvent ainsi être distinguées: les années trente (1932-1941), les années quarante et cinquante (1942-1961) et les années soixante à quatre-vingt (1962-1985).

Nombre de demandes soumises à la loi et nombre d'autorisations

Années	Durée	Demandes	Autorisations	Autorisations demandes	Moyenne annuelle
1932 - 1941	10 ans	176	92	52%	9
1942 - 1961 ⁵⁹⁹	20 ans	> 110	> 53	48 %	3,5 ⁶⁰⁰
1962 - 1985	23 ans	50	23	46 %	1 ⁶⁰¹

⁵⁹⁹ Aucune donnée pour 1956-1960.

⁶⁰⁰ Calcul sur 15 ans.

⁶⁰¹ Dernière autorisation en 1977, soit 1,4 autorisation par année, en moyenne entre 1962 et 1977.

13 décembre 1949.

30/49/RB/RG

Monsieur le Dr
Av.

LAUSANNE.

Monsieur le Dr
Av.

LAUSANNE.

Messieurs,

Concerne :

, 1926 - Stérilisation et interruption
de grossesse.

Nous vous transmettons ci-joint une copie de notre correspondance de ce jour à l'adresse de la Maternité de Lausanne.

Veuillez bien procéder à l'expertise, puis nous faire rapport en répondant notamment aux questions suivantes :

- 1) La personne intéressée est-elle atteinte d'une maladie mentale ou d'une infirmité mentale ? Si oui, laquelle ?
- 2) Cette maladie ou infirmité est-elle incurable ?
- 3) Le cas échéant, peut-on dire que, selon toutes prévisions, l'intéressée ne peut avoir qu'une descendance tarée ?

Nous vous prions de répondre le plus rapidement possible afin que nous puissions soumettre le dossier à l'examen du Conseil de santé qui décidera si la stérilisation peut être faite en même temps que l'interruption de grossesse.

Veuillez agréer, Messieurs, nos salutations distinguées

B. B. 21.49

(R.B.)

Figure 9. Double d'une lettre type envoyée par le chef du Service sanitaire aux experts concernant une demande de stérilisation (Archives cantonales vaudoises).



38/49/RG

CANTON DE VAUD
CONSEIL DE SANTÉ



Affaire : 1926 - Stérilisation.

p.p.c. et observations éventuelles.

En circulation auprès de MM.

	Reçu le :	Expédié le :
1. H. RAPIN	11/10	11/10
2. Dr G. CORNAZ	9 I 51	9 I 50
3. Dr A. EPERON	12/1	12/1
4. Jean RUBATTEL	13/1	1/1
5. Alex. GROSS	16/I	16/I
6. Dr L. MONFRINI	17/I	18/I
7. Dr A. JACCOTTET		
8. PROCUREUR GÉNÉRAL	20.1	23.1

Lausanne, le 4 janvier 1950.

Pour le président du Conseil de santé:

p.o.: *[Signature]*

Préavis du chef du service sanitaire cantonal:

Propositions individuelles:

à classer. Ce cas ne concerne pas la loi sur la stérilisation des anomalies mentales

[Signatures: M. Monfrini, Dr Eperon, M. de Süss, Vuilleumier]

Figure 10. Formulaire en circulation auprès des membres du Conseil de santé attestant qu'ils ont pris connaissance du dossier concernant une demande de stérilisation et en particulier des conclusions des experts (Archives cantonales vaudoises).

La dernière autorisation a été accordée en 1977. Le nombre de demandes a donc diminué fortement (9 par année en moyenne durant l'entre-deux-guerres, moins de une par année dans les années 70), ainsi que la proportion des autorisations par rapport aux demandes. Les demandes concernant les hommes ont encore plus diminué que celles concernant les femmes (graphique 1).

Les personnes concernées

Les données recueillies relatives aux personnes concernées sont les suivantes: sexe, âge, état civil, mode de vie, représentant légal, situation professionnelle, scolarité, milieu familial, passé psychiatrique éventuel, et enfin affection mentale éventuelle. Les graphiques et tableaux ci-après permettent de cerner rapidement les principales caractéristiques de la population envisagée. Il s'agira ensuite de déterminer si certains groupes de population étaient plus exposés à voir aboutir la demande de stérilisation les concernant.

Tableaux 1 à 6 concernant les personnes ayant fait l'objet d'une demande de stérilisation légale:

1. Etat civil	<i>Célibataire</i>	<i>Marié/e</i>	<i>Divorcé/e</i>	<i>Sans information</i>
Proportion sur 222 cas étudiés	74.5%	16.5%	5%	4%

2. Représentant légal	<i>Aucun</i>	<i>Tuteur ou curateur</i>	<i>Parents</i>	<i>Sans information</i>
Proportion sur 222 cas étudiés	10%	38%	13.5%	38.5%

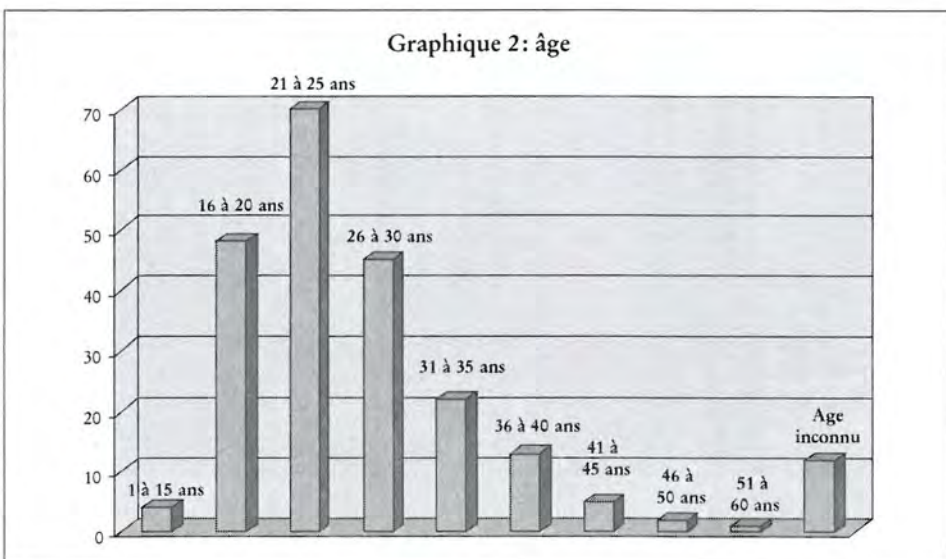
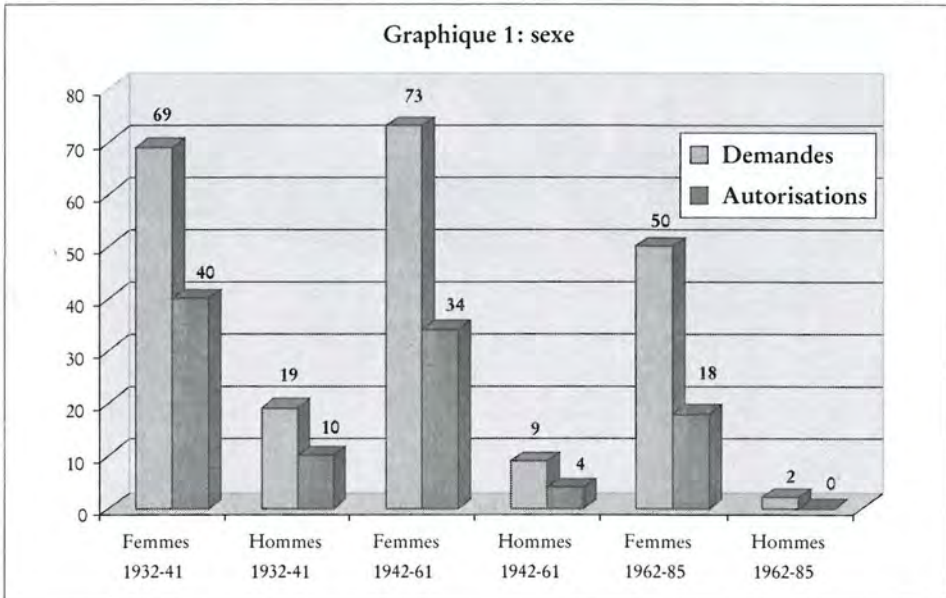
3. Situation professionnelle	<i>Employé/e non qualifié/e</i>	<i>Employé/e qualifié/e</i>	<i>Sans occupation professionnelle</i>	<i>Ménagère / écolier/ère</i>	<i>Sans information</i>
Proportion sur 222 cas étudiés	41.5%	2.5%	19%	6% / 5.5%	25.5%

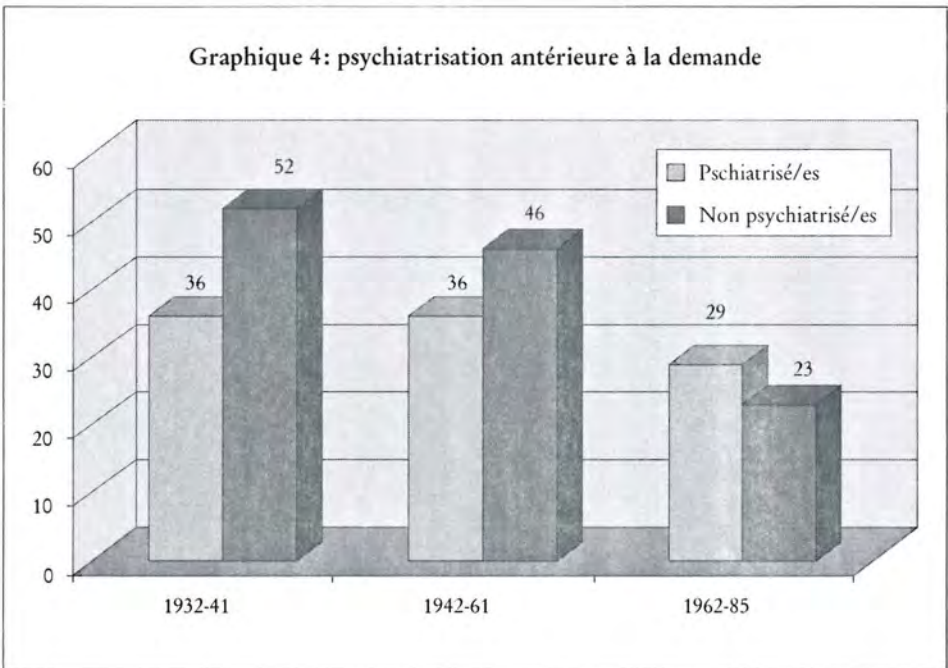
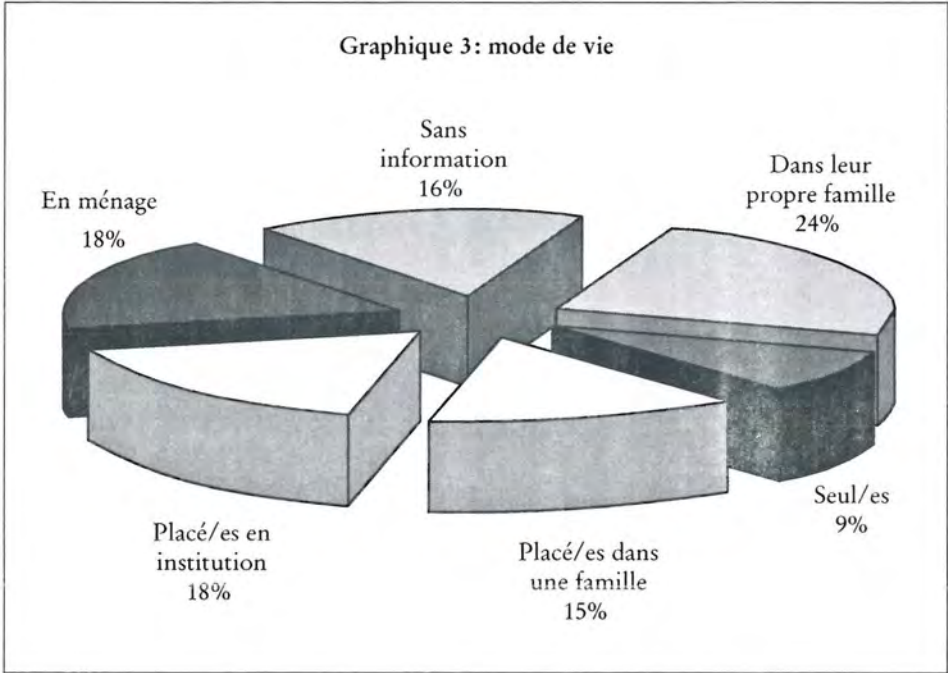
4. Scolarité	<i>Non menée à terme</i>	<i>Obligatoire</i>	<i>Apprentissage</i>	<i>Sans information</i>
Proportion sur 222 cas étudiés	32%	22.5%	2%	43.5%

5. Milieu familial	<i>Rural sans ressources</i>	<i>Rural avec peu de ressources</i>	<i>Urbain sans ressources</i>	<i>Urbain avec peu de ressources</i>	<i>Sans information</i>
Proportion sur 222 cas étudiés	7.5%	9.5%	17.5%	8%	57.5%

6. Diagnostics	Troubles de l'intelligence	Schizophrénies / psychopathies	Troubles du comportement	Epilepsie	Aucune affection décelée
Proportion sur 154 diagnostics	79%	6% / 2%	3%	3%	7%

Graphiques 1 à 4 : personnes concernées par les demandes de stérilisation (sexe, âge, mode de vie et psychiatriation antérieure à la demande de stérilisation).





Avant de débiter l'analyse de ces résultats, il convient de relever que certaines entrées sont plus fiables que d'autres. Les données recueillies sur le sexe et un éventuel passé psychiatrique sont par exemple complètes alors que celles concernant le milieu familial comportent pas moins de 57.5% de cas sans information.

En ce qui concerne le sexe et l'âge, la population est essentiellement féminine et jeune - 86.5% des personnes concernées sont des femmes et 75% sont âgées de moins de 30 ans (graphiques 1 et 2). Le mode de vie (graphique 3) et l'état civil (tableau 1) déterminent un groupe dominant de personnes célibataires et dépendantes de leurs familles ou d'institutions. Les résultats obtenus au sujet de la représentation légale, de la situation professionnelle, de la scolarité et du milieu familial (tableaux 2 à 5) sont à relativiser du fait des lacunes qu'ils contiennent. Toutefois, on peut raisonnablement estimer que la situation socio-économique d'une large majorité des personnes intéressées était plus que modeste. Au niveau des diagnostics (tableau 6), près de 80% des personnes qui ont été diagnostiquées à un moment ou un autre de la procédure étaient considérées comme atteintes d'oligophrénie ou de troubles de l'intelligence.

On peut en conséquence considérer que les demandes de stérilisation ont visé le plus souvent de jeunes femmes célibataires vivant dans des conditions socio-économiques précaires et ayant des troubles de l'intelligence moyens ou légers; notons que, en général, les oligophrènes profondes demeuraient internées et il ne paraissait pas nécessaire de demander leur stérilisation. Enfin, les femmes concernées par ces demandes connaissaient fréquemment des difficultés d'adaptation sociale consécutives à des manques de scolarisation ou à des situations familiales difficiles.

Les caractéristiques de cette population permettent de formuler une première hypothèse sur le fond du problème des demandes de stérilisation. On peut se demander en effet si l'article 28bis n'a pas été conçu et utilisé comme une forme de contrôle de la sexualité de femmes dont le comportement paraissait inadéquat ou dangereux. Ceci dans le double but d'empêcher des naissances considérées comme socialement et économiquement indésirables et de sauvegarder la morale, en apparence du moins; il s'agissait surtout de supprimer les conséquences tangibles (procréation) de tels comportements (viol par exemple) plutôt que de les empêcher ou de les prévenir.

A l'appui de cette hypothèse, on peut considérer les résultats obtenus au sujet d'un éventuel passé psychiatrique des personnes concernées (graphique 4). Durant les trente premières années d'application en tout cas, les demandes concernaient en majorité des personnes non psychiatisées et il est probable que leur handicap était au pire léger. Certains événements, par exemple une grossesse illégitime ou un comportement pouvant y mener, les auraient alors désignées comme cibles pour une demande de stérilisation.

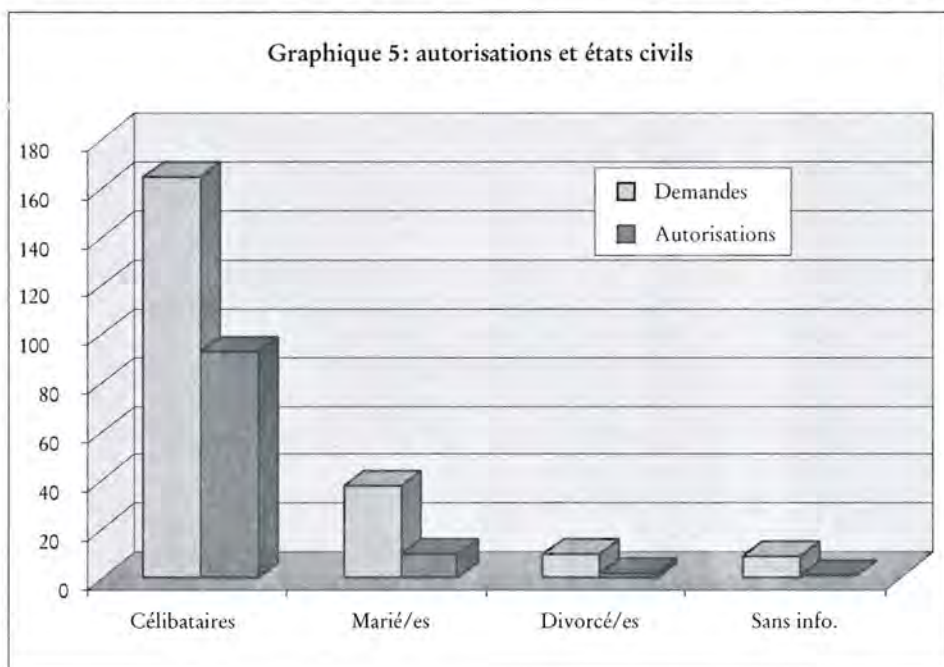
Les motifs formulés à l'appui des demandes et les remarques émises par les experts évoquent fréquemment des comportements sexuels illicites ou leurs conséquences. Ainsi, sur 127 cas bien documentés (certains cas font l'objet de plus d'une caractéristique), il y a 32 grossesses hors mariage (soit 16.5% des 190 dossiers de femmes étudiés, 27 mères d'enfants illégitimes (14%), 8 femmes soupçonnées de passivité face à des abus sexuels (4%), 12 femmes que leur apathie désignait comme

victimes probables d'abus sexuels (6.5%), 19 femmes souffrant d'«érotisme» ou de désinhibition sexuelle (10%) et enfin 61 femmes considérées comme incapables d'assurer l'éducation et l'entretien de leurs enfants (32%). Sans même parler des hommes dont la moitié sont décrits comme des délinquants sexuels, il semble bien que l'application de l'article 28bis est autant liée à une forme de contrôle de comportements sexuels déviants qu'à un souci d'éviter les naissances d'enfants risquant d'être anormaux.

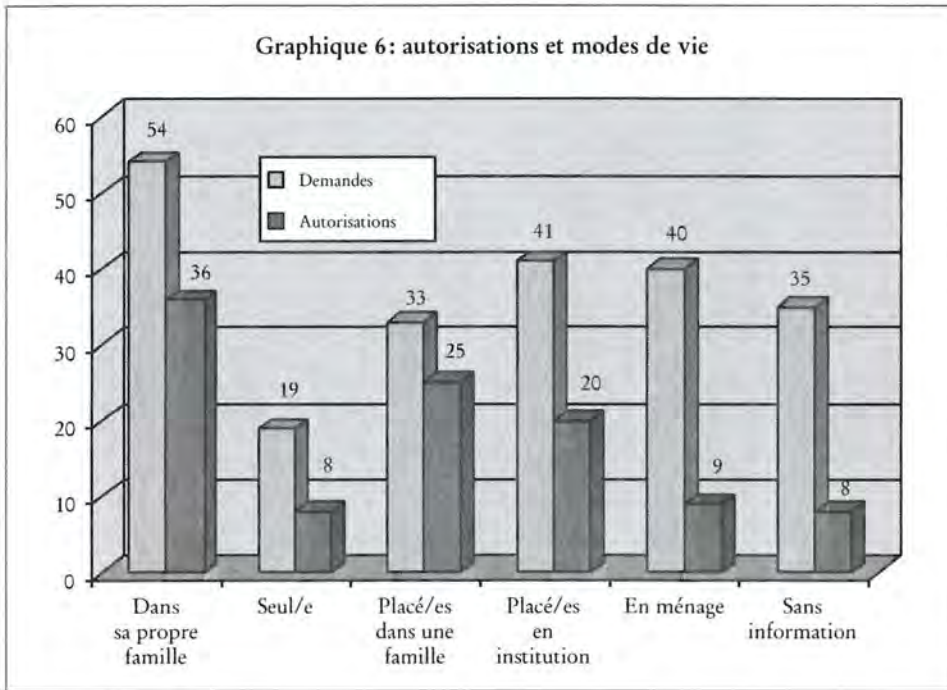
En considérant les caractéristiques de la population le plus fréquemment soumise à la stérilisation et en tenant compte du taux général des autorisations (47.5% des demandes), il apparaît que ce sont en particulier l'état civil et le mode de vie qui influent significativement sur l'issue des demandes de stérilisation.

Graphiques 5 et 6: personnes concernées par les demandes de stérilisation (état civil et mode de vie)

Pour l'état civil (graphique 5), les célibataires sont particulièrement visées: 56% d'entre elles voient la demande les concernant aboutir à une autorisation contre 26% parmi les personnes mariées. Pour le mode de vie (graphique 6), les personnes vivant en ménage commun avec un homme sont nettement moins fréquemment soumises à l'opération (22.5 % des demandes) que les personnes placées dans une famille (76 % des demandes) ou vivant dans leur propre famille (66.5 % des demandes). Quant aux personnes vivant seules ou placées en institution, les proportions d'autorisation ne s'éloignent pas du taux général de 47.5 %. La présence de fortes proportions de célibataires, de personnes vivant dans leur propre



Graphique 6: autorisations et modes de vie



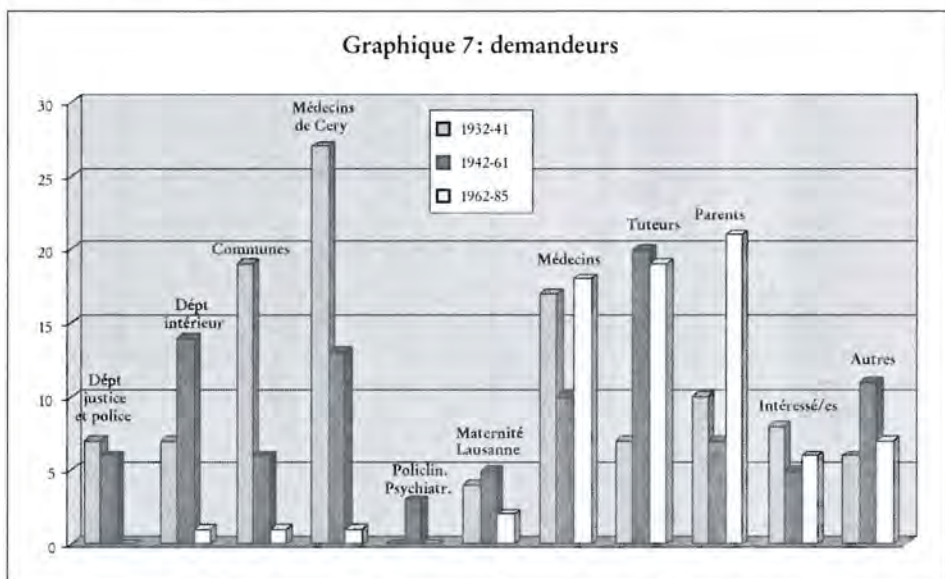
famille et de personnes placées dans des familles ne peut que confirmer l'idée d'une utilisation de l'article 28bis comme contrôle social et moral de jeunes femmes dont on ne pouvait garantir la surveillance. L'examen des instances impliquées dans ces demandes de stérilisation devrait nous permettre d'étayer cette hypothèse.

Les demandeurs et leurs motivations

Les demandeurs sont fort divers mais fréquemment associés pour formuler une demande, ce qui a nécessité une analyse par demandeurs uniques et une autre analyse par demandeurs groupés. Les demandeurs sont les suivants: Département de justice et police (10/3)⁶⁰²; Département de l'intérieur (16/6); communes (22/4); médecins de l'établissement psychiatrique public de Cery près de Lausanne (15/26); Polyclinique psychiatrique universitaire, soit la consultation ambulatoire publique (3/0); Maternité de Lausanne (7/4); médecins (traitants ou consultés ponctuellement) (20/25); tuteurs (22/24); parents (16/22); personnes concernées par la demande (3/16); enfin divers offices ou entités (16/8)⁶⁰³.

⁶⁰² Les chiffres contenus entre parenthèses correspondent pour le premier au nombre total de demandes uniques et pour le deuxième au nombre total de demandes conjointes.

⁶⁰³ Les demandeurs classés sous « autres » étaient à la fois trop variés et trop peu nombreux pour en faire des catégories. Ce sont, par exemple, des justices de paix, des services sociaux ou des institutions spécialisées.



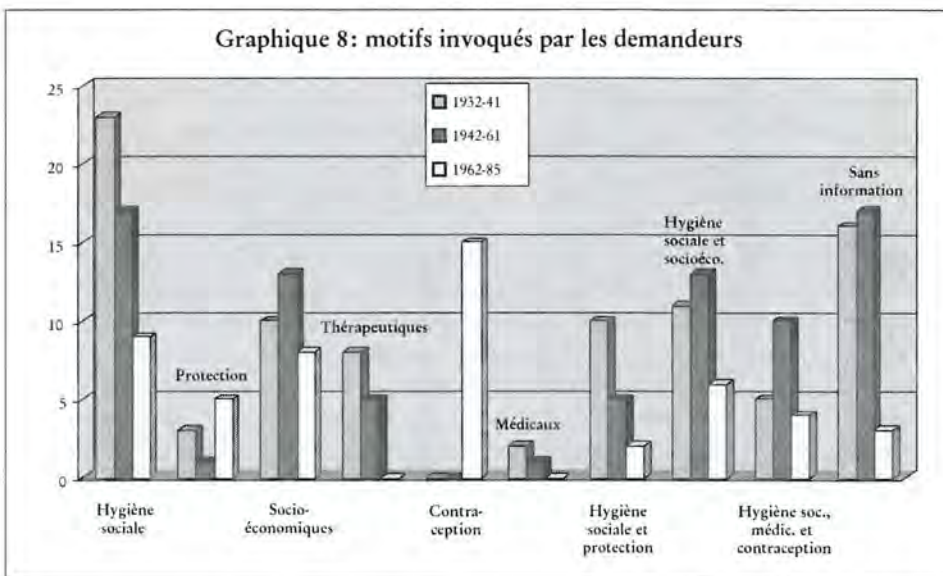
En différenciant selon les trois périodes et en tenant compte des deux types d'analyses (graphique 7), certaines tendances apparaissent. Ainsi, de manière générale, on notera au cours de la période d'application une baisse du nombre des demandes émanant d'instances administratives ou dépendantes de l'Etat, alors qu'augmente ou se maintient le nombre des demandes provenant de personnes physiques. On retiendra en particulier les baisses aussi nettes que régulières des demandes formulées par les médecins de Cery et par les autorités communales, le nombre croissant des demandes émises par les tuteurs et les parents, et enfin la relative stabilité des demandes provenant des médecins et des personnes concernées. Quant aux demandes émanant des personnes concernées, stables elles aussi, il n'est pas surprenant de les voir apparaître presque toujours liées à celles d'autres demandeurs, sans doute désireux de renforcer leur démarche par l'avis des intéressées elles-mêmes.

Ces résultats illustrent en fait les bouleversements sociaux intervenus depuis les années 1960. Des approches différentes de la morale et de la sexualité, ainsi que la prise en charge des malades et handicapés mentaux expliquent l'évolution de l'attitude des entités étatiques. Il est de plus indéniable que les relents de nazisme qui collaient à une loi autorisant la stérilisation forcée ont poussé les psychiatres et les autorités sanitaires à s'en défier. La loi sur la stérilisation n'apparaît dès lors plus comme un instrument de contrôle social à la disposition des autorités, mais devient l'ultime recours de particuliers – parents, représentants légaux ou médecins traitants – angoissés par les conséquences sociales, plutôt qu'héritaires, d'éventuelles grossesses chez leurs protégées. Le nombre des autorisations obtenues pour chaque type de demandeurs confirme du reste cette analyse. De 1932 à 1961, les opérations surviennent plus particulièrement lorsque les demandes émanent de l'Hôpital de

Cery ou de la Maternité de Lausanne, alors que durant la dernière période, ce sont surtout des médecins privés, des parents et des tuteurs qui obtiennent une proportion importante des autorisations.

Il est temps d'examiner quelles motivations animaient ces demandeurs. Certaines raisons plus ou moins inavouées relatives au contrôle des comportements sexuels ont déjà été relevées (grossesses ou naissances illégitimes, risque de viol, etc.), mais les demandes n'en contenaient pas moins des motifs officiels. Ils peuvent être organisés selon les catégories suivantes: hygiène sociale, plutôt qu'eugénisme (49 demandes), c'est-à-dire une des raisons principales indiquées par les concepteurs de la loi et visant à empêcher la naissance d'« enfants anormaux »; protection des malades mentaux (9 demandes), soit la « protection » envisagée à l'égard de jeunes femmes susceptibles d'être abusées par des « individus sans scrupules »; motifs socio-économiques (31 demandes), en particulier l'incapacité d'assurer l'entretien et l'éducation d'éventuels enfants pour des jeunes femmes célibataires, parfois l'indigence de certaines familles dont les communes surtout tentaient de limiter la fécondité; motifs thérapeutiques (13 demandes), dans le but de diminuer l'agressivité chez des délinquants sexuels principalement par la castration masculine; contraception (15 demandes), soit essentiellement la volonté de ne pas voir naître d'enfants, sans considérations socio-économiques ou médicales; motifs médicaux (3 demandes), dans les cas où une grossesse serait dangereuse pour la santé des personnes concernées; hygiène sociale et protection des malades mentaux (17 demandes); hygiène sociale et motifs socio-économiques (30 demandes); hygiène sociale et motifs médicaux et contraception (19 demandes); et enfin 36 cas sont sans information. En examinant les motifs des demandes selon les trois périodes (graphique 8), diverses tendances se dégagent.

Graphique 8: motifs invoqués par les demandeurs



Très fréquents, malgré une diminution après la période 1932-1941, les motifs d'hygiène sociale semblent demeurer pertinents durant toute la période d'application. La «protection» des malades mentaux n'apparaît pas fréquemment de manière officielle. Les motifs socio-économiques, deuxièmes en importance après l'hygiène sociale, restent valables pendant toute la période d'application. Les motifs thérapeutiques ne concernent que les délinquants sexuels et ne sont plus guère utilisés après 1960. La contraception est invoquée de manière significative surtout depuis les années 1960. Enfin les demandeurs se sont très peu servis des raisons médicales évoquant un risque pour la santé de la personne.

L'importante utilisation de l'hygiène sociale et des problèmes socio-économiques montre que les préoccupations des demandeurs n'étaient, officiellement du moins, pas très éloignées de celles exposées dans les motifs de la loi. Tous désiraient en effet éviter la naissance d'enfants anormaux que leurs parents seraient incapables d'entretenir. Quoiqu'il en soit, dès les années 1960, la présence de quelques demandes motivées par la seule contraception laisse penser que la question de la sexualité des handicapés mentaux pouvait se poser un peu moins en fonction de questions d'hérédité morbide et de dépenses publiques.

Pour terminer, précisons que les motifs d'hygiène sociale sont les seuls que l'on peut mettre en rapport avec un taux élevé d'autorisations. Ceci laisse penser que l'exigence légale de la probabilité d'une «descendance tarée» a effectivement été respectée par le Conseil de santé. Pour les demandeurs, il est néanmoins vraisemblable que cette motivation constituait, surtout depuis les années 1960, davantage un prétexte qu'une réelle préoccupation. Le véritable souci était la résolution ponctuelle et plutôt partielle de situations sociales difficiles.

Rôle des autorités

Comme premier destinataire des demandes, le Service sanitaire cantonal joue logiquement un rôle de tri assez efficace. En effet, ce sont quelque 58 demandes sur 222 (soit plus d'un quart) qui n'ont pas dépassé cette première étape, soit du fait d'une réponse immédiatement négative (38 cas), soit du fait de l'exigence d'un examen médical préalable entraînant l'abandon de la demande. Le Conseil de santé, qui a le pouvoir d'examiner les demandes avant ou après l'expertise (deuxième et troisième filtres), refuse de poursuivre la procédure respectivement à 9 et 29 reprises. Comme il est rare que le Conseil de santé ne suive pas les avis des experts (et uniquement dans le sens de la restriction du nombre des autorisations), ceux-ci sont en fait à l'origine de 25 refus de stérilisation. C'est la troisième question relative à la probabilité d'une «descendance tarée» qui entraîne le plus de refus. Ainsi, 96 refus sont imputables au Service sanitaire ou au Conseil de santé et 94 autorisations; de plus, 20 autorisations sont données sous condition (consentement des intéressés ou de leurs représentants) et 12 cas restent sans information, demandes sans suites dont il ne subsiste que les noms des personnes concernées dans la correspondance du Service sanitaire.

En fin de procédure, il y a 116 demandes n'ayant pas abouti à une autorisation et 106 demandes ayant abouti à une autorisation (101 stérilisations et 5 castrations),

soit 47.5 % de l'échantillon. Des déménagements ou des oppositions de représentants légaux et le refus (un seul) du médecin chargé de l'opération ont permis d'éviter 8 stérilisations autorisées. Ainsi, le quatrième filtre ne fonctionne qu'une seule fois, ce qui peut s'expliquer par le fait que la plupart des opérations se sont faites à la Maternité de Lausanne, dont les responsables semblaient favorables à l'application de l'article 28bis, du moins avant les années 1960.

Il convient de souligner l'importance de la notion de consentement. On peut effectivement dénombrer pas moins de 141 demandes assorties d'une forme ou d'une autre de consentement. Dans 54 cas, le consentement des responsables de la personne concernée peut être considéré comme implicite, les demandeurs étant eux-mêmes, soit les parents, soit les tuteurs. Dans 87 cas, un consentement est formellement indiqué dans les dossiers comme ayant été obtenu: 32 consentements de personnes concernées, sans autres appuis; 18 de personnes concernées en commun avec leurs représentants légaux ou leurs parents; enfin 18 de parents ayant qualité de représentants légaux, 16 de représentants légaux et 3 de maris.

Ces nombreuses formes de consentements montrent que l'article 28bis (puis l'article 32) n'a pas été nécessairement appliqué avec toute la rigueur que sous-entendait sa formulation. Mais ceci n'atténue en rien la gravité de ces lésions corporelles graves. Il est vraisemblable que des opérations ont été parfois pratiquées à l'insu des intéressées ou quelquefois à la suite d'un chantage, en échange de promesses de libération. Il eût fallu trouver des traces plus précises des entretiens éventuels entre les intéressées et les autorités pour pouvoir estimer dans quelle mesure les consentements obtenus étaient volontaires et si les jeunes femmes étaient informées de la portée de l'opération projetée. Toutefois, cette obstination des autorités administratives à obtenir ces consentements que la loi n'exigeait pas montre bien que la décision était délicate.

Etudes de cas

Quelques situations peuvent être données en exemple. On a retenu un cas de demande abandonnée, deux cas de refus, et un cas qui a reçu l'autorisation du Conseil de santé.

Demande abandonnée, 1933

Un père demande en 1933 à la Direction de l'Hôpital cantonal la stérilisation de sa fille qui est enceinte:

«Nous avons le malheur d'avoir une fille de 19 ans qui malgré toutes nos recommandations, se laisse aller et même cherche toutes les relations sexuelles qu'elle peut trouver. L'inévitable est arrivé [...]. Etant donné son développement retardé, je viens avec le consentement de ma femme vous demander si l'hôpital ne pourrait pas la délivrer de cet état physique en la rendant stérile. Ce serait pour elle, comme pour sa famille un bienfait.»

Le demande est adressée alors au Service sanitaire. Le chef du Service sanitaire, avant même de soumettre la requête aux membres du Conseil de santé demande une déclaration médicale «fixant notamment son état mental».

Le dossier s'arrête là. Le père n'a, semble-t-il, pas donné suite à sa démarche.

Jules et Marie, stérilisation des époux refusée, 1933

Une municipalité adresse une demande pour que le Conseil de santé «ordonne la stérilisation des époux [...]». L'homme, «dont le casier judiciaire est abondamment pourvu de 12 condamnations», est «paresseux» et «ne fera jamais rien pour sortir du paupérisme intégral dans lequel il se complait». Quant à sa femme, elle est «une personne d'une fainéantise peu commune», elle tient «des propos orduriers». Ils ont trois enfants, «bientôt quatre [...] débiles, atteints de rachitisme, strabisme⁶⁰⁴, etc.». La municipalité ajoute dans sa lettre que «la tradition de cette famille [...] est de vivre aux dépens de la collectivité. [...] Nous estimons le moment venu de mettre un frein à l'activité sexuelle des époux [...] en atteignant le mal à sa source et ceci dans l'intérêt de la communauté». Cette dernière phrase a attiré l'attention du Conseil de santé: en marge est apposé un gros point d'exclamation rouge.

Le préavis du Conseil est défavorable, les motifs sont considérés comme non valables au sens de l'article 28bis. Il faudrait au moins, remarque-t-on, que la demande soit appuyée d'un certificat médical.

La demande, comme à chaque requête, circule par correspondance auprès des membres du Conseil qui donnent leur opinion et signent. L'un d'eux semble particulièrement irrité: «Je croyais qu'il avait été décidé d'adresser une circulaire à toutes les municipalités pour les rendre attentives au sens et à la portée de la loi.»⁶⁰⁵

Le mois suivant la requête de la Municipalité, le chef du Département de l'Intérieur répond négativement. Celle-ci répond à son tour qu'elle regrette la décision et qu'elle déplore «bien davantage que la loi sanitaire ne prévoise pas, au même titre que les malades mentaux, la stérilisation des parasites.» Elle ajoute d'ailleurs quelques arguments à ceux de sa première lettre, notamment que le mari est tuberculeux et «adepte [...] des théories communistes. [...] Nous persistons à croire que le meilleur moyen de lutter contre le paupérisme reste dans ce cas particulier la stérilisation.» Le Conseil de santé maintient sa décision.

Jeanne, stérilisation refusée, 1933

Une autre municipalité demande la stérilisation d'une ressortissante de la commune âgée de 25 ans, domestique. Celle-ci, de faible santé, ayant un enfant illégitime qui est placé aux frais de l'assistance communale, attend un deuxième enfant illégitime «résultant de sa mauvaise conduite» (ce qui se trouvera erroné, la démarche étant faite sans que la Municipalité vérifie ses allégations). Elle est «en outre un peu faible d'esprit». La municipalité de domicile qui a signalé le cas à la municipalité d'origine a précisé qu'elle vit dans un «triste milieu». Le Conseil de santé demande un rapport médical au médecin délégué de la région où habite la jeune fille et qui peut enquêter pour le Conseil.

⁶⁰⁴ On doit relever ici la confusion des pathologies dans l'esprit des autorités locales, comme si ces maladies étaient elles aussi mentales et héréditaires.

⁶⁰⁵ Souligné dans le texte.

Ce dernier donne des renseignements très développés, résultant d'une enquête sociale autant que médicale: orpheline de mère dès l'âge de 12 ans, elle a été placée chez un particulier jusqu'à l'âge de 16 ans. Dès lors, soit dès sa sortie de l'école, elle a travaillé. Elle a fait à trois reprises des séjours de plusieurs mois dans une infirmerie (phlébite, maux de tête). Le médecin délégué précise qu'elle n'est pas enceinte et, de plus, «ne présente pas d'affection pouvant justifier l'application de l'article 28bis. Elle présente bien peut-être un léger déficit psychique et une intelligence plutôt modeste, mais pas à un point tel que des mesures spéciales doivent être prises contre elle.»

Le Conseil de santé adresse sa réponse à la Municipalité: «Votre demande de stérilisation n'est pas recevable.» Il lui transmet aussi la conclusion du rapport du médecin délégué: «Doit être sortie du milieu actuel au plus vite et placée dans une bonne famille où elle soit bien surveillée.»

Marie, stérilisation autorisée, 1941

Marie, âgée de trente ans, venait lors de la demande de stérilisation d'accoucher de son second enfant. Emanant de la Maternité de l'Hôpital cantonal de Lausanne et signée par son chef, le Professeur Rochat, la demande est motivée ainsi: «Cette malade a déjà eu un enfant illégitime en 1935. Elle n'a pu élever son premier enfant et ne pourra certainement pas s'occuper du second vu son état de débilité mentale prononcée.» (18 novembre 1941)

Trois jours plus tard, le Chef du Service sanitaire écrit aux experts désignés, dont l'un des deux n'est autre que le Professeur Rochat, le second étant le Professeur Steck, afin de leur demander d'expertiser Marie, alors âgée de 30 ans et mère de deux enfants.

Le 1^{er} décembre 1941, le rapport d'expertise est adressé au Service sanitaire. Les experts ne disposent d'aucun renseignement sur les antécédents héréditaires de Marie et l'anamnèse sera réduite. Ils rappellent que, placée de 16 à 19 ans dans une maison d'éducation, Marie est tombée une première fois enceinte à 24 ans. Ils précisent encore que, rendue «agitée» par ce premier accouchement elle «fut transférée d'urgence» en hôpital psychiatrique où elle ne resta qu'une semaine et où fut posé «le diagnostic d'imbécillité».

Pour le status psychique, l'intéressée «frappe tout de suite par son air enfantin et la familiarité avec laquelle elle s'adresse aux médecins. Elle ne sait pas quel jour on est ni l'année. Tout ce qui l'intéresse, c'est de savoir quand elle pourra sortir. (...)

» Elle ne sait ni lire ni écrire. Lorsqu'on l'examine avec les tests de Binet et Simon, Bobertag, elle arrive à résoudre quelques problèmes jusqu'au niveau mental de 8-9 ans. D'après ces constatations, il ne fait aucun doute que Marie est atteinte d'une forme grave d'oligophrénie (imbécillité). Il est fort probable qu'il s'agisse d'une forme héréditaire d'oligophrénie, vu que nous ne trouvons pas de symptômes d'encéphalopathie exogène.

» On devrait éventuellement vérifier sur place par une enquête auprès du médecin-délégué quel est l'état mental des autres membres de la famille».

Les réponses aux trois questions furent:

«1) Marie est atteinte d'une infirmité mentale grave sous forme d'imbécillité.

» 2) Cette infirmité est incurable.

» 3) Selon toutes prévisions, Marie ne peut avoir qu'une descendance tarée».

A quoi les experts ajoutèrent: «Une stérilisation en application de la loi du 23 mai 1939 sur les malades mentaux nous paraît particulièrement indiquée dans ce cas vu que par sa passivité elle risque encore d'être souvent la victime d'hommes sans scrupules. Elle est certainement incapable d'élever un enfant».

On peut relever le cumul des motifs: aux critères de la loi, s'ajoutent la "protection" contre le viol et l'irresponsabilité face à la maternité. Vu les conclusions des experts, le Conseil de santé autorisa la stérilisation de cette personne. L'opération fut réalisée autour du 20 décembre 1941.

Les trois premiers cas cités (demande abandonnée ou refusée) illustreraient le caractère protecteur de la loi contre l'empressement des proches ou des communes. Le quatrième cas (stérilisation autorisée) peut être considéré comme représentatif des stérilisations légales, quoique la procédure ait été particulièrement rapide.

Quatre dossiers sont étudiés ici plus longuement dans une perspective thématique afin de montrer la complexité des situations, le caractère problématique des critères de la loi et l'argumentation des différents acteurs. En outre, les dossiers illustrent l'évolution des conceptions au cours du siècle. Les thèmes sélectionnés, que chaque dossier ne permettra toutefois pas d'aborder, sont les suivants: sexualité, hérédité, consentement, procédure. Le propos n'est pas de déterminer si ces opérations se justifiaient dans le cadre de cette loi, mais de comprendre les conditions sociales de l'émergence de telles pratiques.

Henriette, refus de la stérilisation, 1933

La demande de stérilisation, datée de janvier 1933, provient du Service de l'enfance (dépendant du Département de l'intérieur) qui s'inquiète de voir une de ses protégées retourner vivre chez sa mère. La jeune femme en question, âgée de 20 ans, vivait en effet jusqu'alors dans une « maison d'éducation ». Il est précisé dans la lettre de demande que la mère de l'intéressée a été privée du droit de garde par décision de la Chambre des tutelles et on y rappelle le prononcé: « tenant compte que la mère, veuve, vit d'une manière irrégulière avec le nommé [...], qui, à l'époque la battait et battait également Henriette ».

Comme Henriette a légalement le droit de prendre sa liberté à sa majorité au début de février 1933, sa mère « a manifesté le désir de reprendre sa fillette auprès d'elle ». Le Service de l'enfance écrit alors au Service sanitaire: « quoique cette jeune fille, jusqu'à maintenant, n'ait pas fait preuve de sentiments érotiques, [...], nous avons proposé à la direction de l'Asile de Cery de reprendre cette jeune fille en observation aux fins d'examiner s'il y aurait lieu de la stériliser et d'organiser une tutelle à la majorité ».

Le Service sanitaire ne va cependant pas faire transférer Henriette à l'asile psychiatrique, mais va demander un examen préalable à deux médecins exerçant dans la région où vit la jeune femme. Les deux médecins vont rédiger des rapports séparés, car leurs « vues sur la stérilisation différaient trop ». En effet si l'un d'eux répond affirmativement aux trois questions posées par le Service sanitaire⁶⁰⁶, l'autre émet de sérieuses réserves au sujet de la dernière question:

⁶⁰⁶ Soucieux de respecter les conditions d'application exigées par la loi, le Service sanitaire demandait aux experts de répondre aux questions suivantes: « 1. L'intéressé/e est-il/elle atteint/e d'une maladie mentale ou d'une infirmité mentale? Si oui, laquelle? ». « 2. Cette maladie ou cette infirmité est-elle incurable? ». « 3. Le cas échéant, peut-on dire que, selon toutes prévisions, il/elle ne peut avoir qu'une descendance tarée? » (fig. 9).

« 1)[...]. Il s'agit d'une débilité mentale congénitale, minus habens dans toute l'acception du terme.

2)[...]. Aucune amélioration n'est à prévoir.

3)[...]. A cette dernière question il n'est pas possible de donner une réponse affirmative. On sait qu'un enfant né d'un père ou d'une mère de mentalité déficiente n'est pas nécessairement taré.

La stérilisation de cette jeune fille ne me paraît pas, pour ma part, absolument indiquée. Il s'agit de la protéger, de la placer dans une institution où elle sera surveillée. Sinon, la stériliser et la placer n'importe où (elle sera quand même toujours à la charge de la société) représente un encouragement à la débauche masculine et un moyen de propager largement les maladies vénériennes.

A la suite de ce double avis préliminaire, le Service sanitaire va proposer au Conseil de santé l'entrée en matière sur la question de la stérilisation ainsi que la nomination de deux experts souvent mandatés dans le cadre de cette loi, les psychiatres W. Boven et H. Steck. Voici une grande partie du rapport d'expertise, signé conjointement par les experts:

« Nous avons examiné Henriette, à la polyclinique où elle nous a été conduite, mardi 28 mars.

Au physique: fillette bien conformée, grosso modo, mais la taille atteint au plus 1.55, le front montre des bosses, les oreilles sont grandes et asymétriques, les dents striées, télescopées et chevauchantes, avec la surface coupante en scie, le palais est plutôt ogival, le cou montre un petit goître dans le lobe gauche, les réflexes sont vifs, les extrémités cyanosées et craquelées.

Au point de vue de l'hérédité: père mort accidentellement (?); mère, porteuse de journaux, s'occupe peu de sa fille. Le dossier signale qu'elle vit avec un personnage peu reluisant. Une sœur mariée et mère.

Affectivité. Fillette gentille: son regard s'éclaire dès qu'elle reconnaît le docteur [...]; elle est docile et bienveillante, serviable. La personne qui nous l'a conduite et qui la connaît depuis quelques mois nous certifie que l'enfant est facile à vivre, mais lente, la dernière en tout, apathique. Il n'y aurait jamais eu matière à la moindre plainte en ce qui concerne les sens [la sexualité].

Intelligence. A [la maison d'éducation], la fillette [...] se montre apte à tout ouvrage qui ne requiert qu'automatisme.

Nous constatons qu'elle lit, pas mal du tout. [...].

L'examen par test [...] comportant recherche de compréhension, jugement, etc. nous donne un résultat qui varie entre 9 et 12 ans. On peut s'arrêter à l'âge intellectuel moyen de 10 ans, selon Binet-Simon. Donc arriération manifeste, sans imbécillité prononcée.

Réponse à la question 1: Henriette est atteinte d'une infirmité mentale sous forme d'arriération.

A la question 2, nous répondons que sans doute cette arriération n'est pas curable.

La question 3 nous convie à répondre sur le point de savoir si, selon toutes prévisions, l'enfant ne peut avoir qu'une descendance tarée. Il nous paraît que cette éventualité est vraisemblable, non certaine. La fillette, si elle s'unissait à un mari intelligent, pourrait être "dominée" au point de vue génétique par son conjoint. D'autant plus que la famille ne semble pas posséder de graves tares. (?) Encore faudrait-il que le sort soit favorable à cette union, ce qui est problématique.

A notre avis, on se trouve en présence d'un de ces cas que la théorie et les desiderata de l'eugénique désigneraient comme "devant être stérilisée". Nous recommanderions donc ce postulat pour des raisons scientifiques. Mais d'autre part, la fillette, jusqu'ici, n'a pas donné lieu à plainte, au point de vue de son instinct sexuel; une surveillance sérieuse et discrète serait de nature à la préserver soit du mariage soit de l'union libre. Il nous semble raisonnable de recourir ici à la mesure la plus simple, comme à la plus indiquée et de recommander le choix d'une collocation toujours attentive, d'un milieu bienveillant et humain. En particulier, la prolongation du séjour à [la maison d'éducation] serait assez indiquée selon nous.

En résumé, faute d'indications impératives, nous opterons sans enthousiasme pour le statu quo ».

Puis, « sur le vu du rapport d'expertise, le Conseil de santé, à l'unanimité, estime qu'une intervention en vue de la stérilisation d'Henriette ne se justifie pas pour le moment ».

Le résumé de ce premier cas est très représentatif du contrôle des pratiques sexuelles qui pouvait motiver une demande de stérilisation aussi bien qu'en orienter le dénouement. Il est clair en effet que le Service de l'enfance craint avant tout que le milieu familial soit défavorable sur ce plan, même si Henriette n'a pas manifesté de « sentiments érotiques ». La question est reprise par un des médecins chargés de l'examen préalable qui ne croit pas que la stérilisation soit une forme de « protection » contre d'éventuels abus sexuels. Ce praticien craint au contraire, à l'instar de certains adversaires de l'article 28bis, qu'une telle méthode ne soit « un encouragement à la débauche masculine et un moyen de propager largement les maladies vénériennes ». Les experts, quant à eux, vont affirmer qu'il suffit que cette jeune femme soit surveillée sérieusement, même si la stérilisation se justifie au point de vue de « l'eugénique ».

Cet exemple donne à réfléchir sur la notion de « protection » attribuée à la stérilisation de jeunes femmes oligophrènes qui justifie une opération mutilante en plaçant en quelque sorte la femme à l'origine des abus sexuels. La conjonction de la prétendue passivité de certaines femmes simples d'esprit et du manque de scrupules de leurs agresseurs permet aussi d'euphémiser le délit sexuel commis. Les femmes oligophrènes sont, de par leur nature, soit passive, soit nymphomane, à la fois victimes et responsables par leur infirmité du délit sexuel. Les hommes, quant à eux, manquent simplement de scrupules, mais ne sont pas des violeurs.

Eloquent sur les modalités de contrôle des pratiques sexuelles, ce cas l'est aussi sur la question de l'hérédité. Le même médecin chargé de l'examen préalable, qui refuse la stérilisation comme modalité de protection, conteste aussi le caractère héréditaire de la débilité mentale, car « on sait qu'un enfant né d'un père ou d'une

mère de mentalité déficiente n'est pas nécessairement taré». Sous l'influence, semble-t-il, d'un avis aussi nuancé, les experts ne parviennent pas à répondre directement à la question de l'hérédité. Ils dévient ainsi sur un des poncifs touchant à la question de l'infirmité mentale, selon lequel le risque d'hérédité morbide augmenterait considérablement par l'union de deux handicapés mentaux: «la fillette, si elle s'unissait à un mari intelligent, pourrait être "dominée" au point de vue génétique par son conjoint». Souvent, ces considérations aboutissaient malgré tout à la nécessité d'une stérilisation, les mariages entre personnes intelligentes et handicapées mentales étant donnés comme rarissimes. Si l'expert arrive ici à une conclusion différente, c'est que «la famille ne semble pas posséder de graves tares». Il apparaît alors que, si «l'eugénique» prône la stérilisation de telles personnes, l'hygiène sociale recommande plutôt l'attentisme, la jeune femme n'ayant «pas donné lieu à plainte, au point de vue de son instinct sexuel».

Robert, castration thérapeutique autorisée, 1950

En octobre 1950, un médecin de la Policlinique psychiatrique universitaire répondait par la lettre suivante au Chef de Service de protection pénale (Département de justice et police) qui l'avait chargé d'examiner un homme de 32 ans:

«J'ai examiné aujourd'hui Robert. Il s'agit d'un cas très simple. En effet le patient présente une grave déficience mentale du degré de l'imbécillité et l'entretien d'aujourd'hui n'a fait que confirmer les constatations faites à l'Hôpital de Cery en 1938-39. Robert se contente de nier avoir commis des actes contraires à la pudeur sur la personne du petit [...] et il est totalement incapable de juger de la portée de ses actes.

Vous savez qu'en 1938, il avait été expertisé après avoir commis des délits identiques. Il semble s'être bien comporté jusqu'en 1950. Sa responsabilité pénale est donc nulle et l'on doit se contenter de prévoir des mesures susceptibles d'empêcher une récidive. Chez cet imbécile éréthique et incapable de dominer ses pulsions sexuelles, qu'il réalise d'une manière infantile, une castration opératoire paraît être indiquée. La Direction de l'Hôpital de Cery en avait déjà parlé en 1939 comme une mesure à prévoir en cas de récidive. Lors de l'internement, Robert était trop jeune pour être opéré, son développement physique n'étant pas terminé [Robert était alors âgé de 21 ans].

La mère du patient est d'accord avec cette opération. Quant à Robert, il ne saurait comprendre de quoi il s'agit et son assentiment n'a pas de valeur, en raison de l'oligophrénie. Nous vous proposons donc d'envisager cette opération qui peut se faire directement à l'Hôpital cantonal. En cas d'impossibilité, Robert devrait être interné à Cery d'où l'on pourrait aussi le transférer par la suite dans un service de chirurgie».

Cette lettre a été transmise au Service sanitaire qui désigna alors deux experts. L'expertise rédigée sur six pages par un psychiatre et un spécialiste des affections nerveuses est circonstanciée. L'ascendance de l'intéressé n'offre que peu de risques héréditaires. Certes «le grand-père maternel était vigneron et quelque peu

buveur», le père «était peu doué et remplissait des fonctions de manœuvre et de garde-barrière; il aurait commis quelques excès de boisson», mais «la mère est d'intelligence moyenne» et les frères et sœurs de Robert ne présentent aucune maladie particulière. Incapable d'apprendre quoi que ce soit à l'école, Robert «fut dès lors dispensé de se rendre en classe. Il a été question de le placer [dans une institution] mais la famille y renonça pour s'éviter des frais».

L'examen physique montre que Robert «a une taille un peu au-dessous de la moyenne (1m. 54), il est maigre et peu musclé, en assez bon état de nutrition cependant. Sa tête un peu trop petite, son corps malingre et par contre ses extrémités plutôt grosses le font ranger dans le type dysplasique». L'examen mental montre que l'intéressé ne sait ni lire ni compter. Selon les experts, il «présente un développement mental très rudimentaire; d'après nos tests il correspond environ à celui d'un enfant de 5 à 6 ans». La discussion amène les remarques suivantes:

«Quelle mesure convient-il de prendre pour éviter qu'il récidive? Il ne faut pas songer à le "rééduquer" car il n'est accessible à aucun raisonnement, à aucune psycho-thérapie. L'interner pendant un temps indéterminé? Sa mère a grand'peur que les autorités ne prennent cette décision; elle souhaite que son fils subisse la castration. [...].

Nous croyons que ce serait la meilleure précaution à prendre, même si elle devait diminuer un tant soit peu les très modestes facultés de Robert.

Etant donné que l'expertisé n'attaque jamais des femmes ou des jeunes filles mais seulement des garçonnets, il est permis de penser que son instinct sexuel est incomplet et peu impétueux et que par conséquent la castration le réduirait à peu près à néant; ce résultat, rappelons-le, ne s'obtiendrait que plusieurs mois après l'opération, période pendant laquelle l'étroite surveillance qu'il doit subir ne devrait pas se relâcher.

Le but à atteindre en castrant Robert serait à nos yeux de protéger les garçonnets et d'éviter au jeune homme qu'il ne retombe dans la délinquance; quant à l'éventualité qu'il devienne père d'enfants tarés, les remarques suivantes nous viennent à l'esprit:

1) nous avons dit que Robert ne paraît pas s'intéresser aux femmes ni aux jeunes filles;

2) l'hérédité du sujet n'est pas très menaçante puisqu'il n'y a que deux légers cas d'alcoolisme dans son hérédité;

3) par contre s'il commettait l'acte sexuel avec une adulte, malgré son apparence de dégénéré, sa partenaire appartiendrait vraisemblablement au même type que lui et alors le fruit de leurs amours – si jamais il y en avait un – ne pourrait que leur ressembler terriblement puisqu'il y aurait convergence d'hérédité oligophrénique.»

Les conclusions des experts furent les suivantes:

«1) Robert est atteint d'imbécillité à un degré prononcé.

2) Cette infirmité est incurable.

3) On peut dire que, selon toutes prévisions, le prénommé ne peut avoir qu'une descendance tarée».

Le Conseil de santé décida en conséquence d'autoriser la castration de Robert. Celui-ci fut opéré en décembre 1950, un peu plus de deux mois après la demande.

Découlant de la volonté de contrôle des pratiques sexuelles comme le premier cas, celui de Robert aborde l'aspect thérapeutique de l'application de l'article 28bis dans un cadre pénal. La castration n'est pas entendue ici comme un des instruments de la pénalité, mais bien, devant l'irresponsabilité notoire de Robert, comme une mesure susceptible « d'empêcher une récidive ». C'est du reste dans cette perspective que les cinq castrations, toutes pratiquées sur des hommes, ont été effectuées et que seize des trente demandes concernant des hommes ont été formulées⁶⁰⁷.

Au sujet de l'hérédité, la réflexion des experts touchant à l'« apparence de dégénéré » de Robert amène quelques commentaires. Au cours de la période d'application de l'article 28bis, l'attitude générale du monde scientifique face à l'hérédité des affections mentales évolue régulièrement vers une prudence de plus en plus grande et même, dès les années 1970 dans le sillage de l'antipsychiatrie, vers la négation de toute influence constitutionnelle dans l'étiologie des maladies mentales.

Cette évolution se reflète du reste indéniablement, quoique de manière équivoque, dans les expertises effectuées lors des demandes de stérilisation. L'ambiguïté provient en l'occurrence de la formulation même de la loi et de sa procédure d'application. Celles-ci exigeant en effet que soit établi qu'une personne concernée par une demande, « selon toutes prévisions, [...] ne peut avoir qu'une descendance tarée », les experts n'avaient guère l'opportunité de nuancer leur avis sur le sujet. S'ils tentaient de le faire, ils remettaient en cause la loi elle-même. Le résultat est que ces rapports d'expertises paraissent donner une image déformée de l'approche psychiatrique de l'hérédité des affections mentales.

Ainsi, les rapports de certains experts psychiatres semblent la plupart du temps, dans le cadre de cette loi, illustrer une croyance sans faille en ce genre d'hérédité. William Boven, par exemple, écrivait en 1935, invoquant des théories déjà tout à fait désavouées, « c'est le type de la prostituée ou "femme criminelle née" de Lombroso », sans préciser, il est vrai, s'il adhérait ou non à une telle typologie. Il poursuivait néanmoins : « nous ne nous arrêtons pas ici à la description anthropologique du cas, des stigmates de la dégénérescence physique ». Ces propos, empruntés à une terminologie alors dépassée depuis trente ans, ne manquent pas de surprendre sous la plume de quelqu'un qui avait fait œuvre de pionnier vingt ans auparavant en consacrant sa thèse à l'étude du mendélisme dans l'hérédité de la démence précoce⁶⁰⁸. Ceci est confirmé par l'opinion d'un collègue qui écrivait en 1957 à son sujet :

« Avec quelle prudence dans l'appréciation des données cliniques n'a-t-il pas abordé la génétique en psychiatrie à une époque où l'influence de l'école allemande mettait son emprise sur tous les travaux de cette science et donnait l'illusion que le mystère des causes des maladies mentales était dissipé par la théorie héréditaire. Dès ses premiers travaux, il insiste sur l'action toujours présente du milieu, et surtout de l'éducation comprise dans son sens le plus extensif. »⁶⁰⁹

⁶⁰⁷ Les quatorze autres étaient des demandes de stérilisation et ne concernaient pas des délinquants sexuels.

⁶⁰⁸ BOVEN 1915.

⁶⁰⁹ ACV, dossier Agence Télégraphique Suisse sur William Boven.

On comprend dès lors que l'accent mis par ce psychiatre sur le déterminisme biologique dans ses expertises surprenne. Il semble bien que, convaincu de la nécessité de certaines mesures d'hygiène sociale, il ait en quelque sorte décidé de jouer le jeu des conditions nécessaires à l'application de la loi, sans trop les confronter avec ses convictions novatrices.

Ces ambiguïtés relevées entre certains discours psychiatriques résultent de ce défaut originel de l'article 28bis relatif à la prise en compte de l'hérédité des maladies mentales comme critère d'application. Ainsi, le législateur, après avoir mis de côté la question du consentement, a-t-il soumis l'application de la loi à un processus (l'hérédité des maladies mentales) dont l'existence est loin encore aujourd'hui d'être confirmée ou infirmée. Un autre expert exprimait déjà ses doutes en 1939: «étant donné l'état actuel de nos connaissances sur les lois de l'hérédité, rien ne nous permet (...) de dire que "selon toute prévision [l'intéressée] ne saurait avoir qu'une descendance tarée" (...)».

Pour en revenir au cas de Robert, l'application de l'article 28bis est particulièrement problématique. Car, même en admettant que Robert réponde aux exigences de la loi au point de vue de l'incurabilité et des risques d'hérédité morbide, il est évident que cet article ne contient aucune disposition admettant la castration comme thérapie de la délinquance sexuelle. Or c'est le principal motif du demandeur. Les experts mettent aussi l'accent sur le but thérapeutique de l'opération et ne se montrent pas très convaincants dans leur démonstration des dangers présentés par Robert au niveau de l'hygiène sociale: seule la «convergence d'hérédité oligophrénique» en cas d'une paternité de Robert, qui apparaît aux experts bien hypothétique, semble à craindre.

Cet exemple illustre un nouveau point litigieux dans l'histoire de cette loi qui s'est vue appliquée aux hommes dans le but essentiel d'une thérapie de la délinquance sexuelle et pour autant que soient remplies trois conditions qui ne concernaient pas, ou parfois indirectement seulement, ce domaine.

Béatrice, autorisation de la stérilisation, 1965

La demande, datant de 1965, provient des parents de la personne concernée, une femme de 34 ans, appuyés dans leur démarche par une psychiatre de l'enfance. Cette dernière consigne dans son examen préalable que Béatrice «[...] est une grave débile mentale» qui «[...] a suivi une scolarité en classe spéciale [...]» puis est allée de 14 à 16 ans dans une école ménagère pour jeunes filles en difficulté; elle a été examinée durant sa scolarité par le directeur de l'Office médico-pédagogique vaudois. «Depuis l'âge de 17 ans, cette jeune fille travaille à l'Asile des vieillards [...] où elle aide aux chambres et à la cuisine». Elle «sait lire, mais écrit très mal et ne sait absolument pas compter» et selon le test de Terman un âge mental d'environ 6-7 ans peut lui être attribué. Les raisons de la demande, énoncées par les parents et reprises par la psychiatre, résident d'une part dans la crainte «que cette fille ne soit un jour victime d'un sadique ou que d'une manière ou d'une autre elle ait des rapports sexuels» et d'autre part dans l'évidence «que vu [son] développement mental [...], elle serait incapable d'élever un enfant».

Le Conseil de santé décide de désigner deux experts « pour que ceux-ci se prononcent à la fois sur la nécessité d'une mise sous tutelle et sur la possibilité d'ordonner une stérilisation ». Le rapport d'expertise commence par une anamnèse révélant une intoxication au CO [monoxyde de carbone] après laquelle « la famille observe, chez la fillette, une nette régression et un changement caractéristique du comportement ». On reconnaît néanmoins que « au cours de ces dernières années, Béatrice a encore réalisé quelques progrès [...] ». L'examen médical est assez concis. On apprend néanmoins que « son attitude, inhibée, laisse transparaitre une certaine anxiété », que « la compréhension de scènes empruntées à la vie courante est limitée et témoigne d'une incapacité de synthèse », que « toutefois, dans son activité quotidienne la jeune fille se montrerait assez adroite », et que chez cette personne « toute possibilité d'abstraire et de juger est vouée à l'échec ». De plus, « sur le plan instinctif [...], Béatrice n'aurait jamais manifesté de curiosité et de préoccupations sexuelles anormales; elle ne présente pas de désinhibition particulière dans son comportement, ni aucune tendance perverse ». Les experts concluent en répondant aux questions posées: « 1. Béatrice est atteinte d'une arriération mentale sévère, du degré de l'imbécillité (âge mental de 6-7 ans environ). 2. Cette infirmité est incurable. 3. Selon toutes prévisions, la descendance de cette personne présente de gros risques de tares ». Et pour terminer: « cette jeune fille est incapable de s'occuper et d'assumer la responsabilité d'un enfant ».

Le reste de la procédure est rapidement exécuté. La question du consentement du représentant légal fraîchement nommé ne se pose guère, ce dernier n'étant autre que le père de l'intéressée et implicitement consentant en sa qualité de demandeur. Aussi, ayant pris connaissance du rapport d'expertise, le Conseil de santé donne un préavis de stérilisation. Puis, le Chef du Département de l'intérieur, « vu les conclusions du rapport d'expertise, vu l'autorisation donnée par le Conseil de santé » et s'adressant au Préfet de district, autorise la stérilisation de la jeune femme. Non sans d'ailleurs préciser que le représentant légal de Béatrice a la faculté de recourir contre cette décision.

Les questions touchant aux pratiques sexuelles de la personne concernée sont à nouveau essentielles. Les demandeurs ne mentionnent en effet aucun des critères explicites de la loi, mais craignent que Béatrice ne soit « victime d'un sadique » et même qu'elle « ait des rapports sexuels » alors qu'elle « serait incapable d'élever un enfant ». On notera que l'euphémisme « homme sans scrupules » a été remplacé par le substantif « sadique », qui, même s'il n'est pas très adapté, a l'avantage de ne pas déculpabiliser l'attitude masculine. Dans le fond, il est à craindre que Béatrice ait des rapports sexuels, consentante ou non, suivis de la naissance d'un enfant, dont l'intelligence ne préoccupe d'ailleurs guère les demandeurs, mais qui serait à la charge des parents ou de la société. Les experts eux-mêmes ne manquent pas de compléter leurs trois réponses traditionnelles en soulignant l'incapacité de Béatrice à « assumer la responsabilité d'un enfant ». Ainsi, même si les formulations ont relativement peu évolué, le but purement contraceptif de la démarche se manifeste plus clairement.

Ce dossier permet d'aborder la notion de consentement telle qu'elle a été envisagée dans les demandes de stérilisation. On y lit en effet souvent que les experts

avaient à se prononcer « sur la nécessité d'une mise sous tutelle ». La demande d'interdiction civile des personnes concernées que le Service sanitaire et le Conseil de santé pressentaient comme incapables de discernement, et par conséquent incapables aussi de donner leur consentement à une stérilisation, est devenue une pratique courante dès le début des années 1940 permettant de s'appuyer sur le consentement d'un représentant légal⁶¹⁰. Ce renforcement des exigences de la procédure est intervenu paradoxalement peu après que l'introduction formelle du consentement dans la loi soit refusée pour la seconde fois. C'est que, à cette époque, les juristes du Conseil de santé et les psychiatres demandeurs semblaient de plus en plus indisposés par l'idée de stérilisation forcée véhiculée par la loi. Cependant, l'accord entre eux n'allait pas plus loin : si les psychiatres estimaient que, dans la plupart des cas, les intéressées bénéficiaient d'une lucidité suffisante pour donner leur accord, les juristes considéraient par contre que l'assentiment de ces personnes était sujet à caution, surtout lorsque les médecins proposaient la liberté en échange d'une stérilisation.

Pour ce qui est de la procédure, le dossier de Béatrice soulève plusieurs questions. Au niveau du consentement tout d'abord, on peut se demander quelles garanties d'impartialité offre un consentement provenant du demandeur lui-même.

Au sujet de l'incurabilité ensuite, les experts se contredisent. Ils affirment en effet dans leur rapport que « au cours de ces dernières années, Béatrice a encore réalisé quelques progrès » et que son infirmité est incurable. Il est probable que la solide réputation d'incurabilité du handicap mental a joué un rôle dans cet évident manque de cohérence.

L'attitude des experts à propos de l'hérédité est également singulière. Ils n'ont pas répondu en effet à la troisième question dans les termes habituels ; ils se sont contentés d'affirmer que « la descendance de cette personne présente de gros risques de tares » et non que « selon toutes prévisions, elle ne peut avoir qu'une descendance tarée ». Et pour cause : il faudrait croire fermement en l'hérédité des caractères acquis pour soutenir qu'une intoxication au CO₂, origine très vraisemblable des troubles de Béatrice, puisse amener un handicap mental héréditaire.

Agnès, refus de la stérilisation, 1970

La demande est effectuée conjointement par la mère d'une jeune femme âgée de 21 ans dont elle est représentante légale et par un médecin généraliste qui écrit en janvier 1970 au Service de la santé publique :

« Puis-je vous prier d'examiner les pièces ci-jointes, concernant la stérilisation de cette jeune fille, dont l'état mental présente un trouble de développement et un infantilisme important.

Je partage l'avis de la mère de la malade et j'estime comme elle, qu'Agnès ne pourra jamais faire face aux tâches naturelles d'une mère qui élève ses enfants, et en conséquence je propose une stérilisation ».

⁶¹⁰ L'opération de stérilisation a souvent été abordée suivant la même procédure que l'interruption de grossesse. Selon l'article 120, fin de l'alinéa 1 : « [...] si la personne enceinte est incapable de discernement, le consentement écrit de son représentant devra être requis. » (Code pénal suisse entré en vigueur en 1942).

Avant de prendre une décision, le Médecin cantonal, qui agit au nom du Service de la santé publique, va solliciter auprès du médecin demandeur un examen préalable pour établir si le cas répond aux exigences de la loi. Celui-ci ne donne pas une réponse très complète :

« L'on ne peut, à mon avis, pas se prononcer sur la santé d'une descendance éventuelle, tout au plus des risques de taré seront vraisemblablement importants.

L'intéressée ne connaît pas la mesure envisagée à son sujet, et ne peut en apprécier que partiellement la portée ».

Le Médecin cantonal décide néanmoins de soumettre le cas au Conseil de santé qui désigne deux experts. Ceux-ci vont rendre un rapport circonstancié en juillet 1970, soit près de trois mois après avoir été désignés par le Conseil de santé. Voici leurs conclusions.

« Agnès est une débile mentale relativement bien adaptée. Elle a été reclassée dans un emploi subalterne par les soins de l'AI [Assurance invalidité], qui lui accorde une demi-rente.

L'insuffisance de son développement intellectuel n'atteint cependant pas un degré tel que l'on doive entreprendre, du moins dans l'immédiat, une stérilisation. Même si sa débilité l'expose à certains risques, elle ne la prive pas totalement de discernement. Tout au plus, suivant les circonstances, l'expertisée peut-elle être considérée comme inapte à se déterminer selon l'appréciation de ses actes.

L'infirmité mentale n'est pas telle qu'elle exclut tout progrès. Elle ne constitue pas une contre-indication absolue au mariage. Selon les statistiques, un dixième de la population globale est formé de débiles mentaux et ceux-ci ne sont pas les moins prolifiques...

Enfin les conditions mêmes dans lesquelles la demande de stérilisation a été requise ne suffisent pas à entraîner, ipso facto, une approbation médicale: on comprend le souci légitime de la mère d'éviter une grossesse indésirable, mais cet argument n'est pas suffisant pour priver l'expertisée, de manière définitive, de l'espoir d'une maternité légitime.

Nous répondrons par conséquent de la manière suivante à vos questions:

1. Agnès est atteinte d'une débilité mentale doublée d'une certaine immaturité affective.

2. Cette affection n'est pas sévère au point d'exclure encore quelques progrès: ceux-ci seront surtout déterminés par le cadre social et les conditions d'existence qui seront offertes à la jeune fille.

3. On ne peut affirmer que, selon toute vraisemblance, Agnès ne pourra avoir qu'une descendance tarée.

4. L'intéressée ignore la mesure envisagée à son sujet⁶¹¹.

⁶¹¹ Le rapport d'expertise relevait que la demande s'est faite à l'insu de la jeune femme: « Agnès ignore absolument le sens de la présente démarche et sa mère souhaite que l'on procède à la stérilisation sous le couvert d'une pseudo-appendicite ».

5. Elle n'est pas privée de discernement au point de ne pouvoir apprécier la portée d'une stérilisation ».

Deux mois plus tard, devant de telles conclusions, le Conseil de santé va refuser d'accorder aux demandeurs l'autorisation de faire stériliser Agnès.

Mais la mère de celle-ci n'abandonne pas et elle renouvelle sa demande en décembre de la même année, y joignant deux nouveaux avis médicaux en guise de contre-expertise. Cette fois-ci, il ne s'agit plus seulement de préserver Agnès d'une maternité qu'elle ne saurait assumer, mais aussi de la protéger de sa propre attirance pour la compagnie masculine, d'autant plus qu'elle a trouvé un travail en un lieu éloigné du domicile de la mère. Le Médecin cantonal ne peut évidemment que reprendre la décision du Conseil de santé, en ajoutant toutefois : « Pour les cas où l'article 32 en question n'est pas applicable, il reste la solution de la stérilisation volontaire pour autant que l'intéressée le juge nécessaire. Cette décision doit être prise par le patient lui-même ».

En avril 1971, la mère d'Agnès effectue une troisième tentative en sollicitant cette fois une contre-expertise officielle. Le Médecin cantonal réitère la réponse négative.

La conclusion de cette longue démarche survient au début du mois de juin 1971, lorsque, pour obtenir l'autorisation de se faire stériliser, Agnès écrit elle-même au Service de la santé publique. Ce dernier rappelle alors à la mère d'Agnès que « cette mesure peut être prise à la demande de l'intéressée si elle est capable de discernement. Dans ce cas, aucune autorisation [...] n'est nécessaire ».

La contraception est le principal motif de cette demande, sans autres considérations économiques ou d'hygiène sociale. On peut s'étonner cependant que ni les experts, ni le Médecin cantonal ne fassent mention de la possibilité d'envisager une contraception chimique, ce procédé étant régulièrement évoqué depuis le milieu des années 1960 lors de réponses négatives aux demandes d'autorisations.

Quoiqu'il en soit, à lire les commentaires des autorités et des experts, on semble considérer à cette époque que la femme est en droit de disposer de sa vie sexuelle. Pour Agnès, « même si sa débilité l'expose à certains risques », ils ne sont pas si grands qu'ils justifient une intervention aussi grave que la stérilisation. Ainsi, le prétexte des « hommes sans scrupules » qui niait aussi bien l'existence du viol que la possibilité pour les handicapées mentales de mener une sexualité « normale » (entre la nymphomanie et la passivité) n'apparaît plus pertinent. Si auparavant leur éventuel discernement ne leur servait qu'à donner leur consentement à la stérilisation, il devient dès lors susceptible de leur inspirer un comportement sexuel responsable.

Au niveau de l'hérédité, l'évolution est également sensible. « Selon les statistiques, un dixième de la population globale est formé de débiles mentaux et ceux-ci ne sont pas les moins prolifiques... ». Cette réflexion des experts aurait entraîné de tout autres conclusions trente ans auparavant. La proportion de personnes atteintes de troubles de l'intelligence est de fait considérée ici comme une donnée démographique et non plus comme une menace pour la société, ces troubles n'étant plus reconnus comme incurables et fatalement héréditaires.

L'entêtement de la mère d'Agnès à faire stériliser sa fille à son insu amène à revenir à l'un des motifs premiers de la loi, à savoir son utilité comme facteur de protection des handicapés et malades mentaux. Il est clair que, dans le cas présent, les démarches aboutissent tout de même vraisemblablement à la stérilisation d'Agnès. Mais, quelles que fussent les pressions de la mère durant la dernière phase de l'affaire, Agnès n'a du moins pas été opérée à son insu, « sous le couvert d'une pseudo-appendicite » et elle a eu l'opportunité de se prononcer sur cette opération. Si l'on craignait à l'origine surtout des abus de stérilisation pour le seul motif de pauvreté, invoqué par des communes ou des tuteurs, la loi a eu de toute évidence un effet protecteur contre les éventuels abus de stérilisation demandée par les parents dans un but contraceptif.

Certes, on peut s'étonner que dans de telles conditions le Médecin cantonal avise la mère d'Agnès de la possibilité d'une stérilisation « volontaire », mais ceci entre dans la logique de la capacité de discernement de la jeune femme. Cette logique a été explicitement formulée dès les années 1930 par le Chef du Service sanitaire précisant alors que si la personne concernée était suffisamment « lucide », il lui était loisible de demander elle-même une telle opération pour autant qu'un médecin la juge acceptable. Les limites, imprécises, de la loi en tant que protection des malades et des infirmes mentaux, se dressaient donc là où commençait la capacité de ces personnes à fournir un consentement, avec tout ce que cela suppose d'influences ou de pressions de la part de la communauté ou de la famille. Mais l'introduction de la notion de discernement ne correspondait pas à l'esprit de l'article 28bis qui impliquait la stérilisation de personnes répondant aux conditions imposées, quels que soient leur lucidité et leur sentiment à l'égard de cette opération. Ce flottement a fait que l'application de la loi, déjà bornée par des critères douteux, ne s'en est trouvée que plus aléatoire.

Remarques sur la loi de 1928

Il est indispensable de souligner tout d'abord l'importance des mutations sociales au cours des septante dernières années. L'évolution de la place de la femme dans la société, les changements d'attitude à l'égard des malades mentaux, ou le développement des moyens de contraception ont en effet amené les acteurs sociaux, médicaux et politiques à modifier leur approche du problème de la sexualité des personnes atteintes de déficience mentale.

On peut s'interroger ensuite sur les motivations réelles de la loi de 1928, donnée en théorie comme un texte d'hygiène sociale préventive et de protection des incapables. Il apparaît que, si les termes de la loi ne varient pas, les raisons de s'en servir changent. Cette norme a été utilisée jusqu'à la fin des années 1950 par des instances publiques pour contrôler la sexualité de femmes considérées comme faibles d'esprit, surtout instables et issues de milieux défavorisés. A partir des années 1960, les demandes proviennent davantage de proches ou de responsables de handicapés mentaux confrontés à la difficulté d'assurer une surveillance constante. Ainsi, pour ses trente premières années d'application, les motivations

véritables de la loi s'inscrivent principalement dans une volonté de contrôle socio-économique et moral d'un groupe précis de la population, alors qu'ensuite, elle sert plutôt à des intérêts privés.

Il est indéniable cependant que la loi a joué un rôle non négligeable de protection contre des demandes abusives émanant de communes ou de représentants légaux: en effet, 50 % des demandes ont abouti à un refus d'autoriser la stérilisation. Mais cet effet protecteur a été terni par les affirmations de certains utilisateurs de la loi qui prétendaient voir également une forme de protection dans la stérilisation de femmes exposées à des abus sexuels.

Enfin, l'application de la loi a posé de manière aiguë le problème du consentement. En effet, le législateur, considérant, sans le mentionner formellement, que cette loi était destinée à des personnes dépourvues de discernement, a estimé que l'obtention de leur consentement était dénuée de sens. Mais, comme une majorité des personnes visées par les demandes étaient partiellement lucides et ne seraient pas tombées sous le coup de la loi si sa formulation avait été plus précise, les psychiatres et les médecins se trouvaient souvent en porte-à-faux et finissaient par demander le consentement de leurs patients. Pour cette raison et pour la connotation eugéniste attachée à cette loi, le malaise de ses utilisateurs a été croissant.

L'étude de l'application de la loi vaudoise n'apporte pas des révélations fracassantes, mais montre plutôt, à la lumière d'un contexte qui évolue, une prudence certaine de la part des autorités. Le nombre total des stérilisations se révèle ainsi relativement faible.

Ceci ne saurait toutefois faire oublier les drames humains que dissimulent ces chiffres. Le canton de Vaud s'est doté, dans une époque marquée par une biologisation des phénomènes sociaux, d'une loi autorisant, selon une procédure complexe, la stérilisation non volontaire. Les exemples concrets montrent l'utilité de la loi qui n'a cependant pas toujours été appliquée sans défaut de procédure.

Service de gynécologie de l'Hôpital cantonal, Lausanne

Les archives du Service sanitaire relatives aux stérilisations légales⁶¹² revêtent un caractère exceptionnel en Suisse romande. Mais il a paru important de consulter d'autres types d'archives, non spécifiques au canton de Vaud, pour situer les stérilisations légales parmi les autres stérilisations, y compris d'éventuelles stérilisations non volontaires. Des cas de stérilisation de personnes atteintes d'infirmités mentales non soumises au Conseil de santé avaient été découverts⁶¹³; de

⁶¹² Soit les demandes de stérilisation soumises à l'autorisation du Conseil de santé selon la loi de 1928, art. 28bis (devenu l'article 32 de la loi de 1939).

⁶¹³ Un cas de 1951 trouvé par hasard dans les archives de l'Hôpital psychiatrique de Cery dans le cadre d'une autre recherche (voir JEANMONOD, HELLER, GASSER 1998 a, pp. 38-42); un cas de 1947, celui de Louise, révélé par une émission de radio (Radio suisse romande, 8 sept. 1997) et présenté en préambule de cet ouvrage; enfin le cas de Marie dénoncé par la presse (*24 Heures*, 2 avril 1973), voir plus loin.

même, des indications publiées⁶¹⁴ et des entretiens avec des médecins laissent supposer que des stérilisations de personnes handicapées ont été effectuées, à leur insu ou non.

La consultation des archives (pour autant qu'elles aient été conservées) de cliniques privées⁶¹⁵ ou de médecins ayant une clientèle privée⁶¹⁶ ne paraissait guère envisageable. En outre, des stérilisations ont pu être effectuées dans des hôpitaux de district. C'est dire qu'une partie des stérilisations ne peuvent être repérées, et parmi elles peut-être celles-là mêmes qui ont été pratiquées sur des personnes incapables de discernement.

Par contre, il paraissait important d'étudier les archives de la Maternité de l'Hôpital cantonal⁶¹⁷, où la plupart des stérilisations légales avaient été effectuées. Il s'agissait alors de repérer l'ensemble des stérilisations faites à la Maternité⁶¹⁸ (fig. 11). Ainsi, l'inventaire comprend les stérilisations, volontaires et non volontaires (celles-ci n'étant pas toujours identifiables), pratiquées pour des raisons gynécologiques, obstétricales, médicales, psychiatriques (soumises ou non à la loi), sociales et/ou contraceptives.

Cet inventaire permet de comprendre l'évolution des pratiques de stérilisation dans le canton de Vaud. Elles présentent sans doute des analogies avec d'autres cantons (du moins les cantons protestants) non pourvus d'une législation spécifique et dont il est difficile, étant donné les lacunes archivistiques, d'étudier les pratiques; en effet, une grande partie des archives des services de gynécologie et de maternité des principaux hôpitaux publics des autres cantons ont été détruites (Fr, Vs, Ne), à l'exception de l'Hôpital cantonal de Genève. Enfin, certains dossiers repérés dans le canton de Vaud concernent des personnes domiciliées dans les cantons voisins et apportent des éléments de compréhension sur l'histoire de la stérilisation telle qu'elle était envisagée dans ces cantons.

⁶¹⁴ *Journal de Genève et Gazette de Lausanne*, 30-31 août 1997, p. 11; DIEDERICH 1998.

⁶¹⁵ Dans les dossiers du Service de gynécologie de la Maternité pour l'année 1951, on trouve la mention que des stérilisations étaient envisagées notamment à la Clinique des Charmettes à Lausanne et à la Clinique de Montchoisi, Prof. Rochat (une stérilisation prévue à la Clinique de Montchoisi a finalement été réalisée à la Maternité à cause de difficultés concernant la narcose).

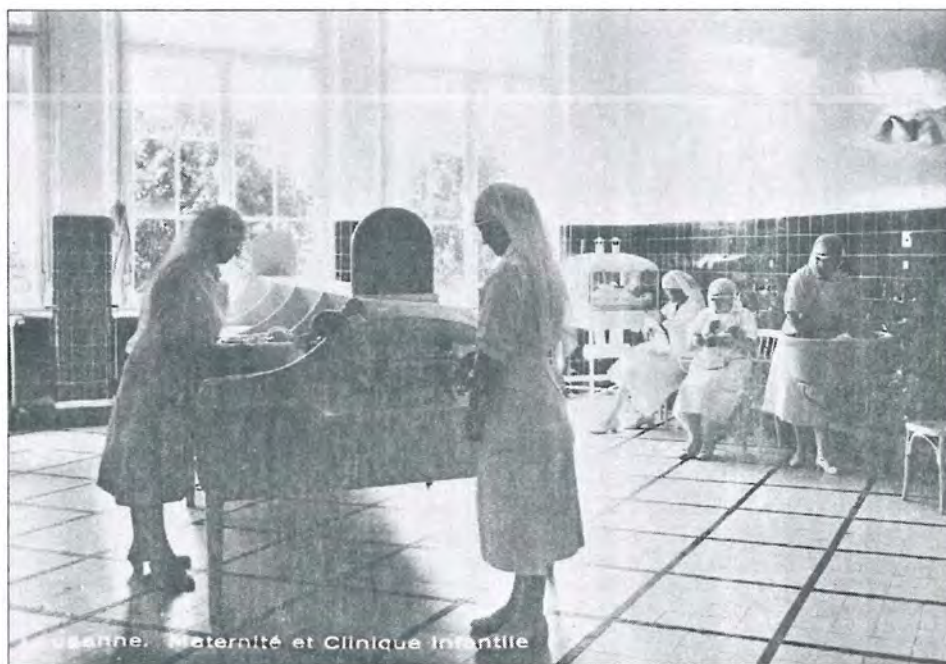
⁶¹⁶ On en trouve une trace dans un dossier de la Maternité: «[Mme...] a demandé au Dr. [...] une stérilisation. Ce confrère a été d'accord de la pratiquer, mais la malade préfère être opérée à la Maternité pour raison financière [...]» (Certificat médical d'admission, 1951).

⁶¹⁷ Le fonds d'archives, déposé aux Archives cantonales vaudoises, est remarquable. L'ensemble des dossiers des patientes hospitalisées à la Maternité sont conservés sous la forme de gros volumes reliés pour la période allant de 1902 à 1948; pour la suite, à savoir de 1949 à 1971, les dossiers individuels sont conservés dans des cartons. Une sélection sera opérée selon des modalités prédéfinies pour diminuer le volume des archives.

⁶¹⁸ Seules les archives du Service de gynécologie ont été dépouillées systématiquement; les dossiers d'obstétrique n'ont pas fait l'objet de la même recherche. Pourtant certaines stérilisations accompagnaient des accouchements par césarienne ou des accouchements normaux: «[...] après son 3^e accouchement, on avait déjà conseillé la stérilisation à la patiente qui l'avait refusée par crainte de l'opération. [...] Tous les enfants sont placés.» (1951). Notons encore que certaines stérilisations étaient pratiquées dans le Service de chirurgie de l'Hôpital cantonal, notamment en association avec une appendicite (on en trouve aussi la mention dans les dossiers de gynécologie).



Figure 11. Vues extérieure et intérieure de la nouvelle Maternité cantonale à Lausanne, vers 1918 (Institut universitaire romand d'histoire de la médecine et de la santé, Lausanne).



Les archives ont été dépouillées⁶¹⁹ sur une année complète pour quatre décennies (1932, 1941, 1951, 1961)⁶²⁰. Les données recueillies concernent l'identité de la personne (âge, état civil, nombre d'enfants, canton du domicile, religion), les pathologies liées à l'hospitalisation, les traitements, les motifs de la stérilisation, le consentement, enfin, les stérilisations demandées mais non effectuées.

Le repérage des stérilisations peut être fait principalement avec les rubriques *Maladie* et *Traitement* de la première page du dossier, même si quelques-unes n'apparaissent clairement que dans les pages suivantes; sous *Maladie actuelle* on trouve souvent des compléments d'information formulés par le médecin traitant dans le certificat d'admission ou par la patiente lors du premier entretien; enfin, le rapport d'opération donne de manière plus précise le type d'opération et la description technique de son déroulement. L'opération visant à empêcher la procréation (pour divers motifs qui seront examinés plus loin) est désignée le plus souvent sous le terme commun de «stérilisation». Parfois on trouve sous *Maladie* l'indication «ad sterilisationem» ou sous *Traitement* l'une des désignations se référant à la méthode, à savoir fréquemment «Madlener» ou «Labhardt», plus rarement «Walthard» (du nom des chirurgiens qui ont mis au point la technique utilisée), ou «stérilisation tubaire», «ligature des trompes», «écrasement et ligature gauche [ou] droite» (dans les cas d'ablation d'un ou de plusieurs organes de l'autre côté pour des motifs gynécologiques).

Maladie: Prolapsus vaginal et utérin

Traitement: [...] Ventroflexion par la méthode de Doléris, stérilisation tubaire

[*Opération*]: [...] Ligature des trompes après les avoir écrasées. On passe les ligaments ronds par des boutonnières pratiquées dans le péritoine et la musculature, on les croise et les fixe sur la ligne médiane. (1932)

Maladie: Salpingite tuberculeuse, débilité mentale

Traitement: Salpingectomie bilatérale

Maladie actuelle: envoyée [...] ad sterilisationem. [...]. (1932)

Maladie: Abortus tubaire droit, incipiens

Traitement: Salpingectomie droite, écrasement et ligature tubaire gauche

[*Opération*]: Salpingectomie droite pour grossesse tubaire et stérilisation [...] Excision de la trompe droite. Ecrasement de la trompe gauche et ligature. (1932)

⁶¹⁹ Une autorisation de consultation a été accordée par le directeur des Archives cantonales pour les dossiers antérieurs à 1950, par le directeur du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) pour les dossiers depuis 1950. On peut rappeler qu'une autorisation particulière (No 26.2.1.-44) a été accordée pour l'ensemble de cette recherche par la Commission fédérale d'experts du secret professionnel en matière de recherche médicale. En outre, pour la recherche concernant le Service de gynécologie, un code de déontologie a été établi par les chercheurs et soumis au directeur des Archives cantonales vaudoises.

⁶²⁰ Le choix de l'année 1 est arbitraire. L'année 1932, plutôt que 1931, a été retenue pour permettre une comparaison avec les archives du Service sanitaire (conservées depuis 1932). Un bref sondage a été mené pour l'année 1922 et pour l'année 1928 (1^{re} année où les dossiers des services d'obstétrique et de gynécologie sont séparés).

Le nombre des stérilisations qui étaient encore rares vers 1920 n'a cessé d'augmenter jusque dans les années 50, puis il diminue autour de 1960: 1% des dossiers d'admission en 1922, 3,4 % en 1928, 11 % en 1932, 25 % en 1941⁶²¹, 17 % en 1951, 12 % en 1961⁶²². Une statistique des stérilisations effectuées dans le même Service de gynécologie indique aussi un mouvement d'augmentation, puis de recul des stérilisations⁶²³. L'augmentation du nombre des stérilisations, soit 11 fois plus dans les années 50 que dans les années 20⁶²⁴, vient principalement de l'élargissement des indications, sociales, puis contraceptives (essentiellement le motif de multiparité), celles-ci étant mieux admises dans les années 50. Le recul s'explique par une meilleure information par l'intermédiaire des centres de Planning familial⁶²⁵ (éducation sexuelle et contraception) et une amélioration des moyens de contraception modernes, notamment l'introduction de la pilule.

La population concernée est assez stable durant toute la période (1922/1928, 1932, 1941, 1951, 1961), moyennant pourtant quelques différences liées principalement à l'évolution de la société en général. Les stérilisations concernent en moyenne générale des femmes qui sont âgées d'environ 30 ans, mariées et qui ont 3 enfants, ce qui correspond aux normes souvent données dans la littérature scientifique, l'opération définitive étant plus facilement envisageable lorsqu'une femme a quelques années de vie adulte derrière elle et a plus de deux enfants (au cas où elle en perdrait); en outre, elle n'aurait pas de regrets de ne pas avoir connu la maternité.

Les stérilisations concernent uniquement des femmes, à l'exception de 1961 où l'on a repéré 24 stérilisations masculines dans les dossiers d'admission au Service de gynécologie (4,5 % des admissions)⁶²⁶. La plupart des femmes sont mariées (entre 84 % et 90 % selon l'année considérée, sans évolution sensible). La moyenne d'âge est de trente ans environ, mais elle tend à diminuer (65% ont plus de trente ans en 1932, 56 % en 1951, 51% en 1961). Cette légère diminution de l'âge de la stérilisation vient de l'augmentation des stérilisations effectuées dans la tranche d'âge 25-30 ans, aux dépens des plus âgées (plus de 30 ans). Cela s'explique par l'importance des indications contraceptives: c'est un peu plus tôt, dès les années 50, qu'une

⁶²¹ Cette proportion particulièrement élevée provient du fait que l'on a inclus, dans le dépouillement de l'année 1941, en plus des opérations de stérilisation, des opérations gynécologiques entraînant la stérilité, comme l'hystérectomie et l'annexectomie bilatérale. En incluant ces opérations, on obtient pour l'année 1932, 21 % au lieu de 11 % des dossiers.

⁶²² Le nombre des stérilisations repérées dans les dossiers d'admission est de 9 en 1928, 63 en 1932, 218 en 1941 (en incluant les opérations entraînant la stérilité sans stérilisation spécifique), 196 en 1951 (chiffre multiplié par deux, en fait 98 car la moitié des dossiers de l'année ont été dépouillés), 124 en 1961 (*ibidem*, en fait 62, sans compter 24 stérilisations masculines, voir plus loin). Il faut mentionner toutefois que dans ces chiffres sont incluses quelques stérilisations demandées mais non effectuées pour une raison ou pour une autre (8 en 1932, 4 en 1951, 8 en 1951).

⁶²³ Les chiffres portent sur des périodes de dix ans, soit 202 stérilisations de 1919 à 1928, 844 (1929-1938), 1240 (1939-1948), 2658 (1949-1958), 1806 (1959-1963), chiffre multiplié par deux étant donné que la période couvre cinq ans) (GLARDON 1969).

⁶²⁴ GLARDON 1969, p. 21.

⁶²⁵ Dès 1959, centre de régulation des naissances ouvert par le Prof. Merz à l'Hôpital cantonal.

⁶²⁶ Il y a eu durant la même année 62 femmes stérilisées (12 % des admissions); ainsi au total, 16,5 % des admissions concernent des stérilisations. Les indications concernant les stérilisations masculines sont très lacunaires, elles n'ont pas été examinées ici, mais on peut supposer que le motif principal est contraceptif.

femme décide de ne plus avoir d'enfants. Cependant, le nombre moyen des enfants n'a pas diminué de manière notable, il est d'environ trois enfants (3,5 enfants en 1932, 2,8 en 1951, 3 en 1961); mais en 1932, il y a davantage de femmes qui ont entre 4 et 10 enfants qu'à partir de 1951 (36 % en 1932, 23 % en 1951); à l'inverse, la proportion de celles qui ont 2 ou 3 enfants augmente (45 % en 1932, 68 % en 1951). Le nombre des femmes qui ont plus de six enfants diminue sérieusement, comme c'est le cas dans l'ensemble de la société. Il est pourtant remarquable de noter que tout au long de la période, la proportion des femmes stérilisées n'ayant pas d'enfant ou un seul est faible et tend à diminuer (17 % en 1932, 9 % en 1951, 11 % en 1961), en partie à cause de la diminution des indications gynécologiques. Il est à noter que ce sont majoritairement les stérilisations pour motifs socio-psychiatriques qui concernent les femmes jeunes et sans enfant ou avec un seul enfant.

Les protestantes sont longtemps majoritaires (comme la population du canton de Vaud), mais leur proportion en comparaison des catholiques diminue tout au long de la période (82 % sont protestantes en 1932, 73 % en 1951, 55 % en 1961). Une proportion non négligeable des stérilisations concerne des femmes domiciliées dans un canton voisin ou en France, surtout en 1941 (soit une stérilisation sur cinq); puis elle diminue (1% en 1932, 20 % en 1941, 12 % en 1951, 11 % en 1961); une majorité de celles-ci sont catholiques.

Une enquête concernant les stérilisations entre 1956 et 1962 donne des proportions très proches, soit un âge moyen de 29 ans, 95 % sont mariées, 55 % sont catholiques, elles ont en moyenne trois enfants⁶²⁷.

Venues d'ailleurs pour se faire stériliser

En 1932, une seule femme (sur 63) est venue d'un canton voisin pour se faire stériliser. Catholique, elle réside dans le canton du Valais où son mari est agriculteur. Elle est âgée de 30 ans et a eu six enfants en l'espace de huit ans; le plus jeune a quelques mois. Elle vient d'elle-même consulter le médecin chef de la Maternité:

Maladie: Rétroflexion douloureuse de l'utérus

Traitement: Doléris, stérilisation

Maladie actuelle: La malade se plaint de fatigue généralisée; elle est éprouvée par ses grossesses et désire qu'on la stérilise. (1932)

En 1941, 43 femmes (sur 218) viennent d'ailleurs, 20 de Suisse alémanique et huit de Neuchâtel (presque toutes protestantes), neuf de Fribourg et quatre du Valais (six sont catholiques). En 1951, douze femmes (sur 98) sont domiciliées hors du canton, neuf sont catholiques et trois protestantes; sept habitent le canton de Fribourg, trois le Valais, une le canton de Neuchâtel et une la France voisine. Ces douze femmes ont pour la plupart trois, quatre ou cinq enfants, elles sont enceintes et se trouvent

⁶²⁷ Dans GLARDON 1969, p. 87.

dans une situation sociale précaire. Dans sept cas, la patiente était déjà en traitement dans un service vaudois (Hôpital psychiatrique de Cery, Dispensaire antituberculeux de Lausanne) ou a consulté spécialement un médecin dans le canton de Vaud; c'est le service ou le médecin privé qui l'envoie à la Maternité de Lausanne.

[28 ans, mariée, 3 enfants, domiciliée en France]

Maladie actuelle: La patiente est traitée depuis 1950 à Leysin (lésions oculaires tuberculeuses avec hypertension). [...] Etant française, elle nous est adressée avant son retour en France pour une stérilisation (qu'elle ne peut pas faire faire en France) vu l'aggravation certaine de son état par toutes nouvelles grossesses. (1951)

Cependant, dans quatre cas, c'est un médecin des cantons catholiques du Valais ou de Fribourg qui envoie la patiente pour des raisons médicales et/ou sociales (opération récente d'un cancer de l'estomac et traitement au rayons X au début de la grossesse, maladie des reins, trois enfants et salaire modéré, etc.). Les sept qui s'adressent directement à un service ou un médecin dans le canton de Vaud ont des motivations contraceptives et sociales, les quatre qui sont envoyées par un service ou un médecin d'un autre canton ont des motifs médicaux et éventuellement sociaux, ce qui illustre bien l'autocensure des femmes et le malaise des médecins relatifs à la stérilisation dans les régions concernées.

Notons qu'une demande de stérilisation d'une femme venant du Département français de l'Ain a été refusée; c'est précisément le fait d'avoir été domiciliée en France qui a entraîné le refus. Ce cas paraît dramatique: on serait tenté de dire qu'elle a payé pour la mauvaise conscience ou pour l'image du corps médical vaudois.

Elle est âgée de 37 ans, son mari est marinier; elle a dix enfants (l'aîné a vingt ans, le cadet cinq). Trois ans auparavant, elle a eu un avortement provoqué. A nouveau enceinte, elle a tenté d'interrompre sa grossesse actuelle. N'y étant pas parvenue, elle vient depuis la France voisine (ce qui doit représenter une démarche très lourde dans sa situation) se présenter à la Maternité de Lausanne:

Maladie: Grossesse de trois mois, demande d'interruption et de stérilisation pour raisons sociales

Traitement: Interruption refusée

Maladie actuelle: Les conditions de la patiente sont très précaires: en effet son mari, actuellement atteint d'une affection du larynx que l'on suspecte être de nature cancéreuse, est marinier de son métier et ne gagne que 17'000 francs français plus les allocations familiales. Nombreuse famille de dix enfants dont les deux aînés travaillent. Au cours du mois de décembre et pendant une quinzaine de jours consécutifs, la malade a fait en moyenne quatre injections vaginales d'eau bouillie additionnée de savon sans le résultat escompté. (1951)

Dans le dossier, le Professeur Rochat, médecin chef de la Maternité, écrit le commentaire suivant:

« Uterus gravide de 3 1/2 mois. Refus d'interrompre car malade française, domiciliée en France. Différentes législations à contourner en France contre

lesquelles nous n'avons pas à intervenir. Le renom de la Suisse est déjà suffisamment établi en ce qui concerne la stérilisation et les interruptions pour qu'il ne soit pas besoin d'y contribuer encore.»

La diminution constatée du nombre de femmes non domiciliées dans le canton entre 1941 et 1951 peut être attribuée à la possibilité accrue pour les femmes de se faire stériliser dans leur canton ou pays de domicile; mais cette diminution peut aussi tenir à une attitude plus restrictive des médecins de l'hôpital cantonal visant à lutter contre le tourisme gynécologique pour les stérilisations; ce dernier est plus problématique en effet que l'interruption de grossesse réglementée au niveau fédéral.

Stérilisations demandées, mais non effectuées

Ce dernier cas, très particulier et certainement dramatique pour la femme concernée, nous amène à considérer les quelques cas repérés (20 pour 1932, 1941 et 1951) où la stérilisation, demandée par le médecin qui envoie la patiente ou par la patiente elle-même, n'a pas été effectuée.

Dans la plupart de ces cas, l'hospitalisation a permis d'approfondir la situation et de l'envisager différemment, soit que le médecin de l'hôpital n'ait pas partagé les vues du médecin qui avait fait l'admission, soit que la patiente ait changé d'avis («la malade renonce à l'interruption» et implicitement à la stérilisation, 1932). En 1951, une femme, présentant des troubles psychiques («comportement bizarre et menace de tentamen»), qui devait subir une interruption de grossesse et la stérilisation, «a quitté le service sans aviser personne hier au soir» (1951). La personne n'était sans doute pas au clair avec l'interruption proposée par son médecin et la stérilisation conseillée par la Polyclinique psychiatrique; aucun document de consentement n'est joint à ce dossier. Une autre raison pour laquelle d'autres stérilisations demandées n'ont pas eu lieu est le refus du mari :

[28 ans, mari ferblantier, 3 enfants]

Maladie: Grossesse de 2 mois, tbc. pulm. [tuberculose pulmonaire] bilatérale progressive, pneumothorax artificiel] gauche

Traitement: Curettage

Maladie actuelle: La malade ayant très mal supporté la [précédente] grossesse, les médecins qui la soignent à la polyclinique considèrent le risque d'une grossesse et d'un accouchement trop grave. Ils préconisent l'interruption. Le mari s'oppose à la stérilisation. (1932)

[23 ans, mari électricien, 2 enfants]

Maladie actuelle: [...] La malade pense qu'il vaudrait mieux qu'on la stérilise, mais son mari s'y oppose. (1951)

[23 ans, mari agriculteur, 3 enfants]

Maladie actuelle: [...] le mari s'oppose parce qu'il trouve que sa femme est trop jeune. (1951)

Une divergence de vue entre les médecins qui demandent l'admission ou la patiente elle-même et le médecin du Service de gynécologie peut aussi aboutir à ce que la stérilisation ne soit pas effectuée. En 1932, une femme de 22 ans, célibataire, ouvrière de fabrique, domiciliée dans le canton de Neuchâtel, mais Vaudoise d'origine, est envoyée à l'Hôpital cantonal pour deux motifs: «[...] séjour hospitalier suivi si possible d'une cure d'altitude» pour le traitement d'une infection bacillaire [tuberculose pulmonaire], mais aussi pour une stérilisation:

« 2^e point. Sans être spécialement vicieuse, la malade susmentionnée est cependant déjà mère de deux enfants, dont l'un en tout cas est reconnu par le père. Dans ces conditions et vu les circonstances, je propose une section bilatérale des trompes (stérilisation définitive) à pratiquer aussitôt que l'état général le permettra. Excellente occasion de faire de la sélection d'une part et d'autre part de diminuer les charges de l'assistance future certaine! [...] Confidentiel [souligné dans le texte]. » (1932)

Le dossier n'indique aucune opération et la malade est transférée en médecine; il n'y a pas eu de nouvelle admission de cette patiente en gynécologie durant les deux années suivantes. Le médecin du Service de gynécologie n'a pas suivi l'avis confidentiel de son confrère.

En 1951, on peut observer une situation inverse, où le médecin chef du Service de gynécologie propose une stérilisation que n'approuve pas le médecin de la patiente qui demandait seulement une interruption de grossesse. Face à ces divergences de vue, l'interruption demandée est refusée dans le service de gynécologie:

[24 ans, célibataire, bonne, 1 enfant]

Maladie: Grossesse normale de 2-3 mois. Débilité mentale.

[Attestation médicale]: Le médecin soussigné, sous-directeur de l'Asile de Cery, atteste que Mlle X a été en observation à l'Asile de Cery du 23 février au 21 mai 1940, à la suite d'un infanticide. Des constatations que nous avons pu faire durant ce séjour, il résulte que Mlle X est atteinte de débilité mentale. Elle est de plus émotive et impulsive et son équilibre affectif est fort instable. Or nous apprenons que Mlle X est actuellement de nouveau enceinte de deux mois. En raison du status psychique qu'elle présente et des circonstances de cette grossesse, nous estimons qu'en laissant les choses suivre leur cours normal, on exposerait M^{lle} X à voir son état psychique empirer de manière grave. On sait en effet que des individus stigmatisés comme elle sont particulièrement exposés à des psychoses gravidiques ou post-gravidiques, surtout lorsque les conditions psychologiques dans lesquelles se déroule la grossesse sont défavorables comme c'est le cas maintenant. Nous pensons donc que ce serait exposer M^{lle} X à un danger grave que de laisser sa grossesse parvenir à terme, et nous demandons que l'on procède chez elle à un curetage.

[Journal d'hospitalisation]: 18.04.41. Vue par le Prof Rochat. Téléphone au Dr Bovet que le Prof. Rochat propose en même temps une ligature.

25.04.41. Le Dr Bovet affirme que la stérilisation n'est pas indiquée; dans ces conditions, l'interruption de grossesse est refusée.

Traitement: En observation. (1941)

Un autre cas de stérilisation non effectuée en 1941 concerne une des demandes soumises au Conseil de santé :

[18 ans, célibataire, ouvrière, sans enfant]

Maladie: Grossesse de 4 mois.

[Lettre du médecin traitant]: Voici une triste histoire: la jeune fille, porteuse de la présente, est enceinte depuis début avril 1941. Il s'agit d'une [...] née le 19. 4. 1923, originaire de [...]. Cette [jeune] [fille] a été mise enceinte par son cousin germain, qui a déjà un enfant illégitime sur les bras (enfant né le 8. 6. 41 à [...])! La jeune [...] est fille d'alcoolique, la famille est dans une misère noire. Je crois que du point de vue social il faudrait intervenir. Peut-être même l'affaire devrait-elle être soumise au Conseil de santé?

Maladie actuelle: La malade est en bonne santé et ne présente rien de particulier à part une certaine déficience mentale. Mange et dort bien. N'a pas maigri. Selles régulières et normales. Pas de troubles urinaires. La malade nous est envoyée par le Docteur [...] avec une demande d'interruption de grossesse: elle est enceinte de son cousin germain qui a déjà un enfant illégitime. Le cas a été soumis au Conseil de santé par la Maternité. [...].

Traitement: Utérotomie pour interruption de la grossesse, demandée par le Conseil de santé. (1941)

Dans ce cas, l'article 32 a joué un rôle protecteur. Le Conseil de santé a ainsi permis à cette jeune femme d'obtenir une interruption de grossesse, sans pour autant être stérilisée.

Les quelques exemples où la stérilisation demandée n'a pas été effectuée illustrent la diversité des situations; on peut renoncer à la stérilisation par consensus entre les acteurs, parce que la femme elle-même ou le conjoint y renonce ou s'y oppose, ou parce qu'il y a divergence de conception entre les médecins; la décision finale peut être conforme aux vœux présumés de la patiente, elle peut aussi ne pas l'être, notamment dans les situations d'urgence liées à des interruptions de grossesse.

Stérilisation liée à une interruption de grossesse

On a vu dans les publications scientifiques que la stérilisation peut être liée à une interruption de grossesse lorsque les indications sont durablement communes. Mais une majorité des interruptions de grossesse sont pratiquées sans être suivies d'une stérilisation, soit parce que l'indication est temporaire, soit parce que l'on hésite à pratiquer une opération définitive, notamment si la femme est jeune et n'a pas ou peu d'enfants (à l'exclusion du motif de débilité mentale). A l'inverse, une stérilisation peut se justifier de manière préventive, sans que la personne soit déjà enceinte.

Il se trouve cependant qu'une proportion importante des stérilisations sont effectuées soit à la suite d'un avortement provoqué par la femme, soit au moment d'une interruption de grossesse (au sens de l'art. 120 du CPS en vigueur depuis 1942, évidemment déjà pratiquée antérieurement). Le repérage n'a cependant pas été fait systématiquement.

En 1932, les avortements provoqués⁶²⁸ par la femme, suspectés (le médecin relevant « sa jolie version ») ou avoués, ayant entraîné une hospitalisation à cause de complications⁶²⁹, paraissent relativement nombreux. Les avortements provoqués qui finissent à l'hôpital ne semblent pas poursuivis malgré leur illégalité; la femme en danger est soignée et le dossier ne fait pas d'allusion à une dénonciation quelconque.

Cependant les avortements provoqués sont le signe dramatique du désarroi de certaines femmes face à leur grossesse. Une femme de 31 ans, dont le mari est journaliste, est hospitalisée d'urgence pour « intoxication grave post abortum provocatum, gangrène de l'utérus ». On pratique une opération d'ablation de l'utérus, mais la patiente décède. Elle avait eu cinq accouchements normaux et quatre avortements.

« La malade nie absolument avoir fait des manœuvres abortives. Après la mort, le mari explique que la malade s'est introduit une tige de céleri. Elle avait pratiqué quatre avortements de la même façon avec succès. » (1932)

D'autres femmes, moins malchanceuses, ont aussi provoqué elles-mêmes ou avec l'aide d'une sage-femme ou d'un médecin (« abortum provocatum a medico ») plusieurs avortements avant d'aboutir à la solution définitive de la stérilisation (« 4 accouchements, 1 avortement provoqué » 1932, « quatre accouchements normaux [...], 4 abortus provoqués soignés ici » 1932, « 7 accouchements, 3 avortements provoqués » 1932). Des situations analogues se présenteront dans les décennies suivantes:

[36 ans, mari garçon boucher, 2 enfants, 1 avortement provoqué]

Maladie: Missed abortion de 6 semaines. Stérilisation pour raisons sociales.

Traitement: Curettage. Madlener. (1941)

[32 ans, mari appareilleur, 2 enfants, 3 avortements provoqués]

Maladie: Abortus provoqué, avec demande de ligature pour passé obstétrical et misère sociale.

Traitement: Curettage, Madlener. Glace, séptazine, euflamine. (1941)

En 1932, 24 stérilisations sont associées à des interruptions de grossesse (38% des stérilisations). Sous *Maladie*, figure la mention « grossesse », ou plus rarement « graviditas », avec généralement le nombre de semaines ou de mois; sous *Traitement*, « curettage »⁶³⁰ ou « utérotomie ». Deux cas accompagnent une césa-

⁶²⁸ Les méthodes les plus courantes repérées dans les dossiers de 1932 sont des manœuvres abortives avec un objet ou un instrument allongé (« sonde métallique », « tige de céleri », « canule en corne du volume d'un crayon », « sonde en caoutchouc durci ») ou l'injection de liquide (« eau de savon », « eau lysoformée » ou « lysoforme », « infusion de mauve », « eau de soude », « eau vinaigrée »); elles sont souvent complétées par l'absorption de produits réputés abortifs (« thé Saint Germain », « thé d'absinthe », « pilules périodiques », « une boîte entière d'agomensine », « pilules qu'elle a fait[es] à la maison [avec] une pointe d'aloès emballée dans une feuille de mie de pain », « apiol », « purgation de séné », « thé de séné », « sel de Carlsbad ») ou par d'autres soins (« bain de vinaigre de pieds »).

⁶²⁹ Dont la plus grave est la septicémie, à cette époque souvent mortelle.

⁶³⁰ Selon l'orthographe du XIX^e siècle.

rienne. D'autres cas de stérilisation ont sans doute été réalisés dans le Service d'obstétrique lors d'un accouchement normal ou d'une opération césarienne⁶³¹; mais dans certains cas, une femme qui ne souhaitait plus d'enfants après son dernier accouchement, revenait quelques semaines après pour subir l'opération de la stérilisation.

[37 ans, mari ouvrier de campagne, 7 accouchements et 3 avortements provoqués]

Maladie: Misère physiologique, grossesses multiples

Traitement: stérilisation

Maladie actuelle: Depuis son dernier accouchement sept. 32 [soit depuis trois mois] la malade va très bien. Elle nourrit son enfant. Entra à la Maternité pour stérilisation. (1932)

Aucune indication dans les dossiers de 1932 ne laisse supposer, contrairement à ce qui apparaîtra parfois plus tard, que des stérilisations aient été imposées aux femmes qui demandaient l'interruption de leur grossesse.

En 1951, 60 des 98 stérilisations, soit 62 %, sont liées à une interruption de grossesse⁶³². En 1961, 42 des 62 stérilisations, soit 67 %. Cette augmentation depuis 1932 est surtout due à un élargissement des indications.

Entre les années quarante et soixante, il y a plus d'interruptions de grossesse et de stérilisations en comparaison des avortements provoqués dont le nombre augmente pourtant encore. Dans une certaine mesure ces deux interventions ont permis de lutter contre les avortements provoqués, comme l'atteste cet exemple:

[32 ans, ouvrière, mari cordonnier, 2 enfants, 4 abort. prov.]

Maladie: Grossesse 6 semaines. Dem. interr. et stérilisation pour raisons sociales

Traitement: Curettage, Madlener

(Certificat médical d'admission): Connaissant ce couple, je puis affirmer que les fausses couches à répétition [provoquées] que j'ai signalées ci-dessus sont dues aux difficiles conditions sociales des [nom du couple]. J'ai en outre l'impression qu'en cas de refus d'interruption de grossesse, M^{me} X récidiverait, malgré toutes nos recommandations. Je vous l'adresse donc en vous priant de l'admettre à la Maternité pour curettage et stérilisation. (1951)

On encourage donc les femmes qui ne désirent pas garder leur enfant pour des motifs jugés acceptables à se présenter à la Maternité plutôt que de risquer des manœuvres dangereuses.

⁶³¹ Un cas a été repéré dans les cinquante premiers dossiers du Service d'obstétrique (consultation abandonnée).

⁶³² Une étude portant sur les préavis d'interruption de grossesse concernant des patientes ayant consulté la Polyclinique psychiatrique de Lausanne de 1949 à 1952 atteste que plus de la moitié d'entre eux ont été accompagnés d'une proposition de stérilisation: sur 185 demandes, il y a eu 85 préavis d'interruption de grossesse, 53 propositions de stérilisation («hérité chargé», «surcharge psychique», «permet de vivre sans crainte du lendemain», «sauver vie familiale déjà très compromise», etc.), finalement 40 stérilisations; il y a eu 13 propositions de stérilisation refusées («espère un nouvel ami», «avenir compromis», etc.). (HOPF-VAN DER ELST 1956-1957).

Cependant une statistique effectuée dans le Service de gynécologie atteste que le nombre des avortements n'a cessé d'augmenter, mais en plus faible proportion que le nombre des interruptions de grossesse ou celui des stérilisations. Le nombre des interruptions de grossesse et des stérilisations a diminué autour de 1960 avant celui des avortements, s'agissant probablement d'une population mieux informée ayant bénéficié des méthodes de contraception efficaces.

<i>Période</i>	<i>Avortements</i>	<i>Interruption</i>	<i>Stérilisations</i>
1939-1948	1829	827	1240
1949-1958	2623	3286	2658
1959-1963 ⁶³³	3212	2134	1806

Une proportion importante des interruptions de grossesse accompagnées d'une stérilisation concerne soit des femmes décrites comme atteintes de troubles de l'intelligence soit des femmes plus âgées présentant une réaction pathologique à la perspective d'une nouvelle grossesse :

[41 ans, mari agriculteur, 6 enfants]

Maladie: Grossesse de 2 mois; paranoïa; demande d'interruption et stérilisation.

Traitement: Curettage et ligature des trompes (Madlener).

[Lettre du directeur de l'Asile psychiatrique de Cery au médecin-chef de la Maternité]: [...]. Cette malade avait déjà eu une première dépression pendant une grossesse en 1936 [...]. Elle a fait une autre poussée mentale en 1939. [...].

D'après son mari, elle était assez bien durant l'été, mais un peu nerveuse. Actuellement, elle serait enceinte de deux mois. [...]. Depuis qu'elle se sait enceinte, elle est très tracassée. Je l'ai vue cet après-midi, elle est en effet tourmentée, pleure, déclare qu'elle se sent vite fatiguée et elle supplie qu'on la débarrasse de sa grossesse, mais elle a peur d'une opération plus conséquente comme la stérilisation.

La malade a déjà eu 8 enfants dont 6 sont vivants. D'après ses antécédents que nous venons d'exposer, il est très probable que la grossesse actuelle provoque de nouveau une rechute de sa psychose.

Dans ces conditions, nous préavisons favorablement pour une interruption de grossesse pour raisons médicales psychiatriques, afin d'éviter à la malade des dangers plus graves. Nous vous laissons le soin de vous entendre avec la malade au sujet d'une stérilisation éventuelle qui serait également indiquée pour les mêmes raisons. [...]. (1941)

Depuis l'entrée en vigueur de l'article 120 du CPS en 1942, les interruptions non punissables de grossesse doivent être accompagnées d'un document attestant le consentement de la personne⁶³⁴ et de l'avis conforme d'un second médecin.

⁶³³ Soit cinq années et chiffres multipliés par deux pour la comparaison (GLARDON 1969, p. 19).

⁶³⁴ Formulaire à en-tête de la « Maternité de l'Hôpital cantonal (obstétrique et gynécologie), Prof. Dr Rochat »: *Les époux soussignés déclarent être d'accord et accepter de plein gré que l'on intervienne par curettage ou par opération sur la personne de Madame..... dans le but d'interrompre la grossesse actuelle (1951).*

[44 ans, mariée, un enfant vivant]

Maladie actuelle: [...] munie d'un certificat conforme signé par le Prof. [...] elle entre dans le service pour inter. grossesse actuelle et pour stérilisation.

(Avis conforme): [...] [enfant mort en 1945, rhésus – non viable] Cette circonstance n'est évidemment en soi pas légale en tant que motif d'interruption malgré sa presque inéluctable fatalité. Toutefois, en outre, l'âge de cette femme, son état général [...] indique à mon avis une interruption au sens de l'art. 120 CPS. Je vous délivre donc par la présente, l'avis conforme exigé par la loi. (1951)

Il importe de rappeler que l'interruption de grossesse peut avoir lieu sans stérilisation, et cela est parfois explicitement mentionné; il s'agit notamment de pouvoir renoncer à une grossesse lorsque les circonstances présentes ne sont pas favorables à la venue d'un enfant: « La patiente ne se sent pas en état de supporter cette grossesse et demande l'interruption seule (sans stérilisation) [...] état général un peu déficient. » (1951)

[24 ans, mari ouvrier de campagne, 3 enfants]

Maladie: Grossesse 6 semaines, dem. interrup. raisons sociales

Traitement: Curetage interrupteur

Maladie actuelle: [...] Les conjoints sont cependant opposés à la stérilisation: ils désirent encore éventuellement avoir des enfants, mais pas aussi rapprochés. (1951)

Une telle indication cependant est concevable en 1951, elle ne l'aurait sans doute pas été vingt ans plus tôt. L'augmentation notable du nombre de stérilisations depuis les années vingt jusqu'à la fin des années 50 ne peut s'expliquer sans une évolution des indications.

Indications à la stérilisation

En étudiant les publications scientifiques relatives à la stérilisation, on a pu relever, depuis Kehrer, les diverses indications classées et regroupées différemment selon les auteurs. Si les indications gynécologiques, obstétriques et médicales ont été admises assez largement, ce n'était pas le cas des indications sociales et psychiatriques qui ont toujours été problématiques, non seulement au plan légal, mais aussi du point de vue déontologique. Au sein même de chacune des catégories, on remarque une évolution liée par exemple aux progrès médicaux ou à un changement des mentalités.

Il convient ici de donner un exemple de chacune des catégories retenues dans cette étude: on a distingué les indications gynécologiques, obstétricales, médicales, psychiatriques, sociales, contraceptives.

[35 ans, mari camionneur, 3 enfants]

Maladie: Prolapsus vaginal et utérin [motif gynécologique]

Traitement: Colporraphie, ventrofixation directe, stérilisation (1932)

[28 ans, mari mécanicien de garage, sans enfant]

Maladie: Demande de stérilisation pour fausses couches répétées sans arriver à mener une grossesse à terme [motif obstétrical]. Appendicite chronique.

Traitement: Stérilisation selon Madlener. Appendicectomie en passant.

Anamnèse: Malade de 28 ans qui n'a jamais réussi à mener une grossesse à terme (quatre fausses couches – curettages). Aussi la malade a-t-elle renoncé ainsi que son mari à avoir un enfant et toute réflexion faite demande une stérilisation malgré que cette intervention lui ait été formellement déconseillée à plusieurs reprises à notre consultation. (1951)

[30 ans, mari menuisier, 2 enfants]

Maladie: Grossesse normale de 6-8 semaines. Demande d'interruption pour raisons médicales: tbc [tuberculose] pulmonaire apicale bilatérale stabilisée [motif médical] depuis 6 mois. Demande de stérilisation. Avis conforme du Chef de service.

Traitement: Curetage interrupteur. Stérilisation selon Labhardt. (1961)

[25 ans, célibataire, ménagère, nullipare]

Maladie: Maladie mentale [motif psychiatrique]

Traitement: Stérilisation par ligature des trompes

Anamnèse: chorée à 14 ans, 3 ans à l'asile de Cery, 2e séjour à 19 ans (5 ans et demi), dernier séjour il y a deux mois et demi. Parents en b.s. Hérité r.d.p. [rien de particulier]

Maladie actuelle; envoyée par l'asile de Cery pour écrasement et ligature tubaire

Diagnostic: Démence précoce sur un terrain de débilité mentale (1932)

[23 ans, mari maçon, 4 enfants]

Maladie: Demande de stérilisation pour raisons sociales [motif social].

Traitement: Madlener. Appendicectomie en passant.

Maladie actuelle: Le Dr. X nous envoie la malade pour stérilisation invoquant la misère, le mauvais état de nutrition des enfants.

Le mari est actuellement interné à [...], à la prison, pour vol et la malade a dû faire appel à la charité publique pour l'entretien de ses enfants.

La malade est en assez bonne santé, un peu affaiblie par ses grossesses répétées [...]. (1941)

[26 ans, mari tapissier, 5 accouchements]

Maladie: Ad sterilisationem

Traitement: Ecrasement et ligature tubaire

Maladie actuelle: Depuis son dernier accouchement (il y a trois mois), la malade se sent faible, a fréquemment des étourdissements. Elle se fatigue beaucoup à s'occuper de ses 5 enfants [motif contraceptif] car elle doit travailler pour subvenir à leurs besoins. Elle vient demander qu'on lui fasse la stérilisation. (1932)

Ces quelques exemples sont relativement explicites, mais ce n'est pas toujours le cas. D'autre part, on remarque dans la pratique du Service de gynécologie, comme cela est souvent précisé dans la littérature, que très souvent les indications à la stérilisation sont multiples, que les facteurs sont cumulés pour décider d'une stérilisation et la justifier.

[37 ans, mari agriculteur, 4 enfants]

Maladie: Grossesse de 4 mois, tuberculose [motif médical]

Traitement: Utérotomie et stérilisation

Maladie actuelle; La patiente ne veut plus avoir d'enfant [motif contraceptif] parce que le médecin qui l'a accouchée en 1927 lui a bien recommandé de ne plus en avoir et parce qu'elle a trop souffert la dernière fois [motif obstétrical]. Elle lui demande qu'on lui interrompe sa grossesse et elle serait d'accord d'être stérilisée.

Diagnostic: Grossesse de 4 mois, anciennes lésions tub[erculeuses]. (1932)

[27 ans, mari manœuvre, 3 enfants]

Maladie: misère physiologique [motif médical], grossesses nombreuses [motif contraceptif] et pénibles [motif obstétrical]

Traitement: Stérilisation, appendicectomie

Maladie actuelle; Depuis sa dernière grossesse, la malade a parfois des douleurs abdominales qui irradient dans les reins. A part cela s.p. [sans particularité]. Elle entre pour être stérilisée: les enfants sont débiles [en mauvaise santé], le mari n'a pas une santé robuste et présente des anomalies de caractère. La famille est dans la misère [motif social]. (1932)

Entre 1932 et 1961 on a pu relever une évolution des motifs et de leur proportion. On a retenu ici quelques tendances caractéristiques:

En 1932, les motifs à la stérilisation ne sont souvent pas très explicites.

[39 ans, mari agriculteur, 3 enfants, deux fausses couches]

Maladie: Hémorragies à odeurs fétides avec une grossesse de 5 mois

Traitement: Utérotomie et stérilisation

Diagnostic: Début d'avortement (1932)

Ici aucun motif n'est formulé comme tel, la stérilisation est cependant associée à une raison obstétricale, à savoir une grossesse problématique, en l'occurrence une troisième fausse-couche. On peut se demander s'il s'agissait d'une discrétion au sujet d'une opération dont les effets contraceptifs étaient à cette époque peu avouables. D'autres cas, plus rarement, sont au contraire explicitement justifiés, par exemple: «demande de stérilisation pour état mental déficient» (1932). La plupart des stérilisations sont mentionnées en plus de pathologies ou de traitements divers, dont le lien n'est pas précisé. C'est fréquemment le cas lors des affections gynécologiques.

Maladie: Abortus tubaire droit, incipiens

Traitement: Salpingectomie droite, écrasement et ligature tubaire gauche

[Opération]: Salpingectomie droite pour grossesse tubaire et stérilisation [...] Excision de la trompe droite. Ecrasement de la trompe gauche et ligature. (1932)

Selon les cas, une ou plusieurs raisons sont évoquées pour la stérilisation, pas nécessairement la ou les plus impératives, mais sans doute les mieux admises ou reconnues, telles, du moins en 1932 et en 1941, les affections gynécologiques et obstétricales. On doit garder à l'esprit cependant que les motifs explicites ne recouvrent sans doute pas la totalité des facteurs d'une opération aussi décisive et aussi intime. Si en 1932 et en 1941 on rencontrait des stérilisations sans motif explicite, depuis 1951 ce n'est plus le cas. Cependant on a davantage de formules consacrées dont la justification manque parfois. Les formules les plus fréquentes sont «stérilisation pour raisons sociales» ou «[...] passé obstétrical chargé».

[29 ans, mari commerçant, 3 enfants]

Maladie: Salpingite g[gauche]. Demande de stérilisation pour raisons sociales

Traitement: Salpingectomie gauche, stérilisation de la trompe droite

Maladie actuelle: Douleur fosse iliaque gauche [...] soignée par le Dr. [...] (ancien chef de clinique de la Maternité de Lausanne). Pour finir ce médecin nous adresse la patiente avec le diagnostic d'hydrosalpinx gauche ad op[er]ationem; il demande en même temps qu'on procède à une stérilisation (certif. méd. annexé). (1951)

Les pathologies liées le plus souvent à une stérilisation et les motifs dominants pour justifier une stérilisation évoluent au cours du siècle; on assiste à une inversion progressive des priorités: les pathologies gynécologiques dominent en 1932 et 1941, elles deviennent progressivement minoritaires en 1951 et 1961; les motifs sociaux, pour ainsi dire absents, puis discrètement associés à un motif médical ou gynécologique, deviennent dominants en 1951 et 1961. Cela s'explique à la fois par le fait que des pathologies gynécologiques ont pu être traitées différemment, sans l'ablation des organes malades, et qu'il n'y avait plus besoin d'arguments gynécologiques pour admettre une stérilisation⁶³⁵.

⁶³⁵ On a relevé que souvent une opération gynécologique était complétée par une opération de stérilisation (par exemple «salpingectomie gauche» et «ligature de la trompe droite»). Il est difficile d'apprécier dans quelle mesure il s'agissait d'éviter une grossesse à une femme dont les organes étaient affaiblis ou amputés, ou si l'opération gynécologique était une occasion, voire un prétexte pour pratiquer une stérilisation. Il est possible aussi que l'hystérectomie, la salpingectomie bilatérale ou toute autre opération entraînant la stérilité ait pu être pratiquée avant tout pour un motif contraceptif, davantage que pour traiter l'affection de l'organe. Ceci est confirmé notamment par Bernard Glardon dans sa thèse de médecine publiée en 1969: «Dans certaines régions, où la stérilisation humaine est interdite en raison d'interdits religieux, l'hystérectomie ou la défundation utérine constitue une méthode de stérilisation de la femme.» (op. cit., p. 29). On peut penser qu'il n'est pas exclu que cela se soit passé aussi au Service de gynécologie de Lausanne à une époque où la stérilisation était encore rare, ou si la patiente ou le médecin souhaitait qu'elle ne soit pas mentionnée comme telle.

La proportion des motifs médicaux est restée relativement stable, autour de 10 %, durant ces quatre décennies, mais ils apparaissent de plus en plus dans des indications cumulées. Dans les années 1932 et 1941, le motif médical est une pathologie précise comme une affection tuberculeuse, cardiaque ou cancéreuse. Puis l'argument médical concerne davantage « un mauvais état général »; la femme est dite « délicate de santé ». On rencontre toutefois dès 1931 l'expression « misère physiologique » utilisée par le gynécologue Maurice Muret dans sa classification lors du Congrès de 1929. Si cette expression désigne un mauvais état de santé ou un état de faiblesse générale, elle signifie aussi que la maladie entraîne des difficultés qui se répercutent sur la situation économique et sociale de la famille, surtout lorsqu'il y a plusieurs enfants.

[30 ans, mari ramoneur, 5 enfants]

Maladie: Misère physiologique, mari atteint de tuberculose osseuse

Traitement: Utérotomie et stérilisation

Maladie actuelle: La malade enceinte depuis un mois va consulter le Dr. [...]. Comme le mari a été soigné pendant quatre ans pour spondylite et qu'il n'est pas complètement guéri, le médecin traitant envoie la malade en consultation à la maternité qui lui fait une demande d'entrée dans l'établissement. (1932)

Le motif contraceptif (ne plus vouloir d'enfants) est rarement explicite, il apparaît le plus souvent en lien avec un mauvais état de santé et un grand nombre d'enfants. L'un des motifs les plus fréquents est « passé obstétrical chargé ». Si parfois l'expression signifie qu'il y a eu des accouchements laborieux ou des fausses couches répétées (donc un motif obstétrical "médical"), souvent aussi elle fait référence au nombre d'enfants. Ainsi par exemple, une femme enceinte, dont le mari est journalier et qui a déjà cinq enfants, demande la stérilisation « pour raisons sociales et passé obstétrical chargé »; elle explique dans une lettre au sujet de l'enfant qu'elle attend: « Ce serait un pauvre petit malheureux, on a déjà beaucoup de peine à faire, car mon mari est souvent malade et moi je suis à bout de forces, je suis très nerveuse et c'est surtout à cause des enfants, je n'ai plus de patience. » (1951). On a pu remarquer que « le passé obstétrical chargé » devient parfois une formule consacrée utilisée par la patiente elle-même pour signifier qu'elle a assez d'enfants, mais sans que la situation semble dramatique:

[25 ans, mari manœuvre, deux enfants]

Maladie: Grossesse de 6-7 semaines.

Traitement: Interruption par curetage et stérilisation pour raisons sociales.

Maladie actuelle: la malade vient pour une interruption de grossesse qu'elle dit ne pas supporter (vomissements) et invoque des raisons telles que son « passé obstétrical chargé » [guillemets et soulignement à l'encre, elle n'a que deux enfants] et le gain de son mari qui s'élève à 340 francs par mois. (1951)

Finalement il convient de rappeler l'importance croissante en 1951 et 1961 du motif social qui est souvent explicitement formulé ou qui transparait dans l'exposé de la situation où se trouve la femme ou le couple au moment de la stérilisation. En 1951, c'est la motivation explicite la plus fréquente (fig. 12). Dans 75% des stérilisations on rencontre le terme «social» (motif unique ou associé à d'autres). Il recouvre aussi bien une précarité économique (extrêmement variable), une situation familiale difficile (veuve, mari peu coopérant, logement trop exigü, d'autres personnes à charges, etc), que des circonstances particulières (remariage exclu par l'Eglise).

Le motif psychiatrique apparaît complexe comme le Dr Maurice Muret et d'autres auteurs l'avaient souligné. Il correspond aussi bien à une débilité mentale qu'à une pathologie mentale, et la raison pour effectuer une stérilisation peut être médicale (risque d'aggravation de la pathologie en cas de grossesse), eugénique (risque héréditaire) ou d'hygiène sociale (indications cumulées dont l'incapacité présumée d'assumer un enfant).

En 1932, 12 des 63 dossiers de stérilisations (soit près de 20%) contiennent un motif psychiatrique; la moitié des cas évoque une «débilité mentale» (fig. 10) ou un «état mental déficient», l'autre moitié porte des indications diverses telles que «troubles nerveux», «troubles mentaux», «neurasthénie», «psychasthénie dépressive», «psychopathie», «maladie mentale». En 1941 et en 1951 (16 mentions de motif psychiatrique sur les 98 dossiers, soit 16%), on trouve un peu plus de motifs liés à un trouble mental qu'à une infirmité mentale. En 1961 (18 mentions de motif psychiatrique sur les 62 dossiers, soit 30%), le motif psychiatrique le plus fréquent concerne une dépression liée à la grossesse ou susceptible d'aggravation en cas de grossesse («état dépressif», «dépression réactionnelle»), une minorité des cas concerne des troubles de l'intelligence. Ainsi donc, les stérilisations pour motifs psychiatriques effectuées au Service de gynécologie concernent de plus en plus des pathologies mentales et surtout des dépressions, mais de moins en moins des cas de débilité mentale.

Comparaison avec les stérilisations légales

L'étude des dossiers de la Maternité cantonale de Lausanne a permis d'observer l'évolution des pratiques de stérilisation dans un hôpital public et universitaire, dans un canton où l'opération était en principe admise par certains des acteurs les plus influents (gynécologues et psychiatres).

Et dans ce même canton, il y avait, durant la période considérée, des modalités légales pour la stérilisation des personnes atteintes d'infirmité mentale ou de maladie mentale (article 28bis introduit en 1928, devenu l'article 32 de la loi de 1939). Il s'agit maintenant d'étudier dans quelle mesure les stérilisations pour motifs psychiatriques effectuées dans le Service de gynécologie ont été soumises ou non à l'autorisation du Conseil de santé, et, le cas échéant, pourquoi elles ne l'ont pas été.

MATERNITÉ DE LAUSANNE

DIVISION DE GYNÉCOLOGIE

PROF. D^r ROCHAT

Année 19 51

Salle N° _____

Classement : *D/4*

Nom :	Prénoms :	Age : 27 ans.
Etat civil : m.	Profession : ébéniste	Religion : P.
Origine :	Domicile :	Médecin traitant : Dr.
I Entrée : 8 Mars	Sortie : 22.3.51.	
II		

DIAGNOSTIC RÉSUMÉ

I Séjour	II Séjour
<p>Maladie : Grossesse de 6 semaines. Misère sociale, Débilité mentale.</p> <p>Traitement : curettage. stérilisation selon Madlener.</p> <p>Résultat : suites opératoires simples.</p>	

ANAMNÈSE

Antécédents familiaux : père + à 50 ans, par accident de voiture.
mère pléthorique, souffre d'affection cardiaque.
1 frère et 1 soeur en b.s.
mari et enfants en b.s.
Pas de T.b dans la famille.

Ant. personnels : Oreillons, coryza à répétitions, cocqueluche, pneumonie, rougeole, varicelle, impétigo, dans l'enfance.
12 ans: oreillons (récidive)
13 ans: adénite cervicale gauche suppurée et crevée à la peau (de nature probablement tuberculeuse).
14 ans: opération orthopéd. au pied gauche pour hyperostose.
23 ans: alitement durant 1 mois et 1/2 pour des vomissements incoercibles d'une première grossesse.
26 ans: nouvel alitement de 4 mois pour hyperémésis gravidarum
Puis traitement ambulatoire aux vitamines et poudre pour l'estomac: ne vomit plus, mais reste écoeurée jusqu'à la fin de la grossesse.

Figure 12. Première page d'un dossier du Service de gynécologie de la Maternité cantonale à Lausanne. Traitements: interruption de grossesse et stérilisation selon Madlener. Motifs: misère sociale et débilité mentale (Archives cantonales vaudoises).

Stérilisations autorisées par le Conseil de santé
Stérilisation pour motif psychiatrique dans le Service de gynécologie

Année	Conseil santé	Service de gynécologie
1932	9	12
1941	12	20
1951	7	16
1961	1	19

Les chiffres de gauche reflètent l'évolution des stérilisations effectuées dans le cadre légal; on a pu observer une intensification du recours à la loi autour de 1940 puis une diminution progressive. Par ailleurs le nombre de stérilisations pour motif psychiatrique dans le Service de gynécologie a été relativement stable. On a vu que la proportion des stérilisations de personnes atteintes d'infirmités mentales, qui représentaient la moitié des motifs psychiatriques en 1932, a eu tendance à diminuer en comparaison de celles concernant des troubles psychiques (et, de plus en plus, des dépressions), très peu concernées par la loi qui prenait en compte les personnes incapables de discernement, atteintes d'une pathologie mentale incurable et risquant d'avoir une descendance tarée.

Année 1932

En 1932, six cas (sur 12 stérilisations pour motif psychiatrique) du Service de gynécologie ont été soumis au Conseil de santé. En ce qui concerne les six autres dossiers non soumis au Conseil de Santé, quatre mentionnent des affections mentales et deux des infirmités mentales.

Les quatre stérilisations avec le motif d'affection mentale concernent des femmes mariées, ayant déjà deux enfants ou plus.

[21 ans, mari monteur, 2 enfants]

Maladie: Troubles nerveux, grossesse de trois mois

Traitement: Utérotomie et stérilisation, appendicectomie

Maladie actuelle: Faiblesse [...] fatigue [...] tremblements [...]. Elle se sent "tout autre". Elle se sent extrêmement émotive. (1932)

Les affections mentales paraissent relativement peu prononcées, n'affectant pas les facultés de discernement des patientes, et surtout aucune affection ne semble avoir pu être considérée comme incurable ou héréditaire. Les stérilisations ne pouvaient donc répondre aux critères de la loi. On évoquait plutôt le risque d'aggravation de l'état de santé, donc un critère médical (et non eugénique); rien ne laisse supposer que ces stérilisations aient été faites à l'insu des patientes, elles-mêmes devaient se sentir dans un état de fragilité leur faisant craindre une nouvelle grossesse.

Les deux cas de débilité mentale sont par contre plus suspects. Si l'on sait que la loi se voulait protectrice pour les personnes mentalement faibles, ces cas auraient dû être soumis à la loi. Toutes deux étaient divorcées et hospitalisées, l'une à l'asile pour épileptiques, l'autre à l'asile psychiatrique, c'est-à-dire dans une position d'infériorité et susceptibles de chantage. Les médecins de ces asiles étaient au courant de la loi, tout comme les médecins de la Maternité. On peut penser qu'il n'y avait pas ou pas assez de facteurs héréditaires à faire valoir.

[31 ans, ménagère, divorcée, 1 enfant]

Maladie: Débilité mentale

Traitement: Stérilisation salpingectomie bilatérale

Anamnèse: Famille r.d.p. [rien de particulier]

Maladie actuelle: Envoyée par l'asile de Cery pour stérilisation. (1932)

[29 ans, divorcée, 2 enfants, dont un est mort de méningite]

Maladie: Epilepsie et débilité mentale, grossesse de 5 mois

Traitement: Utérotomie et stérilisation

Anamnèse: [...] 1 sœur morte dans une crise épileptique? [...] A eu des crises épileptiques depuis sa [première] grossesse, mais aurait eu des convulsions jusqu'à l'âge de 10 ans. (1932)

Dans ce dernier cas, c'est le médecin directeur de l'Asile de Lavigny où la patiente est hospitalisée depuis deux mois et demi qui demande l'interruption de grossesse et la stérilisation: «Sa faiblesse d'esprit et ses crises épileptiques me paraissent motiver une stérilisation».

Année 1941

En 1941, six cas (sur 20 stérilisations pour motif psychiatrique) ont été soumis au Conseil de santé, 14 ne l'ont pas été. Si une grande partie concerne des pathologies mentales, d'autres auraient pu relever de la loi. Or les critères d'incurabilité et de probabilité de descendance tarée contenus dans la loi semblaient poser problème aux psychiatres de la nouvelle génération, ce qui les amenait à éviter de passer par la loi.

Les cas suivants illustrent les exercices rhétoriques auxquels étaient contraints les experts.

[19 ans, célibataire, sans profession, sans enfant]

Maladie: Oligophrénie.

Traitement: Stérilisation (Madlener). Appendicectomie en passant.

[Lettre du psychiatre au médecin du Service de gynécologie]: J'ai examiné le 14 ct. à la Policlinique, la jeune X, que vous avez bien voulu soumettre à l'appréciation de notre Policlinique psychiatrique. Comme vous, j'ai constaté des symptômes évidents d'imbécillité: la malade sait à peine lire et écrire, ne compte que très difficilement, présente

d'énormes lacunes du jugement et du raisonnement, et ceci malgré qu'elle ait passé onze ans à l'institution des [...], où l'on est spécialisé pour l'éducation des faibles d'esprit. [Selon la rubrique *Antécédents personnels*, la patiente présente un syndrome neurologique qui doit être une myopathie spastique congénitale]. Il y a donc des raisons d'admettre que la faiblesse d'esprit est ici exogène et non pas héréditaire, ceci d'autant plus que l'hérédité, à en croire le père, serait vierge. Je suis entièrement d'accord avec vous pour estimer qu'une stérilisation serait hautement désirable dans ce cas. Toutefois, pour les raisons que je viens d'énumérer, une stérilisation ne pourrait pas être entreprise sur la base de la loi sanitaire, cette loi n'envisageant que l'indication eugénique. Par contre, il est hors de doute qu'une grossesse risquerait de compromettre gravement l'équilibre psychique déjà très précaire de la jeune [...]. On sait que les faibles d'esprit, sous l'effet de traumatismes et de difficultés psychiques, peuvent faire des psychoses parfois fort graves. On peut donc dire ici que dans l'intérêt de la santé de la jeune fille, une stérilisation est indiquée. Dans ces conditions, cette opération peut s'effectuer sans l'intervention d'une autorité quelconque, et je pense que la Maternité ne verra pas d'inconvénients à l'exécuter. [...]. (1941)

Le procédé pour éviter la loi est simple: il suffit de montrer que la patiente ne va pas être stérilisée pour une supposée «indication eugénique», mais parce que sa santé pourrait être mise en danger par une grossesse. De sa propre initiative, l'expert exclut ainsi du cadre de l'article 32⁶³⁶ un cas concernant pourtant une jeune femme atteinte de troubles de l'intelligence. En fait, l'indication eugénique est une interprétation discutable de la loi. Dans l'exposé des motifs de 1928, il était au contraire stipulé que l'indication eugénique ne constituait pas un motif suffisant pour faire jouer la procédure de l'article 28bis nouveau⁶³⁷. Il est possible qu'une confusion se soit installée entre des mesures inspirées par l'eugénisme et des mesures, plus ponctuelles et limitées, dictées par un idéal d'hygiène sociale qui était celui des législateurs. Dans l'exemple suivant, les psychiatres jouent à nouveau sur la distinction entre raisons médicales et raisons eugéniques.

[24 ans, mari maraîcher, 1 enfant]

Maladie: Grossesse de 5 mois avec demande d'interruption et de stérilisation pour schizophrénie.

Traitement: Utérotomie suivie de Madlener.

[Lettre du directeur de l'Asile de Cery au médecin de la Maternité]: En réponse à votre demande de renseignements du 17 septembre concernant Madamé [...], nous vous informons que cette malade a été en effet en traitement à Cery sous le nom de Melle [...], née le 26. II. 1917 à deux reprises soit du 27. I. au 20. VI. 1936 et du 5. III. au 18. VII. 1938. La première fois nous avons diagnostiqué une poussée de catatonie et nous l'avons considérée guérie c'est à dire en bonne rémission lors de sa sortie. La seconde fois nous avons diagnostiqué une hébéphrénie et elle a subi une cure d'insuline qui a conduit à une amélioration notable. Le pronostic restait cependant très douteux et nous estimons que cette schizophrène dont la mère a été également atteinte de schizophrénie et a été soignée à Cery, devrait être stérilisée.

⁶³⁶ De la loi de 1939 (article 28bis adopté en 1928).

⁶³⁷ *Bulletin des séances du Grand Conseil du Canton de Vaud*, Printemps 1928, séance du 22 mai 1928, pp. 513-515.

Une interruption de la grossesse serait également justifiée pour les mêmes raisons. Pour savoir si ces interventions se justifient pour des raisons purement médicales ou si on peut seulement invoquer des raisons eugéniques, ce qui nécessiterait la mise en train de toute la procédure administrative, il faudrait soumettre la malade à un nouvel examen psychiatrique.

Nous sommes d'accord de la recevoir à notre consultation policlinique samedi après-midi.

[Résultat de l'examen effectué à la consultation policlinique]: En raison du très grand rapprochement de la présente grossesse de la grossesse précédente, et vu la fragilité psychique de la malade, une interruption de grossesse s'impose pour la santé de la malade. Pour des motifs analogues, il y a lieu de procéder à la stérilisation, avec laquelle les deux époux sont d'accord. Des grossesses et des maternités risquent de compromettre gravement la santé de M^{me} X. (1941)

L'alternative entre une stérilisation pour « raisons purement médicales » et une stérilisation pour des « raisons eugéniques, [...] qui nécessiterait la mise en train de toute la procédure administrative » prévue par l'article 32, est vite résolue par l'expert (il s'agit du même psychiatre que dans le cas précédent). Ainsi on évite la loi en prétendant que l'on préconise une stérilisation pour ne pas « compromettre la santé » de la patiente, alors que le fond du problème est psychiatrique. Le fait que cette affection puisse être ici héréditaire (la mère a séjourné à Cery pour les mêmes raisons) n'est pas pris en compte, alors que dans le cas précédent, on souligne « que l'hérédité, à en croire le père, serait vierge ». Le critère de l'hérédité est utilisé de manière opportuniste.

Année 1951

En 1951, une seule des seize stérilisations effectuées a été soumise au Conseil de santé. Dans la majorité des cas de stérilisation pour raisons psychiatriques, on se trouve en face de situations analogues à celles de stérilisation pour des motifs sociaux ou médicaux : femmes mariées vivant avec leur conjoint, ayant des enfants en bonne santé, consentement des époux ; une nouvelle grossesse pourrait exacerber les problèmes psychiques (« récurrence schizophrénique », « agitation psychotique ») ; un nouvel enfant serait une trop grande charge étant donné l'état de santé de la femme et les conditions de vie de la famille.

[31 ans, mariée, blanchisseuse, 2 enfants bien-portants]

(Rapport de la Policlinique psychiatrique): [...] Dépression réactive. [...] contrainte à se surmener de façon chronique. [...] En termes à peine voilés, la patiente exprime son intention d'en finir avec l'existence, si la charge d'une nouvelle grossesse ne lui était pas ôtée. [...] Cette situation justifie suffisamment une interruption de la grossesse actuelle pour les motifs indiqués à l'article 120 CP. D'autre part, il serait indiqué de pratiquer une stérilisation conformément aux vœux de la patiente et de son époux. (1951)

Ce sont donc les arguments médicaux (état de santé) et sociaux (difficultés d'assumer d'autres grossesses) qui sont mis en évidence.

Cinq autres cas (trois fois «débilité mentale», une fois «conflits personnels», une fois «épilepsie»), ne semblent pas décidés par la patiente et, le cas échéant, son conjoint, mais plutôt par des tiers: «[...] poussée par les autorités tutélaires à demander une interruption de grossesse. N'aurait pas pris l'initiative d'elle-même.» (1951)

Le cas le plus complexe est exposé ici de manière détaillée car il illustre le malaise relatif aux stérilisations légales.

[22 ans, célib., 1 enfant mort à deux ans]

Maladie: Patiente envoyée dans le service pour interruption de grossesse et stérilisation

Traitement: Transfert à Cery pour expertise prévue par la loi en vue de stérilisation. Stérilisation selon Madlener pour débilité mentale. (1951)

Cette jeune femme avait été envoyée à la Maternité par le Dr. [...] qui avait lui-même été sollicité par le Tuteur général. La Maternité à son tour la soumet pour un examen médical à la Policlinique psychiatrique comme elle le fait assez couramment pour d'autres cas. Le rapport de la Policlinique indique qu'elle a déjà fait précédemment l'objet d'une expertise psychiatrique:

«[...] débile mentale sans retenue et désinhibée sexuellement. Elle a été condamnée pour vols et a déjà eu un enfant illégitime décédé d'une méningite tuberculeuse. Du point de vue psychiatrique, elle a très bien supporté cette grossesse illégitime et il n'existe aucune raison justifiant une interruption de grossesse, à supposer qu'elle soit enceinte maintenant ou pour l'avenir. Par contre, la stérilisation est indiquée médicalement pour des raisons eugéniques et parce que cette jeune fille continuera à entretenir à gauche et à droite des relations sexuelles sans le moindre discernement. Mais elle s'oppose à cette opération qu'elle considère comme une "punition" et je doute qu'on puisse la convaincre de se faire stériliser volontairement.»

Ce rapport nie l'indication psychiatrique selon laquelle une grossesse pourrait aggraver l'état de santé psychique de la patiente. L'indication est qualifiée de médicale «pour des raisons eugéniques» (éviter la procréation d'enfants débiles mentaux), s'y ajoute le motif qu'on qualifiait avant la guerre d'érotisme (relations sexuelles sans discernement d'une jeune fille célibataire, de surcroît sous tutelle). Mais la jeune femme refuse la stérilisation («elle ne veut pas du tout être stérilisée», *Maladie actuelle*). La patiente est envoyée à Cery pour expertise comme l'atteste la rubrique *Traitement*. Or le cas n'est pas soumis au Conseil de santé, par crainte probable d'un refus.

Le professeur Steck avait relevé cette tendance à esquiver la loi:

«M. le Prof. Dr Steck a constaté que depuis quelques années, les complications de la procédure pour la stérilisation ont pris une telle ampleur, que finalement on stérilise beaucoup moins qu'avant l'application de cette loi. C'est pourquoi le médecin cherche parfois à tourner cette loi, sans quoi la plupart du temps aucune

intervention ne serait possible. (...). En légiférant, le législateur craignait que cette loi ouvre la porte à de nombreux abus, alors que c'est précisément le contraire qui s'est produit »⁶³⁸.

Dans le cas présent, une solution de compromis a été trouvée puisque le médecin a pu convaincre la femme (qui s'y opposait d'abord) d'accepter la stérilisation. Une pression n'est pas exclue, l'alternative offerte étant semble-t-il l'internement.

«[...] anormale très dissociée, difficilement éduquée. Les informations que nous possédons ne permettent pas de démontrer la nature héréditaire des anomalies. [...] Il n'est dès lors pas possible de fonder une indication eugénique⁶³⁹ pour une stérilisation. Cette intervention est néanmoins indiquée à titre prophylactique [éviter un nouvel enfant hors mariage et un nouveau délit][...] pour des raisons médicales et sociales. [...] Si l'intervention n'était pas pratiquée, il faudrait envisager des mesures autrement plus restrictives, sous forme d'internement de longue durée. Mlle [...] a donné son assentiment pour que l'on procède sur elle à une stérilisation. Le tuteur a ratifié cette décision et a donné son consentement, comme en fait foi la déclaration annexée.» (Lettre du sous-directeur de Cery)

Ainsi, le consentement permet d'éviter de soumettre le cas à la loi qui ne pouvait être invoquée sans malaise. C'est l'irresponsabilité de la femme qui entraîne sa stérilisation et non les risques de descendance tarée. Du même coup, on perdait l'effet protecteur de la loi qui était de recourir aux filtres de la procédure. L'application de l'article 32 devenait ainsi de plus en plus problématique, principalement à cause des critères absolus qui n'étaient plus acceptables. Mais on peut observer de quelle manière les protagonistes parviennent à faire admettre l'opération de stérilisation par la patiente qu'eux-mêmes justifient médicalement et socialement, deux arguments tout à fait admis à cette époque. L'argument médical semble vidé de son sens.

Année 1961

En 1961, aucune des dix-huit stérilisations effectuées au Service de gynécologie n'a été soumise au Conseil de santé. La loi vaudoise sur la stérilisation des malades et handicapés mentaux avait alors de moins en moins bonne presse comme on l'a déjà remarqué à propos des dossiers de l'année 1951. Le Professeur Müller, directeur de l'Hôpital de Cery dès 1961, écrivait par exemple :

« Cet article vise, en pratique, la stérilisation de force, imposée par une autorité, éventuellement contre le gré du malade. A mon avis, cet article doit disparaître de la nouvelle loi, étant donné que depuis les trop fameuses lois nazies sur la stérilisation des malades mentaux, tout pays civilisé qui se respecte, refuse d'envisager la stérilisation imposée comme mesure de préservation. »⁶⁴⁰

⁶³⁸ Point de vue rapporté dans le procès-verbal de la séance du Conseil de santé du 1^{er} juin 1949.

⁶³⁹ En contradiction ici avec son collègue de la Polyclinique psychiatrique.

⁶⁴⁰ Lettre datée du 9 décembre 1961, archives du Service de la santé publique.

En 1964, le Professeur Müller revenait sur la question en développant son argumentation à l'occasion de l'unique expertise qu'il effectua dans le cadre de l'article 32:

« (...) En acceptant cette solution [la stérilisation], ces personnes signent volontairement un accord et nous les envoyons, pour l'opération, au service de gynécologie de l'Hôpital cantonal. Quant à une stérilisation d'office, sans consentement de la personne en question, on en a souvent discuté et cette pratique a été légalisée sous le régime hitlérien en Allemagne. Actuellement, les psychiatres du monde entier sont unanimes à penser qu'une telle mesure est inconcevable et strictement contraire à toute éthique médicale. (...) Personnellement, je ne pourrais en aucun cas consentir à envoyer un malade possédant un minimum de discernement et se rendant compte, dans une certaine mesure, des conséquences de l'intervention, sur la table d'opération, sans qu'il soit d'accord de se faire opérer. Je pense d'autre part qu'aucun chirurgien, aucun gynécologue, ne se prêterait à une telle intervention sur une personne qui s'y oppose »⁶⁴¹.

Avec le consentement de la personne, le recours à la loi devenait ainsi caduc. On notera toutefois que le Professeur Müller ne parle pas ici de personnes qui ne posséderaient aucun discernement ou dont le discernement serait très limité, leur cas n'entrant vraisemblablement pour lui pas en considération au vu de leur incapacité à fournir un consentement valable⁶⁴².

La réticence à passer par la loi s'explique certainement en partie ainsi, mais aussi, sans doute, par crainte des complications inhérentes à la procédure comme cela avait déjà été relevé par le Dr Steck en 1949.

La plupart des stérilisations avec motifs psychiatriques repérés en 1961 concernent des cas qui sont motivés par le fait qu'une grossesse pourrait aggraver l'état psychique de la personne. Mais dans trois cas au moins, c'est une interruption de grossesse qui est demandée par la patiente et non une stérilisation; celle-ci est pour ainsi dire présentée comme une condition à l'interruption de grossesse. De plus, dans l'un des cas, on peut remarquer que c'est la dépression réactionnelle qui est mise en évidence au détriment d'autres arguments (l'hérédité, la faiblesse intellectuelle) qui ne sont plus admis comme déterminants alors qu'ils l'étaient avant la Seconde Guerre.

« Cette patiente, actuellement enceinte de 5-6 semaines, est déjà mère d'un enfant de 5 mois et il semblerait qu'elle aurait déjà beaucoup de difficultés à élever ce dernier. Nous ne reviendrons pas sur les antécédents qui vous sont connus [...]. Au point de vue héréditaire, relevons que le père et surtout la mère étaient de gros alcooliques. [...] Notre examen a en outre révélé qu'il s'agissait d'une patiente très fruste, ne possédant en outre qu'un jugement restreint et une critique très discutable. Il nous semble s'agir là vraisemblablement d'une pauvreté et d'une faiblesse natives des facultés intellectuelles [...]. Elle réagit par un état dépressif réac-

⁶⁴¹ Expertise datée du 2 septembre 1964.

⁶⁴² Cependant, la démarche du directeur de Cery avait débouché en 1962 sur la création d'une commission chargée d'étudier la révision de la loi du 23 mai 1939 sur les malades mentaux et autres psychopathes. Ce projet a été abandonné au profit d'une nouvelle loi sur la santé publique intégrant les questions psychiatriques. La loi du 29 mai 1985 sur la santé publique n'a pas repris la disposition relative à la stérilisation.

tionnel. [...] Nous donnons un préavis favorable pour l'interruption de la grossesse en cours à condition que cette dernière puisse être suivie d'une stérilisation avec laquelle la patiente se déclare entièrement d'accord [...].» (1961, Lettre de la Policlinique psychiatrique universitaire)

Ainsi, la loi, trop précise dans ses critères d'application et contraignante du point de vue de la procédure, a connu une désaffection croissante; de plus elle a été disqualifiée par l'amalgame qui a été fait avec les dérives nazies. Dès lors, seul le consentement de la personne et une argumentation médicale permettaient la stérilisation d'une personne atteinte d'infirmité mentale en dehors de l'article 32.

Quelques exemples en 1951 et 1961, quoique exceptionnels, montrent la relativité du consentement si la stérilisation est posée, par le tuteur ou le médecin (même si cela n'est pas officiel et résulte seulement d'un entretien), comme une condition à l'interruption de grossesse demandée ou comme une alternative à l'internement. Si la valeur du consentement ne peut être mesurée statistiquement, on peut toutefois se pencher sur cette question primordiale avec les dossiers de stérilisation du Service de gynécologie.

Un document pour le consentement

Kehrer et d'autres auteurs après lui mentionnaient la nécessité du consentement de la personne concernée, attesté par un document signé, lors des opérations de stérilisation; il ne semble pas que cette exigence théorique ait été régulièrement mise en pratique dans la première moitié du siècle. Ce constat est cependant tout relatif, car il se peut que des documents volants n'aient pas été conservés en annexe des dossiers, ou que l'on ait considéré à une certaine époque le consentement oral comme suffisant.

Un document de consentement est rare dans les années 20, puis il devient de plus en plus fréquent; dès le milieu du siècle, il est pour ainsi dire toujours présent. Les lacunes ne semblent pas nécessairement liées à des situations délicates.

<i>Année</i>	<i>Dossiers</i>	<i>Document signé</i>	<i>%</i>
1928	9	1	1%
1932	63	13	20%
1941	31 ⁶⁴³	18	58%
1951	98	94	97%
1961	62	61	99%

Les quelques documents signés en 1928 et 1932 sont formulés individuellement de cas en cas, le plus souvent sur un papier ordinaire, parfois sur un papier à

⁶⁴³ Le repérage n'a été fait en 1941 que pour les dossiers avec motifs psychiatriques et sociaux.

en-tête de l'Hôpital cantonal. Le texte est écrit par le signataire lui-même ou par une tierce personne, probablement quelqu'un de l'hôpital.

Le seul document de 1928 est particulièrement intéressant parce qu'il indique à la fois qu'il s'agit de la volonté de la patiente et qu'il donne le motif et le sens de l'opération: «La soussignée déclare avoir demandé à subir pour des raisons médicales (tubc. pulm. ancienne) une opération pour stérilisation et avoir été mise au courant des conséquences.»⁶⁴⁴

En 1932, la formulation non conventionnelle laisse entrevoir des degrés de consentement, entre une demande pressante ou une acceptation négociée.

Le soussigné demande instamment à l'occasion de l'opération que doit subir son épouse, à ce qu'il soit procédé à la stérilisation en raison de son état de santé. (1932)

Monsieur le Docteur, je consens que l'on stérilise [sic] l'ovaire de ma femme. (1932)

Je suis d'accord pour l'opération de la stérilisation que vous voulez faire à Madame [...] puisqu'il [sic] est nécessaire. (1932)

Je soussigné donne son consentement à la stérilisation de sa femme après entretien avec les médecins traitants. (1932)

Sur les treize documents, onze sont signés par le mari, deux par les deux époux, ce qui illustre la situation de dépendance de l'épouse vis-à-vis de son mari.

En 1941, la plupart des documents sont sur papier ordinaire ou à en-tête, mais un formulaire commence à être utilisé; les signatures des deux époux sont requises.

Les époux soussignés déclarent accepter de plein gré l'opération dite de
STÉRILISATION

définitive sur la personne de l'un d'eux:

Mme⁶⁴⁵...

Signatures

...

...

Sur les consentements manuscrits, les deux signatures figurent également le plus souvent. Au total, 13 attestations de consentement sont signées par les deux époux, 3 par le seul mari, 2 par la patiente seule (dont une célibataire). Cinq dossiers concernant des personnes atteintes de débilité mentale ne contiennent pas de document signé.

⁶⁴⁴ Ce souci de l'information des patientes sera formalisé à partir des années 1960.

⁶⁴⁵ Il n'y a pas de rubrique «M.» signifiant que la stérilisation pourrait être effectuée sur le mari.

En 1951, la grande majorité des stérilisations sont accompagnées du formulaire rencontré en 1941. Le formulaire est conçu pour les époux, mais parfois c'est la femme seule qui le signe (célibataire, veuve ou divorcée, un cas concerne une femme dont le mari est absent).

A cette époque le consentement est donné plus rarement sans formulaire par une déclaration sur papier à en-tête ou par lettre. Il s'agit en l'occurrence de demandes au sujet desquelles les médecins sont mal à l'aise ou particulièrement réticents, étant donné l'âge de la femme ou la situation dans laquelle elle se trouve :

Mme X déclare avoir demandé que l'on procède sur elle-même à l'opération dite de stérilisation définitive. En l'absence de son conjoint, elle déclare prendre sur elle la responsabilité de cette intervention. (Carte à en-tête de la Maternité, 1951)

La soussignée déclare demander une stérilisation et persister dans cette décision bien qu'elle ait été avertie du caractère définitif et irrémédiable de cette intervention qui lui a été fortement déconseillée. (Carte à en-tête de la Maternité, dactyl., 1951)

Seuls trois dossiers ne contiennent pas un document signé, mais dans ces trois cas la stérilisation est dite demandée par la malade; elle est en outre appuyée par un médecin extérieur; l'une a eu quatre avortements provoqués.

Mais dans trois autres dossiers au moins, le consentement paraît problématique. L'un concerne une femme qui aurait été «poussée par les autorités tutélaires à demander une interruption de grossesse» et la stérilisation qui l'accompagnait (1951), un autre est obtenu par le médecin de Cery (1951), le troisième concerne une femme qui aurait imité la signature de son mari: le consentement du mari est douteux, c'est du moins ce qui apparaît dans un document du Tribunal civil lors de son divorce trois ans plus tard (1951).

La question du consentement a notablement évolué à partir des années 1950. En effet, en 1961 il existe deux formulaires complémentaires créés à fin de garantir l'obtention d'un consentement informé des personnes concernées. Le premier, pièce G des dossiers standards de gynécologie, est intitulé *Consentement pour traitement médical*; il concerne les traitements aux rayons, les opérations, les interruptions de grossesse avec ou sans stérilisation. Le second, pièce H des dossiers standards de gynécologie, est intitulé *Orientation concernant la stérilisation* (fig. 13). Dans la pièce G, la signature de la patiente ou du représentant légal est requise, dans la pièce H, la signature des deux époux. Dans l'*Orientation*, il est précisé que le couple doit avoir au moins deux enfants vivants et en bonne santé⁶⁴⁶, que la stérilisation est définitive, que 3,5% des femmes ont regretté cette opération, que l'épouse ne doit pas subir de pression de son mari et que la décision doit être mûrement réfléchie.

Les deux pièces, ou l'une des deux, figurent systématiquement dans les dossiers à une exception près sur les 62 stérilisations recensées, sans que cette unique lacune puisse être expliquée. Sinon, dans 35 cas le *Consentement* et l'*Orientation* sont

⁶⁴⁶ La clause du nombre d'enfants n'a du reste pas été respectée dans sept cas, tous trop différents les uns des autres pour pouvoir isoler un type de situation susceptible d'expliquer cette transgression.

Clinique universitaire d'obstétrique et de gynécologie de Lausanne		H
<u>Orientation concernant la stérilisation</u>		
<p>Les époux qui désirent une stérilisation sont priés de lire attentivement les explications suivantes avant de donner tous deux leur consentement par écrit.</p>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pour qu'une stérilisation soit pratiquée, le couple doit avoir au moins deux enfants vivants et en bonne santé. 2. En principe, cette intervention ne pourra avoir lieu que trois mois après un accouchement ou une fausse-couche. 3. La stérilisation consiste en une opération par section des trompes. On n'enlève aucun organe (sous réserve d'éléments inattendus trouvés au moment de l'opération). La femme conserve son intégrité: les règles ne sont pas modifiées et la fonction sexuelle reste inchangée. 4. La stérilisation une fois faite est définitive. Une femme stérilisée ne pourra plus jamais avoir d'enfant. La femme doit réaliser que cette intervention pourrait jouer un rôle important si par la suite, elle voulait se remarier, ou si elle perdait un de ses enfants. 5. L'opération de la stérilisation nécessite l'ouverture de l'abdomen. Si les dangers sont minimes, il n'est pourtant pas possible d'exclure toute complication et même le décès (1/100). 6. L'expérience montre que sur 1000 femmes stérilisées, environ 3,5% ont regretté cette opération. 7. L'épouse ne doit pas se faire stériliser sous la pression de son mari. 8. Le couple demandant une stérilisation doit mûrement réfléchir aux conséquences définitives de cette intervention. La Direction de la Maternité refuse catégoriquement toute responsabilité concernant des plaintes ultérieures éventuelles en relation avec la stérilisation. 		
<u>Déclaration</u>		
<p>Les époux soussignés, après avoir pris connaissance des explications ci-dessus et les avoir pleinement comprises, désirent la stérilisation définitive par section des trompes. Ils déclarent avoir reçu un double de cette formule.</p>		
Lausanne, le	L'époux:
Le médecin:	L'épouse:

Figure 13. Formulaire intégré aux dossiers de patientes ayant été stérilisées dans le Service de gynécologie de la Maternité cantonale à Lausanne, autour de 1960. Il atteste que les époux ont été informés (Archives cantonales vaudoises).

signées, dans 25 cas l'*Orientation* seule est signée, et dans un cas le *Consentement* seul est signé. Il est possible que, dans les 25 cas où l'*Orientation* seule est présente, les médecins chargés de ces tâches administratives aient pensé que les formulaires faisaient double emploi.

Ces deux formulaires constituent ainsi, pour autant qu'ils ne soient pas traités superficiellement, une garantie sérieuse de l'obtention d'un consentement libre et éclairé. L'*Orientation* fait écho aux exigences posées à la fin du XIX^e siècle par Kehrer, mais surtout elle atteste l'importance accordée dès la fin des années 50 au droit de la personne, droit à l'information et à un consentement libre⁶⁴⁷.

Les dossiers de stérilisation du Service de gynécologie ont permis de suivre, à travers des signes tangibles, l'évolution de la conception du consentement : peu courant ou non écrit dans les années 20 et 30, il est d'abord demandé au mari dans les années 30, puis au couple dès les années 40. A cette époque un formulaire commence à être utilisé ; le consentement sur formulaire est présent dans presque tous les dossiers à partir de 1950, mais dans les années 60, le consentement requis se veut formellement libre et éclairé. Ces éléments signalent une attention croissante portée à cette question ; il ne faudrait pourtant pas en déduire qu'en 1932, 80 % des stérilisations étaient faites sans le consentement de la personne, ni que toutes les signatures correspondent au même degré de consentement. Les situations conflictuelles semblent cependant relativement rares. Les stérilisations légales, d'abord faites principalement au Service de gynécologie, sont faites aussi par la suite dans d'autres cliniques ; mais surtout, les stérilisations de personnes ayant des troubles psychiques ont été de moins en moins soumises à la surveillance des autorités cantonales à cause de l'inadéquation des critères et des contraintes de la procédure. Une argumentation médicale et le consentement de la personne ont permis d'esquiver cette surveillance. On n'a toutefois repéré que très peu de cas de débilité mentale (d'ailleurs plutôt légers) opérés au Service de gynécologie. Cela n'exclut pas, on l'a dit au début de ce chapitre, que des stérilisations de handicapés mentaux, vivant ou non en institution, ont pu être pratiquées dans des hôpitaux régionaux ou des cliniques privées et peut-être sous le couvert d'une opération gynécologique ou d'une appendicectomie. La loi devenue caduque ou l'exigence de principe du consentement n'offraient pas d'alternative pour les situations marginales, sinon une relative clandestinité.

Stérilisation d'une ressortissante fribourgeoise

Hormis les stérilisations effectuées dans le cadre de l'Hôpital cantonal, des opérations analogues ont été et sont encore pratiquées dans des hôpitaux régionaux. On a pu remarquer que des stérilisations, peu nombreuses il est vrai⁶⁴⁸, de personnes domiciliées dans des cantons voisins ont été effectuées à l'Hôpital cantonal, principalement parce qu'elles étaient difficilement concevables dans leur canton de

⁶⁴⁷ Se référer à la note 1 du « Préambule ».

⁶⁴⁸ Les cas d'avortement ont été beaucoup plus fréquents.

domicile, comme Valais ou Fribourg. Mais il est probable que la proportion des opérations concernant des personnes domiciliées dans les cantons voisins était plus grande dans les hôpitaux régionaux à proximité des frontières cantonales.

Aucune recherche spécifique n'a été menée dans ces derniers. Cependant le cas de Marie, révélé par la presse en 1973, confirme cette pratique.

Marie, Fribourgeoise, cas dénoncé en 1973

« Arbitraire médical: "Tu n'as pas besoin d'un enfant!" », ainsi titrait le *Blick*⁶⁴⁹ révélant le cas d'une Fribourgeoise de 19 ans qui aurait subi six mois plus tôt une interruption de grossesse et une stérilisation sous la pression de tiers, sans son consentement écrit ni celui du père de la jeune femme encore mineure, et sans qu'on lui ait expliqué les conséquences de la stérilisation. Elle et son fiancé dont elle était enceinte habitaient le canton de Fribourg, mais l'opération a eu lieu dans le canton de Vaud, dans une ville proche de la frontière cantonale. Le journaliste s'interroge sur la légalité de cette intervention.

Interrogé par le journaliste sur cette affaire, le médecin cantonal vaudois s'informe auprès des médecins responsables de cette intervention, à savoir le psychiatre (médecin autorisé à donner son avis conforme pour l'interruption de grossesse) et le chirurgien. Puis il s'enquiert auprès du juriste du Service de la santé publique sur la légalité de la procédure; c'est enfin le Conseil de santé qui se prononce sur cette affaire après avoir entendu les médecins concernés⁶⁵⁰.

Le médecin traitant est sollicité par des proches de la jeune femme. Il demande au psychiatre de sa région d'examiner Marie qui « a déjà un enfant illégitime de deux ans » et qui est « de nouveau enceinte »; de plus, « le père est un psychopathe asocial ». Le psychiatre est chargé de donner l'avis conforme, selon l'art. 120 du Code pénal suisse; l'interruption lui paraît indiquée, mais il ne se prononce pas sur la stérilisation. Le chirurgien effectue l'interruption de grossesse et la stérilisation.

L'interruption est jugée conforme par le Conseil de santé, selon lequel le psychiatre n'a « commis aucune infraction »: Marie étant une célibataire mineure, l'autorisation de l'un des parents et l'avis d'un psychiatre étaient nécessaires; seule réserve, il n'a pas observé les critères édictés par le médecin cantonal en interrompant une grossesse de six mois⁶⁵¹. L'intervention dans un canton voisin n'est pas illégale: « Nous ne connaissons pas de frontière cantonale ou intercantonale pour l'octroi des avis conformes et les interruptions qui en résultent », tel est l'avis du Service de la santé publique⁶⁵².

La stérilisation par contre n'est pas jugée conforme. Certes, « la stérilisation volontaire est décrétée libre chez les personnes capables de discernement ». Mais si Mlle X « a

⁶⁴⁹ BOURQUIN 1973. Un article paraît deux mois plus tard dans la presse romande au moment où l'affaire est traitée par le Conseil de santé: J.P., « Un cas pénible posé au Conseil de santé vaudois. Une jeune femme se plaint d'avoir été contrainte à l'avortement et à la stérilisation par les médecins », *24 Heures*, 2 avril 1973. Tous les documents concernant ce cas sont réunis dans un dossier des archives du Service de la santé publique (Archives cantonales vaudoises).

⁶⁵⁰ Séances du 2 avril et du 14 mai 1973.

⁶⁵¹ « Critères d'appréciation en matière d'interruption de grossesse pour les Suissesses ou les étrangères domiciliées dans le canton depuis plus de trois mois », Service de la santé publique, 609/1968, dactyl. (Point d: « Concernant les grossesses de plus de 14 semaines, « l'autorisation est accordée uniquement dans les cas de gravité exceptionnelle »).

⁶⁵² Note du Service de la santé publique adressée au médecin cantonal, 2 mars 1973.

le discernement voulu, elle est trop jeune pour subir une stérilisation volontaire; si elle ne possède pas le discernement voulu, il aurait fallu que l'autorité compétente ait décidé cette mesure. Or, l'article 32 LMM [loi du 23 mai 1939 sur les malades mentaux et autres psychopathes] n'était pas applicable à Mlle X puisque celle-ci n'est pas domiciliée sur territoire vaudois. [...] En dehors de nos frontières vaudoises, la question doit être réglée selon la volonté du législateur des autres cantons.»⁶⁵³

Le Conseil de santé adresse une sanction disciplinaire au chirurgien pour avoir commis une négligence professionnelle d'une certaine gravité⁶⁵⁴.

Une remarque d'ordre général faite par le chirurgien qui a opéré Marie au médecin cantonal vaudois atteste que les demandes venant du canton catholique voisin étaient fréquentes:

« Nous avons été envahis ces dernières années par des Fribourgeoises désirant se faire interrompre [...]. Je n'intervenais qu'à la condition expresse de procéder en même temps à la ligature des trompes ou à la vasectomie chez le mari s'il y en avait un. »

Le chirurgien n'aurait pas de raison de s'en vanter auprès du médecin cantonal si ce n'était pas la réalité; la condition sine qua non de la stérilisation était probablement une manière de s'assurer du sérieux de la demande et de prévenir les récides, mais on a vu qu'elle était contestée par certains médecins⁶⁵⁵.

La période récente dans le canton de Vaud, entre clandestinité et réflexion commune

Plusieurs facteurs ont contribué à la tendance générale vers une diminution du nombre des stérilisations durant le dernier quart du XX^e siècle, à l'exception de celles pour simple motif contraceptif de femmes ayant déjà dépassé la trentaine d'années et ayant au moins deux enfants. Cependant, la problématique de la stérilisation de personnes handicapées mentales a gardé toute son acuité. Or, dans le canton de Vaud, il apparaît que de telles opérations sont devenues plus difficiles à obtenir si la personne ne peut donner son plein consentement. Les distances prises par rapport à la stérilisation légale ont été un facteur déterminant dans le canton de Vaud pour que se creuse un écart entre les stérilisations volontaires et non volontaires, les premières étant parfaitement admises, les secondes étant impos-

⁶⁵³ *Ibidem*. Une lettre adressée par le chef du Département de la santé publique du canton de Fribourg à son homologue vaudois au sujet de ce cas indique que «le canton de Fribourg ne dispos[e] pas de législation en ce domaine, mais ces cas [sont] réservés à l'appréciation des médecins».

⁶⁵⁴ «Compte tenu de l'excellente réputation dont ce médecin jouit dans sa pratique médicale, seule une réprimande doit être infligée au Dr [...]. Les émoluments sont à sa charge.» (Chef du Département de l'intérieur et de la santé publique, décision du 5 juin 1973).

⁶⁵⁵ En particulier par WÄGELI 1915-1916, CHÂTILLON 1918-1919.

sibles sinon dans une extrême discrétion. Il importe toutefois de relever, une fois de plus, le rôle individuel des acteurs occupant des fonctions influentes. Durant l'entre-deux-guerres, le Dr Hans Steck, directeur de l'Hôpital psychiatrique de Cery, le Dr Rochat, directeur du Service de gynécologie de l'Hôpital cantonal, le gynécologue Maurice Muret ou le psychiatre William Boven envisageaient la stérilisation non volontaire. Dès les années 60, le Dr Christian Müller, directeur de Cery, puis dès les années 80, le Dr Jean Martin, médecin cantonal, défendaient des positions plus restrictives et refusaient de cautionner des stérilisations non volontaires. Dans les institutions d'accueil des handicapés mentaux du canton de Vaud, là aussi les personnes influentes ont pu jouer un rôle différent selon leurs conceptions personnelles, tout en tenant compte du contexte général prédominant dans le canton.

Institutions d'accueil des handicapés mentaux

Deux institutions vaudoises importantes fondées à la fin du XIX^e siècle, ont été contactées, Eben-Hézer à Lausanne et L'Espérance à Etoy⁶⁵⁶. Les questions de la sexualité, de la conception, de la contraception ou de la stérilisation ont été abordées différemment à Eben-Hézer et à Etoy, sans qu'elles aient toutefois connu le développement particulier d'un débat largement ouvert et de démarches dans lesquelles l'institution s'est fortement impliquée, comme à la Fondation Les Perce-Neige dans le canton de Neuchâtel par exemple.

Toutefois, on peut remarquer qu'à Eben-Hézer, le directeur considère que ces questions relèvent d'un registre strictement privé; le médecin psychiatre, responsable de l'institution dans les années 70 et 80, était favorable quant à lui, dans certains cas, à la stérilisation de personnes handicapées mentales. La stérilisation, admise en principe, était semble-t-il pratiquée dans les années 70, mais rarement soumise à la loi, par souci de discrétion et par crainte d'un refus du Conseil de santé. Avec la publication des Recommandations de l'ASSM en 1981 puis l'entrée en vigueur de la nouvelle loi vaudoise sur la santé de 1985 muette sur le sujet, il est apparu beaucoup plus nettement qu'une stérilisation sans le consentement de la personne dont le discernement était limité n'était pas admissible. Dans ces circonstances, le médecin d'Eben-Hézer a été amené à refuser au moins une fois une stérilisation demandée par les proches et qu'il aurait pu admettre précédemment. Il s'est avéré alors que les parents se sont tournés vers un médecin plus complaisant qui a pratiqué la stérilisation sous le couvert d'une opération d'appendicite et à l'insu de la personne concernée. De tels cas sont probablement restés très exceptionnels; ils illustrent cependant comment des conditions très restrictives peuvent susciter des solutions clandestines.

⁶⁵⁶ A l'exception de quelques registres anciens, les situations individuelles n'étaient pas documentées par des dossiers personnels, médicaux ou administratifs, jusque dans les années 60 pour L'Espérance et les années 70 pour Eben-Hézer. Pour la période récente, aucune recherche n'a été menée sur des dossiers de personnes, les indications proviennent d'entretiens avec les directeurs actuels et de deux anciens médecins.

A L'Espérance à Etoy, le psychiatre consultant dans les années 60 et 70 n'était guère favorable à la stérilisation; ce dernier n'exclut pourtant pas que des opérations camouflées ou non, décidées de manière privée, aient été pratiquées sur des personnes accueillies à L'Espérance. C'est à la fin des années 70, à l'instar d'autres institutions, que l'institution d'Etoy a connu une certaine ouverture à la question de la sexualité; en 1978, une collaboration a été souhaitée avec le Centre médico-social de Pro Familia. Dès 1984, l'institution a mené une réflexion d'ensemble sur la ligne pédagogique qui a abouti en 1990 à un *Document de référence* qui inclut notamment une annexe officielle, signée du Comité de fondation, relative à la « vie affective et sexuelle des pensionnaires de L'Espérance ». Ce dernier met l'accent sur l'éducation affective et sexuelle, reconnaît la diversité des besoins, admet la possibilité de vie commune au sein de l'institution. Quant aux « mesures techniques et médicales, liées à la vie affective et sexuelle (moyens de prévention, soins, interventions,...), [elles] relèvent de l'équipe des médecins; il n'en est donc pas question ici. » Implicitement, la contraception est vivement recommandée et une procréation n'est pas envisagée.

Le directeur d'Etoy relève un changement très sensible concernant les résidents dans tous les domaines et notamment celui de la vie sexuelle: jusque dans les années 80 encore, les décisions étaient généralement prises par l'équipe sans le résident, alors que dans les années 90, celui-ci a été inclus dans le processus de décision. Dans le domaine plus particulier de la contraception ou d'une éventuelle stérilisation, l'opinion de la personne elle-même a été sollicitée depuis les années 90 et prise très au sérieux. Cette préoccupation donne d'autant plus d'acuité aux situations problématiques: une demande de stérilisation a été refusée parce que la personne ne pouvait donner son consentement, mais la situation devait rester très douloureuse.

Ces deux cas évoqués brièvement, où la stérilisation a été soit pratiquée clandestinement, soit n'a pas pu être envisagée faute de pouvoir demander le consentement de la personne, sont probablement exceptionnels. Ils montrent toutefois les limites d'une position officielle trop absolue, comme, durant l'entre-deux-guerres, l'opposition à la stérilisation pour des motifs religieux telle que le Dr Gustave Clément dans le canton de Fribourg a pu l'exprimer.

Une autre source donne des traces de pratiques camouflées, dont il importe de relever que la cause n'est pas seulement due à une doctrine officielle restrictive, mais aussi et peut-être surtout, à une volonté de discrétion, souvent liée à un malaise par rapport à la situation; la décision est alors considérée ou revendiquée (par les personnes responsables) comme totalement privée mais non personnelle (décision par la personne concernée). Ces traces sont publiées en 1979 dans un numéro spécial du bulletin d'information de l'Association vaudoise de parents de handicapés mentaux. Vingt ans plus tard, Insieme, la Fédération suisse des associations de parents de personnes mentalement handicapées, alertée par les révélations concernant la Suède en 1997, consciente de la diversité des procédures de décision de stérilisation et préoccupée des limites imposées par les Recommandations de l'ASSM de 1981, a elle-même entrepris une réflexion sur la difficile question de la stérilisation des personnes mentalement déficientes.

Association vaudoise de parents de personnes handicapées mentales

En 1978, à l'instar de l'institution de l'Espérance d'ailleurs, l'Association vaudoise de parents de handicapés mentaux (AVPPHM) a sollicité le Centre médico-social de Pro Familia pour aborder le thème de la sexualité des handicapés mentaux. Le groupe de travail a publié ses réflexions et ses interrogations dans le numéro spécial de son bulletin d'information *Coup d'pouce*⁶⁵⁷.

Ce bulletin met en exergue quelques situations⁶⁵⁸ rencontrées dans l'expérience des professionnels et des parents; celles précisément qu'on ne peut documenter par les archives mais qui correspondent à une réalité souvent dénoncée mais insaisissable:

Alice, 22 ans

«Alice, 22 ans, a été stérilisée sans le savoir, à la demande de ses parents. Débile moyenne, elle n'a jamais eu ni souhaité avoir des relations sexuelles; tout ce qu'elle sait maintenant (ses parents le lui ont dit après coup), c'est qu'elle ne peut pas avoir d'enfants. Pour elle, cela signifie qu'elle ne peut pas se marier; elle accepte tout au plus le copinage avec un ami, ne manifeste pas de besoins sexuels et en a même très peur. Elle se sent confusément punie, lésée, interdite de vie commune avec un garçon, parce qu'elle ne peut procréer; elle se sent très dévalorisée.»

Denise, 30 ans

«Denise, 30 ans, prend des contraceptifs depuis sa puberté, pour son "diabète" (inexistant!). Au lieu de faire une éducation sexuelle convenable, on préfère lui laisser croire qu'elle est physiquement malade.»

Lise, 16 ans

«Lise, débile légère, a été stérilisée à 16 ans sans en être informée. Après cinq ans passés dans un centre de santé mentale, elle a pu réintégrer la société; elle découvre alors qu'elle ne pourra jamais avoir d'enfant, de fait de "l'appendicectomie" subie quelques années auparavant. Une psychothérapeute reprend Lise en charge et l'aide à traverser la dure période de révolte et de dévalorisation qui a suivi cette découverte extrêmement blessante. Après plusieurs essais de vie commune, Lise se marie et trouve un travail. Aux dernières nouvelles, elle semble assez heureuse et équilibrée.»

Ces différents exemples, publiés par le groupe de travail réunissant des parents et des professionnels, illustrent une prise de conscience des lâchetés ou des ruses que les conceptions et les tabous collectifs ou individuels ont engendrées et dont on peut mesurer, de cas en cas, les graves conséquences psychologiques. Le propos des auteurs, en présentant ces cas basés sur l'ignorance et la tromperie, est au contraire de mettre en valeur la nécessité de l'éducation, de la transparence et de la concertation.

⁶⁵⁷ COUP D'POUCE 1979.

⁶⁵⁸ *Ibidem*, pp. 11, 18 et 20.

Le bulletin, entièrement consacré à la sexualité, situe ce sujet au centre de la préoccupation de normalité par rapport aux personnes handicapées mentales, développé notamment dans un document pionnier largement diffusé intitulé *La vie sexuelle des arriérés mentaux* écrit par Gregor Katz, médecin-chef du Service pour arriérés mentaux du Conseil national suédois des Affaires sociales et publié en 1970 par la Ligue internationale des Associations d'aide aux handicapés mentaux.

Les textes du bulletin écrits par les différents membres du groupe de travail issus aussi bien de l'Association que du Centre Pro Familia portent sur les thèmes suivants: «être parents»; «de la puberté à la sexualité adulte»; «le droit d'aimer»; «dépendance et indépendance affectives»; «le handicap mental et son corps»; «faiblesse et puissance»; «mixité et rôle de l'institution».

Un chapitre, signé du Dr Jean-François Bonnard, est consacré à la «finalité de la sexualité, contraception, stérilisation».

«La génération des parents de handicapés mentaux qui parviennent actuellement à l'âge adulte admet petit à petit le droit de leur enfant de connaître le plaisir par la sexualité mais craint, à juste titre, la fécondité de couples qui ne pourraient élever un enfant sans une aide extérieure constante. Actuellement, il n'y a heureusement plus dilemme, pour les jeunes filles et jeunes femmes, entre stérilisation chirurgicale et abstinence sexuelle (que l'une ou l'autre soit "librement" consentie ou imposée par le milieu familial ou social).»⁶⁵⁹

L'auteur met en évidence pour les femmes, les contraceptifs oraux ou injectables, sans exclure la stérilisation, et pour les hommes, le condom ou la stérilisation; mais «tous nécessitent la prise en charge psychologique de la [personne] handicapée par une équipe qui soit capable».

Insieme, Fédération suisse des associations de parents de personnes mentalement handicapées

En 1999, la Fédération suisse des associations de parents de personnes mentalement handicapées (Insieme), publie un document de quatre pages intitulé *Principes relatifs à la stérilisation*⁶⁶⁰. Il est issu d'une réflexion et d'une consultation auprès de ses membres suscitées par les révélations dans la presse durant l'été 1997 concernant les stérilisations dites forcées en Suède, en Suisse et en France. Un dossier spécial avait été publié dans la revue *Insieme* en décembre 1997 consacré à quatre interviews (une proche parente, un médecin, un juriste et une conseillère en planning familial) sur le sujet de la stérilisation.

⁶⁵⁹ *Ibidem*, p. 19.

⁶⁶⁰ Dossier conservé aux archives de l'Association vaudoise de parents de handicapés mentaux. Reproduits en langue allemande dans la *Revue du droit de tutelle*, 2000, pp. 28 ss. Voir aussi la publication d'un classeur de documentation (AFFAIRE DE CŒUR 1998).

La préoccupation dominante d'Insieme est celle de la prise de décision concernant la stérilisation de personnes incapables de discernement. Le 13 janvier 1998, Insieme lance une consultation auprès des associations membres concernant trois positions envisageables, faisant référence à différentes normes:

- « Interdiction de la stérilisation de personnes incapables de discernement » (Académie suisse des sciences médicales, 1981)
- « Interdiction avec certaines exceptions bien précises » (loi allemande de 1992)
- « Consentement du représentant légal » (Canton d'Argovie, conjointement à deux expertises médicales).

Le document, qui affirme que « nos recherches ont montré qu'en Suisse une femme adulte mentalement handicapée sur deux a été stérilisée »⁶⁶¹, met en évidence le fait que chacune des positions peut entraîner des abus dont Insieme avait connaissance:

- La position 1 « comporte le danger qu'elle ne soit pas suffisamment acceptée comme directive contraignante et qu'on cherche à la contourner: soit en galvaudant la notion de capacité de discernement soit en l'ignorant tout simplement. Ceci peut conduire à des abus incontrôlables.»
- La position 2: « la décision est remise à une suppléance légale dans un domaine particulièrement sensible [...]. La procédure est compliquée [...] le danger d'abus est tout aussi important que dans le cas d'une interdiction totale.
- La position 3: « le champ d'action du représentant légal est trop large ».

L'Association vaudoise répond à ce questionnaire en mars de la même année. Le canton de Vaud serait, de l'avis du bureau de l'AVPPHM, à l'abri des abus:

« Si le passé pèse lourd sur ce sujet, il nous semble néanmoins que très peu de stérilisations s'opèrent dans notre canton et nous voulons croire à l'intégrité du corps médical et à son code de déontologie afin qu'aucun dérapage ne se reproduise jamais. »

Il apparaît clairement, d'après la réponse de l'AVPPHM, que les membres vaudois qui se sont prononcés⁶⁶² ne sont pas favorables à un cadre légal (position 1 et 2) et préconisent de laisser aux parents la décision finale (position 3):

« La question de la stérilisation ne peut pas être résolue par des dispositions législatives uniformes et contraignantes [...]. Les parents doivent rester au premier plan [...]. Il faut amener la personne handicapée, avec amour et compréhension, à renoncer volontairement à procréer [...]. En cas d'échec manifeste et confirmé, il faut impérativement avoir le droit de prendre les mesures qui s'imposent [...]. »

⁶⁶¹ Nous n'avons pas pris connaissance des recherches auxquelles il est fait référence. Cela correspond, d'après notre étude, aux données de 1992 concernant la Fondation Les Perce-Neige à Neuchâtel (voir le chapitre « Neuchâtel », « Fondation Les Perce-Neige »). Mais cette institution est bien documentée et d'autres le sont beaucoup moins. Il paraît peu probable que dans les autres institutions contactées dans le cadre de notre étude, la proportion soit aussi élevée.

⁶⁶² La circulaire envoyée aux 450 membres n'a suscité que sept réponses auxquelles s'ajoute la position du Bureau.

En octobre 1998, les principes concernant la stérilisation des personnes mentalement handicapées sont mis en consultation auprès des associations membres et le document final est adopté le 10 avril 1999 par la Conférence des présidents des associations d'Insieme. D'une manière générale, ces principes correspondent en bien des points au projet de *Directives médico-éthiques pour la stérilisation de personnes mentalement déficientes* mises en consultation par l'Académie suisse des sciences médicales en 2000⁶⁶³. L'élément principal est, contrairement aux recommandations de l'ASSM de 1981, que la stérilisation de personnes incapables de discernement peut être pratiquée à certaines conditions. Insieme demande en 1999 que les conditions soient définies par la révision du droit de la tutelle⁶⁶⁴. Le projet des Directives de l'ASSM est retiré en 2001, suite aux réactions qu'il a suscitées; notons en particulier que ce projet n'a pas fait référence aux principes et propositions d'Insieme. Actuellement les Recommandations de l'ASSM de 1981 (devenues des Directives) restent en vigueur en attendant le projet de loi au niveau fédéral: la stérilisation de personnes incapables de discernement est inadmissible pour les cantons qui n'ont pas de législations spécifiques⁶⁶⁵. Il est probable que cette position, comme l'indiquait Insieme en 1998, « ne soit pas suffisamment acceptée comme directive contraignante et qu'on cherche à la contourner ». Le projet de loi fédérale devrait apporter une réponse à une demande réitérée de législation tout au long du XX^e siècle par divers auteurs⁶⁶⁶.

⁶⁶³ *Bulletin des médecins suisses*, 2000, 81, N° 8, pp. 395 à 400.

⁶⁶⁴ « Les parents, les proches et ceux qui représentent leurs intérêts souhaitent que la stérilisation de personnes incapables de discernement soit réglée au niveau suisse d'une manière uniforme et contraignante pour l'ensemble des personnes concernées. Ils plaident pour une interdiction assortie d'exceptions clairement définies. La loi doit définir ces exceptions, à la fois d'une manière claire et contraignante. L'actuelle révision du droit de la tutelle offre l'opportunité de réaliser cet objectif. » (Principes relatifs à la stérilisation, 10 avril 1999, Insieme)

⁶⁶⁵ *Bulletin des médecins suisses*, 2001, 82, N° 11, pp. 545-547.

⁶⁶⁶ Voir aussi plus haut le sous-chapitre « Stérilisation », dans le chapitre « Aspects juridiques ». En été 2001, « la Commission des affaires juridiques du Conseil national a décidé à l'unanimité d'entrer en matière sur un projet de loi qui détermine quelles conditions et procédures devront désormais être respectées lors de stérilisations et qui prévoit l'indemnisation des personnes qui ont été victimes de stérilisations et castrations abusives dans le passé » (Communiqué de presse des Services du Parlement, 29 août 2001).

BERNE

Une étude très partielle a été menée dans le canton de Berne⁶⁶⁷; elle concerne des principes relatifs à la stérilisation édités par la Direction de l'assistance publique du canton de Berne en 1931 et quelques dossiers de l'Hôpital psychiatrique de Bellelay, situé au nord du canton, dans sa partie francophone et catholique.

Direction de l'assistance publique

Des sources conservées aux Archives de l'Etat et quelques données publiées attestent que, dans le canton de Berne, il fallait suivre depuis 1931, pour certaines demandes de stérilisation, une procédure officielle mais non légalisée: un rapport et un certificat médical devaient être adressés à la Direction de l'assistance publique susceptible d'autoriser l'opération de personnes assistées.

En effet, en février 1931, la Direction de l'assistance publique du canton de Berne adresse une « Circulaire aux préfets, inspecteurs d'arrondissement de l'assistance publique et autorités d'assistance du canton de Berne concernant certaines interventions chirurgicales sur la personne de femmes »⁶⁶⁸ qui expose le problème de la stérilisation des personnes assistées et formule à l'intention des autorités locales d'assistance des « Principes et règles à suivre relativement à la stérilisation de personnes du sexe ».

Cette question était discutée depuis 1927. Le 13 juillet 1927, le conseiller d'Etat Dürrenmatt chargé de la Direction cantonale de l'assistance publique convoquait

⁶⁶⁷ Le canton du Jura, dont le territoire faisait partie du canton de Berne jusqu'à son autonomie en 1978, n'a pas fait l'objet d'une recherche spécifique.

⁶⁶⁸ La circulaire est publiée dans *Communications officielles de la Direction de l'assistance publique du canton de Berne*, Berne, N° 4, février 1931, pp. 1-8. La version en allemand est publiée dans *Amtliche Mitteilungen der Direktion des Armenwesens des Kantons Bern*, Berne, N° 4, février 1931, pp. 1-7.

quelques personnes pour une discussion sur la question de la stérilisation, soit le secrétaire de la Direction, l'inspecteur cantonal de l'assistance publique, le conseiller municipal de la ville de Berne chargé de l'assistance publique et Hans Guggisberg⁶⁶⁹, professeur de clinique obstétricale de l'Université de Berne et directeur de la Maternité cantonale à Berne, *Frauenspital*. C'est exactement au même moment que dans le canton de Vaud, soit le 14 juillet 1927, le Conseil de santé consacrait une première séance au projet de loi relatif à la stérilisation.

C'est probablement une conférence, organisée par le Cartel romand d'hygiène sociale et morale⁶⁷⁰ le 28 avril 1927 à Neuchâtel et donnée par le Dr Muret, gynécologue à Lausanne, qui a contribué à cette prise de conscience des autorités cantonales bernoises et vaudoises en été 1927 :

« A la suite de la conférence du Dr Muret sur la stérilisation à l'assemblée du Cartel, en avril 1927, à Neuchâtel, l'Assistance publique bernoise a donné de nouvelles instructions à ses agents qui sont de nature – nous l'espérons au moins – à supprimer les abus que le Dr Muret avait signalés⁶⁷¹. Notre intervention n'a donc pas été inutile, nous sommes heureux de le constater. »⁶⁷²

A Berne, il s'agit en priorité de réagir par rapport à des plaintes, de la part d'autorités et de personnes privées dans le canton et hors du canton, parvenues à la Direction cantonale d'assistance publique relative à des pressions exercées par des fonctionnaires bernois à l'encontre de personnes assistées pour exiger la stérilisation⁶⁷³. La question avait déjà été abordée à diverses reprises depuis trois ans⁶⁷⁴. Le Dr Guggisberg avait été alerté par le Dr Maurice Muret⁶⁷⁵, son homologue à

⁶⁶⁹ C'est lui qui sera chargé de rédiger le chapitre relatif aux méthodes de contraception et de stérilisation (GUGGISBERG 1938) publié dans ZURUKZOGLU 1938, pp. 58-88.

⁶⁷⁰ Le Cartel a été fondé en 1918, réunissant diverses sociétés avant des domaines d'action et de réflexion apparentés relatifs à la prévention morale et sociale (littérature immorale, jeux de hasard, alcoolisme, maladies vénériennes, prostitution). La priorité du Cartel sera la protection de la famille.

⁶⁷¹ Note incluse dans la citation : « Dr Muret, La stérilisation humaine, 50 cent. » Cette conférence a été publiée à 500 exemplaires (MURET 1927).

⁶⁷² *Revue annuelle d'hygiène sociale et morale*, 1928, p. 21. Les archives du Cartel suisse romand d'hygiène sociale et morale sont conservées par l'ARTIAS, Association romande et tessinoise des Institutions d'action sociale, à Yverdon-les-Bains.

⁶⁷³ « Es sind auf der kant. Armendirektion Klagen eingelaufen von Armenbehörden und Privatpersonen in und ausserhalb des Kts. Bern, über Fälle, wo nach Ansicht der Reklamanten von bernischen Funktionären Praktiken befolgt worden seien, die nicht angängig sind », protocole de la conférence, 27 juillet 1927, p. 1 (inédit), Archives de l'Etat de Berne.

⁶⁷⁴ Une première conférence de la Direction de l'assistance publique s'était tenue le 14 novembre 1924 et deux circulaires avaient été envoyées aux fonctionnaires dépendants de la Direction de l'assistance publique le 15 décembre 1926 et le 29 avril 1927. La circulaire de 1926 avait probablement suivi la réunion du Groupement romand de la Conférence suisse de l'assistance publique en 1926, au cours de laquelle des reproches avaient été formulés à l'encontre de fonctionnaires bernois; celle de 1927 est datée du lendemain de la conférence du Cartel romand d'hygiène sociale et morale de 1927 mentionnée ci-dessus (protocole de la conférence, 27 juillet 1927 (inédit), Archives de l'Etat de Berne).

⁶⁷⁵ Cette information est d'ailleurs confirmée par le Dr Maurice Muret. Dans la séance du 9 janvier 1930 de la Société vaudoise de médecine, interrogé au sujet de l'Assistance publique bernoise par le Directeur du service sanitaire vaudois, il dit qu'il « a dû intervenir auprès de cette autorité pour faire cesser des abus de pouvoir commis par certains sous-ordres » (*Revue médicale de la Suisse romande*, 25 mars 1930, p. 245).

l'Université de Lausanne; on se serait indigné en Suisse romande de l'attitude des autorités d'assistance relative à des ressortissantes bernoises domiciliées dans le canton de Berne ou dans un canton romand. Le Dr Guggisberg lui-même explique lors de la séance organisée au sein de la Direction de l'assistance qu'il a dû protester contre le ton et la manière avec lesquels des autorités d'assistance lui ont adressé des personnes pour être stérilisées. Il s'inquiète aussi d'une forte augmentation des demandes de stérilisation adressées au *Frauenspital* (20 cas en 1921, 85 en 1926) ou dans les hôpitaux de district. C'est le Dr Guggisberg qui apporte la plupart des éléments qui figureront dans la Circulaire de 1931.

L'objectif principal de la discussion de 1927 au sein de la Direction cantonale de l'assistance publique de Berne est de rédiger des principes à l'intention des autorités d'assistance leur indiquant avant tout qu'elles ne sont pas habilitées à ordonner une stérilisation. Dans la pratique, en effet, elles avaient tendance à adresser une personne à un hôpital pour la faire stériliser. Les Principes sont rédigés le 27 juillet 1927 sur la base des éléments discutés, ils sont dactylographiés et envoyés aux participants de la conférence. Mais ce n'est qu'en 1931 que la Circulaire publiée dans les Communications officielles de la Direction de l'assistance publique du canton de Berne développe la question de la stérilisation et que les Principes sont portés à la connaissance de tous fonctionnaires concernés, avec quelques adjonctions par rapport au document de 1927.

Principes de 1931

La Circulaire met en évidence les circonstances qui amènent la Direction de l'assistance publique à se prononcer sur la question de la stérilisation :

« Il arrive fréquemment, depuis quelques temps, que des autorités communales ou d'assistance annoncent ou fassent mener directement des femmes à la Maternité cantonale, à Berne, ou aux hôpitaux de district, aux fins de les faire stériliser, c'est-à-dire rendre inaptes à la conception, au moyen d'opérations chirurgicales. Dans maints cas, aussi, l'autorité d'assistance s'adresse à cet effet à notre Direction. Et nous avons même pu constater que certaines autorités, en vue d'obtenir le consentement des intéressées aux interventions dont il s'agit – interventions qui, cela va de soi, ne sauraient en aucun cas avoir lieu sans ce consentement, pour toute espèce de raisons juridiques, morales et médicales – ne reculent pas devant l'emploi de moyens de pression inadmissibles tant au regard de la loi que devant la conscience. »⁶⁷⁶

La Circulaire est relativement longue et donne les éléments d'explication aux Principes qui sont réunis à la fin du document; ceux-ci sont eux-mêmes développés et ne sont pas présentés de manière synthétique et claire. Si la Circulaire a le mérite d'être riche en information, elle a sans doute l'inconvénient de ne pas mettre assez en évidence les Principes.

⁶⁷⁶ Circulaire de février 1931, op. cit., p. 1. Les passages sont en gras dans le texte. Les citations suivantes sont tirées du même document.

Les axes principaux du texte des Principes sont les suivants:
L'opération de stérilisation est une affaire très sérieuse.

« La question de la stérilisation est [...] controversée, [elle] implique un certain danger [...], peut déterminer des troubles physiques et avoir de fâcheuses conséquences au point de vue de la morale sociale. La plus grande prudence est en tout cas de rigueur quant à la décision de recourir à la dite mesure. »

C'est un médecin et non les autorités d'assistance qui peuvent envisager une stérilisation; la personne doit être informée par le médecin et ne doit pas subir de pression.

« Dans tous les cas, les pourparlers touchant la stérilisation seront menés par un médecin qui renseignera consciencieusement la personne en cause. Les autorités d'assistance s'abstiendront d'exercer aucune influence directe sur l'intéressée ou son entourage. »

Le consentement de la personne est indispensable, ainsi que celui de l'époux.

« Aucune contrainte ni pression, pas plus ouverte que dissimulée, ne doit intervenir. L'opération ne peut être effectuée qu'avec le plein consentement de l'intéressée et, si cette dernière est mariée, l'assentiment de l'époux est de même indispensable. »

On doit remarquer qu'il n'y a aucune précision concernant les personnes incapables de discernement. On peut se demander si implicitement, dans le contexte de l'époque, c'est le consentement du tuteur qui remplace celui de la personne.

Le seul motif économique est inadmissible.

« Jamais la stérilisation ne doit être conseillée et avoir lieu pour des considérations d'ordre pécuniaire. »

Des motifs médicaux (maladie grave), sociaux (épuisement d'une mère de famille nombreuse) ou eugéniques (risque de transmission de tare physiques ou mentales) peuvent justifier une stérilisation. Le cas de la femme mariée est envisagé en premier.

« En ce qui concerne spécialement les femmes mariées, la stérilisation n'est permise que:

a) par motif médical, c'est-à-dire eu égard à l'état de santé de la femme – par exemple en cas de tuberculose, d'affection cardiaque grave, etc.;

b) par motif d'ordre social, lorsqu'il s'agit de personnes qui ont déjà donné le jour à de nombreux enfants et dont la santé générale est affaiblie à un point tel qu'une nouvelle grossesse ou un nouvel accouchement entraînerait selon toutes probabilités sinon la mort de la femme, en tout cas un amoindrissement encore plus marqué de ses forces, l'empêchant de remplir par la suite ses devoirs de ménagère et de mère;

c) par motif eugénique, quand par suite d'alcoolisme incurable ou d'autres intoxications ou maladies graves, le père ou la mère, ou même les deux, sont affec-

tés de tares physiques ou mentales telles qu'on soit autorisé à redouter les effets dommageables de ces vices pour les enfants que procréeraient de tels parents.»

Le cas de la femme célibataire est traité séparément. Les motifs médicaux ou eugéniques sont indispensables pour envisager la stérilisation d'une femme non-mariée, les motifs sociaux ne sont pas explicités (par analogie avec la femme mariée, il s'agit probablement de l'incapacité de la femme à remplir ses devoirs de ménagère et de mère) et les motifs de morale sexuelle⁶⁷⁷ ne sont pas admis, sauf s'il y a aussi une déficience mentale ou physique; la faculté de procréer prime sur les considérations purement sociales et morales:

« Quant aux femmes non mariées, on ne doit recourir à la stérilisation que si ces personnes accusent des signes certains de déficiences physiques ou intellectuelles. A l'égard de célibataires, donc, on ne saurait faire pratiquer cette opération uniquement à cause des débordements sexuels, si par ailleurs ces femmes sont normales physiquement et mentalement. Quant à savoir si elles présentent des tares de l'un ou l'autre ordre, c'est une question à faire trancher par un médecin.»

Deux principes ont été ajoutés en 1931 par rapport au texte de 1927, à savoir l'obligation de stériliser le mari (et non sa femme saine) si le motif eugénique le concerne (d'autant que la femme peut être amenée à se remarier) et l'interdiction de stériliser une personne mineure, sauf pour motif médical.

« Si c'est le mari qui est taré, il convient d'examiner s'il ne serait pas indiqué de le castrer [sic]⁶⁷⁸, plutôt que de stériliser l'épouse. En toutes circonstances, cependant, on rendra la femme attentive à ce que si l'union conjugale venait à se dissoudre, la stérilisation intervenue pourrait être la cause de difficultés à l'égard d'un nouveau mariage. [...]

Pour les personnes mineures, enfin, la stérilisation n'est jamais permise, à moins de nécessité médicale dûment constatée.»

Ces principes doivent être respectés par les fonctionnaires qui en outre ont l'obligation professionnelle de soumettre les cas auxquels ils sont confrontés à l'autorisation de la Direction de l'assistance publique. La Circulaire insiste sur ce dernier point.

« Les principes et directives qui précèdent obligent toutes les autorités d'assistance du canton. Nous ordonnons au surplus que tous les cas où l'on requiert une stérilisation soient portés préalablement à la connaissance de notre Direction, au moyen d'un rapport détaillé accompagné d'un certificat médical. Nous ferons alors examiner toute l'affaire et déciderons ensuite définitivement quant aux mesures à prendre.»

⁶⁷⁷ Guggisberg explique qu'une femme ayant un comportement sexuel immoral reste érotique même si elle est stérilisée, et qu'elle risque alors d'abuser de sa liberté.

⁶⁷⁸ Il s'agit probablement d'une erreur de traduction, la version en allemand utilise en effet le terme *Sterilisation*.

Il est intéressant de comparer brièvement les instruments que se sont donnés à la même époque les deux cantons voisins de Vaud et de Berne. Dans le canton de Vaud, c'est la stérilisation des personnes atteintes de maladies ou d'infirmités mentales qui fait l'objet d'une loi votée en 1928 par le Grand Conseil; l'opération est soumise à l'autorisation des autorités sanitaires cantonales. Le texte est bref et concis, les normes sont claires et lapidaires. Les explications concernant la portée de la loi qui se trouvaient dans l'exposé des motifs ne sont plus connues des personnes impliquées ultérieurement dans les situations concrètes.

Dans le canton de Berne, c'est la stérilisation de personnes assistées qui fait l'objet des Principes diffusés par la Circulaire de la Direction de l'assistance publique adressée aux fonctionnaires en 1931; l'opération est soumise à l'autorisation des autorités cantonales d'assistance publique. Le texte est relativement long, il contient à la fois des explications et des règles à suivre. Intégrée dans une publication périodique, cette question de la stérilisation n'a pas fait l'objet d'une mise en évidence spécifique ni d'une formulation synthétique.

Dans le canton de Vaud, on a voulu une procédure ayant force de loi, dans celui de Berne, on a proposé des principes et des règles auxquels les fonctionnaires concernés étaient sensés se référer.

Certains paramètres sont comparables: le motif eugénique, indispensable selon la loi vaudoise, est bien présent, mais non indispensable, dans les Principes bernois. Le motif médical est présent de part et d'autre, quoique exclusivement réservé, dans le cas de la loi vaudoise, aux cas d'infirmité ou de maladie mentale pouvant impliquer une limitation dans le discernement des personnes concernées. Les autres motifs médicaux ne sont pas impliqués par la loi vaudoise, ils relèvent de la seule responsabilité du médecin. Un autre paramètre commun est celui de soumettre les demandes de stérilisation de personnes assistées (BE) et de personnes atteintes d'infirmité ou de maladie mentale (VD) à l'autorité cantonale (Direction de l'assistance publique et Service de la santé publique dans le canton de Vaud). D'un côté comme de l'autre, ce sont généralement des motifs cumulés qui vont entraîner les demandes adressées aux autorités cantonales.

Les archives de la Direction de l'assistance publique à Berne contiennent des renseignements sur les suites données aux Principes relatives à leur bien-fondé théorique et au nombre de cas soumis, mais les dossiers individuels qui devaient contenir un rapport concernant la demande de stérilisation et un certificat médical, ainsi que la décision de la Direction de l'assistance publique, n'ont pas été conservés.

Avec l'adoption du Code pénal fédéral de 1937, entré en vigueur en 1942, la Direction de l'assistance publique s'est interrogée sur les aspects juridiques de la stérilisation⁶⁷⁹; plusieurs documents des archives bernoises datant de 1943 et 1944 attestent un souci de conformité aux normes fédérales. De l'avis des personnes

⁶⁷⁹ DACH 1941; R. von Dach était adjoint à la Direction de l'assistance publique du canton de Berne. Notons que la même année, une thèse de droit est publiée à Genève sur le sujet JICHLINSKI 1941. Il est aussi fait référence à Hafter dont le commentaire précise que les opérations de castration et de stérilisation avec le consentement de la personne ne sont pas punissables (HAFTER 1943).

consultées au sein des Directions de justice et sanitaire bernoises, les Principes de 1931 restent tout à fait admissibles: la stérilisation n'est pas envisagée explicitement dans le code pénal et c'est par analogie avec les dispositions relatives à l'avortement (art. 120 sur l'interruption non punissable de la grossesse) que, de l'avis des interlocuteurs consultés, la stérilisation peut être envisagée. Plusieurs d'entre eux relèvent que l'on doit redoubler de prudence à cause de l'article 122 du Code pénal sur les lésions corporelles graves et que les motifs eugéniques et les motifs sociaux ne sont plus admissibles sans motif médical (art. 120 déjà cité et art. 32 sur le devoir de fonction ou de profession). On insiste encore davantage sur la nécessité du consentement de la personne concernée déjà présente dans les Principes de 1931. Ces derniers restent donc toujours valides, surtout lorsqu'il s'agit de rappeler aux fonctionnaires de l'assistance publique qu'ils n'ont nullement le droit d'exiger une stérilisation ni d'exercer une quelconque pression pour obtenir le consentement de la personne intéressée.

Pression des fonctionnaires

Une correspondance datée de 1947 révèle pourtant la persistance d'attitudes contestables de la part des fonctionnaires. Deux cas concrets sont parvenus à la connaissance de la Direction de l'assistance publique concernant des personnes atteintes de surdité pour lesquelles la stérilisation aurait été exigée⁶⁸⁰. L'auteur n'indique pas les noms des communes impliquées par ces infractions aux Principes de 1931, de peur qu'elles ne se retournent contre les personnes. Voici les deux témoignages:

« Le conseiller municipal m'a conseillé de me faire ligaturer; sinon, nous n'aurions pas l'autorisation de nous marier. Malgré nos protestations, nous avons dû y aller. C'était difficile pour nous. Nous aurions bien aimé avoir un enfant qui aurait été notre bonheur. J'ai dû signer à l'hôpital. Le médecin à l'hôpital aurait dû parler avec moi et il aurait dû m'expliquer avant que je signe si je pouvais devenir enceinte. C'était trop tard. Je ne me suis pas fait stériliser volontiers. On ne peut rien faire. »

« Le 21 mars 1946 j'ai accouché à l'hôpital. [...] Je me suis fait stériliser pour ne plus avoir d'enfant. C'est la commune qui a exigé que j'aille à l'hôpital. Les enfants coûtent cher. Le syndic est venu chez nous. Nous voulions attendre. Puis c'est le Dr [...] qui n'a pas permis que j'aie un autre enfant. »⁶⁸¹

⁶⁸⁰ Le syndic de Muri, près de Berne, a écrit un article ou un ouvrage (que nous n'avons pas retrouvé) concernant l'éducation et la prise en charge des sourds dans le canton de Berne, dans lequel il parle d'opérations de stérilisation de femmes sourdes ordonnées par les autorités bernoises (A. GUKELBERGER, *Taubstummensbildung und Taubstummensfürsorge*, [1947]). Le secrétaire de la Direction de l'assistance publique écrit à l'auteur pour lui demander des précisions, étant donné que les Principes de 1931 n'autorisent pas les fonctionnaires à ordonner une stérilisation ni à user de pressions pour convaincre les personnes. A. Gukelberger donne dans sa réponse à la Direction de l'assistance publique les renseignements concernant deux cas concrets que nous citons ici.

⁶⁸¹ Traduit de l'allemand.

L'auteur explique que le premier couple n'a jamais dû être aidé par sa commune, le mari est cordonnier et sa femme couturière, ils gagnent leur vie. Le deuxième couple, quoique dans une situation moins favorable, n'est pas non plus assisté. Le mari est menuisier et sa femme était polisseuse jusqu'à son accouchement. L'auteur ajoute que les deux couples s'entendent bien et il dénonce la pression exercée par les autorités.

Statistique des cas traités par la Direction de l'Assistance publique

A part ces deux exemples parvenus trop tard à la connaissance de la Direction de l'assistance publique pour qu'elle puisse intervenir, les situations individuelles qui lui ont été soumises n'ont pas été conservées dans les archives. Cependant, une information statistique portant sur la période de 1939 à 1949 est apportée par le secrétaire de la Direction de l'assistance publique à Hans Rudolf Böckli lors d'une enquête qu'il a effectuée dans le cadre de sa thèse de doctorat⁶⁸². Ce dernier demandait en effet quelle avait été la fréquence des stérilisations soumises aux Principes de 1931. Le secrétaire répond qu'aucun chiffre n'est disponible pour les premières années depuis l'existence des Principes, soit entre 1931 et 1938. Mais, entre 1939 et 1949, il y a eu 181 opérations soumises à l'autorisation de la Direction de l'assistance publique, soit une moyenne d'environ 17 par année⁶⁸³. Il précise dans sa réponse à Böckli qu'il faut toujours une indication médicale ou psychiatrique établie par un médecin et que les motifs économiques ne suffisent pas. Le secrétaire ajoute que des stérilisations peuvent être pratiquées sans avoir été soumises à l'autorisation cantonale, hormis celles qui doivent être financées par les autorités d'assistance. Ainsi, les opérations comptabilisées ne concernent que des femmes assistées et le motif devait être, en théorie du moins, avant l'entrée en vigueur du code pénal en 1942, médical, eugénique ou social; après 1942, il doit être prioritairement médical ou psychiatrique.

En 1953, le Département fédéral de l'hygiène publique transmet aux cantons un questionnaire de l'Organisation mondiale de la santé qui enquête sur l'existence de stérilisations forcées. La Direction de l'assistance publique de Berne, nommée alors Direction des Œuvres sociales, répond que les stérilisations forcées ne sont pas autorisées dans le canton.

⁶⁸² BÖCKLI 1954, pp. 35-38.

⁶⁸³ On ne sait si toutes les demandes soumises à la Direction de l'assistance publique ont été autorisées par elle. Il y a eu 26 cas en 1939, 14 en 1940, 25 en 1941, 18 en 1942, 17 en 1943, 20 en 1944, 21 en 1945, 5 en 1946, 6 en 1947, 18 en 1948, 11 en 1949 jusqu'en juillet. On notera une nette diminution des cas en 1946 et 1947, et un retour à la moyenne antérieure depuis 1948. C'est le 30 janvier 1948 que les Principes de 1931 sont à nouveau rappelés aux autorités en mettant l'accent sur la nécessité du consentement (*Communications officielles de la Direction de l'assistance publique du canton de Berne*, Berne, N° 1, janvier 1948, p. 11). Le fonds d'archives intitulé *Stérilisation* ne contient aucune indication sur les motifs de ce rappel, mais on peut supposer que la correspondance avec le syndicat de Muri concernant les femmes sourdes en est la cause. On peut se demander si la diminution des cas en 1945 et 1946 était due à une réaction à la situation allemande avant et durant la guerre et si le rappel des Principes par les autorités bernoises n'a pas redonné une légitimité à la stérilisation.

En 1967, c'est au tour de Roland Bersier d'interroger les autorités bernoises dans le cadre de sa thèse de doctorat de droit⁶⁸⁴; il y aurait eu, entre 1962 et 1966, environ dix opérations par année admises par la Direction des Œuvres sociales « au vu d'un certificat médical et du rapport détaillé d'une autorité d'assistance »⁶⁸⁵.

Après cette date, il n'y a plus d'indication. Le canton de Berne n'a pas répondu à l'enquête de l'Office fédéral de la Justice du 21 novembre 1978⁶⁸⁶. Les Principes de 1931 ne semblent pas avoir été officiellement abrogés. Pour cette période plus récente, deux cas concrets de demande de stérilisation ont été repérés, mais ils ne font pas référence aux Principes de 1931; le premier en tout cas ne concerne pas une personne assistée.

Hôpital psychiatrique de Bellelay

Dans les années 80, le Service des oligophrènes de l'Hôpital psychiatrique de Bellelay est supprimé et ses 32 pensionnaires, pour la plupart âgés, sont déplacés dans d'autres institutions. Le personnel ancien et actuel interrogé n'a pas connaissance que l'une ou l'autre des femmes de ce service ait été stérilisée; par contre deux hommes atteints d'« imbécillité » ont été castrés dans un but thérapeutique (« délires érotiques », « outrages publics », « attentats à la pudeur »), l'un en 1950, l'autre à la fin des années 60. Il semble donc que la stérilisation n'a pas été pratiquée sur des femmes gravement handicapées mentales hospitalisées à Bellelay.

Les deux cas repérés de patientes hospitalisées dans d'autres services de l'Hôpital de Bellelay concernent une femme souffrant de « troubles psychiques », stérilisée en 1967, et une femme instable dont le diagnostic est « débilité mentale », stérilisée en 1977. Toutes les deux sont nées juste après la guerre, ont été hospitalisées à Bellelay à plusieurs reprises, l'une dès l'âge de vingt ans, l'autre dès la fin de l'adolescence; elles ont été stérilisées avec leur consentement et pour des motifs différents. Si le premier cas est plutôt exceptionnel, le second est très caractéristique des stérilisations pour motifs multiples (médical, eugénique et social), quoiqu'ici les motifs ne soient pas franchement explicités.

Jeanne, 1967

Issue d'un milieu catholique sans problème particulier relatif à la situation sociale ou familiale, Jeanne, ouvrière, est fiancée; elle souffre de troubles gynécologiques et psychiques, notamment un délire de grossesse. Le psychiatre de Bellelay consigne dans le dossier médical son souci relatif au mariage et à l'éventualité d'une procréation: « [...] envisager avec la malade et ses parents les problèmes de son mariage prévu et une stérilisation éventuelle. Notons, en ce qui concerne une stérilisation éventuelle que nous sommes d'avis que la malade doit se faire stériliser à cause de sa santé et des risques de

⁶⁸⁴ BERSIER 1968, pp. 205-206.

⁶⁸⁵ *Ibidem*, p. 206. Il y a eu 11 opérations en 1962, 8 en 1963, 7 en 1964, 12 en 1965, 13 en 1966.

⁶⁸⁶ *La stérilisation des handicapés mentaux, résultats d'une enquête réalisée par l'Office fédéral de la justice*, [1980], p. 1, dactyl. (Archives du Service sanitaire du canton de Neuchâtel, cote 156. 30. 20).

maladie pour ses enfants... A cet effet, nous avons discuté précédemment avec ses parents pour obtenir leur accord. Puisque la malade et ses parents acceptent notre avis, il [ne] nous reste qu'à préciser une date avec le Dr [gynécologue] pour l'opération prévue.» Il préconise donc une stérilisation pour des motifs médicaux et eugéniques, avec l'accord de la patiente, de ses parents et de son fiancé.

Mais dans la lettre qu'il adresse au gynécologue, le médecin de Bellelay fait part de ses réticences à l'égard d'une stérilisation qui lui paraît problématique étant donné le jeune âge de la patiente. Il laisse le soin à son confrère de conseiller Jeanne et sa famille.

«Il ne faudrait pas que Mme [...] ait des enfants, du moins pendant quelques années. Or, je ne sais pas si l'annexite bilatérale qu'elle a exclut une possibilité de grossesse. Sinon il faudrait naturellement prendre des précautions contraceptives ou envisager une stérilisation opératoire. [...] Je me suis demandé s'il n'était pas prématuré, chez cette jeune fille de 21 ans, de proposer déjà une opération définitive, quoique, après l'avoir refusée, elle paraît maintenant y consentir. Je leur ai dit que c'est toi qui les conseillerais sur ce qu'il y a à faire.»

C'est le gynécologue qui décide finalement la stérilisation qui a été effectuée à l'Hôpital de Porrentruy tenu par des sœurs catholiques. Une année après, Jeanne se marie, mais elle reviendra périodiquement à Bellelay, à chaque fois perturbée par des obsessions analogues :

«Elle est convaincue qu'elle a quelque chose dans le ventre et ceci parce qu'elle est stérilisée.» (4^e admission)

«La patiente pensait qu'elle était enceinte.» (5^e admission)

Marianne, 1977

La jeune fille, orpheline de père, a un tuteur ; son père était journalier. Les relations de la fille avec la mère sont tendues, celle-ci semble elle-même «oligophrène». Ayant eu des difficultés durant sa scolarité, Marianne a été placée dans un foyer. La vie quotidienne est houleuse, elle se fait battre par le directeur, le foyer ne sait plus qu'en faire, elle fugue. Elle est hospitalisée une première fois à Bellelay à l'âge de 17 ans ; son développement correspondrait alors, selon le test de Binet-Simon, à celui d'un enfant de 8 ans. Marianne se sent mal aimée, elle est instable ; pendant plus de dix ans depuis sa première hospitalisation, elle aura une vie perturbée, allant de place en place où on ne la supporte pas ou qu'elle ne supporte pas : «ramenée [...], transférée [...], s'enfuit [...], trouvée errante [...], recueillie [...]». Elle reviendra plusieurs fois à Bellelay où elle se sent en sécurité, mais elle voudrait vivre une vie normale.

A Bellelay, c'est durant la troisième admission, soit un peu plus d'une année après la première admission qui avait duré plusieurs mois et après de nombreuses péripéties, que le psychiatre envisage un placement familial et songe à une stérilisation qui lui semble un corollaire allant de soi dans une telle situation. Il en parle à la patiente.

«Depuis quelques temps nous nous sommes demandé s'il n'y aurait pas lieu de mettre la patiente en placement familial. [...] D'autre part [Marianne] attire facilement les regards des garçons et l'on pourrait craindre un accident. Je propose aujourd'hui à la patiente une stérilisation. Elle s'y refuse absolument, pleure abondamment, dit que ce serait un crime. Elle veut pouvoir avoir des enfants quand elle se mariera.»

La prochaine notation du dossier médical, deux mois plus tard, reprend le même sujet : «Nous discutons de temps en temps le problème de la stérilisation avec la malade. Elle reste toujours sur la même décision [...]»

Quelques semaines plus tard on apprend que la patiente a demandé l'avis du curé au sujet de la stérilisation: «Celui-ci a consulté l'évêché [...] qui laisse entendre que l'interdiction n'est pas absolue. [...] La patiente a demandé assez souvent à partir; nous ne sommes pas très pressés vu les risques, mais n'excluons pas que si l'on trouve une bonne famille où elle soit bien entourée et surveillée, on puisse faire l'essai.»

Marianne travaille à la buanderie de l'hôpital, mais elle est dépressive; partie en week-end chez sa mère, elle fugue en France, finit par être ramenée à Bellelay. La stérilisation devient pour elle une hantise que sa mère aggrave encore: «Elle rapporte qu'elle est partie en France parce que sa mère lui avait dit que si elle ne se faisait pas stériliser elle devrait rester toute sa vie à Bellelay.»

La notation suivante dans le dossier médical concerne une fois encore ce sujet: «Dans un entretien, la malade nous confirme aussi qu'elle avait été affolée parce que sa mère lui avait dit qu'elle devrait se faire stériliser à Bellelay et sans ça qu'elle ne sortirait plus jamais de Bellelay. [...] Après l'avoir rassurée qu'on ne pouvait la stériliser sans son accord, la malade semble être soulagée.»

Marianne est envoyée dans une institution de jeunes filles, d'où elle s'échappe deux mois plus tard; elle est ramenée à Bellelay par un commissaire de police.

Le médecin qui s'occupe d'elle, un interne probablement, semble très perplexe devant cette situation apparemment inextricable et cyclique, devant le peu de moyens mis à disposition dans l'hôpital, le manque de soutien de la part de sa famille et la difficulté d'adaptation sociale pour cette jeune femme de 22 ans. «Le contact avec la patiente est difficile car elle travaille toujours à la lingerie et au nettoyage des corridors et ainsi nous ne pouvons pas pratiquer une psychanalyse scientifique ni préciser son niveau intellectuel. [...] On ne peut pas compter [...] sur les membres de sa famille. D'autre part, nous ne pouvons pas laisser cette jeune fille toute sa vie dans un hôpital psychiatrique. Nous essayerons de trouver un placement [...]. A noter que la patiente a reçu une bonne éducation chez nous.» Quelques temps après, la mère refuse de recevoir sa fille qui voulait lui rendre visite avec son ami. «On a l'impression d'un sabotage de l'entourage aux efforts de la jeune fille et de l'hôpital.»

Elle est placée dans une institution tenue par des Sœurs, mais elle ne reçoit pas son salaire et on profite d'elle parce que, dit-elle, son père est mort. Une fois encore, incompréhension mutuelle, brimades d'un côté, mauvaise volonté de l'autre, aboutissent à un nouvel échec. Marianne se retrouve à Bellelay. Elle voudrait quitter, «avoir une vie comme tout le monde». Mais cette 6^e admission va durer six ans. Elle va travailler la journée à l'extérieur et elle rentre le soir à Bellelay. Quelques placements provisoires échouent et elle ne rentre pas toujours après les sorties du week-end. En division, elle devient «insolente et grossière».

En 1976, soit à l'âge de 27 ans, elle est enceinte: «Elle refuse catégoriquement une interruption. Il semble qu'il n'y ait pas de possibilité légale d'intervention auprès de débiles mentaux qui refusent une interruption de grossesse et nous sommes dans l'obligation de laisser cette grossesse évoluer normalement. [...] Elle a quitté son travail [...] et travaille chez nous à la lingerie.»

Un mois plus tard, «après plusieurs jours de réflexion et entretiens avec nous et avec son tuteur, la patiente a donné son consentement par écrit pour l'interruption de grossesse. Pour cette raison, la patiente a été hospitalisée. [...] Elle devra se présenter [...] pour un contrôle gynécologique et [pour] introduire une contraception à long terme, injections trimestrielles de Depo-Provera [...]».

Elle a donc finalement accepté l'interruption de grossesse et une contraception de longue durée. La même instabilité dans sa vie sociale continue après cet épisode.

Une notation indique brièvement que l'année suivante « la patiente a été opérée [...] pour la stérilisation » à l'Hôpital de Moutier. En annexe se trouve une déclaration : « La soussignée [...] est d'accord de se faire stériliser. Elle reconnaît avoir été mise au courant qu'il s'agit d'une opération chirurgicale qui l'empêchera d'avoir des enfants », ainsi qu'une copie de lettre du médecin de Bellelay au gynécologue indiquant que « son tuteur est d'accord de lui donner une plus grande liberté dès le moment où elle sera stérilisée et il lui a trouvé une place ».

Dix années se sont passées depuis qu'on lui a parlé pour la première fois de stérilisation. La grossesse, puis l'interruption à laquelle elle a finalement donné son accord ont sans doute ébranlé Marianne. La stérilisation n'était pas exigée par les médecins de Bellelay comme condition indispensable à son indépendance relative, mais elle leur paraissait une solution conjointe sans que jamais les motifs ne soient explicités, sinon le risque qu'elle devienne enceinte. Marianne et l'hôpital de Bellelay ont été confrontés durant toute cette période à des situations difficiles avec des arrangements toujours provisoires. La stérilisation semble avoir été obtenue par le tuteur en échange d'une plus grande autonomie. Une notation de l'année suivante indique que Marianne « s'est mariée il y a quelques jours, mais ça ne va déjà plus ». Elle ne sera plus réhospitalisée à Bellelay.

En quittant là cette femme de 28 ans qui durant tant d'années n'a pas eu « une vie comme tout le monde », on ne peut manquer de s'interroger sur le sens et le but de sa stérilisation. Aura-t-elle réellement contribué à délier les crispations de part et d'autre et permis une existence moins contrainte ou aura-t-elle signifié pour elle une défaite et une mutilation ? Il est intéressant de relever qu'aucun argument médical, eugénique ou social n'a été clairement évoqué ; il s'agissait d'une jeune femme, démunie aussi bien psychologiquement que socialement, pouvant vivre à l'extérieur mais sans sécurité durable. Il paraissait sans doute bien imprudent pour les médecins, sinon inconcevable pour le tuteur, qu'elle mette au monde un enfant dans ces conditions alors qu'elle pouvait difficilement assumer sa propre existence.

Le cas de Marianne montre la complexité de certaines situations dans lesquelles la stérilisation est envisagée. On retiendra notamment le manque de soutien des proches (« le sabotage de l'entourage »), la force de l'idée reçue (non dépourvue de fondement mais utilisée comme une menace par des tiers) que la stérilisation peut être une alternative à l'internement (la mère disant à sa fille que « si elle ne se faisait pas stériliser, elle devrait passer toute sa vie à Bellelay »), les tentatives, sans grands moyens, de réinsertion sociale d'une personne rejetée, rebelle et mal adaptée aux normes de la société, la vulnérabilité engendrée par une grossesse chez une femme dans une situation précaire : la stérilisation apparaît comme une mesure complémentaire mais qui peut paraître finalement indispensable à l'autonomie relative laissée à la personne. Le dossier se termine pour ainsi dire avec la stérilisation comme si c'était la solution ; mais le vécu de Marianne après cet épisode nous échappe contrairement à celui de Louise, dans le canton de Vaud, qui, après la stérilisation, a encore été hospitalisée plusieurs fois à l'hôpital psychiatrique de Cery à cause de son instabilité.

Les deux dossiers de patientes de l'Hôpital psychiatrique de Bellelay qui nous ont été signalés attestent que des stérilisations ont été demandées par les médecins de l'hôpital dans les années 1960 et 1970. Une stérilisation semblait donc envisa-

geable. Aucune recherche systématique n'ayant été effectuée⁶⁸⁷, il n'est pas possible d'estimer le nombre de stérilisations effectuées chez des personnes hospitalisées à Bellelay au cours du XX^e siècle. Rien n'indique dans ces dossiers qu'il y ait eu une procédure spécifique pour de telles opérations. Le médecin de Bellelay s'assure du consentement de la patiente et s'adresse au gynécologue susceptible de faire l'opération; c'est ce dernier qui prend la décision.

Cette recherche pourtant limitée concernant la stérilisation dans le canton de Berne apporte des éléments d'information et de comparaison très utiles. Sur le plan administratif, l'existence des Principes de 1931 adressés par la Direction de l'assistance publique à tous les fonctionnaires concernés met en évidence des préoccupations analogues à celles du canton de Vaud qui a légiféré sur le sujet. Il s'agissait dans les deux cantons de freiner les stérilisations souhaitées par des communes et de les soumettre à une autorisation émanant de l'administration cantonale. Le repérage se faisait à Berne par le biais de l'assistance et dans le canton de Vaud par le biais de la santé mentale. Finalement ce sont probablement, quoique les indications manquent concernant les cas individuels du canton de Berne, des situations analogues qui étaient soumises à l'autorisation cantonale concernant des personnes dépendantes. Cependant, on peut penser que des stérilisations motivées par une grave maladie telle que la tuberculose ont été soumises à la Direction de l'assistance publique si la personne était assistée. Ce n'était pas le cas dans le canton de Vaud. Le cas de Marianne, stérilisée en 1977, ne semble pas avoir été signalé aux autorités bernoises, l'opération ayant probablement été payée par son tuteur ou par l'Hôpital de Bellelay.

Les deux cas des femmes sourdes signalées par le syndic de Muri sont particulièrement intéressants. Ils illustrent la confiance, la crédulité, la soumission, voire la crainte de représailles, de la part de citoyens modestes à l'égard des fonctionnaires de l'administration communale et des médecins: l'existence d'un document de consentement signé par la personne consigné dans le dossier des patientes, notamment dans les services de gynécologie ou de chirurgie, ne révèle généralement pas dans quelles conditions le consentement a été accepté.

Enfin, si le cas de Jeanne relève d'une problématique principalement médicale concernant la gynécologie et la psychiatrie, celui de Marianne, analogue à celui de Louise par exemple dans le canton de Vaud, relève d'une problématique médico-sociale très complexe et tout à fait caractéristique des stérilisations de personnes démunies, victimes de conditions défavorables aussi bien sur le plan familial, affectif, éducatif et social que psychique, mais non dépourvues de discernement. Les deux opérations ont été pratiquées avec le consentement de la personne concernée.

⁶⁸⁷ Faute de pouvoir repérer les dossiers par période (classement par numéros d'ordre). Les registres d'admission n'ont pas été retrouvés.

Discours théorique sur l'eugénisme à Genève, 1900-1960

En matière de stérilisation des handicapés et malades mentaux, le canton de Genève n'a jamais introduit, à la différence du canton de Vaud, de norme comparable à l'article 28 bis de la loi de 1928. En outre, l'étude des stérilisations effectuées à la Clinique de gynécologie et des stérilisations demandées par la Clinique psychiatrique de Bel-Air montre, ainsi que nous le verrons plus loin, que la stérilisation pour motifs eugéniques, sans être méconnue, a rencontré un accueil plutôt mitigé dans ces deux organismes publics; ce n'est pourtant pas faute d'avoir été connue et discutée à Genève dans les milieux concernés.

En effet, dès les années 1910 et jusque dans les années 1950, l'eugénisme, la stérilisation, sa mesure négative la plus notoire, l'avortement eugénique, l'interdiction de mariage et la limitation de l'immigration des malades et handicapé mentaux ont été fréquemment évoqués dans la presse spécialisée par des auteurs genevois; il faut ajouter les mesures d'eugénisme positif, comme l'éducation des anormaux, qui n'étaient souvent même pas considérées comme relevant de l'eugénisme.

Des psychiatres, des psychologues, des biologistes, des anthropologues et, dans une moindre mesure, des sociologues ont contribué à la renommée de la nouvelle science dans la cité de Calvin. Certains biologistes ont même été jusqu'à proposer l'instauration d'un programme eugéniste global mobilisant toutes les sciences. Les textes eugénistes, abondants jusqu'au début des années 1930, sont abordés selon les disciplines de leurs auteurs (psychiatrie, anthropologie, biologie, psychologie, sociologie). Le discours spécifique concernant la stérilisation sera traité séparément; il est surprenant d'ailleurs qu'il n'ait n'a pas amené une législation s'y rapportant. Après tout, le canton de Vaud avait adopté une loi sur la stérilisation des infirmes et malades mentaux en 1928 alors même que les thèses eugénistes n'avaient pas davantage de partisans qu'à Genève. En fait, des propositions de loi ont existé, mais, pour différentes raisons, elles n'ont pas dépassé le stade de projet.

Psychiatres genevois et eugénisme

Lorsque l'on parle d'eugénisme en Suisse, ce sont souvent des noms de psychiatres qui viennent à l'esprit, comme Auguste Forel, Eugen Bleuler, Ernst Rüdin ou Carl Brugger, et l'on retient parfois l'idée infondée que les psychiatres en étaient ailleurs aussi les principaux propagandistes. C'est oublier que, dans les pays anglosaxons et scandinaves, nombre de biologistes et d'anthropologues étaient eugénistes et qu'en France, ce sont les médecins qui ont été les plus nombreux à s'intéresser à l'eugénisme⁶⁸⁸.

Les discussions au sein de la Société genevoise de prophylaxie mentale⁶⁸⁹, qui d'ailleurs ne réunit pas exclusivement des psychiatres, ainsi que les écrits théoriques des psychiatres genevois⁶⁹⁰ permettent de repérer leur éventuel engagement eugéniste⁶⁹¹.

Société genevoise de patronage des aliénés

En 1913, la question de l'eugénisme était présentée à l'Assemblée générale de la Société genevoise de patronage des aliénés par le professeur de psychologie expérimentale Edouard Claparède. Le président de la Société, Paul-Louis Ladame, médecin d'origine neuchâteloise, spécialisé en psychiatrie et en neurologie, introduisit la conférence du célèbre psychologue. Il rappela que Sir Francis Galton avait proposé le terme "Eugenics" en 1883 et que, depuis lors, l'importance de « la science nouvelle dont le but est de rechercher "les lois biologiques de l'amélioration de la race par la transmission de nobles qualités héréditaires" »⁶⁹² avait été confirmée par de nombreuses réalisations; à Londres, étaient ainsi fondés en 1904 le Galton Laboratory puis, en 1907, l'Eugenics Education Society qui publia dès 1909 *The Eugenics Review*; en 1912, à Londres toujours, se tenait le premier Congrès international eugénique auquel Paul-Louis Ladame fut délégué par le Comité de la Société genevoise de patronage des aliénés, sans néanmoins pouvoir s'y rendre; enfin, 1913 voyait la création à Paris de la Société française d'eugénique.

Après le bref historique de Paul-Louis Ladame, Edouard Claparède présentait sa conférence⁶⁹³ intitulée « La protection des dégénérés et l'eugénique ».

« Une Société comme la nôtre ne ferait que la moitié de son devoir, tout au plus, si elle se bornait à assister les malheureux dégénérés qui recourent à elle, sans

⁶⁸⁸ CAROL 1995.

⁶⁸⁹ Archives déposées à l'Institut universitaire romand d'histoire de la médecine et de la santé à Lausanne.

⁶⁹⁰ Présentés par ordre chronologique de leurs premières interventions concernant l'hérédité des maladies mentales ou l'eugénisme.

⁶⁹¹ Les travaux des directeurs de la Clinique psychiatrique de Bel-Air sont abordés ci-après, dans l'étude des stérilisations demandées par les médecins de cet établissement.

⁶⁹² LADAME 1913, p. 3. Citation tirée de GALTON 1883, p. 24.

⁶⁹³ CLAPARÈDE 1913.

*se préoccuper aussi des causes de leur misère physiologique et mentale. Qu'il vaudrait mieux faire la guerre à ces causes, si c'était possible, que de chercher à remédier à leurs tristes conséquences, c'est, n'est-ce pas, votre avis à tous !*⁶⁹⁴

En affirmant l'importance du rôle eugénique de la Société genevoise de patronage des aliénés, Edouard Claparède cherchait à renforcer la mission de prophylaxie mentale dévolue à la Société par ses statuts. Outre le patronage à proprement parler, celle-ci se proposait en effet « de répandre dans le public des idées justes sur la nature et les causes des maladies mentales, leur curabilité, leur prévention possible, leur traitement »⁶⁹⁵. Une telle ambition commandait au professeur de psychologie de préciser les enjeux de la nouvelle science et en particulier de poser une question fort délicate :

*« Quel est le grand facteur de modification d'une race ? Est-ce le milieu (opinion lamarckiste), ou est-ce l'hérédité, la prédisposition familiale (opinion néodarwinienne), ou comme disent les Anglais, est-ce la nurture, ou est-ce la nature ? »*⁶⁹⁶

Edouard Claparède avait découvert des éléments de réponse à la lecture de certains travaux de Karl Pearson, mathématicien et statisticien, directeur du Galton Laboratory for National Eugenics :

*« Je me bornerai à vous dire que les premières enquêtes de Pearson et de ses élèves ont montré constamment que l'individu est un produit de l'hérédité, et que le milieu n'a qu'une influence minime, si tant est qu'il en ait une, sur ses aptitudes physiques ou mentales, et que ces modifications acquises ne sont pas elles-mêmes transmises par hérédité à la génération suivante. »*⁶⁹⁷

Le conférencier touchait là au fondement de l'eugénisme classique. L'affirmation de la primauté de l'hérédité et son corollaire, la négation de l'influence de la culture sur l'individu, étaient parachevés par la condamnation de la thèse de l'hérédité des caractères acquis. L'action du milieu devenait ainsi inopérante aussi bien au cours de la phylogenèse (développement des espèces) qu'au cours de l'ontogenèse (développement des individus).

Pour arriver à de tels résultats, Claparède rappelait que Pearson s'était en particulier intéressé à la question de l'alcoolisme :

*« Pearson conclut que l'abus de l'alcool n'est pas la cause de la dégénérescence mentale, mais qu'il en est, au contraire, l'effet. Ce n'est pas parce qu'on boit qu'on crée une race de dégénérés, c'est parce qu'on appartient à une souche en voie de dégénérescence que l'on boit. »*⁶⁹⁸

⁶⁹⁴ *Ibidem*, p. 15.

⁶⁹⁵ « Extrait des statuts », *Société genevoise de patronage des aliénés*, Genève, Kündig, 1906, p. 31.

⁶⁹⁶ CLAPARÈDE 1913, p. 18.

⁶⁹⁷ *Ibidem*, p. 20.

⁶⁹⁸ *Ibidem*, p. 20.

Certes, la science eugénique en était à ses débuts et Edouard Claparède admettait qu'une telle conclusion devait être considérée avec prudence.

« Mais le simple fait de sa possibilité, et, je ne crains pas de le dire, de sa probabilité, mérite de retenir très sérieusement notre attention. [...] Si les résultats des eugénistes sont exacts, le centre de gravité de la lutte antialcoolique doit être complètement déplacé. Ce qui importe, pour la société, ce n'est pas que l'alcoolique s'amende, mais c'est qu'il n'ait pas de progéniture. »⁶⁹⁹

Il est clair que ces assertions avaient de quoi étonner certains membres de l'assemblée qui se consacraient depuis longtemps à la lutte antialcoolique classique. Mais pour l'orateur l'heure était grave :

« Nous devons bien nous rendre compte, en effet, que si nous n'intervenons pas dans la question de l'amélioration raciale par des mesures nouvelles, la race va dégénérer de plus en plus. En effet, de nombreux facteurs, dans notre civilisation moderne, vont à l'encontre de l'amélioration de la race, contrecarrant le jeu d'un des plus puissants facteurs de sélection bonne qu'emploie la nature. Ce facteur, c'est la mort. La mort, si cruelle pour l'individu, est la bienfaitrice de la race. C'est elle qui par sa destruction impitoyable des plus faibles, vient balancer constamment les variations défavorables à l'espèce, et maintient celle-ci au niveau normal. Mais par la lutte que nous avons engagée contre elle, nous l'empêchons d'accomplir son rôle de souveraine régulatrice. [...] Voilà le danger. L'Eugénique, voudrait nous apporter les moyens d'appliquer le remède en connaissance de cause. »⁷⁰⁰

Un tel programme n'était évidemment pas sans susciter quelques réactions parmi les membres de la Société⁷⁰¹; le procès-verbal de cette Assemblée générale se terminait par une note de Paul-Louis Ladame, inquiet de ces nouvelles conceptions de l'hérédité alcoolique, énumérant les personnes qui avaient pris part en Angleterre dès 1911 à la polémique soulevée par les résultats de Pearson.

En résumé, les pasteurs étaient plutôt favorables à l'eugénisme qu'ils imaginaient peut-être comme une forme renouvelée de l'action hygiéniste qu'ils connaissaient bien. Toutefois, il leur était sans doute difficile d'accepter la stricte logique de l'eugénisme pearsonien et d'admettre que leur action antialcoolique, en prolongeant la vie des buveurs et en leur permettant de se reproduire, pouvait être carrément nuisible à la race. Les médecins concernés par l'aliénisme, quant à eux, manquaient d'enthousiasme: Paul-Louis Ladame, vraisemblablement plus proche de l'eugénisme français basé sur l'influence du milieu que de l'eugénisme héréditariste anglo-saxon, craignait la capitulation des élites face à l'alcoolisme; Papadaki, psychiatre privé, se montrait très prudent et Victor Demole, alors médecin assistant à Bel-Air, se contentait d'une formule qui ne l'engageait guère.

⁶⁹⁹ *Ibidem*, pp. 20-21.

⁷⁰⁰ *Ibidem*, p. 23.

⁷⁰¹ Ces réactions sont consignées dans le « Procès-verbal de la VIII^e Assemblée générale de la Société genevoise de patronage des aliénés », *Société genevoise de patronage des aliénés*, Genève, Kündig, 1913, pp. 26-29.

En cette période où la dégénérescence de la race n'était pas une idée en l'air, la conférence d'Edouard Claparède sur l'eugénisme et la discussion qui la suivait étaient évidemment placées sous le signe de la question sociale de l'alcoolisme. Les bases de l'eugénisme classique en train de se mettre en place étaient néanmoins abordées: l'omnipotence de l'hérédité, la non hérédité des caractères acquis, la sélection naturelle contrariée et la nécessité de pallier le défaut de cette dernière. Edouard Claparède ne manqua pas de parler de l'option de la stérilisation des malades mentaux, sur laquelle on reviendra.

Dans une conférence donnée en 1918 au sein de la Société genevoise de patronage des aliénés, Henri Flournoy, formé en psychiatrie, alors privat-docent de psychopathologie à l'Université de Genève et qui contribua par la suite à faire connaître la psychanalyse à Genève, revenait sur le problème de l'hérédité de l'alcoolisme⁷⁰². L'orateur traitait de deux aspects fondamentaux de l'hérédité alcoolique: l'intoxication du germe et la dégénérescence.

L'intoxication du germe, si elle avait bien des conséquences funestes sur les enfants, ne pouvait être assimilée à la transmission héréditaire d'une tare. Elle était décrite comme « une cause nuisible agissant directement sur les cellules initiales de l'être nouveau. Ce phénomène, qui n'a que les apparences de l'hérédité, avait été désigné par le Dr Ladame (1912) sous le nom de "blastotoxie", c'est-à-dire intoxication du germe; il est voisin de celui qui avait reçu du Dr Forel le nom de "blastophthorie" ou destruction du germe »⁷⁰³.

Avec la dégénérescence des familles d'alcooliques se posait alors la fameuse question déjà abordée par Claparède: l'alcoolisme était-il une cause de la dégénérescence ou était-il simplement une des manifestations de celle-ci? Henri Flournoy préférait renoncer à la première solution car, si l'alcoolisme était capable de créer des tares qui allaient se léguer du père au fils, il fallait souscrire à l'existence de l'hérédité des caractères acquis.

*« En résumé, nous basant sur les travaux cités plus haut [ceux de Pearson en particulier], nous dirons que ce ne sont pas les troubles multiples provoqués chez un individu par l'abus de l'alcool qui se transmettent, mais uniquement les tendances dégénératives de sa souche. »*⁷⁰⁴

Une telle vision ouvrait évidemment la porte à des idées eugénistes. Ne pourrait-on considérer que l'alcoolisme rend d'éminents services à la Société en décimant des lignées entières de dégénérés?

*« Je ne le crois pas. Pour faire disparaître les tarés, c'est à d'autres procédés de sélection, moins sauvages et mieux contrôlables, qu'il faudra s'adresser. Soumettre les alcooliques – dont les excès démontrent la dégénérescence plus qu'ils ne la créent – à des mesures à la fois médicales et légales pour éviter qu'ils se reproduisent, voilà la tâche ardue sur laquelle M. Claparède insistait si justement, et qui aura pour but d'améliorer la race. »*⁷⁰⁵

⁷⁰² FLOURNOY 1918.

⁷⁰³ *Ibidem*, p. 21.

⁷⁰⁴ *Ibidem*, p. 28.

⁷⁰⁵ *Ibidem*, pp. 29-30.

Henri Flournoy avait auparavant affirmé toujours croire à l'efficacité de la lutte antialcoolique traditionnelle au niveau individuel, mais l'avenir semblait plutôt appartenir aux mesures qui interviendraient directement sur la lignée des alcooliques, au niveau social. Il démontrait en fait ici à quel point la lutte contre l'alcoolisme et la peur de la dégénérescence de l'espèce humaine étaient intimement liés au développement de l'eugénisme.

Outre les conférences données dans le cadre de la Société genevoise de patronage des aliénés, les rapports d'activité pouvaient amener des membres à afficher leurs opinions sur le rôle social de la Société. En 1918, Alice Descœudres, institutrice dans les classes spéciales, lut le premier rapport⁷⁰⁶ concernant les activités de la Commission de patronage des enfants anormaux, l'une des branches de la Société. Après avoir affirmé la nécessité d'assurer une continuité au travail pédagogique des classes spéciales en trouvant des places de travail pour ces élèves, la rapporteuse allait encore plus loin en se préoccupant de leur descendance.

«De récents travaux, ceux de H.-H. Goddard⁷⁰⁷ en Amérique, tout particulièrement, ont montré combien triste est la descendance des débiles mentaux, de quel poids elle pèse sur la société, et combien elle contribue à la dégénérescence de la race. [...] C'est donc un devoir urgent pour la Société d'intervenir par tous les moyens possibles pour les empêcher de procréer. Il y a là toute une éducation des jeunes gens et de leurs parents à tenter et nous ne devons pas y rester étrangers.»⁷⁰⁸

Toutefois, Alice Descœudres ne poursuivit pas dans cette voie: de 1919 à 1933, les rapports annuels de la Commission de patronage des enfants anormaux ne font pas état de démarches en vue d'entreprendre des mesures eugénistes à l'égard des adolescents sortant des "classes spéciales". Les préférences de la Commission allaient plutôt au placement et à la surveillance des handicapés mentaux.

En 1934, on trouve une dernière mention concernant une présentation publique de thèses eugénistes lors d'assemblées de la Société genevoise de patronage des aliénés (Société genevoise de prophylaxie mentale et de patronage depuis 1926), soit une conférence de François Naville, professeur de médecine légale depuis 1925, intitulée «L'eugénique et les troubles mentaux». Le sujet de la conférence n'était vraisemblablement plus très prisé: «Il est très regrettable que 24 personnes seulement l'aient entendue⁷⁰⁹». L'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 1934 de la très rigoureuse loi allemande sur la stérilisation des personnes atteintes de maladies héréditaires⁷¹⁰ avait probablement contribué à inciter à la prudence les élites genevoises.

Après l'intérêt de la nouveauté décelable durant les années 1910, l'eugénisme a peu à peu disparu des discussions au sein de la Société. Les psychiatres genevois,

⁷⁰⁶ DESCŒUDRES 1918.

⁷⁰⁷ Psychologue américain qui travailla beaucoup, à partir de tests d'intelligence, sur l'arriération mentale dont il s'attacha à prouver l'hérédité.

⁷⁰⁸ DESCŒUDRES 1918, pp. 17-18.

⁷⁰⁹ Procès-verbal manuscrit de l'Assemblée générale du 20 avril 1934.

⁷¹⁰ «Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933».

très présents dans le Comité de la Société tout au long de son histoire, n'ont finalement que très épisodiquement traité de l'eugénisme dans ce cadre associatif.

Quant à la Société genevoise de patronage des aliénés, elle n'a jamais réellement œuvré en faveur de la propagation de l'eugénisme ou de mesures eugénistes, même si certains membres ont été passagèrement tentés de s'engager dans cette voie. L'hygiène mentale semble avoir rapidement remplacé l'eugénisme dans le cœur des membres de la Société. Ce mouvement est né aux Etats-Unis à la fin des années 1900 et s'est répandu ensuite en Europe où il devint important dès les années 1920. Edouard Claparède, par exemple, définissait l'hygiène mentale comme « la science qui a pour objet la lutte contre tout ce qui abaisse les fonctions mentales et diminue ainsi le rendement moral et social de l'humanité. C'est donc une science avant tout prophylactique, qui cherche à préserver l'individu normal de la psychopathie, qui cherche aussi à aider le prédisposé et l'anormal à conserver leur équilibre »⁷¹¹.

En 1927, la Société suisse de psychiatrie fonda une Commission spéciale, nommée Comité national suisse d'hygiène mentale, qui allait se charger de diffuser les idéaux du mouvement en Suisse⁷¹². Or si, pour certains auteurs (Henri Preisig et Hans Steck), il était clair que les mesures eugénistes constituaient un des piliers de l'hygiène mentale, pour d'autres, comme Henri Bersot par exemple, l'un des principaux ténors du mouvement en Suisse romande, l'hygiène mentale pouvait fort bien se passer de mesures opérant sur l'hérédité au profit d'interventions sur le milieu. En fin de compte, il est probable que cette dernière tendance a prévalu au sein de la Société genevoise de patronage des aliénés.

Paul-Louis Ladame

Nous devons remonter avec Paul-Louis Ladame à la fin du XIX^e siècle. Devançant de plus d'une décennie la naissance de l'hygiène mentale aux Etats-Unis, celui-ci écrivit en 1892 un long article⁷¹³ intitulé « De l'hygiène morale ». Sans doute il n'y faisait ni mention du mot « eugénisme » ni de la stérilisation des aliénés, mais sa conception des influences respectives de l'hérédité et du milieu laissaient augurer que, plus tard, il se rapprocherait plutôt de l'eugénisme néo-lamarckiste que de l'eugénisme galtonien.

« Une foule d'observations démontrent qu'une éducation physique et morale forte et éclairée triomphe toujours des plus mauvais germes héréditaires, de sorte qu'en tenant compte des résultats de la bonne éducation on pourrait soutenir ce paradoxe que "jamais l'hérédité n'est une cause de maladie mentale". Il est vrai que par elle-même l'hérédité n'est jamais la cause d'une maladie quelconque. Elle fournit sans doute un terrain favorable, où les vraies causes morbides qui s'atta-

⁷¹¹ CLAPAREDE 1927 (critique bibliographique).

⁷¹² « Statuts du Comité National Suisse d'Hygiène Mentale », *Société suisse de psychiatrie*, Zürich, Orell Füssli, 1928, p. 54.

⁷¹³ LADAME 1892.

quent à l'organisme ne rencontreront que peu de résistance, mais elle n'a jamais le pouvoir de développer spontanément une maladie. Hérité n'est point fatalité. Je sais bien que pour une certaine école⁷¹⁴ la responsabilité de l'homme n'existe pas. On ne peut rendre responsable une cellule, dit-on. Or, c'est le travail physiologique des cellules de la substance grise du cerveau qui constitue toute la vie intellectuelle et morale de l'homme. Donc l'homme n'est pas responsable. Voilà le raisonnement, et voici ce qu'il signifie: le cerveau est une machine perfectionnée qui fonctionne aveuglément et fatalement, suivant des lois inflexibles et brutales, transmises de génération en génération par une hérédité inéluctable. [...].

«Nous venons au monde avec un cerveau préparé par une longue suite de générations qui nous ont transmis des goûts, des tendances, des aptitudes, où chaque génération a laissé sa trace; c'est là un héritage que nous ne pouvons répudier, il est vrai, mais que nous ne léguons jamais intact à nos descendants.

Nous modifions chaque jour la situation que nous a faite l'hérédité, et nous transmettons, à notre tour, à nos descendants, un héritage physique et moral qui n'est jamais identique à celui que nous avons reçu. Nous l'avons amélioré, ou, au contraire, nous le laissons amoindri et détérioré.»⁷¹⁵

On ne peut plus clairement affirmer sa confiance en l'influence du milieu sur la descendance par le fait de l'hérédité des caractères acquis. Il est clair que pour Paul-Louis Ladame, pétri de sa foi en l'importance du rôle de l'éducation, il ne devait pas être facile en 1913, lors de l'Assemblée générale de la Société genevoise de patronage des aliénés, de voir affirmer l'omnipotence de l'hérédité. De jeunes psychiatres (Paul-Louis Ladame était né en 1842) allaient être confrontés à la nécessité de choisir leur camp en matière d'hérédité des maladies mentales.

Maurice Lamunière

Maurice Lamunière, médecin à l'Asile de Bel-Air, justifiait, dans sa thèse⁷¹⁶ publiée en 1909, les recherches dans le domaine de l'hérédité des maladies mentales:

«La valeur de l'hérédité comme facteur étiologique a été observée et est considérée comme une vérité incontestée.

C'est dans le domaine des maladies mentales, spécialement, que l'on a vu des familles receler cette tare fatale.

Les constatations faites par des laïcs sont venues s'ajouter aux observations des médecins, pour répandre dans la masse cette croyance à l'hérédité mentale.

⁷¹⁴ L'auteur veut sans doute parler de l'école lombrosienne d'anthropologie criminelle qu'il connaissait bien, ayant étudié cette matière en plus de la neurologie et de la psychiatrie.

⁷¹⁵ LADAME 1892, pp. 559-560.

⁷¹⁶ LAMUNIERE 1909.

Nous nous y attachons avec d'autant plus de force que nous devons avouer l'ignorance dans laquelle nous sommes au sujet des causes de ces maladies. [...]

La question de l'hérédité est intéressante au point de vue scientifique; dans la pratique, il arrive que des familles indécises demandent si tel ou tel mariage est possible? [...] Est-il du devoir du médecin de faire tous ses efforts pour empêcher une pareille union?

La réponse sera oui, s'il est établi que la fatalité viendra accabler les rejetons de cette nouvelle famille. Mais, si nous avons confiance dans le pouvoir régénérateur de l'un des éléments, si les conséquences ne sont pas aussi absolues, quels seront les facteurs qui fourniront une base pour analyser tel ou tel cas et permettre de conclure en faveur de ce mariage, ou au contraire à la probabilité d'un résultat néfaste pour la descendance?»⁷¹⁷

Afin de parvenir au but fixé, un conseil matrimonial adéquat, Maurice Lamunière utilisait la méthode statistique et tentait de déterminer «l'importance de l'hérédité directe⁷¹⁸ pour les malades traités à l'asile». Il était ainsi en mesure de conclure que «l'hérédité directe se rencontre chez le quart au moins de nos aliénés»⁷¹⁹.

Il est intéressant de voir que c'est en partant de la pratique, les demandes de parents ou de futurs parents inquiets, que l'auteur prétend en arriver à conseiller le renoncement à certains mariages, sans même avoir à justifier sa démarche par la théorie eugénique. La crainte de la dégénérescence, de l'hérédoolcoolisme, de l'hérédité en général créaient, selon Lamunière du moins, un climat favorable à l'éclosion d'une sorte de conscience eugénique populaire.

Victor Demole

En 1914, Victor Demole, médecin assistant à l'Asile de Bel-Air lui aussi, faisait paraître dans les célèbres *Annales médico-psychologiques* un article consacré au même sujet⁷²⁰. Rompant avec le discours dominant qui postulait l'évidence de l'hérédité des maladies mentales, l'auteur en appelait à la prudence en ce domaine.

«Il importe de faire de nombreuses restrictions, car si l'hérédité paraît manifeste, elle est cependant loin d'être absolue; et encore, il suffit de pousser jusqu'aux chiffres, de consulter les statistiques, pour verser aussitôt dans le scepticisme, car les résultats de tous ces savants travaux varient dans des proportions fantastiques: 4 à 90 pour 100.»⁷²¹

⁷¹⁷ *Ibidem*, pp. 5-6.

⁷¹⁸ Hérité directe: les facteurs incriminés, (maladie mentale, alcoolisme, etc.) se transmettent de parents à enfants. Si ces facteurs sont transmis de grands-parents à enfants, on parle d'hérédité indirecte et si ces facteurs se rencontrent dans les branches latérales, on parle d'hérédité collatérale.

⁷¹⁹ LAMUNIERE 1909, p. 56.

⁷²⁰ DEMOLE 1914.

⁷²¹ *Ibidem*, p. 417.

Le constat était clair; bien que flagrante en apparence, l'hérédité des maladies mentales ne reposait pas sur des données biologiques avérées. Mais il ne s'agissait pas pour Victor Demole de nier le phénomène: «Nous sommes convaincus qu'un déterminisme rigoureux régit la distribution des caractères, mais nous ignorons les lois de cette répartition»⁷²². Aussi importait-il de faire preuve de circonspection, en particulier face aux études statistiques.

Un article⁷²³ daté de 1925 montre cependant que les conceptions de Victor Demole avaient évolué en une décennie vers une plus grande préoccupation relative à l'hérédité, basée principalement sur les notions de prédisposition et de constitution. Les recherches sur l'hérédité avaient montré que certaines familles formaient des souches de démence précoce et de psychose maniaque dépressive, mais ces affections mentales paraissaient «être des variations dans l'intensité et la fréquence de certains caractères très généralement répandus dans la population».

«L'important quant à l'eugénique, à la santé de la race, c'est de connaître les conditions qui exaltent ces traits pathologiques contenus en puissance dans l'individu normal. Entre plusieurs il est deux conditions capitales: premièrement l'intoxication chronique par les toxiques (le plomb par exemple) et l'alcool surtout, si répandu en Suisse; deuxièmement la consanguinité dans les familles à tendance dégénérative.»⁷²⁴

Victor Demole pouvait alors énumérer les mesures⁷²⁵ qui s'imposaient dans le domaine de la «prophylaxie individuelle et sociale». En premier lieu apparaissaient la «castration et la stérilisation de certains aliénés», qui seront abordées plus loin. Deuxièmement, l'auteur indiquait l'«avortement des femmes aliénées». Selon lui, «dans ce domaine il vaut mieux risquer de pécher par excès que par défaut; ceci dans les limites médico-légales nécessaires». La troisième mesure se rapportait à la «mise à mort des incurables» que Victor Demole qualifiait de «procédé spartiate qui répugne trop à nos coutumes humanitaires pour qu'il soit utile de le discuter». Ensuite venait l'«interdiction de mariage aux aliénés. Cette interdiction est prévue par l'article 97 du Code civil suisse, qui proscriit formellement ce mariage. Malheureusement l'application de la loi se heurte à des difficultés pratiques; nombre d'aliénés se marient en dépit de la tutelle; et c'est regrettable, car leur descendance souvent tarée tombe à charge de la société». La cinquième mesure concernait le «problème de l'immigration et de l'émigration [...]. Nombreux sont les éléments excellents qui quittent notre pays et les individus tarés qui s'y établissent. Ici les Etats-Unis d'Amérique nous montrent le chemin; actuellement ils exigent des immigrants un certificat de santé physique et mentale. Evidemment nous aurions avantage à imiter cet exemple; mais l'inertie de nos autorités paraît difficile à vaincre.»

Si Victor Demole préconisait l'application de toutes les mesures d'eugénisme négatif à disposition, hormis l'euthanasie des incurables, il ne niait cependant pas

⁷²² *Ibidem*, p. 429.

⁷²³ DEMOLE 1925.

⁷²⁴ *Ibidem*, p. 600.

⁷²⁵ *Ibidem*, pp. 600-602.

l'utilité des mesures positives, telles que la lutte contre l'alcoolisme, la création de policliniques psychiatriques, le développement du patronage des aliénés et de la psychiatrie elle-même. Cette offensive sur deux fronts s'expliquait fort bien par le fait que, dans la doctrine des prédispositions, dite également diathèse, les pathologies héréditaires naissaient de l'action conjuguée de causes prédisposantes ou déterminantes, inhérentes à la constitution de l'individu, et de causes occasionnelles, appartenant au milieu.

Si l'on peut reconnaître à cet eugénisme basé sur les prédispositions le mérite d'intégrer des aspects de l'eugénisme positif à la française, il n'en demeure pas moins que Demole n'hésite pas à reprendre en conclusion les thèses classiques des eugénistes férus de génétique mendélienne :

« Il est temps d'appliquer quelques principes de sélection à l'homme. L'individu anormal est une menace pour l'intégrité de la race; s'il procréé, c'est à son image; et son image c'est celle du malheur. Le dégénéré n'a pas le droit d'infliger sa souffrance à d'autres êtres vivants, il n'a pas le droit de se reproduire. »⁷²⁶

Victor Demole apparaît ainsi comme l'un des psychiatres genevois qui a intégré le plus complètement les divers aspects de l'eugénisme, tout en présentant un cadre théorique original à sa mise en œuvre. Toutefois, les mesures d'eugénisme négatif qu'il préconisait n'ont pas été concrétisées à Genève; Victor Demole lui-même ne devait semble-t-il pas revenir sur le sujet.

Henri Flournoy

Henri Flournoy, qui avait donné une conférence sur l'hérédité de l'alcoolisme à l'Assemblée générale de la Société genevoise de patronage des aliénés de 1918, devait confirmer plus tard les premières idées eugénistes qu'il y avait émises.

En 1927, dans « La psychiatrie; sa place et son importance dans l'art médical »⁷²⁷, Henri Flournoy se proposait de montrer que le psychiatre ne se contentait pas de poser des diagnostics et de faire interner des aliénés. Il y affirmait quels profits la psychiatrie avait tiré et pouvait encore tirer des progrès réalisés en psychologie, en psychopathologie et en neurologie. Il rappelait aussi que la psychiatrie avait un rôle à jouer sur le plan social, dans la lutte contre l'alcoolisme par exemple. En outre, « les problèmes de l'hérédité ont donné lieu [...] à un ensemble de travaux qui pourront avoir, une fois ou l'autre, en dehors de leur valeur intrinsèque, des conséquences sociales; car ils touchent de près à cet autre problème plus général, celui de l'eugénique ou amélioration de la race, dont l'étude est entrée dans une ère scientifique grâce aux recherches qui se poursuivent au laboratoire créé à l'Université de Londres par Francis Galton »⁷²⁸. L'auteur ne manquait pas de men-

⁷²⁶ *Ibidem*, 1925, p. 610.

⁷²⁷ FLOURNOY 1927.

⁷²⁸ *Ibidem*, p. 88.

tionner, sans les détailler néanmoins, quelles mesures étaient inspirées de ces travaux sur l'hérédité. Sa liste est d'ailleurs comparable à celle de Victor Demole et il ajoutait que « cette série de questions qui concernent [...] l'hygiène et la santé de la race » n'avaient pas encore reçu à Genève « de solutions pratiques satisfaisantes »⁷²⁹.

Henri Flournoy expliquait dans un autre article⁷³⁰ comment la problématique de l'hérédité s'intégrait dans celle de l'hygiène mentale. Il se basait sur la notion de constitution qui dominait alors la psychiatrie depuis plus de vingt ans et qu'il définissait comme « l'organisation particulière de l'individu dans ce qu'elle a de relativement stable et permanent »⁷³¹. Quant à l'hygiène mentale, il considérait qu'elle comportait essentiellement trois tâches : « Lutte contre l'alcoolisme, lutte contre les maladies vénériennes, problèmes d'éducation (ce dernier terme étant pris dans son sens large : éducation des anormaux, enfants ou adultes, rééducation des psychopathes, etc.) »⁷³².

*« Les facteurs constitutionnels et héréditaires n'excluent pas des possibilités d'action dans certaines limites. Ces limites sont très élastiques lorsque le sujet a hérité de ses parents non pas un trouble défini, mais une simple prédisposition. Il faut qu'il sache, il faut lui enseigner qu'il doit mener lui-même une existence d'autant plus régulière, en observant les prescriptions d'hygiène et de sobriété voulues ; ainsi il contrebalancera dans une large mesure les tares pernicieuses qui lui ont été transmises, et se maintiendra probablement toute sa vie à l'abri d'accidents plus graves. Il ne saurait être question de donner ici des conseils plus précis. Seule l'étude approfondie de chaque cas particulier, pour laquelle une collaboration médico-pédagogique est indispensable, indiquera dans quelles limites l'action thérapeutique et prophylactique est possible. »*⁷³³

Mais que faire lorsque les « limites de l'action thérapeutique et prophylactique » étaient trop étroites pour qu'on puisse espérer une action efficace ? « L'eugénique, cette science qui se base sur les lois de l'hérédité et poursuit l'amélioration de la race, » permettait de « justifier des moyens de protection sociale contre l'hérédité morbide »⁷³⁴. Il décrivait ensuite les quatre méthodes qui entraient en ligne de compte afin d'empêcher la reproduction des individus dont la constitution ne laissait pas d'espoir à la thérapie :

« 1) L'internement. D'habitude le séjour dans un établissement fermé, clinique asile, colonie, prison a lieu pour des raisons médicales ou des raisons pénales. Priver une personne de sa liberté uniquement pour l'empêcher de procréer, est une meure qui trouverait peu de partisans. Lorsqu'il s'agit d'individus gravement malades (démonts, grands débiles, délirants chroniques, etc.), leur

⁷²⁹ *Ibidem*, p. 88.

⁷³⁰ FLOURNOY 1933.

⁷³¹ *Ibidem*, p. 41.

⁷³² FLOURNOY 1933, p. 43.

⁷³³ *Ibidem*, p. 47.

⁷³⁴ *Ibidem*, p. 48.

internement s'impose pour les protéger eux-mêmes ainsi que leur entourage. Le but eugénique est atteint du même coup.

2) L'avortement. *Sur cette question, les textes de lois, aussi bien que les opinions individuelles, varient dans la plus large mesure. L'avortement médical est en général admis ou toléré quand la grossesse implique un grave danger pour la santé de la mère. Au point de vue strictement eugénique, il ne pourrait être pris en considération, me semble-t-il, que dans les cas exceptionnels où l'on dispose d'indications très précises relatives à l'hérédité. Il ne suffit pas qu'un enfant soit présumé taré pour qu'on l'empêche de naître. Abstraction faite de toute autre considération, une telle mesure ne tarderait pas, si elle entraînait dans les mœurs, à créer une atmosphère psychologique plus nuisible que bienfaisante pour l'équilibre mental de la population.*

3) La stérilisation. *[Voir plus loin].*

4) La propagande eugénique. *Je réunis sous ce chef les mesures qui ne touchent ni à la liberté ni à l'intégrité corporelle de l'individu. Il faut citer notamment la création, en certains centres, de "bureaux d'eugénique" où sont donnés les renseignements sur les questions d'hérédité, les moyens préservatifs contre la conception, l'hygiène sexuelle, etc. L'examen médical prénuptial rend des services à la prophylaxie mentale, ainsi que les conseils sur l'opportunité du mariage chez certaines personnes à hérédité chargée ou souffrant elles-mêmes de troubles psychopathiques légers. De telles mesures pourraient être répandues sur une vaste échelle sans heurter l'opinion publique. Mais elles sont beaucoup moins radicales que les trois précédentes, par conséquent peu efficaces... Nul n'est tenu de suivre un conseil, si bon soit-il !»⁷³⁵*

Henri Flournoy, après Victor Demole, est un autre psychiatre genevois qui a développé une forme de programme eugéniste. Mais la comparaison entre ces deux auteurs révèle des divergences, le programme de Victor Demole étant plus radical et plus étendu. Flournoy est plus modéré, notamment à l'égard de l'avortement eugénique dont il redoutait la banalisation.

Le cas d'Henri Flournoy illustre d'ailleurs fort bien la diversité des aspects médicaux, philosophiques et religieux qui pouvaient influencer sur les choix d'un psychiatre genevois durant l'entre-deux-guerres. Protestant convaincu, pionnier de la psychanalyse à Genève, Henri Flournoy n'en était pas moins eugéniste car il était, comme nombre de ses collègues psychiatres et médecins, éminemment convaincu de l'importance de son devoir social. Il fut du reste le président de la Société suisse de psychiatrie qui eut à justifier, face à Eugène Minkowski, l'intervention de Ernst Rüdin consacrée à la loi allemande de 1933 sur la stérilisation⁷³⁶, lors de la 85^e séance de cette Société⁷³⁷. Le 6 novembre 1934, Henri Flournoy écrivait ainsi à Minkowski :

⁷³⁵ *Ibidem*, pp. 48-49.

⁷³⁶ « Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 », entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1934.

⁷³⁷ L'échange de lettres qu'avait suscité cet événement a été présenté dans GASSER 2000.

« M. Le Prof. Rudin est une autorité incontestée au point de vue scientifique, et sa renommée à cet égard était bien antérieure au mouvement politique actuel; en outre il est, bien que domicilié à Munich, membre actif de notre Société-détail que vous ignorez peut-être. Ces deux points étaient suffisants, pour qu'une communication de lui puisse figurer sur notre programme sans paraître suspecte. [...]. Il va sans dire que toute déviation sur le terrain politique – soit dans l'exposé de M. Rudin, soit dans la discussion – aurait été inadmissible. En réalité, cette déviation n'a pas eu lieu. En définissant la nouvelle loi allemande, M. Rudin devait s'attendre, cela va sans dire, à ce qu'elle fût critiquée – soit au point de vue de son contenu, soit au point de vue des abus auxquels elle pourrait donner lieu. La critique s'est en effet exercée, comme c'était son droit – et tout cela s'est fait de la manière la plus correcte et la plus scientifique. M. Votre frère [M. Minkowski, neurologue], entre autres, a présenté une admirable critique, dans un exposé qui a été très écouté, et a fait une grande impression. En ce qui me concerne (et cela doit être le cas de nombreux auditeurs) je ne regrette ni l'exposé de M. Rudin, ni la discussion à laquelle il a donné lieu. Nous sommes mieux renseignés maintenant, sans avoir été soumis à aucune influence "tendancieuse". Mais j'insiste encore sur le fait que tout cela s'est passé très correctement ».⁷³⁸

En tant que psychiatre suisse, Henri Flournoy se voulait neutre face à la polémique qui opposait, au-delà des personnalités de Minkowski et de Rüdin, au-delà de leurs conceptions de la psychiatrie ou de l'eugénisme, deux visions politiques du monde. Cette neutralité devait selon lui permettre aux différentes tendances de s'exprimer afin que les psychiatres suisses puissent se forger leur opinion.

Les abus auxquels a effectivement conduit la loi allemande de 1933 et les manifestations toujours plus évidentes du caractère totalitaire du régime nazi devaient rapidement amener la majorité des psychiatres suisses à comprendre que les eugénistes allemands étaient engagés dans une voie plus radicale qu'ils ne l'imaginaient. Cette année 1934 marque du reste, selon nos recherches bibliographiques, la fin des prises de position favorables à l'eugénisme de Henri Flournoy.

Scientifiques genevois et eugénisme

Si le rôle des psychiatres dans la propagation de l'eugénisme en Suisse est incontestable, celui qu'ont pu jouer les biologistes, les psychologues ou les anthropologues est moins étudié; pour ce qui concerne Genève en tout cas, ils ont aussi participé à la diffusion des thèses eugénistes.

Contrairement aux psychiatres qui semblent avoir perdu tout intérêt pour l'eugénisme dès le milieu des années 1930, d'autres scientifiques, comme certains biologistes, y sont demeurés attachés jusqu'aux années 1950. L'étude des rapports entre les scientifiques genevois et l'eugénisme se déroule ainsi sur une période assez étendue et est marquée par la diversité des personnes impliquées⁷³⁹.

⁷³⁸ Lettre reproduite dans GÄSSER 2000, pp. 12-13.

⁷³⁹ Nous abordons séparément les différentes disciplines concernées qui sont présentées arbitrairement de manière alphabétique.

*Anthropologie***Eugène Pittard**

Le discours eugéniste des anthropologues repose à Genève essentiellement sur le plus célèbre d'entre eux, le professeur Eugène Pittard, qui y a développé l'anthropologie physique dès la fin du XIX^e siècle. Encore ne s'agit-il pas d'un discours scientifique élaboré mais plutôt de prises de position favorables à l'eugénisme.

Il n'est peut-être pas inutile de voir d'abord quelle était l'attitude de Pittard face à certaines dérives racistes alors communes dans le discours anthropologique :

« Je ne veux pas me laisser entraîner dans une discussion au sujet des prétendues relations de cause à effet, entre les succès politiques et sociaux d'un pays, ou d'un groupe, et le type humain – en l'espèce qualifié d'Homo Europoeus – qui en serait l'auteur. Cet Homo, on le sent, n'est autre chose que le type Nordique ou Germanique de la plupart des classifications actuelles ! Il faudrait beaucoup de pages pour une telle controverse. Mais je prie les lecteurs de me croire: les arguments ne manquent pas pour protester contre de semblables assimilations. »⁷⁴⁰

Ne partageant aucunement les vues des idéologues racistes aryens, Eugène Pittard critiquait également vertement les tenants de l'influence primordiale du milieu sur la formation des races humaines :

« Les abus que l'on a faits, en utilisant les influences du milieu physique comme le déterminant principal des variations constatées parmi les hommes, nous montrent encore une autre tentative d'explication facile, une application de la loi du moindre effort. Que n'a-t-on pas solennellement affirmé ? Avec quelles assurances on a cherché à nous convaincre que le milieu était tout, que les hommes étaient des êtres éminemment plastiques, subissant, sans protester, toutes ses influences ! »⁷⁴¹

Ces remarques valables pour ce qui concernait l'histoire de la formation des races n'étaient pas sans retentir sur des questions plus actuelles. En effet, « de toutes les espèces, l'homme est celle qui a le plus de moyens d'échapper, non pas aux milieux – dans lesquels il est obligé d'être – mais aux actions de ceux-ci ». Or, si l'homme a la faculté de se soustraire aux influences des milieux, comment ne pas penser qu'il a également le pouvoir de diriger son hérédité ?

A la fin des années 1920, Eugène Pittard avait complètement intégré les principes eugénistes. Il écrivait une critique très élogieuse du petit ouvrage de Léonard Darwin⁷⁴² :

« Le major Léonard Darwin, président honoraire de l'International Federation of Eugenics organizations, qui a voué le principal de son activité à

⁷⁴⁰ PITTARD 1924, p. 25.

⁷⁴¹ *Ibidem*, p. 18.

⁷⁴² PITTARD 1928.

faire progresser dans le monde la notion d'une meilleure Humanité – d'une Humanité où la quantité céderait le pas à la qualité – a publié un petit volume de vulgarisation sur lequel nous désirons attirer l'attention du lecteur de cette Revue: What is Eugenics?

«D'une construction simple, accessible à tous, même aux moins préparés, cet ouvrage devrait être largement diffusé dans le monde, surtout dans celui où les directions préconisées par l'Eugénique n'ont pas encore trouvé le chemin d'une suffisante compréhension. [...] Il serait tout à fait désirable que le petit volume de L. Darwin soit traduit dans les diverses langues des pays latins. Il aiderait à faire comprendre aux populations de ces pays leur devoir social.»⁷⁴³

Eugène Pittard n'allait pas tardé à être exaucé, pour ce qui concerne la langue française du moins, car en 1931 paraissait une traduction du fameux ouvrage, dont il eut l'honneur d'être le préfacier. Oubliant la réserve et la prudence qui le caractérisaient dans les ouvrages d'anthropologie, notamment autour des questions de supériorité des races, Pittard se lançait résolument dans la bataille:

«Depuis longtemps, dans divers pays, surtout dans les pays anglo-saxons – peut-être parce qu'on y est plus imbu qu'ailleurs des doctrines de la sélection darwinienne – on se préoccupe [...] de créer une humanité meilleure, où la notion de qualité remplacerait autant que possible celle de quantité. [...].

«Par ailleurs, n'assistons-nous pas à un gaspillage effroyable des mérites humains, des dignités humaines? Un sentiment faussé d'égalité donne aux pires – dans tous les sens – des places égales à celles des meilleurs. Devant la marée montante des tarés de toutes sortes qui, année après année – les statistiques sont là pour le démontrer, hélas! – avancent un peu plus sur la plage occupée par les gens sains – sains à tous égards – ceux que préoccupent l'avenir de notre groupe [...] se demandent avec anxiété vers quel abîme s'en va l'humanité. Et ce n'est pas, parce que, semblables à l'autruche, certains hommes ne veulent pas voir la détérioration de la race, que celle-ci n'a pas lieu.

«L'Eugénique est l'application des lois biologiques au perfectionnement de l'espèce humaine. [...].

«Par un renversement de ce que devrait être une sélection efficiente, la Société donne ses plus grands efforts vers la conservation des types inférieurs. [...]. Les mêmes s'évertuent – et cela augmente singulièrement les impôts de tous les pays – à faire vivre – et triompher par leur active reproduction – les dégénérés physiques et psychiques de toutes sortes, les criminels, ceux qu'une bonne sélection devrait éliminer de toute reproduction. Partout on voit fleurir et prospérer des sociétés pour la conservation des déchets. [...].

«Pourquoi les législateurs, qui, à chaque instant, par toutes espèces de procédés, diminuent nos libertés, maintiennent-ils pleine et entière, aux pires d'entre nous, la liberté de créer les pires descendants, de fabriquer à chaque génération, des êtres nuisibles à leurs semblables? [...].

⁷⁴³ *Ibidem*, p. 274.

«Pour Léonard Darwin, l'éducation des masses [...] doit être à la base de la lutte entreprise. C'est donc tout d'abord une œuvre d'éducation, de pénétration, d'acceptation. Il ne s'agit pas encore de placer sur la table de l'état civil le glaive d'une obligation eugénique sans appel. Nos connaissances des lois de l'hérédité ne sont pas encore assez avancées, assez à l'abri des erreurs. On peut espérer, cependant, si les hommes oublient trop les obligations que leur impose la vie sociale, que nous arriverons un jour, pour le bien de tous, à les contraindre à la réflexion et à la sagesse. [...].

«En Suisse française de timides déclarations ont été prononcées par des sociétés scientifiques. Mais un fait énorme est survenu: le principe de l'élimination des inaptes a été admis par une législation cantonale, celle du canton de Vaud.

«Ces gestes, pour être vraiment efficaces en appellent d'autres [...]. Il faut d'abord conquérir les masses, celles qui créent les mœurs: les lois nouvelles ne feront qu'entériner cette transformation.»⁷⁴⁴

Cette préface présentait la quintessence du discours eugéniste vulgarisé. Véritable plaidoyer pour la science de Galton, ce texte appartient évidemment plus au discours politique qu'au discours scientifique ou médical développé par les psychiatres. Certains accents rappellent inévitablement un discours qui allait devenir très courant en Allemagne, pourtant il émanait d'un démocrate qui, en tant qu'anthropologue, refusait de cautionner le racisme aryen.

Biologie

Projet d'un Institut de génétique et d'eugénétique

Les biologistes genevois se sont intéressés à l'eugénisme dès le début des années 1920, lorsque la Société académique de Genève commanda à Robert Chodat, professeur de botanique et directeur de l'Institut botanique, un travail⁷⁴⁵ consacré à l'éventuelle création d'un Institut de génétique et d'eugénétique. L'auteur y présentait l'organisation et les buts d'une telle entreprise, non sans exposer auparavant la science de l'hérédité et, en particulier, ses applications sociales:

«L'hérédité n'est plus, comme autrefois, une prédestination capricieuse inéluctable, mais elle suit des lois définies et peut être en quelque sorte contrôlée.

«Le but final de la génétique c'est donc le contrôle de l'hérédité. [...].

«Il n'y a pas de génétique humaine qui ne se baserait pas sur les lois obtenues par la comparaison des résultats tirés de la botanique ou de la zoologie expérimentales.

⁷⁴⁴ «Préface», in DARWIN 1931, pp. I-VII.

⁷⁴⁵ CHODAT 1922.

«Les génétistes contemporains ont la prétention, qu'aucuns qualifieront d'orgueilleuse, de travailler à la réalisation d'une meilleure humanité.

«Ils vont même jusqu'à dire qu'ils sont les seuls, par leurs méthodes, qui soient capables de résoudre les problèmes les plus essentiels de la sociologie, celle de la formation d'une race plus apte, plus intelligente et meilleure.»⁷⁴⁶

La création d'un institut impliquait un véritable programme de recherche en génétique végétale et animale dont les résultats seraient utiles pour mettre au point des méthodes de sélection humaine. On est ici assez loin de mesures négatives s'adressant à une partie seulement de la population ; à la différence des psychiatres qui ne pouvaient exercer leur contrôle que sur une catégorie de personnes malades, certains biologistes nourrissaient l'espoir d'entreprendre l'amélioration de l'espèce humaine dans sa totalité.

Le texte de Chodat se prononçait essentiellement sur le principe de la fondation d'un Institut de génétique et d'eugénétique. L'année suivante, un second travail, anonyme⁷⁴⁷, dont on peut penser qu'il est l'œuvre de l'un ou plusieurs des biologistes de l'Université de Genève, reprenait la question d'un Institut en fournissant un cahier des charges précis. Les buts principaux assignés à l'Institut étaient les suivants :

«1° Constituer une centre d'informations et de recherches relatives à l'hérédité en général, à l'hérédité humaine et à l'influence des milieux.

«2° Analyser les facteurs biologiques des transformations des populations.

«3° Collaborer aux recherches sur l'hérédité et l'eugénique, et assurer le contact et la collaboration entre toutes les institutions et personnes intéressées à l'eugénique.»⁷⁴⁸

La réalisation de ce programme devait être assurée par les activités parallèles de 7 sections aux fonctions bien précises :

«Section I. Sciences sociales et pédagogiques. Vers une humanité plus apte.

La génétique, fondée sur l'observation comparée de faits précis, éclairée par les analogies biologiques et appuyée sur les connaissances actuelles en matière d'hérédité, est appelée à exercer une action déterminante dans le domaine des applications pédagogiques et sociales.

A. En éducation, la détermination des types génétiques (psychologiques) sera grandement facilitée par l'étude comparée des généalogies. Rattacher les éléments constituant le type d'un enfant donné aux caractéristiques qu'ont présentées ses ascendants, c'est être à même d'assurer à cet enfant une éducation appropriée, aussi bien à l'école que dans la famille. [...].

⁷⁴⁶ *Ibidem*, pp. 5-6.

⁷⁴⁷ *Pour la création à Genève d'un Institut de génétique et d'eugénétique*, Genève, 1923.

⁷⁴⁸ *Ibidem*, p. 1.

B. Dans l'orientation professionnelle [...].

C. En sociologie. – *Les problèmes de l'eugénisme et ceux de l'hygiène publique sont étroitement apparentés. Tout ce qui intéresse l'étude des actions et réactions entre l'individu et le milieu ambiant, tous les éléments qui contribuent à former ou à déformer les groupes sociaux [...] seront étudiés avec attention, car, en ces domaines, toute science théorique est susceptible de donner lieu à des applications pratiques d'une haute portée, non seulement économique, mais aussi politique, juridique et morale. [...].*

Section II. Anthropologie. Vers une humanité meilleure: la recherche de la qualité.

Les méthodes: *Etude des groupements humains; leur origine, leur constitution raciale, leurs transformations dans le temps [...].*

Anthropotechnie [...].

Le problème des races selon le point de vue eugénique. *Peut-on tenter une classification et, partant, envisager une hiérarchie? Existe-t-il des races inférieures? Le mélange des races: avantages et inconvénients sociaux. La natalité, l'acclimatement, etc., considérés selon les groupes ethniques.*

Dans les groupes européens, qui sont des complexes raciaux, déterminer, en vue d'une hérédité, les groupes ethniques socialement supérieurs. Le métissage à l'intérieur des groupes européens; leur nocivité ou leur utilité. [...]. La sélection humaine doit être le grand effort.

Section III. Sciences médicales. Vers une humanité plus saine.

Les lois de l'hérédité chez l'homme [...].

Hérédité des maladies, *des tares, des malformations, des altérations. Hérédité des maladies mentales, folie héréditaire; les lois de l'hérédité dans la maladie.*

Recherche des moyens de combattre ces hérédités; les connaître, c'est déjà en partie le moyen de lutter contre la propagation de ces tares qui constitue la plus grande entrave au développement de l'humanité; l'influence du médecin dans la famille peut être de toute importance sous ce rapport, en déconseillant, par exemple, certaines unions projetées avec des personnes dont l'ascendance comporte des malformés pathologiques héréditaires. [...].

Section IV. Sciences du droit. Vers une législation mieux en rapport avec les conditions héréditaires humaines.

Législation basée sur les données de la génétique et de l'eugénique: l'homme considéré non plus comme individu, mais comme descendant d'une lignée, comme appartenant à une race, comme pouvant participer des défauts, des tares, des erreurs de ses ascendants.

Législation pour régler les mélanges de races, les mariages consanguins, pour lutter contre la propagation des maladies et des tares héréditaires. [...].

Section V. Sciences historiques. La génétique comme auxiliaire des recherches historiques.

La génétique est aussi une des bases sur lesquelles doivent s'appuyer les sciences historiques. [...].

Section VI. Génétique animale et végétale. La connaissance exacte de la génétique chez les animaux et les plantes est indispensable à l'eugénique humaine.

[...]. Vers un rendement agricole et rural meilleur. [...].

Section VII. Bureau de centralisation

et de récapitulation des documents concernant l'hérédité et l'eugénique et permettant de réaliser le programme ci-dessus. Fichiers. Bibliothèques. Réunions inter-sections.»⁷⁴⁹

Plus ambitieux encore que celui du professeur Chodat, ce programme postulait non seulement la nécessité de l'amélioration de l'humanité, mais sa réalisation impliquait également la subordination des autres sciences à la discipline reine, la génétique. Dans cette perspective, il ne suffisait plus de promouvoir la seule génétique, toutes les sciences devaient œuvrer de concert à la création d'une nouvelle humanité.

Il est frappant de voir comment, à peine était-elle née, la génétique éveillait les espoirs et suscitait les projets les plus extravagants. L'Institut genevois imaginé dans les années 1920 ne verra pas le jour; il est difficile de savoir pourquoi, mais il est probable que, malgré l'appui de la Société académique de Genève, le projet n'a pas rencontré l'approbation des politiques. On peut penser aussi qu'il a pu soulever de sérieuses contestations parmi les scientifiques non biologistes qui refusaient de se plier à l'hégémonie de la génétique.

Emile Guyénot

Emile Guyénot, généticien français nommé à l'Université de Genève, mentionnait l'existence de l'eugénisme dans un ouvrage⁷⁵⁰ de vulgarisation sur l'hérédité publié en 1924. L'auteur était peu réceptif à la doctrine de la prédisposition chère aux psychiatres et il était convaincu du bien-fondé de la génétique mendélienne; cela l'avait du reste poussé à quitter la France, fief du néo-lamarckisme, où l'on ne tolérait pas une science de l'hérédité qui n'intégrait pas l'hérédité des caractères acquis. Sans se placer parmi les zéloteurs de l'eugénisme, Emile Guyénot expliquait que les progrès de la génétique avaient permis de mieux comprendre le mécanisme de nombreuses maladies héréditaires, offrant à l'homme des possibilités nouvelles:

⁷⁴⁹ *Ibidem*, pp. 2-9.

⁷⁵⁰ GUYENOT 1924.

«Devant les progrès de la science de l'hérédité, beaucoup d'hommes, ayant voué leur activité à l'amélioration de la race humaine, ont jeté les bases d'une science nouvelle, l'Eugénique, qui se propose, entre autres choses, d'éliminer, par un contrôle judicieux des unions, certaines de ces maladies héréditaires qui sont un fléau de l'humanité. Quelques-uns ont proposé une législation prohibitive; d'autres croient suffisant d'éclairer le public sur le danger de certaines unions. Il semble que l'on puisse d'une façon générale s'en tenir aux indications suivantes. Les individus, porteurs de maladies dominantes, étant assurés de transmettre leur maladie à au moins une partie de leurs descendants, l'abstention serait pour eux la seule règle de conduite. Les individus, ayant eu dans leur ascendance des individus porteurs de maladies récessives, doivent savoir qu'une union consanguine a des chances d'être néfaste pour quelques-uns de leurs descendants.»⁷⁵¹

Guyénot ne semblait pas désireux de s'étendre sur les rêves d'humanité meilleure chers aux auteurs du projet d'Institut de génétique et d'eugénétique. Exposant les applications des découvertes de la génétique à la lutte contre les maladies héréditaires, il révélait toutefois par là même l'une des faiblesses de cette discipline. Avant le développement de la biologie moléculaire, la génétique n'avait en effet aucun moyen d'action direct sur la maladie; sa seule ressource était de constater les mécanismes des pathologies héréditaires et de tenter de les enrayer en proposant de renoncer à certaines unions ou en proposant de rendre stériles les personnes porteuses des gènes incriminés. Cependant, même cette méthode avait ses limites car, dans le cas de maladies génétiques récessives, ces interventions ne s'attaquaient qu'aux personnes ayant développé la maladie; tous les porteurs de manière récessive du gène incriminé n'étaient donc pas pris en compte. Il aurait donc vraisemblablement fallu des siècles pour espérer diminuer le nombre de malades atteints par une telle pathologie et rendre ainsi l'humanité plus saine.

Après avoir fait montre d'un certain enthousiasme pour l'eugénisme en cette première moitié des années 1920, les biologistes genevois n'aborderont plus guère le sujet durant les vingt années qui suivirent. L'échec de la création de l'Institut y est peut-être pour quelque chose, du moins au début. Ensuite, comme les psychiatres et d'autres scientifiques, ils durent bien se résoudre à observer les tragiques applications de l'eugénisme nazi.

Après la guerre cependant, certains généticiens, estimant en fait que les Allemands avaient dévoyé de manière ignoble une idée généreuse, ne craignirent pas de réaffirmer la légitimité de l'eugénisme. Parmi eux, Emile Guyénot publiait, en 1946 déjà, un nouvel ouvrage⁷⁵² de vulgarisation biologique dans lequel il abordait l'eugénisme. Il y louait certains auteurs très engagés d'avant-guerre, non allemands. Il mentionnait *Qu'est-ce que l'eugénique* de Léonard Darwin et félicitait Eugène Pittard d'avoir cité dans sa préface Charles Richet, physiologiste et Prix Nobel en 1913, l'un des rares eugénistes français radicaux:

⁷⁵¹ *Ibidem*, p. 394.

⁷⁵² GUYENOT 1946.

« Le problème [de l'eugénique] a été nettement posé par Ch. Richet dans une vigoureuse apostrophe que le professeur Pittard a très heureusement rappelée [...] : "Quoi ! Nous nous appliquons à produire des races sélectionnées de chevaux, de chèvres, de porcs, voire de prunes et de betteraves, et nous ne faisons aucun effort pour créer des races humaines moins défectueuses [...]. Quelle criminelle négligence de l'avenir !" »⁷⁵³

Occultant l'Allemagne, l'auteur poursuivait en précisant que « c'est surtout dans les pays anglo-saxons que de tels appels ont été entendus ». Alors qu'il était demeuré relativement prudent en 1924 en n'évoquant que la lutte contre les tares héréditaires, Guyénot n'hésitait pas, en 1946, à voir dans l'eugénisme une science destinée à améliorer l'espèce humaine dans son ensemble. La génétique avait bien entendu un grand rôle à jouer :

« Il faut tout d'abord se bien pénétrer que vis-à-vis de l'avenir d'une race l'hérédité est presque tout et l'éducation fort peu de chose. [...] Dès que s'est formé, par l'union des cellules mâles et femelles, l'œuf dont chacun de nous est issu, il est déjà fixé, par la constitution génétique de cet œuf, si l'individu futur sera grand ou petit, blond ou brun, bien portant ou affecté de quelque maladie héréditaire, actif ou nonchalant, d'intelligence normale ou idiot, calme ou violent. Avant d'être nés, nous sommes déjà victimes de la plus déplorable des inégalités. Sans doute, plus tard, les circonstances du milieu, de la famille, l'éducation pourront modifier certaines tendances, amener l'enfant à vaincre certains penchants, à résister à ses instincts, à faire effort pour se perfectionner, mais tout cela restera purement individuel et ne changera en rien les tendances héréditaires qu'il transmettra à sa propre descendance. [...] C'est donc avant tout sur une sélection des tendances héréditaires que doit reposer toute tentative sérieuse d'une amélioration scientifique de l'espèce humaine. »⁷⁵⁴

De manière très classique, deux voies étaient envisageables pour parvenir à réaliser cette amélioration. La première voie consistait à éliminer les "plus mauvais" en empêchant ces personnes de se reproduire. La liste des maladies héréditaires qu'il produisait était impressionnante, assez proche d'ailleurs des maladies concernées par la loi allemande : « La cécité, la surdi-mutité, l'épilepsie, l'hémophilie, l'absence de doigts, le bec-de-lièvre, l'idiotie, la folie, etc. ». Ainsi, jusque dans les années quarante, des généticiens aussi sérieux et reconnus que Guyénot continuaient de refuser d'admettre l'objection décisive au projet eugéniste classique : la récessivité de nombre de maladies héréditaires. La seconde voie, « beaucoup plus difficile à réaliser », était de « favoriser la reproduction des "bons" et de limiter celle des "médiocres" »⁷⁵⁵.

Ces réflexions de Guyénot devaient toutefois rapidement marquer la fin d'une époque à Genève.

⁷⁵³ *Ibidem*, p. 143.

⁷⁵⁴ *Ibidem*, pp. 143-144.

⁷⁵⁵ *Ibidem*, p. 145.

Création d'un Service de génétique humaine

Dès le début des années 1950, le professeur Franceschetti et le docteur Klein allaient écrire une nouvelle page de l'histoire de la génétique à Genève en créant, près de trente ans après le projet avorté de Chodat et consorts, un Service de génétique humaine rattaché à la Clinique ophtalmologique :

« Ce n'est que par un institut travaillant méthodiquement et en rapport étroit avec les cliniciens et les biologistes que l'on pourrait suivre les manifestations souvent très compliquées et étendues de l'hérédité parmi la population. Ainsi se trouverait éclairci le problème de savoir quelles sont les propriétés qui se transmettent et de quelles façons s'opère l'hérédité. »⁷⁵⁶

En outre, les auteurs ne manquaient pas de rappeler que ces recherches concernaient la société en général en citant un discours prononcé par le conseiller fédéral Etter, à Zurich, le 26 août 1942, au Congrès de Pro Juventute :

« Les autorités fédérales se sont montrées bienveillantes envers les problèmes de la biologie et de la prophylaxie dans le domaine héréditaire, recommandant à la Science de chercher "avec objectivité, conscience et humanité" à protéger les enfants des tares familiales et à diminuer par les faits mêmes, les lourdes charges des Communes. »⁷⁵⁷

Franceschetti et Klein prévoyaient ainsi de créer des « consultations concernant la prophylaxie des maladies héréditaires (question de consanguinité, transmission probable de la maladie) ».

En fait, la biologie moléculaire était encore loin et, à défaut d'interventions directes dans la cellule, la lutte à engager contre les maladies héréditaires ne différait guère de la période précédente; autrement dit, les généticiens de la nouvelle génération n'avaient toujours d'autres choix que d'intervenir sur la lignée. Même s'ils évitaient le terme "eugénisme", même s'ils pratiquaient des consultations génétiques personnalisées et ne parlaient pas de créer une humanité meilleure, leur action ne visait finalement encore pas à guérir l'individu lui-même, en tant que porteur d'un gène délétère, mais bien à éviter que son éventuelle descendance n'en souffre.

Psychologie

Edouard Claparède

L'un des plus célèbres psychologues genevois du début du siècle, Edouard Claparède, avait été parmi les premiers à Genève à exposer les principes de

⁷⁵⁶ FRANCESCHETTI & KLEIN 1951, p. 351.

⁷⁵⁷ *Ibidem*, p. 353.

l'eugénisme, lors d'une conférence donnée en 1913 à la Société genevoise de patronage des aliénés. L'étude de "l'enfance anormale" portait les psychologues et les pédagogues à s'intéresser, non seulement à des méthodes d'éducation nouvelle, mais aussi à la prévention. C'est ainsi que l'éducatrice Alice Descœudres, responsable de la Commission de patronage des enfants anormaux, avait montré devant la même Société en 1918 son intérêt pour l'eugénisme. Dans un article⁷⁵⁸ publié en 1912, un certain Albert Malsch louait la création des «classes pour enfants arriérés» à Genève et l'élan de compassion qui l'avait permise. En outre, il relevait le fait que l'intégration des arriérés dans des classes spéciales permettait aux élèves «normalement développés» de ne pas être troublés ou retardés dans leur programme par la présence d'élèves peu doués. Un autre élément était mis en évidence, à savoir l'importance de l'éducation, qui allait permettre peu à peu de diminuer le nombre des anormaux. Il fallait croire à l'hérédité des caractères acquis discutée par Claparède dans sa conférence en 1913:

« Au point de vue social, enfin, il tombe sous le sens que travailler à éduquer les arriérés, c'est tendre à leur disparition progressive. La nature élimine peu à peu les monstres. La descendance d'un génie ou d'un criminel rentre bien vite dans le grand courant de la race. L'effort de ceux qui se vouent à l'éducation des anormaux favorise ce retour au type moyen; leur espoir est de réduire au minimum, dans l'avenir, le nombre des hospitalisés, des assistés, des tarés héréditaires et des délinquants qui sont une sorte de maladie invétérée de l'humanité: déchet habituel, mais non indispensable, de chaque génération. De sorte qu'à l'inverse des éducateurs ordinaires, l'idéal des maîtres qui enseignent aux arriérés est de voir diminuer le nombre de leurs élèves. »⁷⁵⁹

Edouard Claparède restait intéressé par l'eugénisme. Ainsi, il écrivait dans le cadre de son célèbre ouvrage sur la psychologie de l'enfant⁷⁶⁰ publié en 1915:

« Prévenir vaut mieux que guérir. Puisque tout individu dépend dans une certaine mesure de son hérédité, c'est-à-dire des qualités physiques ou mentales de ceux qui l'ont fait, il est bien évident qu'en sélectionnant les géniteurs - c'est-à-dire en ne laissant se reproduire que les personnes bien douées et sans tares - on obtiendrait de nouvelles générations meilleures que ce n'est le cas aujourd'hui, où les individus les plus tarés concourent à créer la génération de demain. On sait combien les éleveurs d'animaux améliorent une race de chiens ou de moutons par la sélection. Pourrait-on faire de même pour la race humaine ? »⁷⁶¹

Il écrivit par la suite un commentaire⁷⁶² très positif sur les deux tomes d'un ouvrage de référence en matière d'eugénisme publiés en 1929 et 1930, *La question*

⁷⁵⁸ MALSCH 1912.

⁷⁵⁹ *Ibidem*, p. 96.

⁷⁶⁰ CLAPAREDE 1915.

⁷⁶¹ *Ibidem*, p. 131 (9^{ème} édition, 1922).

⁷⁶² CLAPAREDE 1929; il s'agit de l'ouvrage de NISOT 1929.

eugénique dans les divers pays. Et deux ans plus tard, il jugeait favorablement *Qu'est-ce que l'eugénique?* de Leonard Darwin :

« *Plaidoyer clair et convaincant en faveur de l'eugénique [...]. A ceux qui déclarent qu'il faut aussi améliorer les conditions du milieu dans lesquelles les hommes ont à vivre, l'auteur répond qu'il faut en effet chercher à les améliorer, mais que "la possibilité de faire du bien dans une certaine direction est généralement la pire des raisons pour ne pas en faire dans une autre"* »⁷⁶³

Il est vraisemblable qu'Edouard Claparède ait considéré que, si l'eugénisme classique était valable au niveau de l'évolution de l'humanité, l'éducation avait tout de même son importance au niveau individuel.

Adolphe Ferrière

Spécialiste de la psychologie de l'enfance, Adolphe Ferrière, qui fut éducateur à l'Institut Rousseau et Directeur adjoint du Bureau international d'éducation, estimait quant à lui que l'éducation avait un plus grand rôle à jouer. Il laissait aux eugénistes leurs convictions, mais revendiquait la complémentarité des approches. Il écrivait en 1926, comme en écho au discours des généticiens promoteurs de leur Institut :

« *L'hérédité est certainement, chez les êtres nés faibles ou tarés, un de ces obstacles [à l'éducation], un obstacle primordial sur lequel notre action est encore bien faible. Faible? D'aucuns disent: nulle. Les génétistes ne se font pas faute de nous assurer qu'il n'y a aucun lien entre l'hérédité et l'éducation. Les eugénistes déclarent qu'il n'y a qu'une seule issue au mal: sélectionner les producteurs; car l'héritage, lui, est inchangeable. Faudra-t-il que les génétistes et eugénistes aient le dernier mot dans cette question? Le psychologue n'aura-t-il pas son mot à dire?* »⁷⁶⁴

Les psychologues pouvaient sans doute participer à l'effort d'amélioration de l'humanité: « La connaissance de ses lois [de l'hérédité...] nous permettra d'éviter mille erreurs d'éducation, de commander à la nature en lui obéissant [...] et d'orienter la jeunesse vers une vie plus saine et plus forte, gage d'un avenir meilleur ». De fait, l'espèce humaine n'était pas sur la bonne voie: « La structure sociale actuelle entrave les plus aptes et fabrique des dégénérés et des inadaptés »⁷⁶⁵. Pour Ferrière, il importait donc de favoriser l'éducation des êtres sains; l'un des moyens d'y parvenir passait par l'institution d'un certificat de mariage délivré par des sortes de « banques biologiques » détenant toutes les données héréditaires concernant les individus :

« *Le certificat de mariage deviendrait ainsi une sorte de pedigree indiquant la fortune biologique des époux. Il constituerait, pour les êtres sains un nouveau*

⁷⁶³ CLAPAREDE 1932.

⁷⁶⁴ FERRIERE 1926, p. 755.

⁷⁶⁵ *Ibidem*, p. 757. Citation tirée par Ferrière d'un discours du docteur Boulenger, président de la Société d'eugénisme de Bruxelles.

titre de noblesse. Et pourquoi, demandais-je en 1923, dans ma "Notice sur les problèmes de la psychologie génétique", pourquoi la Société n'attacherait-elle pas, dans son propre intérêt, certains privilèges à ces "nouveaux nobles", afin de concurrencer en quelque mesure ceux que se sont arrogés les "nouveaux riches"? Des exemptions d'impôts et des bourses pour l'éducation des enfants seraient particulièrement bienvenues de la part des travailleurs qui les mériteraient physiquement et moralement.»⁷⁶⁶

Dans le fond, Ferrière imaginait une collaboration entre génétique et psychologie où la génétique servirait au tri des aptitudes et où l'éducation interviendrait en aval pour orienter dans leur existence les individus sains ainsi sélectionnés. Psychologues et éducateurs étaient là pour protéger le capital génétique de ces «nouveaux nobles» afin que ce capital puisse fructifier dans leur descendance.

Dans leur projet de création d'un Institut de génétique et d'eugénétique, les généticiens avaient souligné également l'intérêt de la biologie pour les sciences de l'éducation. Toutefois, au contraire de Ferrière, ils n'imaginaient pas que l'éducation pouvait compléter l'œuvre de l'hérédité, mais plutôt que la génétique contribuerait à organiser les sciences de l'éducation sur des bases plus solides.

Sociologie

Les prises de position des sociologues genevois relatives à l'eugénisme sont plus discrètes. Cependant deux exemples attestent que des interventions ont pu exister sur une période assez longue.

En 1915, Valérie de Morsier, licenciée ès sciences sociales, livrait les résultats d'une étude⁷⁶⁷ effectuée sur les élèves des "classes spéciales" genevoises. Inspirée par l'actualité de l'époque, elle ne manquait pas de justifier les efforts consentis en faveur des "enfants anormaux":

«N'est-il pas douloureux de constater que les forts, les intelligents, les "normaux" sont massacrés sur les champs de bataille, et qu'en même temps tant d'efforts doivent être faits pour protéger les anormaux, les chétifs, les malades! Nous ne devons pas cependant nous décourager, car nous sentons que le geste brutal qui jette l'homme contre l'homme est celui d'une civilisation inférieure qui doit disparaître, tandis que l'élan charitable qui se porte vers les faibles, les débilités de ce monde, garde une valeur éternelle.»⁷⁶⁸

Une fois de plus, la question des "enfants arriérés" amenait un auteur à s'exprimer sur la question de l'eugénisme. Tout comme Alice Descœudres lors de l'Assemblée générale de la Société genevoise de patronage des aliénés en 1918, Valérie de Morsier s'inspirait de Goddard:

⁷⁶⁶ *Ibidem*, p. 757.

⁷⁶⁷ MORSIER 1915.

⁷⁶⁸ *Ibidem*, p. 381.

« Dans un but préventif, le Dr Goddard insiste sur la nécessité d'empêcher les êtres dégénérés de procréer, à cause des funestes conséquences de l'hérédité qui perpétue le mal et entrave les efforts tendant à la diminution progressive du nombre des anormaux. A cet effet il préconise la colonie de travail et la stérilisation, et remarque que seul un caractère légal peut rendre de telles mesures efficaces. »⁷⁶⁹

Il est remarquable de constater avec quelle facilité se répandait l'idée eugéniste au sein de différentes disciplines. Bien après Valérie de Morsier, en 1951, une autre femme, Violette Leuthold, publiait un condensé⁷⁷⁰ de son travail de diplôme de l'Ecole d'études sociales à Genève sur la question de l'interruption de grossesse. Dans le résumé en français qui accompagnait l'article, l'auteur s'exprimait sur la légitimité de certaines indications à l'interruption de grossesse :

« Il serait souhaitable d'élargir la loi afin qu'une indication sociale, juridique ou eugénique puisse servir de motif partiel à l'appui d'une indication médicale dans les cas évidents. »⁷⁷¹

Ainsi, plus de cinq ans après la fin de la guerre, il apparaît que l'indication eugénique pouvait encore être prise en compte dans la problématique de l'interruption de grossesse. Il faut entendre le sens du terme ici dans une perspective individuelle (risque héréditaire cas par cas), et non comme un programme visant l'amélioration de la société dans son ensemble. Le terme « eugénique » est sans doute devenu d'un usage de plus en plus rare, probablement parce qu'il prêtait à confusion.

L'examen des partisans et des opposants à la loi vaudoise montre que, contrairement au préjugé qui s'est développé à la suite des pratiques eugénistes en Allemagne durant la Seconde Guerre mondiale, l'eugénisme n'est pas un courant d'idées qui aurait affecté en priorité une idéologie d'extrême droite, mais que l'eugénisme avait des adeptes de part et d'autre de l'échiquier politique⁷⁷². L'exemple genevois témoigne quant à lui de la diversité des acteurs impliqués au niveau scientifique. Ces éléments montrent assez que, dans les cantons de Genève et de Vaud, l'eugénisme a représenté dans l'imaginaire collectif un espoir de progrès social durant une bonne partie de la première moitié du XX^e siècle.

Stérilisation et castration eugéniques

Jusqu'ici, ce sont les prises de position par rapport à l'eugénisme qui ont été examinées. Or une partie des auteurs ont aussi parlé plus spécifiquement de la stérilisation et de la castration en général et plus particulièrement pour motifs eugéniques.

⁷⁶⁹ *Ibidem*, p. 380.

⁷⁷⁰ LEUTHOLD 1951.

⁷⁷¹ *Ibidem*, p. 140.

⁷⁷² JEANMONOD & HELLER 2000 a.

Ces deux sujets avaient été traités, on l'a vu, déjà durant la première décennie du XX^e siècle. En Suisse, Auguste Forel avait écrit en 1906 que «ce serait déjà un immense progrès, si dans la législation civile on accordait en cas pareil [individus vraiment dangereux, incurables] une reconnaissance officielle à la castration ou à la dislocation des trompes, consentie par le criminel ou le malade⁷⁷³». Robert Rentoul, médecin et chirurgien anglais, avait quant à lui publié dans la *Revue suisse de médecine* en 1910 un résumé⁷⁷⁴ de son ouvrage *Proposed Sterilization of certain Mental and Physical Degenerates*.

Durant les années 1910, la stérilisation et la castration eugéniques commençaient à être présentées et discutées à Genève. Au cours des années 1920, la castration perdit du terrain comme mesure purement eugéniste au profit de la stérilisation, mais continua de jouir d'une certaine notoriété comme moyen thérapeutique des déviations sexuelles masculines, non sans conserver parfois un aspect eugéniste. Jusqu'à l'après-guerre, la stérilisation resta à Genève, comme ailleurs, la mesure d'eugénisme négatif la plus fréquemment évoquée avec l'interdiction de mariage.

Années 1910: premières suggestions

A la fin de sa conférence⁷⁷⁵ devant la Société genevoise de patronage des aliénés en 1913, Edouard Claparède expliquait quels moyens étaient envisageables afin de lutter contre la dégénérescence de la race. Il ne cachait pas du reste que les recherches sur les lois de l'hérédité devaient encore sensiblement progresser afin de déterminer si ces moyens étaient adéquats. En outre, il importait de se demander comment amener la population à accepter l'application de telles mesures :

«Je ne crois pas que l'on puisse jamais, par des règlements de police, opérer la sélection sexuelle des plus aptes. Mais il n'est pas absurde de penser que, lorsque l'eugénique sera établie et vulgarisée, il s'établira comme une sorte d'opinion publique remplissant la fonction d'une morale sociale nouvelle. De nouvelles mœurs se constitueront peu à peu, et il arrivera peut-être un jour où l'on n'aura pas plus l'idée d'épouser un tuberculeux, qu'on n'a aujourd'hui celle de demander en mariage sa sœur ou son frère. – Et je ne vois pas pourquoi, comme cela se fait déjà du reste, dans certains Etats de l'Amérique, on ne stériliserait pas d'office les sujets particulièrement dangereux, notamment les fous moraux, les satyres, les criminels... Ce serait le procédé de beaucoup le plus rationnel !»⁷⁷⁶

Ainsi, une fois la conscience eugéniste répandue dans la population, il serait aisé de faire appliquer les mesures nécessaires. Les mariages indésirables pourraient être volontairement évités par une population sensibilisée au danger de la dégéné-

⁷⁷³ FOREL 1906, pp. 441-442.

⁷⁷⁴ RENTOUL 1910.

⁷⁷⁵ CLAPAREDE 1913.

⁷⁷⁶ *Ibidem*, p. 24.

rescence, mais l'auteur reconnaissait que la stérilisation devrait certainement être imposée. Au reste, Edouard Claparède n'avait pas encore à ce moment une idée très nette de l'indication eugénique à la stérilisation dans laquelle il incluait, comme Forel d'ailleurs, mesure punitive et mesure thérapeutique.

Le psychiatre Henri Flournoy, dans sa conférence⁷⁷⁷ de 1918 sur l'hérédité de l'alcoolisme, soulignait lui aussi la nécessité de diminuer la descendance des alcooliques et citait l'«interdiction de certains mariages», la «colonisation» (ou placement en colonies de travail) ainsi que la stérilisation. En fait, tout comme Edouard Claparède, il ne faisait que mentionner la stérilisation comme mesure eugénique, sans préciser les modalités de sa pratique.

Années 1920: éclaircissements et formalisation

Le psychiatre Victor Demole avait posé en 1925 les bases d'un programme eugéniste dans lequel «la castration et la stérilisation de certains aliénés» venaient en première place:

«Pourquoi laisser certaines filles, débiles mentales, dont on abuse facilement mettre au monde une série d'enfants illégitimes, estropiés mentaux, futurs arriérés scolaires? Depuis longtemps les Américains en gens pratiques se servent avantageusement de la stérilisation qu'on accomplit par une opération bénigne ou même simplement par les rayons X. Les expériences faites en Suisse montrent tous les bienfaits de la stérilisation pour la société et pour les malades. Je dis bienfaits, car il est des aliénés tourmentés par leur instinct sexuel qui ne connaissent enfin la tranquillité que lorsqu'on a diminué la vitalité de leurs organes reproducteurs. La sentimentalité est mal placée dans ce domaine; [...] il est nécessaire que les procédés mis en œuvre soient connus, peut être perfectionnés et sanctionnés légalement.»⁷⁷⁸

L'idée de la stérilisation et de la castration eugénique était un peu plus développée qu'auparavant et semblait surtout concerner les femmes. Toutefois les deux types de mesures n'étaient pas encore clairement distingués et l'effet thérapeutique des opérations (contre les pervers sexuels) demeurait compris dans l'objectif eugénique.

Victor Demole fournissait par contre quelques indications intéressantes sur les questions de la légalisation de la stérilisation et du consentement à une telle opération:

«Mr. Maier [directeur de la Clinique universitaire de psychiatrie de Zurich] estime qu'en matière de stérilisation la législation est une mesure superflue, il a toujours su s'en passer en obtenant le consentement du malade ou de son tuteur. Dans un pays où l'assistance est fortement organisée ce procédé paraît suffisant, il ne l'est plus ailleurs particulièrement là où le chirurgien se refuse à intervenir, même en cas de consentement de la malade, parce que cette malade ne dispose pas

⁷⁷⁷ FLOURNOY 1918.

⁷⁷⁸ DEMOLE 1925, pp. 600-601.

de l'intégrité absolue de son jugement. Cette horreur des responsabilités est fondée sur l'expérience; ici une législation sera bienvenue et aura des effets heureux.»⁷⁷⁹

Victor Demole semblait considérer, comme beaucoup d'autres d'ailleurs, que le consentement du tuteur pouvait remplacer celui de la personne concernée, et qu'en Suisse l'organisation des tutelles par les autorités d'assistance étatique bien développée. Malgré ces précisions, il manquait encore un travail de référence spécifiquement consacré à la stérilisation et la castration. Ce sera la tâche de François Naville.

En 1910, cet ancien médecin assistant à Bel-Air et médecin des classes spéciales de Genève depuis 1908, avait prononcé devant l'Assemblée générale de la Société genevoise de patronage des aliénés une conférence⁷⁸⁰ sur l'éducation des enfants anormaux, mais il n'abordait nullement la thématique de l'eugénisme et de la stérilisation, contrairement à Edouard Claparède en 1913 ou à Alice Descœudres en 1918 par exemple.

C'est en 1925, soit l'année de sa nomination comme professeur de médecine légale, que Naville s'intéressa à l'eugénisme. Il fit paraître deux articles⁷⁸¹ dans lesquels il se proposait de montrer l'intérêt des «stérilisations et castrations thérapeutiques et prophylactiques». Il commençait sa réflexion par un constat fréquent dans la littérature médicale de l'époque:

«La descendance de certains individus particulièrement tarés, anormaux, pervers, aliénés, imbéciles, criminels, malades ou intoxiqués, est souvent composée de malheureux tarés et malades, dont l'existence est très regrettable et constitue parfois un véritable désastre pour eux-mêmes, pour leur famille, pour la société, et pour les finances de l'Etat (frais d'hôpitaux et d'asiles, de prisons et de tribunaux, d'œuvres d'assistance publique, etc.). [...] Et l'on est tout naturellement conduit à penser que la possibilité de castrations ou de stérilisations prophylactiques, pratiquées avec le consentement des intéressés ou imposées à eux par la loi ou par des autorités compétentes, rendrait souvent les plus grands services.»⁷⁸²

L'auteur énumérait quatre variétés d'indications à ces opérations regroupant l'ensemble des indications discutées à l'époque dans la littérature médicale mais suivant une organisation un peu confuse. Les deux premières catégories semblent concerner spécifiquement la castration, les deux suivantes la stérilisation:

«Stérilisation ou castration: a) A titre thérapeutique chez la femme.

Débilité mentale ou folie morale avec perversions ou excitations sexuelles pathologiques entraînant des grossesses indésirables répétées ou une délinquance incurable motivant, sans la castration, un internement prolongé sinon définitif.

⁷⁷⁹ *Ibidem*, p. 600.

⁷⁸⁰ NAVILLE 1910, pp. 17-47.

⁷⁸¹ NAVILLE 1925 a et b. Les deux articles sont identiques, à l'exception d'une observation personnelle d'un cas qui ne figure que dans la version de la *Revue médicale de la Suisse romande*.

⁷⁸² NAVILLE 1925 a, pp. 609-610.

Troubles mentaux menstruels ou aggravés par les grossesses. Psychoses ne nécessitant pas l'internement mais avec symptômes particuliers aggravés par l'existence d'enfants et constituant un danger pour eux. Affections gynécologiques et certaines dysménorrhées. Epilepsie menstruelle?

b) A titre thérapeutique chez l'homme.

Excitations, perversions ou troubles sexuels pathologiques graves retentissant sur la santé générale de l'individu ou l'entraînant à une délinquance incurable motivant, sans la castration, un internement prolongé sinon définitif.

c) A titre prophylactique dans l'intérêt de la mère.

Danger de récédive d'infanticide par perversions ou troubles mentaux ne justifiant pas un internement. Imbécillité ou idiotie, troubles mentaux ou perversions sexuelles chez des femmes ou filles déjà mères de plusieurs enfants, et pour lesquelles l'internement ou la stérilisation sont les seuls moyens d'éviter des récédives de grossesses indésirables. Etats pathologiques où une récédive de grossesse constituerait un danger menaçant de suicide. Affections gynécologiques néoplasiques et autres. Etroitesse ou malformations du bassin. Diabète avec dénutrition. Tuberculose avancée. Certaines cardiopathies et néphrites. Epuisement général, etc.

d) A titre prophylactique eugénique.

Constitutions familiales psychopathiques particulièrement graves. Psychoses caractérisées des parents, avec caractère familial ou héréditaire. Insuffisance mentale, troubles mentaux ou psychose de la mère ne nécessitant pas son internement mais la rendant incapable de soigner et d'élever ses enfants. Imbécillité ou idiotie à caractère familial ou héréditaire chez l'un des parents. Intoxication alcoolique chronique grave et invétérée chez l'un des parents. Tares épileptiques ou névropathiques graves chez des parents dont la descendance a déjà révélé le caractère héréditaire de ces tares. Perversions familiales morales et sexuelles graves, avec caractère familial et héréditaire des réactions délinquantes. Dispositions familiales et héréditaires à la délinquance et au crime. Délinquants récidivistes ou criminels particulièrement tarés. Certains cas de mariages avec double lignée d'hérédités pathologiques similaires (épilepsie, schizophrénie, surdi-mutité et autres maladies fréquemment héréditaires).»⁷⁸³

Le point c regroupe des motifs multiples indiqués comme étant dans l'intérêt de la mère, à savoir visant à lui épargner un internement et des problèmes de santé. Ils contiennent une large part de motivation sociale dans laquelle on pourrait inclure la situation présentée sous point d relative à la problématique du soin et de l'éducation de l'enfant.

« Nous ne voulons pas discuter ici la question du droit que l'on a d'opérer certains aliénés ou malades sans leur propre assentiment, mais éventuellement avec l'autorisation de leur représentant légal. Les opérations dont nous parlons dans cet article, quand leurs indications sont d'ordre thérapeutique, nous semblent

⁷⁸³ *Ibidem*, pp. 612-613.

devoir être tout à fait assimilées à des opérations chirurgicales quelconques pratiquées pour guérir, pour diminuer ou pour prévenir une maladie ou un trouble de santé quelconque. Quand leurs indications sont d'ordre exclusivement prophylactique, la légitimité de l'intervention sans l'assentiment du malade, est beaucoup plus délicate à apprécier. Mais quand l'assentiment du malade est acquis, et que les indications médicales thérapeutiques ou prophylactiques sont impérieuses, nous pensons que la castration et la stérilisation sont des opérations tout à fait justifiées et légitimes, bien que naturellement leur pratique puisse heurter le sentiment et surtout les préjugés de bien des gens. En règle générale on n'opérera à titre prophylactique que lorsqu'il y aura des indications tout à fait impérieuses, et à titre thérapeutique que dans les cas où les interventions semblent le seul moyen d'obtenir une amélioration ou la guérison, et de parer à un internement prolongé sinon définitif.»⁷⁸⁴

Naville aborde la question de l'assentiment; il n'entre pas en matière sur la question de la délégation du consentement, ce qui témoigne de l'embarras dans lequel les partisans de la stérilisation étaient plongés lorsque cette question était abordée. Les stérilisations avec indications médicales peuvent être envisagées dans certains cas sans le consentement de la personne, ce qui est inconcevable pour les stérilisations avec indications sociales ou eugéniques; celles-ci en outre doivent être impératives. Pour Naville, elles sont envisagées ponctuellement et ne correspondent pas à la mise en œuvre d'une mesure eugéniste impliquant un grand nombre d'interventions.

La suite de la carrière de Naville devait montrer qu'il se préoccupait certainement moins de stérilisation à titre prophylactique ou thérapeutique que de l'étude de la castration à titre thérapeutique. Sans doute la thérapeutique des délinquants sexuels concernait-elle davantage l'activité de l'Institut de médecine légale qu'il dirigeait que les stérilisations envisagées en cas d'hérédité morbide.

Années 1930 à 1950: prudence puis oubli

Tout comme le nombre des travaux consacrés à l'eugénisme, celui des textes traitant de la stérilisation et de la castration a diminué au cours des années 1930; en 1933, Henri Flournoy se montrait encore plus prudent que Naville et très restrictif au sujet de la castration, en souhaitant un cadre légal pour les stérilisations à but eugénique:

« Cette intervention chirurgicale, praticable sur les deux sexes, rend le sujet définitivement incapable de procréer. Elle ne l'expose pas aux gros inconvénients qui résultent parfois de la castration, puisqu'elle laisse intact le fonctionnement interne des glandes sexuelles. Dans quelques pays la stérilisation est autorisée par le code, dans un but eugénique, sous certaines conditions nettement définies.

⁷⁸⁴ *Ibidem*, pp. 609-610.

Ailleurs – en attendant que les autorités aient légiféré sur ce point – on ne saurait y recourir, comme à toute opération thérapeutique, que s'il existe des indications suffisantes au point de vue de la santé du sujet lui-même, et toujours avec son assentiment.»⁷⁸⁵

Au début des années 1940 paraissait un des derniers textes consacrés à ce thème. Il s'agissait d'une thèse de médecine⁷⁸⁶ dirigée par Naville. L'auteur présentait le sujet dans une perspective historique, légale et opératoire, et concluait en recommandant vivement une législation spécifique pour les stérilisations et les castrations:

« En principe, elles doivent être envisagées comme toute autre intervention médicale ou chirurgicale importante, discutées et approuvées (si possible par écrit) par le malade et par ses répondants légaux éventuels. Des lois sur la matière peuvent sembler inutiles et de nature à risquer de discréditer une mesure si précieuse, en la faisant apparaître parfois comme une sorte de pénalité; mais, comme les médecins pourront avoir affaire à des malades refusant d'une façon irraisonnable, par maladie, une intervention utile pour eux et pour la société, ou à des tuteurs ou parents n'osant pas prendre la responsabilité de leur acquiescement à l'opération ou craignant les reproches du malade, ils risqueront de devoir renoncer à une mesure opportune s'ils ne peuvent s'appuyer sur une loi qui l'autorise ou l'impose.

En n'intervenant qu'après s'être conformé aux dispositions prévues par les lois, le médecin s'évitera, en outre, les risques et les désagréments d'une éventuelle action en justice de la part d'un malade se plaignant d'avoir été opéré contre son gré, ou d'avoir vu son consentement lui être arraché par intimidation ou à un moment où il ne jouissait pas de toutes ses facultés mentales.

D'autre part, les malades eux-mêmes seraient à l'abri d'abus de la part de médecins éventuellement portés à stériliser ou à castrer sans indications bien étudiées, grâce aux dispositions précises que pourrait contenir une loi (expertises méticuleuses, périodes d'observation raisonnables, etc.)

Enfin, remarquons pour terminer, qu'elle serait un complément logique des articles du Code Civil Suisse concernant l'incapacité au mariage des malades et infirmes mentaux.»⁷⁸⁷

Après la guerre, à Genève, de rares allusions à la stérilisation – pratiquement inexistantes chez les psychiatres – étaient encore repérables, comme dans *Les problèmes de la vie*⁷⁸⁸ d'Emile Guyénot:

« Vis-à-vis des idiots, des faibles d'esprit, des aliénés, des criminels – dans la mesure où ces derniers sont affectés de tares congénitales – la persuasion restera

⁷⁸⁵ FLOURNOY 1933, p. 48.

⁷⁸⁶ JICHLINSKI 1941.

⁷⁸⁷ *Ibidem*, pp. 90-91.

⁷⁸⁸ GUYENOT 1946.

généralement sans effet. Aussi a-t-on envisagé dans certains pays la nécessité de les rendre inaptes à la reproduction au moyen d'opérations qui les laissent inféconds sans les exposer aux inconvénients de la castration. C'est donc par ces deux méthodes, absence volontaire de reproduction ou stérilisation obligatoire, que l'on pourrait espérer éliminer les plus redoutables tares héréditaires de l'humanité.»⁷⁸⁹

En définitive, ce sont évidemment surtout des psychiatres qui se sont préoccupés de manière précise et complète de la stérilisation des malades et handicapés mentaux, pour de simples raisons professionnelles. Le problème est que l'amalgame ultérieur entre stérilisation et eugénisme a fait apparaître les psychiatres comme les acteurs principaux et presque uniques de l'aventure eugéniste. Cela n'aurait sans doute pas pu se produire sans la notoriété qu'avait acquise la stérilisation dans ce contexte et on peut se demander pourquoi cette intervention est pratiquement devenue le symbole de l'action eugéniste négative.

Le fait demeure que la stérilisation était une mesure aux effets garantis et plus aisée que d'autres à mettre en œuvre. Les personnes à traiter par cette opération étaient en quelque sorte presque forcément sélectionnées et groupées en des endroits précis, les asiles et les consultations psychiatriques essentiellement; de plus, elles se trouvaient dans une situation de dépendance qui les rendait souvent suffisamment malléables. Au contraire de la stérilisation, l'interdiction de mariage s'adressait en fait aux handicapés et malades mentaux se trouvant hors des asiles. Ainsi, non seulement il s'agissait de personnes moins facilement influençables, mais, surtout, rien ne les empêchait d'avoir des enfants hors mariage. Quant aux restrictions d'immigration imposées aux malades mentaux, si leur efficacité se défendait au plan national, elles ne résolveaient rien au niveau de l'espèce.

En bref, la stérilisation surpassait les autres mesures dans la mesure où elle s'adressait à une population de patients sur laquelle on disposait de moyens de pression et dont on pouvait être certain qu'elle n'aurait pas ou plus de descendance.

Le discours sur l'eugénisme révèle une certaine sympathie de la part des scientifiques à Genève. Mais si la stérilisation prophylactique ou eugénique était admise en théorie, les auteurs reconnaissaient ne pouvoir l'envisager sans le consentement de la personne ou sans base légale.

Légaliser la stérilisation eugénique?

Le canton de Genève n'a pas adopté de loi concernant la stérilisation des malades et handicapés mentaux; pourtant les auteurs ne manquaient pas d'aborder la question et d'encourager une telle mesure. Il semble donc qu'entre le discours théorique et la mise en pratique ont surgi des objections qui n'ont pu être surmontées.

Des propositions formelles furent cependant bien énoncées, mais sans recueillir une approbation suffisante des milieux médicaux et politiques influents.

⁷⁸⁹ *Ibidem*, p. 145.

Dans le canton de Vaud, la loi était arrivée devant le Grand Conseil car elle avait été proposée par un cénacle médical autorisé et soutenue par les radicaux. Rien de tel à Genève, où les propositions de législation en la matière demeurèrent individuelles et n'obtinrent pas de soutien.

Proposition de législation en matière de stérilisation

Dans sa thèse de 1941, Simon Jichlinski rapportait, sans précision de date ni de lieu malheureusement, que Naville avait proposé certaines dispositions légales pouvant s'appliquer tant aux avortements médicaux qu'aux stérilisations et castrations. Il s'agissait d'un projet d'article de loi du code pénal genevois relatif à l'interruption de grossesse et à la stérilisation ou la castration⁷⁹⁰, et d'un projet de règlement pour la Commission de Surveillance chargée d'en donner l'autorisation:

«Projet de loi.

L'article 272bis du Code Pénal genevois (nouveau) dit:

«Il n'y a pas infraction lorsque des opérations destinées à interrompre la grossesse ou à empêcher la procréation, auront été exécutées selon les règles de l'art par un médecin autorisé à pratiquer dans le canton, après avoir satisfait aux conditions établies par la Commission de Surveillance des professions médicales et auxiliaires.

Projet de règlement pour la Commission de Surveillance des professions médicales et auxiliaires.

Toute personne ou autorité qui désire faire procéder à l'une des opérations prévues à l'art. 272bis du Code Pénal genevois, devra présenter une demande écrite, avec un exposé des motifs, pièces à l'appui etc., pour obtenir l'autorisation des organes prévus par les dispositions suivantes:

Sont notamment recevables les demandes émanant de l'intéressé, de son représentant légal, de ses proches, de magistrats ou de fonctionnaires publics ayant qualité pour présenter une telle demande.

La commission charge ses médecins d'apprécier au point de vue médical la légitimité des opérations visées en tenant compte des directives suivantes. [...].»⁷⁹¹

Le projet distingue alors deux situations:

«A. Procédure pour les interventions sur demande de l'intéressé ou avec son consentement.

»B. Procédure pour les interventions demandées sans le consentement de l'intéressé.»

⁷⁹⁰ Le Code pénal genevois de 1874 autorisait l'avortement pour motif médical pratiqué «par les gens de l'art» (art. 272), mais punissait les mutilations (art. 264), sans disposition spécifique, contrairement à d'autres codes pénaux cantonaux, relatifs à la faculté de procréer.

⁷⁹¹ JICHLINSKI 1941, pp. 27-29.

Dans la situation A, soit avec le consentement de l'intéressé, la demande d'autorisation d'opérer doit être adressée à l'un des médecins de la Commission qui peut soit décider seul, soit faire appel à des collègues, soit enfin convoquer la sous-commission composée des médecins, qui décide à la majorité des voix. Une opération effectuée en urgence doit faire l'objet d'un rapport justificatif et la légitimité peut en être vérifiée. Un rapport écrit doit être transmis à la Commission et conservé; il atteste notamment que la personne concernée a été bien informée au sujet de l'opération demandée.

« Toute autorisation à opérer fera l'objet d'un court rapport écrit qui sera transmis avec pièces à l'appui au président de la sous-commission A, qui le gardera dans ses archives. Ce rapport attestera que l'intéressé a été mis au courant des conséquences et des risques de l'opération demandée. »

Dans la situation B, soit sans le consentement de l'intéressé, la demande doit être transmise à l'autorité sanitaire suprême qui désigne deux experts; la décision est prise par la sous-commission.

« 1. La demande sera transmise au Conseiller d'Etat président de la Commission de Surveillance, qui désignera un ou deux médecins de la sous-commission pour présenter un rapport écrit, après examen personnel de l'intéressé.

2. Le Président pourra exiger la comparution personnelle de l'intéressé devant la sous-commission siégeant in pleno.

3. La décision sera prise sans [possibilité de] recours à la majorité des membres de la sous-commission siégeant in pleno sous la présidence du Président du Département de l'Hygiène.

4. L'opération ne pourra avoir lieu que dans un établissement hospitalier public. »

C'est une procédure analogue à celle qui est exigée par la loi vaudoise, mais elle concerne toutes les opérations non volontaires, quel qu'en soit le ou les motifs. Le règlement précise les indications relatives à l'interruption de grossesse (médicales, mais aussi eugéniques, sociales ou à la suite d'un viol) et les indications relatives «aux opérations destinées à empêcher la procréation» (médicales, eugéniques et prophylactiques) dont voici l'énumération précise:

« 1. Lorsqu'elles ont pour but de chercher à guérir ou à prévenir des maladies physiques ou mentales, ou des tendances à la délinquance.

2. Lorsque l'intéressé est atteint au point de vue physique ou mental d'une tare de santé, infirmité ou maladie telle que toute procréation paraît indésirable.

3. Lorsque les conditions de santé ou les tares héréditaires de l'intéressé ou de son conjoint sont de nature à avoir, selon toute probabilité, une influence nuisible sur la santé ou le développement physique ou mental de tout produit de conception. »

On peut souligner les importantes précautions dont auraient été entourées les interventions en question.

Le texte proposé par Naville est sans doute postérieur à ses publications de 1925, mais il doit être antérieur à 1937 car l'auteur propose ici de réviser le Code

pénal genevois. Or, les Chambres fédérales avaient accepté le Code pénal fédéral cette année-là et dès lors, malgré le référendum qui fut lancé, il devenait illusoire de penser réviser des codes cantonaux. En conséquence, le projet de Naville apparut rapidement comme irréalizable. On peut se demander pourquoi Naville n'a pas préféré passer par une révision de la loi sanitaire cantonale, comme ce fut le cas dans le canton de Vaud, puisque le principe d'un code pénal fédéral était admis depuis 1896. Il est possible que, en sa qualité de professeur de Médecine légale, Naville ait pensé de cette manière conserver la haute main sur un sujet qui lui tenait à cœur.

A la même époque, soit dans les années 20 et 30, la Loi sur le régime des aliénés du 25 mai 1895 est révisée et une nouvelle loi est adoptée en 1936⁷⁹². Etant donné l'époque de son élaboration, il n'aurait pas été très surprenant qu'elle contienne un article réglementant la stérilisation des malades et handicapés mentaux, mais tel n'était pas le cas. Parmi les psychiatres qui se chargèrent de préparer la loi de 1936, on peut mentionner Charles Ladame⁷⁹³ et Georges de Morsier, tous deux peu favorables à l'eugénisme. De Morsier, dans une conférence⁷⁹⁴ donnée à la Société genevoise de prophylaxie mentale et de patronage en 1928, avait décrit ce que recouvrait une « organisation de prophylaxie mentale complète et rationnelle »:

« 1. Un service ouvert pour malades mentaux, c'est-à-dire un service purement médical où les malades sont soignés en cure libre, exactement comme le sont les malades dans un service hospitalier ordinaire et sans aucune intrusion de l'autorité de police, en un mot, sans internement.

2. Un service d'enfants comprenant une section pour les enfants non rééducables et une section pour les enfants rééducables mais qui demandent une surveillance médicale continue.

3. Une consultation pour malades nerveux et mentaux où chacun puisse venir librement et gratuitement demander des soins ou des conseils à des spécialistes.

4. Un service social, c'est-à-dire une organisation permettant de visiter à domicile les malades mentaux légers, de leur donner tous soins ou conseils utiles et de faire également les enquêtes à domicile concernant les malades difficiles qui entrent en conflit avec leur entourage.

5. Une assistance psychiatrique judiciaire aux délinquants et aux détenus, comportant tout d'abord la création d'un service d'anthropologie pénitentiaire annexé aux pénitenciers et aux prisons, pour l'examen systématique des prisonniers et des détenus et secondairement, une réforme adéquate du code pénal.»⁷⁹⁵

Les divers points du programme assez visionnaire de de Morsier seront réalisés à plus ou moins brève échéance. Il importe de relever qu'à aucun moment il

⁷⁹² Loi du 14 mars 1936 sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales.

⁷⁹³ Les indications concernant le rôle joué par Ladame et de Morsier dans l'élaboration de la loi de 1936 figurent dans deux textes de LADAME 1933, pp. 56-58 et 1939, p. 504.

⁷⁹⁴ MORSIER 1928 (édition du texte de la conférence donnée à l'assemblée générale de la Société genevoise de prophylaxie mentale en 1928).

⁷⁹⁵ *Ibidem*, pp. 9-10.

n'aborde la question de l'eugénisme alors que ce dernier était alors fréquemment présenté par d'autres comme une partie de l'hygiène mentale.

En somme, Ladame et de Morsier représentaient l'un des courants de la psychiatrie genevoise désireux de promouvoir une hygiène mentale exempte d'eugénisme, telle que l'imaginait un chef de file comme Henri Bersot. On ignore pourquoi c'est ce courant-là qui s'est retrouvé responsable du texte de la nouvelle loi plutôt que l'autre courant, celui de Naville et Flournoy par exemple.

Des arguments plus généraux sont à retenir pour expliquer le fait que Genève n'a pas légiféré en matière de stérilisation eugénique. Tout d'abord, il ne faut pas sous-estimer l'influence de la pensée libérale dans la Genève de la première moitié du XX^e siècle. Le libéralisme impliquait que l'Etat intervienne le moins possible dans la pratique médicale, non seulement d'un point de vue idéologique, mais aussi dans l'intérêt de l'exercice de professions judicieusement nommées "libérales". Ensuite, on ne peut exclure que les Genevois aient été échaudés par la notoriété un peu scandaleuse qu'avait acquise la loi vaudoise de 1928.

Conclusions

Les opposants à l'eugénisme et à la stérilisation apparaissent en rangs clairsemés à Genève en comparaison du nombre des auteurs qui y étaient favorables. Il faut considérer que l'eugénisme est demeuré surtout théorique et n'a pas eu à subir l'épreuve de l'adoption d'un projet de loi et de son application. Dans ces conditions, ces sujets n'ont en aucun moment réellement capté l'attention des médias ni suscité une opposition déterminée. Il faut relever toutefois que cette opposition a compté, comme nous le verrons, un défenseur influent en la personne du directeur de la Clinique psychiatrique cantonale, Charles Ladame, dont les prises de position ont certainement pu influencer non seulement la situation à Bel-Air, mais aussi la situation législative.

Il est possible qu'il ait été de bon ton de se montrer ouvert à des thèses progressistes, surtout quand elles étaient susceptibles de permettre la promotion de sa propre discipline. Dans cette perspective, on peut retenir la tentative des biologistes de soumettre les autres disciplines à leur programme eugéniste global et la réaction du psychologue Adolphe Ferrière qui pensait quant à lui que la psychologie avait autant à apporter à l'eugénisme que la génétique.

En fait, les psychiatres et les scientifiques genevois qui se firent les partisans de la science de Galton avaient sans doute dans l'idée que c'était une ouverture pour leur discipline. Toutefois, leur enthousiasme était prématuré pour des raisons externes à Genève, les applications nazies de l'eugénisme, et pour des raisons internes, l'attachement du corps médical à sa liberté de décision. Et ce n'est sans doute pas un hasard si les psychiatres abandonnèrent l'utopie de l'amélioration de la race avant les biologistes.

Enfin, l'inadéquation entre la vigueur des convictions eugénistes exprimées dans ces textes et l'absence presque totale de mise en pratique montre qu'il convient d'être prudent dans l'interprétation de travaux théoriques dont la finalité n'est pas toujours celle qui apparaît de prime abord.

Clinique de gynécologie de l'Hôpital cantonal

L'étude des archives de la Clinique de gynécologie de l'Hôpital cantonal de Genève est importante dans le but d'examiner l'évolution des pratiques de la stérilisation volontaire et pour connaître d'éventuels cas de stérilisation non volontaire. Sans doute de telles archives ne nous apprennent-elles rien sur la stérilisation masculine, mais la réticence face à ce type d'opérations jusqu'à une période récente laisse penser qu'elles ont été plutôt rares.

La situation genevoise est intéressante au point de vue géographique. Au vu de l'exiguïté de son territoire, il apparaît que les patients ne sont pas distribués dans plusieurs hôpitaux régionaux et que l'Hôpital cantonal draine une large part de la population. Certes, il est possible que des stérilisations non volontaires aient été pratiquées en cliniques privées, devenant ainsi difficilement repérables. Toutefois, une portion significative de la population était vraisemblablement contrainte, de par sa situation socio-économique, de recourir au secteur public.

Par analogie avec d'autres dépouillements d'archives, notamment celles du Service de gynécologie de l'Hôpital cantonal vaudois à Lausanne, la recherche a porté sur les années 1941, 1951, 1961 et 1971. Il faut toutefois relever une grande différence relative à la conservation selon les années⁷⁹⁶. Ce sont les années 1941 et 1971 qui apportent le plus de renseignements pour Genève.

Dans les fichiers diagnostics conservés aux archives, une rubrique «stérilisations» apparaît pour la première fois en 1940, une dizaine de stérilisations y sont annoncées. Avant cette date, les stérilisations étaient encore relativement rares. Lors du VI^e Congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française⁷⁹⁷ à Bruxelles en 1929, le professeur Beuttner, alors chef de la Clinique de gynécologie de Genève affirmait que 97 stérilisations avaient été exécutées de 1907 à 1929; cela représente une moyenne de 4, 4 cas par année, ce qui correspondrait pour 1921 à environ 1% des dossiers d'admissions.

En 1941, on repère 13 stérilisations (soit 2 % des admissions), en 1951, 71 stérilisations (6,5 %), en 1961, 160 stérilisations (8 %), en 1971, 104 stérilisations (3,5 %). Le nombre des stérilisations augmente donc rapidement dès les années 1940, jusque dans les années 1960, puis il diminue. En 1961, le pourcentage des stérilisations par rapport aux admissions est quatre fois supérieur à celui de 1941. On peut relever que la proportion des stérilisations est presque identique à Lausanne et à Genève autour de 1920 (1 %) et autour de 1960 (8 % à Genève et 12 % à Lausanne), mais

⁷⁹⁶ Les dossiers sont conservés jusqu'en 1950; au-delà, seuls les dossiers des patientes dont le nom commence par un «B» ont été conservés. Cependant les dossiers postérieurs à 1970 n'étaient pas encore détruits au moment de la recherche. Le choix des dossiers a été facilité par l'existence de documents centralisant les données: répertoires des admissions pour les années 1941 et 1951 et surtout fichiers diagnostics pour les années 1931, 1941, 1951, 1961 et 1971. Ces divers éléments impliquent que certaines années fournissent des résultats plus précis que d'autres: les années 1921, 1931, 1941 et 1971 permettent une étude détaillée de tous les dossiers; l'année 1951, malgré la destruction d'une grande partie des dossiers à l'exception de la lettre «B», permet des recoupements entre répertoires des admissions et fichiers diagnostics; enfin, nous obtenons le moins de précisions pour l'année 1961 qui cumule la destruction d'une grande partie des dossiers et l'absence de répertoires des admissions.

⁷⁹⁷ O. Beuttner dans BRINDEAU & CHEVAL 1929, pp. 541-545.

qu'elle est nettement plus élevée à Lausanne dans les années 40 et 50 (en 1951, 6,5 % à Genève et 17 % à Lausanne)⁷⁹⁸. La fréquence des stérilisations semble ainsi avoir été plus grande dans le canton de Vaud au milieu du siècle, mais assez comparable entre les deux cantons avant et après cette période.

Comme dans le canton de Vaud, il s'agit en priorité de femmes autour de 30 ans, mariées et ayant en moyenne trois enfants. Celles qui sont stérilisées pour motifs psychiatriques sont un peu plus jeunes, elles ont moins d'enfants et c'est parmi elles que l'on trouve le plus de célibataires. La proportion des femmes domiciliées en dehors du canton pour se faire stériliser est un peu plus élevée à Genève (20 % en 1961, 28 % en 1971) qu'à Lausanne (20 % en 1941 et 11 % en 1961). Mais il faut noter que dans le canton de Vaud, les hôpitaux régionaux accueillaient aussi des frontalières (à Payerne par exemple pour les Fribourgeoises). A Genève, la majorité des femmes domiciliées ailleurs que dans le canton⁷⁹⁹ proviennent de France (en majorité catholiques et ayant un plus grand nombre d'enfants que les femmes habitant Genève), alors que dans le canton de Vaud, elles venaient des cantons voisins.

Quant aux motifs de la stérilisation, seules les années 1941 et 1971 ont fait l'objet d'une recherche spécifique, mais la différence du nombre de dossiers rend les comparaisons très fragiles (13 en 1941 et 104 en 1971). On peut toutefois relever en 1941 qu'il y a six dossiers avec une indication psychiatrique, cinq avec une indication médicale et deux avec une indication obstétricale; il n'y a aucun cas d'indication gynécologique, fréquente à Lausanne dans les années 20, mais devenue très faible dans les années 50; il n'y a pas de motifs sociaux ou contraceptifs qui sont encore rares à Lausanne. A Genève, en 1971, la majorité des indications sont explicitement contraceptives (souvent la mention de «multiparité»), alors que dans le canton de Vaud, la majorité des stérilisations sont dites «sociales». Ainsi, l'accent dans l'argumentation est mis à Genève sur le nombre d'enfants et à Lausanne sur les conditions de vie. Les situations semblent toutefois analogues.

Les stérilisations qui présentent un motif psychiatrique sont au nombre de 6 (sur 13 stérilisations, soit 46 %) en 1941 et de 23 (sur 104 stérilisations, soit 22 %) en 1971; à Lausanne, il y en a 30 % en 1961. Comme dans le canton de Vaud, l'étude des dossiers qui contiennent une indication psychiatrique révèle qu'avant la Seconde Guerre, un nombre plus grand de stérilisations concernaient des femmes ayant des troubles de l'intelligence, oligophrénie ou débilité mentale, alors qu'après se trouve beaucoup plus souvent la mention d'une dépression ou d'une dépression réactionnelle.

⁷⁹⁸ Les données récoltées ne sont pas toujours comparables entre Genève et Lausanne; en particulier, à Genève, c'est l'année 1971 qui est la plus complète, alors que cette année n'a pas été dépouillée à Lausanne.

⁷⁹⁹ Seule la question de la stérilisation est étudiée ici, mais il importe de mentionner que les avortements et les interruptions de grossesse étaient particulièrement nombreux à Genève; de par la réputation libérale de Genève, le tourisme gynécologique y était particulièrement développé: il se trouvait être le 2^e canton suisse après Zurich pour le nombre d'avortements et d'interruptions de grossesse (GUALENI 2000 et DONDÉNAZ 1987).

Solange, 1941, mélancolie

Agée de 37 ans, « ménagère », mariée et mère de deux enfants, Solange est admise à la Clinique de gynécologie pour « grossesse de 3 mois et asthénie mentale ». Le psychiatre qui fait la demande d'interruption de grossesse précise qu'il s'agit d'une « mélancolie caractérisée », entretenue par la grossesse. Pourtant il estime que la stérilisation n'est pas indiquée en raison de la forte « auto-accusation » développée par la patiente.

À la Clinique de gynécologie, on estime cependant que « l'interruption de grossesse ne suffit pas. Il faut la stérilisation. Ceci rentre dans les vues du nouveau Code pénal. Celui-ci n'envisage pas la stérilisation dite eugénique ». Le moins que l'on puisse dire est que cette interprétation du Code pénal est libre. Il n'y est en effet pas question de la stérilisation. Il y est encore moins question de subordonner l'interruption de grossesse à une stérilisation. On ne comprend guère mieux le rôle que vient jouer ici la « stérilisation eugénique ». L'introduction imminente du nouveau code semble induire une période de flottement et de doute chez les praticiens.

Marthe, 1951, tendance à la dépression, 5 enfants

Agée de 32 ans, sans profession, mariée et mère de 5 enfants, Marthe a déjà subi une « interruption en 1946 par voie vaginale d'une grossesse au 3^{ème} mois selon avis conforme ». Elle est admise à la Clinique de gynécologie pour « grossesse normale à la 11^{ème} semaine et affection neuro-psychiatrique. Etat général: en bon état de nutrition, nerveuse avec tendance à la dépression ».

Elle a été envoyée en gynécologie par un psychiatre « pour interruption de grossesse et stérilisation, selon avis conforme. Pour psychasthénie avec menace de suicide son médecin pense qu'une nouvelle grossesse est contraindiquée ».

Ses antécédents personnels sont plutôt anodins: « Maladies d'enfance. Un peu de nervosité. Autrement bonne santé en général ».

La « mélancolie » de Solange en 1941 a laissé la place dix ans plus tard à la dépression. Ces cas vont devenir de plus en plus fréquents, et l'on n'attendra plus le sixième enfant pour intervenir.

Dans les dossiers de stérilisation on trouve des documents signés attestant le consentement à l'intervention; il n'y a pas, contrairement à Lausanne, de formulaires spécifiques pour la stérilisation, le formulaire est identique pour n'importe quelle opération. En 1941, le formulaire à en-tête de la Clinique de gynécologie et d'obstétrique indique:

*« Je soussignée déclare être d'accord que l'on pratique sur moi une opération
.... Je donne entière liberté à MM. les Médecins de la Maternité d'agir au mieux
des circonstances. Genève, le »*

Le formulaire peut être par exemple corrigé et complété comme suit: « [...] que l'on pratique *sur ma femme* une opération de stérilisation [...] »

En 1971, il s'agit d'un formulaire général pour l'Hôpital cantonal de Genève (fig. 14); il est plus complet et mentionne l'information sur les risques:

HOPITAL CANTONAL DE GENÈVE

Je soussigné(e), prie MM. les Médecins de procéder à l'opération qui leur paraît convenir à l'insu
 état ~~d'une stérilisation~~ *duement averti de son caractère définitif + et*, informé des risques spéciaux et généraux à toute intervention chirurgicale, leur donne entière liberté d'agir au mieux des circonstances.

Genève, le _____ 19 *71*.

18 000 N. 72 10256

Figure 14. Formulaire de consentement à une opération (Archives de l'Hôpital Cantonal et Universitaire de Genève). Ici: «stérilisation duement averti de son caractère définitif + app[endicite].»

Il est à noter que ces deux formulaires, prévus pour n'importe quelle opération, sont conçus pour attester le consentement de la personne elle-même et non, comme à Lausanne, celui du couple.

En 1941, 66 % des dossiers contiennent un document signé, la plupart sont signés par le couple même si le formulaire ne le suggère pas. En 1971, 82 %, pour moitié signé par le couple, pour moitié par la femme seule; il y a donc 18 % des dossiers sans document attestant le consentement, alors qu'à Lausanne, à peine 1 % des dossiers ne présentent pas de document de consentement. On peut en déduire que l'on était plus exigeant dans le Service de gynécologie de l'hôpital cantonal à Lausanne pour obtenir le consentement de la personne à une opération de stérilisation, étant donné le contexte des stérilisations légales⁸⁰⁰. En 1971, la moitié des stérilisations sont demandées par la patiente ou par le couple, l'autre moitié par un psychiatre privé, un médecin traitant ou la clinique de gynécologie elle-même.

Les renseignements contenus dans les dossiers sont insuffisants pour savoir si la stérilisation a été plus ou moins imposée à la personne par des tiers ou par des médecins. En considérant les stérilisations qui présentent un motif psychiatrique (6 en 1941, 20 en 1951, 5 en 1961⁸⁰¹, 23 en 1971), on a déjà relevé qu'une majorité concerne des cas de dépression. Quelques-uns cependant concernent des personnes considérées comme oligophrènes; les cas sont peu documentés, mais il ne semble pas que l'on puisse parler, ni quantitativement, ni qualitativement, d'abus flagrants ou de situations suspectes quant à la légitimité d'une stérilisation, tenant compte du fait que l'opération est admise à Genève pour des motifs non strictement médicaux. Certains sont pourtant problématiques, essentiellement à cause de la situation d'infériorité de la personne, soit à cause d'une capacité de discernement et de

⁸⁰⁰ On ne peut pas exclure non plus l'hypothèse que des documents n'aient pas été conservés dans les dossiers.

⁸⁰¹ Seulement les dossiers dont le nom commence par la lettre B ont été conservés, soit environ 7,5 % du total des admissions.

décision limitée, soit parce que la personne demande une interruption de grossesse et que le médecin préconise aussi la stérilisation, soit parce que l'on sent un flottement dans l'argumentation.

Suzanne, 1941, déficience psychique

Cuisinière célibataire âgée de 20 ans et mère de deux enfants illégitimes, Suzanne est enceinte de près de 3 mois lorsqu'un médecin de la Polyclinique psychiatrique demande son admission à la Clinique de gynécologie, où l'on retient le diagnostic de «déficience psychique» et de «chorée». Le psychiatre relève dans sa demande un «palais sub-ogival, un menton en galoche, une obésité marquée»; une «intelligence moyenne, affectivité assez rudimentaire». De plus, l'un de ses enfants souffre de «troubles nerveux». En conséquence, «les antécédents pathologiques (chorée) et les petits signes de dégénérescence présentés par la malade rendent souhaitables une interruption de grossesse et le cas échéant la stérilisation». Les considérations émises lors d'une présentation clinique en gynécologie du cas de Suzanne mentionnent la «grossesse de 2 mois coexistant avec tares nerveuses possibles: chorée à l'âge de 10 ans. Chorée pas suffisante pour justifier avortement ni stérilisation».

Si la chorée ne semble pas suffisante pour justifier l'interruption de grossesse et la stérilisation, la «déficience psychique» est susceptible d'y conduire, celle-ci étant plus semble-t-il d'ailleurs du registre de l'affectivité que de l'intelligence. En fait, il est très probable que la situation socio-économique de la patiente avait joué un rôle. Ce cas correspond à ceux qui étaient susceptibles d'être admis par le Conseil de santé dans le canton de Vaud qui aurait pu mettre en évidence, hormis la déficience psychique, des tares héréditaires (la chorée, les signes de dégénérescence) et une sexualité irresponsable (célibataire ayant deux enfants illégitimes), le cumul des arguments étant un motif d'hygiène sociale.

Mariette, 1941, oligophrénie

Agée de 29 ans, sans profession, mariée sans enfants, Mariette est admise pour «grossesse et oligophrénie». Elle a été détenue puis internée à l'Asile cantonal de Bel-Air «pour mauvais traitement sur la personne d'une fillette». La demande d'admission est signée par le professeur Morel, directeur de Bel-Air:

«Madame X, enceinte de deux mois, demande que sa grossesse soit interrompue et que toute grossesse ultérieure soit rendue impossible.

Cette demande se légitime pleinement, pour des raisons d'eugénisme, d'une part, Mme X présentant une oligophrénie, pour des mesures de précautions de l'enfant qui serait à naître, Mme X s'étant laissé aller à de mauvais traitements sur une fillette confiée sa garde. [...]».

En comparaison de l'asile psychiatrique de Cery dans le canton de Vaud, il semble qu'un très faible nombre de demande de stérilisation en est issu. Cet exemple montre pourtant que de telles demandes ont bien existé, dans les années 1940 du moins. Sans le danger lié aux mauvais traitements, on peut se demander si le directeur de Bel-Air, peu favorable aux thèses eugénistes et d'hygiène sociale, aurait accédé à la demande d'interruption et de stérilisation de sa patiente.

Raymonde, 1971, oligophrénie légère, désir de stérilisation

Agée de 39 ans, lingère, célibataire sans enfant, Raymonde est admise en gynécologie pour une « grossesse de 16 semaines. Demande d'inter. pour raisons psycho-sociales. Demande de stérilisation avec AC [avis conforme] ». Sous la rubrique « Affection actuelle » du dossier de la Clinique de gynécologie, il est précisé :

« Grossesse méconnue, la patiente ne sachant pas comment se font les enfants, n'établissant pas de rapport entre l'acte sexuel et la fécondation.

« Grossesse constatée il y a deux semaines. Bien supportée [...]. Désir de stérilisation assez affirmé bien que non mariée et enceinte pour la première fois.

« Oligophrénie légère et sous-développement culturel certain ».

Dans l'avis conforme, le médecin chargé de l'examen indique :

« Examen: Se présente accompagnée de sa sœur mariée à [...]. Il s'agit d'une faible d'esprit qui travaille comme lingère [...]; quand elle a congé, elle va chez sa mère à [...] et s'occupe d'elle. Cette dernière est actuellement en TT à [...] pour cancer utérin. Mlle X ne sait pas la nature de la maladie de sa mère et il vaut mieux qu'elle reste dans cette ignorance; cette mère ignore la gross. survenue chez cette fille, et il est également très souhaitable qu'elle demeure dans cette ignorance.

« L'interruption associée à une stérilisation sont certainement indiquées chez cette "oligophrène" de 40 ans. Comme le préconise [le gynécologue traitant], il est indiqué de le faire à la Maternité ».

Lisette, 1971, raisons médico-sociales, consentement

Agée de 25 ans, serveuse, mariée et mère de 2 enfants, Lisette est admise en gynécologie pour une « grossesse de 24 sem. avec avis conforme. Demande de stérilisation pour raisons médico-sociales. Reins polykystiques et pyélonéphrite chronique ».

Lisette T. a subi un examen psychiatrique à la Policlinique universitaire de psychiatrie :

« Patiente de 25 ans, en instance de divorce, 2 enfants de 7 et 4 ans placés chez sa mère, sommelière, chez laquelle on pose le problème d'une contraindication psychiatrique à la poursuite de sa grossesse de 4 mois non désirée, l'affection somatique (reins polikystiques) ne pouvant être actuellement invoquée pour justifier une interruption.

Patiente d'intelligence limitée, un peu fruste, qui donne une anamnèse banalisée sans grande résonance affective. Née [en France]. Deuxième de 8; père ouvrier, "gentil", décédé lorsqu'elle avait 13 ans, d'un ulcère gastrique? Mère de 52 ans, vivant maritalement avec un ami depuis 8 ans, ayant trimé pour élever ses enfants, "gentille" – pas de données anamnestiques précises sur sa petite enfance, dite heureuse; scolarité jusqu'à 15 ans, médiocre, 2 doublages; travaille dès l'âge de 15 ans comme ouvrière d'usine puis fille de cuisine; sommelière dès 18 ans. Mariage à 18 ans avec un ouvrier de 5 ans son aîné, cela après la naissance de leur premier enfant; échec d'emblée, en raison dit-elle de l'alcoolisme et de l'incurie du mari. Quitte le domicile conjugal il y a 3 ans, place ses enfants chez sa mère et vient travailler en Suisse. Liaison qui paraît avoir été peu investie, avec un homme marié; relations sexuelles sans précautions anti-conceptionnelles, la patiente donnant l'impression d'avoir totalement scotomisé l'éventualité d'une grossesse; l'ami aurait disparu, ou tout au moins aurait rejeté sa responsabilité dans l'aménorrhée en apprenant celle-ci. Le retard avec lequel la patiente entreprend des démarches en vue de l'interruption paraît dû en partie à des éléments extérieurs, mais aussi à son ambivalence.

»Pendant l'entretien, elle se dira d'abord décidée à tout, y compris à un avortement clandestin, pour supprimer cette grossesse, ensuite prête à assumer un 3^{ème} enfant en dépit de ses très gros problèmes financiers».

Hormis une intelligence peut-être diminuée, les motifs sont principalement sociaux, femme vivant seule, en situation économique précaire, en instance de divorce, ayant confié ses deux enfants à sa mère; le motif médical ne semble pas un facteur déterminant, il pourrait être plutôt un alibi. La femme demande certainement l'interruption de grossesse et la stérilisation semble préconisée par le médecin ayant signé l'avis conforme pour l'interruption de grossesse.

En 1971, quatre dossiers sur 23 avec motifs psychiatriques ne contiennent pas de signature. L'un concerne une femme de 38 ans, sans enfant, et qui a déjà eu trois interruptions de grossesse. Le dossier indique qu'elle a un «passé psychologique très chargé», qu'elle souffre de «névrose de caractère», qu'elle est «hystérique». Le deuxième cas est celui d'une femme de 36 ans qui a trois enfants et souffre d'asthénie. Le troisième cas est assez proche de ce dernier, la femme a 37 ans, trois enfants, son 2^{ème} mari est en prison, elle est depuis longtemps dans un état dépressif et anxieux. Cependant elle refuse l'opération de stérilisation et seule l'interruption de grossesse est pratiquée. Le quatrième paraît plus problématique:

Antoinette, 1971, raison psycho-sociale, absence de consentement.

Agée de 28 ans, sans profession, divorcée et mère d'un enfant, Antoinette entre à la Clinique de Gynécologie pour un «minime prolapsus et cystocèle sur utérus normal. Demande de stérilisation pour raison psycho-sociale».

La demande de stérilisation provient de la Policlinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique qui a examiné Antoinette M.:

«Demande de stérilisation chez une femme de 28 ans, divorcée, ayant déjà un enfant illégitime de trois mois dont elle est incapable, tant financièrement que psychologiquement, de s'occuper.

»La patiente est issue d'un milieu apparemment normalement structuré dont elle était la deuxième et dernière enfant. Non désirée, mal aimée, elle a été élevée jusqu'à 12 ans par ses grands-parents. Elle a présenté dans son enfance un tableau typique de psychose avec une angoisse massive, une énurésie persistant jusqu'à 20 ans, des troubles alimentaires sous forme d'anorexie, des difficultés instrumentales telles que retard de langage, bégaiement et difficultés psychomotrices. Elle n'a jamais suivi une scolarité normale.

Ce qui est actuellement au premier plan, comme cicatrisation de la psychose, c'est une débilité. La personnalité reste pourtant très mal organisée et fragile, susceptible de faire des accès d'angoisse et de dépression importants; ceci nécessiterait que la patiente reprenne son traitement au Centre Psycho-Social.

En conclusion, patiente débile qui frappe par son maniérisme et son trouble du langage, incapable d'élever un enfant, incapable aussi d'assumer des mesures contraceptives, mais chez laquelle une décompensation n'est pas exclue».

Les causes de la stérilisation d'Antoinette sont multiples: débilité mentale, dépression, difficultés relatives à la maternité, contraception pas assez sûre. Le cas ressemble à

d'autres situations de stérilisation que l'on peut qualifier de non volontaires, dont la décision ne peut être assumée par la personne mais dont la légitimité n'est pas exclue. On peut seulement se demander si la démarche n'est pas un peu succincte et rapide.

Il n'y a donc pas de modalités légales relatives aux stérilisations non volontaires dans le canton de Genève, les décisions étant laissées à la responsabilité des médecins, principalement le gynécologue ou le chirurgien qui effectue l'opération. Hormis quelques cas problématiques, analogues à ceux rencontrés dans les cantons de Vaud et de Neuchâtel (dans le cadre et hors cadre légal), il ne semble pas que ce libéralisme ait favorisé, du moins à l'Hôpital cantonal, la pratique de la stérilisation non volontaire.

Clinique psychiatrique de Bel-Air

L'examen des dossiers de la Clinique psychiatrique de Bel-Air⁸⁰² apporte très peu de renseignements⁸⁰³ concernant des éventuelles stérilisations. Seuls 75 dossiers de personnes hospitalisées entre 1920 et 1970 ont été sélectionnés en fonction du sexe, de l'âge, de l'état civil des personnes et des pathologies qui leur étaient attribuées. Les personnes admises en hôpital psychiatrique et susceptibles d'être stérilisées ou castrées sont en priorité (d'après la littérature et d'après les résultats relatifs à l'application de la loi vaudoise sur la stérilisation des personnes atteintes de maladies ou d'infirmités mentales) des femmes en âge de procréer, plutôt jeunes, célibataires pour la plupart dont le diagnostic le plus fréquent est celui de débilité mentale, suivi de ceux de dépression, de psychopathie, de schizophrénie; chez les hommes, il s'agit de débiles mentaux et de pervers. La moitié des cas sélectionnés se révèle concerner d'une manière ou d'une autre une problématique sexuelle.

Troubles du comportement sexuel

Une quinzaine de dossiers mentionnent des troubles du comportement sexuel; dans la plupart des cas, les psychiatres de Bel-Air optent pour qu'une surveillance des personnes concernées soit assurée après l'hospitalisation: dans un premier temps, des années 1920 aux années 1950, les patientes sont prises en charge par leur famille ou par des institutions où le contrôle est facilité; dans un second temps, soit depuis les années 1960, des psychiatres installés ou des organismes étatiques en ville, comme la Policlinique psychiatrique sont chargés d'assurer le suivi des patientes.

⁸⁰² Asile cantonal de Bel-Air, puis Asile-Clinique psychiatrique entre 1900 et 1946; Clinique psychiatrique de Bel-Air de 1946 à 1993; Belle-Idée depuis 1993. « Bel-Air » en est ici l'appellation abrégée.

⁸⁰³ Le mode de classement des dossiers ainsi que les mesures administratives relatives à la consultation des archives n'ont pas permis le dépouillement des dossiers d'une année complète (ou partielle) tous les dix ans, comme cela a été envisagé dans d'autres hôpitaux.

Imbécillité, érotisme, 1922

Il s'agit d'une jeune femme de 24 ans, célibataire, sans profession et avec un diagnostic d'«imbécillité». Elle entre à Bel-Air suite au décès de ses parents: «La famille désire le placement à Bel-Air où elle pourrait paraît-il rendre quelques petits services» car, étant «d'une intelligence très peu développée, on ne peut la laisser sans surveillance» du fait de son érotisme.

La jeune femme est accompagnée à son entrée à Bel-Air par sa sœur, diaconesse, sur les conseils d'un pasteur. Elle est transférée en 1929 dans un asile pour personnes âgées, vraisemblablement pour y travailler tout en demeurant sous surveillance.

Bouffée délirante, 1967

Il s'agit d'une femme de 24 ans, ménagère, artiste peintre et mariée. Elle est diagnostiquée comme étant sujette à des bouffées délirantes. Elle est placée en observation à Bel-Air à la demande de la police et de son mari. «Depuis quelques temps, la patiente souffre d'insomnies avec idées délirantes nombreuses. Ce matin se promène nue dans le parc». Auparavant, «la pose d'un stérilet, semble avoir mobilisé une situation déjà hypothéquée: le jour même, elle se donne à un inconnu au Parc et, par la suite, à plusieurs reprises à des amis dont elle fait la connaissance dans les bistrotts qu'elle fréquente».

Après près de deux mois passés à Bel-Air, la patiente rentre chez elle tout en continuant de voir un spécialiste en ville.

Certains types de déviations font apparaître des périodisations possibles: jusqu'aux années 1940 et 1950, les manifestations d'«érotisme» semblent prévaloir chez les femmes; durant les années 1950, s'affirme chez les hommes l'existence de tendances pédophiles; et au cours des années 1960, paraît se dégager chez les femmes, peut-être en lien avec la libération des mœurs sexuelles, une propension à sombrer dans des situations de «quasi prostitution». Plus que des indices de modification réelle des types de déviations sexuelles, ces périodes paraissent plutôt refléter l'évolution de la perception qu'en ont des tiers, des médecins, voire la société.

Interruptions de grossesse

Parmi les 75 dossiers sélectionnés, on repère une mention d'avortement provoqué et neuf mentions d'interruption de grossesse (antérieures à l'admission ou demandées pendant l'admission), principalement entre 1950 et 1970. Aucune ne semble motivée par des préoccupations se rapportant à l'hérédité. Demandées surtout par les patientes et concernant peu les femmes reconnues débiles mentales, elles s'apparentent à des indications médicales et sont pratiquées pour éviter des tentatives de suicide en cas de dépression ou pour éviter l'aggravation de psychoses.

Hospitalisation à la suite d'une interruption de grossesse, 1925

La patiente, une Valaisanne célibataire de 22 ans, travaillant à Genève comme bonne à tout faire, est admise à Bel-Air avec le diagnostic de débilité mentale. Elle est hospitalisée à la demande du Juge d'instruction pour évaluer son état mental suite à un « infanticide », en fait un avortement provoqué par la patiente. Elle « n'avait jamais entendu dire qu'elle pouvait avoir un enfant à la suite d'un rapport sexuel. Avoue qu'elle savait depuis quelques semaines qu'elle était enceinte et qu'elle savait qu'elle commettait un crime ».

Demande d'interruption de grossesse, 1968

Patiente âgée de 25 ans, célibataire, genevoise, sans profession. Admise à Bel-Air suite à une « décompensation dépressive lors d'une grossesse, sur fond névrotique phobico-abandonnique et caractériel ». Le psychothérapeute qui avait demandé l'admission à Bel-Air indiquait quant à lui : « Décompensation chez une psychose catatoniforme sur la base d'une grossesse et de sentiments d'abandon à la veille des vacances du médecin traitant [le psychothérapeute lui-même] et par une suspicion de grossesse ». De plus, la patiente avait passé de 3 à 5 ans en sanatorium, « père décrit comme coléreux, violent, inaffectueux, depuis son enfance dysthymie avec moments d'asthénie grave, restant au lit sans avoir envie de rien faire ». La situation paraît suffisamment sérieuse pour que Bel-Air demande une interruption de grossesse qui sera autorisée. Après l'opération : « disparition de l'état dépressif ». C'est la seule demande d'interruption de grossesse, sur dix cas, qui provient de Bel-Air ; il n'a pas été question de stérilisation.

Délits sexuels

Sept dossiers concernent des hommes ayant commis des délits sexuels et en majorité considérés comme débiles mentaux ; cinq dossiers contiennent des mentions de proposition de castration : deux castrations sont préconisées par le Juge d'instruction, une castration est demandée par le Conseil de surveillance psychiatrique et par le directeur de Bel-Air, mais n'est pas effectuée, le patient restant interné plus d'une année jusqu'à ce que soit confirmée la baisse par médication de son activité sexuelle ; dans les deux derniers cas la castration est demandée par le patient lui-même, une fois sur le conseil de son avocat et une fois sous la pression du Ministère public. Seules ces deux castrations sont effectuées. Le fait que les cas de débilité mentale dominent ici pourrait laisser penser que des préoccupations quant à la descendance éventuelle des patients accompagnent l'indication « thérapeutique » officielle.

Délit sexuel, castration, 1949

Le patient, un homme de 34 ans, célibataire, nettoyeur de profession, est hospitalisé suite à un examen psychiatrique effectué en ville à la demande de la Police de Sûreté. Un psychiatre de Bel-Air chargé à son tour d'examiner le patient note :

« Le patient est dit avoir commis de nombreux attentats à la pudeur sur des fillettes et des petits garçons et souffrir d'oligophrénie avec absence de sens moral et inconscience ».

totale de la gravité de ses actions. [...] Il reste dangereux pour la société, à moins qu'il soit sous surveillance très stricte – surveillance que son beau-père s'engage à exercer. Dans ces conditions, nous envisageons de le laisser rentrer chez ses parents, mais à la moindre rechute de quel ordre qu'elle soit, il devra être de nouveau hospitalisé et cette fois pour une longue période.»

A la demande du Juge d'instruction, un autre psychiatre installé va devoir examiner le patient: «Il est très probable que l'état [du patient] serait grandement amélioré, du moins en ce qui concerne sa sexualité mal inhibée, s'il acceptait sa castration, qui pourrait être opérée en clinique chirurgicale. A défaut de quoi, [le patient] devra sans doute rester interné encore fort longtemps dans un établissement psychiatrique tel que Bel-Air.»

Le patient, sur conseil de son avocat et peut-être aussi du Juge d'instruction, va demander lui-même l'opération et ainsi obtenir sa libération auprès du Conseil de surveillance psychiatrique.

Tout porte à croire cependant que Bel-Air n'était pas disposé à forcer ces délinquants sexuels à subir une castration: les expertises qui y sont élaborées n'y poussent pas; lorsqu'un patient refuse l'opération, même demandée par le directeur, l'idée en est abandonnée; enfin, les deux castrations effectuées ont été demandées par les patients eux-mêmes, dans l'espoir d'une libération sans doute, mais en connaissance de cause semble-t-il.

Stérilisations

Cinq mentions relatives à des stérilisations sont repérées, toutes entre 1950 et 1970. Aucune de ces situations ne révèle une demande de stérilisation formelle de la part de Bel-Air. Dans un cas, il s'agit en fait d'une opération entraînant la stérilité et non d'une stérilisation à proprement parler, la patiente, diagnostiquée comme débile mentale, ayant subi une hystérectomie totale pour une affection gynécologique. Une autre patiente, psychopathe, avait été stérilisée quinze ans avant son admission, vraisemblablement à l'initiative de la Clinique de gynécologie elle-même. La troisième, avec un diagnostic de névrose, avait été placée en observation à Bel-Air suite à une interruption de grossesse et une ligature des trompes dont les initiateurs ne sont pas précisés. La quatrième, diagnostiquée comme psychopathe constitutionnelle, affirmait vouloir se faire stériliser dès sa sortie de Bel-Air. La cinquième, dépressive, avait été stérilisée l'année précédant son hospitalisation.

En définitive, il y a très peu d'indications relatives à la stérilisation, en particulier au sujet des demandeurs et de leurs motivations, mais aussi au sujet du consentement éventuel des patientes. Les femmes concernées font surtout l'objet de demandes de stérilisation indépendamment de séjours psychiatriques et, vivant mal cette épreuve, sont hospitalisées par la suite à Bel-Air. En fait, selon nos données, pour les patients de Bel-Air les demandes de castration de délinquants sexuels semblent avoir été plus fréquentes que les demandes de stérilisation de femmes handicapées mentales ou socialement inadaptées.

Ainsi, sur les 75 dossiers sélectionnés, trois femmes étaient déjà stérilisées lors de leur admission en 1952, 1957 et 1960, deux hommes sont castrés suite à leur internement à Bel-Air en 1946 et 1949, un homme refuse la castration demandée par le Conseil de surveillance psychiatrique et le directeur de Bel-Air en 1957. Un cas, celui de Mariette, a été repéré dans les archives de la Clinique gynécologique en 1941 concernant une demande de stérilisation émanant de la Clinique de Bel-Air; les autres demandes de stérilisation pour motif psychiatrique émanaient de psychiatres privés ou de la Policlinique psychiatrique.

L'échantillon n'est certainement pas représentatif, mais on aurait pu s'attendre, comme ce fut le cas à l'Hôpital psychiatrique de Cery dans le canton de Vaud jusqu'à la fin des années 50, à des demandes plus nombreuses de la part des psychiatres de Bel-Air pour les dossiers examinés. Si l'on considère que les seules traces repérées de demandes de castration et de stérilisation provenant de Bel-Air se situent entre 1940 et 1960, on peut se demander si la position des directeurs successifs n'a pas joué un rôle. Cette période correspond en effet à la direction de Ferdinand Morel.

Les psychiatres de Bel-Air et la question de la stérilisation

L'étude des dossiers de patient(e)s à Bel-Air apportant peu de données sur la stérilisation, il paraît utile de connaître, dans la mesure du possible, la position des directeurs de Bel-Air vis-à-vis de l'eugénisme et de la stérilisation des malades mentaux à travers leurs articles ou leurs ouvrages, voire les notices nécrologiques rédigées par leurs collègues. L'influence d'un médecin-directeur est grande sur l'établissement qu'il dirige, et se trouve renforcée par le fait que, à Genève comme dans les autres cantons universitaires, il détient la chaire de psychiatrie.

Le professeur Rodolphe Weber (1866-1937), directeur de 1900 à 1924, a peu écrit, rien semble-t-il sur le sujet de la stérilisation et sa personnalité était du reste peu susceptible de s'impliquer dans le courant eugéniste. Charles Ladame (1871-1949) avait travaillé de 1908 à 1918 avec Weber et lui succéda en 1925 jusqu'en 1938. Il n'apparaît pas du tout favorable à l'eugénisme négatif, il s'oppose d'abord à l'euthanasie, puis à la stérilisation.

En 1920, un professeur de droit et un professeur de psychiatrie allemands publiaient une brochure intitulée *De l'autorisation de détruire les existences sans valeur*⁸⁰⁴. Charles Ladame, fils de Paul-Louis, alors médecin suppléant du directeur de l'Asile psychiatrique de la Rosegg dans le canton de Soleure, y répondit l'année suivante dans un article cinglant intitulé «A mort les incurables! A mort!»⁸⁰⁵.

⁸⁰⁴ BINDING & HOICHE 1920. Le titre ainsi que les passages cités par Ladame sont vraisemblablement traduits par lui-même.

⁸⁰⁵ LADAME 1921.

«[Les] auteurs de cette brochure avancent les arguments logiques, développent tous les raisonnements juridiques, accumulent tous les faits médicaux, sociaux, moraux et autres, susceptibles de justifier la thèse, inattendue pour le moins, que les aliénés incurables, âmes mortes dans des corps vivants, charges effroyables pour les budgets des Etats et ceux des particuliers, peuvent et doivent être détruits.»⁸⁰⁶

Déplorant le manque de protestation face aux propositions de Binding et Hoche, Charles Ladame en appelle à ses collègues.

«Et vous, médecins aliénistes, mes confrères, vous dont la vocation, jusqu'ici tout au moins, s'ingéniait à soulager la souffrance humaine comme à alléger le poids des infirmités de tant de malheureux, vous qui êtes préposés à l'empêchement des suicides, de la mort par inanition [...]; vous qui savez parfaitement que le mal ne réside pas seulement dans la poignée d'incurables échoués dans votre asile, mais bien dans les causes multiples, connues pour quelques-unes et dénoncées aux pouvoirs publics inactifs jusqu'alors [...], vous pensez, en dépit de mes longues citations, tant ceci est énorme, qu'on veut vous en faire accroire. Mais lisez donc la brochure Binding-Hoche et de votre conviction à tous sortira peut-être l'effort nécessaire pour barrer le chemin à ce souffle de déchéance humaine.»⁸⁰⁷

Cet article de Ladame dut avoir quelque notoriété car il est cité dans un ouvrage danois en tant que réponse des Français (!) à la solution de l'euthanasie proposée par Binding et Hoche: «Quite rightly the French (Cf. La Dame [sic] "A mort les incurables! A mort!") have branded the very thought of such a procedure as barbarous»⁸⁰⁸.

Pour Charles Ladame, les risques de déchéance morale résidant dans le fait de proposer l'euthanasie des incurables exigent une réponse ferme de la part de la communauté des aliénistes. En effet, il est à craindre qu'«avant qu'il soit longtemps, l'un quelconque de nos gouvernements aux abois fera acte de ce libelle [la brochure de Binding et Hoche] devant l'opinion publique, appuyé sur l'autorité incontestée de nos professeurs en droit et en psychiatrie»⁸⁰⁹.

Certes, l'auteur n'attaque-t-il pas de front l'eugénisme dans ces lignes, mais un type de mesure extrême que seuls les nazis finiront par mettre en œuvre. Il est vrai aussi que Charles Ladame, pour éviter qu'on persécute quelques idiots, préfère affirmer l'existence de problèmes sociaux (tels que l'alcoolisme, le crime, la misère des classes pauvres) considérés comme des pourvoyeurs des asiles. Mais il ne propose aucune mesure directement eugéniste; les solutions résident selon lui dans l'amélioration de «l'assistance des aliénés» et le développement de «la prophylaxie des maladies mentales».

On trouve des précisions sur les conceptions de Charles Ladame en ce qui concerne la prophylaxie des maladies mentales dans une monographie qu'il

⁸⁰⁶ Ibidem, p. 41.

⁸⁰⁷ Ibidem, p. 43.

⁸⁰⁸ LUNDAHL 1932, p. 199.

⁸⁰⁹ LADAME 1921, p. 44.

consacra à Bel-Air en 1933⁸¹⁰. Ce texte témoigne du développement d'une pensée originale sur la question de l'eugénisme publiée alors même que naissait en Allemagne une loi réglementant la stérilisation de personnes porteuses de maladies considérées comme héréditaires.

« La Prophylaxie destructive des germes de la dégénérescence se lève pour préserver la société et le monde futur de produits supputés tarés ab ovo et légifère sur la stérilisation des psychopathes graves, des déséquilibrés, des aliénés aux hérédités chargées, voire des criminels.

Les données fournies par les recherches sur l'hérédité sont-elles donc à ce point certaines? Pouvons-nous nous porter garants de la procréation inéluctable des "tarés"? Et puis, en dehors de toute considération philosophique, morale, religieuse ou juridique, je demande: sommes-nous vraiment en mesure de donner au "lésionné" des assurances formelles quant à l'intégrité ultérieure de son organisme? Et, d'un autre côté, prenant en considération la gravité de ces interventions du point de vue social et juridique, je demande encore: est-on vraiment en mesure de se porter garant auprès de la société elle-même des résultats escomptés?

Quant à nous, en face de ces problèmes, fort aussi de cette incertitude, qui n'est au surplus qu'un accessoire, mais fort surtout de l'opinion qu'aucun droit humain ne nous est conféré pour résoudre de la sorte ces questions, nous considérons comme normale et juste l'attaque directe des fléaux appelés à juste titre: des maladies sociales, la tuberculose, la syphilis, l'alcoolisme, dont on connaît pertinemment les méfaits sur l'individu, la famille et la société entière. On dispose de moyens pour les atteindre. Et si la réussite de cette entreprise a été médiocre jusqu'ici, cela tient au fait que tant de considérations et d'intérêts privés passent avant l'intérêt général, celui de la communauté. Il faut bien se rendre à l'évidence, il est plus facile de légiférer sur le droit de mort ou de mutilation (stérilisation) des victimes de la triade meurtrière autant qu'onéreuse, que de s'attaquer à la racine du mal. Et si toutefois on l'avait ce courage, il ne faudrait pas attendre longtemps pour s'apercevoir que le déchet inéluctable de l'humanité serait réduit à sa portion congrue. Ces tarés, auxquels nous devons protection et soins, sont les victimes des poisons que la société patente [autorise] et dont elle tire bénéfice coquet. N'est-il pas pénible de lire dans les communiqués officiels chaque année la proclamation de la répartition de la dime de l'alcool, prélevée en fait sur le sang et la cervelle d'individus intoxiqués ou infectés dont l'hospitalisation va durer des mois et des années.»⁸¹¹

Tout comme dans l'article précédant, l'auteur ne s'en prend pas nommément à l'eugénisme. Il lui suffit d'en fustiger l'iniquité et l'incertitude des mesures les plus radicales, l'euthanasie et la stérilisation des êtres « tarés ». Il est probable que Charles Ladame n'a pas été absolument opposé à l'eugénisme dit positif. En effet, bien que sa carrière de psychiatre l'ait amené à travailler huit ans en Suisse alle-

⁸¹⁰ LADAME 1933.

⁸¹¹ *Ibidem*, pp. 54-55.

mande, les influences françaises sont chez lui prépondérantes et, à l'image de ses confrères d'Outre-Jura, les mesures d'eugénisme positif fondées sur l'action du milieu, l'éducation des anormaux, l'éducation sexuelle, les consultations matrimoniales, devaient seules lui apparaître comme acceptables⁸¹². Il préférait préconiser la lutte contre les « maladies sociales » plutôt que la lutte contre une hypothétique dégénérescence de l'espèce humaine.

La même année 1933, une femme, médecin interne de Bel-Air, Yvonne Pidoux, faisait paraître un article⁸¹³ sur le sujet dans *Nova et vetera*, « Revue catholique pour la Suisse romande » qui tout au long des années 1930 publia des articles hostiles à l'eugénisme et à la stérilisation.

Si le professeur Ladame se contentait d'argumenter au niveau de principes généraux, sa collaboratrice n'hésitait pas à examiner de plus près les divers aspects de la question. Elle passe ainsi rapidement en revue trois sortes de législation sur la stérilisation des malades mentaux, aux États-Unis, en Allemagne et dans le canton de Vaud; elle décrit trois types d'opérations que peut recouvrir le terme générique de stérilisation, soit la castration, la salpingectomie et la vasectomie; et elle présente différentes indications non médicales de la stérilisation, à savoir les stérilisations à titre thérapeutique, prophylactique social et eugénique.

Les conclusions de la docteure Pidoux ne laissent aucun doute:

« Nous venons de voir qu'au point de vue scientifique et médical, les mesures de stérilisation en général ne cadrent pas avec l'état actuel de nos connaissances, et qu'elles dépendent en grande partie d'une appréciation médicale très personnelle et d'indications qui, comme celles de l'avortement médical, changent d'année en année, au gré des théories et des hommes.

Au point de vue scientifique, la stérilisation est injustifiée à cause des trois facteurs principaux d'erreur:

- a) caractère récessif des anomalies pathologiques et leur latence prolongée;*
- b) doute sur la paternité réelle;*
- c) difficulté de déterminer pour chaque cas d'une maladie le facteur héréditaire et le facteur occasionnel.*

On peut y ajouter de plus, au point de vue médical, les erreurs de diagnostic et le peu de certitudes qu'offre l'examen des documents cliniques faisant foi en matière d'hérédité.

Nous noterons encore le danger que font courir au patient des opérations de stérilisation, qui tantôt, comme dans la salpingectomie présentent un risque qu'on ne peut passer sous silence, tantôt comme dans la castration risquent presque à coup sûr d'avoir une répercussion extrêmement sérieuse sur l'état psychique du malade. On ne peut admettre qu'il soit justifié de faire courir ce risque à des êtres humains sur la foi de simples hypothèses scientifiques.»⁸¹⁴

⁸¹² Sur l'eugénisme en France, voir CAROL 1995.

⁸¹³ PIDOUX 1933.

⁸¹⁴ *Ibidem*, pp. 432-433.

Sans aborder les problèmes moraux et théologiques, laissés dans le même numéro de *Nova et vetera* aux soins de Charles Journet⁸¹⁵, l'auteur énumère dans sa conclusion les objections scientifiques qu'énonçaient alors couramment les opposants à la stérilisation. D'ordre biologique et médical, ces objections portaient essentiellement sur les incertitudes des lois de l'hérédité et sur les risques engendrés par ces opérations, soit la létalité de la stérilisation et les séquelles psychologiques de la castration.

Il est difficile de ne pas voir une corrélation entre la prise de position du directeur de Bel-Air et l'étude de sa subordonnée. Toutes les deux relèvent vraisemblablement d'une action concertée pour faire connaître la position de Bel-Air à l'heure où les nazis faisaient adopter la loi du 14 juillet 1933 destinée à enrayer par la stérilisation les naissances de personnes héréditairement tarées. La démarche des psychiatres de Bel-Air est du reste remarquable par sa rapidité, alors que les oppositions à la loi allemande ne se sont surtout manifestées qu'après que soient connus les excès qu'entraînait son application.

Quant au professeur Ferdinand Morel (1888-1957), directeur de 1938 à 1957, et au professeur Julian de Ajuriaguerra (1911-1993), directeur de 1958 à 1975, ils n'ont laissé semble-t-il aucune trace concernant soit l'eugénisme, soit la stérilisation. Morel s'est exprimé nettement contre la psychochirurgie (leucotomie)⁸¹⁶, alors qu'il ne s'opposait pas nécessairement à la castration de certains psychopathes sexuels⁸¹⁷. Cette différence d'appréciation est certainement influencée par le critère de la délinquance du patient, c'est-à-dire sa dangerosité. On retrouve un tel critère dans la demande de stérilisation émanant de Bel-Air repérée dans les dossiers de la Clinique gynécologique et concernant Mariette, accusée en 1951 de mauvais traitements sur une fillette. Les possibilités de curabilité n'entraient probablement pas en ligne de compte, puisque, lorsque Ferdinand Morel se prononçait contre la leucotomie, les neuroleptiques n'étaient même pas connus. L'opposition d'avant-guerre chez Ladame ou chez Yvonne Pidoux à l'eugénisme négatif s'est muée dans les années 1940 et 1950 en une certaine indifférence, voire en une acceptation tacite dans certains cas de stérilisation dite eugénique.

Quant à Julian de Ajuriaguerra, il appartenait à une nouvelle génération de psychiatres. Formé en un temps où l'eugénisme déclinait, il y fut sans doute peu réceptif, à l'image du professeur Müller à Cery qui se montrait très hostile à la loi vaudoise sur la stérilisation des malades et handicapés mentaux. Il faut encore tenir compte de ses origines basques (Espagne), de l'enseignement reçu des jésuites et de sa carrière effectuée en France jusqu'à sa nomination à Bel-Air⁸¹⁸. Il est fort peu probable dans ces conditions qu'il ait pu développer quelque sympathie pour l'eugénisme.

Un élément extérieur est également à prendre en considération; dès les années 1960 les personnes déficientes mentales sont progressivement retirées de Bel-Air pour être placées dans des institutions spécialisées, d'abord dans le canton de Vaud

⁸¹⁵ JOURNET 1933.

⁸¹⁶ MOREL 1951, pp. 108-109.

⁸¹⁷ MOREL 1947, p. 283.

⁸¹⁸ TISSOT 1993.

surtout, puis dans le canton de Genève. Ainsi, avec la différenciation plus marquée entre maladies et handicaps mentaux, la population traditionnellement la plus susceptible d'être stérilisée pour motif eugénique se voyait éloignée des cliniques psychiatriques.

Aussi lacunaires que soient les données obtenues avec les dossiers de patients, elles sont tout de même confirmées par les éléments recueillis dans les biographies et publications des directeurs. Lorsque les demandes de stérilisation pour raisons eugéniques débutèrent en Suisse romande, dans le courant des années 1910 à Cery par exemple, et lorsque, durant les années 1920, la pratique se développait, on trouve à la tête de Bel-Air un homme peu préoccupé par la stérilisation des malades et handicapés mentaux, le Dr Weber, puis un homme qui lui était ouvertement hostile, le Dr Ladame. A la fin des années 1930, le Dr Morel est sans doute moins défavorable à la stérilisation que son prédécesseur, mais les cas sont rares. Pendant les années 1960 et 1970, ni les dossiers, ni les publications ne laissent penser que des stérilisations de patient(e)s psychiatriques aient été demandées en nombre par Bel-Air. Il est en outre remarquable que, durant toute la période étudiée, des solutions différentes de la stérilisation aient pu être choisies, comme l'internement de longue durée, la surveillance familiale ou le placement en institution. Les données concernant Bel-Air correspondent assez bien aux résultats obtenus à la Clinique de gynécologie; les demandes de stérilisation pour motifs psychiatriques recensées à la Clinique de gynécologie étaient presque exclusivement justifiées médicalement. Les options de Bel-Air, dans ce domaine du moins, ont peut-être influé sur toute la psychiatrie genevoise.

Stérilisation de handicapés mentaux depuis 1970

A Genève comme ailleurs, les institutions s'occupant des personnes déficientes mentales ont connu un fort développement depuis les années 1970. Parallèlement, la question de la stérilisation de personnes dépourvues de discernement se centre encore plus qu'auparavant sur des personnes déficientes mentales. La manière d'aborder et de motiver la stérilisation de ces dernières avait du reste commencé à se modifier durant les années 1960 et cette métamorphose s'achèvera la décennie suivante. On ne parle plus dorénavant de stérilisation eugénique mais de stérilisation contraceptive de handicapés mentaux.

Existe-t-elle à Genève?

De manière générale, les responsables institutionnels ou médicaux et les intervenants dans les médias partagent l'opinion que des stérilisations de handicapés mentaux sont effectivement pratiquées sur le territoire du canton; toutefois, les avis divergent sur la fréquence de ces interventions.

La stérilisation des handicapés et malades mentaux concerne de moins en moins les services publics de gynécologie et de psychiatrie. Selon le Professeur Krauer, qui a dirigé le Service de gynécologie de l'Hôpital cantonal de la fin des

années 1970 à la fin des années 1990, les stérilisations étaient très nombreuses de manière générale mais les stérilisations de personnes déficientes mentales étaient rares, comme l'atteste d'ailleurs la recherche sur les dossiers.

En psychiatrie, les handicapés mentaux qui se trouvaient encore à Bel-Air étaient placés dans des unités d'hospitalisation distinctes, dépendant du Centre universitaire de diagnostic et de soins de la déficience mentale⁸¹⁹ créé en 1972. La création du Centre peut ainsi être considérée comme la fin de la présence de handicapés mentaux en milieu strictement psychiatrique. Selon le docteur Claude Aubert, qui a travaillé à Bel-Air dans les années 1970, la stérilisation n'y était pour ainsi dire jamais évoquée. De son côté, André Haynal, ancien patron de la psychiatrie genevoise, assurait en 1997 à une journaliste de la *Tribune de Genève* « n'avoir jamais eu connaissance de tels cas depuis son installation à Genève, en 1966 »⁸²⁰.

Cette affirmation contrastait néanmoins avec les autres informations présentées par la journaliste dans le même article. Elle y évoquait en effet le cas d'une jeune femme toxico-dépendante stérilisée en 1962 et des cas plus récents de stérilisations de « femmes et d'hommes handicapés ou connaissant de grosses difficultés ». Mais la contradiction n'est qu'apparente, car la première stérilisation peut très bien avoir été pratiquée sans que des responsables de Bel-Air aient à intervenir ou soient consultés et les autres cas pouvaient concerner des personnes dépendant d'institutions spécialisées et non de la Clinique psychiatrique.

A la même époque, « un universitaire genevois [le professeur Jacques Vonèche de la faculté de psychologie de l'Université de Genève] a jeté un froid en disant mercredi soir [27 août 1997] à la TSR qu'elles [les stérilisations forcées de handicapés mentaux] sont toujours pratiquées sous le manteau⁸²¹ ». Il parlait vraisemblablement de stérilisations non volontaires de personnes mentalement déficientes pratiquées dans un cadre strictement privé. Les responsables d'institutions spécialisées et les autorités possédant des compétences en matière de droit des personnes mentalement déficientes indiquent plutôt quant à eux que la pratique de la stérilisation non volontaire a été, sinon inexistante, du moins peu perceptible.

Le Service médico-pédagogique genevois se limiterait à discuter le problème avec les parents et les patients qui envisagent une stérilisation. Le Service du Tuteur général se conforme aux directives de l'Académie suisse des sciences médicales et refuse la stérilisation forcée. « Tout au plus pouvons-nous suggérer cette opération après plusieurs grossesses à problème. [...] Toutefois, avant que ne se pose l'éventualité d'une telle intervention, il faut savoir que les assistants sociaux du service dispensent à leurs pupilles une information régulière sur la contraception. »⁸²² La demande de stérilisation n'est donc ici envisagée que rarement et en dernier recours. Également sans ambiguïté, l'avis du professeur de médecine légale de Genève, Timothy Harding, illustre le consensus qui semble se dégager au point de vue éthique à propos de la stérilisation :

⁸¹⁹ Actuellement Division de psychiatrie du développement mental.

⁸²⁰ GENOUD 1997.

⁸²¹ ATS, « Les stérilisations forcées seraient toujours pratiquées », *24 Heures*, 29 août 1997.

⁸²² Propos de la tutrice générale cités dans GENOUD 1997.

«Je suis régulièrement consulté par des praticiens concernant des demandes de stérilisation émanant de parents ou de l'entourage de personnes présentant un retard mental. Ma position a toujours été claire: en effet, j'estime que la stérilisation d'une personne incapable de discernement ne peut pas être pratiquée. Par contre, un traitement contraceptif – cas échéant, sous forme d'une injection avec un effet de quelques mois -, peut éthiquement être acceptable s'il est pratiqué selon les intérêts de la personne concernée. La stérilisation d'une personne capable de discernement ne peut être pratiquée qu'en cas de consentement éclairé, ce qui implique nécessairement une série d'entretiens qui permettra à la personne concernée de prendre sa décision sereinement et indépendamment de son entourage.»⁸²³

Ainsi, deux au moins de ces trois services de l'Etat s'accordent pour considérer que la stérilisation non volontaire est une mesure à éviter et tout indique que les archives des trois services n'apporteraient que peu d'éléments.

Position des institutions spécialisées

Les institutions spécialisées et les structures mises en place à Genève dans la prise en charge des personnes mentalement déficientes sont très développées⁸²⁴. Des responsables d'institutions représentatives, dotées de statut juridiques et de missions différentes, indiquent que la question de la stérilisation est une problématique qui est considérée comme relevant de la sphère privée et ne concernant pas l'institution à proprement parler.

La Fondation Aigues-Vertes à Bernex est une institution privée qui s'occupe de personnes handicapées mentales dès 18 ans et qui dispose d'un home et d'ateliers. Le président et le directeur de la Fondation expliquent que «le Conseil de la Fondation Aigues-Vertes n'a pas, à notre connaissance, pris de position officielle concernant la stérilisation des personnes mentalement handicapées, la décision d'une telle mesure appartenant à la personne elle-même et le cas échéant à son responsable légal»⁸²⁵.

La responsable de la Division de psychiatrie du développement mental, une institution publique, précise que «nous n'encourageons pas du tout les stérilisations, nous donnons des informations aux patientes et aux familles et conseillons la protection contre les MST [maladies sexuellement transmissibles] et une contraception qui respecte les exigences et la biologie des patientes»⁸²⁶; elle a cependant connaissance de «quelques stérilisations (très rares à vrai dire)» pratiquées sur le territoire du canton, certaines des personnes concernées fréquentaient la consultation de la Division. Les demandeurs sont «parfois les parents, parfois la personne

⁸²³ Lettre du 21 novembre 2000.

⁸²⁴ HANDICAP MENTAL 1998. La lecture de ce répertoire, régulièrement mis à jour, révèle le nombre et la variété des structures mises en place.

⁸²⁵ Lettre du président et du directeur de la Fondation Aigues-Vertes.

⁸²⁶ Lettre du 15 novembre 2000.

même [...], dans l'unique cas récent, la patiente voulait éviter une grossesse au vu de sa situation sociale et physique (la personne a déjà un enfant)».

Les Etablissements publics socio-éducatifs pour personnes handicapées mentales (EPSE), créés en 1985⁸²⁷, ont élaboré en 1998 des «Lignes directrices concernant l'éducation sexuelle» qui résultent d'une importante réflexion sur la problématique de la sexualité des handicapés mentaux.

«L'objectif de ces lignes directrices est de favoriser le dialogue avec les personnes handicapées, les familles, la société et de faciliter la pratique éducative au sein des EPSE.

En référence à:

La déclaration Universelle des Droits de l'Homme.

La déclaration de l'ONU [...] et particulièrement son article 1 qui spécifie: "le déficient mental a les mêmes droits fondamentaux que les autres citoyens du même pays et du même âge".

La mission et aux valeurs des EPSE qui visent à l'épanouissement de l'individu en lui offrant une qualité de vie favorable à son développement, Loi K 1 12, 12 [...] et s'enracinant dans la reconnaissance et la valorisation de la personne, de son droit à l'existence, à la parole et à l'amour.

Au mouvement historique de notre société en marche qui reconnaît le droit à la sexualité.

Les EPSE reconnaissent:

Que le besoin et le droit à l'amour sont au cœur de l'existence et de la reconnaissance de toute personne.

Que le langage affectif et sexuel est l'une des expressions vitales de l'être humain et doit être considéré dans une perspective d'épanouissement personnel et d'intégration sociale.

Que, comme pour tout un chacun, la sexualité des personnes handicapées implique des joies et des élans mais également des souffrances et des problématiques.

Que la relation affective et sexuelle est basée sur un désir et un respect réciproques.

Les EPSE s'engagent:

A intégrer la question de la sexualité des personnes handicapées adultes dans leur projet institutionnel et, notamment, de veiller au respect de leur intimité.

A donner une place à l'éducation sexuelle dans l'ensemble du projet éducatif individualisé.

A promouvoir et à maintenir une formation permanente de leur personnel dans ce domaine.

⁸²⁷ Loi de 1985 sur les Etablissements publics socio-éducatifs pour personnes handicapées mentales.

A renforcer le dialogue et l'échange éducatif avec les personnes handicapées afin de les aider à construire leurs propres réponses en matière de sexualité.

A entretenir, avec les différents acteurs sociaux et familiaux, des échanges et, si possible, un partenariat propre à favoriser ce type de démarches éducatives.»⁸²⁸

Dans ce cadre, les EPSE organisent des programmes de formation relatifs à l'éducation à la vie affective et sexuelle pour les résidents et les travailleurs dont l'objectif est d'«acquérir des connaissances sur le phénomène sexuel et développer des attitudes positives face à la sexualité».

Selon le chef de service des programmes spécifiques⁸²⁹, les EPSE défendent depuis leur création l'idée que «la personne handicapée a droit aux mêmes moyens contraceptifs (si nécessaire) que la population genevoise [...]. La personne handicapée ne doit pas subir des stérilisations abusives». La contraception, bien que préconisée, n'est pas obligatoire; il est très rare du reste qu'aucun moyen de contraception ne soit envisageable chez une personne handicapée mentale. Si un enfant devait naître de la relation entre deux personnes handicapées mentales, ce qui semble plutôt rare, «un accompagnement socio-éducatif à l'extérieur de l'institution serait organisé avec l'ensemble des partenaires». Il pense toutefois que des stérilisations de personnes handicapées mentales ont été pratiquées.

De manière générale, la position des différentes institutions spécialisées est actuellement comparable. La stérilisation des résidentes ou des résidents n'y est pas conseillée, encore moins exigée. Ce qui ne signifie pas qu'aucun d'entre eux n'aient subi ce genre d'intervention; il semble que certains parents ou tuteurs estiment en effet préférable de ne prendre aucun risque. Dans cette perspective, ils demandent la stérilisation de leur enfant ou de leur pupille indépendamment de l'avis de l'institution spécialisée, qui n'a guère les moyens de convaincre des parents ou des représentants légaux de renoncer à une intervention qui paraît inappropriée ou excessive.

Question légale

Entre 1978 et 1980, l'Office fédéral de la justice a organisé une enquête sur la problématique de la stérilisation des handicapés mentaux et de son éventuelle légalisation. Envoyés aux services concernés de tous les cantons, les questionnaires ad hoc n'ont pas toujours obtenu des réponses très circonstanciées. Pour Genève cependant, elles apportent des informations sur l'approche de cette question à la fin des années 1970, il paraît utile de les citer entièrement.

«Question 1: Des interventions aux fins de stérilisation sont-elles pratiquées, dans votre canton, sur des handicapés mentaux?»

⁸²⁸ «Lignes directrices concernant l'éducation sexuelle» du 30. 01. 1998.

⁸²⁹ Lettre du 7 novembre 2000.

A notre connaissance, il y a eu pendant ces six dernières années, trois indications de stérilisation chez des déficients mentaux.»

Question 2: *Dans l'affirmative, sur quelles bases juridiques, quelles lois, quelles directives ou quels règlements se fonde la pratique de la stérilisation?*

Il n'y a pas de base légale réglementant spécifiquement le problème de la stérilisation.

Question 3: *A quelles exigences doit répondre le consentement donné par la personne en cause?*

Dans tous les cas, les intéressées (toujours des femmes) ont été informées. Il n'y a jamais eu d'opposition. La demande émanait toujours du représentant légal du déficient.

Question 4: *Le consentement du représentant légal suffit-il?*

Le consentement du représentant légal est généralement considéré comme suffisant, lorsque de toute évidence, l'intéressé n'est pas en mesure de se prononcer ou de comprendre ce dont il s'agit. Toutefois la personne en cause est informée.

M. le Président de la Chambre des tutelles précise qu'à son avis, le consentement du représentant légal à une stérilisation d'un handicapé mental ne serait pas suffisant, en tout cas si l'intéressée est capable de discernement. S'il ne l'est pas, un avis médical ou mieux, une expertise, serait sans doute nécessaire.

Question 5: *Quelle est la portée de l'appréciation des médecins pour la pratique de stérilisations?*

L'appréciation du médecin est déterminante et se déroule en trois étapes:

a) Examen approfondi au Centre de diagnostic et de soins de la déficience mentale, donnant lieu à un rapport,

b) avis sur dossier du Professeur de médecine légale,

c) sur la base de ces deux avis, le Professeur de gynécologie et obstétrique se prononce définitivement.

Il apparaît indispensable que ces interventions aient lieu sur préavis et dans des instances officielles.

Question 6: *Des stérilisations contre la volonté du patient sont-elles pratiquées dans votre canton?*

Il n'y a pas eu, à notre connaissance, de cas de stérilisation forcée dans notre canton.

Question 7: *Combien de médecins sont-ils appelés à juger de la nécessité éventuelle d'une stérilisation dans chaque cas particulier?*

Pour juger de l'opportunité d'une stérilisation, trois médecins sont nécessaires:

le médecin-chef du Centre de diagnostic et de soins de la déficience mentale,

le professeur de médecine légale,

le professeur de gynécologie et obstétrique.

Question 8: La personne en cause a-t-elle un droit de recours?

Aucune réglementation n'existant en la matière, le recours est toujours possible auprès du Président du Département concerné, puis auprès du Conseil d'Etat en sa qualité d'instance de recours en vertu du droit coutumier.

Question 9: Opportunité d'une réglementation légale.

Les juristes genevois consultés sont d'avis qu'une réglementation serait peut-être opportune. Le médecin-directeur des Institutions psychiatriques genevoises ne partage toutefois pas cet avis, car une procédure médicale restrictive appréciant soigneusement chaque cas lui paraît adéquate et susceptible de mieux protéger les intérêts de chaque cas pris individuellement. [...] [le médecin-directeur] estime qu'un examen consciencieux dans chaque cas particulier ainsi qu'une limitation du nombre des personnes habilitées à prendre les décisions en cette matière sont mieux à même de protéger les intérêts du malade.»⁸³⁰

La réponse genevoise au questionnaire de l'Office fédéral de la justice apporte les renseignements connus des Services cantonaux et elle décrit les conceptions théoriques officielles. Elle montre que les stérilisations des handicapés mentaux étaient pratiquées à la fin des années 1970 à Genève, bien qu'elles aient été peu courantes selon les chiffres fournis. Si la délégation du consentement au représentant légal était généralement acceptée, le Président de la Chambre des tutelles paraissait quant à lui plus prudent. Selon lui, la personne devait pouvoir donner son avis; si elle ne le pouvait pas par manque de discernement, une expertise médicale s'imposait.

Les réponses aux questions 5 et 7 suggèrent, alors qu'il n'y avait aucune législation spécifique, qu'une procédure ait pu exister impliquant le médecin-chef du Centre de diagnostic et de soins de la déficience mentale, le professeur de médecine légale et le professeur de gynécologie et obstétrique. Cependant, les responsables actuels ne sont pas au courant qu'une telle procédure aurait existé. Le professeur de médecine légale, arrivé à l'Institut en 1980, déclare n'en avoir pas eu connaissance et n'avoir «trouvé aucune trace dans les archives de l'Institut d'une procédure de ce type»⁸³¹. Cette procédure ne paraît pas avoir réellement eu cours. Son évocation traduit plutôt une volonté officielle de montrer que toutes les précautions étaient prises et que des stérilisations forcées n'étaient pas envisageables.

Reste toutefois la question des stérilisations consenties par le représentant légal seul. Actuellement, le Tuteur général et le Professeur de médecine légale se rallient aux recommandations de l'ASSM, mais pour des organes moins officiels, la délégation du consentement est toujours possible, la personne concernée étant cependant informée dans la mesure du possible.

La réponse au dernier point du questionnaire de l'Office fédéral de la justice est révélatrice de l'attitude des milieux médicaux genevois vis-à-vis de la stérilisation des handicapés mentaux. Si certains juristes semblaient trouver opportune la

⁸³⁰ ENQUÊTE 1980.

⁸³¹ Lettre du 21 novembre 2000.

mise en place d'une réglementation, le responsable de la psychiatrie genevoise y était plutôt opposé. Pour ce dernier, les médecins qui avaient à traiter des personnes handicapées mentales étaient en effet, par leur connaissance du dossier, à même de juger de la nécessité d'une stérilisation. Cette réaction souligne l'attachement des médecins genevois à leur liberté de pratiquer, en marquant leur méfiance envers d'éventuelles interventions d'instances étatiques.

Le chef de Service des programmes spécifiques des EPSE, interrogé sur les directives concernant «la stérilisation de personnes mentalement déficientes» mises en consultation au printemps 2000 par l'Académie suisse des sciences médicales et admettant dans des conditions tout à fait particulières la stérilisation de personnes incapables de discernement⁸³², témoignait quant à lui d'inquiétudes de nature différente face à une réglementation en la matière: «Nous sommes opposés à ces nouvelles directives car [il existe un] risque de dérapage malgré les garde-fous prévus⁸³³».

Actuellement, le canton de Genève ne semble aucunement disposé, contrairement à Neuchâtel ou à Fribourg, à adopter une législation sur la stérilisation des personnes mentalement déficientes. D'un côté, il y existe la longue tradition de médecins et de psychiatres qui, s'ils ne sont pas opposés à la stérilisation de handicapés mentaux, estiment pouvoir résoudre eux-mêmes ce type de situations délicates; d'un autre côté, il existe chez les éducateurs d'institutions spécialisées la volonté de ne plus considérer la sexualité de leurs résidents comme une menace et pour qui la stérilisation est une mesure disproportionnée.

Les stérilisations de personnes présentant des troubles de l'intelligence sont donc toujours pratiquées à Genève. Leur nombre semble plutôt modeste et si elles ne sont pas tout à fait «pratiquées sous le manteau», comme l'a dit le professeur Vonèche, une certaine discrétion entoure leur réalisation, ne fût-ce que dans le cadre du respect du secret médical, et du respect de la vie privée des patientes et des parents. Cette discrétion, ainsi que l'incertitude sur le nombre exact des stérilisations de handicapés mentaux et sur les conditions dans lesquelles elles sont pratiquées, sont sans doute le prix à payer lorsque l'absence de législation semble préférable au risque de voir se développer les éventuels effets pervers d'une loi.

⁸³² Cette proposition a été retirée en 2001.

⁸³³ Lettre du 7 novembre 2000.

NEUCHÂTEL

Introduction

L'étude relative au canton de Neuchâtel comprend six parties inégales. Les quatre premières, peu développées, portent sur la période de l'entre-deux-guerres jusque dans les années 40 et concernent :

- les publications des médecins
- des stérilisations effectuées dans le canton de Vaud
- la stérilisation de personnes admises dans les hôpitaux psychiatriques de Préfargier et de Perreux.

Les deux dernières parties, qui portent sur le dernier tiers du XX^e siècle, sont les plus nourries. Elles apportent des indications exceptionnellement bien documentées par rapport aux autres cantons de Suisse romande, grâce aux archives du Service de santé et à celles de la Fondation Les Perce-Neige. Il s'agit d'une part des dossiers des demandes de stérilisation de handicapés mentaux soumises à l'autorisation du médecin cantonal (selon les Directives de 1980 puis selon l'article 32 de la loi de santé de 1995), et d'autre part des documents relatifs aux prises de positions théoriques discutées au sein de la Fondation au sujet de la sexualité des handicapés mentaux, ainsi que des dossiers individuels de personnes rattachées à l'institution.

Hygiène mentale plutôt qu'eugénisme

Les médecins neuchâtelois ne semblent pas avoir pris part au débat relatif à l'eugénisme ou à la stérilisation durant l'entre-deux-guerres, contrairement à certains de leurs confrères en Suisse romande, opposants ou partisans, comme par

exemple le chirurgien Gustave Clément à Fribourg, le psychiatre Hans Steck ou le gynécologue Maurice Muret à Lausanne, ou encore le psychiatre Charles Ladame à Genève. Par contre, des médecins neuchâtelais se sont fait connaître pour leur engagement dans les domaines de la prévention positive. Ainsi, Henri Bersot s'est engagé en faveur de l'hygiène mentale visant à fortifier psychiquement les individus, et Robert Chable en faveur d'une éducation sexuelle préconisant le respect de la fonction créatrice.

Le psychiatre Henri Bersot dirigeait depuis 1925 la Clinique Bellevue au Landeron, un établissement neuro-psychiatrique privé situé au bord du lac de Biemme. Il avait aussi une consultation en ville de Neuchâtel. Il a été l'un des membres les plus actifs du Comité national suisse d'hygiène mentale, en qualité de secrétaire, aux côtés de André Repond, président du Comité et directeur de l'Hôpital psychiatrique de Malévoz en Valais.

Dans l'une de ses publications, intitulée *La tragique éloquence des chiffres et l'hygiène mentale*, Bersot relève l'importance de l'hérédité dans les troubles mentaux, et notamment, le rôle de l'alcoolisme qui « se propage [...] de génération en génération »⁸³⁴.

« Il est une plaie qui fait tache d'huile dans une famille. Là où il y a un buveur, nous avons bien des chances de trouver aussi un ou des frères alcooliques, le père, des grands-parents, oncles ou tantes adonnés à la boisson. Génératrices d'alcoolisme, les habitudes de boisson engendrent aussi dans la descendance la diminution de l'intelligence qui peut aller jusqu'à l'imbécillité et l'idiotie, elles amènent des troubles de caractère ou psychopathies, si profonds parfois que leurs victimes doivent être placées dans un asile d'aliénés. [...] Si l'hérédité alcoolique est plutôt masculine, l'hérédité de la folie est plutôt une hérédité féminine. »

A propos de l'hérédité des psychoses, névroses ou anomalies de caractère et suicides, Bersot ne fait qu'une brève allusion à l'eugénisme et mentionne les consultations avant le mariage :

« C'est là un fait dont certes l'eugénisme ou science de l'amélioration de la race doit s'emparer. Ce fait met aussi bien en évidence l'importance des consultations prénuptiales, par exemple. Les futurs conjoints se présentent au médecin qui, après enquête et examen, leur conseille ou leur déconseille le mariage, leur donne des indications fort utiles sur les précautions à observer, les règles à suivre, afin d'assurer à leur descendance le plus grand trésor possible de santé et de forces vitales. »

Dans une autre publication plus tardive, *Comment lutter contre les tares héréditaires*, il relativise la notion d'hérédité :

*« C'est une erreur de donner à la notion d'hérédité une trop vaste portée. Ne doit être qualifié d'héréditaire que ce qui est dû à la nature même du terrain. [...] »*⁸³⁵

⁸³⁴ BERSOT 1931. Les citations suivantes sont tirées du même ouvrage, pp. 11-13.

⁸³⁵ BERSOT 1937, p. 4 (italique dans le texte). Notons que la même imprimerie a publié les ouvrages et les brochures de Gustave Clément, chirurgien fribourgeois opposé à l'avortement et à la stérilisation.

Bersot n'envisage aucune méthode négative et n'évoque jamais la stérilisation. Pour lutter contre certaines tares, « il y a peu à faire [...] sinon chercher à mettre en valeur les forces physiques et les quelques facultés mentales [disponibles] ». C'est à une pédagogie patiente et bienveillante que l'on doit, selon lui, recourir. Pour d'autres tares, « hérédité n'implique pas fatalité »⁸³⁶.

Il développe le rôle de l'hygiène physique et mentale et celui de l'éducation. « Mener une vie la plus saine possible avec beaucoup de grand air, de lumière, de soleil, une nourriture et une hygiène irréprochables. » Il convient de donner « à l'enfant une compréhension saine de ses responsabilités et de ses devoirs vis-à-vis de la société [...]. En résumé, toute l'éducation d'un enfant qui risque d'avoir des tendances pathologiques devra s'efforcer de *transformer ses tendances et de leur donner une orientation bonne, pratique, utile, en un mot de les "sublimier"*. »⁸³⁷

Développer les facultés saines, mettre en valeur les capacités, telles sont les priorités pour le Dr Bersot, résolument optimiste, positif et inspiré par la foi chrétienne.

*« Il importe ici de dire combien dans cette éducation prophylactique contre les tendances héréditaires mauvaises, la foi religieuse est d'un secours puissant. »*⁸³⁸

Un autre théoricien neuchâtelois durant l'entre-deux-guerres est le Dr Robert Chable, membre fondateur de la Société suisse contre les maladies vénériennes dès 1918⁸³⁹, président du Cartel romand d'hygiène sociale et morale de 1921 à 1930, puis vice-président du Cartel. Il met l'accent sur l'éducation sexuelle des enfants et des adolescents, en préconisant une discipline et une morale sexuelles strictes, les relations sexuelles n'étant admises selon lui qu'au sein du mariage et dans le but de procréer. Il partage les idéaux du Cartel romand d'hygiène sociale et morale visant à protéger et à fortifier la famille. Auteur des brochures intitulées *Éducation sexuelle et maladies vénériennes*⁸⁴⁰ et *Jusqu'au mariage*⁸⁴¹, il condamne les relations sexuelles hors mariage et recommande l'abstinence sexuelle avant le mariage, deux facteurs susceptibles de prévenir la contagion vénérienne. Par l'éducation, il faut placer la vie sexuelle

*« dans son rôle véritable, hygiénique et social, de fonction de procréation et non pas d'instrument de débauche. [...] il y aura toujours de par le monde des dégénérés et des malades, et certaines hérédités contre lesquelles nous ne pourrions rien. Devons-nous pour cela renoncer à une tentative qui, de maints côtés, nous promet des résultats favorables? Non je ne le crois pas. [...] L'éducation sexuelle [peut développer] [...] le sentiment conscient de la responsabilité de l'individu à l'égard de son sexe, de soi-même et à l'égard d'autrui. »*⁸⁴²

⁸³⁶ *Ibidem*, pp. 6 et 8.

⁸³⁷ *Ibidem*, pp. 14, 16, 17. Italiques dans le texte.

⁸³⁸ *Ibidem*, p. 19.

⁸³⁹ Il est aussi président de la section neuchâteloise de cette société créée en 1919 et jusqu'à sa dissolution en 1928.

⁸⁴⁰ CHABLE 1920.

⁸⁴¹ CHABLE 1923.

⁸⁴² CHABLE 1920, pp. 6 et 20.

Il soutient la diffusion dans le canton de Neuchâtel de la brochure du Dr Raoul Hoffmann, *Une fois mariés*⁸⁴³, qui encourage la natalité au sein du couple et s'oppose à la contraception. Le Dr Chable n'aborde pas la question de la stérilisation, mais sans doute ne pouvait-il admettre la stérilisation de quiconque et a fortiori de personnes irresponsables. D'autres médecins ont d'ailleurs développé explicitement l'argument que la stérilisation est un facteur de risque de contagion des maladies vénériennes⁸⁴⁴.

Pratique de la stérilisation en général

On ne sait rien de la pratique de la stérilisation en général dans le canton de Neuchâtel. Aucune publication ne nous renseigne à ce sujet, et les archives des services d'obstétrique et de gynécologie des grands hôpitaux publics du canton étant en principe détruites jusqu'aux vingt dernières années, il n'a pas été possible d'étudier les cas de stérilisation, volontaire ou non, comme cela a pu être fait pour les hôpitaux cantonaux à Genève et Lausanne. Quelques cas de personnes domiciliées dans le canton de Neuchâtel mais opérées dans le canton de Vaud ont été retrouvés (8 en 1941 et 1 en 1951); deux cas ont été adressés par des médecins neuchâtelois au médecin chef de la Maternité à Lausanne :

« Mlle [...] paraît enceinte de 2 à 3 mois. Elle est atteinte de maladie mentale (schizophrénie) et a séjourné à l'asile de Cery à deux reprises, 10 mois en tout. [...] Il me semble indispensable d'interrompre cette grossesse et de procéder à une stérilisation. » (1941)

« Je me permets de vous adresser et de vous recommander Madame [...] chez qui une interruption de grossesse et une stérilisation me paraissent justifiées pour raison strictement sociale. Je ne puis malheureusement m'en charger car cette malade est vaudoise d'origine et je crains que les démarches nécessaires auprès de sa commune ne durent encore longtemps. Je ne sais personnellement rien de cette malade si ce n'est ce qu'elle me raconte. Il semble bien qu'elle vive dans une misère noire. » (1951)

Ces cas ne permettent cependant pas de conclure que des opérations de stérilisation n'étaient pas concevables dans le canton de Neuchâtel; pour les deux, il y avait une raison de choisir la Maternité de Lausanne: les séjours antérieurs à Cery de l'une des patientes et l'origine vaudoise de l'autre. Les cas des Valaisannes et des Fribourgeoises rencontrés à la Maternité de Lausanne n'étaient quant à eux pas concevables dans le canton d'origine, c'est pourquoi elles ont été opérées dans le canton de Vaud.

Contrairement aux archives des hôpitaux généraux, les archives des hôpitaux psychiatriques de Préfargier et de Perreux ont été conservées et apportent des éléments concrets.

⁸⁴³ HOFFMANN 1924.

⁸⁴⁴ Voir plus loin l'opinion du Dr Ed. Borel, directeur de Perreux, qui refuse en 1943 la stérilisation d'Isabelle.

Aucune stérilisation repérée à Préfargier

Un médecin de Préfargier avait évoqué théoriquement en 1912 dans la *Revue médicale de la Suisse romande* l'éventualité d'une stérilisation chez une jeune fille qui menait une vie déréglée.

Folie morale, rendue à sa famille sans être stérilisée, 1912

« Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans qui, dès l'âge de la puberté, se mit à mener une vie absolument déréglée, malgré les efforts de sa famille, qui est très honorable, pour la ramener dans le droit chemin. Depuis deux ans, les aventures galantes devinrent de plus en plus nombreuses et un dernier scandale décida la famille à la faire interner. Actuellement, quand on cherche à lui faire comprendre ses fautes et le chagrin qu'elle crée à sa famille, on se heurte à une indifférence complète. Elle ne manifeste aucune honte et trouve sa manière d'agir parfaitement naturelle. On constate chez elle un manque complet de pudeur et de sens moral. [...] Ce cas soulève des problèmes difficiles à résoudre pour la famille, les autorités et les médecins. Tout dépend du pronostic. S'il est bon, il faut empêcher la malade de continuer sa vie de débauche jusqu'à ce que le traitement psychique ou moral ait réussi à ramener la jeune fille à de meilleurs sentiments. S'il est mauvais, comme le pense M. Schlub, la stérilisation s'impose dans ce cas, afin que la malade, une fois lâchée dans la circulation, ne puisse pas procréer des enfants tarés.»⁸⁴⁵

Le registre des entrées à l'Asile mentionne effectivement en 1911 une jeune fille âgée de 17 ans et sous la rubrique « forme d'aliénation », il est noté « folie morale, nymphomanie ». La durée du séjour est de six mois et elle repart « sans changement » de son état.

Depuis deux ans, son comportement était devenu de plus en plus irresponsable selon ses parents, commerçants à Neuchâtel:

« En 1909, elle a passé une année dans un pensionnat évangélique à Horgen [...] rentrée à la maison elle n'était plus bonne à rien [...] grossière [...]. Ni le pasteur ni l'Armée du Salut ne pouvait faire façon d'elle.»⁸⁴⁶

Puis, après être partie comme gouvernante d'enfants en Allemagne, elle a été congédiée car elle « se compromettait avec des messieurs à plusieurs reprises ». Dans une lettre à une amie, elle écrivait: « Depuis que je suis en Allemagne, j'ai déjà eu 20 bons amis, comme tu vois l'amour ne chôme pas ».

De retour à Neuchâtel, elle suivait un cours de couture, mais un soir, elle n'est pas rentrée chez elle et quatre jours plus tard elle est conduite à Préfargier: « On a pris cette décision d'internement parce que l'autre jour elle a fait la noce avec des Italiens de l'Ecole de Commerce: beuverie au champagne au Café du Théâtre, coucher à l'Hôtel du Port, etc... »

A peu près à l'époque de la séance de la Société médicale de Neuchâtel où la question de la stérilisation de cette patiente avait été envisagée, le directeur de Préfargier est amené à écrire, selon les normes en vigueur dans le canton de Neuchâtel, un *Rapport de Quatre mois* (après la date d'entrée des patients) adressé au Conseil d'Etat; le directeur semble perplexe au sujet de la jeune fille:

« Je ne constate aucun changement [...]. Sa mentalité reste la même; si elle se rend compte de ce qu'elle a fait, si elle comprend qu'elle a eu tort, c'est parce que tout le

⁸⁴⁵ *Revue médicale de la Suisse romande*, 1912, No 4, p. 319.

⁸⁴⁶ Cette citation et les suivantes sont tirées de son dossier médical.

monde le lui dit, et surtout parce qu'elle en supporte les conséquences en étant privée de sa liberté, mais le côté moral est toujours aussi misérable. Après avoir dit qu'elle veut fuir Neuchâtel, "où on ne peut rien faire sans que tout le monde vous tombe dessus", elle consent maintenant à l'idée de rester dans sa famille à Neuchâtel, où elle s'occupera du commerce de ses parents. Je ne puis naturellement me prononcer sur la question de la prolongation de son internement; les inspecteurs l'ont vue dernièrement; ils ont dit que jusqu'à sa majorité sa famille peut en disposer comme elle l'entend. Mon avis est que si elle est rendue à la liberté, elle sera incapable de se conduire correctement, vu son absence de sens moral, mais cela suffit-il, en l'absence de délit, pour la retenir longtemps à Préfargier? C'est une question qui peut présenter des doutes.»

Dans le dossier de cette patiente, il n'y a cependant aucune mention concernant l'éventualité de la stérilisation qui semblait avoir été envisagée, théoriquement du moins, par le Dr Schlub. La jeune fille repart de Préfargier après six mois, «le père de la malade trouve un mieux considérable chez sa fille, lors de sa dernière visite elle lui a demandé pardon».

Ce cas avait retenu notre attention car il s'agissait, contrairement à la plupart des propositions de stérilisation rencontrées dans les archives des asiles psychiatriques publics, d'une jeune fille de bonne famille, mais indisciplinée, internée pour être surveillée et pour sauvegarder la réputation de ses parents. S'agissant d'un asile psychiatrique privé, on aurait pu rencontrer une stérilisation discrète de convenance, mais ce n'est semble-t-il pas le cas ici. En outre, le dépouillement de l'année 1941 (par analogie avec d'autres hôpitaux), n'a révélé aucun cas de stérilisation.

Le directeur de Préfargier durant cette période, le Dr Riggenbach⁸⁴⁷, a été sollicité pour des expertises psychiatriques concernant des situations très diverses (incapacité de travail, escroquerie, divorce, mise sous tutelle, etc.); on a retenu le cas d'un jeune homme de 20 ans en 1939, accusé de pédophilie et pour lequel la castration a été préconisée, ainsi que cinq cas de jeunes filles rebelles entre 1941 et 1944: mais aucune proposition de stérilisation n'a été évoquée et à chaque fois le Dr Riggenbach a recommandé un placement dans une famille, dans une maison d'éducation ou de redressement, ou enfin un internement prolongé en asile psychiatrique. Ainsi, au sujet d'une jeune fille de 18 ans⁸⁴⁸, inculpée d'escroquerie à la suite d'une plainte, le Dr Riggenbach écrit dans son expertise:

«Laisée en liberté, elle subirait sûrement très vite de mauvaises influences qu'elle rechercherait poussée par ses instincts sexuels qui viennent de se réveiller et la tourmentent. Ses parents n'ont pas l'autorité nécessaire pour diriger et éduquer cette jeune fille difficile. Le renvoi dans une maison de rééducation et la mise sous tutelle est [sic] indiquée.»

Les parents de la jeune fille demandent qu'elle soit placée dans une institution catholique; elle est accueillie au Bon Pasteur à Lully dans le canton de Fribourg.

⁸⁴⁷ Directeur de 1936 à 1966. Les expertises pour la période de 1937 à 1946 ont fait l'objet d'un archivage spécifique.

⁸⁴⁸ Dossier d'expertise, 1943.

Pour deux autres jeunes filles, âgées de 15 et 21 ans, il préconise d'abord une solution d'aide et d'éloignement du milieu plutôt que de répression :

« Il n'y a personne qui surveille et dirige cette enfant tarée, chargée d'une lourde hérédité. [...] la placer dans une famille [...]. Si ce placement familial ne réussissait pas, il ne resterait que l'internement prolongé dans un établissement, soit dans une maison de santé, soit dans une maison de rééducation. »⁸⁴⁹

Il faut relever que ces jeunes filles étaient considérées comme difficiles, grossières ou nerveuses et devaient être secondées, mais qu'elles n'avaient pas eu un comportement sexuel problématique (grossesse illégitime, débauche, viol)⁸⁵⁰.

Ainsi, malgré la question soulevée de manière précoce en 1912 par le Dr Schlub à propos d'une patiente, l'Hôpital de Préfargier ne semble pas avoir été impliqué dans des demandes de stérilisation. Si tel est le cas, sous réserve d'un dépouillement moins succinct, cela s'explique principalement par la clientèle de l'Hôpital constituée de personnes atteintes de maladie mentale bien davantage que de personnes atteintes d'infirmité mentale. Or, la recherche menée dans d'autres établissements a montré que ce sont en priorité ces dernières pour lesquelles une stérilisation a pu être envisagée.

Cas repérés à Perreux autour de 1940

La recherche dans les archives de l'Hôpital psychiatrique de Perreux a révélé quelques cas pour lesquels une stérilisation avait été pratiquée durant les années 30 dans l'un des hôpitaux du canton (à la Béroche, la Chaux-de-Fonds, au Locle ou à l'Hôpital Pourtalès à Neuchâtel) avant l'hospitalisation à Perreux ; cette opération était donc envisageable dans le canton de Neuchâtel alors qu'elle ne l'était pas à cette époque dans les cantons de Fribourg et du Valais.

Stérilisées en 1931 et 1933 dans le canton

Une femme de 43 ans est hospitalisée, selon le certificat médical, pour « troubles psychiques aigus » et « violences à l'égard de ses enfants ». Mariée à 24 ans, femme d'un agriculteur, elle a eu six enfants, dont cinq sont en bonne santé, un est mort de bronchite. Son dossier nous apprend qu'elle a été stérilisée en 1933 lors d'une opération mixte (ablation d'un ovaire et appendicectomie). Il n'y a aucune indication supplémentaire relative aux motifs et aux circonstances de la stérilisation.

Une autre femme « oligophrène » est hospitalisée à Perreux à deux reprises entre 38 et 42 ans. « Débilité mentale et morale. Instabilité de caractère ». Elle a eu une existence agitée, a été mariée deux fois, a eu deux enfants hors mariage. Elle pourra quitter Perreux, où elle ne veut absolument pas rester, à la seule condition, pour les autorités de sa commune, qu'elle soit déjà stérilisée « comme elle le prétend ». Le directeur de Perreux s'adresse donc à l'Hôpital Pourtalès qui confirme la stérilisation :

⁸⁴⁹ Dossier d'expertise, 1944.

⁸⁵⁰ Quant au successeur du Dr Riggenschach, le Dr Michel de Meuron, directeur de 1970 à 1999, il lui est arrivé de suggérer à des parents ou à un tuteur d'envisager une telle solution pour des patients psychotiques, mais il n'a pas été confronté à une demande concrète (entretien téléphonique).

«Diagn. Erosion du col, débilité mentale. Débile mentale divorcée; 2 enfants de 3 et 1 an, dont elle ne se préoccupe pas (à l'assistance). [...] stérilisation (écrasement des trompes). Appendicectomie.»

En 1945, le Directeur de Perreux répond donc à la commune de la patiente non sans ironie:

«Mme [...] a été effectivement stérilisée en 1931. Elle n'a d'ailleurs pas eu d'enfants depuis lors. Je crois que dans ces conditions on peut la laisser aller chez sa sœur sans risque de la voir contribuer au surpeuplement du pays.»

Ainsi deux femmes, l'une souffrant de troubles psychiques et ayant eu six enfants, l'autre «oligophrène» ayant eu deux enfants hors mariage, ont été stérilisées dans les années trente. D'autres «oligophrènes» n'ont pas été stérilisées avant de repartir de Perreux et d'être placées; notons que celles-ci n'avaient pas d'enfants.

Oligophrène non stérilisée, 1941

Une jeune femme de 21 ans est admise une première fois à Perreux pour «dépression et agitation chez une oligophrène». Orpheline de père à six ans, elle «a été fréquemment battue par sa mère». La commune l'a placée dans une école ménagère, puis dans différentes places (famille, homes); elle a travaillé en fabrique. Elle a fait dix séjours à Perreux en alternance avec des placements divers où, au bout de quelque temps, «on ne peut pas la garder» à cause de son insubordination. Il n'y a aucune remarque concernant sa sexualité, sinon qu'à 44 ans elle est encore vierge. Il n'a pas été question, semble-t-il, de stérilisation lorsqu'elle quittait Perreux pour aller en place.

Trois cas au début des années 40 sont mieux documentés parce que c'est à Perreux que la question de la stérilisation a été discutée; il s'agit de jeunes femmes qualifiées de débiles mentales moyennes ou d'oligophrènes, présentant une sexualité inadéquate (enfant illégitime ou interruption de grossesse), mais jugées capables de gagner leur vie.

Marie est déterminée à ne pas subir l'opération proposée en 1941, d'abord à l'hôpital psychiatrique de la Friedmatt à Bâle, puis à Perreux; les médecins considèrent que, devant son refus, ils ne peuvent lui imposer la stérilisation; elle est alors placée dans une maison de relèvement. Quant aux deux sœurs, Madeleine et Isabelle, l'aînée a été stérilisée en 1940 sur la proposition du directeur de Perreux, le Dr Borel, afin qu'elle puisse aller travailler dans une famille, tandis que la cadette, qui pourtant demande elle-même la stérilisation (ayant intériorisé l'idée très répandue alors que c'est l'alternative à l'internement), se voit refuser l'opération en 1943 par le même Dr Borel qui invoque le Code pénal suisse. Elle quittera tout de même Perreux quelques mois après et sera placée dans une famille.

Marie, refuse la stérilisation, 1941

Marie arrive en 1941 à l'âge de 29 ans à Perreux, en provenance de l'asile psychiatrique de la Friedmatt à Bâle où le diagnostic posé était «débilité, psychopathie»; elle est

envoyée par sa commune d'origine; elle a deux enfants illégitimes qui sont placés. Le dossier de Perreux est très pauvre en renseignements: il porte six notations au cours des dix mois de son internement; en annexe se trouvent quelques documents de correspondance et surtout l'observation très complète, écrite en français⁸⁵¹, de la Friedmatt.

Dans le dossier de Perreux, il est indiqué au cours du deuxième mois qu'elle refuse la proposition d'une stérilisation:

«Ne veut pas entendre parler d'une stérilisation éventuelle, ses enfants sont en bonne santé et il n'y a aucune raison de la stériliser. Caractère très irrégulier, souvent de mauvaise humeur, ne veut rien faire, se révolte contre son placement à Perreux où elle continue à ne pas se plaire.»

La dernière notation mentionne qu'elle part «à Zurich où elle sera placée dans une maison de relèvement salutiste».

A la Friedmatt, on lui avait aussi proposé la stérilisation qu'elle avait déjà refusée. L'observation de la Friedmatt relève que son enfance a été malheureuse; elle a quatre frères et sœurs, ses parents «étaient très pauvres. [...] Depuis 3 ans à Bâle. Le père est un alcoolique invétéré, la mère est depuis 8 ans internée à Perreux. La mère a toujours été très bête. [...] Avait une peur atroce de son père, a été beaucoup battue, tant par le père que par la mère». Marie a gardé les vaches, en plus de l'école qu'elle avait de la peine à suivre; depuis l'âge de 15 ans, elle a occupé plusieurs places de travail successives en fabrique, dans un café et chez des particuliers où elle ne restait guère plus que quelques mois, soit que le travail était trop pénible et mal payé, soit qu'«elle ne se plaisait plus», soit qu'«on lui a donné son congé sans qu'elle sache pourquoi», soit enfin que «la patronne voulait la marier avec un parent».

Durant un an et demi, elle a une relation avec un homme de 30 ans qui «ne voulait plus rien savoir d'elle quand il a appris qu'elle était enceinte»; elle a 24 ans lorsque son enfant naît. Après avoir essayé de le garder avec elle tout en travaillant, elle finit par le mettre dans un home d'enfant.

«Elle a beaucoup regretté d'avoir dû abandonner son enfant. [...] Elle doit verser 25 fr. par mois. Jusqu'à présent elle a pu remplir ses obligations envers sa commune d'origine.»

A 28 ans, Marie est de nouveau enceinte, elle «aurait épousé son amant pour être casée», mais ce dernier n'en veut pas. Elle cherche désespérément à avorter. Elle va en consultation à la policlinique psychiatrique de Bâle, car «par sa grossesse est entrée dans un état de dépression apathique»:

«Quand elle a remarqué qu'elle était enceinte, elle est allée dans une pharmacie pour se faire avorter, a acheté des médicaments. L'amant voulait la faire avorter. [...] Elle est allée chez le Dr [...], mais le docteur ne voulait rien entreprendre. [...] avait consulté un médecin avant, qui l'a soignée pendant 4 semaines sans résultat. A aussi consulté un médecin pour maladies nerveuses qui l'a envoyée à la policlinique [psychiatrique]. [...] A terriblement peur d'être internée, elle préfère se jeter dans l'eau avec son enfant pour ne pas être placée par sa commune. Elle promet [...], si on interrompt sa grossesse, de rompre toute relation avec [...].»

Le médecin de la policlinique psychiatrique, après avoir vu Marie, son amant, la sœur et la mère de ce dernier, recommande l'interruption de grossesse. Son amant «faible d'esprit serait tout à fait incapable de se créer un foyer et d'élever des enfants». Quant à Marie, «il s'agit d'une débile avec tendance à des réactions pathologiques et si on la force

⁸⁵¹ Marie a probablement été suivie par un médecin de Suisse romande; c'est lui qui a écrit la lettre de transfert adressée au Dr Borel, directeur de Perreux.

de continuer sa grossesse, on risque bien de la pousser au suicide. Un internement dans un asile ne changerait rien à sa dépression qui ne ferait qu'augmenter [...].»

Huit mois plus tard, Marie revient à la polyclinique psychiatrique, elle est enceinte pour la troisième fois. Elle menace de se suicider, a eu des crises, est souvent tombée; à la polyclinique, «on lui donne un certificat d'entrée à la Friedmatt. [...] Je ne suis pas folle. [...] Part furieuse, mais prend la déclaration [...]»

Cinq jours après son arrivée à la Friedmatt, le dossier porte une notation spécifique :

«Stérilisation: ne veut pas en entendre parler... trouve que c'est malsain... [...] On n'a pas le droit de la stériliser contre sa volonté... elle veut partir, peu importe ce qui lui arrivera ensuite.»

Un mois après :

«Ne veut pas de stérilisation... on ne peut pas la forcer... [...] avance toujours que son enfant est en santé et elle ne voit pas la nécessité d'une stérilisation.»

Quelques mois plus tard, peu avant la naissance de son enfant :

«Visite du président de [sa commune], qui est venu pour discuter de l'avenir de la malade... Comme elle refuse catégoriquement de se laisser stériliser et comme il est impossible de le faire sans son consentement, il ne reste à la commune, pour la préserver des nouvelles grossesses, [...] [que] d'interner la malade jusqu'à ce qu'elle change d'avis.»

C'est ainsi qu'elle se retrouve à Perreux puisqu'elle est d'origine neuchâteloise, son deuxième enfant étant gardé dans un home. Après dix mois, elle quitte Perreux pour une maison de relèvement où elle sera surveillée. Elle a réussi à s'opposer à la stérilisation, soit à la Friedmatt à Bâle, soit à Perreux.

Selon les tests de la Friedmatt, «le niveau d'intelligence correspond à une débilité moyenne»; maltraitée durant son enfance, devant travailler tout en allant à l'école, elle est parvenue durant plusieurs années à subvenir à ses besoins, quoique changeant fréquemment de places de travail. Enceinte à trois reprises d'hommes qui ne voulaient plus d'elle, ayant deux enfants placés et ayant obtenu une interruption de grossesse, elle est déterminée à ne pas se faire stériliser et espère se marier un jour. Le placement dans une maison de relèvement est le résultat d'un compromis entre sa détermination et les préoccupations de sa commune. Les conceptions du Dr Borel, directeur de Perreux, ne sont pas explicites dans ce dossier, sinon qu'il ne peut imposer la stérilisation à Marie qui la refuse.

Madeleine, stérilisée en 1940

Madeleine est hospitalisée une première fois à Perreux en 1932. Elle est placée par l'assistance de sa commune d'origine; son dossier indique les diagnostics suivants: «graviditas, oligophrénie». Célibataire et catholique, elle est âgée de 18 ans; elle a une «sœur anormale», qui est son aînée; elle-même est la deuxième enfant et a deux frères plus jeunes et une sœur cadette⁸⁵², tous trois «en bonne santé». Leur mère est morte. Madeleine a été élevée dans un orphelinat. A 17 ans, elle a quitté l'orphelinat et, depuis une année, «a été en place chez un agriculteur» en France voisine. Enceinte de 6 mois, elle est envoyée à Perreux. Son enfant est placé et elle reste six ans à Perreux. Puis sa commune cherche une solution meilleur marché; elle «voudrait la placer ailleurs, si possible dans une famille où elle ne soit pas obligée de payer une pension. La jeune fille est d'accord qu'on lui fasse une ligature des trompes.» Trois mois plus tard, soit en avril 1940, le dossier consigne simplement: «est rentrée cet après-midi de l'hôpital de la Béroche où le

⁸⁵² Soit Isabelle, alors âgée de neuf ans (voir ci-après).

Dr de Montmollin l'a stérilisée». Ce sont les deux seules indications relatives à la stérilisation dans le dossier proprement dit. Suivent quelques brèves notations concernant sa santé ou l'intention de lui trouver une place. Plus d'un an après, «on lui a trouvé une place à [...] où elle va aider au ménage, espérons que cela ira».

La correspondance annexée au dossier nous apprend davantage sur les circonstances qui ont conduit Madeleine à Perreux. Le Dr Ed. Borel, directeur de Perreux, écrit en 1933 au Dr Muret, gynécologue à Lausanne, pour lui demander des renseignements concernant Le Foyer maternel à Pully où Madeleine pourrait accoucher et il donne des renseignements complémentaires sur la jeune fille:

«La commune de [...] nous a priés de recevoir dernièrement [...] une de ses ressortissantes qui était enceinte, rapatriée de France, et ne connaissait pas d'établissement qui se chargerait de la jeune fille. En la prenant ici, nous nous sommes réservés de faire des démarches auprès de vous, pour savoir si éventuellement cette personne pourrait être reçue au Foyer maternel à Pully. [...] Le père est un assez sinistre personnage, paraît-il, condamné pour inceste avec une fille plus âgée, qui est décédée depuis; la mère a disparu de la scène [décédée selon le dossier médical]. Les enfants ont été élevés par des religieuses [...] qui auraient placé [Madeleine] dans une ferme de l'autre côté de la frontière et c'est là qu'elle aurait eu des relations avec un domestique de la ferme. La commune a été mise au courant de la situation dernièrement et, après avoir fait des démarches pour régulariser la situation – démarches qui n'ont pas abouti⁸⁵³ –, elle nous a priés de nous en occuper en attendant. Cette jeune fille qui est une minus habens est capable de s'occuper d'un ménage.»

Lorsque la commune cherchera une solution moins coûteuse pour Madeleine après six ans d'internement à Perreux, c'est le Dr Borel qui suggère la stérilisation: «nous vous proposons de la faire stériliser et peut-être pourra-t-elle, par la suite, occuper une place.»

La commune répond: «Il y a longtemps que nous discutons de la question de la stérilisation et c'est avec plaisir que nous vous verrions entreprendre cette opération. [Madeleine] pourrait ensuite reprendre une vie à peu près normale, pensons-nous, et faire sans l'intervention de notre commune». La commune payera «une somme de Fr. 50.- pour taxe opératoire».

Une année après l'opération, une place a été trouvée pour Madeleine; le Dr Borel était soucieux qu'elle ne soit pas «occupée à de gros travaux» à cause de sa mauvaise santé physique.

Isabelle, sœur de Madeleine: le médecin refuse la stérilisation demandée, 1941-1943

Isabelle, 18 ans, est «placée par l'Assistance» de sa commune d'origine à Perreux. Le diagnostic est «débilité mentale». Le premier jour, le conseiller communal qui conduit Isabelle à Perreux explique au médecin les circonstances qui ont décidé de son placement.

«La malade est amenée depuis le Phare [nom de l'institution], où elle était recueillie depuis quelques mois, dit celui qui l'accompagne. [...] La malade a toujours été une oligophrène, incapable de gagner sa vie et surtout faisant des sottises. Elle a un très fort penchant pour les pantalons et ce n'est pas sa faute si elle n'a pas eu déjà plusieurs enfants! En outre, elle a des habitudes d'onanisme et d'homosexualité qui font que son séjour au Phare devenait indésirable, du fait qu'elle cherchait à dérouter ses camarades.»

⁸⁵³ Un extrait du protocole d'audience de l'Autorité Tutélaire du district concerné mentionne «qu'il n'y a pas lieu d'introduire une action en paternité contre le père présumé de l'enfant».

Le médecin ajoute à cette première notation du dossier qu'«elle est placée [...] dans un dortoir peuplé de dames d'âge rassis, ce qui évitera les déroutes!». La notation suivante n'est pas datée :

«La jeune fille nous dit qu'elle a été élevée à l'orphelinat de St Légier, ensuite elle est allée en place, à [...], là elle a pris des mauvaises habitudes, s'est mise à fumer 20-30 cigarettes par jour, du tabac très fort, a aussi bu du vin. Au printemps 41, fausse couche provoquée. Son partenaire était un vieillard de 70 ans! C'est sa tante [...] qui a fait des démarches pour la placer au Phare.»

La suite du dossier médical est très maigre.

«[...] Quand elle voit des hommes, ne sait plus ni ce qu'elle dit, ni ce qu'elle fait. [...] Travaille de manière active. [...] Demande aussi qu'on la stérilise dans l'espoir de pouvoir ensuite quitter Perreux.»

Un peu plus de deux ans après son arrivée, Isabelle «quitte Perreux: placée chez [...]»

C'est la correspondance, annexée au dossier médical, entre le Conseil communal et le Dr Borel, ainsi que des lettres d'Isabelle à ce dernier ou à son tuteur (conseiller communal) qui apportent des éléments plus complets. L'internement vise principalement à surveiller Isabelle en attendant, selon la demande du Conseil communal, qu'elle soit stérilisée. Ce dernier écrit en effet au directeur de Perreux :

«Vous avez eu hier la visite de [...], conseiller communal, qui a conduit chez vous notre ressortissante. [...] Il vous a remis un certificat médical de Mr le Dr [...]. Du fait de la teneur de ce certificat, nous espérons que vous aurez la possibilité, dès que cela pourra se faire, de procéder à la "stérilisation" de cette jeune fille. D'avance nous vous en remercions. Nous pensons que vous pourrez utiliser les objets [...] qui appartenaient à la sœur, [Madeleine].»

La stérilisation d'Isabelle est donc demandée par l'autorité d'assistance. Quelques temps après, c'est Isabelle elle-même, dans une lettre adressée au directeur de Perreux, qui réclame la stérilisation afin de pouvoir quitter Perreux. L'écriture, penchée et à l'encre, est régulière, l'orthographe et l'expression sont parfois erronées ou maladroitement, mais le contenu est clair et poli :

«Monsieur, je viens vous demander si vous avez reçu des nouvelles de la commune. je viens vous demander si on veut pas me faire cette opération c'est ça qui me donne du souci. je voudrais avoir un moment avec vous. Monsieur, s.v.p. si serez bien aimable parce que je trouve que suis le moment que je parte [...] j'aimerais bien partir d'ici je n'y plaît plus du tout, je voudrais qu'on me la fasse parce que ont ma mal juger [...].»

Le seul motif explicite à la stérilisation, tant de la part d'Isabelle que de sa commune, est l'alternative à l'internement. Quelques mois plus tard, alors qu'Isabelle est devenue majeure, elle redemande, ainsi que sa commune, la stérilisation. Mais le Dr Borel répond au Conseil communal en refusant de faire procéder à la stérilisation :

«Messieurs, votre lettre [...] a eu toute notre attention. [Isabelle] est une infirme du cerveau, présentant à la fois une arriération mentale et des anomalies du comportement sexuel ainsi que des troubles du caractère. Une stérilisation aurait pour seul effet d'éviter une descendance qui aurait bien des chances d'être tarée; en d'autres termes, il s'agirait d'une mesure eugénique du type de celles qui sont couramment prises en Allemagne. Au point de vue thérapeutique, elle serait sans aucun effet, en particulier elle ne modifierait en rien l'éthisme sexuel ni ses déviations de l'instinct sexuel qui ont été constatés chez cette jeune fille. Comme elle n'aurait rien de plus pressé que de renseigner tout le monde sur l'absence de risque de grossesse dont elle "bénéficierait", elle serait immédiatement la victime – consentante, mais irresponsable – de gens sans scrupules, ce qui

l'exposerait à diverses infections qu'elle ne manquerait pas de transmettre à d'autres. J'ajouterai que chez la femme, la stérilisation est une intervention assez sérieuse, nécessitant une laparotomie. Elle pourrait donc faire tomber son auteur sous le coup de l'article 122 du code pénal suisse sans qu'il puisse être mis au bénéfice des dispositions de l'article 32. Pour ces raisons, je ne pense pas que la demande de la jeune [Isabelle] puisse être prise en considération.»

Le directeur de Perreux est donc plus explicite sur les motifs éventuels de la stérilisation qu'il récuse. Le motif eugénique ne lui paraît pas suffisant quoiqu'il soit (ou parce qu'il est?) couramment admis en Allemagne; rien n'indique ce qu'il pense de la pratique allemande. De plus, selon lui, il n'y a pas de motif thérapeutique qui justifierait l'intervention chirurgicale selon l'article 32 du Code pénal (devoir de fonction ou de profession), car l'opération ne pourrait calmer l'"excitation" et les penchants sexuels d'Isabelle. Ni le consentement de la personne, ni celui des autorités de tutelle, auxquels il ne fait d'ailleurs pas référence explicitement, ne pourraient éviter que l'opérateur ne tombe sous le coup de l'article 122 du Code pénal (lésions corporelles graves). Il n'admet pas la stérilisation dans le cas d'Isabelle car, selon lui, elle ne ferait que renforcer les tendances d'Isabelle qui pourrait se vanter de ne courir aucun risque de grossesse, ce qui pourrait encourager la débauche et faciliter la contagion de la syphilis. Ces motifs moraux, voire médicaux, prédominant pour le Dr Borel et s'opposent donc à la stérilisation, alors que pour d'autres médecins les motifs eugéniques (descendance tarée) ou médico-sociaux (personne irresponsable et assistée) paraissent plus importants et sont évoqués en faveur de la stérilisation.

Les membres du Conseil communal acceptent les explications du directeur de Perreux:

«Nous sommes bien d'accord avec votre manière de voir. En définitive, il est donc préférable que cette personne reste encore hospitalisée chez vous. Nous ne répondrons donc pas à sa lettre.»

Le tuteur ne juge pas utile de s'adresser à Isabelle qui va ainsi probablement rester dans l'ignorance des décisions prises à son sujet et des raisons qui les motivent.

Quelques mois plus tard, le directeur de Perreux reprend contact avec le Conseil communal pour lui demander s'il accepte que l'on envisage un placement sans que la question d'une éventuelle stérilisation ne soit reconsidérée. Ainsi, deux ans et quatre mois après son arrivée à Perreux, Isabelle est placée chez des particuliers; le Directeur affirme que «ce sont des gens très bien, où elle sera bien traitée et entourée.» Isabelle ne revient pas à Perreux par la suite. Elle en est sortie sans avoir été stérilisée contrairement à la demande des autorités d'assistance et d'Isabelle elle-même qui croyait que sa sortie de Perreux était subordonnée à une telle opération comme cela avait été le cas, semble-t-il, pour sa sœur, Madeleine. Ainsi donc, en 1943, le Dr Borel, directeur de Perreux, n'a pas admis, invoquant le Code pénal entré en vigueur en 1942, cette opération pour laquelle il ne voyait aucun motif médical.

Le cas de Marie montre que le refus explicite permet dans les années 30-40 à la personne concernée d'échapper à la stérilisation, soit dans le canton de Bâle, soit dans le canton de Neuchâtel. Quant aux deux sœurs, l'une a été stérilisée en 1940 alors que la stérilisation est refusée à l'autre deux ans plus tard. Elles ont eu une enfance analogue, étant démunies tant sur le plan affectif et familial que de l'éducation ou de l'instruction; toutes deux sont qualifiées d'oligophrènes mais jugées capables de gagner leur vie. Du point de vue de leur sexualité, l'aînée a eu à 18 ans

un enfant illégitime avec un employé de la ferme où elle travaillait, la cadette au même âge a été considérée comme ayant une sexualité inadéquate (fausse-couche provoquée, onanisme, homosexualité).

Madeleine, l'aînée, a donc été stérilisée en 1940 à l'âge de 26 ans, et c'est en août 1941 qu'elle quitte Perreux pour aller travailler dans une famille. Elle a passé plus de huit ans à l'Hospice de Perreux, où elle est arrivée enceinte, la commune ne sachant où la mettre. Aucun argument n'a été formulé pour justifier la stérilisation proposée par le Dr Borel lorsqu'il est question qu'elle aille vivre et travailler dans une famille. La commune avait songé de son côté à la stérilisation et approuve la proposition du Dr Borel; Madeleine semble accepter l'opération, mais il n'y a aucun document attestant son consentement.

En décembre 1941, sa sœur Isabelle est admise à Perreux. La demande de stérilisation émane de la commune, puis d'Isabelle elle-même afin de pouvoir quitter Perreux. Elle est gardée à l'Hospice jusqu'à sa majorité et c'est alors qu'elle réitère sa demande de stérilisation toujours dans l'espoir de partir. Trois ans après la stérilisation de Madeleine, le Dr Borel n'admet pas celle d'Isabelle. Il invoque le Code pénal suisse entré en vigueur entre-temps et c'est certainement le facteur décisif pour refuser l'opération. Il se peut aussi que d'autres éléments, non explicites dans le dossier, aient infléchi l'opinion du directeur de Perreux, comme le souci dont Isabelle voulait lui parler. Isabelle a pu, en privé, lui exprimer son inquiétude au sujet de la stérilisation et le Dr Borel a peut-être voulu la soutenir discrètement contre l'opinion de sa commune, en invoquant d'autres arguments. Pour le Dr Borel, la stérilisation n'est plus l'alternative à l'internement, elle a surtout l'inconvénient d'encourager l'immoralité et d'augmenter les risques de contagion vénérienne.

Nos recherches n'ont pas porté sur les années 1950 à 1970 qui restent donc inexplorées pour le canton de Neuchâtel. Les deux chapitres qui suivent abordent une période plus récente, soit le dernier quart du XX^e siècle.

Service de la santé publique, médecin cantonal, 1978-2000

En automne 1978, un cas de stérilisation problématique à cause de l'opposition pressentie de la personne concernée est soumis au médecin cantonal, le Dr J. Bize; le gynécologue chargé de l'intervention lui demande un avis de droit. Le médecin cantonal venait par ailleurs de recevoir un questionnaire relatif aux «règles juridiques sur la stérilisation des handicapés mentaux» adressé, suite à une récente affaire dans un canton suisse, par la Division fédérale de la Justice à tous les Départements cantonaux de l'Intérieur. La coïncidence des deux événements n'est sans doute pas étrangère au sérieux de la réaction: le médecin cantonal engage alors une réflexion de fond sur cette question et demande au gynécologue d'attendre sa réponse. Ce cas particulier va susciter la formulation de Directives qui seront adressées en août 1980 par circulaire à tous les médecins du canton de Neuchâtel. Ces Directives seront remplacées par l'article 32 de la Loi de santé du 6 février 1995.

Les archives du Service cantonal de la santé publique contiennent l'ensemble des documents relatifs à la stérilisation depuis 1978 (correspondance administrative

et dossiers individuels concernant les demandes de stérilisation soumises à l'autorisation du médecin cantonal). Dans cette étude sur la stérilisation en Suisse romande, les archives des autorités sanitaires neuchâteloises prennent le relais des archives du Conseil de santé du canton de Vaud: au moment où les demandes cessent pour ainsi dire dans le canton de Vaud – les autorités sanitaires vaudoises n'entendant plus se référer à la loi de 1928 considérée comme périmée⁸⁵⁴ –, les autorités sanitaires du canton de Neuchâtel assument officiellement un droit de regard et de surveillance sur la stérilisation des personnes dépourvues de discernement.

Opposition de Thérèse, cas déclencheur des Directives cantonales, 1978

Une jeune fille handicapée mentale de 16 ans qui présente d'importants troubles du comportement est admise en décembre 1978 à la Maternité de l'Hôpital Pourtalès à Neuchâtel pour subir une opération de stérilisation. Une demande avait été adressée directement – selon une procédure considérée comme normale à cette époque – par le médecin du centre éducatif fréquenté par la jeune fille à un gynécologue; ce dernier à son tour s'adresse au médecin-chef de la Maternité de Neuchâtel pour faire procéder à l'intervention. La mère et le curateur avaient signé un document donnant leur accord et le directeur du centre éducatif était informé.

Le médecin-chef de la Maternité explique dans sa lettre au médecin cantonal ce qui a motivé ses soupçons sur la légitimité de l'opération et de la procédure:

«L'éducateur qui accompagnait cette jeune fille paraissait très étonné de la démarche en question et Mlle X elle-même pleurait, lors de son entrée, à l'idée d'une intervention mutilante définitive. [...] Nous ne pouvons nous prononcer sur l'état psychique et sur le quotient intellectuel de cette jeune fille. Cependant, son opposition à cette intervention, à vrai dire toute relative, nous a fait vous contacter afin d'obtenir un avis de droit sur la stérilisation des individus «anormaux». Vous nous avez demandé de surseoir à l'intervention afin que le procureur général et vous-même puissiez vous prononcer sur de tels cas. Nous attendons donc vos conclusions sur le sujet et nous sommes prêts à réenvisager l'intervention chez Mlle [...].»⁸⁵⁵

Le médecin cantonal et le procureur général sont les deux membres qui forment la Commission de surveillance des personnes atteintes d'affection mentale⁸⁵⁶; c'est à ce titre certainement que le médecin cantonal écrit au procureur général pour lui soumettre le cas de Thérèse et, par la même occasion, sa proposition de réponse au questionnaire de la Division fédérale de justice mentionné plus haut. Entre-temps, il avait demandé des renseignements complémentaires (sur le cas de Thérèse et sur le problème en général) au médecin responsable du centre éducatif, en l'occurrence un psychiatre, qui était de par sa fonction⁸⁵⁷ confronté à d'autres demandes de stérilisation. Ces renseignements sont repris par le médecin cantonal dans sa lettre au procureur général.

Le médecin cantonal cite d'abord les propos du psychiatre au sujet de Thérèse:

⁸⁵⁴ La dernière autorisation donnée par le Conseil de santé date de 1977.

⁸⁵⁵ Les citations de ce chapitre sont tirées des documents contenus dans les dossiers individuels des patients. Seule l'année où la demande de stérilisation parvient au médecin cantonal est mentionnée entre parenthèse.

⁸⁵⁶ Selon le règlement d'exécution de la loi sur la protection et la surveillance des personnes atteintes d'affections mentales du 5 janvier 1937, art. 13.

⁸⁵⁷ Médecin-directeur de l'ETIA, Equipe thérapeutique des institutions pour enfants et adolescents, rattachée au Département des finances du canton de Neuchâtel.

« Il s'agit d'une débilité instrumentale légère mais d'une débilité verbale profonde. Pendant l'enfance, la communication avec l'entourage a été rompue, ce qui a aggravé la débilité. Mlle X a un comportement sexuel désordonné. Elle attire les garçons à elle et les masturbe. Elle est très instable, présentant des crises d'agitation sévères. Elle ne pourrait respecter les règles diverses de la contraception.»

Puis il cite les propos du psychiatre concernant la pratique de la stérilisation dont ce dernier a connaissance de par sa position; le médecin cantonal ne semble, quant à lui, pas avoir été informé jusque-là ni des cas spécifiques, ni des modalités:

« Environ une dizaine de stérilisations ont été pratiquées dans le canton depuis 1974⁸⁵⁸. Ces interventions n'ont pas posé de problème. La décision était prise d'un commun accord entre les deux parents, le tuteur (s'il y en avait un), les éducateurs, le directeur de l'établissement concerné, le psychiatre et le psychologue soignants. Il était requis aussi le consentement de la patiente en mettant à profit le minimum⁸⁵⁹ de discernement "utilisable". »

Les personnes concernées par des demandes de stérilisation n'ont pas, de l'avis du psychiatre responsable du centre éducatif, une « débilité très grave. [...] En effet] la débile profonde est prise continuellement en charge; elle ne fréquente pas de lieux où puisse s'accomplir à l'insu des éducateurs, parents ou surveillants, l'acte sexuel complet. D'ailleurs, l'instinct sexuel des débiles graves ne s'écarte guère du narcissisme, son épanouissement se résume à la masturbation.»

Par contre, toujours selon l'avis du psychiatre, chez des personnes ayant une débilité moyenne, le risque existe, la contraception est difficile, et l'interruption de grossesse n'est pas une bonne solution pour elles car soit « elles s'accrochent à l'idée de la maternité et s'opposent à l'intervention », soit, « si l'intervention est plus ou moins imposée contre le sentiment des malades, il peut se produire chez elles des décompensations psychotiques graves », soit enfin, « si l'avortement n'est pas pratiqué, ces personnes sont incapables d'apprendre leur métier de mère. »

Le médecin cantonal semble assez convaincu par cette argumentation:

« Le problème nous paraît ainsi bien posé mais nous hésitons cependant, pour des raisons juridiques, à donner notre approbation à l'intervention projetée chez Mlle X. »

Ayant donc un doute sur la légitimité de la stérilisation de Thérèse d'un point de vue légal, il demande au procureur général:

« Pouvez-vous nous faire part de votre appréciation sur le plan général et dans le cas particulier? »

Le procureur général, s'appuyant sur une publication⁸⁶⁰ concernant la liberté personnelle des patients en droit suisse, répond au médecin cantonal que, dans le cas de Thérèse, la stérilisation ne serait pas conforme:

« Me fondant sur la doctrine récente [...], je crois pouvoir formuler les observations suivantes:

⁸⁵⁸ La centralisation de la prise en charge des handicapés mentaux dans le canton de Neuchâtel dans les années 60 et la fonction de responsable thérapeutique du psychiatre expliquent probablement que ce dernier puisse donner un chiffre global (qui n'inclut cependant pas nécessairement tous les cas du canton, mais au moins ceux dont il a eu connaissance). Notons que ce chiffre correspond à peu près au nombre de stérilisations effectuées avant 1979 et mentionnées dans la liste établie en 1992 par le Centre professionnel Les Hauts Geneveys, dirigé depuis 1974 par Jean-Claude Schläppi (voir ci-après).

⁸⁵⁹ Il faut entendre sans doute soit le « peu » soit le « maximum ».

⁸⁶⁰ GROS 1977. Les photocopies des pages 152 et 153 de cet ouvrage sont jointes à la réponse du procureur général.

1. la stérilisation constitue une lésion corporelle grave au sens de l'art. 122 CP⁸⁶¹ lorsqu'elle n'est pas entreprise au bénéfice des circonstances justificatives des art. 32 à 34 CP⁸⁶² (actes déclarés licites par la législation, devoir de profession, légitime défense, état de nécessité);

2. la stérilisation est subordonnée à l'existence d'une indication médicale ou eugénique. L'indication sociale est l'objet de contestation en doctrine;

3. la stérilisation est subordonnée en outre au consentement de la personne, de sorte qu'une stérilisation forcée est considérée en général comme inadmissible par la doctrine;

4. il apparaît en l'espèce que Mlle X ne saurait être considérée comme tout à fait incapable de discernement de sorte que vous êtes légitimé à ne pas approuver une telle intervention. Il apparaît même que vous devriez la désapprouver. J'admets que cette conclusion juridique peut paraître inopportune compte-tenu du comportement débridé de l'intéressée. Je suis toutefois surpris que celle-ci ne soit pas passible d'une médication qui modère ses ardeurs.»

Le médecin cantonal, tenant compte de l'avis du procureur général, écrit au médecin-chef de la Maternité qui lui avait soumis le cas de Thérèse ainsi qu'au psychiatre responsable de centre éducatif: la stérilisation de Thérèse ne peut être pratiquée sans le consentement de celle-ci, «elle n'est en effet pas totalement dépourvue de jugement. Elle peut, par des méthodes psychologiques adéquates, être amenée à accepter la décision et cette acceptation est capitale pour éviter le reproche qui pourrait être fait plus tard d'une stérilisation forcée». C'est dans ces deux lettres, datées de janvier et février 1979, que le médecin cantonal formule pour la première fois la procédure présentée ci-après concernant la stérilisation des handicapés mentaux.

Ainsi, la stérilisation de Thérèse n'a pas eu lieu en 1978-79, lors de la première demande, ni en 1980, alors que la demande était à nouveau formulée; en effet, le psychiatre a relevé une fois encore l'«attitude oppositionnelle» de la jeune fille. Notons que c'est le seul dossier de stérilisation soumis au médecin cantonal qui n'a pas reçu l'autorisation de pratiquer l'intervention. En 1986, le cas de Thérèse est pour la troisième fois soumis au médecin cantonal. Cette fois, alors que Thérèse a 24 ans, elle donne son consentement et l'autorisation est donnée.

On avait relevé qu'un cas explicite de refus de stérilisation par la personne concernée en 1941 empêchait, même avant l'entrée en vigueur du code pénal fédéral, les médecins de pratiquer une stérilisation. En 1978, dans un contexte historique plus sensible à la question des droits de patients handicapés, une situation de refus, cependant pas aussi évidente à cause de la déficience mentale de la jeune fille, a donc amené les autorités sanitaires du canton de Neuchâtel à une réflexion de fond sur le sujet; des modalités de procédure ont été mises en place pour le cas précis et d'une manière plus générale pour la stérilisation des handicapés mentaux.

⁸⁶¹ «Celui qui, intentionnellement, aura mutilé le corps d'une personne, un des ses membres ou un de ses organes importants ou rendu ce membre ou cet organe impropre à sa fonction [...] sera puni de la réclusion pour dix ans au plus ou de l'emprisonnement pour six mois à cinq ans.» (Code pénal suisse du 21 décembre 1937 entré en vigueur le 1^{er} janvier 1942, art. 122).

⁸⁶² «Ne constitue pas une infraction l'acte ordonné [...] par un devoir de fonction ou de profession [...]» (art. 32); «Lorsqu'un acte aura été commis pour préserver d'un danger imminent et impossible à détourner autrement un bien appartenant à autrui, [...] cet acte ne sera pas punissable», (art. 34.2).

Directives du Service cantonal de la santé publique, dès 1979

Ainsi, dès le début de l'année 1979, les deux acteurs principaux dans le contexte de cette problématique – le médecin-chef de la Maternité et le psychiatre responsable du centre éducatif – sont informés de la procédure requise par le médecin cantonal et le procureur général pour la stérilisation des handicapés mentaux. Cette première version de la procédure est ensuite légèrement modifiée, puis envoyée le 25 août 1980 par «circulaire à mesdames et messieurs les médecins du canton», signée du «médecin cantonal, Service de la santé publique», concernant les stérilisations de handicapés mentaux.

Le médecin cantonal indique à ses confrères qu'il a été conduit récemment à s'occuper du problème; il évoque le contexte juridique (lésion corporelle grave, devoir de profession ou état de nécessité) et sa responsabilité en qualité de membre de la Commission de surveillance: «Nous avons estimé de notre devoir d'émettre des directives fixant la procédure minimale requise pour justifier l'intervention invoquée».

« Ces directives sont les suivantes:

– les demandes de stérilisation d'handicapés mentaux doivent être adressées par écrit au médecin cantonal;

– elles peuvent être présentées par les parents, le représentant légal, un médecin ou une autre personne directement intéressée à l'avenir de l'handicapé(e);

– les demandes doivent être accompagnées du consentement écrit:

a) du ou de la malade (lorsqu'un minimum suffisant de discernement existe);

b) des parents;

c) du représentant légal (s'il est autre que les parents);

d) du tuteur (s'il en existe un);

e) d'un préavis concordant de l'éducateur le plus proche du ou de la malade, contresigné par le directeur de l'institution d'accueil, lorsque les malades sont suivis en établissement spécialisé.

Le médecin cantonal mandate ensuite un expert-psychiatre pour établir un rapport d'indication médicale ou eugénique.

Ce rapport obtenu, il confirme le bien-fondé de l'intervention au demandeur. Ce dernier peut alors se mettre en rapport avec le chirurgien ou gynécologue de son choix qui est « en droit » d'accepter de pratiquer l'intervention.

Ces précautions [ne] sont nullement tracassières. Elles sont approuvées par le Procureur général qui met en garde contre toute velléité d'intervention hâtive en la matière.

[...]»⁸⁶³.

Ces directives ont en définitive pour but de mettre à l'abri de poursuites ceux qui se sont engagés d'une façon ou d'une autre dans la procédure ayant abouti à

⁸⁶³ Développement relatif à l'enquête de la Division fédérale de justice; le projet des directives neuchâteloises a été joint à la réponse des autorités neuchâteloises.

une stérilisation d'handicapé(e). Elles visent à fonder l'état de nécessité ou le devoir de profession qui, seuls, peuvent justifier la dérogation aux dispositions du CPS sur l'atteinte à l'intégrité corporelle.

Espérant que ces renseignements pourront vous être utiles [...].»

Le médecin cantonal semble avoir rédigé ses directives sans modèle extérieur au canton de Neuchâtel, du moins les archives ne contiennent aucune trace de cet ordre. Il reprend en la formalisant la procédure pratiquée déjà dans le canton telle qu'elle lui avait été exposée⁸⁶⁴ par le psychiatre du centre éducatif. Il ajoute deux paramètres essentiels qui sont le rapport de l'expert-psychiatre et l'autorisation du médecin cantonal.

Le rapport de l'expert-psychiatre est l'équivalent de l'avis conforme exigé pour l'interruption non punissable de grossesse au sens de l'art. 120 du Code pénal suisse⁸⁶⁵. Dans le canton de Neuchâtel, les demandes d'interruption non punissable de grossesse sont d'ailleurs transmises au médecin cantonal.

L'autorisation de procéder à la stérilisation est ainsi donnée par le médecin cantonal qui apprécie le bien-fondé de l'intervention en s'assurant que la procédure est respectée, que l'ensemble des pièces requises ont été réunies et que les motifs sont, selon l'avis des professionnels, des circonstances justificatives pour pratiquer cette lésion corporelle grave.

Le médecin cantonal précisait dans la première version des Directives, et il le rappellera à maintes reprises, qu'«un consensus général de toutes les personnes intéressées à l'avenir de la patiente semble indispensable, pour pallier la diminution de capacité de discernement de la patiente». Ou en d'autres termes: «le consensus général est exigé [...] pour pallier l'insuffisance de discernement des patientes "consentantes"»⁸⁶⁶. Il est bien conscient de la valeur relative du consentement de la personne elle-même⁸⁶⁷, ce consentement ne sera d'ailleurs pas toujours exigé. Déjà dans la première version des Directives, il avait ajouté un post-scriptum: «dans le cas des psychotiques, l'obtention d'un consentement peut être illusoire. Il faut alors que le psychiatre explique de façon exhaustive la situation en annonçant les projets d'intervention au médecin cantonal.» Ainsi, dans les principes de base, sans que ce soit formulé dans les Directives (et ceci probablement pour garder une certaine marge de manœuvre et d'appréciation), une demande de stérilisation concernant une personne handicapée mentale devait être consensuelle, sans aucune opposition, mais pouvait éventuellement ne pas requérir le consentement de la personne elle-même.

⁸⁶⁴ Pour rappel: décision prise «d'un commun accord entre les deux parents, le tuteur – s'il y en avait un –, les éducateurs, le directeur de l'établissement concerné, le psychiatre et le psychologue soignants. Il était requis aussi le consentement de la patiente en mettant à profit le minimum de discernement "utilisable"».

⁸⁶⁵ Dans la première version adressée au médecin-chef de la Maternité de Neuchâtel, le médecin cantonal désigne ce qui deviendra «le rapport de l'expert-psychiatre» par l'expression consacrée «"avis conforme" du psychiatre» et précise qu'il est requis «par analogie à la procédure de l'avortement».

⁸⁶⁶ Ces deux citations sont tirées des réponses du médecin cantonal au médecin-chef de la Maternité et au psychiatre du centre éducatif.

⁸⁶⁷ Voir aussi plus loin.

Article 32 de la Loi de santé du 6 février 1995

Le contrôle des stérilisations de personnes handicapées mentales par le médecin cantonal est maintenu, de manière simplifiée, dans l'article 32, al. 3, de la Loi de santé du 6 février 1995. Il n'est plus exigé de recueillir le maximum d'avis concernés. Dans la pratique, on le verra, il n'y aura pas un changement fondamental pour la constitution du dossier. Notons que la loi précise aussi les modalités de procédure pour les stérilisations volontaires de personnes saines d'esprit (al. 1):

« Art. 32, 1. La stérilisation ne peut être pratiquée qu'à la demande de la personne intéressée, moyennant son consentement éclairé donné par écrit et, le cas échéant, celui de son représentant légal.

2. Si la personne intéressée est incapable de discernement, la qualité pour demander la stérilisation appartient à son représentant légal.

3. Pour les mineurs et les personnes incapables de discernement, la stérilisation doit en outre être autorisée par le médecin cantonal, qui requiert dans tous les cas l'avis d'un expert neutre.»

La loi précise encore à l'art 33 les modalités de procédure concernant la castration ou le traitement antiandrogénique qui ne peuvent être pratiqués qu'avec «le consentement éclairé donné par écrit» de la personne intéressée et avec l'autorisation du médecin cantonal⁸⁶⁸.

Demandes soumises à l'autorisation du médecin cantonal entre 1978 et 1999

Les Directives cantonales qui sont envoyées à tous les médecins du canton en 1980 exigent donc que soient réunis les préavis écrits des personnes compétentes à un titre ou à un autre (parents, tuteur, éducateur, directeur d'institution), auxquels il faut joindre dans la mesure du possible le consentement signé de la personne elle-même (documents présents dans 70 % des cas); enfin, un expert psychiatre est mandaté par le médecin cantonal, et ce dernier doit donner son autorisation. La loi de 1995 ne retient pas explicitement l'ensemble de la procédure, mais elle garde l'expertise psychiatrique et l'autorisation du médecin cantonal. La procédure (en amont de la demande adressée au médecin cantonal) reste cependant la même et vise à

⁸⁶⁸ « 1. La castration pour des troubles du comportement qui compromettent gravement la sécurité d'autrui ne peut être pratiquée qu'à la demande de la personne intéressée, moyennant son consentement éclairé donné par écrit et, le cas échéant, celui de son représentant légal.

2. Elle doit en outre être autorisée par le médecin cantonal.

3. Cette autorisation ne sera donnée que dans la mesure où, à dire d'expert, la personne intéressée compromet gravement la sécurité publique, où la castration apparaît comme le moyen le plus adéquat pour prévenir la mise en danger d'autrui et où la demande n'intervient pas en temps inopportun.

4. Le traitement antiandrogénique appliqué dans le même but est assimilé à la castration.»

La question de la castration avait été soulevée en Suisse en 1991 à la suite d'une enquête réalisée à l'Hôpital psychiatrique de Bâle. Notons que les archives mises à notre disposition ne contiennent aucun cas de castration.

réunir le maximum d'avis unanimes dans l'entourage de la personne, puisque celle-ci n'est pas toujours en mesure de donner son consentement totalement responsable.

Il y a eu en tout 58 demandes de stérilisation en vingt ans, le plus souvent entre 1 et 3 demandes par année. Mais on remarque une augmentation entre 1985 et 1988 (27 demandes en quatre années consécutives, soit près de la moitié de l'ensemble des demandes). Aucun indice dans les archives du Service de la santé publique ne permet d'expliquer cette subite augmentation.

Cependant, le Directeur des Perce-Neige nous a indiqué qu'en 1985 un drame avait infléchi le nombre des stérilisations et avait réactivé la réflexion sur la sexualité des handicapés mentaux⁸⁶⁹, à savoir la grossesse inexplicquée et découverte tardivement d'une pensionnaire gravement handicapée et totalement passive. Une lecture particulièrement attentive des dossiers soumis à l'autorisation du médecin cantonal révèle qu'en effet, en mars 1985, une demande de stérilisation concerne une femme de 30 ans, dont le diagnostic est « autisme profond avec débilité sévère »; une demande d'interruption non punissable de grossesse est aussi soumise au médecin cantonal et un document atteste qu'un juge d'instruction est chargé d'une information pénale contre inconnu pour attentat à la pudeur. Sept demandes de stérilisation suivent en 1985, dont trois concernent des hommes: 26 ans, « suspecté de viol, examen négatif »; 16 ans, « activité sexuelle intense, les mesures que nous devons prendre actuellement peuvent être culpabilisantes pour lui »; 21 ans, « surpris plusieurs fois avec une pensionnaire alors qu'il tentait un passage à l'acte ». Quant aux femmes, la hantise du viol semble dominante: « sans défense devant une agression corporelle », « peut être une proie facile », « peut être entraînée ». On verra aussi que c'est entre 1986 et 1988 que le rapport final de la Commission sexualité désignée au sein de la Fondation Les Perce-Neige est rédigé et adopté, admettant le principe de mixité et de vie de couple. Ces deux facteurs, le drame puis le principe de mixité expliquent donc la forte concentration des demandes de stérilisation entre 1985 et 1988.

L'analyse qui suit (à l'exception des données sur le sexe et l'âge portant sur l'ensemble des 58 dossiers) concerne les 52 dossiers qui vont de 1978 à 1995⁸⁷⁰.

Une seule demande présentée à deux reprises n'a pas abouti à l'autorisation, comme on l'a dit plus haut, à cause du refus de la personne elle-même⁸⁷¹; elle a été renouvelée en 1986 et acceptée. On a tout lieu de croire, soit par les indications du dossier du Service de la santé publique, soit par recoupement avec une liste établie par le Centre professionnel Les Perce-Neige aux Hauts-Geneveys⁸⁷², que la plupart des autorisations du médecin cantonal ont été effectivement suivies de l'opération de stérilisation.

La majorité des personnes dont la demande de stérilisation a été soumise au médecin cantonal sont des femmes, 20 % sont des hommes; 40 % des femmes et des hommes ont moins de 20 ans lorsque la stérilisation est demandée; toutes les

⁸⁶⁹ Voir ci-après le chapitre « Fondation Les Perce-Neige ».

⁸⁷⁰ Soit les dossiers qui sont antérieurs au 1er janvier 1996, date à partir de laquelle nous ne sommes plus autorisés à consulter les archives nominales (Autorisation particulière de la Commission fédérale).

⁸⁷¹ Dossiers 1978 et 1980.

⁸⁷² Voir plus loin.

personnes sont célibataires, à l'exception d'une femme mariée; aucune femme n'a eu des enfants, seules trois demandes de stérilisation sont accompagnées d'une demande d'interruption de grossesse. 90 % des dossiers concernent des personnes ayant un handicap mental à des degrés divers: certaines sont gravement handicapées et très dépendantes, d'autres ont une relative autonomie; 10 % souffrent d'épilepsie, de troubles psychotiques ou de troubles du comportement (attentat à la pudeur des enfants); 80 % sont rattachées à une institution durant la journée ou la semaine, la plupart à l'un des centres éducatifs ou au centre professionnel des Perce-Neige. La moitié des demandes émanent du milieu institutionnel, celles-ci tendent à disparaître dans les années 90, les demandes étant alors plutôt formulées par les parents.

La plupart des dossiers contiennent l'ensemble des documents requis, à savoir la demande au médecin cantonal, l'avis conforme, l'autorisation des parents et/ou du tuteur, l'approbation motivée de l'éducateur et du directeur de l'institution, et dans un grand nombre de cas, un document relatif au consentement de la personne elle-même.

Avis conforme et autorisation du médecin cantonal

Les dossiers du Service de santé publique illustrent la difficulté de requérir à l'intérieur du canton des expertises de personnes compétentes tout en sauvegardant une certaine neutralité. La majorité des avis conformes (58%) ont été établis par le médecin consultant de l'institution, psychiatre le plus souvent, indépendant ou rattaché à l'ETIA (équipe thérapeutique des instituts pour enfants et adolescents), au Centre psycho-social ou à l'Office médico-pédagogique; trois d'entre eux ont rédigé jusqu'à 7 ou 8 avis conformes. Dans la moitié de ces cas, l'avis conforme a été rédigé par celui qui avait formulé la demande.

Dans la première version des Directives, le médecin cantonal précisait au psychiatre du centre éducatif qu'«il serait souhaitable que le psychiatre établissant [l'avis conforme] ait été préalablement habilité à le faire par l'autorité cantonale compétente en matière de surveillance des professions médicales, soit par le médecin cantonal, et qu'ainsi chaque cas ait été annoncé avant toute décision définitive.»

Il arrive qu'un médecin traitant adresse de lui-même au médecin cantonal, sans avoir été préalablement mandaté par lui, une requête motivée qui est considérée alors par le médecin cantonal comme un avis conforme. A diverses reprises, les médecins consultants de l'institution se sont proposés d'eux-mêmes pour telle ou telle expertise, mais le médecin cantonal a dû leur rappeler que c'était à lui de faire le choix de l'expert.

Un seul cas de demande soumis au médecin cantonal n'a donc pas été autorisé à cause de l'opposition de la personne. L'autorisation figure en principe sur un document écrit; dans un cas, l'accord a été donné par téléphone. Deux demandes n'ont pas reçu une autorisation formelle du médecin cantonal. Ces deux exceptions concernent des démarches qui ont été entreprises et signalées au médecin cantonal, mais, à la suite d'un malentendu, l'opération a eu lieu avant que tous les documents requis aient été rassemblés.

L'autorisation délivrée par le médecin cantonal s'adresse avant tout au chirurgien auquel l'opération est demandée. A plusieurs reprises, le médecin cantonal rappelle la liberté du praticien: «Il reste à trouver maintenant le chirurgien qui accepte de pratiquer l'intervention. Tout médecin qualifié a le droit, sur la base de la présente [autorisation], de procéder à l'opération mais aucun n'a l'obligation d'en accepter le principe.»(1987)

Alors que, dans les cantons non pourvus de dispositions spécifiques, la stérilisation de personnes ne pouvant donner leur consentement est en principe exclue depuis 1981 en vertu des Recommandations de l'Académie suisse des sciences médicales, elle peut être envisagée dans le canton de Neuchâtel en toute officialité.

Motifs

Les motifs évoqués dans les dossiers du Service de la santé publique à partir de 1979 pour demander la stérilisation se réfèrent à la fois au degré du handicap mental et à la nature des troubles psychiques. Il s'agit, en adoptant la stérilisation, d'éviter une grossesse considérée par l'entourage comme mal venue étant donné le manque de discernement et d'autonomie de la personne. La stérilisation est choisie plutôt qu'une autre méthode contraceptive.

Les arguments avancés, souvent cumulés, appartiennent à des registres différents qui ont été évoqués pour la plupart dès le début du XX^e siècle dans l'histoire de la stérilisation des personnes atteintes de maladie ou d'infirmité mentale: motivations médicale, eugénique, préventive (protectrice), socio-éducative; seule la motivation émancipatrice est nouvelle:

- le motif médical, soit le plus souvent dans les dossiers du Service de santé publique la présence du handicap mental, sous-tend généralement les autres arguments;
- éviter les risques de transmission héréditaire de la pathologie; cet argument est le plus rare dans les dossiers du Service de la santé publique, alors qu'il était fréquemment utilisé durant l'entre-deux-guerres pour justifier les stérilisations de personnes dites débiles mentales⁸⁷³;
- protéger d'un risque de grossesse dû à la faiblesse de volonté de la personne ou à un manque de capacité à se défendre; on parle rarement de viol, mais plutôt de passivité;
- protéger d'un risque de grossesse suite à un comportement sexuel inadéquat, provoquant ou pathologique; les deux arguments peuvent être cumulés, et l'on mentionne alors la difficulté pour la personne de gérer sa sexualité;
- calmer les pulsions sexuelles (cela concerne plutôt les hommes, et l'on parle alors de stérilisation⁸⁷⁴ ou de castration thérapeutique);

⁸⁷³ Voir entre autres le chapitre concernant l'application de la loi vaudoise de 1928.

⁸⁷⁴ On a remarqué tout au long du XX^e siècle une ambiguïté à ce sujet, rencontrée surtout dans les milieux profanes et rarement dans les milieux médicaux, au sujet de l'effet thérapeutique d'une stérilisation.

- éviter la naissance d'un enfant dont la personne ne pourrait assumer la maternité ou la paternité;
- accorder une liberté⁸⁷⁵, faciliter l'épanouissement personnel, permettre une vie sexuelle active sans encourir le risque d'une grossesse; cet argument est le plus récent.

A cela s'ajoute, dans 40% des cas environ, une mention relative aux méthodes de contraception considérées comme mal adaptées, peu sûres ou contre-indiquées à long terme.

Les arguments pour justifier que l'on cherche à éviter une grossesse sont développés ici en s'appuyant sur des extraits tirés des dossiers et sont présentés dans l'ordre d'importance décroissante, des plus fréquemment évoqués aux plus rarement formulés dans les demandes soumises au médecin cantonal neuchâtelois depuis 1979. Il faut considérer cette hiérarchie avec une certaine réserve; en effet, il est probable que la fréquence relative des arguments reflète ce qui est admis et valorisé, ou au contraire contesté, à un moment et dans un contexte donnés, et qu'elle ne reflète pas nécessairement les motivations profondes ou prioritaires des demandeurs. Cela révèle en tout cas une évolution dans les mentalités qui s'explique par de multiples facteurs.

Incapacité d'assumer la maternité ou la paternité

Dans la majorité des dossiers (71%), on trouve formulée une préoccupation relative à l'incapacité probable des personnes concernées d'assumer une maternité ou une paternité, à cause de leur dépendance, plus ou moins importante, dans la vie quotidienne pour leur propre existence; certaines formulations se retrouvent dans plusieurs dossiers:

«éviter un danger imminent d'une paternité qui ne peut être assumée» (1979); «ne pourrait s'occuper d'une éventuelle progéniture» (1980); «pas en mesure d'assumer une maternité» (1980); «pas capable de s'occuper d'un enfant» (1981); «n'est pas en mesure de créer une famille et d'en assumer la charge» (1987), etc.

Toutes ces notations indiquent que l'on admet en principe que la personne qui met au monde un enfant doit s'en occuper et être capable de l'éduquer, sinon l'enfant risque d'être négligé et devrait être confié à des tiers. Le psychiatre chargé de l'expertise d'une femme gravement autiste, enceinte à la suite d'un viol, écrit qu'il faut «[...] éviter qu'elle ne risque de mettre au monde un enfant dont la destinée serait moralement hypothéquée» (1985). Cet argument est prêté à la personne elle-même, souvent formulé par des tiers, parfois par elle. Ainsi, une femme de 20 ans,

⁸⁷⁵ Un argument traditionnel de la stérilisation de personnes déficientes mentales était l'opération plutôt que l'internement. C'est une autre forme de liberté qui est valorisée ici. Non pas la liberté par rapport à l'enfermement, mais la liberté dans la sexualité.

« socialement bien adaptée », qui travaille au Centre professionnel des Planchis à Neuchâtel, craint selon le rapport d'expertise psychiatrique « de se trouver enceinte et d'avoir un enfant qui ne pourrait être que placé » (1984); une autre de 30 ans, « rejette l'idée de la maternité » (1985); un homme de 30 ans, débile moyen, « est décidé à ne pas avoir d'enfant » (1988); une femme de 29 ans, qui souffre d'un important retard intellectuel, vit chez sa mère et fait un travail occupationnel dans une fabrique, exprime elle-même sa volonté par écrit: « je n'ai pas envie d'avoir de bébé parce que je ne pourrais pas m'en occuper » (1992); une autre travaillant dans un foyer ASI exprime la même idée: « un bébé à moi, ce serait trop lourd, un bébé, je le placerais et c'est lui qui en souffrirait » (1995). Cette opinion est aussi partagée par la personne et ses proches: « compte tenu du fait que [...], de par son handicap et un équilibre affectif très précaire, n'est absolument pas en mesure de prendre en charge un enfant, nous souscrivons à sa décision » (l'éducateur d'une femme de 26 ans, 1988). Les parents d'un jeune homme de 20 ans écrivent « avoir longuement parlé avec [...], il réalise bien qu'il ne pourrait assumer la responsabilité d'être père » (1995).

Dans un seul cas, il est précisé par le directeur que, « sur un niveau institutionnel, nous ne pouvons assumer les risques et les conséquences d'une grossesse éventuelle » (1981). Mais on verra que la décision des Perce-Neige de ne pas assumer les enfants éventuels des personnes qu'ils accueillent dans l'institution est explicite.

Protection contre la vulnérabilité ou contre la provocation

Dans 79% des cas, il y a une mention relative au risque de grossesse lié soit à la vulnérabilité de la personne, soit à son comportement provocateur, ou les deux à la fois.

Le risque le plus élevé concerne la vulnérabilité. Il s'agit du risque de viol qui n'est d'ailleurs jamais formulé en ces termes, contrairement à des périodes plus anciennes, et qui est exprimé de manière variée, parfois détournée:

« victime facile de profiteur », « exposée à un abus sexuel » (1980); « éviter embêtements » (1983); « attachante, influençable donc vulnérable » (1987); « elle ne présente aucune défense devant l'agression, si ce n'est l'expression d'une angoisse profonde » (1989); « elle sait mal résister aux avances des hommes » (1995); etc.

Le plus souvent cependant, cette vulnérabilité passive est associée à une attitude que l'on pourrait qualifier d'active, de suggestive, voire de provocatrice. Les parents d'une jeune fille de 17 ans souffrant d'une « psychose infantile de type autiste », et qui se trouve dans un centre éducatif, adressent une demande de stérilisation pour leur fille afin « d'assurer ainsi la tranquillité de son avenir »; le psychiatre explique dans le rapport d'expertise « qu'elle supporte très mal un contact physique par n'importe quelle personne mais, d'autre part, ses multiples actes autoérotiques démonstratifs ont lieu à n'importe quel endroit et peuvent inciter un individu peu structuré sur le plan sexuel à un passage à l'acte. » (1979)

D'autres situations expriment que le risque présumé vient de l'inadéquation du comportement et du défaut de résistance des personnes concernées :

« spontanéité dans les contacts personnels, tendance à subir, éventuels abus » (1980); « trajet en train, très chaleureuse » (1981); « très attirée par le sexe masculin, facilité à obéir, danger » (1983); « lie facilement contact sur son chemin, [...] a parfois un comportement provocateur » (1984); « recherche la compagnie des garçons et son manque de jugement la laisse sans défense devant une agression corporelle. Attitudes aguichantes » (1985); « degré d'autonomie important, apparence physique agréable, deux fois par jour en train, fragile et influençable [...] intérêt pour le sexe masculin » (1987); « provocatrice face aux personnes du sexe opposé et l'on peut redouter un passage à l'acte, avec son consentement ou par la contrainte » (1988); « il a souvent une manière libidineuse d'aborder les personnes du sexe opposé » (1988); etc.

Un seul médecin fait la remarque que la stérilisation ne protège pas des agressions, mais seulement d'une grossesse :

« Par son comportement provocateur et trop familier, [...] se met en situation de danger sur le plan sexuel [...]. Aucune contraception n'est en mesure de la protéger en cas d'agression, sauf d'une éventuelle grossesse. » (1994).

Le risque lié à un comportement agressif concerne surtout les hommes. Un homme de 26 ans, interne au centre professionnel des Hauts-Geneveys, a, selon l'avis du psychologue, de « très fortes préoccupations sexuelles, tentatives de passage à l'acte auprès de pensionnaires féminines, [...] agressives et de l'ordre de la contrainte » (1985). Un jeune homme de 19 ans, psychotique, a commis un attentat à la pudeur (1987), un autre a un « comportement agressif surtout vis-à-vis des femmes » (1988). En adoptant la stérilisation, on ne vise en réalité qu'à prévenir des risques de conception et non à calmer les pulsions; dans ce cas, c'est la castration qui pourrait influencer le comportement inadéquat.

Vie sexuelle active

On peut observer deux tendances dans la manière d'évoquer ce registre, l'une plutôt négative, l'autre plutôt positive. Il ne s'agit pas d'attitudes sexuelles provocatrices ou agressives, ici on se réfère davantage à une vie sexuelle ordinaire mais qui se manifeste de manière inadéquate et qui est qualifiée de manière péjorative: « comportement sexuel désordonné » (1978). La vie sexuelle est cependant recon nue comme un besoin qui est toléré, constaté, admis, mais non valorisé :

« [...] sur le plan sexuel, il a des besoins qu'il devrait pouvoir assouvir » (1979); « entretient depuis plus d'une année une relation suivie avec un de nos pensionnaires, déficient mental, par conséquent la possibilité qu'ils établissent une relation sexuelle n'est pas à écarter » (1981); « elle dit avoir un petit ami [et] pense avoir des enfants » (1981); « a eu des relations sexuelles complètes avec un camarade d'école mineur » (1982); « [ne peut pas] gérer sa sexualité » (1983);

«recherche des contacts auprès d'un pensionnaire» (1986); «sur le plan relationnel, [...] entretien depuis environ 3 ans une relation relativement stable avec un pensionnaire du centre, elle a fait part récemment de son désir d'avoir des relations sexuelles avec son ami, de ses craintes quant aux conséquences d'un oubli de prendre sa pilule et de son souhait de se faire stériliser» (1988); «rapports sexuels incontrôlés avec des collègues de travail du Centre ASI» (1988).

L'attitude à l'égard de la sexualité des handicapés mentaux se modifie peu à peu et, depuis la fin des années 80, la sexualité est valorisée, voire espérée comme une thérapie ou revendiquée comme un droit épanouissant.

En 1988, une femme de 28 ans (arriération mentale moyenne) est admise en institution à la suite d'un attentat à la pudeur dont elle reste traumatisée. Elle semble demander une stérilisation. L'éducateur argumente qu'elle «pourrait envisager une relation affective avec un pensionnaire avec sérénité»; ce point de vue révèle l'idée – revendiquée depuis peu dans les milieux éducatifs – qu'une sexualité protégée a une fonction libératrice, voire réparatrice. L'expert psychiatre pour sa part, responsable du service médical de l'institution, est plus réservé :

«[elle a été] impressionnée, au point de solliciter, en relation avec les conseils que lui prodigue son entourage, une stérilisation. [...] [elle est] dans l'impossibilité, du fait d'une position phobique, d'accéder à des relations sexuelles dans le cadre d'une relation amoureuse partagée. [...] Cette intervention ne revêtant pas un caractère d'urgence, [...] il est souhaitable de la mettre en œuvre à distance [sic, c'est-à-dire opérer plus tard] des événements traumatisants qui ont présidé au placement de cette jeune fille.»

Cette notion de sérénité face à la vie sexuelle active est reprise peu après dans le rapport d'un autre éducateur de l'institution au sujet d'un jeune homme de 20 ans, «7 ans d'âge environ» :

«A plusieurs reprises, il a exprimé le désir de se faire stériliser afin de pouvoir «faire l'amour» selon ses termes avec une future amie. Nous avons donc discuté avec ses parents et lui-même: nous avons ainsi admis qu'une stérilisation pourrait permettre à [...] d'aborder une sexualité plus sereinement.» (1988).

Plusieurs dossiers contiennent dès lors ce nouvel argument qui vise à corriger le refoulement de la sexualité et à valoriser les relations avec le sexe opposé :

«sexualité libérée des limitations liées au risque parental» (1988); «une contraception reste indispensable, surtout dans la mesure où cette jeune fille pourrait désirer vivre, à un moment ou à un autre, une sexualité librement consentie» (1994); «la mère surveille et restreint les sorties seules [sic] de sa fille. [...] L'opération de stérilisation peut concourir à assurer un meilleur épanouissement de la personnalité de [...] en élargissant ses possibilités d'autonomie relationnelle, sociale et de déplacement» (1994); «plus grand épanouissement dans les relations» (1995).

Ainsi, on observe une évolution dans le temps. Dans les années 80, l'entourage a encore tendance à désapprouver la vie sexuelle de la personne handicapée en la considérant comme illégitime, débridée, étrange, éventuellement comme un besoin impossible à contenir, et l'on craint avant tout que cette vie sexuelle aboutisse à une grossesse. La finalité de la stérilisation est alors d'éviter une grossesse causée par une vie sexuelle socialement mal tolérée. A l'inverse, et c'est là une tendance dont nous avons soulevé le caractère relativement récent, on pense qu'une vie sexuelle active peut être légitime et souhaitable pour l'épanouissement de la personne, qu'elle doit pouvoir se réaliser sans s'exposer à une grossesse difficile à assumer. La finalité vise alors la liberté sexuelle considérée comme bénéfique, mais sans risque de grossesse⁸⁷⁶. Ces deux positions ne sont pas toujours aussi tranchées et ne sont pas exclusivement réservées aux personnes handicapées; cependant chez elles, c'est l'autonomie et le discernement limités d'une part, la gestion délicate de la contraception d'autre part, qui rendent certaines situations plus tendues.

Risques de transmission héréditaire de la maladie

En dépit des Directives du médecin cantonal qui sollicite de l'expert « un rapport d'indication médicale ou eugénique », cette dernière indication semble avoir vieilli, sans doute non seulement parce qu'il y a des doutes croissants relatifs au caractère héréditaire de certains handicaps mentaux, mais aussi parce que cet argument, historiquement connoté de manière dramatique, est mal considéré. La mention explicite de l'indication eugénique ou du risque héréditaire, présent ou absent, n'apparaît que dans 8 dossiers :

« descendant aurait 6 chances sur 10 d'être lui-même handicapé mental »⁸⁷⁷ (1981); « hérédité familiale »⁸⁷⁸ (1983); « indication eugénique liée à l'aberration chromosomique »⁸⁷⁹ (1983), « la mère souffre d'une oligophrénie, [...] a un frère aîné qui présente une débilité moyenne à profonde, [...] l'éventualité que les deux frères soient porteurs d'une maladie familiale entre dans l'ordre du possible [...] raisons eugéniques relatives » (1985); « dimension eugénique non soluble » (1985); « dans la mesure où le retard mental de l'expertisée ne semble pas dû à une affection héréditaire, il n'y a cependant pas d'indication eugé-

⁸⁷⁶ Cette conception de la sexualité s'inscrit dans un mouvement de libéralisation de la sexualité, revendiqué par certains auteurs, comme Auguste Forel (FOREL 1906) au début du XX^e siècle et qui s'est fortement accentué dans les années soixante au sein de la population: la jouissance de l'acte sexuel pour lui-même est revendiqué à l'exclusion de la fonction de reproduction. S'agissant des personnes handicapées mentales, ce mouvement apparaît plus tard.

⁸⁷⁷ La femme en question, oligophrène, a un partenaire handicapé mental. Il faut relever cependant qu'un certificat médical établi quelques années auparavant indiquait « grave oligophrénie suite à une méningite », ce qui exclurait donc a priori le caractère héréditaire du handicap de la femme.

⁸⁷⁸ Le rapport de l'assistante sociale indiquait que la mère était fragile psychiquement et le père était alcoolique.

⁸⁷⁹ Trisomie 21.

nique »⁸⁸⁰ (1988); « les malformations congénitales qu'elle présente laissent aussi planer un doute sur l'état physique d'un enfant éventuel » (1994); « chromosome X fragile » « nous ne voulons pas prendre le risque de transmettre à nouveau cette maladie »⁸⁸¹ (1995).

Stérilisation plutôt que contraception

Enfin, il faut revenir sur la question du choix de la stérilisation plutôt qu'une autre méthode contraceptive. Le plus souvent, les motifs cumulés, dont le principal évoqué est l'incapacité à élever des enfants à cause du handicap mental, semblent avoir pour les demandeurs un caractère définitif, c'est pourquoi ils préconisent une stérilisation chirurgicale plutôt qu'une méthode contraceptive prise dans une longue durée.

Dans une vingtaine de dossiers (40 %) il y a des mentions relatives à une contre-indication de la contraception, mal tolérée ou considérée comme peu fiable; elles viennent généralement renforcer la demande de stérilisation.

« [...] contraceptif voie orale [...] prise régulière pose problème » (1985); « ne supporterait pas les contraceptifs oraux en raison de son atteinte hépatique » (1986); « [...] injection trimestrielle est contre indiquée à long terme, [...] dérangée par l'absence de ses règles et la prise de poids due aux piqûres » (1986); « contraceptif oral [est considéré comme] insuffisant par ses parents » (1987); « compte tenu de [...] [et] de l'épilepsie, de l'impossibilité de poursuivre un traitement contraceptif hormonal [...] risque cancérogène [...] [du] Depo Provera⁸⁸² » (dossier 31, 1987); « incapable de contrôler la prise régulière de contraceptifs oraux [...] essai de dépôt intramusculaire [...] intolérance [...] » (1988); « allergique aux œstrogènes » (1988); « anxiété face aux injections » (1989); « tendance à l'obésité » (1989); « aucune méthode contraceptive n'est garantie » (1991); « le stérilet étant contre-indiqué en raison des fortes règles très douloureuses de surcroît, ainsi que la pilule œstroprogestative (diminution de l'efficacité due à la médication antiépileptique [...] nous avons opté [...] pour une contraception monohormonale à base de progestatifs à faible dose [Exlutona] et nous avons donné la préférence à cette forme de contraception par injection trimestrielle de Depo Provera 150 très pratique [...] [mais] prise de poids [...] n'a pas été concluant » (1992); « [elle] préfère la stérilisation [plutôt que] les injections » (1994).

Il y a une augmentation des mentions relatives à la contraception depuis la fin des années 80, soit à une époque où l'on préconise de plus en plus des méthodes contraceptives réversibles (devenues plus variées et plus nuancées).

⁸⁸⁰ Il s'agit de la première expertise établie par ce psychiatre auquel le médecin cantonal adjoint a donné les indications requises « renseignements pris, il s'agit d'abord et avant tout d'analyser le bien-fondé de la requête tant du point de vue médical qu'eugénique ».

⁸⁸¹ Le médecin a demandé des examens génétiques à la Division autonome de génétique humaine du Centre hospitalier universitaire vaudois à Lausanne.

⁸⁸² Notons que les injections du Depo Provera (orthographié de manière variable) sont interdites aux États-Unis précisément pour ce motif.

Consentement

L'une des spécificités des Directives de 1980 élaborées par le médecin cantonal neuchâtelois, puis de la loi neuchâteloise de 1995, est d'autoriser, dans certains cas et selon une procédure spécifique, la stérilisation de personnes privées de discernement ou dont le discernement est limité. C'était aussi le cas, précisément, de la loi vaudoise de 1928. Quant aux Recommandations d'éthique médicale pour la stérilisation de l'Académie suisse des sciences médicales de 1981, elles considèrent comme inadmissible⁸⁸³ la stérilisation chez une personne incapable de discernement; par contre, comme à Neuchâtel, elles envisagent que l'on obtienne le consentement d'une personne déficiente mentale «capable d'apprécier la portée de l'intervention»⁸⁸⁴.

A Neuchâtel en principe, dans tous les cas où c'était envisageable, les professionnels étaient invités à faire comprendre à la personne l'intervention proposée pour l'informer et requérir si possible son accord⁸⁸⁵, ou, le cas échéant, enregistrer son désaccord. On a vu que le cas problématique qui avait amené en 1978 le médecin cantonal à émettre ses Directives avait été reconsidéré deux ans plus tard, mais que la procédure avait été interrompue suite à l'attitude oppositionnelle de la personne. Cet aspect du refus n'est explicité qu'une seule fois par le médecin cantonal dans une lettre au médecin chargé de l'expertise:

« Dans la pratique, le consentement est tenu pour valablement donné, s'il est obtenu, même avec une capacité de discernement infraluminaire [peu éclairé] en quelque sorte. Un refus doit être traité de façon identique, car il serait naturellement arbitraire de faire du consentement seulement un élément en faveur de la capacité de discernement. » (1988).

A propos du consentement et du discernement, le médecin cantonal est amené à préciser la différence entre ses Directives et les Recommandations de l'Académie suisse des sciences médicales dans sa réponse à un juriste, membre de la Commission centrale d'éthique, qui s'enquiert auprès de lui de la procédure neuchâteloise:

⁸⁸³ Cette notion avait disparu dans le projet abandonné des *Directives médico-éthiques pour la stérilisation de personnes mentalement déficientes* (DIRECTIVES 2000): «[...] Les femmes déficientes mentales doivent être préservées de façon fiable d'une grossesse non désirée. [...] Si la personne concernée est capable de discernement, il convient de lui demander son consentement écrit. [...] La protection des droits des sujets déficients mentaux doit être assumée avec un grand engagement. L'expertise psychiatrique et la seconde prise de position écrite favorable doivent apporter la garantie que l'intervention est faite dans l'intérêt bien compris et prioritaire de la personne concernée. [...]».

⁸⁸⁴ «Si le sujet déficient mental est cependant capable d'apprécier la portée de l'intervention, il peut décider si elle doit être pratiquée et il est seul à pouvoir le faire. La capacité de discernement doit être appréciée en fonction de la situation; il faut éviter d'opérer un sujet qui n'a pas compris le problème avec toutes ses conséquences; il faut aussi éviter de refuser de manière inadmissible de tenir compte du désir d'un sujet qui a le droit de disposer de lui-même. Le sujet déficient mental doit au moins comprendre qu'une intervention chirurgicale sera pratiquée, et qu'elle l'empêchera de façon durable d'engendrer ou de concevoir.» (RECOMMANDATIONS 1981).

⁸⁸⁵ «[...] Les demandes doivent être accompagnées du consentement écrit: a) du ou de la malade (lorsqu'un minimum suffisant de discernement existe). [...]» (Directives du médecin cantonal de 1980).

« Quant au degré de discernement utilisable pour l'accord du patient à l'intervention, il peut être très variable d'un cas à l'autre. Nous n'exigeons pas que ce discernement soit parfaitement éclairé, car ce serait un non-sens en l'occurrence. Mais nous demandons aux médecins et éducateurs (psychologues, assistants sociaux ou autres) de faire comprendre le mieux possible aux handicapés, par les méthodes spécifiques dont ils disposent, ce que sera l'intervention et ce qu'elle signifie.

« S'il y a une absence totale de discernement et c'est ce qui paraît nous distancer des recommandations de la commission centrale d'éthique, nous n'en faisons pas un obstacle à la stérilisation. Nous basant sur les concepts pénaux d'état de nécessité et de devoir de profession, nous estimons que les conditions d'application de ces dispositions ne sont pas moins bien établies en la circonstance que lorsqu'il s'agit de procéder à une intervention comportant des risques de lésions corporelles irréversibles chez une personne inconsciente qui n'est pas en mesure de donner son assentiment personnel. »⁸⁸⁶

Le consentement requis, mais non indispensable selon les cas, a une valeur relative pour le médecin cantonal, mais il est utile: il signifie surtout que l'on a cherché à expliquer à la personne de quoi il s'agit. Dès le premier cas soumis en 1979 selon la procédure qui venait d'être formulée, le médecin cantonal écrit au psychiatre désigné comme expert: «vous voudrez bien nous adresser ce document [avis conforme] avec un consentement «signé» (?) du patient et les divers préavis requis selon les directives qui vous ont été données dans notre lettre [...]». S'adressant à un autre expert désigné en 1980, le médecin cantonal demande «si possible (selon la capacité de discernement) un consentement écrit de la patiente». En 1983, un psychiatre soumet au médecin cantonal le cas d'une personne incapable de discerner; ce dernier lui répond: «Si le discernement de la patiente n'est pas suffisant pour qu'elle fasse part d'une acceptation plus ou moins éclairée, son propre consentement n'est pas nécessaire», mais tous les autres documents restent requis.

Document signé

Une proportion assez élevée des dossiers (63%) contient un document signé par la personne concernée. Dans la majorité des cas, le document est une formule dactylographiée ou écrite par un tiers et signée par la personne concernée⁸⁸⁷:

« Je soussigné donne mon accord pour que l'on procède sur moi à une stérilisation » (1979); « J'accepte d'être stérilisée » (1980); « Je demande une stérilisation chirurgicale » (1984); etc.

Il arrive que des commentaires soient ajoutés au sujet du consentement signé. Ainsi le psychiatre chargé de l'expertise remarque, à propos d'une femme de 25 ans

⁸⁸⁶ Lettres du 5 et 11 juin 1986, Archives du Service cantonal de la santé publique, 156.30.20, classeur 1. 1. 1984-31. 12. 1989.

⁸⁸⁷ Dans une lettre à un tuteur, le médecin cantonal précise que le consentement peut être «écrit par quiconque, mais signé de sa [personne concernée] main» (1986).

ayant signé un formulaire qu'« elle a verbalisé clairement son acceptation, ceci bien entendu dans le contexte de son attitude qui consiste à toujours vouloir faire plaisir à son interlocuteur. [...] Il faut admettre que cette patiente n'a pas la capacité de discernement suffisante sur le plan juridique pour que son avis personnel soit suffisant. » (1987)

La plupart des signatures sont d'une écriture enfantine, maladroite, en lettres séparées. Parfois la signature est à peine un graffiti. C'est le cas notamment du document signé par un jeune homme de 16 ans, dont le diagnostic indique une « arriération profonde » et une « activité sexuelle intense ». La psychologue explique en annexe au document signé d'un graffiti :

« est incapable de comprendre ce que signifie une stérilisation. A plus forte raison, il n'en devine pas l'enjeu. [...] n'a en effet aucune faculté de discernement; il ne peut donc apprécier les termes de l'autorisation d'une stérilisation et encore moins régler sa conduite en fonction de cette appréciation. Ainsi, suite à une tentative d'explication, à la question "si tu es d'accord[...]", [...] a "signé" comme il aurait très bien pu ne pas "signer". » (1985)

A l'inverse d'une simple formule signée, certains consentements sont plus développés. Ainsi un document dactylographié et signé expose de manière circonstanciée le point de vue d'un jeune homme de 19 ans, accusé d'un attentat à la pudeur des enfants.

« J'ai discuté d'une vasectomie avec le Dr [...]. Il m'en a bien expliqué les conséquences. [...] m'a dit de réfléchir. Je l'ai revu deux ou trois semaines plus tard pour lui faire part de mon accord. Je tiens à éviter les ennuis que j'aurais si je mettais enceinte une copine, ainsi qu'à éviter des risques aux enfants que je pourrais avoir. » (1987)

D'autres paraissent entièrement rédigés de la main de la personne elle-même :

« [...] pourrait m'aider à surmonter certains de mes problèmes » (1988); « je désire pouvoir bénéficier d'une stérilisation » (1991); « [...] je suis tout à fait d'accord avec ses explications [...] » (1992); « je n'ai pas envie d'avoir de bébé parce que je ne pourrais pas m'en occuper » (1992).

Absence de consentement

Parfois, il n'y a pas de document de consentement, mais il est indiqué que la personne est d'accord; ainsi par exemple, « en a parlé avec ses parents » (1988), « n'a pas manifesté d'opposition » (1989), a été « informée » (1994). Quatre dossiers ne portent aucune indication relative au consentement de la personne, ils concernent des personnes ayant un handicap mental sévère.

Dans quelques dossiers (15%), il est explicitement mentionné que la personne ne peut se prononcer et ceci engage la responsabilité du psychiatre qui l'atteste. La plupart se rapportent à des personnes ayant une débilité mentale profonde⁸⁸⁸.

⁸⁸⁸ Les citations sont accompagnées du diagnostic noté dans le dossier.

« Consentement impossible, ni explication du but de l'intervention. » (1979, psychose infantile de type autiste); « Sa capacité de se déterminer en la matière est nulle » (1983, Trisomie 21, débilité moyenne à profonde); « [...] exclu de demander un accord même verbal » (1985, autisme profond avec débilité sévère); « n'est pas en mesure de donner son consentement » (1986, arriération mentale profonde); « nous ne pouvons pas obtenir un accord exprès de [...] » (1988, retard psychomoteur, troubles du comportement).

D'autres exemples semblent concerner des personnes auprès desquelles on n'a pas cru devoir aborder le sujet. Elles montrent aussi bien, nous semble-t-il, la difficulté d'informer et de faire comprendre certaines situations aux personnes impliquées, que la crainte de créer des blocages ou de susciter des réactions oppositionnelles considérées comme inadéquates.

Dans deux cas au moins, d'autres indications contenues dans le dossier disent précisément que la question a une certaine réalité pour la personne: Une jeune fille de 19 ans fait les trajets en train. Le psychiatre explique qu'« elle a un "petit ami", entretenant une relation relativement stable. Elle dit vouloir l'épouser et pense avoir des enfants, ce qui a alerté les parents, en leur faisant craindre les risques d'une grossesse ». Le médecin cantonal, tout en donnant son autorisation, regrette qu'il n'y ait pas le consentement de la personne; il dit s'appuyer sur l'affirmation du psychiatre qui la déclare « inapte à prendre une décision personnelle » (1981, débilité mentale moyenne congénitale). L'autre cas concerne une femme de 29 ans qui vit à l'institution d'Eben-Hézer; elle entretient une relation suivie avec un homme qui se trouve dans la même institution. Elle n'a « pas le discernement suffisant » (1981, arriération mentale de niveau moyen).

Dans le courant de l'année 1988, les formules de consentement toutes faites et signées par la personne disparaissent. Peut-être a-t-on renoncé à faire signer de tels documents considérés comme trop formels, accordant davantage de crédit à un document plus personnel. La proportion des dossiers avec consentement diminue par rapport à la période précédente; on trouve davantage d'indications rapportées par un tiers attestant que la question a été abordée avec la personne concernée; parfois, il n'y a aucune précision concernant l'opinion de la personne. Cette évolution pourrait indiquer une attitude plus pragmatique à l'égard de la formulation du consentement de la personne, ou bien, quoique cela aille à l'encontre de la philosophie dominante, une moins grande attention à la recherche du consentement.

Un cas parmi d'autres

L'analyse quantitative et les développements relatifs aux motifs et au consentement ont permis de dégager les principales caractéristiques et la diversité de chacun des paramètres des dossiers soumis à l'autorisation du médecin cantonal. Les cas représentatifs se situent sur toute l'échelle qui va du handicap mental léger au handicap mental lourd, les uns devant être « protégés » par la stérilisation à cause de leur relative autonomie, les autres à cause de leur totale dépendance. L'entourage privé

et professionnel de la personne (une femme, plus rarement un homme) considère alors qu'il n'est pas indiqué qu'elle ait un enfant, principalement parce qu'elle ne peut assumer sa propre existence sans soutien.

Chaque situation est très sérieuse à cause des difficultés inhérentes à la présence d'un handicap mental et à cause de la décision à prendre. Certaines paraissent mieux argumentées que d'autres; il ne faudrait cependant pas en déduire qu'elles sont nécessairement plus pertinentes.

A titre récapitulatif de la procédure mise en œuvre dans le canton de Neuchâtel par le médecin cantonal depuis 1978 (simplifiée avec la loi de 1995), le cas de Denise est présenté ici avec l'ensemble des indications traitées jusqu'ici séparément. Il est représentatif des demandes soumises à l'autorisation du médecin cantonal, malgré la diversité des situations individuelles.

Denise 1989

Denise est âgée de 18 ans en 1989, lorsque l'éducateur responsable du Centre éducatif Les Perce-Neige à Neuchâtel où elle est accueillie durant la journée adresse une demande d'autorisation de stérilisation au médecin cantonal. Celui-ci désigne un expert en la personne du psychiatre consultant du Centre éducatif.

La jeune fille va quitter le Centre éducatif où elle est externe et sera admise quelques mois plus tard en interne au Centre professionnel des Hauts-Geneveys (où la mixité, on peut le relever, est admise depuis une année dans les logements). L'éducateur et le psychiatre formulent des éléments diagnostiques: «retard mental important [...] des troubles affectifs graves [...] pas de langage oral» et «psychose, graves troubles de contact, repli». Denise «ne présente aucune défense devant l'agression, si ce n'est l'expression d'une angoisse profonde. Elle [...] peut se laisser prendre au piège d'une relation sexuelle [...], incapable d'assumer une maternité et encore moins l'éducation d'un enfant.» On craint donc principalement, car l'enfant ne pourrait être pris en charge par sa mère, qu'une grossesse ne survienne à la suite d'une agression sexuelle à laquelle Denise ne pourrait se soustraire à cause de son handicap. Aucune forme de contraception ne semble convenir dans son cas, ni stérilet, ni pilules, ni injection (à cause de l'anxiété de la jeune fille).

La mère et le directeur du Centre éducatif confirment la demande de stérilisation. Denise signe une formule attestant qu'elle est d'accord avec l'intervention proposée. L'ensemble des documents requis (autorisation des parents, opinion de l'éducateur, visa du directeur, consentement de la personne, expertise du psychiatre) sont ainsi envoyés au médecin cantonal. Ce dernier, grâce aux avis convergents de l'entourage de la jeune fille, dont le consentement seul ne peut suffire à cause de son discernement limité, donne son autorisation. La procédure entre la demande et l'autorisation a duré trois semaines; deux mois plus tard, l'opération a lieu au Service de gynécologie de l'Hôpital Pourtalès à Neuchâtel, soit quelques semaines avant le nouveau mode de vie de la jeune fille.

Cet exemple, à l'instar de l'ensemble de ce corpus de dossiers, permet de souligner deux caractéristiques des stérilisations dont les dossiers sont conservés aux archives du Service de la santé publique.

D'une part, la crainte qu'une grossesse ne survienne chez une femme handicapée mentale (ou plus rarement par le fait d'un homme handicapé mental) est, dans

les cas rencontrés, largement partagée par son entourage. Cependant les stérilisations plus fréquentes durant quelques années (entre 85 et 89) révèlent qu'au-delà du choix qui peut être fait de cas en cas, il existe un mouvement suscité par une inquiétude plus générale à la suite d'un cas particulièrement dramatique et inexpliqué. C'est ainsi que des femmes un peu plus âgées, qui n'avaient pas été stérilisées jusque-là, et que des hommes, un peu plus entreprenants, ont subi, en plus grand nombre, cette opération pour tenter de prévenir des grossesses collectivement redoutées.

D'autre part, l'officialité de la procédure visant à réunir le consensus le plus large possible au sujet de la demande de stérilisation d'une personne handicapée mentale et visant à soumettre tous les documents au médecin cantonal souligne le sérieux de la démarche: le médecin cantonal s'assure que chacun, concerné à un titre ou à un autre par la demande de stérilisation et engageant sa responsabilité personnelle, donne son accord. Le fait de centraliser les demandes permet en outre au médecin cantonal d'avoir une vision d'ensemble des demandes.

Fondation Les Perce-Neige

Dans le canton de Neuchâtel, la prise en charge des handicapés mentaux n'a vraiment pris forme que dans le courant des années 60, et elle dépend essentiellement de la Fondation Les Perce-Neige⁸⁸⁹. Cette dénomination commune recouvre dès 1965 plusieurs lieux créés à l'initiative de l'Association neuchâteloise des parents d'enfants handicapés mentaux (1959), puis sous l'égide de la Fondation neuchâteloise en faveur des déficients mentaux (1967); il s'agissait d'abord, dès 1964, de centres éducatifs de jour, principalement à Neuchâtel et à La Chaux-de-Fonds, destinés à des enfants en âge de scolarité puis, dès 1968, de centres professionnels pour adultes (ateliers et homes), à Malvilliers, La Jonchère, Les Hauts-Geneveys, Neuchâtel et La Chaux-de-Fonds. L'actuel Centre professionnel des Hauts-Geneveys, construit entre 1976 et 1978, a réuni en un même lieu des homes et des ateliers dispersés. Avant la création de ces centres éducatifs et professionnels, soit jusque dans les années 60, il n'existait pas dans le canton de Neuchâtel de lieux spécifiques pour la prise en charge des handicapés mentaux qui étaient parfois placés dans une institution d'un canton voisin.

Une proportion importante des demandes de stérilisation soumises à l'autorisation du médecin cantonal concerne des personnes rattachées aux Perce-Neige. Deux registres sont bien documentés au sein de la Fondation Les Perce-Neige: d'une part la réflexion théorique et les prises de position relatives à la sexualité des personnes handicapées, d'autre part les cas de stérilisation individuelle. Cette richesse, par rapport à d'autres institutions, tient à plusieurs facteurs. Il s'agit d'une institution importante, voire pour ainsi dire exclusive dans le canton de Neuchâtel, qui accueille aussi bien des jeunes en milieu éducatif que des adultes en milieu professionnel. Le rôle de l'Association des parents y est prépondérant. La

⁸⁸⁹ PERCE-NEIGE 1998. Ouvrage collectif publié à l'occasion du 30^e anniversaire de la fondation. Voir notamment André Jacot-Guillarmod, «Les pionniers. Une histoire de foi et d'espérance», pp. 31-54 et Jean-Claude Schläppy, «Les bâtisseurs. La construction des espaces de vie», pp. 93-106.

Fondation s'est fortement développée dans les années 70 et 80 alors que d'autres institutions avaient une tradition plus ancienne ou sont, au contraire, plus récentes. Elle a été confrontée ouvertement à la problématique de la sexualité, de la mixité et de la stérilisation; et cela avec plus de franchise, mais non sans conflits, que les institutions des cantons catholiques de Fribourg et de Valais ou les diverses institutions du canton de Vaud sur lequel a pesé le tabou de la loi de 1928 devenue obsolète. Enfin, la direction assumée par la même personne depuis 1974 a peut-être contribué à ne pas négliger l'approche de cette problématique.

Droit des handicapés mentaux à la sexualité

Durant plus de dix ans, la question de la sexualité a été mise à l'étude dans le cadre de la Fondation Les Perce-Neige; d'abord, depuis 1975, avec lenteur et retenue, de manière séparée, voire opposée, entre les représentants des parents et ceux des éducateurs. Entre 1980 et 83, une réflexion plus soutenue a été menée en commun entre parents et professionnels au sein d'une commission paritaire, dite Commission Sexualité, pour aboutir à un premier consensus qui n'a réellement pris une forme concrète qu'après le drame de 1985 qui a bouleversé les esprits. En 1986, la Commission Sexualité rédige un rapport⁸⁹⁰, et ses propositions sont adoptées d'abord par le comité de direction de la Fondation, puis par le comité de l'Association de parents; il s'agit de la reconnaissance du droit des handicapés à une vie affective et sexuelle, de la mixité dans les homes et de la possibilité d'une vie de couple. Mais c'est en 1988 seulement que les principes sont concrétisés et acceptés par l'Assemblée générale de l'Association de parents. Le document intitulé «Droit à la sexualité pour les personnes handicapées mentales»⁸⁹¹ fait la synthèse des éléments essentiels du rapport de 1986.

Lorsque cette question de la sexualité a été abordée en 1975, le sujet était encore largement tabou et considéré comme privé. Une équipe du Centre professionnel des Perce-Neige avait été conviée à apporter ses réflexions lors d'un colloque au Centre universitaire de diagnostic et de soins de la déficience mentale à Genève. Des parents de handicapés mentaux neuchâtelois réagissent alors aux idées émises par les professionnels; le comité de direction de la Fondation invite l'Association des parents à donner son opinion, à la veille de la construction du nouveau Centre professionnel des Hauts-Geneveys:

«Au vu de l'extension du secteur des ateliers protégés et de l'internat pour adultes de notre Fondation, nous souhaiterions pouvoir établir pour nos collaborateurs, une doctrine ayant trait aux problèmes posés par la sexualité de nos handicapés.»⁸⁹²

⁸⁹⁰ COMMISSION SEXUALITÉ 1986.

⁸⁹¹ DROIT SEXUALITÉ 1989.

⁸⁹² Lettre du président de la Fondation au président de l'Association de parents du 17 juin 1975, in COMMISSION SEXUALITÉ 1986, p. 6.

L'Association des parents adopte en novembre 1975 des principes formulés par son comité exprimant la réserve, voire une certaine angoisse, à l'égard du problème de la sexualité, ou tout au moins, à l'égard de ce qu'ils ont compris des conceptions exprimées par des éducateurs:

« Nous sommes convaincus que les principes énoncés ci-dessous, conçus dans un esprit d'ouverture et de tolérance, permettront, dans une perspective évolutive, de maintenir le dialogue, dans le respect mutuel des convictions de chacun. [...] 1. Place de la sexualité. Nous désirons que la sexualité reste à sa place dans nos préoccupations et qu'elle n'accapare pas plus l'attention des éducateurs que les autres problèmes. En conséquence, personne n'a pour mission de promouvoir arbitrairement la formation de couples expérimentaux ou toutes autres expériences sexuelles. 2. Décence. Nous désirons que l'attitude de nos handicapés mentaux reste dans les normes admises par notre société. 3. Mixité. La mixité dans les institutions, garante d'un équilibre de base, est limitée actuellement aux locaux de jour. 4. Collaboration. Tout problème particulier devra être discuté de cas en cas avec les parents et le handicapé mental. 5. Bilan. Chaque année, dans le cadre de l'institution et avec la collaboration des parents, il sera établi un bilan de l'application des principes. »⁸⁹³

La réaction formelle à ces principes tarde; sans doute le comité de direction de la Fondation voit-il les difficultés qu'ils pourraient faire surgir auprès d'éducateurs ayant des conceptions différentes. Les principes sont soumis deux ans plus tard aux équipes éducatives et c'est au début de 1980 qu'un document de synthèse, émanant d'un groupe d'éducateurs et daté de novembre 1979, est distribué aux équipes éducatives et au comité de l'Association des parents. Le ton révèle l'agacement des éducateurs et les propositions expriment leur idéalisme à l'égard d'un sujet qu'ils veulent sortir de l'ombre:

« Nous pouvons affirmer que la sexualité reste à sa place dans nos préoccupations mais que cette place est probablement différente de celle qu'elle occupe dans l'esprit des parents. De plus, cette place n'est pas exagérée au point "d'accaparer" notre attention jusqu'à faire de nous des obsédés sexuels. Nous pouvons affirmer qu'il n'a jamais été dans nos intentions de "promouvoir arbitrairement la formation de couples expérimentaux": nous avons suffisamment de problèmes avec ceux qui se sont formés naturellement. »⁸⁹⁴

Les éducateurs abordent ensuite trois sujets différents: l'externat, la stérilisation, l'internat. Quelques extraits permettent d'illustrer la volonté des éducateurs de pouvoir aborder les questions relatives à la sexualité de manière sereine:

« [...] La possibilité d'en parler en équipe, sans gêne et sans tabou, nous paraît essentielle. [...] En ce qui concerne l'intervention ou la non-intervention lors de manifestations trop ostensibles, l'équipe éducative penche plutôt vers une action non

⁸⁹³ «Principes adoptés par l'Association de parents», *ibidem*, pp. 7-8.

⁸⁹⁴ «Réflexions des équipes éducatives des centres "Perce-Neige" concernant les principes adoptés par l'Association de parents», 20 novembre 1979, *ibidem*, pp. 8-9.

dramatisante et qui soit le moins possible culpabilisante. [...] Il s'agit pour nous de ne pas enrayer [l]es mécanismes évolutifs par des interventions trop autoritaires et des interdits d'adultes essentiellement axés sur les bonnes convenances de notre société. Il importe de tenir compte du vécu familial dans ce domaine. Les habitudes de chaque foyer sont diverses et ne correspondent pas toujours à l'idée que l'équipe éducative peut avoir, d'où la nécessité d'un dialogue, d'échanges et de collaboration.»⁸⁹⁵

La stérilisation est abordée dans ce document avec une franchise qui peut paraître surprenante; elle est précisément un moyen pour permettre un vécu de la sexualité qu'ils souhaitent autoriser sans risque de procréation. Le motif de la stérilisation est ici l'impossibilité d'assumer une paternité ou une maternité. Les éducateurs semblent acquis à cette solution définitive, soit avant que le jeune handicapé, encore mineur, ne quitte le milieu scolaire, soit plus tard, selon l'évolution de la personne.

«Lorsque l'on peut penser avec certitude que le handicapé mental n'aura pas les capacités d'assumer l'éducation de sa descendance, une stérilisation devrait avoir lieu avant qu'il ne quitte le secteur scolaire, car, à ce moment-là, l'intéressé ne se trouve pas confronté, en principe, à une situation d'urgence, la stérilisation n'ayant pas pour but immédiat de lui autoriser des relations sexuelles. Puisque cette intervention n'affecte pas sa vie sexuelle future, il lui sera toujours possible d'avoir des relations normales avec un ou une partenaire sans qu'on ait à redouter des conséquences par trop désagréables. D'autres personnes, plus réservées, pensent qu'il faudrait repousser les échéances et envisager une stérilisation plus tardive tout en favorisant, dans l'intervalle, des mesures de contraception (difficilement contrôlables). Cette attitude est motivée par le souci d'une meilleure appréciation des possibilités réelles du handicapé.»⁸⁹⁶

La procédure mise en place par le médecin cantonal quelques mois plus tôt, à savoir au début de l'année 1979, et envoyée à tous les médecins sous forme de circulaire en août 1980, est reproduite à la suite de ce paragraphe. Enfin, le document rapporte les opinions des équipes éducatives relatives aux relations sexuelles des handicapés mentaux et aux couples dans le contexte des Hauts-Geneveys:

«[...] L'unanimité s'est faite sur l'idée que les handicapés mentaux devraient pouvoir vivre leur sexualité. C'est à la question "jusqu'à quel point?" que des divergences sont apparues [...]: oui aux relations sexuelles dans le cadre d'une union légalisée; oui [...] pour les couples hétéro-sexuels, même sans sanction légale ou religieuse; oui [...] pour tous les couples homosexuels ou hétéro-sexuels. [...] entre un rigorisme excessif et un laxisme outrancier, il y a place pour un certain nombre de solutions que notre époque nous permet d'appliquer. [...] Nous savons que la vie sexuelle [...] serait possible à l'intérieur des institutions à condition de mettre en place les structures nécessaires sur les plans humain, organisationnel et financier.»⁸⁹⁷

⁸⁹⁵ *Ibidem*, pp. 9-10.

⁸⁹⁶ *Ibidem*, p. 10.

⁸⁹⁷ *Ibidem*, p. 12.

Ce rapport de quatre pages se termine sur une question qui remet en cause le principe de non-mixité des homes formulé par l'Association de parents quatre ans plus tôt:

«Pouvons-nous mettre en place les structures évoquées plus haut, afin d'accueillir ces couples aux Hauts-Geneveys?».

Dès lors, le comité de direction de la Fondation, «ayant constaté qu'il y avait divergence d'opinions entre les parents et les éducateurs en ce qui concerne la mixité dans les homes», crée une Commission Sexualité qui réunit des représentants des parents, des professionnels et de l'Office cantonal des Mineurs et des Tutelles. Durant deux années et près de 20 séances, les différents partenaires qui étaient à l'origine plutôt campés sur des positions extrêmes, se sont rapprochés.

«L'équipe des professionnels se manifestait peut-être trop souvent par des attitudes progressistes, attitudes contrebalancées par des parents, non pas conservateurs, mais craintifs face aux conséquences d'un tel problème. [...] un changement des mentalités s'est installé. Ce qui a eu pour conséquence une acceptation par les parents de la levée de l'interdit, et l'apport d'idées presque plus avancées que celles des professionnels.»⁸⁹⁸

Les deux années de travaux de la Commission Sexualité, de 1980 à 1983, n'ont abouti à un document complet et à des propositions clairement formulées qu'en 1986 dans la rédaction du rapport final.

«S'inspirant de la Déclaration universelle des droits de l'homme, la Commission Sexualité affirme le droit de toute personne handicapée mentale à une vie affective et sexuelle correspondant à ses besoins, même si l'expression et la satisfaction de ceux-ci se manifestent de manière différente de celle rencontrée chez la majorité des personnes bien portantes.»⁸⁹⁹

La proposition principale concerne la mixité:

«La Commission Sexualité propose que la mixité soit acceptée dans les homes "Perce-Neige", aussi bien de jour que de nuit. En d'autres termes, elle propose de supprimer la limitation inscrite dans les principes adoptés par l'Association de parents en 1976.»

Elle entraîne l'acceptation de la vie en couple au sein des institutions à certaines conditions:

«qu'il y ait libre consentement de chacun des partenaires, que l'intégrité et les besoins individuels soient respectés, qu'il y ait concertation et accord entre toutes les personnes, notamment la personne handicapée, les parents ou répondants légaux et l'institution, qu'il n'y ait aucun comportement contraignant de l'un ou l'autre des

⁸⁹⁸ Texte de juin 1983, repris dans l'avant-propos de COMMISSION SEXUALITÉ 1986, p. 2.

⁸⁹⁹ COMMISSION SEXUALITÉ 1986, p. 4, et citations suivantes, pp. 4 et 5.

partenaires ou de l'entourage des personnes handicapées mentales, que le couple respecte les règles de vie du milieu social. Le "couple" ne sous-entend pas nécessairement "mariage", mais plutôt réunion de deux êtres dans une durée indéterminée.»

La procréation n'est pas admise :

« Il n'est pas accepté d'enfants à naître; cela sans que pour autant la stérilisation de l'un ou de l'autre des partenaires soit une condition nécessaire et préalable à la formation du couple.»

La stérilisation qui semblait aller de soi pour les éducateurs en 1979, n'est pas envisagée comme la seule solution contraceptive en 1986.

Le rapport final rédigé en 1986 affirmant le principe de mixité et de vie de couple est adopté en novembre 1988 par l'assemblée générale de l'Association de parents. Le résultat de ces treize années de réflexion est alors résumé dans « Droit à la sexualité »⁹⁰⁰.

Depuis lors deux couples ont été officiellement acceptés aux Perce-Neige. L'une des deux cérémonies a été filmée dans le reportage « Le Droit d'aimer » réalisé pour la Télévision suisse romande⁹⁰¹. Un « Contrat de vie en couple » est signé par le directeur et le sous-directeur du Centre professionnel Les Perce-Neige et par les parents (fig. 15). En l'occurrence, les conjoints de ce couple étaient déjà stérilisés depuis deux et cinq ans.

Stérilisation de personnes rattachées aux Perce-Neige

La stérilisation occupe dans les années 70-80 une place importante aux Perce-Neige, comme l'atteste le rapport des éducateurs de 1979. Vers 1985, un formulaire de fiche personnelle a été mis au point, comprenant les renseignements généraux et les renseignements médicaux demandés à l'entrée dans l'institution. Après les premières rubriques des renseignements médicaux (*Diagnostic du handicap et Maladies antérieures*) figurent des questions concernant la stérilisation :

Votre fils (fille, pupille) a-t-il (elle) subi une stérilisation ?

Si OUI, à quelle date ?

Dans quel hôpital ?

Dans les nouvelles fiches, modifiées et enrichies en 2000, la rubrique relative à la stérilisation a été remplacée par une rubrique plus nuancée : « a-t-il (elle) un moyen contraceptif ? », attestant que la stérilisation n'est plus la méthode officiellement reconnue.

⁹⁰⁰ DROIT SEXUALITÉ 1989.

⁹⁰¹ Paul Seban, *Le droit d'aimer*, TSR, Temps Présent, 14 novembre 1991.

Centre "Les Perce-Neige"
2208 Les Hauts-Geneveys

CONTRAT DE VIE EN COUPLE

Nous, soussignés, _____ et _____, déclarons vouloir dans la mesure de nos moyens, partager notre vie dans le cadre du centre des PERCE-NEIGE.

Nous, représentants légaux des personnes précitées et responsables du centre des PERCE-NEIGE, acceptons qu'ils vivent ensemble dans l'esprit et la lettre des documents annexés :

- Droit à la sexualité pour les personnes handicapées mentales.
- Principes d'application relatifs à la vie des couples de résidents dans le cadre des foyers.

Les Hauts-Geneveys, le 21 mai 1991

mère de _____ père de _____

directeur du Centre professionnel LES PERCE-NEIGE

sous-directeur du Centre professionnel LES PERCE-NEIGE

Figure 15. Contrat de vie en couple de 1991. Le principe en avait été admis dès 1988 au Centre Les Perce-Neige aux Hauts-Geneveys.

Une liste intitulée « Stérilisations – Moyens contraceptifs » mise à jour en 1992 indique pour chaque personne alors accueillie aux Perce-Neige⁹⁰² si elle a été stérilisée et quand, ou si elle a recours à un moyen contraceptif. Elle donne en outre l'année de naissance et la date d'entrée au Centre professionnel des Perce-Neige. Ce document, tout à fait exceptionnel, permet de faire un bilan des stérilisations dans une institution où la méthode était couramment admise.

En 1992, 159 personnes (83 femmes et 76 hommes) se trouvent au Centre professionnel des Hauts-Geneveys, dont un tiers d'externes. 58 personnes sont stérilisées⁹⁰³ (soit 36%), 44 femmes (soit 53% des femmes), 14 hommes (soit 18 % des hommes). En outre, 7 femmes ont un moyen contraceptif (pilules ou Depo-Provera).

⁹⁰² Les personnes qui avaient quitté le Centre avant 1992 ne figurent pas sur cette liste.

⁹⁰³ La moitié des stérilisations sont datées précisément, les autres le sont approximativement. L'analogie des totaux, soit 58 demandes adressées au médecin cantonal et 58 personnes stérilisées parmi les personnes accueillies aux Perce-Neige, est fortuite. Si une majorité des cas sont les mêmes, une partie de l'est pas. D'ailleurs les périodes concernées ne sont pas identiques: 1979-1999 (Service de la santé publique) et 1973-1992 (Centre professionnel Les Perce-Neige).

14 ans	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-47 ans
1	28	8	11	5	3	2

Age au moment de la stérilisation

28 % des stérilisations ont été effectuées, comme l'avait proposé le rapport des éducateurs en 1979, avant que la personne entre au Centre professionnel, tandis que 72 % l'ont été alors que la personne se trouvait déjà au Centre professionnel. Un quart des stérilisations (14) ont été effectuées dans les années 70, soit avant les directives du médecin cantonal. Sur les 44 stérilisations effectuées entre 1980 et 1992, 32 ont été soumises à l'autorisation du médecin cantonal⁹⁰⁴, 12 (dont 5 en 1986 et 3 en 1989) ont semble-t-il été décidées de manière privée, alors qu'elles concernaient des handicapés mentaux et qu'elles devaient en principe suivre la procédure au sujet de laquelle les médecins du canton avaient été informés.

73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92
2	4	2	2	2	2	0	3	2	0	2	1	7	9	4	6	5	2	4	0

Nombre de stérilisations par année de 1973 à 1992 de personnes accueillies au Centre des Perce-Neige

78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92
1	2	2	3	1	2	2	9	4	6	9	2	1	2	2

Nombre de demandes par année de 1978 à 1992
soumises au médecin cantonal pour des personnes accueillies ou non au Centre des Perce-Neige

Comme on l'avait déjà remarqué, les stérilisations effectuées durant les années 85 et 86 sont particulièrement nombreuses, correspondant au contrecoup du drame de 85, et jusque dans les années 88 et 89, en lien avec l'introduction de la mixité dans les logements; entre 1985 et 1989, il y a 31 cas sur un total de 58 entre 1973 et 1992.

Trois cas individuels ont été retenus. Le premier, Sylvie, concerne une stérilisation effectuée en 1973, soit avant les directives du médecin cantonal. Elle illustre une procédure admise pour une opération à effectuer sur une personne sous tutelle. Le second, Charles, illustre une demande de stérilisation soumise au médecin cantonal par l'intermédiaire des Perce-Neige; cette demande a suivi le drame de 85. Enfin, la même année, Suzanne a été stérilisée à la suite d'une décision privée.

⁹⁰⁴ Elles font partie des dossiers du Service de la santé publique.

Sylvie, stérilisée en 1973, avant les directives du médecin cantonal

Sylvie a quinze ans quand elle entre au Centre professionnel Les Perce-Neige à La Jonchère en 1972. Elle y vit la semaine et rentre chez elle le samedi et le dimanche. Elle était depuis l'âge de 8 ans dans une institution d'un canton voisin.

«La mère est très vraisemblablement intellectuellement diminuée. Deux enfants sont placés au Foyer Jurassien en raison de leur débilité mentale. [...] Nous pensons qu'il s'agit d'une débilité mentale profonde, d'origine héréditaire, [...] troubles affectifs caractérisés par une névrose d'angoisse et par une relation interpersonnelle profondément perturbée.»⁹⁰⁵

L'année suivante, le père décède. Le tuteur de la famille apprend que la sœur aînée est enceinte; «elle nous a annoncé la nouvelle 2 mois avant l'accouchement». Inquiet qu'il n'arrive semblable mésaventure à Sylvie et une troisième sœur, il écrit aussitôt au directeur du Centre professionnel:

«Je crains fort pour les deux sœurs, [...], qu'elles ne puissent être entraînées dans une affaire pénible. Il serait indiqué de prendre des mesures assez urgentes. [...] Veuillez demander [au docteur de votre établissement] comment il faut pratiquer pour que [Sylvie] ne devienne en tout cas pas enceinte. S'il faut faire les démarches pour une stérilisation, je serais prêt à obtenir cette autorisation de l'autorité tutélaire et de sa mère.»

Le directeur fait examiner Sylvie par un médecin à Neuchâtel et par le psychiatre du Centre. Après quoi il peut répondre au tuteur:

«L'avis de ces deux médecins concorde quant à la nécessité, dans la situation de [Sylvie], de procéder à une stérilisation définitive. Cette solution présente sans aucun doute le plus d'avantages sur le plan pratique, tout en ne nécessitant pas de contrôles périodiques, toujours fastidieux. Pour notre part, nous pouvons également nous déclarer d'accord avec cette proposition et la considérer comme parfaitement valable dans la situation de [Sylvie]. Il faudrait que vous nous fassiez parvenir l'autorisation de l'autorité tutélaire dans les délais les plus brefs, afin que nous puissions procéder à la demande d'hospitalisation.»

Le tuteur demande à l'autorité tutélaire l'autorisation de faire procéder à la stérilisation des deux sœurs. Après avoir pris connaissance de la lettre du directeur qui se réfère à l'avis de deux médecins, l'autorité tutélaire autorise la stérilisation de Sylvie mais demande de faire examiner sa sœur par un spécialiste.

Une lettre du gynécologue atteste ensuite que Sylvie a été opérée: «Diagnostic: demande de stérilisation selon avis conforme délivré par l'Autorité tutélaire du [...]»

Les motifs de la stérilisation de Sylvie alors qu'elle avait 16 ans ne sont pas exprimés explicitement. Selon le tuteur, il ne faut pas qu'elle, ni sa sœur, ne devienne enceinte comme l'aînée; selon les médecins et le directeur, la «situation» de Sylvie justifie l'opération. Le handicap de Sylvie, qualifié d'héréditaire, et ses troubles affectifs, la famille sous tutelle, les frères et sœurs placés en institutions, la grossesse cachée de la sœur aînée, sont autant d'éléments implicites. La stérilisation définitive est adoptée parce qu'étant plus pratique qu'une autre solution contraceptive, songeant probablement au stérilet qui nécessite des contrôles réguliers. On remarquera que les deux avis médicaux et celui du directeur sont concordants et que le tuteur se réfère à l'autorité tutélaire qui elle-même procure au gynécologue un «avis conforme». Le dossier ne contient cependant pas les éventuels certificats des médecins, on ne sait pas si la jeune fille a été informée du projet, consultée à ce sujet, ni ce qu'elle a compris de l'opération. Lorsque le médecin cantonal

⁹⁰⁵ Rapport de synthèse effectué par le psychiatre rattaché au service médical de la Fondation, 24 août 1972.

précisera cinq ans plus tard la procédure à suivre, il demandera en effet l'avis de deux médecins, l'autorisation du tuteur, une lettre du directeur de l'institution: autant de documents écrits et signés, la demande de stérilisation devant être de surcroît motivée (indication médicale ou eugénique), et le consentement de la personne devant être recherché dans la mesure du possible. Notons que sans procédure officielle explicite en 1973, les démarches pour la stérilisation de Sylvie ont été faites auprès des personnes compétentes à divers titres, comme l'avait confirmé le psychiatre interrogé par le médecin cantonal au moment du cas conflictuel de Thérèse en 1979.

Charles, stérilisé en 1986

Charles est entré à l'âge de 17 ans au Centre professionnel des Perce-Neige aux Hauts-Geneveys. Il sera stérilisé cinq ans plus tard, à l'âge de 22 ans, soit en 1986, l'une des deux années où la proportion des stérilisations a été particulièrement élevée.

Le premier rapport de synthèse indiquait: «syndrome de Trisomie 21 complet. Le niveau psychomoteur se situe à peu près à 8 ans. Sur le plan intellectuel, la situation est relativement favorable, idem sur le plan affectif.»⁹⁰⁶

Comme pour chaque cas, les conversations qui précèdent les documents signés et datés ne sont généralement pas consignées. C'est en août 1985, soit peu après le drame évoqué plus haut, que les parents font parvenir au directeur leur autorisation pour la stérilisation de leur fils. En octobre, le médecin de la Fondation demande au médecin cantonal de le «charger des expertises "d'avis conforme" concernant une éventuelle stérilisation» pour trois personnes. En mars de l'année 1986, tous les documents requis, y compris l'accord de Charles, parviennent au médecin cantonal. Le rapport d'expert signé par le médecin de la Fondation motive ainsi la demande de stérilisation:

«Il a atteint un niveau social assez satisfaisant et une grande autonomie au niveau de ses activités quotidiennes. Il faut relever que depuis quelques mois nous avons découvert qu'il commet pas mal d'actes délictueux [vols dans l'institution]. Sur le plan intellectuel, la situation est plutôt favorable. [...] Sur le plan relationnel, le contact est bon malgré une immaturité affective. Il présente également de grandes préoccupations d'ordre sexuel. Vu son comportement, son état psychique et intellectuel, nous considérons une stérilisation définitive comme pleinement indiquée.»

Le médecin cantonal accorde l'autorisation demandée à cause de «la nécessité de procéder à l'intervention pour des raisons préventives». On peut penser que le drame de 1985 a pu inquiéter les parents de Charles, justement à cause de son autonomie et d'une tendance, à cette époque, à abuser de la confiance de son entourage. Mais la décision définitive a été prise sans précipitation, et l'opération de vasectomie s'est faite six mois après l'autorisation du médecin cantonal.

Suzanne, stérilisée de manière privée en 1986

Suzanne est entrée en 1980 au Centre professionnel des Hauts-Geneveys à l'âge de 16 ans. Elle avait passé le temps de sa scolarité dans l'un des centres éducatifs des Perce-Neige; un rapport médical de 1975 – elle a 11 ans – indique un «retard psychomoteur important [...], sur le plan intellectuel, nous la situons entre la tranche inférieure et

⁹⁰⁶ Rapport du médecin de la Fondation, 3 mai 1982.

moyenne d'une arriération légère, [...] les troubles instrumentaux sont multiples, [...] angoisses profondes dues principalement à des sentiments d'infériorité avec des mécanismes de défense d'ordre agressif.» En 1978 et 1980, les rapports de synthèse indiquent des «préoccupations sexuelles majeures». En 1986, soit 6 ans après son entrée au Centre professionnel, elle est stérilisée à l'âge de 22 ans. Les renseignements concernant la stérilisation de Suzanne sont très succincts. Trois mois après l'opération, le médecin du Centre note:

«Suite à une aventure survenue pendant les vacances [...], les parents de [Suzanne] ont décidé de faire stériliser leur fille à l'Hôpital [...]. Nous avons l'impression que [Suzanne] connaît relativement bien la conséquence de cette intervention et que malgré cela elle l'a bien acceptée et paraît assez contente. Il faut relever que [Suzanne] est actuellement bien installée dans notre milieu de vie institutionnelle [...].»

Il ne semble pas que la stérilisation ait été soumise à l'autorisation du médecin cantonal. La décision a été prise par les parents et le gynécologue de l'hôpital, probablement avec l'accord de Suzanne.

Cinq ans plus tard, le rapport de synthèse indique: «[Suzanne] souffre de son handicap. Elle l'accepte mal. [...] L'affirmation de son handicap passe par une sexualité débordante.» La stérilisation a mis Suzanne à l'abri d'une grossesse, mais elle n'a pas empêché (et l'on peut se demander si elle a encouragé) un comportement sexuel jugé inadéquat, faute peut-être d'un débat plus ouvert et consensuel.

On retiendra que plus d'un tiers des personnes accueillies au Centre des Perce-Neige en 1992 étaient stérilisées, soit une femme sur deux et un homme sur cinq. Une femme sur dix seulement avait un moyen contraceptif. Un quart des stérilisations étaient antérieures aux Directives du médecin cantonal, comme celle de Sylvie, et l'on suivait déjà une procédure visant à réunir des avis compétents, mais sans que la personne soit vraiment consultée et sans qu'une autorité supérieure s'assure du consensus.

Depuis 1980, une partie non négligeable des stérilisations n'a semble-t-il pas été soumise à l'autorisation du médecin cantonal, c'est-à-dire qu'elles ont décidées de manière privée, dont cinq en 1986 comme le cas de Suzanne. On peut se demander si, aux yeux des parents et des médecins, les conditions ne paraissaient pas réunies pour qu'une demande soit acceptée officiellement, ou si les protagonistes considéraient cette question comme relevant de la vie privée et du secret médical, autorisant éventuellement une opération à l'insu de la personne sous le couvert d'une opération d'une autre nature, comme l'appendicite. D'ailleurs, il est probable que la stérilisation de Charles a été mieux assumée par la personne et son entourage (familial et institutionnel) que celle de Suzanne.

Si les stérilisations sont en nombre variable mais constant (entre 0 et 4 par année) sur les vingt ans (1973 à 1992), on remarque ici encore, comme dans les dossiers soumis à l'autorisation du médecin cantonal, la forte augmentation entre 1985 et 1989 (soit en cinq ans, plus de la moitié des stérilisations). Aux circonstances individuelles, se sont ajoutées des circonstances collectives.

Durant la dernière décennie du XX^e siècle, les stérilisations se sont faites plus rares. Les moyens contraceptifs remplacent dans bien des cas la stérilisation, atténuant, mais ne supprimant pas la problématique complexe de la sexualité des

personnes déficientes mentales, de la décision de non-procréation, d'une contraception à vie et du consentement de la personne, ou d'une manière plus nuancée, du droit et du bien de la personne. Les stérilisations de personnes mentalement déficientes sont peut-être même plus rares chez des personnes handicapées mentales, à cause de la délicate question du consentement, que chez les personnes autonomes qui font le choix de ne plus avoir d'enfants. Mais la question se pose encore comme en témoigne l'exemple récent de Brigitte.

Brigitte, stérilisée à 15 ans à la fin des années 90

Brigitte souffre d'un retard mental sévère et de troubles relationnels importants, mais, dans un cadre approprié, elle peut vivre avec une certaine autonomie; elle est très appréciée de son entourage. Au moment de la stérilisation, la jeune fille est mineure, elle a 15 ans. Les circonstances relativement récentes nous ont été expliquées par le pédiatre qui a fait la demande et par la mère de la jeune fille.

La première démarche relative à la demande de stérilisation a été la lettre adressée au médecin cantonal par le pédiatre expliquant que Brigitte ne peut pas prendre de décision concernant sa vie future et qu'elle devra vraisemblablement vivre à l'avenir en institution et en atelier protégé. Il a suivi régulièrement la jeune fille depuis l'âge de deux ans et la collaboration avec les parents, la mère étant la plus impliquée, a été très bonne durant toutes ces années. Le médecin cantonal demande alors une requête écrite des parents, la lettre du pédiatre faisant office d'avis de l'expert prévu par la loi.

Les parents écrivent alors au médecin cantonal pour lui demander l'autorisation de la stérilisation qu'ils souhaitent pour leur fille après avoir eu plusieurs entretiens avec les diverses personnes s'occupant d'elle; la jeune fille signe un document annexé à leur lettre attestant qu'elle a discuté avec ses parents et ses médecins et qu'elle est d'accord avec la stérilisation; en outre deux rapports, l'un médical, l'autre éducatif, sont adressés au médecin cantonal par le médecin consultant et par l'éducateur (avec l'approbation de la direction) du Centre éducatif Les Perce-Neige où Brigitte a passé toute la période de scolarité. Ce sont ces derniers qui argumentent la demande.

Ils expliquent que, d'une part, elle a eu une puberté précoce et qu'on voudrait lui laisser la plus grande autonomie possible pour son développement affectif et sexuel sans avoir à craindre une grossesse. D'autre part, à cause de sa déficience mentale, elle n'aurait pas les moyens de défense et la capacité de discernement suffisants pour éviter les situations à risque. Depuis quelques années déjà on s'inquiétait de la voir très familière avec ses camarades garçons et entrer facilement en contact avec des adultes inconnus dont elle cherchait à attirer l'attention. Une grossesse ne leur paraît pas souhaitable pour Brigitte, car, à cause de sa morphologie, elle pourrait mettre en danger sa santé; en outre Brigitte ne pourrait, selon eux, élever un enfant, n'ayant elle-même pas assez d'autonomie. Une contraception de longue durée ne leur paraît pas adaptée.

Sa mère nous a expliqué l'ensemble de ces arguments: elle souhaite pour sa fille un certain épanouissement sexuel, mais elle craignait pour elle une grossesse (que ce soit dans le cadre des relations affectives consenties ou dans une situation d'intrusion); la stérilisation lui paraissait préférable à l'avortement (traumatisme) ou à la contraception (astreinte répétée, préjudice éventuel à la santé, sécurité relative). Les professionnels semblaient partager son opinion qu'une grossesse ne serait pas souhaitable pour sa fille, soit physiquement soit psychiquement, et qu'un enfant ne pourrait être pris en charge ni par elle-même ni par son entourage. La mère de Brigitte explique aussi pourquoi cette

démarche a été entreprise à ce moment-là, alors que sa fille était encore mineure: elle voulait la préparer au mieux tant qu'elle était encore à la maison avant qu'elle ne parte vivre durant la semaine au Centre professionnel Les Perce-Neige des Hauts-Geneveys. Comme Brigitte avait à subir une opération d'une autre nature, il paraissait alors opportun de mener conjointement l'opération de stérilisation pour profiter d'une narcose unique. Il s'agissait aussi d'une étape pour ainsi dire initiatique, avant la séparation, tant pour la mère qui devait faire le deuil d'un avenir normal (sa fille devenant adulte, elle-même devant et voulant renoncer à être grand-mère d'un enfant de Brigitte), que pour la fille qui allait affronter une nouvelle existence, avec un corps que l'on voulait préparé pour vivre au mieux, sans contrainte supplémentaire, les plages d'autonomie qui pourraient se présenter.

La stérilisation de Brigitte montre qu'il est difficile et probablement artificiel de ne vouloir considérer, comme l'exigeraient les normes éthiques actuelles, que le bien de la personne elle-même, sans considérer aussi celui des proches. Ou plutôt, en l'occurrence, le bien de la personne semble indissociable du contexte dans lequel elle vit et des conceptions de son entourage (famille et professionnels). Brigitte semble adopter sans contrariété les vues de ceux qui l'aident et la soutiennent dans l'existence et qui, eux-mêmes, partagent un point de vue analogue, quoique concernés à des titres divers par le sort de la jeune fille. Tous se connaissent depuis longtemps et la confiance réciproque ne paraît pas devoir être interprétée ici comme un complot mais comme un consensus.

FRIBOURG

Dans le canton de Fribourg, la période de l'entre-deux-guerres se caractérise par l'opposition à l'eugénisme et à la stérilisation exprimée essentiellement sur le plan théorique par le Dr Gustave Clément.

La pratique de la stérilisation, ainsi d'ailleurs que celle de l'interruption de grossesse, y était presque impensable jusque dans les années 70, comme l'attestent les stérilisations pratiquées hors des frontières (constatées notamment à la Maternité cantonale de Lausanne) ou les conditions très restrictives d'interruption de grossesse soumises à l'autorisation du Département de la santé publique dans les années 40. La stérilisation volontaire ou pour motif strictement médical n'était guère admise, et à plus forte raison la stérilisation non volontaire. On avait plutôt recours à l'internement, ainsi qu'en témoignent quelques dossiers de l'Hôpital psychiatrique.

Enfin, dans les années 70-80, la situation a évolué aussi bien vers une certaine libéralisation des stérilisations et interruptions de grossesse volontaires que vers un recours acceptable à la stérilisation non volontaire avec le développement de la prise en charge institutionnelle des personnes handicapées mentales.

Opposition catholique de Gustave Clément

Gustave Clément (1868-1940), chirurgien fribourgeois, catholique engagé, défenseur tenace du droit à la vie de l'enfant, a milité entre 1912 et 1940 contre l'avortement, la stérilisation et la contraception. En Suisse romande et pour la période de l'entre-deux-guerres, il est l'un des auteurs qui se sont le plus clairement exprimés comme porte-parole de la position catholique sur ces sujets.

L'homme et l'auteur

Malgré des conditions de vie très modestes (orphelin de père à trois ans), Gustave Clément a mené des études médicales à Berne, Lausanne et Paris, après

avoir renoncé à une orientation ecclésiastique. Interne, puis chef de clinique à Lausanne auprès du chirurgien César Roux, il a consacré toute sa carrière de chirurgien au canton de Fribourg où il a opéré entre 1900 et 1940 dans les deux principaux hôpitaux, l'Hôpital cantonal et l'Hôpital bourgeois, ainsi que dans plusieurs hôpitaux secondaires (Riaz, Châtel-St-Denis, Billens, Estavayer-le-Lac). Membre conservateur du Grand-Conseil dès 1915, il était aussi très actif dans les cercles professionnels⁹⁰⁷, et a fondé et présidé l'Union des médecins catholiques suisses. Gustave Clément vivait avec sa sœur Athénaïs, restée célibataire, qui a créé de très nombreuses œuvres, principalement de protection de la femme⁹⁰⁸. Il a été « sans conteste la figure médicale la plus marquante de la première moitié du XX^e siècle »⁹⁰⁹ dans le canton de Fribourg. Il a consacré l'essentiel de ses écrits⁹¹⁰ à la question de l'avortement, de la stérilisation et de la contraception, trois pratiques auxquelles il était opposé pour des raisons éthiques et religieuses.

Il a pris position publiquement pour la première fois en 1912 sur la question de l'avortement (du moins, c'est son premier texte publié)⁹¹¹. La Société d'Obstétrique et de Gynécologie de la Suisse romande venait d'adopter un rapport favorable au projet d'article du Code pénal suisse visant à légaliser l'avortement effectué par des médecins pour des motifs médicaux (danger pour la vie ou la santé de la mère), devenu l'article 120 du Code pénal suisse de 1937. Ne partageant pas l'avis de la plupart de ses collègues sur ce sujet, le docteur Clément a cependant tenu à faire entendre son point de vue; il était surtout opposé à l'idée admise généralement de la protection de la mère au détriment de l'enfant; il a poursuivi et développé ses idées à maintes reprises durant sa carrière et avec un courage certain, étant à contre-courant d'une tendance générale plus libérale. « Je ne nourris aucune illusion sur l'ingratitude du rôle qui consiste à résister à un courant d'idées si généralisé. »⁹¹²

Cette première étude destinée à ses collègues gynécologues a été suivie d'autres publications sur ce thème, notamment un ouvrage destiné au grand public, essentiellement catholique, portant un titre évocateur: *Le droit de l'enfant à naître*⁹¹³.

Si Gustave Clément paraît mener un combat d'arrière-garde en regard de l'évolution des pratiques dans le milieu professionnel et, d'une manière plus générale, dans la société, il a le mérite d'explicitier les conceptions qu'il défend et les prin-

⁹⁰⁷ Président de la Société suisse de chirurgie, membre de l'Association française de chirurgie, de l'Association internationale de chirurgie, président de la Société fribourgeoise de médecine, vice-président de la Société suisse de radiologie.

⁹⁰⁸ CLÉMENT 1935 b; PRAZ 1998.

⁹⁰⁹ BOSSON 1998, p. 47.

⁹¹⁰ Nous remercions A. Bosson et J. P. Uldry (Bibliothèque cantonale et universitaire de Fribourg) pour leur collaboration dans la recherche des écrits de G. Clément.

⁹¹¹ CLÉMENT 1912.

⁹¹² CLÉMENT 1912, p. 3.

⁹¹³ CLÉMENT 1927. L'ouvrage a été réédité la même année en Belgique, 7^e édition revue et augmentée CLÉMENT 1935 a. Traductions après la guerre aux éditions catholiques Studium, d'abord en italien *Il diritto alla nascita*, Roma, Studium, 1943 (Quaderni professionali 8), puis en espagnol *Derecho del niño a nacer*, Madrid et Buenos Aires, Studium de cultura, 1953.

cipes moraux auxquels il se réfère et qui sont partagés par une partie de la population. Chirurgien de talent, il a été remarqué et apprécié tout au long de sa vie pour sa droiture et sa charité chrétienne: «malgré sa grande modestie, sa supériorité morale et technique était de notoriété publique»⁹¹⁴; mais, dans la nécrologie qu'il a rédigée à son sujet, son confrère le dit «respectueux à l'excès de la vie humaine»⁹¹⁵, faisant sans doute allusion à sa position radicale relative à l'avortement médical. Clément se sait donc minoritaire parmi ses collègues en Suisse, mais il appartient au vaste courant d'opinion au sein de la communauté catholique dont la référence principale sera l'Encyclique «*Casti connubii*» du 31 décembre 1930 sur le mariage chrétien proclamée par le Pape Pie XI⁹¹⁶.

*«[Cette] Lettre Encyclique aux vénérables frères [...] sur le mariage chrétien considéré au point de vue de la condition présente, des nécessités, des erreurs et des vices de la famille et de la société [...] est presque toute entière consacrée à prouver la divine institution du mariage, sa dignité de sacrement et son inébranlable perpétuité.»*⁹¹⁷

Dans le chapitre de l'Encyclique consacré aux «erreurs» et «vices» relatifs au mariage, plusieurs pages sont consacrées à un développement intitulé «Contre les enfants»⁹¹⁸. A aucun moment, il n'est fait usage des termes avortement, stérilisation ou contraception. Il est question respectivement de l'«attentat à la vie de l'enfant», de l'«intervention médicale» et du «crime d'Onan»⁹¹⁹. Clément fera peu référence explicitement à l'Encyclique «*Casti connubii*», mais la parenté des réflexions est manifeste.

Trois domaines associés: avortement, stérilisation, contraception

Les différentes publications de Gustave Clément visaient des publics spécifiques et, réagissant à des circonstances précises, elles développaient plus ou moins l'un ou l'autre des sujets, soit l'avortement, la stérilisation et la contraception. *Le droit de l'enfant à naître*, dans sa réédition augmentée de 1935, est sans doute la publication la plus complète.

⁹¹⁴ Notice nécrologique de Gustave Clément publiée par le Dr L. Comte dans les *Nouvelles étreintes fribourgeoises*, 1941, p. 188.

⁹¹⁵ *Ibidem*.

⁹¹⁶ ENCYCLIQUE 1931. Cette Encyclique confirme et développe l'*Encyclique Arcanum divinae sapientiae* du 10 février 1880 sur le mariage chrétien.

⁹¹⁷ *Ibidem*, pp. 3 – 5.

⁹¹⁸ *Ibidem*, pp. 25 – 33.

⁹¹⁹ *Ibidem*, pp. 28, 31, 25. Personnage biblique, Onan, contraint d'épouser la veuve de son frère, refusa une postérité à celle-ci. «Il se souillait à terre lorsqu'il allait vers la femme de son frère, afin de ne pas donner de postérité à son frère. Ce qu'il faisait déplut à l'Éternel, qui le fit aussi mourir» (Genèse 38, 9-10). Le crime d'Onan désigne surtout le *coitus interruptus* et par extension la contraception, tandis que l'onanisme désigne la masturbation.

Ces trois sujets sont intimement liés tout au long du XX^e siècle mais selon des logiques différentes. Les partisans et les opposants n'étaient pas (et ne sont toujours pas aujourd'hui) nécessairement placés dans deux camps homogènes, les uns refusant les trois méthodes, les autres les acceptant, voire les prônant. Certains établissaient une hiérarchie dans leur refus ou leur soutien aux diverses techniques. D'autres ont condamné la stérilisation ou la contraception, mais soutenu l'avortement⁹²⁰, ou l'inverse. Concernant cette dernière position, à savoir condamnation de l'avortement et soutien à la stérilisation et à la contraception, on peut mentionner le gynécologue Alfred Labhardt de Bâle. Gustave Clément mentionne la position de ce dernier qu'il ne partage qu'au sujet de l'avortement. Mais leurs motifs sont différents: «[Le docteur Labhardt] dénonce les réels dangers de l'avortement pour la mère elle-même. Aussi, rejetant résolument ce procédé à cause de ses risques, il admet, plutôt à titre exceptionnel, les stérilisations opératoires, mais voit surtout dans l'emploi des méthodes anticonceptionnelles la conduite normale d'un ménage qui, sans renoncer aux plaisirs charnels de l'union conjugale, redoute d'importunes grossesses.»⁹²¹

Clément était quant à lui un vigoureux opposant aux trois méthodes au nom du respect des lois naturelles et de la vie dès la conception.

«[...] Ces méthodes de restriction délibérée [...] offensent l'ordre moral naturel à des degrés divers: soit les moyens destinés à neutraliser chaque fois les conséquences fécondes naturelles de l'acte sexuel, soit les mutilations opératoires qui rendent l'homme ou la femme définitivement incapables à procréer, soit enfin les avortements, dont la malfaisance se complique d'un "meurtre", du sacrifice délibéré d'une vie humaine commencée. [...] Plus que les diverses méthodes prévenant la fécondation, l'avortement constitue une faute grave, un véritable crime, puisqu'il implique destruction violente d'un être, d'une vie humaine commencée.»⁹²²

Clément établit une hiérarchie entre les trois méthodes. Pour lui, l'avortement est plus grave que la contraception ou la stérilisation qui sont des entorses à la nature, mais qui ne sont pas criminelles.

Ainsi, «au point de vue du droit naturel, la stérilisation ne saurait avoir le même caractère de culpabilité et de gravité que l'avortement provoqué.»⁹²³ Pourtant, il craint les conséquences funestes des trois méthodes sur la santé psychique ou physique des individus et, à long terme et à large échelle, sur la démographie et sur le devenir de la société. En effet, toutes trois contribuent à aggraver la dénatalité de la société occidentale qu'il nomme «disette d'enfants»⁹²⁴. Sa hantise est «le fléchissement de la natalité»⁹²⁵ – dont il accuse le courant néo-malthusien

⁹²⁰ Ainsi Paul Golay, dans le canton de Vaud, rédacteur en chef du journal socialiste *Le Droit du peuple* et député au Grand Conseil vaudois (JEANMONOD & HELLER 2000 a).

⁹²¹ CLÉMENT 1931, p. 19; traduction espagnole *Contra la aparición de la vida. Hechos y Reflexiones*, Barcelona, Eugenio Subirana, 1936 (coll. Amor, matrimonio, familia).

⁹²² CLÉMENT 1931, p. 19 et p. 44. Italiques dans le texte de Clément, ainsi que pour les autres citations.

⁹²³ CLÉMENT 1937, p. 3.

⁹²⁴ CLÉMENT 1935 a, p. 168.

⁹²⁵ CLÉMENT 1931, p. 23.

niste⁹²⁶ – et son cortège de conséquences. Avec une lucidité certaine, il pense que « l'action conjuguée de la diminution des naissances et de la prolongation de la vie humaine par les progrès de l'hygiène aboutira à une sorte de "vieillesse de la race" »⁹²⁷. Clément redoute « le déséquilibre économique que [les restrictions de naissance] amèneront en peu d'années, du fait de la diminution relative des jeunes classes valides et productives par rapport aux classes plus âgées: d'où une augmentation des charges sociales générales, exigeant des jeunes et des adultes un surcroît d'activité et d'efforts »⁹²⁸.

Avortement

Le thème de l'avortement est le principal et constant cheval de bataille de Gustave Clément. Il y est totalement opposé au nom du respect de la vie humaine, mais il développe aussi d'autres arguments relatifs aux accommodements déjà tolérés et qui pourraient être légalisés, à savoir surtout l'avortement médical; il s'oppose à ce privilège concédé aux médecins et conteste le bien-fondé de la plupart des indications médicales. Il dénonce les pratiques libérales déjà en cours, les médecins et les avorteuses demeurant le plus souvent à l'abri des poursuites judiciaires; il ne doute pas de l'utilisation déjà courante par les uns et par les autres de la sonde intra-utérine. Certaines zones géographiques sont d'ailleurs plus libérales que d'autres, d'où l'expression qu'il cite: « aller à Genève »⁹²⁹.

Ses collègues médecins réclament une légalisation de l'avortement effectué par eux-mêmes pour des motifs médicaux et exigent que cette pratique leur soit réservée; il s'agit pour eux de garantir le professionnalisme d'une telle intervention. Mais ce monopole est inacceptable pour Clément, car selon lui la méthode peut être appliquée avec tout autant de savoir-faire par les avorteuses, pourvu qu'elles puissent agir dans des conditions sanitaires convenables.

Tout en admettant qu'il existe « des situations particulièrement angoissantes, que le médecin résoudra au plus près de sa conscience »⁹³⁰, Clément relève la variabilité des indications selon les écoles médicales, selon les époques et selon les conceptions individuelles:

*« Quelle variété de points de vue et de décisions, suivant les idées morales directrices, l'éducation, le degré d'instruction obstétricale, le tempérament, le point de vue médical en vogue! »*⁹³¹

⁹²⁶ Dès les années 1870, courant d'opinion préconisant la limitation des naissances par le recours à des méthodes contraceptives. Il s'inspire du malthusianisme, du nom de T. R. Malthus, économiste anglais, auteur de *Essay on the Principle of Population as it affects the Future Improvement of Society*, publié en 1798. Pour lutter contre la pauvreté croissante, Malthus préconisait une « restriction volontaire de la natalité en retardant l'âge du mariage jusqu'à ce que chacun soit sûr de pouvoir nourrir ses enfants et en pratiquant la continence conjugale » (MOURRE 1996).

⁹²⁷ CLÉMENT 1931, p. 23.

⁹²⁸ CLÉMENT 1927, pp. 59-60.

⁹²⁹ CLÉMENT 1912, p. 4.

⁹³⁰ *Ibidem*, pp. 11-12. Voir aussi le chapitre « Vers la suppression de l'avortement "thérapeutique" » dans CLÉMENT 1927, pp. 42 ss.

⁹³¹ CLÉMENT 1912, pp. 6-7.

Il regrette la tendance à la soumission de ses collègues chirurgiens ou gynécologues à l'égard des psychiatres.

«Plusieurs gynécologues [...] voulant se décharger d'une responsabilité personnelle sur de plus compétents en la matière, s'en remettent aveuglément à l'avis des aliénistes, dont ils se contentent d'exécuter les sentences. [...] Il arrive qu'une institution officielle d'aliénés envoie d'assez nombreuses indications d'avortements à la Maternité voisine; mais que la direction médicale de l'asile vienne à changer, et le gynécologue n'est plus – ou plus guère – invité à pratiquer ces interventions.»⁹³²

Les critères ne dépendent pas seulement des connaissances et des techniques médicales, mais aussi de conceptions conjoncturelles. Il relève notamment le changement d'attitude plus frileux dans certains pays à l'égard de l'avortement au lendemain de la Première Guerre mondiale à cause des pertes en vies humaines; puis «peu à peu les angoisses patriotiques s'atténuèrent [...] et avec la soif générale de bien-être, nous vîmes réapparaître les indulgences d'antan... [...] Ne serait-ce pas plus digne de l'homme et de la raison humaine, qu'en un sujet aussi grave, le médecin se laissât moins ballotter par la houle des opinions changeantes, par les questions d'opportunité du moment [...] [en ayant] une claire vision du degré de respect que mérite toujours la vie de l'enfant?»⁹³³.

Pour Clément, contrairement à la majorité de ses collègues, il n'y a pas de raison de privilégier l'indication médicale. D'autres arguments sont à ses yeux tout aussi importants et en cela il paraît plus libéral et plus moderne que l'opinion dominante alors en milieu médical.

«Si l'intérêt de la santé est considéré comme un titre suffisant pour justifier les interruptions de grossesse, si l'avortement n'est pas en soi et foncièrement répréhensible, pourquoi la sauvegarde d'autres intérêts également graves ne pourrait-elle également les légitimer?»⁹³⁴

«[Il y a des] circonstances particulières qui pourraient en des cas concrets, [...] légitimer des mesures de restriction volontaire des naissances. [...] il y a des cas de misère émouvante en des familles nombreuses, des cas de femmes épuisées par des maternités trop répétées pour la faiblesse de leur constitution, surtout, comme c'est le cas souvent, quand des maris ivrognes ne songent qu'à satisfaire leurs instincts brutaux»⁹³⁵.

Ces cas sont exceptionnels; Clément relève que le plus souvent l'égoïsme du couple et de ses conseillers prévaut: «Les enfants vous gênent [dit-on], supprimez-les donc de bonne heure.»⁹³⁶ Cet argument va resurgir avec plus de vigueur encore au sujet de la stérilisation et de la contraception.

⁹³² CLÉMENT 1927, pp. 48-49.

⁹³³ CLÉMENT 1912, pp. 6-7.

⁹³⁴ CLÉMENT 1927, p. 63.

⁹³⁵ CLÉMENT 1931, p. 33.

⁹³⁶ CLÉMENT 1912, p. 13.

Pour Clément qui n'admet pas l'avortement, cette « formule commode » doit être remplacée par un renforcement de la bienfaisance privée et de l'activité sociale de l'État. Il préconise que l'on réforme les conditions économiques qui pèsent sur les familles pauvres et nombreuses par l'encouragement à des lois sociales, le soutien des pouvoirs publics aux familles, le développement des œuvres privées, la lutte contre les taudis, l'amélioration du logement bon marché.

Il convient aussi de lutter contre les préjugés qui laissent les mères célibataires à l'abandon : même si pour Clément il y a une hiérarchie entre une maternité « voulue » et une maternité « irréfléchie », il recommande dans ce dernier cas « indulgence, pitié profonde, intérêt agissant, sympathie ». Il faut une prophylaxie « de ces cas malheureux, [grâce aux] œuvres qui ont pour but de veiller sur les jeunes filles, surtout les isolées, de les prémunir contre les dangers et les occasions »⁹³⁷. Or, précisément, sa sœur, Athénaïs Clément, est activement engagée dans l'Association catholique internationale de protection de la jeune fille⁹³⁸ et elle a créé à Fribourg diverses œuvres de soutien aux mères⁹³⁹.

Mais Clément ne cherche pas prioritairement, contrairement à la plupart de ses contemporains, à distinguer les avortements légitimes des autres ; sa campagne est bien davantage une campagne contre l'avortement en soi, qui est une atteinte déliée à la vie humaine.

Stérilisation

C'est à la fin de son ouvrage consacré à la lutte contre l'avortement, *Le droit de l'enfant à naître*, paru en 1927, dans le chapitre relatif aux avortements volontaires intitulé « Péril social » que Gustave Clément aborde pour la première fois la question de la stérilisation.

« Parmi les causes qui préviennent l'éclosion de la vie humaine, la pratique et, on peut déjà dire, l'abus des stérilisations opératoires vont-ils prendre une telle

⁹³⁷ *Ibidem*, pp. 14-15.

⁹³⁸ Fondée à Fribourg en 1896 par Madame Louise de Reynold, l'Œuvre catholique de protection de la jeune fille devient l'Association catholique internationale de protection de la jeune fille dès 1897. Dès 1896, Madame Suzanne de Montenach est secrétaire internationale, elle est secondée par Athénaïs Clément ; celles-ci sont désignées comme présidente et vice-présidente lors du congrès international de Turin de 1912 (CLÉMENT 1935 b, pp. 11 et 103-104 ; MEUWLY-GALLEY 1998 ; PRAZ 1998, p. 156).

⁹³⁹ A côté d'une vie active dans la promotion de l'enseignement ménager et de la formation des infirmières, elle ouvre notamment des crèches (Crèche de l'Auge en 1898, Crèche de Beauregard en 1923), crée une œuvre pour occuper le dimanche les jeunes filles désœuvrées, fonde en 1907 l'œuvre du Château du bois (ou des Bois) à Belfaux et l'institut d'éducation de Monrevers pour prendre soin des filles-mères et de leurs enfants, puis une œuvre de relèvement pour les filles tombées (selon l'expression de l'époque pour désigner les femmes impliquées dans la prostitution) au Château de Corbières, déplacée à l'Institut de Villars-Jonc. Toutes ces œuvres sont confiées à des congrégations de sœurs catholiques. L'instrument principal de prévoyance est la création en 1913 par Athénaïs Clément, avec le soutien de l'Évêché, de l'Office central d'information et d'assistance, fonctionnant comme régulateur de l'assistance et qui assumera dès la nouvelle loi d'assistance du canton de Fribourg en 1928 le rôle de Conseil de bienfaisance de la ville de Fribourg (CLÉMENT 1935 b, pp. 11 à 19).

extension qu'ils aggraveront encore cette "disette d'enfants"? [...] Les stérilisations chirurgicales deviendront de plus en plus efficaces en même temps que plus nombreuses. [...] Il y a de tels avantages à conquérir, au prix d'une opération presque insignifiante, une complète sécurité, le plaisir sans les charges!»⁹⁴⁰

On retrouve les notions d'égoïsme, de facilité, d'immoralité, déjà exprimées par Clément à propos de l'avortement. Il craint «les conséquences parfois lointaines, [...] les retentissements de ces opérations [...] sur le psychisme, la vie affective et le ressort moral d'une femme implacablement réduite, dès lors, à la seule ressource de la satisfaction purement égoïste et de la jouissance stérile»⁹⁴¹.

Dans cette publication, Clément ne semble pas absolument opposé à la stérilisation de personnes présentant des difficultés d'adaptation notoire, que le médecin genevois François Naville a admise :

«Que de telles stérilisations aient eu leur utilité chez des dépravées et anormales qui auraient, sans cette intervention, exigé un internement prolongé (Naville, Rev. méd. S. rom., 25 août 1925), on n'en saurait conclure que cette arme, si elle a pu se montrer efficace contre de telles perversions, soit toujours indifférente quand on l'applique à des sujets jusqu'alors normaux. [...] Il n'est pas loisible au médecin de se désintéresser de la portée morale et sociale de ces interventions pour l'avenir.»⁹⁴²

Mais il émettra ensuite de sérieuses réserves sur la légitimité de ces interventions chez des personnes anormales.

A propos de la loi vaudoise, 1928

C'est en particulier à l'occasion des discussions au Grand Conseil vaudois⁹⁴³ en mai 1928 (qui ont abouti à l'adoption en septembre de la même année d'un article de loi autorisant dans certains cas la stérilisation de personnes atteintes de maladie ou d'infirmité mentale) que Gustave Clément a pris position publiquement et de manière plus développée contre la stérilisation. Il écrit un article dans *La Liberté* de

⁹⁴⁰ CLÉMENT 1927, p. 61.

⁹⁴¹ *Ibidem*.

⁹⁴² *Ibidem*, pp. 61-62. Naville écrit : «Dans la plupart des cas, les motifs qui ont engagé à intervenir auraient nécessité un internement définitif que seule la stérilisation a permis d'éviter», NAVILLE 1925 a, p. 623.

⁹⁴³ *Bulletin des séances du Grand Conseil du canton de Vaud*, séance du 22 mai 1928, pp. 507-539. L'un des députés, le Dr Warnery, favorable au projet de loi vaudoise au nom de la responsabilité individuelle («l'individu qui procréé prend un engagement; [...] les idiots, les crétins ne sont pas maîtres de leur volonté de procréer», p. 522) fait référence durant le débat à l'ouvrage de Gustave Clément (CLÉMENT 1927): «Quelques personnes sont opposées à ces principes nouveaux pour des motifs religieux, mais ces motifs se rapportent plutôt à l'avortement. [...] Vous pouvez lire à ce sujet les écrits de M. le Dr Clément, de Fribourg, sur le droit de l'enfant à naître, œuvre remarquable et qui peut élever l'esprit de celui qui le lira. Mais là nous sommes à côté de la question. Il faut empêcher des personnes qui ne sont plus maîtresses de leur vie et qui ne peuvent se rendre compte des engagements moraux qu'elles prennent en procréant» (p. 523).

Fribourg, publié aussitôt sous forme de brochure, et qui est repris le 27 juin dans le journal libéral vaudois *La Gazette*, seul quotidien vaudois à avoir condamné le projet de loi⁹⁴⁴.

*« Il ne s'agit de rien moins que de mutilations corporelles ayant une répercussion profonde sur la vie morale et affective et indirectement sur la constitution même du sujet qui les subit. »*⁹⁴⁵

Il craint les abus que ce projet de loi pourrait entraîner et conteste le droit d'imposer à quiconque une telle mutilation. Comme on l'a vu au sujet des avortements, le docteur Clément ne semble pas faire confiance aux psychiatres.

*« Un esprit de système scientifique, le goût et l'habitude de dépister avec sagacité des symptômes subtils, imposent parfois aux psychiatres des verdicts assurés. »*⁹⁴⁶

Il redoute la « coalition d'intérêts matériels » au nom desquels certains proches pourraient, « par des témoignages concertés, influencer les médecins appelés à formuler leur préavis. »⁹⁴⁷

*« Mais, plus souvent sans doute, ce seront des pauvres, hommes ou femmes, dont certaines autorités communales auront intérêt à déprécier les qualités mentales et morales; à leur égard se marquera aisément une tendance à s'alarmer de la possibilité d'une descendance vicieuse ou mal venue. [...] Quel usage les tuteurs ou représentants légaux de faibles d'esprit vont-ils faire, suivant leur tempérament individuel, des pouvoirs et initiatives dont ils vont être nantis? [...] Quelques-uns n'auront-ils pas tendance à accueillir trop aisément une solution qui, mettant ou prétendant mettre leurs pupilles "au repos", les soulagera eux-mêmes de toutes sortes d'ennuis, de tracasseries et de responsabilités? »*⁹⁴⁸

Clément se montre donc particulièrement vigilant à l'égard de ce que l'on nomme actuellement le droit des patients, que ce soit au sujet de l'autodétermination (si la stérilisation peut être imposée) ou des pressions de l'entourage dans l'intérêt de ce dernier. De plus, Clément craint que les expertises médicales, les enquêtes et les discussions au Conseil de santé (exigées par la loi comme garantie) soient conduites au « détriment du secret médical »⁹⁴⁹.

Comme d'autres opposants à la stérilisation pour motif eugénique, il conteste ensuite la notion d'hérédité des tares contenue dans la loi vaudoise qui est en effet très discutée à cette époque et qui mettra de plus en plus mal à l'aise les professionnels concernés par la loi⁹⁵⁰.

⁹⁴⁴ JEANMONOD & HELLER 2000 a, pp. 31-32.

⁹⁴⁵ CLÉMENT 1928, p. 1.

⁹⁴⁶ *Ibidem*, p. 5.

⁹⁴⁷ *Ibidem*.

⁹⁴⁸ *Ibidem*, pp. 5-7.

⁹⁴⁹ L'année suivante, il écrira un article sur ce sujet (CLÉMENT 1929).

⁹⁵⁰ JEANMONOD, HELLER, GASSER 1998, pp. 95, 101-102, 110-111.

« On n'oserait assurément avancer qu'un débile ou un dégénéré mental produira fatalement des êtres anormaux. »⁹⁵¹

Enfin, si la méthode est peut-être efficace du point de vue contraceptif, elle n'aide pas les personnes concernées à retrouver un équilibre et même elle pourrait aggraver leur condition morale en exposant les femmes, « et plus particulièrement celles d'intelligence médiocre, à tomber plus bas encore dans la déchéance morale et à devenir le jouet méprisé de caprices vicieux. [...] On a déjà fait remarquer que cette infécondité pouvait favoriser la débauche sans retenue et, avec elle, la propagation d'infections justement redoutées. »⁹⁵² Le risque d'une contamination plus étendue des maladies vénériennes est donc une autre conséquence de la stérilisation que plusieurs opposants ne manquent pas d'évoquer.

Finalement, il conteste que ce soit là une intervention digne d'un chirurgien, qui deviendrait alors un « exécuteur des basses œuvres »⁹⁵³.

Ainsi Gustave Clément semble très méfiant à l'égard des décisions qui pourraient être prises dans le cadre de la loi vaudoise projetée, les éléments présentés comme une garantie lui paraissant contestables et susceptibles d'être biaisés : population cible, expertise, levée partielle du secret professionnel, hérédité problématique, prophylaxie matérielle et non morale, etc.

Un seul député du Grand Conseil vaudois fait allusion lors du second débat en septembre 1928⁹⁵⁴ à l'article de Gustave Clément. C'est le pasteur Bauvert, opposé à la loi, qui dit avoir été fortifié dans ses opinions ; il cite le passage où Clément met en doute le résultat obtenu : « non point sans doute au point de vue de l'absence de postérité, [...] mais au point de vue de l'apaisement, de l'équilibre reconquis, de la possession de soi, de la disparition des impulsions violentes et des instincts morbides »⁹⁵⁵.

Campagne contre les stérilisations volontaires

Clément a porté une attention grandissante au thème de la stérilisation qu'il avait brièvement évoqué dans la première version du *Droit de l'enfant à naître* en 1927. Il l'a développé au moment des débats publics relatifs à la loi vaudoise de 1928, puis repris, à la suite du Congrès des gynécologues de langue française à Bruxelles⁹⁵⁶ en 1929, dans *Contre l'éclosion de la vie* en 1931 et dans l'édition de 1935 du *Droit de l'enfant à naître*. En outre, c'est l'objet principal d'une communication intitulée *Stérilisation et eugénisme*⁹⁵⁷ qu'il a présentée à l'Assemblée annuelle de l'Union des médecins catholiques suisses le 6 septembre 1936 à Lucerne.

⁹⁵¹ CLÉMENT 1937 a, p. 7.

⁹⁵² *Ibidem*, p. 9.

⁹⁵³ *Ibidem*, p. 10.

⁹⁵⁴ *Bulletin des séances du Grand Conseil du canton de Vaud*, séance du 3 sept. 1928, pp. 897-916.

⁹⁵⁵ *Ibidem*, p. 903.

⁹⁵⁶ MURET 1929.

⁹⁵⁷ CLÉMENT 1937 b.

A cette date, la stérilisation est devenue, sans doute par réaction à la loi allemande du 14 juillet 1933 et à ses applications connues⁹⁵⁸, un sujet de discussion fréquent dans les différentes associations professionnelles médicales, comme en témoigne Clément lui-même qui fait référence, lors de l'Assemblée de Lucerne, à deux autres congrès au moins qui, en mai 1936, ont mis le thème de la stérilisation à l'ordre du jour, à savoir le Congrès suisse de gynécologie à Schinznach et le Congrès international des médecins catholiques⁹⁵⁹ à Vienne.

Clément indique qu'aucun partisan de la stérilisation n'a pu décemment être invité à l'Assemblée de l'Union des médecins catholiques à Lucerne car c'était «l'exposer à s'entendre dire que nous réprouvons en principe toute son activité en ce domaine, [cela] eût créé une situation fautive et un malaise pour lui et pour nous»⁹⁶⁰. C'est pourquoi Clément présente lui-même les arguments et les chiffres donnés par des confrères partisans de la stérilisation lors du Congrès des gynécologues à Schinznach, notamment Labhardt, qui a mené une campagne «en faveur de la stérilisation du fait que celle-ci est, à son avis, le seul moyen efficace de lutter contre l'avortement»⁹⁶¹.

Clément continue de dénoncer une pratique dont on perfectionne les méthodes et qu'il dit devenir de plus en plus répandue, demandée, selon lui, par des «femmes qui n'ont pas une haute idée de leurs devoirs et [par] les maris eux-mêmes» pour le seul motif d'avoir, comme il l'avait déjà dit en 1927, «le plaisir sans les charges!»⁹⁶².

Il conteste aussi la légèreté avec laquelle des médecins auraient pratiqué, parfois à l'insu de la personne concernée, des stérilisations:

«Nombre de chirurgiens ou gynécologues en sont même arrivés au cours d'opérations abdominales pratiquées pour un autre motif, à lier ou réséquer "en passant" et de leur propre initiative les trompes, estimant par là "rendre service" à une jeune fille de santé délicate ou à une mère de famille ayant "déjà" deux ou trois enfants!»⁹⁶³

«Volontiers, au cours d'une laparotomie [incision chirurgicale de la paroi abdominale] pratiquée dans un autre but, ou même par une laparotomie délibérément tentée dans ce dessein, un opérateur, d'un geste aisé et désinvolte, sans en mesurer toutes les conséquences lointaines, souvent même en se couvrant d'un prétexte humanitaire, rendra son opérée définitivement inféconde.»⁹⁶⁴

⁹⁵⁸ Clément dénonce notamment la menace pesant sur les confrères catholiques en Allemagne qui refusent, au nom de leurs convictions religieuses, d'exécuter l'application de la loi.

⁹⁵⁹ LAMPLUGH 1936, compte rendu partiel de ce congrès; dans le même périodique, on trouve la publication de l'une des contributions à ce congrès: Dr Albert Niedermeyer, «Sterilisation from the Scientific and Moral Points of View», pp. 81-84. Voir aussi *St. Lukas. Mitteilungen der Oesterreichischen St. Lukas-Gilde*, 1936, Vol. 4, pp. 73-177.

⁹⁶⁰ CLÉMENT 1937 b, p. 7.

⁹⁶¹ *Ibidem*, p. 3.

⁹⁶² CLÉMENT 1935 a, p. 169.

⁹⁶³ *Ibidem*.

⁹⁶⁴ CLÉMENT 1937 b, p. 1.

Il est difficile d'apprécier la légitimité de ses propos. A-t-il entendu des confidences entre chirurgiens sur ce sujet ou se méfie-t-il de la droiture de certains confrères dont il a déjà relevé le peu de scrupules à propos des avortements? Sa remarque vient tout au moins s'ajouter au nombre des rumeurs, encore actuelles, sur les accommodements obtenus au sujet de la pratique très contestée qu'est une stérilisation.

En outre, Clément est certain que cette extension des stérilisations engendrera chez une partie des femmes un regret tardif sinon un désespoir: il cite le cas – bien exceptionnel sans doute – d'une femme qui, ayant perdu ses quatre enfants, a mis fin à ses jours « parce qu'elle s'était peu avant soumise à une stérilisation chirurgicale pour un motif futile »⁹⁶⁵. Il mentionne les tentatives de restaurations opératoires, souvent inefficaces, réclamées par des stérilisées qui regrettent leur condition par « un retour de désirs de maternité à tout prix – la hantise de l'enfant »⁹⁶⁶.

Il invite les médecins à ne pas se laisser guider par des conceptions à courte vue, par des avantages immédiats, mais à considérer « la portée morale et sociale de ces interventions pour l'avenir »⁹⁶⁷. Il est persuadé, sans avoir beaucoup d'arguments contre la stérilisation volontaire sinon qu'elle contribue à la dénatalité de la société, qu'« on ne viole pas impunément les lois naturelles »⁹⁶⁸; la moralité et la santé des individus risquent d'en être affectées avec des répercussions sur le devenir de la société. C'est le même argument qu'il développe au sujet de la contraception.

Stérilisation et eugénisme

Abordant la question particulièrement délicate des stérilisations non volontaires, il dénonce principalement le motif eugénique, à savoir « la sélection rationnelle » selon Francis Galton. Il relève le caractère négatif de la stérilisation, par opposition à l'eugénisme positif qui résulterait essentiellement d'une hygiène aussi bien physique que morale. Il évoque la position de Forel favorable au début du siècle à la stérilisation des anormaux, puis les lois américaines, vaudoise, allemande. Or, pour Clément, « le droit à la procréation est un droit naturel [qui doit être] soustrait aux prérogatives de l'État »⁹⁶⁹.

Il rappelle les doutes émis par lui au sujet de la loi vaudoise concernant le risque de descendance tarée: « Il n'y a strictement [...] d'hérédité fatale pour aucune maladie. »⁹⁷⁰ Il s'appuie sur les travaux de Mendel, ou de Vignes, de Boven (schizophrénie), de Madame Minkowska (psychose dite circulaire), Blechmann (épilepsie), Niessen (malformations organiques), Morard (surdité) pour démontrer que les

⁹⁶⁵ CLÉMENT 1935 a, p. 170.

⁹⁶⁶ CLÉMENT 1931, p. 44. Notons qu'aujourd'hui, il paraîtrait que le plus grand nombre de demandes de procréation assistée aux USA provient de la part de personnes qui avaient demandé antérieurement une stérilisation. Nous n'avons pu étayer cette information.

⁹⁶⁷ CLÉMENT 1935 a, p. 173.

⁹⁶⁸ *Ibidem*, p. 178.

⁹⁶⁹ CLÉMENT 1937 a, p. 17.

⁹⁷⁰ *Ibidem*, p. 18.

maladies retenues comme héréditaires dans la loi allemande ne le sont que très peu. La sélection de la race qui viserait à ne tolérer «la propagation de la vie que chez des sujets parfaitement sains (eugénisme)»⁹⁷¹ est très aléatoire; «on doit bien remarquer ce que l'hérédité a si souvent d'imprévu et de déconcertant, [...] [en effet] la moitié des déficients mentaux naissent de parents ayant une mentalité normale»⁹⁷². Pour Clément, «la grande tâche pour le relèvement et l'ennoblissement de la race [c'est de] poursuivre la tare et non les tarés»⁹⁷³.

Il dénonce «l'inévitable arbitraire» qui ne manquerait pas d'influencer les sélections.

*«[...] sur quelle base, sur quelles doctrines sujettes à variations, sujettes surtout à interprétations délicates pour l'innombrable variété des cas-limites. Puis comment rendre efficaces ces décisions? [...] Les stérilisations opératoires quelles qu'elles soient, seraient ignominieuses et par trop odieuses surtout tant qu'elles ne seraient pas librement acceptées et ravalerait l'être humain au rang de la brute et la société au niveau d'un haras.»*⁹⁷⁴

La stérilisation imposée peut, remarque Clément, conduire à une «impression d'amointrissement, d'infériorité définitive», au «repliement sur soi-même», «à la haine sournoise, au mépris à l'égard de l'autorité qui les a frappées d'une mesure considérée comme un abus de force. [...] Nous n'avons pas lieu d'être fiers qu'il se trouve des médecins qui se prêtent à accomplir ces mutilations forcées»⁹⁷⁵. La stérilisation est une «flétrissure imméritée et odieuse quand elle est imposée par des autorités civiles pour des considérations d'économie pécuniaire»⁹⁷⁶.

Finalement, le dernier paragraphe de *Stérilisation et eugénisme* réaffirme la place des handicapés dans une société dont certains membres voudraient que leur nombre diminue:

*«La présence de ces infirmes, d'estropiés, d'invalides [...] maintient dans l'humanité un ferment nécessaire à son intégral épanouissement: elle développe les occasions et la nécessité du dévouement, la pensée de se rendre mutuellement service et de s'oublier pour les autres, la générosité, l'amour et le respect du faible, elle réduit ainsi l'égoïsme [...] elle provoque l'éclosion de hautes vertus qui sont le privilège, l'honneur et la plus authentique fleur de l'humanité.»*⁹⁷⁷

Catholicisme et stérilisation

L'opposition de Clément à la stérilisation rejoint celle de la doctrine catholique officielle. L'Encyclique «*Casti connubii*» réproouve tout eugénisme que l'on peut

⁹⁷¹ CLÉMENT 1931, p. 35.

⁹⁷² *Ibidem*, pp. 36-37.

⁹⁷³ CLÉMENT 1937 b, p. 24.

⁹⁷⁴ CLÉMENT 1931, pp. 37-38.

⁹⁷⁵ *Ibidem*, pp. 12-13.

⁹⁷⁶ *Ibidem*, p. 43.

⁹⁷⁷ CLÉMENT 1937 b, p. 24.

qualifier de négatif. Si elle encourage les conseils, le soutien matériel et moral à l'individu et aux familles, elle dénonce avant tout l'intervention autoritaire de l'Etat interdisant le mariage ou la procréation, mais aussi le choix privé et délibéré d'une personne de se faire stériliser; car tous deux agissent contre l'ordre divin.

« Il en est en effet, qui, trop préoccupés des fins eugéniques, ne se contentent pas de donner des conseils salutaires pour assurer plus sûrement la santé et la vigueur de l'enfant – ce qui n'est certes pas contraire à la droite raison –, mais qui mettent la fin eugénique au-dessus de toute autre, même d'ordre supérieur, et qui voudraient voir les pouvoirs publics interdire le mariage à tous ceux qui, d'après les règles et les conjectures de leur science, leur paraissent, à raison de l'hérédité, devoir engendrer des enfants défectueux, fussent-ils d'ailleurs personnellement aptes au mariage. Bien plus, ils veulent que ces hommes soient de par la loi, de gré ou de force, privés de cette faculté naturelle par l'intervention médicale. [...] Les magistrats n'ont d'ailleurs aucun droit direct sur les membres de leurs sujets: ils ne peuvent jamais, ni pour raison d'eugénisme ni pour aucun autre genre de raison, blesser et atteindre directement l'intégrité du corps, dès lors qu'aucune faute n'a été commise. [...] Au surplus, les individus eux-mêmes n'ont sur les membres de leur propre corps d'autre puissance que celle qui se rapporte à leurs fins naturelles; ils ne peuvent ni les détruire, ni les mutiler, ni se rendre par d'autres moyens inaptes à leurs fonctions naturelles, sauf quand il est impossible de pouvoir autrement au bien du corps entier.»⁹⁷⁸

Dans la *Revue catholique pour la Suisse romande, Nova et Vetera*⁹⁷⁹, d'autres auteurs, à côté de Clément, se sont exprimés sur les mêmes thèmes et en particulier sur la stérilisation⁹⁸⁰, mais de manière moins complète. Selon Charles Journet, qui s'appuie aussi sur l'Encyclique *Casti Connubii* dans son article intitulé «La stérilisation des anormaux. Principes de théologie»⁹⁸¹, la stérilisation des anormaux «porte atteinte à la dignité sacrée de la personne humaine», elle apparaît «gravement illicite» car il s'agit d'innocents.

Un autre auteur catholique, le Dr Louis Villars, publie en 1928 à Porrentruy, bastion catholique alors rattaché au canton de Berne, un fascicule intitulé *Erreur sociale et Péril National*, dans lequel il dénonce d'une manière très documentée à la fois l'eugénique, le néo-malthusianisme et le socialisme: la doctrine catholique est «la suprême ressource contre la marée montante de l'indiscipline des mœurs»⁹⁸².

Une thèse a été soutenue à la Faculté de droit de Fribourg en 1930 dans l'avant-propos de laquelle l'auteur fait explicitement référence à Gustave Clément pour le remercier. Pour l'auteur, seule la stérilisation thérapeutique peut être admise selon

⁹⁷⁸ ENCYCLIQUE 1931, pp. 31-32.

⁹⁷⁹ Publiée à Fribourg dès 1927 chez Fragnière frères et dépourvue par nos soins de 1932 à 1939.

⁹⁸⁰ Notamment, en 1933, Benoît Lavaud sur le mariage, Charles Journet et Yvonne Pidoux sur la stérilisation; en 1937, Dr C. Morrard sur la stérilisation et H. Dubois-Ferrière sur la castration des délinquants.

⁹⁸¹ JOURNET 1933.

⁹⁸² VILLARS 1928.

la doctrine catholique, mais aucune stérilisation dans le but de prévenir une grossesse ne peut être tolérée, que le motif soit médical, eugénique, économique, ou simplement contraceptif.

*« La stérilisation volontaire est permise pour cause de santé. [...] Un individu peut donc pour sauver sa vie ou pour se guérir d'une maladie grave, se soumettre à une opération destinée à retrancher un de ses membres nécessaires à la génération. [...] Celui qui, pour une raison ou pour une autre: faute de santé, motifs économiques, etc., ne veut plus d'enfants, n'a pas le droit de recourir à la stérilisation pour limiter les naissances. Il ne lui reste à cet effet qu'un moyen: la continence. [...] L'autorité ne peut imposer la stérilisation pour limiter les naissances; elle ne le peut non plus pour des buts utilitaires; elle le peut, au contraire, pour d'autres fins quand cela est nécessaire pour écarter un danger grave à la société »⁹⁸³.*⁹⁸⁴

Une autre publication catholique paraît juste après l'entrée en vigueur du Code pénal suisse qui admet à l'art. 120 l'avortement thérapeutique. C'est l'occasion pour l'auteur de rappeler l'interdiction de la contraception, de l'avortement, de la stérilisation:

« C'est un fait que la doctrine chrétienne du mariage réproouve et condamne ces trois usages sous quelque prétexte que ce soit. [...] La stérilisation chirurgicale prophylactique pratiquée [...] dans le but exclusif d'éviter une grossesse, ne saurait être acceptée dans les milieux chrétiens. »⁹⁸⁵

Il explique pourtant à ses lecteurs les diverses indications de la stérilisation admises dans la société:

« La stérilisation prophylactique [...] est une opération destinée à empêcher la grossesse pour des raisons privées, morales ou médicales. Elle se distingue de la stérilisation eugénique qui a en vue l'avenir de la race en rendant infécondes les femmes jugées inaptes à engendrer des enfants sains. Il existe aussi une stérilisation thérapeutique: celle-ci a pour but de guérir certaines affections mentales ou physiques. »⁹⁸⁶

Ces diverses publications viennent rappeler la doctrine catholique qui a fortement imprégné les mentalités dans le canton de Fribourg et conditionné la

⁹⁸³ S'agissant de sodomie ou de sadisme par exemple. On remarque ici encore l'amalgame qui est fait entre stérilisation et castration, seule cette dernière pouvant avoir éventuellement un effet thérapeutique.

⁹⁸⁴ MARTIN DE SOBRADILLO 1932, pp. 99, 101, 103, 107.

⁹⁸⁵ MAGET 1943. On peut se demander cependant si cet ouvrage qui donne en particulier des renseignements précis concernant les méthodes contraceptives et leur efficacité n'est pas destiné à informer le public en général, les lecteurs n'étant pas des « chrétiens sincères et authentiques »: « beaucoup d'autres mariages chrétiens – contaminés par les mœurs modernes – recourent aux pratiques interdites pour échapper aux charges de leur vie conjugale, soit par manque de sincérité, soit par faiblesse. [...] En conflit flagrant avec leur conscience comme avec leurs pasteurs, ils préfèrent délibérément à la morale naturelle, l'indiscipline des mœurs, à la vertu chrétienne, l'opportuniste », p. 153.

⁹⁸⁶ *Ibidem*, p. 162.

pratique institutionnelle durant le XX^e siècle jusqu'à une période récente plus libérale amorcée dans le courant des années 70.

La plupart des écrits de Clément sont une réponse catholique à des prises de position collectives ou officielles de ses confrères d'autres cantons qu'il désapprouve. Il a le mérite d'exprimer de manière explicite des opinions partagées par nombre de ses coreligionnaires: l'avortement est le sacrifice délibéré d'une vie fragile entre toutes, la contraception et la stérilisation séparent la sexualité de la procréation; il condamne de manière obsessionnelle le plaisir charnel. En regard de l'évolution des mentalités et de l'élargissement des prérogatives médicales, Clément apparaît dogmatique. Cependant sa rigueur morale et sa grande probité professionnelle le rendent attentif à la relativité des conceptions médicales qui n'échappent ni à la mode ni à l'opportunisme, il valorise tout autant des critères sociaux et personnels que des critères strictement médicaux, il respecte la personne humaine plus que la raison d'état.

Stérilisation impensable jusqu'au début des années 70

Les écrits de Gustave Clément ont contribué à forger et à fortifier l'opinion dominante dans le canton de Fribourg, du moins celle des personnalités et des acteurs influents – politiciens, ecclésiastiques, médecins – concernant l'avortement, la stérilisation et la contraception.

La pratique de la stérilisation dans le canton de Fribourg est difficile à repérer⁹⁸⁷. Elle a certainement été très rare, voire inexistante, à l'instar de l'avortement médical jusqu'au début des années 70. Si elle a éventuellement existé, ce devait être clandestinement, sous le couvert d'une autre opération, ou dans un canton voisin. Les premières traces de Fribourgeoises stérilisées apparaissent vers 1940 à la Maternité de l'Hôpital cantonal de Lausanne. A la même période, les archives du Service de santé publique conservées aux Archives de l'Etat à Fribourg attestent la difficulté de pratiquer une interruption de grossesse pour des motifs médicaux, les motifs sociaux et psychiatriques restant exclus.

On peut supposer que le problème des femmes vulnérables, instables, démunies, exposées à des abus sexuels et à des grossesses illégitimes était envisagé d'une manière différente dans le canton de Fribourg qu'il a pu l'être dans le canton de Vaud; si, dans ce dernier, la stérilisation pouvait être une alternative à l'internement, dans le canton de Fribourg, l'internement et l'éducation morale étaient les instruments de contrôle pour cette population à risque. Des cas de femmes hospitalisées à Marsens attestent cette tendance, ainsi que celui de Louise Molteni dont le témoignage raconte comment elle a été placée dans diverses institutions

⁹⁸⁷ Les archives médicales du Service d'Obstétrique et de Gynécologie de l'Hôpital cantonal ont été détruites jusqu'en 1971; après cette date, il n'est pas possible de repérer les dossiers selon le service ou l'année d'hospitalisation (dossier unique numéroté selon date de naissance inversée). A l'Hôpital psychiatrique de Marsens, le dépouillement partiel des années 51 et 71 n'a révélé aucun cas de stérilisation. La recherche a été empirique, s'appuyant principalement sur des entretiens avec les professionnels à la retraite ou en activité et sur les cas de stérilisation mentionnés par eux.

catholiques et en particulier à Villars-les-Joncs près de Fribourg pour être protégée contre les risques liés à la sexualité.

Le premier cas de stérilisation attesté à Fribourg, quoique très discrètement, date de 1973.

À l'inverse des cantons où la stérilisation était pratiquée et qui ont pu connaître des situations dans lesquelles on a abusé parfois de cette solution, il y a eu, aux dires de gynécologues ou d'éducateurs, des situations particulièrement problématiques faute qu'on ait osé songer à la stérilisation, volontaire ou non. Un ancien médecin-chef de l'Hôpital de la Gruyère à Riaz mentionne qu'une opération de stérilisation demandée par une femme surchargée d'enfants et en mauvaise santé ne pouvait se faire sans la présence d'une affection gynécologique qui seule autorisait une intervention chirurgicale. Même si le chirurgien était acquis à la solution d'une stérilisation, les Sœurs qui l'assistaient en salle d'opération ne l'auraient admise. Un autre chirurgien a confirmé ces freins institutionnels et relevé que, si un motif social existait en plus du motif gynécologique, il n'était mentionné nulle part, contrairement à ce que l'on peut trouver dans les archives de gynécologie de Lausanne ou de Genève.

Stérilisations dans le canton de Vaud, années 40 et suivantes

Le dépouillement des archives du Service de gynécologie et de la Maternité de l'Hôpital cantonal de Lausanne a révélé que quelques femmes domiciliées dans le canton de Fribourg ont été stérilisées à l'Hôpital cantonal vaudois. S'il n'y a eu aucun cas en 1932, il y en a eu neuf en 1941, sept en 1951 et quatre en 1961.

La stérilisation, interdite par la hiérarchie catholique et vigoureusement contestée par le chef du Service de chirurgie Gustave Clément actif jusqu'à sa mort en 1940, n'était donc certainement pas envisageable dans le canton de Fribourg, ni par les médecins, ni au sein de la population. Puis, les mentalités individuelles ont pu évoluer sans pour autant que les personnes s'autorisent à formuler une demande aux médecins du canton, ou que ceux-ci se sentent autorisés à pratiquer l'opération. La stérilisation était donc demandée hors des frontières cantonales. S'il y a eu, semble-t-il, une diminution des demandes à l'extérieur du canton (quatre en 1961), c'est peut-être le signe que des stérilisations commençaient à être pratiquées dans le canton de Fribourg, grâce aux précautions dont ont pu s'entourer chirurgiens et gynécologues en choisissant le personnel assistant à l'opération.

La plupart des demandes de stérilisation des Fribourgeoises à l'Hôpital cantonal de Lausanne, souvent accompagnées d'une demande d'interruption de grossesse, ont été formulées par un médecin privé du canton de Vaud consulté dans ce but par la patiente; elles étaient motivées médicalement. Cependant deux demandes au moins, datant de 1951, ont été adressées par des médecins pratiquant dans le canton de Fribourg, à savoir un gynécologue et un médecin de l'Hôpital des Bourgeois. Le premier « prie d'admettre d'urgence Mme X pour interruption de grossesse et stérilisation »⁹⁸⁸; cette femme a déjà trois enfants et a été opérée

⁹⁸⁸ Certificat médical, février 1951 (Archives cantonales vaudoises).

l'année précédente d'un cancer de l'estomac. La seconde demande concerne une femme qui devra être opérée d'un rein, elle est plus réservée; en effet, le médecin s'en remet à la décision du médecin-chef de la Maternité de Lausanne:

«J'ai conseillé à la patiente de conserver la grossesse en cours, avec l'idée que ce sera son troisième et dernier enfant, et qu'elle sera immédiatement après opérée d'un Madlener. Mais elle et son mari n'en veulent rien entendre, réclamant l'interruption de cette grossesse à tout prix, en invoquant l'atteinte rénale grave mais aussi d'autres raisons, financières, etc. Ne sachant que décider pour le mieux, je la fais admettre à la Maternité de Lausanne, en priant le Prof. Rochat de faire pour le mieux pour cette patiente.»⁹⁸⁹

Ce document laisserait entendre qu'une stérilisation pour motif médical aurait été envisagée par le médecin de l'Hôpital des Bourgeois, mais pas l'interruption de grossesse.

Cet exil dans un hôpital hors du canton a été pratiqué bien au-delà de cette période, justifié principalement par la difficulté à obtenir les opérations de stérilisation ou d'interruption de grossesse dans le canton de Fribourg et aussi par besoin de discrétion. Le cas de Marie, une jeune femme encore mineure stérilisée en 1972 dans une ville vaudoise proche de la frontière cantonale à la demande de sa mère, a été révélé par la presse⁹⁹⁰.

Archives de l'Etat, interruptions de grossesse dans les années 1940

Les stérilisations non volontaires, aussi rares qu'elles aient été jusqu'à une période récente dans le canton de Fribourg, n'ont jamais été soumises à l'autorisation des autorités sanitaires, sinon depuis l'entrée en vigueur en janvier 2001 de l'article 72 de la loi de santé du 16 novembre 1999⁹⁹¹. Durant le dernier tiers du XX^e siècle, les stérilisations ont relevé de la seule décision privée du médecin et de la personne concernée ou de ceux qui en sont responsables. Cela est attesté notamment par une déclaration du chef du Département de la santé publique du canton de Fribourg qui indique en 1973 à son homologue vaudois que «le canton de Fribourg ne dispose pas de législation en ce domaine [la stérilisation], mais ces cas sont réservés à l'appréciation des médecins»⁹⁹². On ne peut donc pas trouver de traces des sté-

⁹⁸⁹ Demande d'admission d'urgence, mai 1951 (*ibidem*); Madlener: méthode de stérilisation portant le nom du médecin qui l'a mise au point et publiée.

⁹⁹⁰ Voir le chapitre «Vaud», «Stérilisation d'une ressortissante fribourgeoise».

⁹⁹¹ «La stérilisation d'une personne majeure durablement incapable de discernement peut être pratiquée si: [...] f) la Commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients et patientes a donné son accord pris à la majorité des deux tiers de ses membres.»

⁹⁹² Correspondance à propos du cas de Marie cité ci-dessus. Le médecin cantonal actuel, dont l'avis a été parfois sollicité par des gynécologues, pense pour sa part que l'opinion du représentant légal ne suffit pas; le médecin qui fait l'intervention n'est pas à l'abri de la justice, car c'est une atteinte à l'intégrité physique de la personne. Le médecin cantonal a pu recommander aux gynécologues d'expliquer au mieux le problème à la personne concernée et d'envoyer cette dernière chez un psychiatre devant s'assurer, durant un entretien sans la présence du représentant légal, que la personne ne subissait pas de pression de l'entourage.

rilisations non volontaires dans les archives du Département de la santé publique comme dans d'autres cantons (Vaud, 1928 sq., Berne, 1931 sq., Neuchâtel, 1980 sq.).

Par contre, ces archives contiennent les demandes d'interruption non punissable de grossesse au sens de l'article 120⁹⁹³ du Code pénal suisse de 1937 (entré en vigueur en 1942); celles-ci étaient soumises, à l'instar d'autres cantons d'ailleurs, à l'autorisation du Département de la santé publique⁹⁹⁴. Les demandes, conservées aux Archives d'Etat, concernent principalement les dix années qui suivent l'entrée en vigueur du Code pénal suisse et sont tout à fait révélatrices de la réticence à l'égard de l'avortement dans le canton de Fribourg; elles contribuent ainsi à éclairer indirectement notre propos.

Une statistique des interruptions non punissables de la grossesse indique pour le canton de Fribourg que durant les dix premières années (soit de 1942 à 1952) il y a eu onze autorisations, deux refus, et trois cas sans suite. Il n'y a eu aucune interruption légale entre 1953 et 1959 au moins, et très peu jusqu'en 1977⁹⁹⁵. Il y a donc eu une pratique plus sévère dans les années cinquante et soixante que dans les années quarante pourtant fort restrictives.

Le médecin cantonal, J. Roggo, suggère en 1967 une explication à la rareté des demandes:

*« Depuis 13 ans que je suis médecin cantonal [soit de 1954 à 1967], il n'y a eu que 3 ou 4 demandes tendant à l'interruption de grossesse. [...] Il y a, en raison du respect de la vie, chez nous des restrictions quant à l'indication dans ce sens que nos critères d'appréciation pour une intervention sont très sévères, c'est-à-dire qu'il faut presque avoir la certitude que la non intervention entraînera à peu près certainement la mort de la mère et de l'enfant. »*⁹⁹⁶

⁹⁹³ Chapitre Interruption non punissable de la grossesse, art 120, al. 1: « Il n'y a pas avortement au sens du présent code lorsque la grossesse aura été interrompue par un médecin diplômé, avec le consentement écrit de la personne enceinte et sur avis conforme d'un second médecin diplômé, en vue d'écarter un danger impossible à détourner autrement et menaçant la vie de la mère ou menaçant sérieusement sa santé d'une atteinte grave et permanente. L'avis conforme [...] doit être donné par un médecin [...] autorisé [...] par l'autorité compétente du canton [...]. Si la personne enceinte est incapable de discernement, le consentement écrit de son représentant légal devra être requis. »

⁹⁹⁴ « L'article 120 du Code pénal suisse n'a donné lieu à aucune prescription législative cantonale d'application. Pratiquement, en plus des deux médecins prévus par le Code pénal suisse, un 3^e médecin, membre de la Commission de santé, est appelé à se prononcer sur l'avortement projeté. » (Copie d'une lettre de la Direction de la police et de la santé publique du 24 mars 1948 expliquant les modalités d'application de l'interruption non punissable de grossesse dans le canton de Fribourg, DSPa 1455). Dans d'autres cantons, comme Vaud et Genève notamment, la responsabilité de l'avis conforme a été confiée à quelques médecins désignés par le Département de la santé publique et dûment autorisés, ce dernier n'étant donc pas au courant des cas individuels.

⁹⁹⁵ Ces indications relatives aux statistiques dans le canton de Fribourg et en Suisse se trouvent aux Archives de l'Etat (cote DSPa 1463). Voir aussi les réponses du Département de la santé publique de Fribourg au Département fédéral de justice et police à Berne du 25 octobre 1955 et au Professeur W. R. Merz de la Clinique universitaire d'obstétrique et de gynécologie de Lausanne du 1^{er} novembre 1959 (DSPa 1456). Le Département de la santé publique de Fribourg, probablement comme dans les autres cantons, a été sollicité une dizaine de fois jusqu'en 1975 pour des enquêtes sur les modalités d'application de l'art. 120 du CPS sur l'interruption non punissable de grossesse.

⁹⁹⁶ Lettre du 22 novembre 1967 (Archives de l'Etat, cote DSPa 1457). Il s'agit d'une réponse à une enquête pour l'année 1966 du Dr. H. Stamm de Baden (voir DONDÉNAZ 1987, pp. 79-80, chapitre 6.1 « Les recherches pionnières du Professeur Stamm »). Les « 3 ou 4 demandes » mentionnées par le Dr Roggo n'ont pas été retrouvées dans les archives, ainsi on ne peut savoir si elles ont été acceptées ou refusées.

A d'autres occasions, le porte-parole du Département de la santé publique évoque «la mentalité toute spéciale de notre population», celle-ci «répugne à présenter de telles demandes à l'autorité»⁹⁹⁷.

Sur les onze cas signalés entre 1942 et 1952 pour lesquels une autorisation a été accordée, cinq manquent dans les archives mais six sont documentés: dans trois cas, la santé de la mère était mise en danger par la grossesse à cause d'une tuberculose, il y avait en outre deux cas d'affection grave des reins et un cas d'affection cardiaque sévère. Ces interruptions ont été demandées par le Dr A. Spreng, gynécologue à Fribourg, ainsi que par un spécialiste des affections pulmonaires ou de médecine interne. Dans deux cas, le spécialiste a aussi proposé une stérilisation, soit le Dr A. Delachaux (médecine interne) à Lausanne pour une femme de 37 ans ayant déjà un enfant et le Dr L. de Weck (affections pulmonaires) à Fribourg pour une femme du même âge et ayant déjà cinq enfants. Mais on ne sait si la stérilisation a été pratiquée, celle-ci n'étant pas soumise à l'autorisation du Département de santé publique⁹⁹⁸.

Deux des trois demandes d'interruption de grossesse mentionnées comme ayant été sans suite concernaient une femme souffrant d'une infection rhumatismale pour laquelle le Département de santé publique exigeait un rapport plus détaillé d'un spécialiste et une femme psychopathe qui a renoncé au dernier moment après avoir pourtant donné son consentement écrit.

L'un des deux cas signalés de refus⁹⁹⁹ de l'interruption non punissable de grossesse est par contre révélateur de la sévérité des critères adoptés dans le canton de Fribourg.

Refus d'interruption non punissable de grossesse, 1949

Ce cas concerne une jeune fille de 18 ans pour laquelle une expertise avait été demandée à la Polyclinique psychiatrique de Lausanne, alors que la patiente était provisoirement hospitalisée dans le canton de Vaud avant d'être transférée à l'Hôpital de la Providence à Fribourg. Le Dr P. B. Schneider, médecin-chef de la Polyclinique, avait écrit:

«Le père de la patiente est un alcoolique qui a abandonné sa famille alors que M^{lle} [...] était petit enfant. Sa mère est morte l'année passée; [...] elle a élevé 11 enfants. M^{lle} [...] n'a jamais joui d'un milieu familial équilibré et fut placée dans différents homes et familles. Après la fin de la scolarité, elle travaille comme bonne à tout faire à Zurich. Aurait alors été brutalisée, serait tombée malade. [...] Depuis 2 ans, elle est hospitalisée à de nombreuses reprises et il semble qu'elle considère les hôpitaux comme un lieu de refuge. Depuis la mort de sa mère, elle vit en partie chez une sœur avec qui elle ne s'entendrait pas. [...] Elle est certainement atteinte de troubles hystériques qui se sont développés chez une personne fragile et sensibilisée. [...] Une grossesse illégitime chez une jeune personne au psychisme aussi pathologique peut certainement déterminer une aggravation nette des phénomènes hystériques et être un obstacle éventuellement définitif à une amélioration. Elle représente donc un danger grave et permanent pour la

⁹⁹⁷ Copies des lettres du 24 mars 1948 et du 6 septembre 1954 (DSPa 1456).

⁹⁹⁸ D'autre part, on l'a vu, les dossiers médicaux de l'Hôpital cantonal n'ont pas été conservés.

⁹⁹⁹ L'autre n'est pas conservé dans les archives, de même que le troisième cas sans suite.

santé de la patiente et c'est pour cette raison que j'estime une interruption de grossesse indiquée. Comme M^{lle} [...] est encore une adolescente, une stérilisation ne saurait être envisagée maintenant. [...].¹⁰⁰⁰

Or le Dr Edouard de Buman, médecin et gynécologue, membre de la Commission de santé, chargé par le Département de santé publique de se prononcer sur l'avortement projeté n'a pas les mêmes critères d'appréciation; s'il admet quelques rares cas graves de maladie physique, il n'est pas réceptif aux arguments psychologiques développés par son confrère psychiatre (le fait que ce dernier pratique dans le canton de Vaud, qui devait avoir une réputation trop permissive, a pu peser négativement):

«Toutes ces déclarations me paraissent trop futiles et passagères pour en arriver à la grave décision d'une interruption de grossesse. Symptômes subjectifs, considérations sociales, éthyliisme du père, triste éducation!!! Mon préavis est donc défavorable.»

Le médecin de l'Hôpital de la Providence à Fribourg qui avait soumis la demande d'autorisation d'interruption de grossesse chez la jeune fille a donc reçu une réponse négative de la Direction de la police et de la santé publique.

Protection morale par l'internement

Dans les années cinquante¹⁰⁰¹ à l'Hôpital psychiatrique de Marsens, quelques dossiers mentionnant une pathologie sexuelle attestent que l'on a préconisé en priorité l'internement des personnes pour les protéger. Ainsi, un homme de 35 ans, pervers sexuel, retourne en prison après l'expertise; une femme de 45 ans, dépressive et vivant dans la crainte d'être enceinte, est traitée aux électrochocs; une femme de 25 ans, débile, dont «les mauvaises habitudes [masturbation] ne sont pas niées», est placée dans une famille; «la malade attache beaucoup d'importance à sa vertu, aurait, dit-elle, beaucoup résisté aux tentations [...], est suffisamment orientée sur la procréation». Dans aucun de ces cas, l'éventualité d'une stérilisation ou d'une castration n'a été évoquée.

Il faut relever par contre qu'à deux reprises, dans les dossiers dépouillés, c'est l'opération de leucotomie¹⁰⁰² qui a été préconisée. Une jeune femme, abandonnée dans son enfance, ballottée d'une institution à l'autre (divers orphelinats, maisons de correction, prisons et asiles psychiatriques), est qualifiée de «psychopathe impulsive»; elle manifeste de vifs accès de colère. A l'âge de 23 ans, elle subit en 1950, à Marsens, une opération de leucotomie susceptible, selon les médecins, de la calmer. Elle reste «très énervée» puis continue son périple d'une institution à l'autre. Une autre femme, mariée et âgée de 27 ans, présente une «dépression réactive sur névrose obsessionnelle [sexuelle]»; elle demande elle-même une opération de leucotomie; à la suite de l'opération, on ne constate aucune amélioration.

¹⁰⁰⁰ Lettre de P. B. Schneider, médecin-chef, Polyclinique psychiatrique universitaire, Lausanne, 22 février 1949 (Archives de l'Etat, Fribourg, DSPa 1459).

¹⁰⁰¹ Dépouillement partiel des dossiers de l'année 1951.

¹⁰⁰² Lobotomie partielle; intervention psycho-chirurgicale sur les lobes préfrontaux introduite par Moniz en 1935 au Portugal et destinée à modifier l'affectivité du patient, notamment les manifestations d'agressivité et d'angoisse.

A cette époque, le chirurgien-chef de l'Hôpital cantonal à Fribourg, le Dr Ody, était favorable à l'opération de leucotomie qu'il a pratiquée entre 1945 et 1954 à l'hôpital psychiatrique de Marsens. Ainsi une opération mutilante d'un autre ordre que la stérilisation a pu être pratiquée à Marsens; cette solution, aussi surprenante soit-elle, paraît cependant tout à fait exceptionnelle et liée à une brève période.

Deux cas, autour de 1950, illustrent mieux encore le choix de l'internement pour des jeunes femmes qui, dans le canton de Vaud par exemple, auraient pu subir la stérilisation pour les protéger sexuellement. Il s'agit de Gilberte, repérée par le biais des archives de la Société genevoise de prophylaxie mentale, et de Louissette, en placement à l'Institut du Bon Pasteur à Villars-les-Joncs¹⁰⁰³ près de Fribourg, dont le témoignage a été publié sous un titre révélateur: *Le tour de Suisse en cage*¹⁰⁰⁴. L'éducation subie par Louissette dans les institutions catholiques où elle a été internée devait la protéger de la perversité, mais elle a été vécue comme une «castration psychologique», tant la sexualité était non seulement niée, mais diabolisée.

Gilberte, internement pour protection morale entre 1952 et 1971

Gilberte est entrée à l'Hôpital psychiatrique de Marsens pour la première fois en 1952 à l'âge de 33 ans. Célibataire, catholique, travaillant comme fille de service, elle logeait chez sa mère et son beau-père à Genève, mais la cohabitation avec ce dernier, atteint de sénilité, était devenue insupportable. Alertée vraisemblablement par la mère de la jeune femme, l'assistante de la Société générale de prophylaxie mentale a préconisé pour Gilberte, ressortissante du canton de Fribourg, une observation à l'Hôpital de Marsens afin d'étudier son placement chez un particulier:

«[...] est une débile mentale fort arriérée qui n'est susceptible d'aucun traitement médical. [...] Il lui faut donc être placée de préférence à la campagne, où les gros travaux ne semblent pas la rebuter.»¹⁰⁰⁵

De naissance illégitime, elle a eu une enfance et une adolescence perturbées par des déménagements successifs (chez sa grand-mère, en maison de correction, chez sa mère avec son beau-père, puis comme aide de cuisine dans diverses institutions). Elle a subi à l'âge de 9 ans des attentats à la pudeur répétés par un homme âgé de 60 ans, puis vers 12-13 ans, par son beau-père. «La malade nous dit qu'elle était tout à fait ignorante des mystères de la vie. Elle ne savait pas ce que son beau-père voulait faire avec elle.»¹⁰⁰⁶

Lorsqu'elle travaillait dans le Foyer de Notre-Dame Auxiliatrice à Siviriez, elle a encore subi des attouchements par un pensionnaire. «Les Sœurs l'ont su. C'est elles qui lui ont expliqué qu'elle ne devait pas faire ces choses.» Le résumé du cas relève un «traumatisme psycho-sexuel dans son enfance» et une «certaine désinhibition sexuelle». Après un séjour en observation à Marsens, la jeune femme a été placée chez un particu-

¹⁰⁰³ Institut destiné à accueillir des jeunes filles en danger moral fondé en 1922 au Château de Corbières par Athénaïs Clément et déplacé en 1923 à Villars-les-Joncs. La direction a été confiée à la Congrégation des Sœurs du Bon Pasteur, créée à Angers (France) en 1829 et spécialisée dans les maisons d'éducation pour jeunes filles (*Hundert Jahre Fürsorge an der katholischen weiblichen Jugend für Jahrhundertfeier der Kongregation Unserer Frau [...] 1829-1928*, München, Salesianer, [1928]).

¹⁰⁰⁴ BUCHARD-MOLTENI 1995. Un entretien en 1999 a complété la lecture de cet ouvrage.

¹⁰⁰⁵ Lettre adressée le 5 octobre 1952 au Service social de la Direction de l'Intérieur du canton de Fribourg.

¹⁰⁰⁶ Cette citation et les suivantes sont tirées du dossier médical.

lier, mais deux mois plus tard elle est ramenée à Marsens, « ne veut plus retourner chez Mme [...] ». Or, quelques jours auparavant, elle avait eu des relations sexuelles avec un ouvrier travaillant dans la même place.

« La malade sait très bien que ce qu'elle a fait est défendu. "C'est un péché mortel, dit-elle, mais je voulais m'amuser un peu". Elle n'ignore pas non plus qu'elle s'expose à devenir enceinte et c'est pourquoi elle a fait ses recommandations à [...]. Elle sait nous dire "qu'il a retiré son machin quand il a senti que ça venait". Ne paraît nullement regretter son acte. »

Quelques temps après, le Directeur de Marsens écrivait à sa mère :

« L'état de santé psychique de votre fille [...] ne s'est que peu modifié. Malheureusement elle est toujours très lente, mais fait preuve de bonne volonté. Assez susceptible, elle ne supporte pas la contrariété. Il est assez difficile de prévoir pour elle un placement hors de notre hôpital, car elle serait exposée moralement, ne se rendant qu'imparfaitement compte de ce danger. »

Elle devait rester à Marsens jusqu'à sa mort en 1971 à l'âge de 52 ans, travaillant, mais considérée comme difficile à supporter par les autres patientes et par le personnel « en raison de son arrogance et de son impertinence ». Elle n'a bénéficié que de quelques sorties chez sa mère ou sa marraine « avec des recommandations » : elle n'était pas autorisée à voyager seule. L'internement, que Gilberte tolérait mieux que le placement chez des particuliers où le « travail [était] trop pénible » et où on « la trait[ait] grossièrement », a servi aussi de protection contre les relations sexuelles.

Louissette, « castration psychologique », années 50

Née en 1933, Louissette Molteni a été placée en orphelinat dès l'âge de cinq ans car sa mère, qui venait de divorcer, ne pouvait s'occuper d'elle alors que sa situation antérieure, comme épouse d'un entrepreneur, avait été plus aisée. Jusqu'à l'âge de 20 ans, Louissette a passé d'une institution à l'autre faisant ce qu'elle a appelé « le tour de Suisse en cage ». Placée d'abord à l'orphelinat de La Providence à Fribourg (entre 5 et 8 ans), puis dans celui du *Ricovero von Mentlen* à Bellinzone (entre 8 et 15 ans), ensuite dans des maisons de correction (l'Institut San Gerolamo Emiliano à Faido et l'Institut du Bon Pasteur à Fribourg), elle a continué son périple avec un placement familial, puis à la prison de Lugano, à l'Hôpital psychiatrique de Mendrisio et à la prison de Bellechasse dans le canton de Fribourg. Elle n'a commis aucun délit, sinon des tentatives de suicide et des évasions.

Dans les orphelinats et les maisons de correction catholiques elle a « vécu l'enfer », subissant comme les autres enfants abandonnés de leur famille des mauvais traitements et l'« acharnement [des religieuses] dans la volonté d'humilier et de faire souffrir des enfants »¹⁰⁰⁷. De cette douloureuse expérience, seuls les aspects relatifs à la sexualité sont évoqués ici.

À l'arrivée de ses règles (c'était au *Ricovero von Mentlen*), elle a dû, comme chaque mois par la suite, aller à la buanderie demander des serviettes en tissu. La première fois, « à peine entrée, timide, une terrible gifle m'envoya valdinguer plusieurs mètres en arrière dans le couloir. [...] C'est là un des premiers moments où l'on nous contraignit à faire taire en nous toute féminité [...]. Notre mutilation se poursuivait. »¹⁰⁰⁸

¹⁰⁰⁷ BUCHARD-MOLTENI 1995, p. 27.

¹⁰⁰⁸ *Ibidem*, p. 47.

Sa « personnalité se faussait », son « comportement se déstabilisait gravement ».

« [A Faido], les hommes nous étaient toujours présentés comme sales, syphilitiques et j'en passe. Nous avions droit en tout cas à plus qu'il n'en fallait pour nous en dégoûter à jamais. Nos habits, conçus dans le style des nonnes, avaient pour but de cacher toute forme féminine de nos corps. Je finissais par refuser ma propre féminité, à force que l'on m'inculque la honte d'être femme. Une telle castration psychologique est d'autant plus odieuse qu'elle nous ôtait en même temps l'espoir, le seul qui nous restait, de fonder un jour une famille. [...] De quel droit nous a-t-on ainsi mutilées? Dans quel but? J'avais quinze ans.»¹⁰⁰⁹

Louissette a été placée ensuite à l'Institut de Villars-les-Joncs pour la "protéger"; cela est attesté par une lettre du Département de l'Intérieur du Tessin adressée conjointement à l'Institut Bon Pasteur de Villars-les-Joncs, à l'Institut San Gerolemo Emiliani de Faido, à Pro Infirmis et au Service de l'Assistance publique de Bellinzone; cette lettre, datée de juillet 1949, a été retrouvée dans les archives de Villars-les-Joncs:

« [...] il est évident que Mlle Molteni, hors d'une institution, glisserait facilement et irrémédiablement vers les pentes qui se présentent dans la vie, au fond desquelles se trouve l'abjection de la perversité¹⁰¹⁰. »

« [La lettre] affirme qu'il ne faut pas me laisser en liberté car sinon, je tomberais dans la perversité. A l'époque j'étais encore vierge et j'ai assez dit comment mon « éducation » m'avait enlevé toute féminité et frustrée de tout éveil à la sexualité.»¹⁰¹¹

Le séjour à l'Institut fribourgeois de Villars-les-Joncs a été court, avant que Louissette ne soit placée dans une famille. Elle en parle peu dans son témoignage, sinon qu'à côté de l'enfermement (les murs d'enceinte étaient hérissés de tessons de bouteille) et de tous les mauvais traitements, c'est là qu'elle a rencontré une Sœur qui faisait exception: « Elle fut la première personne adulte à me donner un peu de tendresse.»¹⁰¹²

Puis Louissette a vécu une période troublée au cours de laquelle elle a été violée et a tenté un avortement en absorbant une forte dose de quinine. Après quelque temps, elle a pu trouver une relative stabilité en se mariant; elle a eu deux enfants¹⁰¹³.

La première stérilisation non volontaire attestée à Fribourg date de 1973¹⁰¹⁴. Ceci n'exclut pas cependant l'éventualité de cas antérieurs, notamment pour motifs médicaux ou gynécologiques, mais ils devaient être rares. Un dépouillement plus systématique des archives de l'Hôpital psychiatrique de Marsens aurait peut-être révélé des cas relevant de pathologies psychiques. La mention, discrète et tardive, de la stérilisation dans le dossier de Fernande suggère un certain malaise relatif à l'opération qui n'était pas admise par principe et qui ne pouvait être pratiquée sans ruse, selon le témoignage de chirurgiens ou de gynécologues actifs à cette époque.

¹⁰⁰⁹ *Ibidem*, pp. 73-74.

¹⁰¹⁰ Traduction de l'italien: «[...] é evidente che la Molteni dimessada un Instituto [...] scivolerebbe facilmente e irremediabilmente nelle fratture che la vita presenta, in fondo alle quali é il brago delle perversità.» *Ibidem*, p. 81.

¹⁰¹¹ *Ibidem*, p. 81.

¹⁰¹² *Ibidem*, p. 80.

¹⁰¹³ Louise (citée dans le préambule de cet ouvrage), stérilisée dans le canton de Vaud, a pu elle aussi retrouver un relatif équilibre, s'est mariée, mais n'a pu avoir d'enfants.

¹⁰¹⁴ Il a été retrouvé par l'intermédiaire de la Direction de Marsens.

Fernande, stérilisation discrète en dernier recours, 1973

Fernande a passé l'essentiel de son existence en hôpital psychiatrique; à 21 ans, soit en 1952, son diagnostic psychiatrique était « psychopathe schizoïde », « intelligence moyenne »¹⁰¹⁵; elle a aussi fait des séjours en prison (condamnée à quatre reprises pour vol, vagabondage ou prostitution) et a connu de brèves périodes de congé ou d'essai de placement familial. Son dossier médical compte quarante hospitalisations à Marsens. Considérée comme très pénible en division où elle terrorisait les malades et le personnel, elle menait une « vie dévergondée » lorsqu'elle retournait dans la société. Elle a eu une fausse-couche, puis trois enfants à l'âge de 22, 34 et 42 ans. Deux de ses enfants étaient illégitimes et le troisième était issu d'un mariage ayant duré trois jours. Ils étaient tous placés, elle-même était sous tutelle dès l'âge de 23 ans.

C'est en 1981, soit huit ans après que la stérilisation eut été effectuée à l'hôpital de Riaz, voisin de celui de Marsens, que l'on trouve dans le dossier une brève mention dans l'histoire de la maladie assez complète rédigée cette année-là: « Cette dame a été stérilisée par ligature des trompes en 1973, suite à son dernier accouchement », Fernande avait alors 42 ans. Le dossier psychiatrique ne contient aucune indication à ce sujet en 1973. On ne sait si Fernande en a été informée ni si elle a donné son consentement. La stérilisation a été pratiquée, probablement de guerre lasse, chez une femme d'âge mûr, mais très dissipée et insoumise, ayant déjà trois enfants dont elle ne s'occupait pas.

Stérilisation non volontaire envisagée à la fin des années 70

Les témoignages des professionnels et des personnes concernées par la prise en charge de personnes handicapées mentales ou psychiquement perturbées, ainsi que les documents d'archives et les dossiers de patients convergent et révèlent un changement de mentalité permettant d'envisager une stérilisation pour empêcher la procréation chez des personnes irresponsables. Ce changement s'est opéré lentement, à partir des années 70, grâce à divers facteurs, d'abord dans les milieux professionnels, puis peu à peu au sein de la population.

Une évolution culturelle, économique et politique a apporté un vent de libéralisme qui a soulevé la chape conservatrice du canton; le crédit accordé en général à l'autorité du clergé s'est atténué. On observe cependant, au sujet de la stérilisation, peut-être plus que dans des cantons où l'opération était pratiquée depuis le début du siècle, une certaine réserve. Selon les termes d'un ancien médecin rattaché à l'institution des Buissonnets dans les années 70 et 80, la stérilisation était « plutôt diabolisée ». Si elle commençait à être envisagée, c'était pour ainsi dire sans en parler. Cependant, des dossiers attestent que depuis le milieu des années 80 la stérilisation est devenue une solution préconisée avec plus de sérénité et de concertation.

Comme dans les autres cantons, le développement des institutions destinées à l'accueil des personnes handicapées mentales et l'évolution des prises en charge médicales et éducatives, grâce en particulier à l'Assurance Invalidité entrée en vigueur en

¹⁰¹⁵ Les citations proviennent du dossier médical de la patiente conservé aux archives de l'Hôpital de Marsens.

1960¹⁰¹⁶, ont suscité des questions nouvelles autour de la sexualité des personnes handicapées mentales. Trois institutions, la Fondation Les Buissonnets¹⁰¹⁷ et La Farandole¹⁰¹⁸ à Fribourg, la Fondation Clos Fleuri¹⁰¹⁹ à Bulle, mais aussi l'Association de parents de handicapés mentaux¹⁰²⁰ et le Planning familial¹⁰²¹ contribuent à expliquer le changement d'attitude à l'égard de la stérilisation. L'enseignement universitaire de pédagogie curative à Fribourg, introduit dès les années 30, pourrait sans doute éclairer le sujet¹⁰²². L'hôpital psychiatrique de Marsens et le Centre psycho-social¹⁰²³ apportent aussi des éléments complémentaires.

Levée du tabou autour de 1979

C'est dans les institutions de handicapés mentaux que la question de la stérilisation a été soulevée avec le plus d'acuité, quoique avec une grande discrétion d'abord. Il semble que l'arrivée des filles en internat et la mixité dans les ateliers au début des années 70 aient fait surgir divers problèmes de comportement suscitant l'inquiétude de certains parents; en 1979, il y a eu à La Farandole des craintes plus nourries; en outre, deux cas de viol sur le chemin entre l'institution et la maison

¹⁰¹⁶ Loi votée en 1959 introduisant une série de mesures apportant un soutien financier et matériel aux personnes handicapées, ainsi que des subventions destinées aux organismes qui accueillent et éduquent ces personnes.

¹⁰¹⁷ L'Institut Sainte-Thérèse, installé dès 1932 au Château de Semsales, fondé par la Fédération diocésaine de charité pour y accueillir des garçons handicapés mentaux et confié aux Sœurs de Baldegg, a été déplacé en 1964 à Fribourg avec la construction d'un internat pouvant accueillir 140 garçons et nommé Institut Les Buissonnets. Depuis 1972, l'Institut accueille aussi des filles et la collaboration avec les Sœurs a cessé en 1984.

¹⁰¹⁸ Créée en 1961 à l'initiative de l'Association fribourgeoise de parents d'enfants handicapés mentaux, La Farandole était d'abord une école spécialisée qui a fusionné avec celle de l'Institut des Buissonnets en 1975. En 1972, La Farandole a ouvert un foyer d'accueil pour des personnes handicapées adultes, en priorité pour celles qui n'avaient pas de cadre familial ou dont les parents étaient décédés. Les ateliers protégés ont été ouverts en 1973.

¹⁰¹⁹ Institution créée en 1968 à l'initiative de parents d'enfants handicapés. Elle accueille actuellement, outre les enfants en âge de scolarité, des personnes, internes et externes, travaillant dans les ateliers et des personnes accueillies dans deux homes, l'un médico-social, l'autre éducatif.

¹⁰²⁰ Fondée en 1961; l'Association a ouvert l'année suivante La Farandole.

¹⁰²¹ Un premier Centre de Planning familial a été ouvert en 1974 à l'initiative d'Agnès Bochatay, venant de Genève (Archives de l'Etat, DSP a 2391). Parallèlement, l'Association Information Personnes, Couples, Familles (IPFC) a été créée en 1976 à l'initiative des diverses associations féminines suite au dépôt en décembre 1971 de l'initiative « Pour décriminaliser l'avortement ». Une opposition à l'avortement ne pouvait en effet, selon les initiatrices, être maintenue sans une information sur les méthodes de régulation des naissances « dans le profond respect des convictions personnelles et religieuses de chacun ». Le Centre de Planning familial a été réorganisé sur de nouvelles bases en 1986, élargissant ses compétences et son action.

¹⁰²² Aucune recherche spécifique sur la question de la stérilisation n'a été entreprise dans le cadre de cette étude. Une thèse de Carlo Wolfisberg sur la pédagogie curative et l'eugénisme dans les années 1930 à 1950 est en cours à l'Université de Zurich.

Le professeur actuel de pédagogie curative, J. L. Lambert, a publié un ouvrage intitulé *La nouvelle tentation eugénique*, Lausanne (LAMBERT 1997); en outre, il a pris publiquement part au débat sur l'article de loi sur la stérilisation.

¹⁰²³ Fondé en 1970 et destiné à des consultations ambulatoires.

ont été signalés à cette époque. L'Association de parents de handicapés mentaux, démunie face à ce problème de la sexualité, a invité le Dr Michel de Buman, chef du Service de gynécologie à l'Hôpital de Fribourg, pour s'entretenir avec les parents et répondre à leurs questions, aussi bien à La Farandole qu'aux Buissonnets. A la suite de cette soirée d'information qui avait pour thème «Les problèmes de la sexualité chez l'handicapé adulte», à laquelle participait aussi le conseiller juridique de l'Association, celle-ci a préconisé d'encourager la stérilisation des handicapés travaillant en atelier ou vivant en institution; mais la stérilisation, problématique en soi, l'était encore plus dans le canton de Fribourg.

Le juriste «assure qu'une stérilisation peut être considérée comme une lésion corporelle grave. Afin de contourner cette difficulté, il serait conseillé de consulter une instance médicale dans un canton voisin pour y pratiquer cette intervention. Il déconseille au comité de prendre la responsabilité d'une stérilisation»¹⁰²⁴.

Une stérilisation devait toujours être demandée par les parents ou le tuteur; certains d'entre eux se trouvaient écartelés entre les nouvelles normes et les consignes religieuses. Les Recommandations de l'Académie suisse des sciences médicales de 1981, déclarant inadmissible la stérilisation chez un incapable de discernement et exigeant que toute stérilisation soit décidée par la personne concernée, ont apporté un frein relatif aux propositions de l'Association.

Cette même année 1979, une réflexion plus large sur la sexualité des handicapés mentaux est encouragée à l'initiative de l'Association suisse d'aide aux handicapés mentaux, qui organisait une table ronde le 23 janvier 1980 dans le canton de Vaud à laquelle les personnes concernées des autres cantons étaient aussi invitées. Un groupe de travail s'est constitué aux Buissonnets qui a rédigé un document intitulé «Affectivité et sexualité du handicap mental»¹⁰²⁵. Les positions sont très proches de celles qui sont exprimées dans d'autres documents de réflexion, comme les «Réflexions des équipes éducatives des centres "Perce-Neige" concernant les principes adoptés par l'Association de parents» du 20 novembre 1979 dans le canton de Neuchâtel. La procréation n'est pas admissible, non pour des motifs héréditaires, mais à cause de l'incapacité de la personne handicapée à assumer l'éducation d'un enfant. «Parmi les droits demandés pour les handicapés mentaux, nous retiendrons [le] droit à la stérilisation et à la contraception pour un maximum de libertés et un minimum de risques tant pour l'individu que pour la société [...], [le] droit à l'avortement dans les cas où la stérilisation ou les autres moyens n'ont pas été utilisés à temps.»¹⁰²⁶

Dans les années 70-80, d'une manière générale, on craignait avant tout les risques d'une grossesse à la suite d'un viol. Mais dans le canton de Fribourg, l'avortement était considéré, selon les consignes religieuses, comme plus grave qu'une stérilisation. Puis, peu à peu, d'abord dans le discours des éducateurs, la stérilisation a

¹⁰²⁴ Procès-verbal de la séance de comité de l'Association fribourgeoise de parents de handicapés mentaux, 26. 11. 1979.

¹⁰²⁵ Dactylographié et daté de juillet 1979.

¹⁰²⁶ *Ibidem*, p. 4.

été considérée avec un sens positif nouveau, permettant une vie affective et sexuelle aux handicapés, sans toutefois entraîner une procréation dont ils ne pourraient assumer les conséquences.

Plusieurs interlocuteurs, parlant des années 80, évoquent l'idée que l'on avait développé dans les institutions une véritable obsession de la procréation; une pression était faite par des éducateurs sur les parents et sur les gynécologues pour faire stériliser certains résidents, surtout des femmes, pour ne pas leur imposer une surveillance trop pesante. Des gynécologues, mal à l'aise face à ces demandes, ont demandé conseil au médecin cantonal. Ce dernier proposait d'informer la personne concernée et de l'envoyer chez un psychiatre qui devait s'assurer que la personne ne subissait pas de pression de l'entourage.

En comparaison de l'étude mieux documentée du canton de Neuchâtel portant sur les années 80 et suivantes, il est difficile, avec une approche empirique basée sur des entretiens et des dossiers ponctuels, de repérer de quelle manière s'est faite l'évolution à l'égard de la stérilisation dans le canton de Fribourg.

On relève le réel tabou de la stérilisation dans les années 70, alors même qu'elle commençait à être demandée. Si elle était demandée, c'était presque toujours en dehors du canton, à l'insu de la personne si celle-ci était handicapée mentale ou récalcitrante, comme en témoigne le cas de Marie en 1972. C'est donc surtout par le biais des institutions que la stérilisation a été préconisée, mais pratiquée à la demande des parents. La question du consentement exigé par l'ASSM en 1981 a perturbé cette procédure minimale entre parents ou tuteur et médecin.

Peu à peu, au fur et à mesure que reculait le tabou (à Fribourg, avec la conférence du Dr de Buman de 1979, à l'échelle intercantonale avec les débats dans le milieu professionnel éducatif, à l'échelle fédérale avec les Recommandations de l'ASSM en 1981), on pouvait davantage parler du problème et il devenait de plus en plus nécessaire de rechercher un consensus entre plusieurs partenaires. Cependant, il est remarquable que la question d'une stérilisation se soit très rarement posée à l'Hôpital psychiatrique de Marsens¹⁰²⁷ ou au Centre psycho-social. Ce dernier n'a été sollicité qu'à une ou deux reprises au sujet d'une éventuelle stérilisation. Son directeur durant les années 80 et 90 explique ainsi le peu de cas: «On n'avait pas cette solution en tête, sauf peut-être les institutions ou les gynécologues».

Un médecin, rattaché à la Fondation Les Buissonnets depuis les années 60 jusqu'à la fin des années 90, relate aujourd'hui la procédure qu'il avait adoptée et qui correspond probablement surtout aux années 80:

« 1. A moins d'un refus des parents, nous avons saisi chaque occasion de discuter le problème de la contraception avec les parents de l'enfant handicapé;

2. Souvent, le problème était soulevé par les parents eux-mêmes, surtout les mères car elles se trouvaient confrontées dans la pratique à la situation où elles devraient assumer entièrement l'éducation et les soins à un éventuel enfant de leur fille; elles évoquaient aussi la question de la prise en charge lorsqu'elles et leurs familles étaient ou seraient handicapées ou âgées.

¹⁰²⁷ Les médecins interrogés ne se souviennent que de trois dossiers concernés par la problématique de la stérilisation.

3. Nous avons toujours conseillé aux parents de contacter d'abord le gynécologue de la mère; sur leur demande, nous organisons une consultation chez le gynécologue d'une clinique universitaire voisine [d'un autre canton] ou de l'Hôpital cantonal, en donnant tous les renseignements utiles quant au handicap de la patiente et quant à sa capacité de jugement, de décision et d'assumer des responsabilités; la décision pratique était donc prise toujours par le gynécologue et les parents lors de leur consultation.

4. [...] Chaque décision [relative à la contraception ou la stérilisation] prise lors des consultations, fut étayée strictement sur des éléments individuels et cas par cas, sans critères généraux faciles; chaque fois les risques réels de grossesse non désirée furent pesés avec les parents, les éducateurs et pédagogues, en considérant les possibilités de surveillance, les risques de la handicapée d'être abusée ou trompée, les conditions de transport, etc., en tenant compte de la possibilité de jugement et de décision.

5. Selon le degré de déficience mentale et chaque fois que c'était possible nous avons bien entendu tenu compte de l'opinion de la handicapée elle-même, lors d'un entretien simple mais valable. Durant ces dernières années, je ne me souviens pas de cas où une stérilisation aurait été faite, mais plutôt des contraceptions [...].¹⁰²⁸

Les modalités telles qu'elles sont présentées ici paraissent être une procédure souple, individualisée, les décisions relevant exclusivement de la sphère privée (les parents et le gynécologue), tandis que des discussions préalables avec les différentes personnes qui entourent la personne handicapée, voire avec elle-même, semblent contribuer à la réflexion. Le climat de discussion paraît serein, pour autant qu'il puisse y avoir convergence de vues. Cependant, dans une situation conflictuelle, ces modalités risquaient d'être insuffisantes.

C'est au Centre de planning familial que de plus en plus les médecins ou les éducateurs¹⁰²⁹ qui s'occupent de personnes handicapées adolescentes ou adultes envoient les parents qui souhaitent avoir une réflexion en commun sur la gestion de la sexualité et sur d'éventuelles modalités contraceptives. La personne concernée reçoit généralement un accompagnement de quelques entretiens particuliers adaptés à son rythme et à ses compétences.

Au sein du Planning¹⁰³⁰, la question d'une stérilisation s'est posée à diverses reprises, tout en restant relativement exceptionnelle. C'était le plus souvent, dans les cas qui se sont présentés, les parents qui souhaitaient la stérilisation et qui

¹⁰²⁸ Lettre adressée au Directeur de la Fondation des Buissonnets en réponse à notre demande de renseignements. Nous remercions ce médecin d'avoir expliqué par écrit comment il avait abordé le problème de la contraception et de la stérilisation.

¹⁰²⁹ Le Professeur de pédagogie curative, J. L. Lambert, envoie aussi au Centre de planning familial les parents qui le contactent pour avoir des conseils. C'est devenu selon lui un « lieu remarquable », grâce notamment au soutien, depuis son arrivée au gouvernement en 1991, de la conseillère d'Etat responsable de la Direction de la santé publique et des affaires sociales.

¹⁰³⁰ Le Planning, nom abrégé du Centre de planning familial, désigne ici plutôt l'une ou l'autre des collaboratrices qui a été confrontée à la problématique de la stérilisation.

demandaient l'aide du Planning pour aborder ce problème avec leur enfant; parfois c'étaient des tiers, par exemple les éducateurs responsables, qui souhaitaient la participation du Planning.

Conformément à la vocation d'information et de conseil du Planning selon des méthodes accessibles et participatives, la priorité semble donnée à l'écoute des divers acteurs et à la compréhension par chacun, tout particulièrement par la personne handicapée, des divers enjeux; il faut du temps pour aborder de manière progressive avec cette dernière les questions relatives à la sexualité, au désir d'enfant, à la prévention, à la contraception, voire éventuellement le sens d'une stérilisation et les modalités de l'opération. L'approche est empirique, adaptée de manière intuitive à chaque situation. La description de divers cas révèle tout de même quelques lignes directrices au sujet de la stérilisation:

- procédure par étape; dans un premier temps, on examine l'opportunité d'une contraception et c'est la contraception orale qui est le plus souvent préconisée; après un certain temps, une nouvelle réflexion peut être menée et, s'il y a confirmation de la nécessité d'une stérilisation, la personne concernée y est préparée;
- conseil mais non décision; le Planning est sollicité pour ses compétences d'information, de dialogue, d'accompagnement durant la période de réflexion; mais en principe les décisions sont prises par les parents et le Planning n'est pas nécessairement tenu au courant;
- pas de référence légale¹⁰³¹ et pas de procédures formalistes; s'en tenant à son rôle de conseiller pour ceux qui le sollicitent, le Planning ne semble pas préoccupé, comme la plupart de nos interlocuteurs dans le canton de Fribourg, de la légalité de la procédure. Le Planning tend à la meilleure compréhension possible du problème chez des personnes dont le discernement est limité, il ne cherche pas formellement à obtenir leur consentement.

Plusieurs démarches ont été satisfaisantes, respectant l'esprit du Planning, et ont permis soit de préparer psychologiquement la jeune fille pour une intervention proche, soit de différer la stérilisation, soit de renoncer à la stérilisation pour adopter une méthode moins radicale. Dans un cas cependant, le report de la stérilisation a compliqué le problème chez une jeune femme handicapée et psychotique qui n'a plus accepté la contraception orale qui avait été adoptée. D'autres cas de stérilisation ont été portés à la connaissance du Planning sans que celui-ci soit associé, les parents ayant déjà décidé l'opération.

Situations concrètes

Trois situations concrètes de demande de stérilisation illustrent les modalités de procédure adoptées dans la période récente. En 1985, le Directeur actuel de

¹⁰³¹ Entretien antérieur à l'adoption de la loi de 1999. Notons que le Planning ne semble pas avoir été consulté pour le projet de loi sur la santé incluant un article relatif à la stérilisation.

l'Hôpital psychiatrique de Marsens est sollicité pour une expertise concernant une demande de stérilisation. C'est la seule expertise pour stérilisation qui lui a été demandée depuis qu'il est arrivé à Marsens en 1981: Martine, handicapée mentale, est stérilisée avant d'entrer en atelier protégé. Une autre demande concerne Anne, rattachée à la Fondation Les Buissonnets, qui rentre chez elle le week-end où elle n'est pas surveillée par des personnes responsables. Elle est stérilisée en 1989. Ces deux stérilisations ont été décidées après concertation, mais sans que la personne, ayant très peu de discernement, soit consultée ou informée. A défaut d'une procédure officielle, la démarche a été empirique mais empreinte de prudence. La tutrice de Martine et la doctoresse d'Anne, chacune amenée à envisager la stérilisation de la personne dont elle s'occupait, ont veillé à s'entourer des avis compétents, notamment le juriste du Service de la Santé publique ou la Fédération suisse des Associations de parents de handicapés mentaux. Dans ces deux cas, il s'agit d'une stérilisation que l'on peut qualifier de non volontaire (par opposition à une stérilisation voulue par la personne concernée elle-même) mais que l'on ne peut qualifier de stérilisation forcée (quoique à l'insu de la personne) à cause de l'esprit dans lequel elle a été envisagée; il ne s'agit pas non plus d'une stérilisation légale ou illégale, puisque l'on est au bénéfice d'un flou juridique au niveau cantonal. Un cas récent¹⁰³², particulièrement problématique, celui de Béatrice, n'a pas abouti à une stérilisation. Les médecins, sollicités par les parents pour une expertise, n'ont pas accepté d'entrer en matière, la jeune femme étant opposée à la stérilisation.

Stérilisée après concertation: Martine, 1985

Les parents nourriciers de Martine, handicapée mentale âgée de 18 ans, adressent une demande de stérilisation à la tutrice de la jeune fille. Ayant vécu jusque-là en institution, cette dernière va entrer dans un atelier protégé où elle sera en contact plus fréquent avec des hommes. Ses parents craignent qu'elle ne devienne enceinte et s'inquiètent de son avenir après leur décès.

La tutrice demande alors une expertise à un médecin du Centre psycho-social de Fribourg qui conseille en effet qu'elle n'ait pas d'enfants et préconiserait une intervention chirurgicale. Il recommande de tenir compte de l'avis des parents et de demander celui d'un gynécologue.

«[Je] pense que cela concerne également un gynécologue. [...] On se trouve là dans des décisions qui touchent évidemment le domaine médical mais qui ont surtout à voir avec des problèmes éthiques. Je pense qu'il est certainement bon de se trouver en accord avec les parents nourriciers et qu'on peut certainement se fier à leur avis.»¹⁰³³

La tutrice s'adresse alors à un gynécologue pour qu'il examine Martine. En outre, elle sollicite un avis juridique autorisé qui l'informe que selon le droit fédéral cela est considéré comme une atteinte à l'intégrité corporelle¹⁰³⁴ mais que, dans le canton de

¹⁰³² Les renseignements anonymisés nous ont été donnés par le Directeur de l'Hôpital de Marsens.

¹⁰³³ Expertise du médecin du Centre psycho-social de Fribourg, février 1985 (dossier médical, Archives de Marsens).

¹⁰³⁴ Article 122 du Code pénal suisse de 1937 qui réprime les lésions corporelles graves. Il n'est pas fait mention explicite aux Directives de l'Académie des sciences médicales de 1981 qui excluent les stérilisations chez des personnes incapables de discernement.

Fribourg, il n'y a pas de disposition particulière; il lui est vivement recommandé alors de s'entourer d'avis compétents. Aussi demande-t-elle une contre-expertise au Directeur de Marsens qui confirme dans les grandes lignes la première expertise, la principale différence étant l'appréciation de l'âge mental de la jeune fille évalué d'abord à 2 ans, puis à 5 ans; selon le Directeur de Marsens, ce dernier point justifierait d'autant plus la stérilisation.

«J'ai examiné Mademoiselle [...]. Il s'agit sans doute d'une débile. Cependant je situerais son âge mental à environ 5 ans d'après le langage et d'après ses performances dans la vie courante, comme elles m'ont été décrites par ses parents nourriciers. Or c'est justement cette autonomie relative dans la vie, sans que Mademoiselle [...] puisse comprendre ce que c'est la maternité et sans avoir une autonomie suffisante pour pouvoir élever un enfant, qui présente, à mon avis, une indication pour une stérilisation. En ce qui concerne la méthode, je pencherais pour une ligature des trompes, c'est-à-dire une mesure définitive. Mademoiselle [...] qui a profité d'une éducation et d'une scolarisation optimales par rapport à son handicap ne fera certainement plus des progrès importants du point de vue mental à son âge. D'un autre côté, elle n'est pas en mesure de se protéger par une contraception orale. Une injection trimestrielle serait pour Mademoiselle [...], qui a visiblement très peur des médecins, une solution très difficile. Le moment me paraît opportun dans la mesure où Mademoiselle [...] est obligée, à partir de cet été, d'affronter des tâches plus autonomes dans la vie. [...]»¹⁰³⁵

Ainsi, la très relative autonomie de Martine, l'incurabilité présumée, l'incapacité de discernement au sujet de la maternité et l'impossibilité d'élever un enfant, sont les quatre motifs invoqués. On doit remarquer qu'il n'est pas explicitement fait mention du danger d'une éventuelle hérédité de sa pathologie. Quant à la méthode préconisée, on exclut la contraception pour des raisons pratiques (une contraception orale demande une discipline qu'on ne peut exiger de la jeune fille) et psychologiques (elle supporterait mal d'être soumise périodiquement à un rendez-vous médical pour recevoir l'injection). La stérilisation a été décidée par le gynécologue et les parents, sur la base des démarches entreprises par la tutrice auprès de diverses personnes compétentes (deux expertises psychiatriques et un avis juridique). Aucune procédure n'étant fixée, ce sont des modalités empiriques mais prudentes – des avis sollicités séparément mais informés des démarches antérieures – qui sont adoptées. Les protagonistes n'envisagent pas le problème à la légère mais personne ne sait vraiment qui doit prendre la décision, seul le gynécologue pense que c'est la tutrice «qui est habilitée à donner l'autorisation pour pratiquer la stérilisation»¹⁰³⁶. L'avis de la jeune fille n'a pas été sollicité étant donné son état mental.

Anne, 1989

Anne, handicapée mentale grave, ne parlant pas, fréquentait durant la semaine le home-atelier d'occupation de l'institution des Buissonnets et rentrait chez elle le week-end.

En 1987, le médecin ne partageait pas les vues du personnel éducatif:

«Problème de contraception: l'éducateur semble très préoccupé par ce problème chez [Anne], pourtant celle-ci est sans cesse sous contrôle d'adultes, soit dans l'institution soit à domicile (pour autant que l'on puisse en être certain). Mon point de vue que j'exprime: dans notre institution il faut que les adultes soient organisés pour que rien ne

¹⁰³⁵ Expertise du Directeur de l'Hôpital de Marsens, juin 1985 (dossier médical, Archives de Marsens).

¹⁰³⁶ Lettre du gynécologue au Directeur de l'Hôpital de Marsens, mai 1985 (*ibidem*).

puisse arriver; à la maison, il faut avertir les parents et une institution sociale pour que [Anne] soit toujours sous surveillance (d'adultes responsables).»¹⁰³⁷

Deux ans plus tard, l'équipe éducative s'inquiète toujours de la situation dans laquelle se trouve Anne lorsqu'elle n'est pas dans l'institution:

«Le milieu social dans lequel elle vit une partie de ses week-ends et de ses vacances ne présente pas de garanties suffisantes de protection. Nous considérons qu'elle est très souvent livrée à elle-même et de ce fait en danger.»¹⁰³⁸

On s'est aperçu qu'Anne avait des relations sexuelles lorsqu'elle rentrait chez elle. Le nouveau médecin qui la suivait alors craignait dans un premier temps, en envisageant la stérilisation demandée par les éducateurs, d'encourager une relation vraisemblablement incestueuse:

«[...] par rapport à la stérilisation: problème très ambigu. Probable engagement dans une relation pathologique avec le petit frère (environ 12 ans). [Anne] est seule à la maison le samedi avec lui. Revient avec des traces [...]. Eviter absolument que la stérilisation soit comprise comme permission de continuer. Avant la stérilisation, le problème doit être discuté clairement et trouver des solutions efficaces. A mon avis, le risque d'une grossesse est moins grave que le fait de permettre le développement de relations sexuelles non accidentelles chez [Anne].»¹⁰³⁹

Puis le problème a été envisagé sous un autre angle. Malgré un cadre familial perturbé, Anne partait chez elle contente et rentrait sans angoisse. Il paraissait dès lors exagéré de la retenir aux Buissonnets en la privant de ses week-ends. Cependant on considérait comme nécessaire de la doter d'un moyen contraceptif sûr car elle n'aurait pu en aucune façon, étant donné son handicap, prendre soin d'un enfant; de plus, elle était très démunie et sous tutelle; enfin, sa propre mère était débile et instable. Une contraception hormonale n'était pas recommandable à cause des médicaments antiépileptiques dont elle avait besoin. Une stérilisation paraissait donc être la meilleure solution du point de vue médical.

A défaut de pouvoir en débattre suffisamment soit avec Anne soit avec sa mère, la doctoresse s'est adressée à la Fédération suisse des associations de parents de handicapés mentaux à Biemme (INSIEME) qui lui a donné une décharge morale pour la stérilisation. La décision a été prise sous la responsabilité de quatre personnes à des titres différents: le tuteur, le médecin traitant, l'éducateur responsable et le gynécologue. On se trouvait donc dans une situation non conforme aux Directives de l'Académie suisse des sciences médicales, mais envisagée avec sérieux.

Refus des médecins d'envisager la stérilisation: Béatrice, 1999

Béatrice, souffrant d'un retard mental léger, atteinte de troubles du comportement et des émotions, est sous tutelle. Elle a été adoptée, vivant dans sa famille d'accueil, mais a dû être hospitalisée plus d'une fois à Marsens. Fuguant, vivant dans la rue, se prostituant depuis quelques années, Béatrice refusait tout moyen de contraception et toute autorité. Ses parents ont demandé aux médecins de Marsens à diverses reprises, sans obtenir ce qu'ils voulaient, d'adopter pour elle une méthode anticonceptionnelle sûre.

¹⁰³⁷ Dossier médical, octobre 1987. Si cette différence d'interprétation de la situation au domicile de Marie est peut-être en partie due à une évolution dans le temps, on peut constater qu'en 1987 le médecin avait plutôt considéré la situation telle qu'elle aurait dû être: «il faut avertir les parents».

¹⁰³⁸ Lettre de l'éducateur responsable et de l'éducatrice au gynécologue, janvier 1989 (dossier médical, Archives Les Buissonnets).

¹⁰³⁹ Dossier médical.

A vingt ans, elle s'est trouvée enceinte et a souhaité garder son enfant; celui-ci, négligé par Béatrice, a été soigné par sa mère d'accueil. Béatrice menaçait d'avoir un second enfant car elle avait le sentiment d'avoir été privée de son premier. Craignant une nouvelle grossesse, les parents adoptifs et le tuteur ont sollicité pour une expertise aussi bien l'Hôpital de Marsens que le Centre psycho-social de Fribourg afin de déterminer s'il était justifié d'imposer à Béatrice une stérilisation. Or les médecins n'ont pas accédé à leur requête.

Le médecin du Centre psycho-social s'est renseigné auprès du juriste de la Direction de la santé publique; celui-ci l'informe alors qu'il n'est pas possible d'imposer une stérilisation à une personne qui s'y oppose; le médecin a décidé de refuser le mandat d'expertise; la seule solution serait en effet d'obtenir le consentement de Béatrice. Quant au médecin traitant à Marsens, il ne voulait pas altérer la relation thérapeutique par laquelle il tentait de gagner la confiance de Béatrice et ne voulait pas lui imposer une intervention contre son gré; de plus, elle venait d'accepter une contraception par injection (Depo Provera), mais elle a fugué de Marsens au moment où elle devait recevoir une nouvelle injection.

La mère adoptive cherchait à éviter la naissance d'un deuxième enfant dont Béatrice ne pourrait s'occuper. Sa priorité était le droit de l'enfant et non celui de sa fille handicapée. Là encore il n'est pas fait mention des risques éventuels concernant la santé de l'enfant, c'est la prise en charge de l'enfant qui inquiète la mère de la jeune femme. La situation de Béatrice se présente alors même qu'un projet de loi est discuté dans le canton de Fribourg. S'il s'était présenté plus tôt, il n'aurait pas été exclu que le médecin du Centre psycho-social accepte de rédiger une expertise, comme il l'avait fait pour Martine, mais ses conclusions auraient certainement été négatives, étant donné l'opinion de Martine.

Ce cas particulièrement problématique reste cependant une exception. Dans une telle situation d'opposition de la personne, il n'y a pas de possibilité de contrainte; cette éventualité est d'ailleurs précisée dans la loi actuelle¹⁰⁴⁰.

Cependant, actuellement, la stérilisation n'est plus, comme c'était le cas dans les années 80 malgré la culpabilité religieuse, une solution largement partagée par des parents ou des éducateurs¹⁰⁴¹. Il y avait donc davantage de personnes stérilisées vivant dans les institutions qu'il n'y en a actuellement. Ainsi, à la Fondation Clos Fleuri, sur les 70 personnes qui sont internes, une très grande majorité (environ 90 %) sont pourvues de moyens contraceptifs variés (stérilet, pilules, Depo Provera pour les femmes, préservatifs pour les hommes) dont le choix a été adopté avant ou après l'entrée en institution. Quatre personnes sont pourvues d'une contraception définitive, deux femmes sont stérilisées, un homme a subi une vasectomie et un autre une castration (comportement sexuel très pathologique); ces opérations avaient été faites avant et indépendamment de l'entrée dans l'institution.

¹⁰⁴⁰ Voir ci-après.

¹⁰⁴¹ Il faut toutefois noter qu'il existe une différence entre les milieux professionnels et le public en général, notamment en ce qui concerne les valeurs culturelles et religieuses. Des médecins ont remarqué que certaines femmes demandaient un avortement, mais refusaient la pilule, préférant commettre un grand péché une seule fois, plutôt qu'un petit péché répété quotidiennement; d'autres femmes ont préféré le Depo Provera plus discret que la pilule; enfin, l'entourage a pu demander une stérilisation clandestine considérée comme un péché moins grand que l'avortement.

Les autres moyens contraceptifs, particulièrement fiables, sont préconisés de préférence, sauf en cas d'intolérance médicale; l'obsession d'une procréation non désirée s'est atténuée en même temps que l'interruption de grossesse est devenue plus accessible; l'opinion de la personne handicapée mentale est mieux prise en compte (ou devrait l'être selon des principes largement admis socialement); on tente de l'informer, non pas dans l'urgence si possible, mais dès l'enfance avec une éducation sexuelle graduelle.

Il reste cependant que la procréation n'est généralement pas admise dans les institutions. La Farandole, comme Les Perce-Neige dans le canton de Neuchâtel, a formulé une politique institutionnelle visant à expliciter les principes et à clarifier la situation relative à la sexualité des personnes handicapées mentales. Dans un document détaillé, quinze thèmes sont abordés successivement, au nombre desquels « l'expression des désirs », « les abus sexuels », « le sida », « l'exhibitionnisme », etc. Il est précisé que « ce document ne présente pas une position définitive et radicale »¹⁰⁴².

Il n'est pas seulement fait référence à des valeurs fondamentales de la personne handicapée, mais il est tenu compte aussi de ce que l'institution peut assumer. En outre, « chaque cas doit être considéré de façon individuelle ».

« Tous les résidents d'une institution pour personnes handicapées ont droit au respect de leur sphère privée, de leur besoin de vie de couple et de leur sexualité. Ils ont également droit à une protection adaptée. »

L'un des thèmes concerne spécifiquement la contraception et la procréation:

« Nous estimons indispensable que les résidents/employés utilisent un moyen contraceptif. La contraception doit être réversible. [...] En cas de raisons médicales majeures, la stérilisation peut se substituer à une contraception réversible, si possible en accord avec la personne concernée. Le personnel éducatif est responsable du bon déroulement de la prise régulière de la pilule contraceptive. Si les parents ne souhaitent pas que leur fille ait un moyen contraceptif, ils signent un document attestant qu'ils assument toute la responsabilité de leur décision. En cas de grossesse, la personne handicapée doit subir une interruption de grossesse ou quitter l'institution. »

Concernant le dernier point, aucune situation concrète ne s'est présentée jusqu'à ce jour.

Loi de 1999

Dans le canton de Fribourg, la loi sur la santé du 16 novembre 1999, entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2001, contient donc, à l'instar des cantons de Neuchâtel et d'Argovie, un article spécifique concernant la stérilisation. Plusieurs conditions

¹⁰⁴² Affectivité et sexualité des employés/résidents, version du 27 janvier 2000, 10 p.

sont posées pour la stérilisation d'une personne incapable de discernement, que l'on retrouve généralement dans les autres lois en vigueur notamment en Allemagne et aux Etats-Unis, ainsi que dans le droit infra-légal en France¹⁰⁴³. Si, dans le canton de Neuchâtel, la stérilisation d'une personne incapable de discernement est soumise à l'autorisation du médecin cantonal qui requiert de plus l'avis d'un expert neutre¹⁰⁴⁴, à Fribourg, l'autorisation doit être donnée par la Commission de surveillance des professions de la santé; dans le canton de Vaud, la stérilisation des personnes atteintes de maladie ou d'infirmité mentale était soumise à l'autorisation du Conseil de santé selon l'article de loi de 1928.

Article 72, stérilisation

« 1. La stérilisation ne peut être pratiquée qu'à la demande de la personne majeure intéressée, moyennant son consentement libre et éclairé donné par écrit et, le cas échéant, celui de son représentant légal.

« 2. A titre exceptionnel, la stérilisation d'une personne majeure durablement incapable de discernement peut être pratiquée si: a) la personne concernée n'a pas exprimé son refus d'une stérilisation; b) la survenance d'une grossesse est vraisemblable; c) une grossesse présente un danger grave pour la santé de la personne concernée ou celle-ci n'est absolument pas en mesure d'assumer ses obligations parentales; d) d'autres méthodes contraceptives n'entrent pas en ligne de compte pour des raisons médicales; e) son représentant légal a donné son accord écrit; f) la Commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients et patientes a donné son accord pris à la majorité des deux tiers de ses membres.

*« 3. Toute autre intervention sur une personne incapable de discernement provoquant une interruption permanente de la fécondité doit être annoncée par le ou la médecin concerné/e à la Commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients et patientes, les cas d'urgence étant réservés.»
(Art. 72)*

Dans son Message accompagnant le projet de loi sur la santé, le Conseil d'Etat donne divers commentaires à l'article 72¹⁰⁴⁵. Il précise qu'en « l'absence d'une prescription spécifique dans la loi, la stérilisation constitue un acte médical comme un autre » qui est remboursé par les caisses-maladie¹⁰⁴⁶. « Il suffit donc en droit suisse d'invoquer des raisons médicales pour justifier la stérilisation d'une personne incapable de discernement. » Cependant, la problématique de la stérilisation dépasse celle de raisons médicales au sens strict. La lettre a) de l'article 72 « implique d'engager un véritable dialogue avec la personne concernée, dialogue qui doit se poursuivre durant une période suffisante afin de se faire une opinion fondée sur la posi-

¹⁰⁴³ Voir plus haut le développement sur les dispositions légales par J. Fr. Dumoulin.

¹⁰⁴⁴ Loi sur la santé du 6 février 1995, article 32, al. 2.

¹⁰⁴⁵ « Message accompagnant le projet de loi sur la santé, No. 142 », Fribourg, le 23 mars 1999.

¹⁰⁴⁶ Ordonnance sur les prestations dans l'assurance des soins, OPAS, du 29 septembre 1995.

tion de la personne concernée vis-à-vis de sa propre stérilisation. Il convient dans le même sens d'observer sa réaction par rapport aux autres méthodes contraceptives et d'en tenir compte». Concernant la lettre c, «[...] un simple test de quotient intellectuel n'a dans ce sens aucune signification. L'évaluation de la personne concernée ne devra pas se limiter à un seul avis psychiatrique, mais prendre en compte l'ensemble de la situation personnelle de la personne concernée et sa véritable indépendance dans la vie en société.» Quant à la lettre d, «la réflexion à ce sujet ne doit pas s'arrêter à la seule question de la reproduction. [...] Se pose en fait ici la question de l'éducation sexuelle des personnes incapables et de leur encadrement dans ce domaine, question qui reste encore très largement tabou.» Les activités sexuelles, les risques de maladie et de mauvais traitements doivent aussi être abordés.

Une fois la loi adoptée, ces commentaires ne seront pas nécessairement présents à l'esprit des diverses personnes susceptibles de décider la stérilisation d'une personne dite incapable de discernement. Mais il est important de souligner la diversité des paramètres pris en compte pour chaque cas individuel. La loi vient encourager les modalités telles que le Planning les a envisagées ou qui ont été adoptées dans le cas d'Anne par exemple. L'élément nouveau est l'autorisation d'une instance, en l'occurrence la Commission de surveillance des professions de la santé, rôle joué par l'INSIEME dans le cas d'Anne. On peut noter à ce sujet la remarque de l'un des médecins de Fribourg, confronté fréquemment au problème de contraception des handicapés mentaux, qui s'est dit favorable à l'idée d'une commission ou d'un comité d'éthique qui surveille les stérilisations non volontaires. Cependant, ce médecin a précisé que les membres de cette commission devraient être expérimentés, connaître le problème en général, disposer de critères et de repères pour évaluer les situations particulières et prendre leur responsabilité dans chaque cas. La commission devrait surveiller que la procédure envisagée ou adoptée est déterminée avec sérieux, à défaut de quoi elle pourrait demander plus de garanties dans la réflexion. Les critères principaux à prendre en considération, selon ce médecin, sont le bien-être de la personne concernée, la responsabilité vis-à-vis d'un enfant à naître, mais ce ne doit pas être une solution susceptible de faciliter la vie quotidienne de ceux qui s'en occupent. Le Planning quant à lui a remarqué qu'il conviendrait qu'il y ait, dans cette commission, un représentant des parents de personnes handicapées et un professionnel connaissant les problèmes spécifiques au handicap mental. Ce n'est pas nécessairement le cas des membres de la Commission de surveillance des professions de la santé.

Cet article de loi sur la stérilisation n'a pas suscité beaucoup de réactions. Très peu de professionnels rencontrés, alors que le projet de la loi était à l'étude, se sentaient concernés ou semblaient être informés, malgré quelques articles parus dans la presse. Seul J. L. Lambert, professeur de pédagogie curative, avait exprimé publiquement son opposition dans une interview citée dans le quotidien fribourgeois *La Liberté* du 2 novembre 1998: «Le problème n'est pas de savoir si c'est légal ou pas: ça se fait et il faut connaître la signification de cet acte.» Cette question relève selon lui d'une décision privée, en connaissance de cause. «Une fois par mois en moyenne, il reçoit un coup de téléphone de parents désireux de stériliser leur enfant. Il encourage alors la discussion, plutôt que le recours immédiat à un acte

aussi irréversible.» Comme certains députés lors de la discussion de la loi vaudoise en 1928, il craint les dérives potentielles dans l'application d'une loi sur la stérilisation: «La question est très différente quand elle est posée par la société, par un pays». Rejoignant l'opinion du médecin cité plus haut, il recommanderait plutôt l'existence d'une commission *ad hoc* ou d'un comité d'éthique auquel s'adresser dans les situations délicates. Il pense, comme d'autres interlocuteurs, notamment le Planning, que ce sont généralement les handicapés mentaux les moins gravement atteints qui sont les plus concernés, car ils sont plus en contact que les handicapés mentaux sévères avec le monde extérieur aux institutions¹⁰⁴⁷. C'est précisément avec ces personnes que la question peut être conflictuelle, comme l'ont montré le cas d'Anne dans le canton de Fribourg et quelques cas soumis dans le canton de Neuchâtel à l'autorisation du médecin cantonal mais pour lesquels l'opinion de la personne n'avait pas été sollicité, peut-être pour éviter un refus explicite.

¹⁰⁴⁷ Entretien en 1999.

VALAIS

Le canton du Valais est peu concerné par l'eugénisme et la stérilisation, encore moins par celle des handicapés mentaux.

La situation socio-politique de ce canton, et en particulier l'influence de la religion catholique en sont la cause. L'actualité récente concernant l'interruption volontaire de grossesse ou l'homosexualité confirme une telle impression. La recherche dans ce canton a été menée de la même manière qu'ailleurs en Suisse romande. Pour une première période courant de 1900 à 1980, l'étude a porté sur les dossiers de patientes et de patients du service hospitalier de psychiatrie et sur un nombre, certes faible, de prises de position et de travaux théoriques; pour les vingt dernières années, la recherche a été menée auprès des responsables d'institutions spécialisées.

Les informations et le matériel recueillis paraîtront fort réduits en comparaison de ceux qu'ont fournis d'autres cantons. Toutefois, même si la stérilisation des personnes handicapées demeure une question officiellement peu abordée en Valais, la pratique n'en existe pas moins de manière privée.

Problématique occultée de 1900 à 1980

Un seul document consacré à l'eugénisme et à la stérilisation semble avoir été écrit par une personnalité vivant en Valais durant cette période, à savoir André Repond, médecin-directeur de l'Asile psychiatrique de Malévoz entre 1916 et 1961; d'autres écrits du même auteur sont cependant éclairants.

Les dossiers des patientes ayant été détruits dans les services de gynécologie des hôpitaux de Sion et de Monthey, il reste les dossiers conservés à l'Hôpital psychiatrique de Malévoz.

Les dossiers des cliniques de gynécologie de Lausanne et de Genève ne mentionnent que peu de Valaisannes, mais il existe tout de même quelques cas comme celui-ci, datant de 1932, qui concerne une femme âgée de 30 ans, mère de six enfants

en l'espace de huit ans et qui était venue d'elle-même consulter le médecin chef de la Maternité de Lausanne. Son dossier porte les indications suivantes :

« Maladie: Rétroflexion douloureuse de l'utérus

Traitement: Doléris, stérilisation

Maladie actuelle: La malade se plaint de fatigue généralisée; elle est éprouvée par ses grossesses et désire qu'on la stérilise. »

Si des Valaisannes ont bien été stérilisées dans des cantons voisins durant cette période, plutôt pour des raisons sociales que psychiatriques du reste, leur nombre reste sans doute modeste en comparaison de celui de leurs compatriotes ayant demandé des interruptions de grossesse hors du canton.

Opinion du docteur Repond sur l'eugénisme

Un entrefilet paru en 1907 dans la *Gazette du Valais* permet de situer l'état d'esprit en Suisse romande au début du siècle relatif à la contraception en général :

« La municipalité de Lausanne s'appuyant sur les dispositions du code pénal, a interdit la conférence que M. le Dr Auguste Forel avait annoncée sur les "moyens anticonceptionnels", conférence dans laquelle, complétant un précédent exposé, le professeur néo-malthusien de Morges se proposait d'entrer dans le vif et le détail de son sujet favori.

La presse vaudoise est unanime pour approuver la décision de la municipalité de Lausanne.

Il ne faut pas que sous le couvert de "questions sociales" ou de "liberté de pensée", on laisse libre carrière à la pornographie. »¹⁰⁴⁸

Si la contraception, à la satisfaction du rédacteur de la *Gazette*, ne paraissait pas près d'être acceptée à Lausanne en 1907, les opinions dans ce domaine y ont tout de même plus rapidement évolué qu'à Sion. En effet, vingt et un ans plus tard, la loi vaudoise sur la stérilisation des personnes atteintes « de maladie mentale ou d'infirmité mentale » était adoptée alors que l'évocation de cette pratique reste encore actuellement très discrète en Valais.

Le docteur André Repond, fribourgeois d'origine, reprit en 1916 de son père, Paul Repond, la direction de l'Asile de Malévoz. Selon un de ses biographes, malgré l'origine valaisanne de sa mère et les quarante-cinq années passées à la direction de Malévoz, André Repond aurait peut-être attendu plus de reconnaissance de la part de la population du canton¹⁰⁴⁹. Il faut dire que ses engagements en faveur de mouvements de dimension internationale, comme l'hygiène mentale ou la psychanalyse, ont pu contribuer à le faire paraître éloigné des préoccupations de ses compatriotes.

¹⁰⁴⁸ « Conférence immorale », *La Gazette du Valais*, 3 février 1907. Document transmis par Marie Tavera.

¹⁰⁴⁹ ZBINDEN 1995, pp. 12-13.

Quelques passages de l'imposante œuvre¹⁰⁵⁰ d'André Repond relative à l'hygiène mentale et à la psychiatrie suffiront à esquisser l'évolution qu'a pu connaître sa pensée au sujet de l'eugénisme et de la stérilisation. En 1935, dans une revue française¹⁰⁵¹, il se montrait plutôt favorable à des mesures telles que la stérilisation des handicapés et malades mentaux :

«Aussi bien, l'avenir d'autres mesures prophylactiques générales appliquées actuellement, telles notamment que la stérilisation des anormaux et aliénés, me semble-t-il précaire parce qu'elles aussi [comme la prohibition de l'alcool] méconnaissent certains faits psychologiques profonds. Ce n'est pas tant en effet les raisons morales, religieuses, scientifiques même qui compromettent l'avenir de lois si légitimes au point de vue de la prévention des maladies héréditaires, que l'action, trop inconnue en dehors du cercle des psychanalystes, du complexe de castration. Quand on suit les campagnes déclenchées dans certains pays ou certains milieux contre les lois de stérilisation, il est clair que l'attitude passionnée de la plupart des opposants, même et surtout s'ils invoquent des raisons dogmatiques ou morales, est inspirée de ce complexe et que c'est par identification inconsciente avec les victimes ou bénéficiaires de ces procédés que leur émoi est si profond et si réel. Aussi, pour assurer la pérennité de pareilles mesures prophylactiques dont l'efficacité, à la longue, paraît incontestable, s'agirait-il de désarmer tout d'abord ce complexe dont les psychanalystes connaissent les transpositions multiples et l'action soutenue dans un grand nombre de faits individuels et collectifs.»¹⁰⁵²

L'image suggérée par l'auteur d'une psychanalyse venant au secours de la stérilisation eugénique n'avait alors rien de choquant. Elle pourrait révéler avec quel optimisme un psychiatre comme André Repond envisageait l'avenir de sa discipline, l'alliance de l'hygiène mentale, pour la prévention, et de la psychanalyse, pour la thérapie, paraissant très prometteuse. En fait, il est très possible que l'hygiène mentale et par conséquent l'eugénisme aient servi chez Repond de soutien à sa volonté de promouvoir le mouvement psychanalytique¹⁰⁵³.

On peut certes s'étonner que le docteur Repond ne se soit pas montré plus clairvoyant envers une mesure qui était déjà appliquée implacablement et à grande échelle en Allemagne, mais les espoirs que suscitait l'hygiène mentale, dont l'eugénisme était alors une composante importante, ont pu l'aveugler. Du reste, les partisans de l'hygiène mentale n'avaient de manière générale pas intérêt à affaiblir l'ensemble de l'édifice en condamnant l'une de ses bases.

Il reste que ces considérations ne devaient pas être très populaires dans un canton où l'Encyclique sur le mariage chrétien *Casti connubii* du 31 décembre 1930¹⁰⁵⁴ qui

¹⁰⁵⁰ Voir *ibidem*, pp. 67-75.

¹⁰⁵¹ REPOND 1935.

¹⁰⁵² *Ibidem*, p. 42.

¹⁰⁵³ Réflexion suggérée par Catherine Fussinger dans le cadre de la préparation de sa thèse intitulée *La psychiatrie au XX^e siècle: une discipline aux frontières incertaines. Etude historique basée sur le cas du Valais* (à paraître en 2003).

¹⁰⁵⁴ ENCYCLIQUE 1931. Voir le chapitre « Fribourg », « Opposition catholique de Gustave Clément ».

réprouvait tout eugénisme négatif était sans doute bien connue. André Repond ne semblait pas craindre de se mettre en porte-à-faux avec les autorités religieuses de son canton en affirmant la pertinence de la stérilisation eugénique dans *L'évolution psychiatrique*. Il est probable que, ces lignes ayant paru dans une revue étrangère, ceux qui en eurent connaissance préférèrent prudemment ne pas leur donner trop de publicité.

Dans les articles postérieurs, André Repond n'abordait plus directement, semble-t-il, la problématique de la stérilisation eugénique alors même que, comme dans l'article précédent, il traite d'hygiène mentale et de psychiatrie de manière générale.

En 1936, dans « Les tendances actuelles de la psychiatrie en Suisse »¹⁰⁵⁵, le directeur de Malévoz dresse un long portrait de la psychiatrie suisse mais ne dit rien de l'eugénisme, même si « la psychiatrie de notre pays est, en effet, avant tout sociale » et tournée vers « des tâches de prophylaxie générale »¹⁰⁵⁶.

Dans un autre article¹⁰⁵⁷, daté de 1937, qu'il signe comme premier auteur, on peut lire :

*« Il est curieux [...] de constater que l'œuvre d'Auguste Forel qui, à tout prendre, était essentiellement de l'hygiène mentale et qui se poursuivait à peu près en même temps [que le développement du mouvement d'hygiène mentale de Clifford Beers], n'ait pas eu le même retentissement, ni la même influence. D'ailleurs, certains efforts fragmentaires avaient été entrepris depuis longtemps déjà en faveur de mesures d'hygiène mentale. Des dispositions législatives, pour parer aux conséquences de l'hérédité des maladies mentales, avaient été prises, par exemple en maints endroits. Le fait qu'elles soient restées inopérantes importe peu ici : il faut simplement constater que ces tentatives répétées n'avaient pas fait naître, ni même évoqué, l'idée d'une hygiène mentale générale, ni d'un mouvement enthousiaste collectif en sa faveur. »*¹⁰⁵⁸

Selon les auteurs, ce sont les progrès de la psychiatrie clinique et les découvertes de la psychanalyse qui ont permis le succès de l'hygiène mentale. Il est cependant intéressant de remarquer qu'ils se contentent de relativiser les résultats de la stérilisation eugénique, sans justifier leur position et sans se prononcer sur la pertinence de la mesure elle-même.

Toujours en 1937, André Repond présente un nouveau règlement pour Malévoz¹⁰⁵⁹ alors en discussion au Grand-Conseil valaisan. Il souligne l'importance que prend l'hygiène mentale dans son hôpital :

*« L'établissement psychiatrique est le centre non seulement du travail clinique, mais des mesures prises en faveur de l'hygiène et de la prophylaxie mentale, d'une part et, d'autre part, de l'assistance sociale en faveur de ceux que la maladie ou l'anomalie mentale a débilité »*¹⁰⁶⁰.

¹⁰⁵⁵ REPOND 1936.

¹⁰⁵⁶ *Ibidem*, p. 722.

¹⁰⁵⁷ REPOND & BERSOT 1937.

¹⁰⁵⁸ *Ibidem*, p. 51.

¹⁰⁵⁹ REPOND 1937.

¹⁰⁶⁰ *Ibidem*, p. 263.

Quant au règlement, qui jette entre autres les bases d'un Service médico-pédagogique et dans lequel apparaît l'influence du directeur de Malévoz, aucune allusion à des mesures eugéniques n'y figure.

Assistante dans ce Service, Madeleine Thomas écrit du reste en 1940 un article qui en retrace l'histoire et le fonctionnement. Elle n'y fait aucune mention de l'option eugéniste mais insiste par contre sur l'importance du traitement psychanalytique¹⁰⁶¹. Dans l'un des cas étudiés, l'auteur relate l'histoire d'une jeune fille arrêtée pour vol et soupçonnée de prostitution. Bien loin de songer à la stérilisation ou à un placement en institution pour jeunes filles difficiles, l'assistante du Service médico-pédagogique entreprend une psychothérapie qui se révèle bénéfique.

Il faut toutefois attendre 1942 pour qu'André Repond, à l'occasion d'une conférence donnée à l'assemblée de la Société suisse d'assistance aux arriérés, présente dans le détail une position¹⁰⁶² au sujet de l'eugénisme qui tient compte des circonstances internationales. Selon lui, l'eugénisme tire ses sources de l'anthropologie, de la théorie de la sélection et de la biologie de l'hérédité. Cependant,

«L'abondance de termes scientifiques dont on se sert en anthropologie, en biologie héréditaire, en hygiène raciale, etc... ne doit toutefois pas faire illusion sur les connaissances vraiment établies. C'est, en effet, une tendance générale propre à l'homme, et plus spécialement en ce qui concerne l'eugénisme, que de remplacer les conceptions précises ou expérimentales par des termes retentissants, qui peuvent faire illusion. En effet, dans cette science, si on peut l'appeler ainsi déjà, où des préjugés politiques, populaires, raciaux, où des tendances purement instinctives et affectives se dissimulent mal, où l'on prétexte enfin des raisons scientifiques pour justifier et favoriser des tendances de domination et de conquête, il faut bien se garder de se laisser prendre au piège des mots.»¹⁰⁶³

Ainsi, des trois sources mentionnées plus haut, seule la biologie héréditaire, développée à partir de la découverte des lois de Mendel, possédait des «fondements scientifiques sérieux». L'exposé des découvertes de la génétique est du reste l'occasion pour Repond de régler le sort de la «blastophorie» (empoisonnement du germe), en particulier par l'alcool, chère à Auguste Forel. C'est dire que, selon André Repond, l'eugénisme était bâti sur des bases en bonne partie chancelantes. Il précisait que la seule source sérieuse de l'eugénisme, la génétique, n'avait pas permis de définir avec certitude le rôle de l'hérédité dans l'étiologie de l'oligophrénie:

«Je crois [...] pouvoir dire que les calculs de probabilité héréditaire ne nous permettent pas de prédire, dans quelque cas que ce soit, que la progéniture de l'individu taré héréditairement le sera de façon nécessaire. On ignore, en effet, si tous les chromosomes de tous les spermatozoïdes [sic] possibles sont atteints d'une manière égale; il en est de même des ovules.»

¹⁰⁶¹ THOMAS 1940.

¹⁰⁶² REPOND 1942.

¹⁰⁶³ Et citations suivantes, *ibidem*.

L'argumentation du docteur Repond peut paraître naïve mais la découverte de la structure en double hélice de l'ADN, constituant essentiel des chromosomes, ne devait survenir que onze ans plus tard; bien des années passèrent d'ailleurs ensuite avant que l'on puisse déterminer plus précisément quelles formes de déficience mentale pouvaient être considérées comme héréditaires.

En fait, la relativisation de l'hérédité dans l'apparition des infirmités et des maladies mentales était souvent un pas important en direction d'une critique fondée de l'eugénisme. L'hérédité de l'oligophrénie n'était du reste pas seule en cause: il en allait de même pour la schizophrénie et la psychose maniaque-dépressive. «Or, les eugénistes, dans leur zèle pour l'amélioration de l'humanité, proposent pour lutter contre ces deux maladies, les mesures les plus radicales, en premier lieu la stérilisation».

Le mot était lâché, André Repond se proposait ensuite d'examiner de manière critique les propositions des eugénistes et leurs justifications, de voir si les faits sur lesquels s'appuient ces propositions «sont vraiment suffisamment nombreux, fondés et péremptoirs pour leur permettre de demander à l'Etat de prendre des mesures générales si graves, applicables à des centaines de milliers d'individus, telles que l'interdiction de mariage et plus encore la stérilisation».

L'exemple le plus retentissant d'un Etat ayant appliqué à très grande échelle une politique de stérilisation était bien entendu l'Allemagne. Repond y faisait clairement référence:

«Les auteurs, évidemment bien intentionnés, de la loi allemande [Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933] avaient eu, peu de temps après sa mise en vigueur, la désagréable surprise de voir que la science avait mis en défaut et même démenti leurs conceptions sur l'hérédité de l'alcoolisme [non-existence de la blastophorie].»

Outre l'alcoolisme, les eugénistes allemands s'étaient-ils suffisamment interrogés sur l'hérédité de la schizophrénie?

«Il ne faut pas croire que, la tare héréditaire étant donnée, celle-ci se développe pour ainsi dire avec l'individu, pousse sans qu'on s'en doute et éclôt un beau jour plus ou moins brusquement ou après avoir présenté des symptômes prémoniteurs. [...] Dans de nombreux cas on peut voir que la tare héréditaire n'aurait jamais abouti au déclenchement de la maladie si certaines circonstances psychologiques et morales n'en avaient pas favorisé le développement.»

Ainsi, même en admettant l'éventualité de la transmission d'une «tare héréditaire» comme cause de la schizophrénie, l'écllosion de la maladie n'était pas garantie. Au point de vue pratique, cela signifiait que

«seuls sont frappés par la loi de la stérilisation ceux qui, par suite de circonstances souvent extérieures et fortuites, et donc non purement héréditaires, sont atteints par la maladie. Mais les frères, sœurs et cousins de ces aliénés? Tous ces innombrables porteurs de la même tare transmissible mais qui chez eux n'est pas manifeste tout en étant aussi dangereuse que celle des malades? Ils vont donc pou-

voir continuer à la transmettre à leurs descendants sans que l'Etat s'en préoccupe, ce qui veut dire qu'au point de vue héréditaire ils sont plus dangereux que les malades eux-mêmes.»

André Repond reprenait ici un argument classique de la critique de l'eugénisme: dans le cas de maladies génétiques récessives, ce qui devait être le cas de la schizophrénie, puisque tous les enfants de schizophrènes ne développaient pas cette maladie, la stérilisation ne s'attaquait qu'aux personnes ayant développé la maladie. Tous les porteurs de manière récessive du gène incriminé n'étaient donc pas «traités» et il aurait fallu des siècles pour espérer diminuer le nombre de malades atteints par une telle pathologie.

« Le Dr. Luxemburger a établi que, si l'on éliminait de la reproduction tous les schizophrènes manifestes, on n'arriverait, pour la génération suivante, à diminuer que de 2% le nombre des personnes qui seront atteintes de cette maladie. Vouloir donc songer à assainir la population par des mesures restrictives aussi grandes et qui ont si peu d'effet, est une œuvre absolument utopique.»

Ainsi, l'exemple de l'Allemagne donnait à penser « qu'une loi à portée générale et obligatoire [...] n'est justifiée suffisamment ni par ses bases scientifiques ni par ses résultats pratiques ». André Repond ne se voulait toutefois pas l'auteur d'une critique radicale de l'eugénisme. L'Allemagne et ses excès utopiques étaient une chose, l'instauration d'une hygiène rationnelle par une prévention bien comprise en était une autre. L'auteur s'employait ensuite longuement à le montrer.

« Cela [l'exemple allemand] veut-il dire que nous devons laisser libre cours à toutes les envies de se marier que peuvent avoir certains anormaux, certains malades mentaux, certains tarés héréditaires? Evidemment non. Mais, à la différence des eugénistes, qui proposent des mesures générales applicables à tous sans tenir compte des probabilités du sort individuel, j'estime que la solution à adopter est celle qui tient, au contraire, avant tout compte des conditions individuelles. [...] Je reconnais que les lois de stérilisation prudentes et modérées qui existent dans certains cantons suisses peuvent être très utiles. En effet, elles sont calculées de telle façon qu'elles sont appliquées seulement dans les cas concrets, où l'hérédité pathologique s'avère de manière certaine comme étant immédiatement et gravement nuisible à la progéniture. Actuellement les théories eugéniques dépassent singulièrement dans certains pays le souci de prévenir les tares pathologiques héréditaires. Certains peuples sont en entier frappés d'interdit et considérés comme indignes de s'allier à des races arbitrairement déclarées supérieures. Ce n'est plus là de la science mais de la politique. [...]

L'eugénisme demeure un espoir de l'avenir et représente peut-être une possibilité scientifique d'une amélioration relative de l'humanité. Mais il n'est aujourd'hui pas encore une science suffisamment fondée, dont les bases sont assez larges et sûres pour pouvoir en tirer des conclusions trop étendues et pour pouvoir passer, sans prudence, à des réalisations pratiques massives et obligatoires. [...]

Il ne faut pas croire, toutefois, que mon attitude à propos des mesures trop strictes de l'eugénisme négatif implique une désapprobation de l'eugénisme

lui-même. Bien au contraire, j'estime que nous avons tous, et l'Etat en tout premier lieu, des devoirs à cet égard. En effet, pratiquement, la collectivité ne fait rien pour assurer la reproduction des meilleurs, ou faciliter la multiplication de belles familles saines. [...] Seules des lois tendant à favoriser la reproduction des meilleurs, à encourager la formation des élites, pourraient remédier à cette situation. [...] Il s'agit là d'un eugénisme positif à créer, avec lequel tout homme sensé et patriote doit être d'accord.

Quant à l'eugénisme négatif, c'est à dire celui qui tend à l'élimination des tares héréditaires, il doit être poursuivi aussi. Mais point n'est besoin pour cela de mesures légales trop strictes et trop générales. Si une bonne instruction hygiénique est donnée aux instituteurs, pasteurs, prêtres, médecins, si les règles élémentaires d'une bonne hygiène familiale, sociale, collective sont largement répandues, comme cela commence à être le cas, si l'on introduit et généralise, rend même obligatoires peut-être, les consultations prénuptiales, on doit pouvoir arriver à diminuer très sensiblement le nombre des tares héréditaires dominantes. [...]

Entre l'optimisme béat de ceux qui croient que tout va pour le mieux et le pessimisme angoissé et hargneux de ceux qui gémissent que tout va au plus mal, il y a place pour les solutions raisonnables et efficaces. C'est à ces dernières que nous devons nous appliquer, nous tous médecins, hygiénistes, éducateurs.»

Craignant que les applications nazies de l'eugénisme ne finissent par nuire à l'hygiène mentale, voire à la médecine, André Repond tente prudemment en 1942 de faire la part entre différentes formes d'eugénisme.

Le canton de Vaud était désigné (d'autant plus qu'il était en réalité le seul) parmi les cantons suisses ayant promulgué des lois «prudentes et modérées» en matière de stérilisation des infirmes et malades mentaux. L'auteur abondait dans le sens du législateur vaudois qui avait désiré élaborer une loi d'hygiène sociale préventive applicable ponctuellement. L'Allemagne était évidemment le pays où «certains peuples sont en entier frappés d'interdit et considérés comme indignes de s'allier à des races arbitrairement déclarées supérieures».

En somme, pour André Repond, non seulement l'eugénisme ne reposait pas sur des bases scientifiques assez sérieuses pour être appliqué à grande échelle, mais encore était-il susceptible d'être détourné politiquement de manière à assouvir les visées racistes de certains dirigeants.

La prudence s'imposait, encore que la mise en place d'un eugénisme positif bien compris, encourageant «la formation des élites», fût souhaitable, d'autant plus que cet aspect permettait à Repond de rassurer le camp conservateur, auquel il appartenait et pour qui l'eugénisme apparaissait à cette époque comme un mouvement plutôt marqué à gauche¹⁰⁶⁴.

En définitive, la pensée d'André Repond en matière d'eugénisme n'a pas évolué très différemment de celle d'un Henri Flournoy, à Genève, qui avait en commun avec le psychiatre valaisan un intérêt marqué pour la psychanalyse. Après l'enthousiasme, ou du moins la confiance en l'eugénisme éprouvée durant les

¹⁰⁶⁴ Lire à ce sujet TAGUIEFF 2000 et JEANMONOD & HELLER 2000 a.

années fastes de l'entre-deux-guerres, avaient suivi les pénibles désillusions des années 1940. Si, en 1942, André Repond prenait encore la peine d'en défendre certains aspects, après la guerre, à l'instar de nombre de ses collègues, il se gardera, à notre connaissance, de revenir sur le sujet. Cela d'autant plus que l'eugénisme était devenu inutile à une hygiène mentale qui trouvait un nouveau souffle auprès de populations traumatisées par la guerre et grâce à des organisations internationales comme l'OMS.

Peut-être pensera-t-on, à la lecture des articles d'André Repond abordés ici, que la question de l'eugénisme n'était pas un sujet aussi rarement abordé en Valais. Il faut cependant garder à l'esprit que ces lignes représentent une très faible partie de la production du directeur de Malévoz. De plus, il abordait le sujet dans des revues spécialisées vraisemblablement peu connues en Valais alors que rien ne laisse penser qu'il l'a fait dans des écrits plus accessibles aux élites valaisannes.

Dossiers de patients à l'Hôpital psychiatrique de Malévoz

Médecin-directeur de Malévoz durant près de cinquante ans, André Repond a eu plus que le temps de marquer l'établissement de son empreinte et d'y introduire certaines pratiques. Si ses écrits montrent qu'il y apporta tôt la psychothérapie, a-t-il été tenté également d'y appliquer dans certains cas des mesures prophylactiques telles que la stérilisation? Les conditions socio-politiques du Valais rendent une telle éventualité très improbable.

Son successeur, le docteur Jean Rey-Bellet, qui dirigea Malévoz de 1965 à 1990, déclare s'être peu ou pas occupé de la question de la stérilisation de malades ou de handicapés mentaux et celle-ci n'est jamais entrée en ligne de compte sous sa direction. De plus, il ne se souvient pas avoir entendu parler de préoccupations eugénistes en Valais. Les seuls réels problèmes éprouvés concernaient de jeunes femmes hébéphrènes, absolument sans défense, ou en tout cas très influençables, et victimes d'«incursions de personnages de l'extérieur profitant de leur état». En accord avec les patientes et leurs familles, très concernées, une contraception leur était administrée par injection afin de les protéger de grossesses non désirées et souvent dangereuses dans leur état psychique. Du reste, en ce qui concerne la contraception, Jean Rey-Bellet estime que la stérilisation n'était pas à envisager, et la pilule, demandant trop de discipline, non plus. La contraception par injection pouvait par contre être dans certains cas tout à fait adaptée.

L'étude des dossiers de patients à Malévoz entre 1930 et 1970¹⁰⁶⁵ dans lesquels on trouve mention d'une stérilisation ou d'une demande de stérilisation apporte très peu d'éléments: en 1931, une mention de stérilisation et une mention de demande de stérilisation, toutes deux dans d'autres cantons; en 1941, seule une

¹⁰⁶⁵ Une partie des dossiers de 1931, 1941, 1951, 1961 et 1971: en 1931, 78 dossiers consultés, soit la moitié des dossiers correspondant à cette année-là; en 1941, 75, soit la moitié; en 1951, 65, soit le tiers; en 1961, 60, soit le quart; en 1971, 30, soit le neuvième des dossiers de l'année. Il a paru peu pertinent de poursuivre un exercice qui ne promettait d'amener que de très maigres résultats. En outre une cinquantaine de dossiers, surtout de femmes, ont été sortis au hasard, pour compléter l'approche.

mention d'une demande dans un autre canton; en 1951, 1961 et 1971, aucune mention. Ainsi, sur plus de 300 dossiers examinés, la proportion des dossiers contenant des mentions de demandes ou de stérilisations, effectuées de plus dans d'autres cantons, n'atteint pas 1%.

1931, mention d'une demande de stérilisation à Zurich

Il s'agit d'une femme âgée de 29 ans, mariée, domiciliée en Valais. Avant d'être admise à Malévoz, cette jeune femme avait connu cinq séjours dans les asiles de Mendrisio (Tessin) et du Burghölzli (Zurich). Les antécédents relevés à Malévoz sont: «Père, gros buveur. Kleptomane, grand-mère maternelle kleptomane». Lors d'un des séjours de Zurich, en 1924, le professeur Maier avait diagnostiqué: «Moralisch defekt. Hebephrenie».

C'est à Zurich également, auprès de la Clinique gynécologique universitaire que le mari a adressé en 1929 une demande de stérilisation, suite à une deuxième interruption de grossesse. La patiente est alors donnée comme «nervenkrank und auch gemütskrank». Les suites de cette demande ne sont toutefois pas connues.

À Malévoz, où elle a séjourné deux mois, la jeune femme est soumise à un traitement alliant «bains continus» et cures de repos sous somnifères.

1931, mention d'une stérilisation effectuée à Lausanne

Mariée, âgée de 50 ans, cette femme a été, outre son séjour de 1931, admise deux fois à Malévoz en 1927 bien que domiciliée dans le canton de Vaud, le Chablais à vrai dire. Elle souffre de «catatonie tardive». Ses antécédents sont: «Père buveur, caractère bizarre et impulsif, une sœur simple d'esprit. Enfance assez normale, grand chagrin du fait de la mort de sa mère».

En marge de l'une des pages du dossier il est précisé: «En 1924 la malade a été stérilisée aux rayons x par le Dr Muret – à l'insu du mari – sous prétexte que la malade avait des métrorragies trop fortes qui l'anémiaient». Plus loin, la malade ajoute: «Mon mari est allé pour l'insulter [Muret], c'était trop tard». On ne sait trop si la patiente elle-même avait consenti à l'opération, en l'occurrence son avis ne semblait pas compter pour beaucoup. Il reste que les médecins qui s'occupaient de son cas à Malévoz ne semblaient pas convaincus par l'indication gynécologique de la stérilisation. Durant les deux mois de son séjour de 1931, la patiente est placée en cure de repos.

1941, mention d'une demande de stérilisation à Lausanne

Cette femme, âgée de 24 ans, célibataire, domiciliée en Valais est vannière et colporteuse. La patiente a été en observation à Cery durant trois mois où les diagnostics de «débilité» et «psychopathe dissociée» ont été posés. Deux mois après son passage à Cery, elle est hospitalisée durant quelques jours à Malévoz où les antécédents «Père buveur. Mère naissance illégitime. 1 fils illégitime» sont relevés.

En fait, la patiente avait été placée en observation à Cery suite à une demande d'expertise d'un Juge de Paix. Le professeur Steck avait alors effectué une demande de stérilisation en vertu de l'article 32 de la loi de 1939 sur les malades mentaux et autres psychopathes; la patiente avait pu cependant quitter Cery avant la fin de la procédure. Toujours dans le cadre de la demande de stérilisation, elle est admise à Malévoz où l'on ne donne aucune suite au bref séjour de la patiente.

Outre les trois dossiers repérés avec mention de stérilisation, quelques dossiers de personnes qui, dans d'autres cantons, auraient été susceptibles d'être stérilisées¹⁰⁶⁶ ont été examinés et montrent quelles solutions étaient appliquées lorsqu'il se posait plus de problèmes moraux et sociaux que médicaux.

1950, cas de pédophilie

Un homme âgé de 23 ans, instituteur, est admis à Malévoz à la demande du Département de justice valaisan, le patient est donné comme un «garçon peu expansif, toujours réservé et distant». On relève dans ses antécédents l'absence de «tare héréditaire familiale». Il avait été «initié à la masturbation vers 7 ou 8 ans, puis vers 10 ans aux pratiques homosexuelles». On diagnostique chez lui une «névrose sexuelle qui provoque une déviation de l'instinct sexuel: la pédophilie».

Le patient s'était rendu coupable de «délit contre nature sur des enfants qui étaient ses élèves». Il séjourne trois mois à Malévoz, avant que le Département de justice n'autorise la libération aux conditions que l'intéressé soit placé sous contrôle médical et sous la surveillance d'un patron et qu'il continue son traitement psychothérapique en cours. Il n'est nullement question de castration chirurgicale ou chimique de la part de Malévoz. Le docteur Repond, qui s'est occupé lui-même de ce cas, se chargera du reste de le suivre en psychothérapie et de sa réinsertion. Quoi qu'il en soit, le dossier n'a pas été complété par de nouvelles admissions.

1958, relations sexuelles avant le mariage

La patiente, âgée de 39 ans, effectue deux séjours à Cery en 1958. Elle souffre de «mélancolie» et on relève dans ses antécédents des «manifestations psychopathologiques» suite à la mort du curé et des «idées d'auto-accusation en rapport avec cette mort».

La patiente se voit «condamnée par la grâce divine de ne pas avoir d'enfants, parce que quand elle était jeune fille et travaillait à Bâle elle se laissait «tromper» par un jeune homme avec lequel elle aurait eu des relations sexuelles. Elle est traitée par électrochocs, puis par une «cure crépusculaire – largactil + barbituriques».

Dans le cas de cette femme tourmentée par ses relations sexuelles avant le mariage, apparaît bien le sentiment de culpabilité face à l'adultère et vraisemblablement d'autres péchés à composante sexuelle; il est cependant plus révélateur encore que dans ces circonstances la patiente se sente responsable de la mort du curé. Dans bien d'autres dossiers, l'influence de la religion apparaît ainsi en filigrane, jusqu'à des cas de possession à propos desquels on peut se demander si le psychiatre n'était pas en concurrence directe avec l'exorciste.

1961, désinhibition sexuelle

La patiente, âgée de 29 ans et célibataire, a déjà séjourné quatre fois à Malévoz de 1943 à 1957 (la première fois à l'âge de onze ans) et une fois à Cery en 1960-61. On

¹⁰⁶⁶ Une partie de ces dossiers ont été repérés durant le dépouillement quantitatif. Nous avons également sorti au hasard et lu une cinquantaine de dossiers, parmi lesquels nous avons retenu ceux qui présentaient de l'intérêt au niveau de la vie sexuelle des personnes concernées. Il s'agit surtout de dossiers de femmes, puisque nos recherches dans d'autres cantons ont montré qu'elles étaient plus surveillées que les hommes dans ce domaine.

détecte chez elle des « réactions hystériques chez une débile mentale épileptoïde ». Elle a été placée chez sa grand-mère maternelle jusqu'à 7 ans; puis elle a eu des crises nerveuses et a été renvoyée de trois instituts spécialisés et de l'Orphelinat de Sion. Elle a passé deux ans à l'Institut du Bouveret qui accueillait des jeunes filles asociales ou handicapées.

En 1961, elle commence un long séjour à Malévoz, d'où elle fugue régulièrement. « Sa réputation d'aller avec les hommes est un sujet de conversation au pavillon, et c'est une réputation qui semble correspondre à la réalité. Nous avons essayé de la contrôler, mais elle nous échappe toujours ». Par la suite, cette patiente aura l'autorisation de travailler à l'extérieur tout en passant ses nuits à Malévoz. Aucun traitement ne lui est réellement appliqué, elle reçoit cependant une « médication de complaisance ».

1962, érotomanie et demande de stérilisation

Bonne à tout faire, la patiente âgée de 30 ans et veuve, a déjà séjourné dix fois à Malévoz, trois fois à Bel-Air et deux fois à Cery. A Malévoz, on a diagnostiqué « névrose hystérique + débilité »; à Cery, « poussée de schizophrénie catatonique »; à Bel-Air, « psychopathie avec un élément dysthymique ». Elle a eu une « scolarité normale. Elève médiocre. 1^{ère} expérience sexuelle vers l'âge de 16 ans. Grossesse illégitime à 18 ans ». La patiente a eu trois enfants, dont deux illégitimes, tous placés.

Avant d'être admise à Malévoz en 1962, elle séjourne à Cery où elle est l'objet d'une demande de stérilisation de la part d'un médecin de Cery « que la malade accepte et pour laquelle le Tuteur général donne son accord ». Ensuite, « la malade fait sans raison claire – il ne semble pas y avoir de relation avec la stérilisation prochaine – un violent accès d'agitation. Elle sera transférée plus tard, si son état psychique le permet à la Maternité pour stérilisation ». Transférée directement à Malévoz sans que l'opération n'ait pu se faire, il ne sera cependant plus fait allusion à la demande de stérilisation formulée dans le canton de Vaud.

1966, jeune femme asociale

La patiente est admise à Malévoz en 1966 à l'âge de 16 ans. Le diagnostic est « troubles caractériels ». Dans son anamnèse, il est relevé son instabilité, sa nervosité, un placement à Villars-les-Joncs (institution spécialisée située dans le canton de Fribourg), une tentative de suicide et le fait que, selon son tuteur, elle aurait fait le trottoir à Genève. Elle avait été examinée par le Service médico-pédagogique où l'on notait que « des relations parentales perturbées peuvent expliquer les problèmes concernant la sexualité à l'égard de laquelle [la jeune femme] semble ambivalente ».

C'est ce Service qui avait proposé le placement de Villars-les-Joncs : « Etant donné ce problème sexuel [désinhibition], il serait sans doute dangereux de la laisser à elle-même. Il faut veiller à un placement qui lui permette de s'ouvrir ». Ce placement n'a toutefois pas duré, et peu après, la patiente est admise à Malévoz où elle restera un mois, durant lequel elle est traitée au « valium » et au « neuleptil ».

Ces quelques descriptions suggèrent qu'à Malévoz, la stérilisation et la castration n'étaient probablement pas, contrairement à d'autres hôpitaux psychiatriques, envisagées dans certaines problématiques sexuelles. On préconisait davantage un internement ou une surveillance stricte. On peut relever enfin un mélange

de persistance des traditions, surtout religieuses, très inhibitrices en matière sexuelle, et de recherche de traitements nouveaux, comme la psychothérapie et plus encore la psychanalyse.

Déficiences mentales et stérilisation de 1980 à nos jours

Des entretiens ou des contacts épistolaires avec des gynécologues et des responsables d'institutions de prise en charge de personnes déficientes mentales indiquent une évolution récente, mais très discrète, relative à la problématique sexuelle.

Enquête auprès de divers acteurs médicaux et sociaux

Les témoignages de gynécologues laissent entrevoir un changement dans la manière d'envisager la stérilisation. Si la stérilisation de personnes mentalement déficientes n'a selon toutes vraisemblances pas été pratiquée avant les années 1970, des cas isolés ont par contre été relevés depuis une vingtaine d'années. Un gynécologue de Monthey a eu connaissance de deux ou trois cas, en vingt ans, de stérilisations de personnes déficientes mentales accueillies à La Castalie; mais la préférence est selon lui donnée à la contraception, car la stérilisation est mal acceptée; un gynécologue de Sion ne connaît pas davantage de cas, et il a, quant à lui, « toujours suivi les directives de l'Académie suisse des sciences médicales ». Quant au président du Groupement des gynécologues-obstétriciens du canton du Valais, il explique que ledit Groupement « n'a pas pris position ni officiellement ni par accord tacite vis-à-vis de la problématique exposée ». Il dit n'avoir lui-même « pas connaissance de stérilisation pratiquée en Valais sans pouvoir évidemment affirmer qu'il n'en existe pas ». Interrogé sur la question du consentement, il estime qu'il n'est pas « acceptable de dire que le consentement du représentant légal peut remplacer celui de l'intéressée ». La prudence est de mise également à l'Office médico-pédagogique valaisan, qui n'a semble-t-il aucun renseignement à donner sur ce sujet.

Par contre, le Centre de planning familial de Sierre a mené une réflexion plus nourrie sur la question de la sexualité des personnes mentalement déficientes:

« Le planning familial vise à rendre possible la compréhension, la réflexion et le choix en matière de procréation. [...] Les Centres de planning familial interviennent dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive. En Valais, les Centres sont informateurs et non prescripteurs donc sans consultations médicales. Ils ont un rôle de prévention par l'information, l'éducation ainsi qu'une action psychosociale. [...] »

Dans les Centres de planning familial, les demandes venant d'institutions, d'éducateurs, de parents, de personnes vivant avec un handicap, ne cessent d'augmenter. En général, l'entourage de ces personnes leur reconnaît le droit à une vie affective, relationnelle et sexuelle. La difficulté réside plus dans l'acceptation du

vécu de la sexualité. Des peurs surgissent en lien avec les comportements, l'éventualité d'une grossesse, les risques d'abus sexuels, le SIDA et autres MST (maladies sexuellement transmissibles).

Diminuer ces peurs, c'est informer, échanger avec les professionnels, les parents mais aussi avec les personnes qui vivent avec un handicap mental, ce sera aussi peut-être la prise d'une contraception, voir la possibilité d'une stérilisation. [...] Nous devons adapter l'information, le dialogue à leur niveau [celui des handicapés mentaux] de compréhension.»¹⁰⁶⁷

Lors des entretiens ou dans le cadre de petits groupes de personnes vivant avec un handicap, plusieurs thèmes sont abordés comme : le schéma corporel, les aspects physiologiques, les émotions et les sentiments, les conduites sexuelles, les maladies sexuellement transmissibles, la vie de couple et le contrôle des naissances; ce dernier envisage «les diverses méthodes contraceptives, les méthodes de stérilisation, le désir d'enfant et la réalité de l'enfant, toutes les obligations, les tâches, les soins que demande un enfant».

Ceci montre qu'il existe en Valais des structures adaptées à l'information des personnes handicapées mentales dans le domaine de la sexualité dispensée ouvertement et sans restriction, même en ce qui concerne la stérilisation.

Dans l'ensemble se dessine l'image d'un canton où la stérilisation en général et la stérilisation des personnes mentalement déficientes sont actuellement envisageables, certainement pas en nombre, mais en tout cas plus probables qu'avant les années 1970.

La Castalie

La Castalie, centre médico-éducatif, est une institution publique créée en 1972 à Monthey; elle accueille non seulement des enfants et de jeunes adultes avec une déficience mentale profonde ou des polyhandicaps, mais également de jeunes adolescents avec une déficience mentale modérée durant une période inscrite entre la fin de l'école et l'entrée dans des ateliers pour adultes.

Selon un neuropédiatre de La Castalie, «pour les groupes des plus polyhandicapés, la question d'intimité, de vie de couple ou de relations sexuelles ne se pose pas. Nous n'avons donc jamais exigé une contraception ou une stérilisation». Cependant, comme c'était déjà le cas dans le canton de Vaud bien des années auparavant, la question se pose pour des personnes jeunes pouvant bénéficier d'une certaine autonomie «surtout s'ils se déplacent [...] dans les transports publics et qu'ils sont relativement libres le week-end à la maison». Dans de tels cas, «les familles avaient déjà pensé à la problématique de la grossesse non désirée et proposé des contraceptifs oraux, en tout cas dans les quinze dernières années». Régulièrement, il «discute avec ces familles des problèmes de grossesse non désirée, non pas tellement avec le but d'éviter la transmission de maladies génétiques mais bien plutôt

¹⁰⁶⁷ Lettre du 20 décembre 2000.

par rapport à la naissance d'un enfant que cette personne ne pourrait pas élever»; lui-même a pour politique de se limiter «à la proposition de contraceptifs oraux ou par injection avant de proposer des stérilisations».

« Pour quelques jeunes filles [...] ¹⁰⁶⁸, les discussions ont porté sur une stérilisation après un certain nombre d'années et nous avons pu donner une information satisfaisante à la personne. Souvent, j'ai demandé un deuxième avis à un psychiatre pour juger de la capacité à supporter cette intervention sur le plan psychologique, puis discuter d'une stérilisation avec un collègue gynécologue ».

Ainsi le médecin responsable évite toute précipitation, informe dans la mesure du possible la personne, et si cela lui paraît utile, sollicite des avis supplémentaires, celui d'un psychiatre et celui d'un gynécologue.

Quant aux cas de pensionnaires stérilisées relevés à La Castalie, toutes des femmes, ils ont été résumés par le neuropédiatre :

Stérilisation en 1973

Femme présentant une déficience mentale profonde (diagnostic Trisomie 21). Vivait en famille dans un village. Devenue enceinte à la suite d'un viol, une stérilisation a été demandée par la famille pour éviter une situation identique; l'opération a été effectuée au moment de la naissance de son enfant par césarienne, lorsqu'elle avait 35 ans. Est entrée à La Castalie quelques années plus tard.

Dans les années 80

Femme présentant une déficience mentale moyenne à la suite d'une méningite contractée dans l'enfance. Elle a été stérilisée à la demande de sa famille lorsqu'elle avait 20 ans environ; elle allait travailler dans un atelier et ses parents craignaient une grossesse non désirée. Elle n'avait pas de relation connue avec un homme. Il n'y a pas de précision dans son dossier.

Dans les années 80

Situation analogue à la précédente.

En 1989

Femme ayant une déficience intellectuelle moyenne (QI environ 50) a été stérilisée à 22 ans à la demande de sa famille par crainte d'une grossesse, quoique le risque était faible. La stérilisation a eu lieu durant son séjour à La Castalie, en même temps qu'une autre opération qu'elle devait subir, la personne a été informée et a donné son accord. Avis complémentaire d'un autre médecin et du gynécologue.

¹⁰⁶⁸ Six cas dont il donne une liste anonyme.

Dans les années 90

Femme ayant une déficience mentale moyenne. Elle prenait une contraception orale dès 1983, soit à l'âge de 14 ans, puis portait dès 17 ans un stérilet. Lorsqu'elle avait un peu plus de 20 ans et qu'elle allait quitter l'institution pour vivre dans un foyer et travailler dans un atelier, sa famille a demandé la stérilisation pour avoir une contraception plus sûre; après discussion avec la personne, celle-ci a donné son accord. La stérilisation a eu lieu après la sortie de La Castalie.

En 1998

Femme de 21 ans, ayant une déficience intellectuelle modérée mais relativement autonome, a été stérilisée à la demande de sa famille en vue de sa sortie de l'institution pour aller vivre en foyer et travailler en atelier protégé. Elle avait une contraception orale depuis quelques années, mais une contraception plus sûre était souhaitée, d'autant que la personne avait un ami. Le dossier indique la procédure, à savoir avis du neuropédiatre, du psychiatre, et du gynécologue, avec l'accord de la personne.

L'exposé de ces cas n'a évidemment pas valeur statistique mais illustre la situation de ces personnes lors de leur stérilisation: à l'exception du premier cas, il s'agit de femmes jeunes, vivant en institution mais bénéficiant d'une certaine autonomie ou en passe de quitter l'institution, avec le plus souvent une déficience mentale moyenne. On peut relever également que, dans les trois cas les plus récents au moins, la personne avait été informée de la portée de l'opération et avait donné son accord. Deux dossiers sont très lacunaires. Le premier cas, le plus ancien puisque la stérilisation a eu lieu en 1973, lorsque la femme avait 35 ans, a été décidé à la suite d'un événement traumatisant et probablement à son insu, étant donné le handicap mental profond.

Enfin, il faut souligner que l'initiative de l'opération revient chaque fois à la famille de la personne concernée. Dans ces circonstances, le neuropédiatre de La Castalie et ses collègues ont le choix entre refuser d'entrer en matière tout en prenant le risque que l'opération survienne malgré tout (mais dans de moins bonnes conditions), ou accepter la perspective de la stérilisation tout en informant parents et pensionnaires, avec la possibilité d'infléchir la décision. La deuxième solution, adoptée en l'occurrence, est sans doute préférable. Cependant, il n'est pas certain qu'un tel scénario soit envisageable dans une structure non éducative pour personnes adultes uniquement, où les contacts entre accompagnants et parents sont moins étroits.

Émera

L'Association pour la personne en situation de handicap, *éméra*¹⁰⁶⁹, est le plus ancien service social du canton dans le domaine. Créée en 1938 à l'initiative du doc-

¹⁰⁶⁹ Nommée avant 1999 AVHPM, Association valaisanne en faveur des handicapés physiques et mentaux, elle-même ayant succédé à l'AVIA, Association valaisanne en faveur des infirmes et des anormaux.

teur Repond, cette association privée dispose depuis la fin des années 1970 de foyers, d'ateliers et d'appartements protégés. Elle assure un service social, l'hébergement et l'occupation de personnes en situation de handicap.

Une assistante sociale de l'association s'est chargée de consulter les dossiers administratifs de deux personnes qu'elle savait avoir été stérilisées sans pour autant trouver de mention d'une telle intervention; ce genre d'indication n'apparaît en effet en principe pas dans de tels dossiers, mais seulement dans les dossiers médicaux. Les collaborateurs d'éméra ont eu connaissance oralement de cas de stérilisations pratiquées discrètement, mais ils ne peuvent en parler ouvertement, de peur de nuire aux personnes handicapées en trahissant la confiance des familles.

Pour sa part, le responsable du Service social d'éméra regrette que la sexualité et la contraception demeurent des sujets tabou. Cependant, si la loi du silence et l'attentisme ont l'avantage d'éviter le déclenchement de polémiques, ils ont également pour inconvénient d'amener parfois, en cas de grossesse, à des situations très pénibles d'enfants de handicapés placés dès leur naissance en institution spécialisée. En fait, selon cet interlocuteur, ne rien décider et laisser faire est également une manière de décider, car la naissance d'un enfant est une décision très importante, aussi irréversible que la stérilisation.

FOVAHM

La FOVAHM, Fondation valaisanne en faveur des personnes handicapées mentales, est une fondation privée créée en 1970 à Saxon qui s'occupe de jeunes adultes dès 18 ans et dispose d'ateliers et d'appartements pour ses pensionnaires.

Le responsable de la FOVAHM à Saxon pense que les personnes handicapées ont droit à une vie affective mais qu'il est préférable d'éviter les naissances, dans le cadre institutionnel qui le concerne, d'enfants dont les parents seront incapables de s'occuper. En conséquence, les femmes accueillies à la FOVAHM, qui bénéficient en outre d'un suivi médical à tous les niveaux, sont suivies par un gynécologue qui leur prescrit une contraception régulière. Il est hors de question pour la Fondation d'accueillir d'éventuels enfants de leurs pensionnaires. Toutefois, selon notre interlocuteur, la stérilisation ne saurait entrer en considération car elle est considérée comme une option par trop radicale. Il a toujours été possible de trouver une forme de contraception adaptée aux jeunes femmes en question.

Il a eu connaissance du fait que certaines pensionnaires étaient déjà stérilisées avant leur arrivée, à l'initiative des parents. Pour les pensionnaires déjà intégrées, il est arrivé à trois ou quatre reprises qu'une demande de congé de deux jours sans motifs précis éveille les soupçons du personnel de la FOVHAM. Au total, sur environ 250 personnes accueillies par la Fondation, 7 ou 8 ont été stérilisées, toutes des femmes, placées sous autorité parentale prolongée ou sous tutelle.

Notre interlocuteur pense que ces démarches en vue de stérilisations sont motivées chez les parents de handicapés par le choc consécutif au passage à l'âge adulte d'enfants, avec lesquels, bien souvent, le thème de la sexualité n'a pas été abordé. De plus, l'institution n'étant pas fermée et les pensionnaires n'étant pas tout le

temps sous surveillance, les parents craignent que cette liberté ait des conséquences fâcheuses. La FOVAHM organise également des cours d'éducation sexuelle en collaboration avec le planning familial.

En fait, la situation de la FOVAHM est peut-être plus délicate que celle de La Castalie, où il est possible au personnel médical et pédagogique de discuter la question de la contraception, voire de la stérilisation, avec des parents engagés dans le processus de développement de leur enfant. Avec le personnel de la FOVAHM, centre d'accompagnement fournissant une vie équilibrée, mais sans vocation pédagogique, les parents se sentent vraisemblablement moins enclins à communiquer.

Le responsable de la FOVAHM regrette quant à lui ce manque de dialogue et le silence qui de manière générale entoure la question de la sexualité de ses pensionnaires et qui pousse des familles à s'engager dans des démarches sans avoir pu être réellement informées.

Quelques aspects légaux

Le canton du Valais n'a jamais disposé de lois sur la stérilisation des malades et handicapés mentaux et n'en dispose pas actuellement. Cependant, il est intéressant de savoir comment les services compétents abordent la question.

On peut se référer d'abord aux résultats de l'enquête menée par l'Office fédéral de la justice à la fin des années 1970¹⁰⁷⁰. Voici les réponses concernant le Valais données vraisemblablement par l'un des départements cantonaux, soit de justice et police, soit de la santé.

« Question 1: Des interventions aux fins de stérilisation sont-elles pratiquées, dans votre canton, sur des handicapés mentaux ?

A notre connaissance, aucune stérilisation de ce type n'a été pratiquée en Valais.

Question 2: Dans l'affirmative, sur quelles bases juridiques, quelles lois, quelles directives ou quels règlements se fonde la pratique de la stérilisation ?

Il n'existe dans notre canton aucune disposition légale concernant la stérilisation des handicapés mentaux.

Question 3: A quelles exigences doit répondre le consentement donné par le personne en cause ?

[Pas de réponse]

Question 4: Le consentement du représentant légal suffit-il ?

L'autorité sanitaire d'un de nos cantons voisins, dans un cas de débilité mentale avec grossesse illégitime chez une jeune fille issue d'une famille qui présentait une charge héréditaire considérable, nous a demandé notre préavis. Le consentement de la personne en question n'a pu être requis étant donné sa débilité. Par

¹⁰⁷⁰ ENQUÊTE 1980.

contre, les médecins étaient en possession d'une déclaration de la chambre pupillaire de la commune en vue d'une stérilisation, ainsi que d'une lettre de sa mère donnant son accord. Comme vous pouvez le constater, le pouvoir d'appréciation dans une telle décision relève entièrement de l'autorité médicale.

Question 5: Quelle est la portée de l'appréciation des médecins pour la pratique de stérilisations?

*Dem Schreiben kann keine Antwort entnommen werden*¹⁰⁷¹.

Question 6: Des stérilisations contre la volonté du patient sont-elles pratiquées dans votre canton?

*Siehe Frage 4*¹⁰⁷².

Question 7: Combien de médecins sont-ils appelés à juger de la nécessité éventuelle d'une stérilisation dans chaque cas particulier?

Siehe Frage 4.

Question 8: La personne en cause a-t-elle un droit de recours?

Siehe Frage 4.

Les questions ne semblent pas toujours bien comprises et les réponses, formulées d'abord en français, puis en allemand, sont plutôt minimalistes, le tout laissant affleurer un certain malaise, ou simplement un manque d'expérience (aucun cas connu en Valais, un cas pratiqué ailleurs). Le Valais n'avait effectivement jamais édicté de règles à quelque niveau que ce soit en la matière et les seules réflexions concernant la stérilisation menées par un organisme étatique ont été provoquées par « un canton voisin », en l'occurrence très vraisemblablement le canton de Vaud.

En 2000, des informations plus circonstanciées ont cependant été fournies par le Médecin cantonal et son adjoint:

*« La législation valaisanne ne contenant pas de dispositions spécifiques sur la stérilisation de malades et de handicapés mentaux, nous conseillons aux professionnels concernés de se référer aux recommandations de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) en la matière, à la lumière des modifications importantes adoptées en 1999 par le Sénat de l'ASSM aux directives datant de 1981. »*¹⁰⁷³

Le Médecin cantonal renvoie donc aux directives de l'ASSM si l'on s'adresse à lui pour une demande de stérilisation ou pour une demande de renseignement en la matière. Entretemps, les nouvelles directives ayant été abandonnées après consultation, ce sont probablement les recommandations de 1981 excluant toute possibilité de stérilisation en l'absence de discernement, qui demeurent la référence.

Cependant, selon l'adjoint du Médecin cantonal, la loi du 9 février 1996 sur la santé (articles 18 et 19 relatifs au « droit d'être informé » et au « principe du

¹⁰⁷¹ Ne peut répondre.

¹⁰⁷² Voir question 4.

¹⁰⁷³ Lettre du Médecin cantonal du 3 mai 2000.

consentement», articles 32 et 33 concernant l'«obligation d'obtenir le consentement du patient») fournit un cadre légal à une «procédure souple et discrète» appliquée lorsque des demandes de stérilisation de personnes handicapées mentales aboutissent chez le médecin cantonal. Au centre de cette procédure, l'article 33 alinéa 2 de la loi sur la santé stipule :

«Lorsque le patient est incapable de discernement, le professionnel de la santé doit obtenir l'assentiment de son représentant légal. En cas de désaccord entre le représentant légal et le professionnel de la santé, ce dernier doit obtenir l'accord de la chambre des tutelles. En cas d'urgence, le professionnel de la santé peut agir avant d'avoir obtenu la réponse de la chambre des tutelles.»

Ce qui signifie que la délégation du consentement est légale, dans les cas de demandes de stérilisation de handicapés mentaux comme dans d'autres cas.

Le Médecin cantonal reçoit parfois des demandes de ce type formulées par des médecins :

«Je me permets de vous soumettre un problème auquel j'ai été confrontée dans le courant du mois d'octobre, lors d'une consultation gynécologique. Il s'agit de la demande de stérilisation de la part d'une mère pour sa fille de [...] ans, présentant un retard mental important.

Etant donné que cette question est très controversée et ne connaissant pas la législature valaisanne à ce sujet, je voulais vous demander si vous pourriez me fournir les renseignements nécessaires.

Dans l'attente de votre réponse, je vous prie d'agréer, Monsieur, mes salutations les meilleures¹⁰⁷⁴».

Il répond alors en rendant attentif la ou le demandeur que l'ASSM a édicté des recommandations à ce sujet, puis en lui indiquant que la loi de santé autorise la délégation de consentement dans un tel cas. L'adjoint du médecin cantonal précise que ce dernier recommande vivement de soumettre le cas à un psychiatre et de réunir le consensus autour de l'attitude à adopter.

Cette procédure n'est pas sans rappeler la loi neuchâteloise, bien que le Médecin cantonal ne la formalise ni ne la contrôle d'aucune manière. En fin de compte, elle permet de parvenir à des solutions acceptables dans le sens où chacun doit être convenablement informé et où, par exemple, les parents n'en sont pas réduits à faire stériliser leur enfant sans l'en avertir et sans jamais oser le lui avouer par la suite.

Cette possibilité pour les parents et les tuteurs d'obtenir la stérilisation de personnes déficientes mentales placées sous leur responsabilité dénote la volonté de modifier sans heurts la manière d'aborder des questions de santé publique délicates. Sans imposer de norme légale, en adoptant une procédure efficace mais respectueuse des droits des patients, les autorités sanitaires ont adopté un moyen de régler de manière satisfaisante les demandes de stérilisation qui leur parviennent.

¹⁰⁷⁴ Exemple de lettre, anonymisée, fournie par l'adjoint du Médecin cantonal.

Ce bref chapitre consacré au Valais laisse l'impression d'une situation moins monolithique qu'on ne pourrait s'y attendre en ce qui concerne la délicate question de la stérilisation des handicapés mentaux.

Pour la première période, on constate pour ainsi dire l'inexistence de pratiques de stérilisation; et ceci malgré les prises de position étonnantes du docteur Repond en faveur de mesures eugénistes ponctuelles. Les intérêts de ce dernier pour la psychanalyse et les applications qu'il en a faites à Malévoz tranchent aussi avec la morale sexuelle officielle très stricte qui a caractérisé le Valais. Ces différentes approches de problématiques identiques montrent qu'une société n'est généralement pas aussi homogène qu'un observateur extérieur pourrait ou voudrait le penser.

Pour la période la plus récente, des stérilisations de personnes mentalement déficientes sont devenues possibles et ont été effectuées en Valais, peut-être un peu plus d'une dizaine entre 1980 et 2000¹⁰⁷⁵. Un ou deux cas ont dû se produire dans les années 70¹⁰⁷⁶. Ces chiffres n'excluent pas l'éventualité de stérilisations non repérables.

On peut relever la diversité des situations dans lesquelles les démarches en vue d'obtenir la stérilisation sont effectuées: personnes stérilisées dans un cadre strictement privé, personnes stérilisées après accord entre représentants légaux et professionnels médico-éducatifs, personnes stérilisées après information du Médecin cantonal et accord entre gynécologues, représentants légaux et psychiatres. En outre, comme dans les autres cantons, les demandes proviennent majoritairement de parents ou de représentants légaux et les personnes concernées sont pour ainsi dire toujours des femmes.

Pour les autorités sanitaires et pour les responsables d'institution, mais aussi d'une manière plus générale pour les médecins et pour les parents, il est particulièrement difficile de gérer une situation contrastée dans la société valaisanne, partagée entre un fort héritage d'interdits et une recherche d'ouverture. Il apparaît cependant qu'un débat public, voire seulement dans un groupe restreint, sur la question de la stérilisation ne serait pas de mise et pourrait bloquer des positions radicalement opposées¹⁰⁷⁷.

¹⁰⁷⁵ Approximation qui tient compte des cinq cas de La Castalie, des deux ou trois cas connus par le gynécologue de Monthey et un même nombre connu par le gynécologue de Sion; ces cas font peut-être partie des demandes d'information adressées au médecin cantonal.

¹⁰⁷⁶ Un cas repéré par La Castalie, opération en 1973.

¹⁰⁷⁷ On peut relever qu'aucun article spécifique sur la stérilisation n'a été introduit dans la loi du 9 février 1996, soit une année après la loi neuchâteloise qui contient l'article 32.

SYNTHÈSE: PRATIQUE DE LA STÉRILISATION EN SUISSE ROMANDE DURANT LE XX^e SIÈCLE

Eugénisme, courant d'idées répandu vers 1920-1930

En Suisse romande, les deux cantons de Vaud et de Genève ont vu se développer durant l'entre-deux-guerres un débat nourri sur l'eugénisme, avec des opposants et des partisans. Dans le canton de Fribourg, seule l'opposition du chirurgien G. Clément s'est fait entendre. Dans les cantons de Neuchâtel et du Valais, l'eugénisme n'a suscité aucune prise de position, alors que l'hygiène mentale y a trouvé deux théoriciens d'importance (Henri Bersot et André Repond).

L'eugénisme, qui s'appuie sur les théories de l'hérédité et sur la peur de la dégénérescence, est un courant d'idées très répandu dès les années 20 aussi bien chez les spécialistes que dans l'opinion publique. Il n'est nullement le monopole d'une discipline ou d'un parti politique.

A Genève, plusieurs scientifiques ont été vivement intéressés par l'eugénisme, par exemple l'anthropologue Eugène Pittard, le psychologue Edouard Claparède et le biologiste Emile Guyénot. En 1922-1923, les biologistes genevois avaient même fait le projet de fonder un Institut de génétique et d'eugénétique qui n'a pourtant pas été réalisé. Par contre, le directeur de l'hôpital psychiatrique cantonal, Paul-Louis Ladame, n'était pas favorable à l'eugénisme. On a pu remarquer que les demandes de stérilisation émanant de l'hôpital psychiatrique de Bel-Air étaient très rares à Genève; à l'inverse, dans le canton de Vaud, plusieurs demandes ou expertises de stérilisation émanaient de l'hôpital psychiatrique cantonal; son directeur, Hans Steck, était partisan de la stérilisation eugénique.

L'opinion publique contemporaine, confortée par les médias, considère que l'eugénisme a surtout été un courant défendu par la droite politique, sans doute la période nazie a-t-elle forgé cette idée. Or, en étudiant les débats relatifs à l'origine de la loi vaudoise sur la stérilisation des malades et des infirmes mentaux, on a pu observer qu'il n'y a pas de clivage entre la gauche et la droite. La loi a été proposée par un gouvernement majoritairement de droite modérée; elle a plutôt été

soutenue par les socialistes et critiquée par la droite dure, mais pas de manière homogène. La sensibilité personnelle des députés a certainement joué un rôle plus grand que l'appartenance politique.

L'eugénisme est apprécié à droite par élitisme et à gauche par progressisme; il apporte des arguments en faveur de la sélection, mais aussi en faveur du contrôle des naissances et de l'antialcoolisme. Ainsi, le psychiatre Auguste Forel, socialiste, a tenu un discours pionnier; mais il n'a pas été un acteur décisif de la loi vaudoise de 1928.

Stérilisation volontaire et non volontaire

La stérilisation chirurgicale, soit l'opération sur des organes sains dans le but d'éviter une grossesse ou d'empêcher la procréation, a été introduite à la fin du XIX^e siècle, notamment par le gynécologue allemand Kehrer en 1897. Discutée et pratiquée aux Etats-Unis, en Allemagne et en Angleterre principalement, elle l'a été très peu en France. En Suisse, à Zurich dès 1901, à Bâle, Genève et Lausanne dès 1911, des gynécologues et des psychiatres ont commencé à présenter des cas et à discuter des procédés et des indications relatives à la stérilisation en général. On n'est donc pas étonné de rencontrer surtout dans ces deux villes de Suisse alémanique et ces deux villes de Suisse romande les stérilisations non volontaires, c'est-à-dire demandées par des tiers.

La stérilisation, l'une des principales mesures d'eugénisme négatif, n'a toutefois pas été envisagée par les autorités de la même manière dans les deux cantons de Genève et de Vaud où le débat théorique a été soutenu.

Le canton de Vaud a adopté une loi en 1928 relative à la stérilisation des malades et des infirmes mentaux. Il s'agissait de donner un cadre légal à une pratique existant depuis quelques années, mais ressentie par certains médecins et par les autorités sanitaires comme problématique: à savoir la stérilisation de personnes dépendantes, souvent assistées et ayant un discernement limité. Le cadre légal visait à éviter les abus de la part de tuteurs ou de communes. Les demandes de stérilisation étaient soumises à deux experts et à l'autorisation du Service sanitaire cantonal.

Dans le canton de Genève, où le discours scientifique était ouvert à l'eugénisme, aucune loi sur la stérilisation n'a été adoptée malgré des propositions allant dans ce sens. On peut observer une situation analogue en Angleterre. La stérilisation, même celle de personnes dont le discernement est limité, était considérée comme une question entièrement privée, dont la décision incombait aux médecins seuls. Le libéralisme politique et médical était plus fort à Genève que dans le canton de Vaud qui était assez favorable à un contrôle de l'Etat sur les individus.

Deux périodes distinctes

Dans la pratique de la stérilisation en Suisse romande, qui se développe entre 1910 et 1920, deux périodes distinctes se dessinent: l'entre-deux-guerres jusqu'aux années 70 et la période récente entre 1980 et 2001.

Dans la première période, les cantons de Vaud et de Berne disposent d'une réglementation concernant la stérilisation des personnes atteintes de maladie mentale ou d'infirmité mentale (VD, loi de 1928) ou la stérilisation de personnes assistées (BE, Principes de 1931); la stérilisation non volontaire est donc, dans ces deux cantons, réglementée, c'est-à-dire soumise à l'aval des autorités cantonales, alors que la stérilisation volontaire est privée. La pratique de la stérilisation volontaire ou non volontaire relève de la sphère privée dans les cantons de Genève et Neuchâtel; elle est enfin inexistante dans les cantons de Fribourg et Valais.

Pratique de la stérilisation non volontaire
durant l'Entre-deux-guerres jusqu'aux années 70

<i>Cantons</i>	<i>Date</i>	<i>Lois ou directives</i>	<i>Autorités</i>	<i>Pratique</i>
VD	1928	Loi (art. 28 bis)	Conseil de santé	Réglementée
BE	1931	Principes	Chef de l'Assistance	Réglementée
GE	-	-	-	Privée
NE	-	-	-	Privée
FR	-	-	-	Non
VS	-	-	-	Non

Dans la deuxième période, les modalités restent les mêmes dans le canton de Genève. Dans le canton de Fribourg et du Valais, une pratique privée limitée se développe dès les années 80. Dans le canton de Neuchâtel, la stérilisation des handicapés mentaux devient réglementée dès 1980 (Directives de 1980, puis loi de 1995) et dans le canton de Fribourg dès la loi de 1999. Enfin, dans le canton de Vaud, la pratique de la stérilisation non volontaire s'est trouvée sérieusement freinée à cause de l'héritage considéré comme pesant de la loi de 1928 et à cause de la référence aux recommandations très restrictives de l'ASSM (1981).

Pratique de la stérilisation non volontaire entre 1980 et 2001

<i>Cantons</i>	<i>Date</i>	<i>Lois ou directives</i>	<i>Autorités</i>	<i>Pratique</i>
GE	-	-	-	Privée
VS	-	-	-	Privée
NE	1980	Directives	Médecin cantonal	Réglementée
ASSM	1981	Recommandations		Restrictive
VD	1985	-	-	Restrictive
NE	1995	Loi (art. 32)	Médecin cantonal	Réglementée
FR	1999	Loi (art. 72)	Commission de surveillance	Réglementée

Ces périodes sont distinctes aussi par les motifs à la stérilisation non volontaire qui sont avancés et par la population principalement concernée. Le motif eugénique est de moins en moins admis dans la seconde période alors que le motif contraceptif est mis en évidence. Dans la première période, ce sont plutôt des personnes dont la débilité mentale est peu prononcée qui sont stérilisées, alors que dans la période récente, il s'agit plutôt de personnes handicapées mentales rattachées à une institution.

Données difficilement comparables

Les données concernant le nombre des stérilisations non volontaires sont difficilement comparables. Dans les cantons où il existait une pratique officielle, soumise à autorisation, on peut dénombrer pour certaines périodes les stérilisations. Ainsi, entre 1928 et 1985 dans le canton de Vaud, 378 demandes ont été adressées au Conseil de santé, dont la moitié seulement ont été autorisées, soit 187 (la dernière en 1977).

Dans le canton de Berne, il y a eu 181 stérilisations autorisées par le Chef de l'Assistance entre 1939 et 1949 (45 pour la même période dans le canton de Vaud) et environ 50 entre 1962 et 1966 (9 dans le canton de Vaud). Le nombre plus élevé des stérilisations dans le canton de Berne par rapport au canton de Vaud vient du fait que les stérilisations soumises à autorisation ne recouvrent pas entièrement les mêmes catégories: il s'agit uniquement des stérilisations de personnes considérées comme débiles mentales dans le canton de Vaud, alors que dans le canton de Berne, il s'agit des stérilisations de personnes assistées, y compris pour motif médical ou gynécologique.

Dans le canton de Neuchâtel, il y a eu 58 demandes adressées au médecin cantonal entre 1978 et 1999, dont une seule a été refusée. Les moyennes annuelles sont très semblables dans le canton de Vaud dans les années 60 et dans le canton de Neuchâtel dans les années 80 (une à deux par année), alors qu'une augmentation subite en 1985 dans le canton de Neuchâtel (huit stérilisations, correspondant approximativement à la moyenne annuelle des années 40 dans le canton de Vaud) s'explique dans un premier temps par une inquiétude collective suite au viol d'une handicapée profonde vivant à l'institution des Perce-Neige, puis par l'imminence de l'introduction de la mixité dans les lieux d'habitation de cette même institution.

Une estimation du nombre des stérilisations, dans les cantons où la pratique n'est pas soumise à une autorisation officielle, a pu être faite par le dépouillement systématique d'une année sur dix ans dans les archives des hôpitaux psychiatriques et des services de gynécologie où les dossiers étaient conservés. On a ainsi pu remarquer qu'il y avait d'abord moins de stérilisations pour motifs psychiatriques dans le service de gynécologie de l'hôpital cantonal de Genève (six en 1941) que de stérilisations soumises à autorisation dans le canton de Vaud (neuf en moyenne dans les années 40). Dans les années 60, il y en a beaucoup plus à Genève (60 en 1961) que dans le canton de Vaud (1 par année en moyenne); à Genève, il s'agit surtout de stérilisations pour dépression alors qu'il y a peu de stérilisations pour handicap mental ou débilité mentale. De faibles proportions de stérilisations, tout à fait comparables en gynécologie à Genève et dans le cadre de la loi vaudoise, concernent des femmes souffrant de psychoses, d'épilepsie ou de troubles du comportement.

Dans les cantons de Fribourg et du Valais, au moins jusqu'aux années 70, on préconisait l'internement et l'éducation morale stricte plutôt que la stérilisation dans le but de contrôler des personnes féminines à risque. Cependant certaines stérilisations ont été faites dans les cantons voisins, comme l'atteste le dépouillement des archives de la Maternité de Lausanne (en 1941, neuf personnes domiciliées dans le canton de Fribourg et quatre dans le canton du Valais); mais il s'agit surtout de stérilisations pour motifs médicaux (tuberculose, maladie cardiaque, dépression).

Pratique de la stérilisation, données difficilement comparables

<i>Cantons</i>	<i>Années</i>	<i>Nombre</i>	<i>Moyenne annuelle</i>	<i>Personnes concernées</i>	<i>Stérilisations</i>
VD	1928-1985 1977 fin	187 autorisations 378 demandes	9/1940s 1/1960s	Débiles mentales	Non volontaires
BE	1939-1949 1962-1966	181 (VD 45) 50 (VD 9)	17/1940s 10/1960s	Assistées	Toutes les sortes
GE	1941 1951 1961 1971	6 20 60 28	6/1941 60/1961	Dépression et troubles de l'intelligence	Psychiatriques
NE	1978-1999	58 1 refus	2/1980 8/1985	Handicapées mentales	Non volontaires
FR	(1941) (1951)	(9) (7)			Toutes les sortes
VS	(1941) (1951)	(4) (3)		Maternité VD	Toutes les sortes

Femmes qualifiées de débiles mentales

La stérilisation non volontaire concerne avant tout des femmes. Hans Steck, directeur de l'hôpital psychiatrique de Cery et partisan de la loi vaudoise, dénonçait en 1935 l'« inégalité criante dans l'application de la loi ». Celle-ci a été appliquée dans 85% des cas à des femmes, les directives et la loi neuchâteloises ont été appliquées dans 80% des cas à des femmes.

Les femmes ont été stérilisées plutôt que les hommes parce que c'est sur elles que repose traditionnellement l'essentiel des responsabilités relatives à la sexualité et à l'encadrement des enfants. Elles se sont trouvées être le bouc émissaire des relations illicites (prostitution, viol, enfants illégitimes). Les stérilisations non volontaires ont été motivées par une pluralité de facteurs qui, cumulés, incombent en priorité à la femme. Si la stérilisation d'une femme saine à cause de la maladie de son mari (motif eugénique par procuration) a été unanimement contestée dans le milieu médical, il

incombait tacitement à la femme de ne pas devenir enceinte d'un homme irresponsable moralement, instable et insolvable.

Les femmes qui ont subi une stérilisation non volontaire présentent cependant des différences en fonction des contextes historiques comme cela a été brièvement indiqué plus haut.

Dans l'entre-deux-guerres, il s'agissait surtout de personnes qualifiées de débiles mentales, autant par manque de soutien que par déficience psychique: dans le canton de Vaud, par exemple, des jeunes femmes inadaptées suite à des manques de scolarisation ou à des situations familiales et sociales difficiles. Démunies dès l'enfance, elles avaient été placées, souvent méprisées et exploitées. Célibataires pour la plupart, elles vivaient dans des conditions socio-économiques précaires, présentaient des troubles de l'intelligence moyens ou légers et avaient un comportement considéré comme pathologique ou caractériel; enfin, plusieurs d'entre elles avaient eu ou étaient susceptibles d'avoir un comportement sexuel estimé inadéquat. Elles étaient stérilisées pour pouvoir vivre dans la société sans risquer de se retrouver enceintes; la stérilisation était souvent une alternative à l'internement.

Dès les années 1980, comme à Neuchâtel, par exemple, il s'agit davantage de personnes réellement handicapées mentales, à des degrés divers, sans enfants et rattachées à une institution. Si la stérilisation a longtemps été une alternative à l'internement, elle ne l'est plus depuis l'introduction de la mixité dans les institutions; de plus, le droit à la sexualité des personnes handicapées mentales justifie dans certains cas la stérilisation comme moyen contraceptif.

Motifs cumulés

Les motifs à la stérilisation non volontaire ont toujours été multiples. Il y a deux composantes de base: une santé mentale déficiente et une situation socio-économique précaire. Les dossiers soumis à une autorité supérieure sont en principe bien argumentés à ce sujet, d'autres dossiers moins officiels peuvent être tout à fait laconiques: «stérilisation – débilite mentale».

Le motif eugénique concerne les risques supposés de transmission héréditaire d'une pathologie. Considéré comme scientifique, il était valorisé durant l'entre-deux-guerres, même s'il était contesté par nombre de spécialistes. Il a été formulé de diverses manières: motif eugénétique, puis eugénique, risque de descendance tarée, enfants anormaux. Dans nombre de dossiers, on invoque l'ascendance pathologique: l'alcoolisme du père, la faiblesse d'esprit de la mère ou l'internement d'un ou plusieurs membres de la famille.

Dans la seconde moitié du XX^e siècle, ce motif a été de moins en moins utilisé, parce que connoté historiquement; mais aussi il est devenu inadmissible dans la perspective du droit des handicapés¹⁰⁷⁸. Ce motif serait actuellement du ressort de

¹⁰⁷⁸ Comme l'atteste l'un des principes relatifs à la stérilisation formulés en 1999 par l'INSIEME, la Fédération suisse des associations de parents de personnes mentalement handicapées: «Il est exclu d'invoquer des raisons eugéniques pour légitimer une stérilisation».

la génétique et serait qualifié de médical, mais il n'apparaît pas en ces termes dans les dossiers consultés.

Cependant, si le motif eugénique était bien présent durant l'entre-deux-guerres, il n'était pas suffisant, il n'était même pas central, car dans ce cas, il y aurait eu davantage de handicapés et de malades mentaux stérilisés, et d'avantage d'hommes. La schizophrénie par exemple, largement considérée comme héréditaire durant l'entre-deux-guerres, a rarement été un motif de stérilisation.

L'expression "hygiène sociale préventive", courante jusque dans les années 60, désigne un motif complexe qui recouvre à la fois la notion de risque d'une hérédité pathologique et celle d'un comportement inadéquat et irresponsable chez des personnes démunies.

L'incapacité d'assumer l'entretien et l'éducation d'éventuels enfants pour des jeunes femmes, pour la plupart célibataires et nécessitant le soutien économique de l'assistance publique, est un argument très présent dans l'entre-deux-guerres :

« Elle n'a pas pu élever son premier enfant et ne pourra certainement pas s'occuper du second vu son état de débilité mentale prononcée. » (1941)

Il est formulé de manière un peu différente dans la période récente :

« N'est pas en mesure de créer une famille et d'en assumer la charge. » (1987)

S'il s'agissait surtout précédemment de protéger la société en lui évitant la charge d'un enfant, aujourd'hui l'accent est mis sur le sort individuel de la femme et de l'enfant. Il faut relever que les possibilités économiques et les infrastructures institutionnelles se sont considérablement modifiées entre la première et la deuxième moitié du XX^e siècle.

Un autre argument permanent est le risque de grossesse à la suite d'un viol :

« Par sa passivité, elle risque d'être la victime d'hommes sans scrupule. » (1941)

« Son manque de jugement la laisse sans défense devant une agression corporelle. » (1985)

Si, avant la Seconde Guerre mondiale surtout, on craignait explicitement une naissance de trop, aujourd'hui, c'est le bien de la personne concernée qui est mis en évidence et l'on cherche à éviter le traumatisme de l'avortement. Cependant l'argument du viol a toujours été contesté, la stérilisation ne protégeant pas du viol, mais seulement du risque de grossesse.

Une sexualité considérée comme irresponsable est un motif de plus à la stérilisation non volontaire. Les grossesses hors mariage et les naissances illégitimes étaient souvent un argument décisif, notamment dans l'application de la loi vauchoise qui apparaît surtout comme un moyen de contrôle de la sexualité des femmes démunies et déficientes. Là encore, les termes ont évolué, révélant des conceptions différentes : on qualifiait des jeunes filles d'« érotiques », on dit aujourd'hui qu'elles ont « de la peine à gérer leur sexualité ».

Un seul motif est récent et apparaît à la fin des années 80, il s'agit du droit à l'épanouissement sexuel.

La stérilisation non volontaire concerne en priorité des femmes jeunes, célibataires, sans enfants ou ayant des enfants illégitimes; mais la stérilisation en général, surtout pour motifs gynécologiques et médicaux, concerne en priorité des femmes de plus de 25 ans, mariées, ayant au moins deux enfants. Dans le premier cas, il s'agit à tout prix d'éviter la survenance d'enfants chez des personnes considérées comme incapables, dans le second cas, on se soucie que la femme puisse réaliser, dans la mesure du possible, une ou deux maternités au moins.

Motifs à la stérilisation non volontaire

- Eugénisme (santé mentale)
- Incapacité présumée de s'occuper d'un enfant
- Crainte des abus sexuels
- Sexualité considérée comme irresponsable
- Hygiène sociale préventive
- Epanouissement dans les relations sexuelles (fin années 80)

Discernement limité et consentement problématique

La stérilisation non volontaire a posé tout au long du XX^e siècle des problèmes spécifiques par rapport à la stérilisation volontaire: le consentement est problématique à cause du discernement limité.

Dans la majorité des cas de stérilisation non volontaire, les dossiers indiquent que la personne était consentante ou contiennent un document de consentement signé par la personne; mais la validité du consentement a été maintes fois contestée. La délégation du consentement aux parents ou au tuteur a été souvent admise, mais les risques d'abus étant avérés, une procédure plus complexe a été mise en place dans les cantons de Vaud et de Berne durant l'entre-deux-guerres. La période récente est devenue particulièrement exigeante pour la protection de la personne au point que la stérilisation, accessible à tout un chacun, est devenue inaccessible à une personne privée de discernement: c'est le principe admis par l'Académie suisse des sciences médicales en 1980 et réaffirmé en 2001. Quelques cantons suisses, à l'instar de pays étrangers, ont une loi spécifique qui définit une procédure et des critères pour la stérilisation de personnes privées de discernement; une législation fédérale est à l'étude.

Si des cantons ont adopté des lois, des principes ou des directives (Vaud 1928, Berne 1931, Neuchâtel 1980 et 1995, Fribourg 1999), cela ne signifie pas nécessairement qu'ils pratiquaient ou pratiquent davantage la stérilisation non volontaire, ou d'une manière plus autoritaire qu'ailleurs. A Genève par exemple, l'absence de législation n'a pas été un frein à la pratique de la stérilisation.

Les stérilisations décidées selon des procédures officielles sont bien documentées, argumentées, et correspondent à un consensus collectif. Dans ce sens, les lois peuvent être protectrices. Il faut noter cependant qu'une loi obsolète dans sa formulation (VD dans les années 60-80) ou des recommandations trop restrictives (ASSM 1981) peuvent créer des tensions. A l'inverse, lorsqu'il n'y a aucune procédure officielle, les stérilisations non volontaires sont davantage soumises à l'arbitraire d'une décision privée et ne sont généralement pas documentées dans les archives. Des décisions responsables et conformes aux critères dominants à une époque sont cependant aussi possibles dans une pratique privée.

Diversité à l'échelle régionale et internationale

Les divergences d'opinion et les différences de pratiques durant tout le XX^e siècle relatives à la stérilisation en général (et à la stérilisation non volontaire en particulier) sont manifestes aussi bien à l'échelle internationale qu'en Suisse romande.

Les diversités cantonales s'expliquent par les contextes religieux et culturels, par l'influence du catholicisme à Fribourg et en Valais et du protestantisme dans les autres cantons, par la présence de services universitaires de chirurgie et de gynécologie dans les cantons de Vaud et de Genève, par l'existence de personnalités influentes.

D'une certaine manière, la Suisse romande reflète la diversité des conceptions et des pratiques en Europe: le canton de Vaud peut être comparé à la Suède: ils ont eu une loi et une pratique officielle; le canton de Genève a connu comme la Grande-Bretagne un débat soutenu, mais la pratique est restée privée; les cantons du Valais et de Fribourg ont, comme la France, longtemps rejeté la stérilisation à cause du catholicisme; le canton de Neuchâtel a accordé une prédominance à l'hygiène mentale, comme la France, mais il a adopté, comme la Grande-Bretagne, une pratique privée.

La loi vaudoise de 1928 et la loi allemande de 1933 étaient comparables en bien des points: il s'agissait de réglementer la stérilisation non volontaire en la soumettant à une autorité.

On peut relever l'analogie du premier alinéa de ces deux lois:

« Une personne atteinte de maladie mentale ou d'une infirmité mentale peut être l'objet de mesures d'ordre médical pour empêcher la survenance d'enfants si elle est reconnue incurable et si, selon toutes prévisions, elle ne peut avoir qu'une descendance tarée. » (Vaud, 1928)

« Toute personne atteinte d'une maladie héréditaire peut être stérilisée au moyen d'une opération chirurgicale, si, d'après les expériences médicales, il y a lieu de croire avec la plus grande probabilité que les descendants de cette personne seront frappés des maux héréditaires graves, affectant leur constitution mentale ou corporelle. »¹⁰⁷⁹ (Allemagne, 1933)

¹⁰⁷⁹ Traduction française publiée dans *Le problème sexuel*, revue trimestrielle, Paris, Février 1934, N° 2, p. 42.

Mais, si la première loi concerne la stérilisation des personnes atteintes d'une maladie mentale ou d'une infirmité mentale présumée héréditaire, la seconde ajoute les cas de maladies physiques héréditaires (surdité, cécité, difformités physiques) et d'alcoolisme grave. L'autorité de référence est sanitaire (Conseil de santé) dans le canton de Vaud, judiciaire (Tribunal de santé héréditaire) en Allemagne; la décision entraîne l'autorisation de procéder à la stérilisation dans le canton de Vaud, l'obligation en Allemagne. Dans le canton de Vaud, un seul article a été ajouté à une loi sanitaire alors qu'en Allemagne c'est une loi autonome, très détaillée en ce qui concerne les instances et la procédure de décision, qui a été introduite.

Toutefois, la différence majeure entre le canton de Vaud et l'Allemagne réside dans l'interprétation et dans l'application de la loi. Le nombre des stérilisations pratiquées dans le cadre de la loi allemande entre 1934 et 1939 est estimé entre 350'000 et 400'000¹⁰⁸⁰, puis la stérilisation a été remplacée par l'extermination. Pour les mêmes années, soit entre 1934 et 1939, il y a eu dans le canton de Vaud 61 stérilisations légales. Dans le canton de Vaud, elles ont été pratiquées de cas en cas pour des motifs d'hygiène sociale préventive. En Allemagne, il s'agit d'un programme eugéniste radical.

Plusieurs études ont été menées dans différents pays et, concernant la Suisse alémanique, dans quelques établissements. Sans doute, comme on a pu le remarquer avec les cantons de la Suisse romande, les résultats sont difficilement comparables. Toutefois, il apparaît que la stérilisation non volontaire qui a été pratiquée durant l'entre-deux-guerres et dans la seconde moitié du XX^e siècle concerne en priorité les femmes, plutôt que les hommes, et surtout des personnes considérées comme atteintes de débilité mentale, ce diagnostic étant autant social que médical; c'est aussi ce que montrent avec une relative précision les cas soumis à la loi dans le canton de Vaud. La plupart des auteurs remarquent que le diagnostic eugénique qui est le plus théorisé durant l'entre-deux-guerres ne suffit généralement pas à justifier une stérilisation, mais que d'autres motifs sociaux et médicaux reflètent la complexité des situations. Ils s'interrogent sur ce que certains appellent la construction du diagnostic de débilité mentale et surtout ils mettent l'accent sur la relativité du consentement, au point de dénoncer l'écart entre l'affirmation de médecins qui disent n'intervenir qu'avec le consentement des personnes et la condition de dépendance des personnes qui les amènent à donner leur consentement. Même les stérilisations demandées par la personne concernée peuvent paraître non volontaires, comme le cas de Louise présenté dans le préambule. L'estimation du nombre de stérilisations non volontaires par les historiens dépend de plusieurs facteurs variables selon le cadre de référence théorique: la relation entre les genres et place des femmes; légitimité des critères et des diagnostics; notions de stérilisations volontaires, non volontaires et forcées; conception du consentement.

En Suède par exemple, où près de 63'000 stérilisations ont été enregistrées officiellement entre 1935 et 1975, les historiens Gunnar Broberg et Matthias

¹⁰⁸⁰ MÜLLER-HILL 1989.

Tyden¹⁰⁸¹ relèvent la complexité de la notion de stérilisation forcée. Les stérilisations effectuées dans le cadre de la loi de 1935 peuvent être considérées plutôt comme des stérilisations non volontaires, alors que celles qui ont été effectuées dans le cadre de la loi de 1941 sont en grande partie des stérilisations dites volontaires. Cependant, selon les motifs, selon les catégories de personnes, on peut estimer qu'il y a eu différents degrés de contrainte. Sur toute la période considérée, 92% des personnes stérilisées auraient demandé elles-mêmes la stérilisation ou donné leur consentement. Pour ces auteurs, le nombre de stérilisations que l'on peut qualifier de "forcées" est une question qui n'est pas près d'être résolue. Dans une large mesure c'est une question d'interprétation¹⁰⁸².

Dans la même publication, Paul Weindling dresse un bilan international des sociétés eugéniques, des lois et des données chiffrées concernant les stérilisations soumises aux lois¹⁰⁸³. À côté de l'Allemagne et de la Suède en Europe, on peut retenir par exemple aux Etats-Unis les Etats d'Indiana et de la Virginie, et, pour le Canada, l'Etat d'Alberta.

Dans l'Etat d'Indiana, qui fut le premier Etat à adopter une loi sur la stérilisation déjà en 1907, c'est dès 1902 que des vasectomies sont pratiquées sur des hommes délinquants par le Dr Harry C. Sharp dans la prison de Jeffersonville¹⁰⁸⁴. Dès 1909, la loi est contestée mais la pratique de la stérilisation des criminels, des idiots et des pervers sexuels se prolonge encore jusqu'en 1921, année où la loi est abrogée. Il y aurait eu près de 500 vasectomies entre 1902 et 1909 à Jeffersonville. Une autre loi, concernant la stérilisation des malades mentaux, des handicapés mentaux et des épileptiques est adoptée en 1927; elle est restée en vigueur jusqu'en 1974. Sur toute la période, soit de 1907 à 1974, il y aurait eu près de 2000 stérilisations pratiquées dans le cadre des deux lois (stérilisations masculines d'abord, puis surtout féminines). En Virginie, il y aurait eu environ 8000 stérilisations de malades et handicapés mentaux, d'épileptiques et de criminels pratiquées dans le cadre de la loi entre 1924 et 1974¹⁰⁸⁵; dans l'Etat d'Alberta, il y aurait

¹⁰⁸¹ BROBERG & TYDEN 1999, pp. 114-143. Ce sont les éditeurs de l'ensemble du numéro de cette revue qui contient en outre quatre articles portant sur une comparaison de la situation en Suède avec celle d'autres pays; les auteurs sont Dorothy Porter, Peter Weingart, Paul Weindling et Nils Roll-Hansen. Concernant la Suède, voir aussi le résumé anglais de l'ouvrage de RUNCIS 1998, pp. 355-371. Un article paru dans la presse en 2000 mentionne les résultats d'un rapport de recherche pour le gouvernement signé de Carl-Gustav Andrén selon lequel 31'000 personnes auraient pris l'initiative de l'opération, 21'000 ont donné leur consentement sous la pression plus ou moins forte des circonstances (par exemple une demande d'avortement) et 6'000 stérilisations, soit 9% auraient été faites sans l'assentiment de la personne (TRUC 2000). Ces données rapportées par la presse sont encore une fois à prendre avec précaution.

¹⁰⁸² «The number of sterilizations that could be defined as forced is still a matter of dispute, and no "true" figure is likely to emerge. Likewise, there will probably continue to be differences in opinion about the involvement of Swedish social democracy, the responsibility of physicians, the role of eugenics, science and scientists, as well as about the uniqueness of the Swedish case. In the end, these are all questions of interpretation. How we understand the Swedish and other sterilization policies will depend on our different interests and theoretical frameworks», BROBERG & TYDEN 1999, p. 143.

¹⁰⁸³ Paul Weindling, «International Eugenics: Swedish Sterilization on Context», in BROBERG & TYDEN 1999, pp. 179-198.

¹⁰⁸⁴ GUGLIOTTA 1998.

¹⁰⁸⁵ Informations tirées du film de Stephen Trombley, Bruce Eadie, Paul Gibson, Peter Miller (Coproducteur des télévisions anglaise, danoise, finlandaise et française) présenté en 1994 sur la chaîne de télévision France 2; titre français «Les enfants perdus (stérilisation forcée)».

eu environ 3000 stérilisations de malades et handicapés mentaux dans le cadre de la loi entre 1928 et 1972¹⁰⁸⁶. Les indications sur la pratique de la stérilisation non volontaire soumise à des lois sont difficilement comparables à cause des différentes catégories de personnes concernées et des modalités de décision de la stérilisation non volontaire. A plus forte raison, la pratique des stérilisations non volontaires est-elle très malaisée à documenter dans les régions qui n'ont pas de réglementations spécifiques.

En Suisse, la situation est complexe. Si la stérilisation non volontaire peut être relativement bien étudiée en Suisse romande dans les cantons de Vaud (loi 1928) et de Neuchâtel (directives de 1980), elle reste très lacunaire, quoique existante, dans le canton de Genève par exemple. La période de l'entre-deux-guerres a été étudiée localement en Suisse alémanique. A la clinique psychiatrique de la Friedmatt (Bâle), il y aurait eu entre 1920 et 1930 treize femmes stérilisées, deux femmes castrées et quatre hommes stérilisés sur 2600 dossiers¹⁰⁸⁷. A la clinique psychiatrique de Königsfelden (Argovie), il y aurait eu environ 80 stérilisations sur 3800 entrées de femmes¹⁰⁸⁸; 70 % des stérilisations sont considérées par l'auteur comme des stérilisations forcées¹⁰⁸⁹, concernant surtout des femmes qualifiées de faibles d'esprit, souvent célibataires et ayant des enfants illégitimes. Les autres stérilisations concernaient plutôt des femmes mariées, surchargées par les conditions de vie (ménage, enfants, travail, alcoolisme du mari, etc.) et qui se sentaient malades. D'autres travaux étudient des cas de stérilisation dans le canton de Zurich et de Berne¹⁰⁹⁰. Concernant l'après-guerre en Suisse, on peut mentionner les résultats de l'enquête réalisée auprès des cantons en 1978-1979, à la suite d'un cas controversé¹⁰⁹¹, par l'Office fédéral de la Justice concernant la stérilisation des handicapés mentaux¹⁰⁹²; ils indiquent que dans plus de la moitié des cantons, la stérilisation de handicapés mentaux est pratiquée¹⁰⁹³.

¹⁰⁸⁶ Informations tirées du film de Glynis Whiting (*The national Film Board of Canada*, 1996), diffusé en août 1998 sur la chaîne de télévision Planète; titre français « Stérilisation forcée en Amérique ».

¹⁰⁸⁷ BUSS 1999.

¹⁰⁸⁸ DUBACH 1999.

¹⁰⁸⁹ Le terme de stérilisation non volontaire pourrait sans doute aussi convenir. Pour l'auteur, il s'agit de stérilisations "forcées" car le consentement n'était pas libre et éclairé. Comme Claudia Buess, elle met l'accent sur l'opposition qu'il y aurait, selon elles, entre la théorie et la pratique: stérilisation volontaire dans le discours médical et stérilisation "forcée" dans la plupart des cas concrets.

¹⁰⁹⁰ GOSSENREITER 1992 et 1995; ZIEGLER 1999.

¹⁰⁹¹ Il s'agit probablement d'un cas révélé en 1978 dans le quotidien *Luzerner Tagblatt*, voir FINZEN 1991. L'auteur mentionne 21 cas de stérilisation entre 1980 et 1987 à la Schweizerische Pflegerinnenschule à Zurich.

¹⁰⁹² ENQUÊTE 1980; un exemplaire est conservé aux Archives du Service sanitaire de Neuchâtel 156. 30. 20). Les associations suisses Pro Infirmis et Insieme ont aussi été sollicitées par l'Office fédéral de la Justice pour donner leur opinion concernant la stérilisation des handicapés mentaux.

¹⁰⁹³ Quelques cantons n'ont pas répondu à l'enquête, d'autres ont répondu que la stérilisation de handicapés mentaux n'est pas pratiquée. Plusieurs donnent des réponses approximatives ou indiquent entre trois et dix cas pour des périodes qui varient entre les six ou les 25 dernières années (par exemple Genève mentionne trois cas en six ans, Zoug quatre depuis 1960, Shaffhouse cinq cas depuis 1965, Lucerne, 27 cas depuis 1964, etc.).

Pas de scandale de large ampleur en Suisse romande

On a tenté, dans cette étude sur la Suisse romande, de dégager des tendances perceptibles dans les milieux officiels et professionnels. Les pratiques clandestines échappent en grande partie à toute investigation. S'il importe de rappeler le caractère très problématique des stérilisations non volontaires, il serait faux de juger les situations en fonction de la sensibilité actuelle et il convient de tenir compte de l'évolution des mentalités et des conditions matérielles.

A propos des stérilisations non volontaires en Suisse romande, à aucune période et dans aucun canton, on ne peut parler d'un scandale collectif. On ne peut pas non plus qualifier l'ensemble des stérilisations non volontaires de stérilisations "forcées", c'est-à-dire effectuées contre la volonté de la personne, à son insu ou de manière camouflée. Une partie seulement s'en rapprochent.

Par contre on a pu relever, à toutes les époques, des irrégularités et des tendances problématiques, des appréciations discutables de l'état mental, des défauts de procédure: ainsi, par exemple, l'usage durant l'entre-deux-guerres de questionnaires de connaissances pour des personnes ayant eu une scolarité perturbée ou plus récemment la capacité de discernement niée chez des personnes relativement autonomes; des enquêtes bâclées, insuffisamment documentées, des décisions précipitées, des situations escamotées, la pression de l'entourage, etc. Il faut aussi mentionner les stérilisations impossibles pour des raisons légales conduisant à des situations d'impasse ou à une surveillance extrême.

On dit actuellement volontiers que la stérilisation des personnes handicapées n'entre plus en ligne de compte, une éducation sexuelle adaptée et des moyens contraceptifs réversibles (pilule, Depo Provera, Implanon) suffisant dans la majorité des cas. Quelques exceptions subsistent lorsque les méthodes contraceptives ne sont pas tolérées par les personnes concernées. Or, même réversible, une contraception administrée systématiquement revient à refuser à une personne le droit à la procréation. On se rend compte alors que la stérilisation n'est qu'un aspect de la thématique de la sexualité des personnes mentalement déficientes, et d'une manière plus générale de la situation des personnes inadaptées dans la société. L'une des questions est de savoir s'il peut être possible pour elles de fonder une famille et dans quelles conditions. La problématique est la même que pour toute autre personne, à l'exception, variable en importance d'une personne à l'autre, de la capacité de discernement. Et c'est là que des procédures supplémentaires se justifient pour pallier l'insuffisance ou l'incapacité de discernement. Des lois ou des directives peuvent contribuer à garantir des procédures. Cependant, des lois trop restrictives, tout comme le vide juridique, peuvent entraîner des pratiques clandestines.

Le problème de la stérilisation des personnes mentalement déficientes occupe donc vraisemblablement dans l'opinion publique et dans les médias une place disproportionnée en regard de son importance réelle. La situation passée et actuelle en Suisse romande illustre la complexité de la stérilisation non volontaire qui est à la fois une mutilation humiliante et une opération libératrice. Ce sont les conditions dans lesquelles une stérilisation est décidée qui l'orientent davantage vers l'une ou vers l'autre de ces interprétations.

L'histoire des stérilisations non volontaires en Suisse romande ne peut être considérée en soi comme une page sombre du passé ou du présent qui justifierait une demande de pardon officielle¹⁰⁹⁴. Certes, des cas individuels de stérilisation peuvent paraître contestables, dans un contexte donné, par la procédure et les motifs invoqués, comme peuvent être contestables des cas individuels d'internements ou de refus de stérilisation. Ce que révèle surtout la stérilisation non volontaire, particulièrement dans l'entre-deux-guerres, c'est le statut pitoyable de certaines femmes démunies de tout, ballottées depuis l'enfance, incapables de s'adapter, rarement entendues; elle révèle aussi l'impuissance des acteurs sociaux face à certaines situations. La stérilisation non volontaire est partie prenante de l'histoire de la condition féminine, du contrôle des naissances, de la prise en charge des personnes handicapées, de l'aide sociale, de la priorité accordée à la société ou à individu.

¹⁰⁹⁴ Cependant, étant donné l'évolution des mentalités, la charge émotionnelle à l'échelle internationale de la stérilisation non volontaire et la complexité des situations individuelles, il peut paraître légitime d'envisager en Suisse, au niveau fédéral, une réparation morale des personnes ayant subi une stérilisation non volontaire (voir l'initiative parlementaire de Margrit von Felten de 1999 et l'avant-projet de loi fédérale sur les stérilisations, et plus particulièrement le chapitre 3 relatif à l'«indemnisation des victimes de stérilisations et de castrations abusives», mis en consultation auprès des gouvernements cantonaux au printemps 2002; avant-projet mentionné dans le chapitre «Aspects juridiques», «Stérilisation», «Droit fédéral futur»).

ANNEXES

Organismes et institutions consultés

Canton de Berne

Archives d'Etat
Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale
Hôpital psychiatrique de Bellelay

Canton de Fribourg

Archives d'Etat
Association de parents de handicapés mentaux, Fribourg
Bibliothèque cantonale et universitaire
Centre de planning familial, Fribourg
Centre psycho-social, Fribourg
Direction de la santé publique
Fondation Clos Fleuri, Bulle
Fondation Les Buissonnets, Fribourg
Foyer Les Joncs, Fribourg
Hôpital cantonal, clinique de gynécologie et d'obstétrique
Hôpital psychiatrique de Marsens
La Farandole, Fribourg

Canton de Genève

Archives d'Etat
Clinique psychiatrique de Belle-Idée
Division de psychiatrie du développement mental
Etablissements publics socio-éducatifs pour personnes handicapées mentales (EPSE)
Fondation Aigues-Vertes, Bernex
Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)
Institut universitaire de médecine légale
Service médico-pédagogique

Canton de Neuchâtel

Archives d'Etat
Fondation Les Perce-Neige, Les Hauts-Geneveys
Hôpital psychiatrique de Perreux
Hôpital psychiatrique de Préfargier
Direction de la santé publique
Hôpital, La Chaux-de-Fonds
Hôpital Pourtalès, Neuchâtel

Canton du Valais

Association pour la personne en situation de handicap (éméra)
Centre de planning familial de Sierre
Direction de la santé publique, Sion
Fondation valaisanne en faveur des personnes handicapées mentales (FOVAHM), Saxon
Hôpital psychiatrique de Malévoz
La Castalie, Monthey
Office médico-pédagogique valaisan

Canton de Vaud

Archives cantonales vaudoises
Association romande et tessinoise des institutions d'action sociale (ARTIAS), Yverdon
(Archives du Cartel romand d'hygiène sociale et morale)
Association vaudoise de parents de handicapés mentaux (AVPHM)
Clinique psychiatrique de Cery
Eben-Hézer, Lausanne
Hôpital cantonal, clinique de gynécologie, Lausanne
L'Espérance, Etoy
Service de la santé publique

Périodiques consultés

Annuaire de l'instruction publique en Suisse
Archives de psychologie de la Suisse romande
Archives des sciences physiques et naturelles
Archives suisses d'anthropologie générale
Archives suisses de neurologie et de psychiatrie
Bibliothèque universelle et revue suisse
Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales
Bulletin de la Société vaudoise des sciences naturelles
Le Bulletin féminin
Le Droit du peuple
L'Echo vaudois
Feuille d'avis de Lausanne
Gazette d'hygiène, de médecine et de sciences sociales de la Suisse romande
La Gazette de Lausanne
Le Grutléen
Le Grutli
Gynaecologia Helvetica
L'Hygiène mentale

L'Informateur des aliénistes
Jahresbericht der Schweizerischen Gesellschaft für Vererbungsforchung
Journal de génétique humaine
Journal de la Société vaudoise d'utilité publique
Journal de médecine et d'hygiène populaires de la Suisse romande
La Liberté
Le mouvement féministe
Rapports de l'Assemblée générale de la Société genevoise de patronage des aliénés
La Revue
Revue annuelle d'hygiène sociale et morale
Revue médicale de la Suisse romande
Revue suisse d'hygiène
Revue suisse de médecine
Schweizerische medizinische Wochenschrift
Trente Jours
La Vie intime
La Voix du peuple

Principaux textes juridiques*

- 1907 CCS: Code civil suisse du 10 décembre 1907, entré en vigueur le 1^{er} janvier 1912:
 – article 97 (mariage, discernement), voir p. 57. Cette disposition n'est plus en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2000 (art. 95 CC adopté le 26 juin 1988).
- 1928 Vaud: Loi du 3 septembre 1928, article 28 bis nouveau (mesures de préservation) de la loi de 1901 sur le régime des personnes atteintes de maladies mentales, texte p. 146.
- 1931 Berne: Principes et règles à suivre relativement à la stérilisation de personnes du sexe, Direction de l'assistance publique, février 1931, texte partiel pp. 231 sq.
- 1937 CPS: Code pénal suisse du 21 décembre 1937, entré en vigueur le 1^{er} janvier 1942:
 – article 32 (devoir de fonction), texte partiel note 862, p. 321.
 – art. 34. 2 (état de nécessité), texte partiel note 862, p. 321.
 – art. 120 (interruption non punissable de grossesse), texte p. 61 et note 994, p. 371.
 – article 122 (lésions corporelles graves), texte note 861, p. 321.
- 1980 Neuchâtel: Circulaire du médecin cantonal, Service de la santé publique, 25 août 1980, texte p. 322.
- 1981 ASSM: Recommandations d'éthique médicale pour la stérilisation, Académie suisse des sciences médicales, 17 novembre 1981, texte partiel p. 72.
- 1995 Neuchâtel: article 32 (stérilisation) de la loi de santé du 6 février 1995, entrée en vigueur au 1^{er} janvier 1996, texte p. 324.
- 1999 Insieme: *Principes relatifs à la stérilisation*, Fédération suisse des associations de parents de personnes mentalement handicapées (Insieme), voir p. 227.
- 1999 Fribourg: article 72 (stérilisation) de la loi sur la santé du 16 novembre 1999, entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2001, texte p. 388.
- 2000 ASSM: Directives médico-éthiques pour la stérilisation de personnes mentalement déficientes, Académie suisse des sciences médicales, projet abandonné, voir p. 72.
- 2001 ASSM: Recommandations concernant la stérilisation de personnes mentalement déficientes, Académie suisse des sciences médicales, voir p. 73.

* Les numéros de page renvoient au présent ouvrage.

Bibliographie chronologique

La bibliographie générale à la fin de l'ouvrage répertorie tous les ouvrages cités en note. Il a paru utile cependant de présenter par ordre chronologique une bibliographie concernant l'eugénisme et la stérilisation. Etant donné l'imposante documentation, aussi bien des sources que de l'historiographie, elle n'est que partiellement retenue ici : la première partie porte sur les travaux publiés en Suisse romande durant tout le XX^e siècle (études scientifiques, médicales, mais aussi prises de position et informations destinées au grand public). On peut remarquer qu'il n'y a pour ainsi dire aucune publication dans les années 70 et 80. La seconde partie porte sur les travaux publiés sur ces thèmes depuis 1980 en Suisse alémanique et à l'étranger, attestant un renouveau certain de l'historiographie à partir des années 90. Les publications en Suisse alémanique et à l'étranger avant 1980 ne sont pas présentées¹⁰⁹⁵. Si la bibliographie concernant la Suisse romande peut prétendre à une certaine exhaustivité, les deux autres sont plus partielles, mais illustrent l'intérêt de ces thématiques dans la période contemporaine.

En Suisse romande, durant tout le XX^e siècle¹⁰⁹⁶

- 1897: BEUTTNER, Oskar, «Sterilisation mittels Tubendurchschneidung und Laparotomie», *Centralblatt für Gynäkologie*, 40, 1897, pp. 1227-1228.
- 1906: FOREL, Auguste, *La question sexuelle exposée aux adultes cultivés*, Paris, Steinheil, 1906.
- 1910: ELIME, «Sélection et régénération», *La voix du peuple*, du 3 au 9 décembre 1910.
- 1910: HENNEBERG, «Indications et techniques de la stérilisation chez la femme», *Gynaecologia Helvetica*, 11, 1910-11, pp. 327-339.
- 1912: FOREL, Auguste, *La morale sexuelle*, Lausanne, Editions de la pensée libre, 1912.
- 1913: CLAPARÈDE, Edouard, «La protection des dégénérés et l'Eugénique», *Société genevoise de Patronage des Aliénés*, 8, 1913, pp. 15-25.
- 1913: LADAME, Paul-Louis, «Discours d'ouverture du Président», *Société genevoise de Patronage des Aliénés*, 8, 1913, pp. 3-6.
- 1915: MORSIER, Valérie de, «Que deviennent les élèves qui sont sortis des classes d'anormaux?», *Archives de psychologie de la Suisse romande*, 15, 1915, pp. 379-382.
- 1915: OLIVIER, Charlotte, «Tuberculose pulmonaire et stérilisation», *Revue médicale de la Suisse romande*, 1915, pp. 780-813.
- 1915: WAEGELI, Charles, «Avortement et stérilisation en un temps», *Gynaecologia Helvetica*, 16, 1915-1916, pp. 41-45.
- 1917: JEANNERET, Lucien, «Le premier droit de l'enfant à la santé», *Gazette d'hygiène et de médecine de la Suisse romande*, 5, 1917, pp. 2-6.
- 1918: CHÂTILLON, Fernand, «Sur la technique de l'avortement et stérilisation en un temps, par voie abdominale», *Gynaecologia Helvetica*, 19, 1918-1919, pp. 137-145.

¹⁰⁹⁵ Celles qui sont citées dans cet ouvrage se trouvent dans la bibliographie générale.

¹⁰⁹⁶ Pour les ouvrages concernant des thèmes apparentés comme l'hygiène mentale, la psychiatrie, l'hérédité, se référer à la bibliographie générale.

- 1918: DESCŒUDRES, Alice, «Le patronage des enfants anormaux», *Société genevoise de patronage des aliénés*, 13, 1918, pp. 15-18.
- 1918: FLOURNOY, Henri, «L'alcoolisme et les enfants anormaux», *Société genevoise de patronage des aliénés*, 13, 1918, pp. 19-32.
- 1921: LADAME, Charles, «A mort les incurables! A mort!», *L'informateur des aliénistes et des neurologistes*, 2, 1921, pp. 42-45.
- 1922: CHODAT, Robert, *Rapport sur la fondation à Genève d'un Institut de génétique et d'eugénétique*, Genève, Imprimerie du Commerce, 1922.
- 1923: *Pour la création à Genève d'un Institut de génétique et d'eugénétique*, Genève, 1923.
- 1924: GUYENOT, Emile, *L'hérédité*, Paris, Doin, 1924.
- 1925: DEMOLE, Victor, «Les causes des maladies mentales et les moyens de les combattre», *Revue suisse d'hygiène*, 4, 1925, pp. 594-610.
- 1925: NAVILLE, François, «Etude sur les castrations et les stérilisations thérapeutiques et prophylactiques en médecine sociale et en psychiatrie», *Revue médicale de la Suisse romande*, 45, 1925, pp. 609-625.
- 1925: NAVILLE, François, «La stérilisation et la castration en médecine sociale et mentale», *Annales de médecine légale, de criminologie et de police scientifique*, 1925, pp. 154-161.
- 1925: SCHREIBER, Georges, «L'examen médical avant le mariage», *Journal de médecine et d'hygiène populaires de la Suisse romande*, 16, 1925, pp. 250-251.
- 1927: FLOURNOY, Henri, «La psychiatrie; sa place et son importance dans l'art médical», *Revue médicale de la Suisse romande*, 47, 1927, pp. 83-89.
- 1927: MURET, Maurice, «De la stérilisation humaine», *Schweizerische Zeitschrift für Gesundheitspflege*, 7, 1927, pp. 3-14.
- 1928: «Au Grand Conseil. Session de mai», *Le droit du peuple*, 23 mai 1928.
- 1928: «Grand Conseil. Régime des personnes atteintes de maladies mentales», *Gazette de Lausanne*, 23 mai 1928.
- 1928: «La session du Grand Conseil», *Gazette de Lausanne*, 25 mai 1928.
- 1928: «A propos des lois sanitaires», *La revue*, 8 juin 1928.
- 1928: «Au Grand Conseil. Reprise de la session de printemps», *Le droit du peuple*, 4 septembre 1928.
- 1928: «Grand Conseil. Le régime des malades mentaux», *Gazette de Lausanne*, 4 septembre 1928.
- 1928: «La stérilisation des anormaux», *Gazette de Lausanne*, 9 septembre 1928.
- 1928: «La session du Grand Conseil», *La revue*, 12 septembre 1928.
- 1928: «La stérilisation des anormaux. L'avis du docteur Toulouse», *Gazette de Lausanne*, 20 septembre 1928.
- 1928: «La stérilisation des anormaux», *Journal de médecine et d'hygiène populaires de la Suisse romande*, 10, 1928, pp. 153-155.
- 1928: BOVEN, William, «Le droit des faibles. A propos du projet vaudois de stérilisation des malades de l'esprit», *Gazette de Lausanne*, 22 août 1928.

- 1928: CHEVALIER, Ernest, «La stérilisation des anormaux incurables et les problèmes qu'elle pose», *Revue internationale de l'enfant*, 31, 1928.
- 1928: CLÉMENT, Gustave, «Le droit des faibles», *Gazette de Lausanne*, 27 juin 1928.
- 1928: FOREL, Auguste, «Réponse au camarade Paul Golay», *Le droit du peuple*, 13 juin 1928.
- 1928: GOLAY, Paul, «Un projet étrange», *Le droit du peuple*, 7 juin 1928.
- 1928: MERKLEN, Léon, «Une philanthropie inhumaine. Les aberrations des eugénistes», *L'écho vaudois*, 29 septembre 1928.
- 1928: Ordre et Tradition, «A propos de la stérilisation des anormaux», *Gazette de Lausanne*, 31 août 1928.
- 1928: PITTARD, Eugène, «Notes d'eugénique. Troubles oculaires se poursuivant à travers trois générations. Hérité unilatérale», *Archives suisses d'anthropologie générale*, 1, 1928, pp. 103-105.
- 1928: PITTARD, Eugène, «Bibliographie», *Archives suisses d'anthropologie générale*, 2, 1928-29, p. 274 (concernant l'ouvrage de DARWIN 1928).
- 1928: RÉDALIÉ, L., «Aptitude au mariage et troubles mentaux», *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 11, 1928, pp. 289-290.
- 1928: RIGASSI, Georges, «Une innovation discutable», *Gazette de Lausanne*, 5 septembre 1928.
- 1928: VILLARS, Louis, *Erreur sociale et péril national. Eugénique et néo-malthusianisme*, Porrentruy, Aux Editions jurassiennes, 1928.
- 1929: CURCHOD-SECRETAN, «La stérilisation des anormaux. Une protestation féminine», *Bulletin féminin*, janvier 1929.
- 1929: FERRIÈRE, Adolphe, «Eugénisme et stérilisation», *La revue mensuelle*, 329, 1929, pp. 319-321.
- 1929: FISCHER, Anna, *La femme médecin du foyer. Ouvrage d'hygiène et de médecine familiale*, Genève, Paris, Bruxelles, Maison d'éditions populaires, 1929.
- 1929: MURET, Maurice, «Des indications de la stérilisation chez la femme», *Gynécologie et Obstétrique*, 3, 1929, pp. 277-303.
- 1929: REDALIÉ, L., «Examen médical prénuptial et troubles mentaux», *L'hygiène mentale*, 1, 1929, pp. 15-17.
- 1930: WANNER, Frédéric, «La loi sur la stérilisation des personnes privées de discernement et son fonctionnement dans le Canton de Vaud pendant la première année», *Hygiène mentale*, 7, 1930, pp. 163-172.
- 1931: CLÉMENT, Gustave, *Contre l'éclosion de la vie. Des faits, des réflexions. Rapport présenté à une réunion du Volksverein à Olten, le 3 mai 1931*, Bâle, Fribourg, Hess, 1931.
- 1931: PITTARD, Eugène, «Préface», dans *Qu'est-ce que l'eugénique?*, Paris, Félix Alcan, 1931, pp. I-VII.
- 1932: GOUSENBERG, Abraham, *Les lois de l'hérédité et leur application dans la vie quotidienne*, Lausanne, Freudweiler-Spiro, 1932.
- 1932: KRAFFT, Henri-César, «Consultation médicale matrimoniale», *Revue suisse d'hygiène*, 1932, pp. 454-458.

- 1932: MARTIN DE SOBRADILLO, Agapito, *La procréation et la stérilisation au point de vue du droit naturel*, Fribourg, Louvain, Paris, Impr. St Paul, Libr. E. Desbarax, Société et librairie Saint François d'Assise, 1932.
- 1933: «La stérilisation des anormaux», *Le droit du peuple*, 12 juillet 1933.
- 1933: «La stérilisation des anormaux. Des précisions du Service sanitaire cantonal», *Le droit du peuple*, 20 juillet 1933.
- 1933: FLOURNOY, Henri, «Les facteurs constitutionnels et héréditaires au point de vue de l'hygiène mentale», *Revue suisse d'hygiène*, 1933, pp. 41-49.
- 1933: HAAS, Samuel, *Le bolchévisme intellectuel. Considérations actuelles*, Genève, Imprimerie du Journal de Genève, 1933.
- 1933: JOURNET, Charles, «La stérilisation des anormaux. Principes de théologie», *Nova et Vetera*, 4, 1933, pp. 415-421.
- 1933: KRAFFT, Henri-César, «Consultation médicale de mariage de Pro familia au dispensaire de La Source, Lausanne», *Revue suisse d'hygiène*, 1933, pp. 232-233.
- 1933: LADAME, Charles, *Asile-Clinique psychiatrique Bel-Air. Chêne (Genève)*, Zürich, Eckhardt et Pesch, 1933.
- 1933: LOMBARD, E., «Lettre de Suisse», *La vie nouvelle*, 435, 1933, pp. 286-287.
- 1933: PIDOUX, Yvonne, «La stérilisation des anormaux. Etude médicale», *Nova et Vetera*, 4, 1933, pp. 422-434.
- 1933: STECK, Hans, «Das Gesetz vom 3. September 1928 über Unfruchtbarmachung geistig Minderwertiger im Kanton Waadt und seine Anwendung», *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 99, 1933, pp. 131-145.
- 1934: «L'Allemagne prend des mesures pour améliorer la race», *La Suisse*, 2 janvier 1934.
- 1934: KRAFFT, Henri-César, «Rapport de la consultation médicale matrimoniale au dispensaire de la Source à Lausanne en 1933», *Revue suisse d'hygiène*, 1934, pp. 137-140.
- 1935: STECK, Hans, «La pratique de la stérilisation légale des anormaux psychiques dans le Canton de Vaud», *Revue médicale de la Suisse romande*, 55, 1935, pp. 874-895.
- 1935: WOLF, Charles, «La castration de l'homme pour perversion sexuelle ou délits de mœurs», *Annales médico-psychologiques*, 1935, pp. 402-437.
- 1936: WOLF, Charles, «Aspect actuel du problème de la stérilisation eugénique», *La Presse médicale*, 61, 1936, pp. 1228-1232.
- 1937: BERSOT, Henri, *Comment lutter contre les tares héréditaires*, Fribourg, Imprimerie Saint-Paul, 1937.
- 1937: CLÉMENT, Gustave, «Stérilisation et eugénisme», *Nova et Vetera*, 1, 1937, pp. 1-24.
- 1937: DUBOIS-FERRIÈRE, Henri, «La castration des délinquants et pervers sexuels et la morale de l'Eglise», *Nova et Vetera*, 4, 1937, pp. 466-473.
- 1937: MORARD, Casimir, «L'eugénisme stérilisateur, l'hérédité et la surdité héréditaire», *Nova et Vetera*, 1, 1937, pp. 25-58.
- 1937: STECK, Hans, «Eugénisme et stérilisation», *Société de patronage des aliénés et Ligue d'hygiène mentale du Canton de Vaud*, 35, 1937, pp. 8-18.
- 1937: STECK, Hans, «L'application de la loi vaudoise sur la stérilisation des anormaux psychiques», *Revue suisse d'hygiène*, 1937, pp. 1-5.

- 1938: «Etranges divagations de M. Paul Morand», *Gazette de Lausanne*, 6 janvier 1938.
- 1938: MORAND, Paul, «Une lettre de M. Paul Morand», *Gazette de Lausanne*, 20 janvier 1938.
- 1938: STECK, Hans, «Die Durchführung des Waadtländischen Sterilisationsgesetzes», in ZURUKZOGLU, Stavros (Hg.), *Verhütung Erbkranken Nachwuchses*, Bâle, Schwabe, 1938, pp. 227-232.
- 1940: NAVILLE, François, DUBOIS-FERRIÈRE Henri, «Etudes statistiques sur la délinquance sexuelle. Le traitement par la castration», *Revue médicale de la Suisse romande*, 1940, pp. 868-883, 1941, pp. 150-157, pp. 234-242.
- 1941: JICHLINSKI, Simon, *Les stérilisations et castrations eugéniques, prophylactiques et thérapeutiques*, Genève, Imprimerie du commerce, 1941.
- 1942: REPOND, André, *Les théories et les pratiques actuelles de l'eugénisme. Conférence faite à l'Assemblée de la Société suisse d'assistance aux arriérés*, Saint-Gall, 1942.
- 1943: RUGGLI, Paul, *Les résultats de la castration thérapeutique sur les aberrations sexuelles*, Genève, Imprimerie du commerce, 1943.
- 1943: ZURUKZOGLU, Stavros, *Alcoolisme et eugénisme*, Lausanne, Imprimerie du Léman, 1943.
- 1944: STECK, Hans, «Les dispositions légales concernant la stérilisation eugénique dans le Canton de Vaud et leur application», *Jahresbericht der Schweizerischen Gesellschaft für Vererbungsforchung*, 4, 1944, pp. 481-485.
- 1946: GUYENOT, Emile, *Les problèmes de la vie*, Genève, Editions du Cheval ailé, 1946.
- 1951: FRANCESCHETTI, A., KLEIN, D., «Au sujet de la création, à Genève, d'un Service de génétique humaine rattaché à la Clinique ophtalmologique», *Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales*, 7, 1951, pp. 351-357.
- 1951: LEUTHOLD, Violette, «Zum Problem der Schwangerschaftsunterbrechung mit besonderer Berücksichtigung illegaler Aborte», *Revue suisse d'hygiène*, 1951, pp. 126-140.
- 1952: POLLA, Louis, «Une tache dans la législation vaudoise. La stérilisation», *Le Courrier*, 31 janvier 1952.
- 1952: NAVILLE, Alice, «Nachuntersuchungen bei 195 auf eigenes Begehren und ohne vorherige psychiatrische Begutachtung sterilisierten Frauen», *Praxis-Revue suisse de médecine*, 47, 1952, pp. 1020-1024.
- 1954: «Eugénisme», *La Nation*, 1^{er} juillet 1954.
- 1954: BLANC, F.-L., «Pour une nation saine», *Trente Jours*, 5, 1954, pp. 10-18.
- 1968: BERSIER, Roland, Contribution à l'étude de la liberté personnelle. L'internement des aliénés et des asociaux. La stérilisation des aliénés, Cremines, Roos, 1968.
- 1969: GLARDON, Bernard, *La stérilisation chirurgicale féminine*, Genève, Médecine et Hygiène, 1969 (thèse de médecine, Lausanne).
- 1981: SCHUPBACH, Henri-Robert, «Aspects juridiques de la stérilisation des handicapés mentaux», *Annales 1980-1981 de l'Université de Neuchâtel*, 1981 (tiré à part).
- 1989: EHRENSTRÖM, Philippe, *La stérilisation des malades mentaux et l'avortement eugénique dans le canton de Vaud: Eugénisme et question sociale du début du XX^e siècle aux années 1930*, Genève, 1989, mémoire de licence du Département d'histoire générale de l'Université de Genève, 1989 (inédit).

- 1990: EHRENSTRÖM, Philippe, « La stérilisation des malades mentaux », *Médecine et hygiène*, 48, 1990, pp. 2784-2790.
- 1990: EHRENSTRÖM, Philippe, « Regards aliénistes dans les cantons de Vaud et Genève, de la fin du XIX^e siècle aux années 1930 », *Equinoxe*, 3, 1990, pp. 169-178.
- 1990: GLOOR, Pierre-André, « Quelques réflexions sur l'Eugénique », *Médecine et hygiène*, 48, 1990, pp. 985-990.
- 1991: EHRENSTRÖM, Philippe, « Eugénisme et politique: réflexions sur une étude de cas », *Les Annuelles*, 2, 1991, pp. 65-86.
- 1991: EHRENSTRÖM, Philippe, « La castration des malades mentaux », *Médecine et hygiène*, 49, 1991, pp. 1270-1273.
- 1991: EHRENSTRÖM, Philippe, « Stérilisation opératoire et maladie mentale. Une étude de cas », *Gesnerus*, 49, 1991, pp. 503-516.
- 1991: PREISWERK, Frank, « Auguste Forel (1848-1931): un projet de régénération sociale, morale et raciale », *Les Annuelles*, 2, 1991, pp. 25-50.
- 1991: RUFER, Marc, « La poutre dans l'œil: racisme et psychiatrie. Histoire et actualité de la génétique dans la psychiatrie suisse », *Les Annuelles*, 2, 1991, pp. 9-22.
- 1991: ZELLER, Marie-France, « A propos de l'aliénation, de la criminalité et de l'alcoolisme au tournant des XIX^e et XX^e siècles: le discours eugénique », *Les Annuelles*, 2, 1991, pp. 51-63.
- 1993: EHRENSTRÖM, Philippe, « Eugénisme et santé publique: la stérilisation légale des malades mentaux dans le canton de Vaud (Suisse) », *History and Philosophy of the Life Sciences*, 15, 1993, pp. 205-227.
- 1995: EHRENSTRÖM, Philippe, « "Toute création a son ver qui la ronge" », *Traverse*, 1995, pp. 110-116.
- 1997: ATS, « Stérilisations forcées. Vide juridique embarrassant », *Le Matin*, 29 août 1997.
- 1997: BELLMOND, Alice de, « Stérilisations forcées: les sociaux-démocrates suédois ne veulent pas porter seuls le chapeau », *Journal de Genève et Gazette de Lausanne*, 28 août 1997.
- 1997: COLSON, Marie-Laure, « En 41 ans, les sociaux-démocrates suédois ont stérilisé de force 62'000 personnes », *24 Heures*, 27 août 1997 (copyright *Libération*).
- 1997: DUBUIS, Etienne, « Dénoncé en Suède, le scandale des stérilisations forcées éclabousse aussi la Suisse », *Le Nouveau Quotidien*, 27 août 1997.
- 1997: FANTINI, Bernardino, « Le spectre de l'eugénisme », *Cahiers médicaux-sociaux*, 41, 1997, pp. 65-78.
- 1997: FARROKH, Mohammad, *Lausanne-Cité Alentours*, mai-juin 1997.
- 1997: FREI, Pierre-Yves, « L'ère de la contraception responsable », *L'Hebdo*, 4 sept. 1997.
- 1997: GASSER, Jacques, HELLER, Geneviève, « Etude de cas: les débuts de la stérilisation légale des malades mentaux dans le canton de Vaud », *Gesnerus*, 54, 1997, pp. 242-250.
- 1997: JMA, « Fribourg favorable à la stérilisation forcée », *L'objectif*, 17-27 novembre 1997.
- 1997: LAMBERT, Jean-Luc, *La nouvelle tentation eugénique*, Lausanne, Editions des Sentiers, 1997.
- 1997: LORENZI, Massimo, *Tribune de Genève*, 27 août 1997.

- 1997: PETTI-PIERRE, Marie-Christine, «Stérilisation des personnes handicapées, seul Neuchâtel a osé légiférer en Suisse romande», *Journal de Genève et Gazette de Lausanne*, 30-31 août 1997.
- 1997: SEYDTAGHIA, Anouch, «Quand les médecins voulaient "soigner" d'autorité la pauvreté», *24 Heures*, 29 août 1997.
- 1997: TAUXE, Chantal, SEYDTAGHIA, Anouch, «La stérilisation forcée, page trouble de l'histoire récente», *24 Heures*, 28 août 1997.
- 1997: Z. C., «Pro Juventute critique l'amalgame du TJ», *24 Heures*, 27 août 1997.
- 1998: BLASER, Françoise, «Dans sa période nazie, l'Autriche s'est débarrassée de ses enfants handicapés», *Journal de Genève et Gazette de Lausanne*, 4 février 1998.
- 1998: DUC, Yvan, «Stérilisation des handicapés mentaux: une loi a ses limites», *La Liberté*, 2 novembre 1998.
- 1998: FREUDIGER, Anne, «La stérilisation des handicapés mentaux», *Le Temps*, 8 décembre 1998 (lettre de lecteur).
- 1998: GERMAIN, Martine, *Eugénisme et stérilisation. Mise à l'écart de la personne déficiente. Idéologies et pratiques du XIX^e siècle à nos jours*, Lausanne: 1998 (inédit).
- 1998: JEANMONOD, Gilles, «Mutation du concept de dégénérescence en Suisse romande, 1870-1920», *Gesnerus*, 55, 1998, pp. 70-86.
- 1998: JEANMONOD, Gilles, GASSER, Jacques, «La loi sur la stérilisation légale des malades mentaux, canton de Vaud (Suisse), 1928. Etude préliminaire», dans DIEDERICH, Nicole (dir.), *Stériliser le handicap mental?*, Ramonville Saint-Agne, Erès, 1998, pp. 81-95.
- 1998: JEANMONOD, Gilles, HELLER, Geneviève, GASSER, Jacques, «Comment le canton de Vaud a stérilisé les handicapés mentaux», *Le Temps*, 18 novembre 1998.
- 1998: JEANMONOD, Gilles, HELLER, Geneviève, GASSER, Jacques, *La stérilisation légale des malades et infirmes mentaux dans le canton de Vaud, 1928-1985*, Lausanne, Institut universitaire d'histoire de la médecine et de la santé publique, 1998 (inédit).
- 1998: NETZ, Robert, *24 Heures*, 20 janvier 1998 (éditorial).
- 1998: PONT, Luc, «Sous le sceau de l'éthique... Hier, stérilisation des personnes incapables de discernement. Aujourd'hui, attachement des patients et traitements forcés», *Tout Comme Vous*, GRAAP, N° 61, février 1998.
- 1998: SEYDTAGHIA, Anouch, «Stérilisation: le bistouri a mutilé des femmes jugées handicapées mentales», *24 Heures*, 19 novembre 1998.
- 1999: «La barbarie officielle redécouverte...», *Le Courrier*, 22-24 mai 1999.
- 1999: JEANMONOD, Gilles, «L'eugénisme», *Lettre d'information de l'Institut romand d'histoire de la médecine et de la santé*, 10, 1999, pp. 1-2.
- 1999: VOS, Anton, «La recherche historique sur l'eugénisme bute sur le secret médical», *Le Temps*, 5 mai 1999.
- 2000: GUILLOD, Olivier, «La stérilisation de personnes mentalement déficientes», dans *Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach*, Bâle, Genève, Munich, Helbing et Lichtenhahn, 2000.
- 2000: JEANMONOD, Gilles, «Histoire de la Société genevoise de prophylaxie mentale, 1906-2000», *Revue médicale de la Suisse romande*, 120, 2000, pp. 1007-1013.

- 2000: JEANMONOD, Gilles, GASSER, Jacques, « Eugénisme », dans *Dictionnaire historique de la Suisse*, 2000.
- 2000: JEANMONOD, Gilles, HELLER, Geneviève, « Eugénisme et contexte socio-politique. L'exemple de l'adoption d'une loi sur la stérilisation des handicapés et malades mentaux dans le canton de Vaud en 1928 », *Revue suisse d'histoire*, 50, 2000, pp. 20-44.
- 2000: JEANMONOD, Gilles, HELLER, Geneviève, « La stérilisation des malades et handicapés mentaux dans les cantons de Fribourg et de Genève. XX^e siècle », *Revue médicale de la Suisse romande*, 120, 2000, pp. 959-965.
- 2001: JEANMONOD, Gilles, HELLER, Geneviève, GASSER, Jacques, « Déficience mentale et sexualité. La stérilisation légale dans le canton de Vaud entre 1928 et 1985 », *Bulletin des médecins suisses*, 2001, pp. 77-80.
- 2001: JEANMONOD, Gilles, HELLER, Geneviève, GASSER, Jacques, « Dégénérescence de l'eugénisme? Autour de la stérilisation non volontaire en Suisse romande durant le XX^e siècle », *Revue médicale de la Suisse romande*, 122, 2002, pp. 47-53.

En Suisse allemande depuis 1980

- 1990: ROSENOW, Gottfried, « Der Stand der Eugenikdebatte in der Schweiz 1938. Das Werk "Verhütung Erbkranken Nachwuchses", Basel 1938 », Bern, Medizin-historischer Institut der Universität Bern, 1990.
- 1991: ARZT, Günther, « Zur Sterilisation geistig behinderter Patientinnen », *Bulletin des médecins suisses*, 1991, pp. 1332 sq.
- 1991: FINZEN, Asmus von, « Die Sterilisation geistig behinderter Frauen », *Neue Zürcher Zeitung*, 27 septembre 1991.
- 1991: KUNZ, J., FELDER, W., ZOLLINGER, M., ARZT, G., « Zur Sterilisation geistig behinderter Patientinnen », *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 1991, pp. 1328-1335.
- 1992: GOSSENREITER, Anna, *Psychopathinnen und Schwachsinnige. Eugenischer Diskurs in Psychiatrie und Fürsorge: Die Sterilisation von weiblichen Mündeln der Vormundschaftsbehörde Zürich 1918-1933*, Lizentiatsarbeit der Universität Zurich, 1992 (inédit).
- 1994: RYTER, Annamarie, *Als Weibsbild bevogtet. Zum Alltag von Frauen im 19. Jahrhundert. Geschlechtsvormundschaft und Ehebeschränkungen im Kanton Basel-Landschaft*, Liestal, Verlag des Kantons Basel-Landschaft, 1994.
- 1995: GOSSENREITER, Anna, « Die Sterilisation in den 1920er und 1930er Jahren als Sozialpolitik und medizinisches Mittel », in JAUN, Rudolf & STUDER, Brigitte (Hg.), *Weiblich – männlich. Geschlechterverhältnisse in der Schweiz: Rechtsprechung, Diskurs, Praktiken*, Zürich, Chronos, 1995, pp. 231-244.
- 1995: OSTORERO, Chantal, « Les rapports sociaux de sexes. Un élément constitutif de la modernité de la pensée d'Auguste Forel », dans *Féminin-masculin. Rapports sociaux de sexes en Suisse: législation, discours, pratiques*, Zürich, Chronos, 1995, pp. 205-217.
- 1995: RAMSAUER, Nadja, MEYER, Thomas, « Blinder Fleck im Sozialstaat. Eugenik in der Deutschschweiz 1930-1950 », *Traverse*, 1995, pp. 117-121.

- 1995: STUDER, Brigitte, «Kodifizierung, Rechtsbruch und Justizpraxis im Blickwinkel der Geschlechterverhältnisse, 15.-19. Jahrhundert», in JAUN, Rudolf & STUDER, Brigitte (Hg.), *Weiblich – männlich. Geschlechterverhältnisse in der Schweiz: Rechtsprechung, Diskurs, Praktiken*, Zürich, Chronos, 1995, pp. 11-21.
- 1995: WECKER, Regina, «Geschlechtsvormundschaft im Kanton Basel-Stadt. Zum Rechtsalltag von Frauen – nicht nur im 19. Jahrhundert», in JAUN, Rudolf & STUDER, Brigitte (Hg.), *Weiblich – männlich. Geschlechterverhältnisse in der Schweiz: Rechtsprechung, Diskurs, Praktiken*, Zürich, Chronos, 1995, pp. 87-101.
- 1997: GERMANN, Urs, «“Alkoholfrage” und Eugenik. Auguste Forel und der eugenische Diskurs in der Schweiz», *Traverse*, 1997, pp. 144-154.
- 1997: MÖLLER, Arnulf, «Forensische Begutachtung von Sexualdelinquenz durch Eugen Bleuler in den Jahren 1910/1911 – ein psychiatriegeschichtlicher Beitrag –», *Monatschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 6, 1997, pp. 422-429.
- 1998: *Une affaire de cœur. Handicap mental, tendresse et sexualité*, Bienne, INSIEME, Fédération suisse des associations de parents de handicapés mentaux, 1998.
- 1998: WECKER, Regina, «Eugenik-individueller Ausschluss und nationaler Konsens», in *Krisen und Stabilisierung. Die Schweiz in der Zwischenkriegszeit*, Zürich, Chronos, 1998, pp. 165-179.
- 1998: WECKER, Regina, «Eugenik und “Zeitgeist”. Ein Kapitel schweizer Wissenschaftsgeschichte», *Basler Magazin*, 26, 1998, p. 15.
- 1998: WECKER, Regina, «Frauenkörper, Volkskörper, Staatskörper. Zu Eugenik und Politik in der Schweiz», *Itinera*, 20, 1998, pp. 209-226.
- 1999: AEGERTER, V., GRAF, N., IMBODEN, N., RYTZ, T., STÖCKLI, R. (Hg.), *Geschlecht hat Methode. Ansätze und Perspektiven in der Frauen- und Geschlechtergeschichte*, Zürich, Chronos, 1999.
- 1999: BUESS, Claudia, «Diagnose: ad sterilisationem». *Die Konstruktion von Geschlecht im theoretischen Sterilisations- und Kastrationsdiskurs und der institutionellen psychiatrischen Begutachtungspraxis der Heil- und Pflegeanstalt Friedmatt, 1920-1950*, Lizentiatsarbeit der Universität Basel, 1999 (inédit).
- 1999: DUBACH, Roswitha, *Die Verhütung «minderwertiger» nachkommen über Zugriff auf den Frauenkörper. Sterilisationsdiskurs und -praxis in der Deutschschweiz bis 1945*, Lizentiatsarbeit der Universität Zurich, 1999 (inédit).
- 1999: GOEPFERT, S., «“Unfähig” als Ehemänner oder Ehefrauen. Eheverbote nach Art. 97 ZGB», in *Geschlecht hat Methode*, Zürich, Chronos, 1999, pp. 279-284.
- 1999: HEIM, Till, «Das Ziel ist nicht mehr der “gesunde Volkskörper”», *Die Weltwoche*, 25 février 1999.
- 1999: WECKER, Regina, «“Das Dogma”. Zur Konstruktion von Geschlecht durch eugenische Massnahmen» in *Geschlecht hat Methode*, Zürich, Chronos, 1999, pp. 269-278.
- 1999: WOTTRENG, Willi, *Hirnriss*, Zürich, Weltwoche-ABC-Verlag, 1999.
- 1999: ZIEGLER, Beatrice, «Frauen zwischen sozialer und eugenischer Indikation. Abtreibung und Sterilisation in Bern», in *Geschlecht hat Methode*, Zürich, Chronos, 1999, pp. 293-302.
- 2000: RITTER, Hans Jakob, «Nicht unbeeinflusst durch nördliche Winde? Schweizer Psychiatrie und Eugenik in der Zwischenkriegszeit», *Psychiatrische Praxis*, 27, 2000, pp. 127-133.

2002: HUÖNKER, Thomas, *Anstaltseinweisungen, Kindswegnahmen, Eheverbote, Sterilisationen, Kastrationen. Fürsorge, Zwangsmassnahmen, "Eugenik" und Psychiatrie in Zürich zwischen 1890 und 1970*, Zürich, Sozialdepartement der Stadt Zürich, 2002.

En Europe et en Amérique depuis 1980

- 1980: DÖRNER, Klaus (Hg.), *Der Krieg gegen die psychisch Kranken*, Frankfurt am Main, Mabuse-Verlag, 1989 (1. Aufl. 1980).
- 1981: BASTIAN, Till, *Von der Eugenik zur Euthanasie: ein verdrängtes Kapitel aus der Geschichte der deutschen Psychiatrie*, Bad Wörishofen, Verl. Gemeinschaft Erl, 1981.
- 1983: KLEE, Ernst, *"Euthanasie im NS-Staat: die "Vernichtung lebensunwerten Lebens"*, Frankfurt am Main, Fischer-Taschenbuch-Verl., 1983.
- 1984: NOWAK, Kurt, *"Euthanasie" und Sterilisierung im "Dritten Reich". Die Konfrontation der evangelischen und katholischen Kirche mit dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses und der "Euthanasie" - Aktion*, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 1984.
- 1984: THUILLIER, Pierre, «La tentation de l'eugénisme», *La recherche*, 155, 1984, pp. 734-748.
- 1985: BÉJIN, André, «De Malthus à la sociobiologie. Les formes de prise en considération des liens du sang», *Revue européenne des sciences sociales*, 69, 1985, pp. 121-137.
- 1985: *Eugenics Laboratory Lecture Series*, New York, London, Garland, 1985 (The Francis Galton Laboratory for National Eugenics).
- 1986: FADEN, Ruth, BEAUCHAMP, Tom, KING, Nancy, *A History and Theory of Informed Consent*, New York, Oxford, Oxford University Press, 1986.
- 1987: SCHMUHL, Hans-Walter, *Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie: von der Verhütung zur Vernichtung "lebensunwerten Lebens"; 1890-1945*, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 1987.
- 1988: PROCTOR, Robert N., *Racial Hygiene. Medicine under the Nazis*, Cambridge and London, Harvard University Press, 1988.
- 1988: BISSERET-MOREAU, N., «Alexis Carrel et la "Fondation française pour l'étude des problèmes humains" (1941-1945)», dans *Sexe et race. Aspects du darwinisme social du XIXe au XXe siècle*, Paris, 1988, pp. 156-175.
- 1988: WEINGART, Peter, KROLL, Jürgen, BAYERTZ, Kurt, *Rasse, Blut und Gene: Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland*, Frankfurt am Main, Suhrkamp, 1988.
- 1989: LA HAYE JOUSSELIN, Henri de, *L'idée eugénique en France. Essai de bibliographie*, Paris, 1989.
- 1989: MAYR, Ernst, *Histoire de la biologie. Diversité, évolution et hérédité*, Paris, Fayard, 1989.
- 1989: MÜLLER-HILL, Benno, *Science nazie. Science de mort. La ségrégation des Juifs, des Tziganes et des malades mentaux de 1933 à 1945*, Paris, Odile Jacob, 1989.
- 1989: TAGUIEFF, Pierre-André, «L'eugénisme, objet de phobie idéologique», *Esprit*, novembre 1989, pp. 99-112.

- 1989: WEINDLING, Paul, *Health, Race, and German Politics between National Unification and Nazism, 1870-1945*, Cambridge, Cambridge University Press, 1989.
- 1990: ADAMS, Mark B. (Ed.), *The Wellborn Science. Eugenics in Germany, France, Brazil, and Russia*, New York, Oxford University Press, 1990.
- 1990: CAROL, Anne, « Les enfants de l'amour: à propos de l'eugénisme au XIX^e siècle », *Romantisme*, 68, 1990, pp. 87-95.
- 1990: SOLOWAY, Richard, *Demography and Degeneration. Eugenics and the Declining Birthrate in Twentieth-Century Britain*, Chapel Hill & London, The University of North Carolina Press, 1990.
- 1991: CRIPS, Liliane, « Otmar von Verschuer (1896-1969) et les fonctions socio-politiques de l'«hygiène raciale» », dans *Sexe et race. Discours et formes nouvelles d'exclusion du XIX^e au XX^e siècle*, Paris, 1991, pp. 81-93.
- 1991: GARVER, Kenneth L., GARVER Bettylee, « Historical Perspectives. Eugenics: Past, Present, and the Future », *American Journal of Human Genetics*, 49, 1991, pp. 1109-1118.
- 1991: HEIDENREICH, Wolfgang, OTTO Gabriella, *Sterilisation bei geistiger Behinderung*, Stuttgart, Ferdinand Enke Verlag, 1991.
- 1991: KRAMS-LIFSCHITZ, Anne, « Dégénérescence et personne, migrations d'un concept au XIX^e siècle », dans *Biomédecine et devenir de la personne*, Paris, Seuil, 1991, pp. 131-158.
- 1991: RADFORD, John P., « Sterilization versus Segregation: Control of the "Feeble-minded", 1900-1938 », *Social Science and Medicine*, 4, 1991, pp. 449-458.
- 1991: REILLY, P.R., *The Surgical Solution. A History of Involuntary Sterilization in the United States*, Baltimore and London, The Johns Hopkins University Press, 1991.
- 1991: ROTHMALER, Christiane, *Sterilisationen nach dem "Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" vom 14. Juli 1933. Eine Untersuchung zur Tätigkeit des Erbgesundheitsgerichtes und zur Durchführung des Gesetzes in Hamburg in der Zeit zwischen 1934 und 1944*, Husum, Matthiesen Verlag, 1991.
- 1991: STEPAN, Nancy Leys, *"The Hour of Eugenics". Race, Gender, and Nation in Latin America*, Ithaca and London, Cornell University Press, 1991.
- 1991: TAGUIEFF, Pierre-André, « Sur l'eugénisme: du fantasme au débat », *Pouvoirs*, 56, 1991, pp. 23-64.
- 1991: WEBER, Matthias M., « Psychiatrie als "Rassenhygiene". Ernst Rüdin und die Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie in München », *Medizin, Gesellschaft und Geschichte*, 10, 1991, pp. 149-169.
- 1992: CUNNINGHAM, G. C., « Historical Review of Eugenics », *American Journal of Genetics*, 51, 1992, p. 222.
- 1992: DUSTER, Troy, *Retour à l'eugénisme*, Paris, Kimé, 1992.
- 1992: GAYON, Jean, « Comment le problème de l'eugénisme se pose-t-il aujourd'hui? », dans *L'homme et sa santé*, Paris, Seuil, 1992, pp. 290-295.
- 1992: JARRELL, Robin H., « Native American Women and Forced Sterilization, 1973-1976 », *Caduceus*, 3, 1992, pp. 45-58.
- 1992: LÉONARD, Jacques, « Eugénisme et darwinisme. Espoirs et perplexités chez les médecins français du XIX^e siècle et du début du XX^e siècle », dans *Médecins, maladies et société dans la France du XIX^e siècle*, Paris, Sciences en situation, 1992, pp. 147-172.

- 1992: LÉONARD, Jacques, « Le premier congrès international d'eugénique », dans *Médecins, maladies et société dans la France du XIX^e siècle*, Paris, Sciences en situation, 1992, pp. 173-179.
- 1992: MACNICOL, John, « The Voluntary Sterilization Campaign in Britain, 1918-1939 », *Journal of the History of Sexuality*, 3, 1992, pp. 422-438.
- 1992: MAZUMDAR, Pauline M. H., *Eugenics, Human Genetics and Human Failings. The Eugenics Society, its Sources and its Critics in Britain*, London, New York, Routledge, 1992.
- 1992: TESTART, Jacques, *Le désir du gène*, Paris, Bourin, 1992.
- 1992: THOMSON, Mathew, « Sterilization, Segregation and Community Care: Ideology and Solutions to the Problem of Mental Deficiency in Inter-War Britain », *History of Psychiatry*, 3, 1992, pp. 473-498.
- 1993: BACH, O., BACH, C., « Zwangssterilisation und Euthanasie – über die Wurzeln einer Entwicklung, die in den faschistischen Umgang mit psychisch Kranken führte », *Psychiatrische Praxis*, 20, 1993, pp. 78-81.
- 1993: DIEDERICH, Nicole, « La stérilisation des handicapés mentaux », dans *Santé mentale: réalités européennes*, Ramonville Saint-Agne, Erès, 1993, pp. 314-317.
- 1993: DOWBIGGIN, Ian R., *La folie héréditaire ou comment la psychiatrie française s'est constituée en un corps de savoir et de pouvoir dans la seconde moitié du XIX^e siècle*, Paris, E.P.E.L., 1993.
- 1993: FELBOR, Ute von, « Das Institut für Vererbungswissenschaft und Rassenforschung der Universität Würzburg 1937-1945 », *Würzburger Medizinhistorische Mitteilungen*, 11, 1993, pp. 155-173.
- 1993: LUBINSKY, Mark S., « Degenerative Heredity: the History of a Doctrine in Medicine and Biology », *Perspectives in Biology and Medicine*, 1, 1993, pp. 74-90.
- 1993: SCHNECK, Peter, « Rassenhygienische Konzepte im Spiegel der Dresdener Internationalen Hygiene-Ausstellungen von 1911 und 1930 », *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, 87, 1993, pp. 767-770.
- 1993: WEBER, Matthias M., *Ernst Rüdin. Eine kritische Biographie*, Berlin, Springer, 1993.
- 1993: WEIKART, Richard, « The Origins of Social Darwinism in Germany, 1859-1895 », *Journal of the History of Ideas*, 1993, pp. 469-488.
- 1993: WINAU, Rolf, « Der eigene und der fremde Tod. Ueberlegungen zur Geschichte der Sterbehilfe », *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, 87, 1993, pp. 3-12.
- 1993: TAGUIEFF, Pierre-André, « Améliorer l'homme, l'eugénisme et ses ennemis », *Raison présente*, 105, 1993, pp. 59-94.
- 1994: BERMOND, Daniel, « Alexis Carrel, l'eugénisme et le III^e Reich », *L'Histoire*, 178, 1994, pp. 82-83.
- 1994: BURLEIGH, Michael, « Psychiatry, German Society, and the Nazi "Euthanasia" Programme », *Social History of Medicine*, 2, 1994, pp. 213-228.

- 1994: BURLEIGH, Michael, *Death and Deliverance: "Euthanasia" in Germany, c. 1900-1945*, Cambridge, Cambridge University Press, 1994.
- 1994: CAROL, Anne, «Les médecins français et l'eugénisme: un champ de recherche ouvert par Jacques Léonard», dans *Pour l'histoire de la médecine. Autour de l'œuvre de Jacques Léonard*, Rennes, Presses universitaires, 1994, pp. 39-47.
- 1994: KÜHL, Stefan, *The Nazi Connection. Eugenics, American Racism and German National Socialism*, New York, Oxford, Oxford University Press, 1994.
- 1994: PAULY, Philip J., «Essay Review: The Eugenics Industry – Growth or Restructuring?», *Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 1994, pp. 131-145.
- 1994: TAGUIEFF, Pierre-André, «Eugénisme ou décadence? L'exception française», *Ethnologie française*, 1, 1994, pp. 81-103.
- 1994: TAGUIEFF, Pierre-André, «Retour sur l'eugénisme. Question de définition», *Esprit*, février 1994, pp. 198-215.
- 1994: VERDOL, Carole, *La stérilisation*, Poitiers, Faculté de droit de Poitiers, 1994 (inédit).
- 1995: CAROL, Anne, *Histoire de l'eugénisme en France. Les médecins et la procréation XIX^e-XX^e siècle*, Paris, Seuil, 1995.
- 1995: DROUARD, Alain, «Aux sources de l'eugénisme français», *La recherche*, 277, 1995, pp. 648-654.
- 1995: KEVLES, Daniel J., *Au nom de l'eugénisme. Génétique et politique dans le monde anglo-saxon*, Paris, PUF, 1995.
- 1995: LARSON, Edward, *Sex, Race, and Science. Eugenics in the Deep South*, Baltimore & London, The Johns Hopkins University Press, 1995.
- 1995: PAUL, Diane, *Controlling Human Heredity – 1865 to the Present*, Atlantic Highlands, 1995.
- 1995: PICHOT, André, *L'eugénisme ou les généticiens saisis par la philanthropie*, Paris, Hatier, 1995.
- 1995: RAMSAUER, Nadja, MEYER, Thomas, «Blinder Fleck im Sozialstaat. Eugenik in der Deutschschweiz 1930-1950», *Traverse*, 2, 1995, pp. 117-121.
- 1995: ROGER, Jacques, «L'eugénisme, 1850-1950», dans *Pour une histoire des sciences à part entière*, Paris, Albin Michel, 1995, pp. 406-431.
- 1995: SMITH, J. David, POLLOWAY, Edward A., «Institutionalization, Involuntary Sterilization, and Mental Retardation: Profiles from the History of the Practice», *Mental Retardation*, 4, 1995, pp. 208-214.
- 1995: THOMAS, Jean-Paul, *Les fondements de l'eugénique*, Paris, PUF, 1995.
- 1996: BECQUEMONT, Daniel, «Eugénisme», dans *Dictionnaire du darwinisme et de l'évolution*, Paris, PUF, 1996, pp. 1408-1419.
- 1996: BRASLOW, J. T., «In the Name of Therapeutics: The Practice of Sterilization in a California State Hospital», *Journal of the history of medicine*, 51, 1996, pp. 29-51.
- 1996: BROBERG, Gunnar, ROLL-HANSEN, Nils (ed.), *Eugenics and the Welfare State. Sterilization Policy in Denmark, Sweden, Norway, and Finland*, East Lansing, Michigan State University Press, 1996.

- 1996: CAROL, Anne, « Médecine et eugénisme en France, ou le rêve d'une prophylaxie parfaite », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 4, 1996, pp. 618-631.
- 1996: ROER, Dorothee, HENKEL, Dieter (Hg), *Psychiatrie im Faschismus. Die Anstalt Hadamar 1933-1945*, Frankfurt am Main, Mabuse-Verlag, 1996.
- 1996: MAKOWSKI, Christine C., *Eugenik, Sterilisationspolitik, «Euthanasie» und Bevölkerungspolitik in der nationalsozialistischen Parteipresse*, Husum, Matthiesen Verlag, 1996.
- 1996: RUSSO, Enzo & COVE, David, *Génie génétique. Rêves et cauchemars*, Lausanne, Presses polytechniques et universitaires romandes, 1996.
- 1997: BYK, Christian, « La stérilisation contraceptive », *Journal de médecine légale Droit médical*, 6, 1997, pp. 437-440.
- 1997: CAROL, Anne, « Conflits de morale autour de l'eugénisme », dans *Incontournable morale. Actes du colloque de Besançon, 1997*, Besançon, Presses universitaires franc-comtoises, 1997, pp. 149-156.
- 1997: Comité européen: Droit, Ethique et Psychiatrie, « France: La stérilisation des personnes porteuses d'un handicap mental. Le débat après la prise de position du "Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé" », *Cahier Pollen*, 7/8, 1997, pp. 11-118.
- 1997: DOWBIGGIN, Ian R., *Keeping America sane. Psychiatry and Eugenics in the United States and Canada*, Ithaca and London, Cornell University Press, 1997.
- 1997: GAYON, Jean, « Eugenics: an Historical and Philosophical Schema », *Ludus Vitalis*, 8, 1997, pp. 81-99.
- 1997: HAHN RAFTER, Nicole, *Creating Born Criminals*, Urbana, Chicago, University of Illinois Press, 1997.
- 1997: HASLAM, David, « Who's being irresponsible? », *The Practitioner*, octobre 1997, p. 622.
- 1997: LITTLE, George Bradbury, « Comparing German and English Law on Non-Consensual Sterilisation: a Difference in Approach », *Medical Law Review*, 5, 1997, pp. 269-293.
- 1997: POLLACK, Robert, *La signature du vivant*, Paris, Lebaud, 1997.
- 1997: WOJCIECHOWSKI, Jean-Bernard, *Hygiène mentale et hygiène sociale: contribution à l'histoire de l'hygiénisme*, Paris, L'Harmattan, 1997 (2 vol.).
- 1997: YAGIL, Limore, « L'homme nouveau » et la révolution nationale de Vichy (1940-1944), Villeneuve-d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, 1997.
- 1998: BURNY, Arsène (dir.), *La nouvelle génétique médicale*, Bruxelles, Editions de l'Université de Bruxelles, 1998.
- 1998: DIEDERICH, Nicole (dir.), *Stériliser le handicap mental?*, Ramonville Saint-Agne, Erès, 1998.
- 1998: DIKÖTTER, Frank, « Race Culture: Recent Perspectives on the History of Eugenics », *American Historical Review*, 1998, pp. 467-478.
- 1998: FRESNEL, Florence, « La stérilisation des handicapés mentaux », *Médecine et Droit*, 31, 1998, pp. 12-17.
- 1998: GUGLIOTTA, Angela, « "Dr. Sharp with His Little Knife": Therapeutic and punitive Origins of Eugenic Vasectomy – Indiana, 1892-1921 », *Journal of the History of Medicine*, 1998, pp. 371-406.

- 1998: HOERNI, Bernard, SAURY Robert, *Le consentement. Information, autonomie et décision en médecine*, Paris, Masson, 1998.
- 1998: KEYWOOD, Kirsty, «Hobson's Choice: Reproductive Choices for Women with Learning Disabilities», *Medicine and law*, 1998, pp. 149-165.
- 1998: MORANGE, Michel, *La part des gènes*, Paris, Odile Jacob, 1998.
- 1998: NELKIN, Dorothy, LINDEE Susan, *La mystique de l'ADN*, Paris, Berlin, 1998.
- 1998: ODY, R., «Zur Entschädigung der zwangssterilisierten Opfer des Nationalsozialismus», *Nervenarzt*, 69, 1998, pp. 815-817.
- 1998: PAUL, Diane B., *The Politics of Heredity: Essays on Eugenics, Biomedicine, and the Nature-Nurture Debate*, Albany, State University of New York Press, 1998.
- 1998: QUINLAIN, Sean, «The Racial Imagery of Degeneration and Depopulation: Georges Vacher de Lapouge and "Anthroposociology" in Fin-de-siècle France», *History of European Ideas*, 6, 1998, pp. 393-413.
- 1998: RIFKIN, Jeremy, *Le siècle biotech, le commerce des gènes dans le meilleur des mondes*, Paris, La Découverte, 1998.
- 1998: RUNCIS, Maija, «Sterilization in the Swedish Welfare State», in *Steriliseringar i Folkhänmet*, Stockholm, Ordfront, 1998.
- 1998: SPENCER, Hamish G., PAUL Diane B., «The Failure of a Scientific Critique: David Heron, Karl Pearson, and Mendelian Eugenics», *The British Journal for the History of science*, 1998, pp. 441-452.
- 1998: TAGUIEFF, Pierre-André, «Qu'est-ce que le racisme?», *Sciences humaines*, 81, 1998, pp. 38-41.
- 1998: THOMSON, Mathew, *The Problem of Mental Deficiency. Eugenics, Democracy, and Social Policy in Britain, c. 1870-1959*, Oxford, Clarendon Press, 1998.
- 1998: WEINDLING, Paul, *L'hygiène de la race. I. Hygiène raciale et eugénisme médical en Allemagne, 1870-1933*, Paris, La Découverte, 1998.
- 1999: BROBERG, Gunnar, PORTER, Dorothy, WEINGART, Peter, WEINDLING, Paul, ROLL-HANSEN, Nils, «Introduction», «Eugenics and the Sterilization Debate in Sweden and Britain Before World War II», «Science and Political Culture: Eugenics in Comparative Perspective», «International Eugenics: Swedish Sterilization in Context», «Eugenics in Scandinavia After 1945: Change of Values and Growth in Knowledge», *Scandinavian Journal of History*, 2, 1999, pp. 141-213.
- 1999: CAMBRON, Ascension, «Approche juridique de la stérilisation des handicapés mentaux en Espagne», dans MISSA, Jean-Noël, et SUSANNE, Charles, (éds.), *De l'eugénisme d'Etat à l'eugénisme privé*, Bruxelles, De Boeck Université, 1999.
- 1999: *Contraception et stérilisation des personnes handicapées mentales. Aspect juridique et recherche*, Paris, Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations, 1999.
- 1999: DROUARD, Alain, *L'eugénisme en questions. L'exemple de l'eugénisme "français"*, Paris, Ellipses, 1999.
- 1999: ERNST, Waltraud, HARRIS, Bernard (ed.), *Race, Science and Medicine, 1700-1960*, London, New York, Routledge, 1999.
- 1999: GALLAGHER, Nancy, *Breeding Better Vermonters. The Eugenics Project in the Green Mountain State*, Hanover & London, University Press of New England, 1999.

- 1999: GOUYON, Pierre-Henri, «L'eugénisme», *Pour la science*, 257, 1999, p. 8.
- 1999: MILLIEZ, Jacques, *L'euthanasie du fœtus, médecine ou eugénisme?*, Paris, Odile Jacob, 1999.
- 1999: MISSA, Jean-Noël, SUSANNE Charles (éds), *De l'eugénisme d'Etat à l'eugénisme privé*, Bruxelles, De Boeck, 1999.
- 1999: SELDEN, Steven, *Inheriting Shame. The story of Eugenics and Racism in America*, New York, London, Teachers College Press, 1999.
- 1999: SIMONNOT, Anne-Laure, *Hygiénisme et eugénisme au XXe siècle à travers la psychiatrie française*, Paris, Seli Arslan, 1999.
- 2000: CORDING, Clemens, *Die Regensburger Heil- und Pflegeanstalt Karthaus-Prüll im "Dritten Reich". Eine Studie zur Geschichte der Psychiatrie im Nationalsozialismus*, Würzburg, Deutscher Wissenschafts-Verlag, 2000.
- 2000: GABRIEL, Eberhard, NEUGEBAUER, Wolfgang (Hg), *NS-Euthanasie in Wien*, Wien, Böhlau, 2000.
- 2000: GIAMI, Alain, LERIDON Henri (éd.), *Les enjeux de la stérilisation*, Paris, Inserm, 2000.
- 2000: HENNIG, Jessika, *Zwangsterilisation in Offenbach am Main 1934-1944*, Frankfurt am Main, Mabuse-Verlag, 2000.
- 2000: JORDAN, Bertrand, *Les imposteurs de la génétique*, Paris, Seuil, 2000.
- 2000: MUCCHIELLI, Laurent, «Criminologie, hygiénisme et eugénisme en France (1870-1914): débats médicaux sur l'élimination des criminels réputés "incorrigibles"», *Revue d'histoire des sciences humaines*, 3, 2000, pp. 57-88.
- 2000: PICHOT, André, *La société pure*, Paris, Flammarion, 2000.
- 2000: TAGUIEF, Pierre-André (éd.), *Eugénisme et socialisme, Mil neuf cent. Revue d'histoire intellectuelle*, 18, 2000.
- 2001: BACHELARD-JOBARD, Catherine, *L'eugénisme, la science et le droit*, Paris, PUF, 2001.
- 2001: BERNER, P., «L'eugénisme en Autriche», *Annales médico-psychologiques*, 2001, pp. 19-22.
- 2001: CARLSON, Elof Axel, *The Unfit. A History of a Bad Idea*, Cold Spring Harbor, New York, Cold Spring Harbor Laboratory Press, 2001.
- 2001: KLINE, Wendy, *Building a Better Race. Gender, Sexuality, and Eugenics from the Turn of the Century to the Baby Boom*, Berkeley, Los Angeles & London, University of California Press, 2001.
- 2001: KOUPERNIK, C., «Eugénisme et psychiatrie», *Annales médico-psychologiques*, 2001, pp. 14-18.
- 2001: LADD-TAYLOR, Molly, «Eugenics, Sterilisation and Modern Marriage in the USA: The Strange Career of Paul Popenoe», *Gender and History*, 2001, pp. 298-327.
- 2001: MOYSE, Danielle, *Bien naître, bien être, bien mourir. Propos sur l'eugénisme et l'euthanasie*, Ramonville Saint-Agne, Erès, 2001.
- 2001: RICCIARDI VON PLATEN, Alice, *L'extermination des malades mentaux dans l'Allemagne nazie*, Ramonville Saint-Agne, Erès, 2001. Traduit de PLATEN-HALLERMUND, Alice, *Die Tötung Geisteskranker in Deutschland*, Bonn, Psychiatrie-Verlag, 1948.
- 2001: SIMMONOT, Anne-Laure, «Un enjeu éthique du XXe siècle: la question de l'eugénisme», *Annales médico-psychologiques*, 2001, pp. 23-26.

Bibliographie générale

- ADAMS 1990: ADAMS, Mark B. (Ed.), *The Wellborn Science. Eugenics in Germany, France, Brazil, and Russia*, New York, Oxford University Press, 1990.
- AFFAIRE DE CŒUR 1998: *Une affaire de cœur. Handicap mental, tendresse et sexualité*, Bienne, INSIEME, Fédération suisse des associations de parents de handicapés mentaux, 1998, 2^e éd.
- ARCHIVES 1994: *Les Archives de la santé*, numéro spécial de *La Gazette des archives*, 167, 1994 (revue trimestrielle de l'Association des Archivistes Français).
- ARSEVER 1998: ARSEVER, Sylvie, «Un Genevois fait détruire son dossier auprès du Conseil de surveillance psychiatrique», *Journal de Genève et Gazette de Lausanne*, 6 janvier 1998.
- ARZT 1991: ARZT, Günther, «Zur Sterilisation geistig behinderter Patientinnen», *Bulletin des médecins suisses*, 1991, pp. 1332 sq.
- ASH 1910: ASH, Robert, «Zur Tubensterilisation», *Zentralblatt für Gynäkologie*, 48, 1910, pp. 1553-1557.
- ATS 1997: ATS, «Stérilisations forcées. Vide juridique embarrassant», *Le Matin*, 29 août 1997.
- AUER, MALINVERNI, HOTTELIER 2000: AUER, Andreas, MALINVERNI, Giorgio, HOTTELIER, Michel, *Droit constitutionnel suisse, vol. II, Les droits fondamentaux*, Bern, Stämpfli, 2000.
- BACHELARD-JOBARD 2001: BACHELARD-JOBARD, Catherine, *L'eugénisme, la science et le droit*, Paris, PUF, 2001.
- BARBARIE 1999: «La barbarie officielle redécouverte...», *Le Courrier*, 22-24 mai 1999.
- BASTIAN 1981: BASTIAN, Till, *Von der Eugenik zur Euthanasie: ein verdrängtes Kapitel aus der Geschichte der deutschen Psychiatrie*, Bad Wörishofen, Verl. Gemeinschaft Erl, 1981.
- BELLMOND 1997: BELLMOND, Alice de, «Stérilisations forcées: les sociaux-démocrates suédois ne veulent pas porter seuls le chapeau», *Journal de Genève et Gazette de Lausanne*, 28 août 1997.
- BENABENT 1995: BENABENT, Alain, *Droit civil de la famille*, Paris, 1995.
- BERSIER 1968: BERSIER, Roland, *Contribution à l'étude de la liberté personnelle. L'internement des aliénés et des asociaux. La stérilisation des aliénés*, Crémises, Roos, 1968.
- BERSOT 1931: BERSOT, Henri, *La tragique éloquence des chiffres et l'hygiène mentale*, La Chaux-de-Fonds, Imprimerie des Coopératives réunies, 1931.
- BERSOT 1937: BERSOT, Henri, *Comment lutter contre les tares héréditaires*, Fribourg, Imprimerie Saint-Paul, 1937.
- BEUTTNER 1897: BEUTTNER, Oskar, «Sterilisation mittels Tubendurchschneidung und Laparotomie», *Zentralblatt für Gynäkologie*, 40, 1897, pp. 1227-1228.
- BILZ 1900: BILZ, F. E., *La nouvelle médication naturelle*, [Leipzig], F. E. Bilz libraire-éditeur, [ca 1900], (traduit de l'allemand).
- BINDING & HOCHÉ 1920: BINDING, Karl & HOCHÉ, Alfred, *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Mass. Und ihre Form*, Leipzig, Felix Meiner, 1920.
- BIRCHER 1884: BIRCHER, H., «Die Castration bei Ovarialneuralgie und Hysterie», *Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte*, 14, 1884, pp. 447-456, pp. 470-475.
- BLASER 1998: BLASER, Françoise, «Dans sa période nazie, l'Autriche s'est débarrassée de ses enfants handicapés», *Journal de Genève et Gazette de Lausanne*, 4 février 1998.

- BOCK 1986: BOCK, Gisela, *Zwangsterilisation im NS. Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik*, Opladen, Westdeutscher Verlag, 1986.
- BÖCKLI 1954: BÖCKLI, Hans Rudolf, *Gesetzliche Grundlagen rechtspolitische und gesetzgeberische Probleme der Sterilisation von Geisteskranken insbesondere nach schweizerischem Recht*, Winterthur, P. G. Keller, 1954 (Univ. Dissert.).
- BOSSON 1998: BOSSON, Alain, *Histoire des médecins fribourgeois (1850-1900)*, Fribourg, Université de Fribourg, 1998 (mémoire de licence en histoire contemporaine publié dans la collection *Aux sources du temps présent*).
- BOULANGER 1990: BOULANGER, François, dans *Droit civil: la famille*, t. 1, Paris, Economica, 1990.
- BOURQUIN 1973: BOURQUIN, Gilbert, «Aerzte-Willkür: "Du brauchst kein Kind!"», *Blick*, Zurich, 3 février 1973.
- BOVEN 1915: BOVEN, William, *Similarité et mendélisme dans l'hérédité de la démence précoce et de la folie maniaque dépressive*, Vevey, Säuberlin & Pfeiffer, 1915.
- BOVEN 1937: BOVEN, William, «L'hérédité des affections schizophréniques», dans *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*, XI^e session, Bâle-Zurich-Berne-Neuchâtel (20-25 juillet 1936), Paris, Masson, 1937, pp. 127-155.
- BRADBURY LITTLE 1997: BRADBURY LITTLE, George, «Comparing German and English Law on Non-Consensual Sterilisation: a Difference in Approach», *Medical Law Review*, 5, 1997, pp. 269-293.
- BRAKEL, PARY, WERNER 1985: BRAKEL, Samuel, PARY, John, WERNER, Barbara, *The Mentally Disabled and the Law*, Chicago, American Bar Foundation, 1985.
- BRINDEAU & CHEVAL 1929: BRINDEAU, Auguste, CHEVAL, Max, *Rapports, discussions et communications, Association des gynécologues et obstétriciens de langue française, VI^e Congrès, Bruxelles du 3 au 5 octobre 1929*, [Paris], Masson, 1929.
- BROBERG & ROLL-HANSEN 1996: BROBERG, Gunnar, ROLL-HANSEN, Nils (Ed.), *Eugenics and the Welfare State. Sterilization Policy in Denmark, Sweden, Norway, and Finland*, East Lansing, Michigan State University Press, 1996.
- BROBERG & TYDEN 1999: BROBERG, Gunnar, TYDEN, Matthias, PORTER, Dorothy, WEINGART, Peter, WEINDLING, Paul, ROLL-HANSEN, Nils, «Introduction», «Eugenics and the Sterilization Debate in Sweden and Britain Before World War II», «Science and Political Culture: Eugenics in Comparative Perspective», «International Eugenics: Swedish Sterilization in Context», «Eugenics in Scandinavia After 1945: Change of Values and Growth in Knowledge», *Scandinavian Journal of History*, 24, 1999, N° 2, pp. 141-213.
- BUCHARD-MOLTENI 1995: BUCHARD-MOLTENI, Louisette, *Le tour de Suisse en cage. L'enfance volée de Louisette*, Cabédita, 1995 (collection Archives vivantes).
- BUCHER 1956: BUCHER, Eugen, *Die Ausübung der Persönlichkeitsrechte des Patienten als Schranken der ärztlichen Tätigkeit*, Zürich, Juris-Verlag, 1956.
- BUCHER 1999: BUCHER, Andreas, *Personnes physiques et protection de la personnalité*, Basel, Frankfurt am Main, Helbing & Lichtenhahn, 1999, 4. Aufl.
- BUESS 1999: BUESS, Claudia, «Diagnose: ad sterilisationem». *Die Konstruktion von Geschlecht im theoretischen Sterilisations- und Kastrationsdiskurs und der institutionellen psychiatrischen Begutachtungspraxis der Heil- und Pflegeanstalt Friedmatt, 1920-1950*, Lizentiatsarbeit der Universität Basel, 1999 (inédit).
- BURLEIGH 1994 a: BURLEIGH, Michael, *Death and Deliverance: "Euthanasia" in Germany, c. 1900-1945*, Cambridge, Cambridge University Press, 1994.

- BURLEIGH 1994 b: BURLEIGH, Michael, «Psychiatry, German Society, and the Nazi "Euthanasia" Programme», *Social History and Medicine*, 2, 1994, pp. 213-228.
- BURNY 1998: BURNY, Arsène (dir.), *La nouvelle génétique médicale*, Bruxelles, Editions de l'Université de Bruxelles, 1998.
- CAMBRON 1999: CAMBRON, Ascension, «Approche juridique de la stérilisation des handicapés mentaux en Espagne», dans MISSA, Jean-Noël, et SUSANNE, Charles, (éds.), *De l'eugénisme d'Etat à l'eugénisme privé*, Bruxelles, De Boeck Université, 1999.
- CARLSON 2001: CARLSON, Elof Axel, *The Unfit. A History of a Bad Idea*, Cold Spring Harbor, New York, Cold Spring Harbor Laboratory Press, 2001.
- CAROL 1995: CAROL, Anne, *Histoire de l'eugénisme en France. Les médecins et la procréation XIX^e-XX^e siècle*, Paris, Seuil, 1995.
- CHABLE 1920: CHABLE, Robert, *Education sexuelle et maladies vénériennes, éducation de l'enfant et de l'adolescent*, Neuchâtel et Genève, Ed. Forum, 1920.
- CHABLE 1923: CHABLE, Robert, *Jusqu'au mariage*, Neuchâtel, Ed. Forum, 1923.
- CHÂTILLON 1918-1919: CHÂTILLON Fernand, «Sur la technique de l'avortement et stérilisation en un temps, par voie abdominale», *Gynaecologia Helvetica*, 19, 1918-1919, pp. 137-145.
- CHODAT 1922: CHODAT, Robert, *Rapport sur la fondation à Genève d'un Institut de génétique et d'eugénétique*, Genève, Imprimerie du Commerce, 1922.
- CLAPARÈDE 1913: CLAPARÈDE, Edouard, «La protection des dégénérés et l'Eugénique», *Société genevoise de Patronage des Aliénés*, 8, 1913, pp. 15-25.
- CLAPARÈDE 1915: CLAPAREDE, Edouard, *Psychologie de l'enfant et pédagogie expérimentale*, Genève, Kündig, 1915.
- CLAPAREDE 1927: CLAPAREDE, Edouard, «D^r M. Potet. Hygiène mentale», *Archives de psychologie de la Suisse romande*, 20, 1927, p. 259.
- CLAPAREDE 1929: CLAPAREDE, Edouard, «Bibliographie», *Archives de psychologie*, 22, 1929, p. 107 et 24, 1930, p. 382.
- CLAPAREDE 1932: CLAPAREDE, Edouard, «Bibliographie», *Archives de psychologie*, 26, 1932, p. 301.
- CLÉMENT 1912: CLÉMENT, Gustave, *Protection de la mère contre l'enfant? Rapport présenté à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de la Suisse romande*, Genève, Kündig, 1912.
- CLÉMENT 1927: CLÉMENT, Gustave, *Le droit de l'enfant à naître*, collection des *Cahiers «Nova et Vetera»*, Fribourg, 1, 1927.
- CLÉMENT 1929: CLÉMENT, Gustave, «Le secret professionnel», *Revue médicale de la Suisse romande*, 49, 1929, pp. 631-650.
- CLÉMENT 1931: CLÉMENT, Gustave, *Contre l'éclosion de la vie. Des faits, des réflexions. Rapport présenté à une réunion du Volksverein à Olten, le 3 mai 1931*, Bâle, Fribourg, Hess, 1931.
- CLÉMENT 1935 a: CLÉMENT, Gustave, *Le droit de l'enfant à naître. Réflexions pour les médecins et les non médecins*, Bruges, Ch. Beyaert, 1935, 7^e éd. revue et augmentée.
- CLÉMENT 1935 b: [CLÉMENT, Gustave], *Mlle Athénaïs Clément 1869-1935, souvenirs et témoignages*, [Fribourg], [1935].
- CLÉMENT 1937 a: *Le droit des faibles. Notes sur les dangers de la stérilisation*, Fribourg, Impr. St-Paul, 1928 (extrait de *La Liberté*, 58^e année et publié aussi dans *Gazette de Lausanne*, 27 juin 1928).

- CLÉMENT 1937 b: CLÉMENT, Gustave, «*Stérilisation et eugénisme. Rapport présenté à l'Assemblée annuelle de l'Union des médecins catholiques suisses (Lucerne, 6 septembre 1936)*», Fribourg, Imprimerie Fragnières Frères, 1937.
- COLOMBET 1999: COLOMBET, Claude, *La famille*, Paris, Presses Univ. de France, 1999, 6^e éd.
- COLSON 1997: COLSON, Marie-Laure, «En 41 ans, les sociaux-démocrates suédois ont stérilisé de force 62'000 personnes», *24 Heures*, 27 août 1997 (copyright *Libération*).
- COMMISSION SEXUALITÉ 1986: *Rapport de la Commission Sexualité. Savoir accepter la différence, c'est apprendre à partager*, Les Hauts-Geneveys, Fondation neuchâteloise Les Perce-Neige, 25 novembre 1986 (inédit).
- CONDOM 1974: «Condom – an old method meets a new social need», *Medical Gynaecology and Sociology*, 2, 1974, pp. 16-21.
- CORDING 2000: CORDING, Clemens, *Die Regensburger Heil- und Pflegeanstalt Karthaus-Prüll im "Dritten Reich". Eine Studie zur Geschichte der Psychiatrie im Nationalsozialismus*, Würzburg, Deutscher Wissenschafts-Verlag, 2000.
- COUP D'POUCE 1979: *Coup d'pouce, Bulletin d'information de l'Association vaudoise de parents de handicapés mentaux*, 54, novembre 1979.
- COUTAZ 2002: COUTAZ, Gilbert, «Quel avenir pour les archives médicales? Réflexions autour des données nominatives», *Revue médicale de la Suisse romande*, 122, 2002, pp. 55-58.
- DACH 1941: DACH, Rudolf von, «Die Unfruchtbarmachung von Menschen als Rechtsproblem unter besonderer Berücksichtigung des schweizerischen Rechts», *Archiv der Julius-Stiftung*, XVI, 1-2, 1941, pp. 269-313.
- DARWIN 1928: DARWIN, Leonard, *What is Eugenics?*, Londres, Watts and Co, 1928.
- DARWIN 1931: DARWIN, Léonard, *Qu'est-ce que l'eugénique?*, Paris, Félix Alcan, 1931.
- DEMOLE 1914: DEMOLE, Victor, «Considérations biologiques sur l'hérédité dans les maladies mentales», *Annales médico-psychologiques*, 1914, pp. 417-431.
- DEMOLE 1925: DEMOLE, Victor, «Les causes des maladies mentales et les moyens de les combattre», *Revue suisse d'hygiène*, 4, 1925, pp. 594-610.
- DESCHENAUX & STEINAUER 1995: DESCHENAUX, Henri, STEINAUER, Paul-Henri, *Personnes physiques et tutelle*, Bern, Stämpfli, 1995, 3. Aufl.
- DESCHENAUX, TERCIER, WERRO 1995: DESCHENAUX, Henri, TERCIER, Pierre, WERRO, Franz, *Le mariage et le divorce*, Bern, Stämpfli, 1995, 4. Aufl.
- DESCŒUDRES 1918: DESCŒUDRES, Alice, «Le patronage des enfants anormaux», *Société genevoise de patronage des aliénés*, 13, 1918, pp. 15-18.
- DEUTSCH 1999: DEUTSCH, Erwin, *Medizinrecht*, Berlin, Heidelberg, New York, Springer, 1999, 4th ed.
- DIEDERICH 1998: DIEDERICH, Nicole (dir.), *Stériliser le handicap mental?*, Ramonville Saint-Agne, Erès, 1998
- DIRECTIVES 2000: «Directives médico-éthiques pour la stérilisation de personnes mentalement déficientes», *Bulletin des médecins suisses*, 81, 2000, pp. 395-400.
- DONDÉNAZ 1987: DONDÉNAZ, Martine, *Avortement. Interruption de grossesse. Le cas de la Suisse*, Lausanne, Réalités sociales, 1987.
- DONZÉ 2002: DONZÉ, Pierre-Yves, *Bâtir, gérer, soigner. Histoire des établissements hospitaliers de Suisse romande*, Genève, Georg, automne 2002 (à paraître).

- DÖRNER 1980: DÖRNER, Klaus (Hg.), *Der Krieg gegen die psychisch Kranken*, Frankfurt am Main, Mabuse-Verlag, 1989 (1. Aufl. 1980).
- DOWBIGGIN 1997: DOWBIGGIN, Ian R., *Keeping America sane. Psychiatry and Eugenics in the United States and Canada*, Ithaca and London, Cornell University Press, 1997.
- DROIT SEXUALITÉ 1989: *Droit à la sexualité pour les personnes handicapées mentales*, Fondation neuchâteloise en faveur des handicapés mentaux, Les Hauts-Geneveys, janvier 1989 (inédit).
- DUART 1999: DUART, Florence, «Les exciseuses enterrent les couteaux», *L'Hebdo*, 4 février 1999.
- DUBACH 1999: DUBACH, Roswitha, *Die Verhütung "minderwertiger" nachkommen über Zugriff auf den Frauenkörper. Sterilisationsdiskurs und -praxis in der Deutschschweiz bis 1945*, Lizentiatsarbeit der Universität Zurich, 1999 (inédit).
- DUBOIS 1906: DUBOIS, J., *Limitation des naissances dans la classe ouvrière*, Lausanne, Imprimerie ouvrière, 1906.
- DUBUIS 1997: DUBUIS, Etienne, «Dénoncé en Suède, le scandale des stérilisations forcées éclabousse aussi la Suisse», *Le Nouveau Quotidien*, 27 août 1997.
- DUC 1998: DUC, Yvan, «Stérilisation des handicapés mentaux: une loi a ses limites», *La Liberté*, 2 novembre 1998.
- DUKOR 1939: DUKOR, P., *Das schweizerische Eheverbot für Urteilsunfähige und Geisteskranke*, Zürich, Polygraphischer Verlag, 1939.
- EGGER 1914: EGGER, U., *Das Familienrecht, im Kommentar zum Schweizerischen ZGB*, Zürich, Schulthess, 1914.
- EHRENSTRÖM 1989: EHRENSTRÖM, Philippe, *La stérilisation des malades mentaux et l'avortement eugénique dans le canton de Vaud: Eugénisme et question sociale du début du XX^e siècle aux années 1930*, Genève, 1989 (inédit) (mémoire de licence de la Faculté des Lettres de Genève, département d'histoire générale, juillet 1989).
- EHRENSTRÖM 1990: EHRENSTRÖM, Philippe, «La stérilisation des malades mentaux», *Médecine et hygiène*, 48, 1990, pp. 2784-2790.
- EHRENSTRÖM 1991 a: EHRENSTRÖM, Philippe, «Eugénisme et politique: réflexions sur une étude de cas», *Les Annuelles*, 2, 1991, pp. 65-86.
- EHRENSTRÖM 1991 b: EHRENSTRÖM, Philippe, «Stérilisation opératoire et maladie mentale. Une étude de cas», *Gesnerus*, 48, 1991, pp. 503-516.
- EHRENSTRÖM 1993: EHRENSTRÖM, Philippe, «Eugénisme et santé publique: la stérilisation légale des malades mentaux dans le Canton de Vaud (Suisse)», *History and Philosophy of the Life Sciences*, 15, 1993, pp. 205-227.
- ENCYCLIQUE 1931: *Encyclique de S. S. Pie XI sur le mariage chrétien "Casti connubii"*, Paris, Maison de la bonne presse, 1931.
- ENQUÊTE 1980: *La stérilisation des handicapés mentaux. Résultats d'une enquête réalisée par l'Office fédéral de la Justice*, [Berne], s. d. [1980] (inédit).
- F. E. 1998: E. F., «Handicapés mentaux: des stérilisations en toute illégalité», *Libération*, 1^{er} octobre 1998.
- FARROKH 1997: FARROKH, Mohammad, *Lausanne-Cité Alentours*, mai-juin 1997.
- FAURE & SIREDEY 1928: FAURE J. L., SIREDEY A., *Traité de gynécologie médico-chirurgicale*, Paris, Octave Doin, 1928, 4e éd. revue et augmentée.

- FERRIERE 1926: FERRIÈRE, Adolphe, «Les problèmes de l'hérédité», *Revue suisse d'hygiène*, 6, 1926, pp. 755-768.
- FINZEN 1991: FINZEN, Asmus, «Die Sterilisation geistig behinderter Frauen», *Neue Zürcher Zeitung*, 27 septembre 1991.
- FISCHER 1929: FISCHER, Anna, *La femme médecin du foyer. Ouvrage d'hygiène et de médecine familiale*, Genève, Paris, Bruxelles, Maison d'éditions populaires, 1929.
- FISCHER 1989: FISCHER, E.-M., *Zwangsterilisation geistig Behinderter?*, Pfaffenweiler, Centaurus-Verlagsgesellschaft, 1989.
- FLOURNOY 1918: FLOURNOY, Henri, «L'alcoolisme et les enfants anormaux», *Société genevoise de patronage des aliénés*, 13, 1918, pp. 19-32.
- FLOURNOY 1927: FLOURNOY, Henri, «La psychiatrie; sa place et son importance dans l'art médical», *Revue médicale de la Suisse romande*, 47, 1927, pp. 83-89.
- FLOURNOY 1933: FLOURNOY, Henri, «Les facteurs constitutionnels et héréditaires au point de vue de l'hygiène mentale», *Revue suisse d'hygiène*, 12, 1933, pp. 41-49.
- FOREL 1906: FOREL, Auguste, *La question sexuelle exposée aux adultes cultivés*, [éd. all. 1905], Paris, Steinheil, 1906.
- FRANCESCHETTI & KLEIN 1951: FRANCESCHETTI, A., KLEIN, D., «Au sujet de la création, à Genève, d'un Service de génétique humaine rattaché à la Clinique ophtalmologique», *Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales*, 7, 1951, pp. 351-357.
- FRANK 1925: FRANK, Sigwart, *Praktische Erfahrungen mit Kastration und Sterilisation psychisch Defekter in der Schweiz*, Berlin, Karger, 1925.
- FREI 1997: FREI, Pierre-Yves, «L'ère de la contraception responsable», *L'Hebdo*, 4 septembre 1997.
- FRESNEL 1998: FRESNEL, Florence, «La stérilisation des handicapés mentaux», *Médecine et Droit*, 31, 1998, pp. 12-17.
- FREUDIGER 1998: FREUDIGER, Anne, «La stérilisation des handicapés mentaux», *Le Temps*, 8 décembre 1998 (lettre de lecteur).
- FURROW 1995: FURROW, Barry et al., *Health Law*, St Paul Minn., Westpubl., 1995.
- GABRIEL & NEUGEBAUER 2000: GABRIEL, Eberhard, NEUGEBAUER, Wolfgang (Hg), *NS-Euthanasie in Wien*, Wien, Böhlau, 2000.
- GAILLARD & MAHAIM 1983: GAILLARD, Ursula, MAHAIM, Annik, *Retards de règles. Attitudes devant le contrôle des naissances et l'avortement en Suisse du début du siècle aux années vingt*, Lausanne, Editions d'en bas, 1983.
- GALLAGHER 1999: GALLAGHER, Nancy, *Breeding Better Vermonters. The Eugenics Project in the Green Mountain State*, Hanover & London, University Press of New England, 1999.
- GALTON 1883: GALTON, Francis, *Inquiries into Human Faculty and its Development*, Londres, 1883.
- GASSER 2000: GASSER, Jacques, «Les Archives de la Société Suisse de Psychiatrie», *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, 2000, pp. 7-14.
- GAYON 1992: GAYON, Jean, «Comment le problème de l'eugénisme se pose-t-il aujourd'hui?», dans *L'homme et sa santé*, Paris, Seuil, 1992, pp. 290-295.
- GEFFROY 1974: GEFFROY, Claire, *La condition civile du malade mental et de l'inadapté*, Paris, Libr. Techniques, 1974.

- GENOUD 1997: GENOUD, Adélita, « Une Genevoise a été stérilisée de force dans les années 60. Un cas isolé? », *Tribune de Genève*, 15 octobre 1997.
- GIAMI & LAVIGNÉ 1998: GIAMI, Alain et LAVIGNÉ, Chantal, « La stérilisation des femmes handicapées mentales et le « consentement libre et éclairé » », dans DIEDERICH Nicole (éd.), *Stériliser le handicap mental?*, Ramonville Saint-Agne, Erès, 1998.
- GIAMI & LERIDON 2000: GIAMI, Alain, LERIDON, Henri (éd.), *Les enjeux de la stérilisation*, Paris, Inserm, 2000.
- GILLHAM 2001: GILLHAM, Nicholas Wright, *A Life of Sir Francis Galton. From African Exploration to the Birth of Eugenics*, New-York, Oxford University Press, 2001.
- GLARDON 1969: GLARDON, Bernard, *La stérilisation chirurgicale féminine*, Genève, Médecine et Hygiène, 1969 (thèse de médecine, Lausanne).
- GMÜR, 1914: GMÜR, Max, *Familienrecht, Berner Kommentar*, Bern, Stämpfli, 1914.
- GNANT 1946: GNANT, Jakob, *Die Abtreibung nach schweizerischem Strafrecht*, Fribourg, Buchdr. "Union", 1946 (Univ. Diss.).
- GOEPFERT 1999: GOEPFERT, S., « "Unfähig" als Ehemänner oder Ehefrauen. Eheverbote nach Art. 97 ZGB », in *Geschlecht hat Methode*, Zürich, Chronos, 1999, pp. 279-284.
- GOOD 1906: GOOD, A., « Die Berechtigung zur Sterilmachung Geisteskranker », *Verein schweiz. Irrenärzte*, 1905, p. 49, 1906, pp. 30-37.
- GOOD 1910: GOOD, A., « Ein psychiatrisches Postulat an das schweizerische Strafgesetz », *Zeitschrift für Strafrecht*, XXIII, 3, 1910.
- GOSENREITER 1992: GOSENREITER, Anna, *Psychopathinnen und Schwachsinnige. Eugenischer Diskurs in Psychiatrie und Fürsorge: Die Sterilisation von weiblichen Mündeln der Vormundschaftsbehörde Zürich 1918-1933*, Lizentiatsarbeit der Universität Zurich, 1992 (inédit).
- GOSENREITER 1995: GOSENREITER, Anna, « Die Sterilisation in den 1920er und 1930er Jahren als Sozialpolitik und medizinisches Mittel », in JAUN, Rudolf & STUDER, Brigitte (Hg.), *Weiblich – männlich. Geschlechterverhältnisse in der Schweiz: Rechtsprechung, Diskurs, Praktiken*, Zürich, Chronos, 1995, pp. 231-244.
- GÖTZ 1964: GÖTZ, Ernst, *Familienrecht, Berner Kommentar*, Bern, Stämpfli, 1964, 3. Aufl.
- GROS 1977: GROS, John, *Die persönliche Freiheit des Patienten*, Bern, 1977 (Abhandlungen zum schweizerischen Recht).
- GUALENI 2000: GUALENI, Aline, « La pratique de l'avortement à Genève dans les années 30 », *Revue médicale de la Suisse romande*, 120, 2000, pp. 967-977.
- GUGGISBERG 1938: GUGGISBERG, Hans, « Die Aufgabe der Gynäkologie in der Verhütung Erbkranken Nachwuchses », in ZURUKZOLU, Stavros (Hg.), *Verhütung Erbkranken Nachwuchses*, Bâle, Schwabe, 1938, pp. 58-88.
- GUGLIOTTA 1998: GUGLIOTTA, Angela, « "Dr. Sharp with His Little Knife": Therapeutic and punitive Origins of Eugenic Vasectomy – Indiana, 1892-1921 », *Journal of the History of Medicine*, 1998, pp. 371-406.
- GUILLOD 1986: GUILLOD, Olivier, *Le consentement éclairé du patient. Autodétermination ou paternalisme*, Neuchâtel, Ides et Calendes, 1986.
- GUILLOD 1991: GUILLOD, Olivier, « La liberté de se marier », dans *Présence et actualité de la Constitution dans l'ordre juridique: mélanges offerts à la Société suisse des juristes pour son Congrès 1991 à Genève*, Basel, Frankfurt am Main, Helbing & Lichtenhahn, 1991, pp. 109 sq.

- GUILLIOD 2000: GUILLIOD, Olivier, «La stérilisation de personnes mentalement déficientes», dans BOLLE, Pierre-Henri (éd.), *Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach*, Bâle, Genève, Munich, Helbing et Lichtenhahn, 2000.
- GÜTT, RÜDIN, RUTKE 1934: GÜTT, Arthur, RÜDIN, Ernst, RUTKE, Falk, *Gesetz zur Verbutung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933*, München, Lehmanns Verlag, 1934.
- GUYÉNOT 1924: GUYÉNOT, EMILE, *L'hérédité*, Paris, Doin, 1924.
- GUYÉNOT 1946: GUYÉNOT, Emile, *Les problèmes de la vie*, Genève, Editions du Cheval ailé, 1946.
- HAEBERLIN 1906-1907: HAEBERLIN, «Ueber Indikationen und Technik der operativen Sterilisierung vermittelt Tubenunterbindung», *Gynaecologia Helvetica*, 7, 1906-1907, pp. 106-109.
- HAEBERLIN 1901-1902: HAEBERLIN, «Ueber Indikationen und Technik der operativen Sterilisierung vermittelt Tubenunterbindung», *Gynaecologia Helvetica*, 2, 1901-1902, pp. 169-170.
- HAFTER 1943: HAFTER, Ernst, *Schweizerisches Strafrecht: besonderer Teil*, Berlin, J. Springer, 1937-1943, Bd. II, 1.
- HANDICAP MENTAL 1998: *Le handicap mental à Genève. Organismes privés et publics. Répertoire 1998*, Genève, Centre d'information et de coordination pour personnes handicapées, 1998 (inédit).
- HEIM 1999: HEIM, Till, «Das Ziel its nicht mehr der "gesunde Volkskörper"», *Die Weltwoche*, 25 février 1999.
- HELLER, COUTAZ, GASSER 2002: HELLER, Geneviève, COUTAZ, Gilbert, GASSER, Jacques, «Recommandations pour une politique de conservation des dossiers de patients dans le Département universitaire de psychiatrie adulte du canton de Vaud (DUPA)», *Revue médicale de la Suisse romande*, 122, 2002, pp. 59-60.
- HELLER, JEANMONOD, GASSER 2001 a: HELLER, Geneviève, JEANMONOD, Gilles, GASSER, Jacques, «Les archives médicales, patrimoine historique à risque?», *Documents*, 4, 2001, pp. 43-49.
- HELLER 1995: HELLER, Geneviève, «Psychiatrie et société: de quelques associations pour l'hygiène mentale, morale et sociale», *Revue Historique vaudoise*, 1995, pp. 115-138.
- HENNEBERG 1910-1911: HENNEBERG, «Indications et techniques de la stérilisation chez la femme», *Gynaecologia Helvetica*, 11, 1910-11, pp. 327-339.
- HENNIG 2000: HENNIG, Jessika, *Zwangsterilisation in Offenbach am Main 1934-1944*, Frankfurt am Main, Mabuse-Verlag, 2000.
- HEPTING 1998: HEPTING, Reinhard, «Das Eheschliessungsrecht nach der Reform», in SCHWAB, Dieter (éd.), *Das neue Familienrecht*, Bielefeld, E. und W. Gieseking, 1998.
- HEUSSLER 1966: HEUSSLER, Willi, «[Die Regel] beruht auf eugenistischen Überlegungen aus dem letzten Jahrhundert und kann heute keine Gültigkeit mehr beanspruchen», dans HONSELL H., VOGT N. P., GEISER T., *Kommentar zum Schweizerischen Privatrecht*, Basel, Frankfurt am Main, Helbing & Lichtenhahn, 1996, pp. 611 sq.
- HOFFMANN 1922: HOFFMANN, Raoul, *Beaucoup d'enfants?*, Lausanne, La Concorde, 1922.
- HOFFMANN 1924: HOFFMANN, Raoul, «Une fois mariés». *Réflexions d'un médecin*, Lausanne, La Concorde, 1924, 6e éd., (publié par le Secrétariat romand d'hygiène sociale et morale).

- HOPF-VAN DER ELST 1956-1957: HOPF-VAN DER ELST, Henriette, *Anamnèse et catamnèse des 185 patientes qui consultèrent la Polyclinique psychiatrique universitaire de 1949 à 1952 en vue d'obtenir un préavis psychiatrique pour l'interruption de grossesse*, Genève, Ecole d'Etudes sociales, 1956-1957, travail de diplôme (inédit).
- HOTTELLIER 1994: HOTTELLIER, Michel, « L'évolution de la jurisprudence de la Cour suprême américaine en matière d'avortement », *AJP*, Lachen, 10, 1994, pp. 1242-1254.
- HUBER 1886: HUBER, Eugen, *System und Geschichte des Schweizerischen Privatrechts*, vol. I, Basel, C. Detloff, 1886.
- HUBER 1894: HUBER, Eugen, *Geschichte des Schweizerischen Privatrechts*, Basel, C. Detloff, 1894.
- HUONKER 2002: HUONKER, Thomas, *Anstaltseinweisungen, Kindswegnahmen, Eheverbote, Sterilisationen, Kastrationen. Fürsorge, Zwangsmassnahmen, "Eugenik" und Psychiatrie in Zürich zwischen 1890 und 1970*, Zürich, Sozialdepartement der Stadt Zürich, 2002.
- HURTADO POZO 1997: HURTADO POZO, José, *Droit pénal, Partie spéciale I*, Zürich, Schulthess, 1997, 3 Aufl.
- IMPLANON 1999: *Implanon et vous*, Pfäffikon, Organon AG, 1999.
- JEANMONOD & HELLER 2000: JEANMONOD, Gilles, HELLER, Geneviève, « Eugénisme et contexte socio-politique. L'exemple de l'adoption d'une loi sur la stérilisation des handicapés et malades mentaux dans le canton de Vaud en 1928 », *Revue suisse d'histoire*, 2000, pp. 20-44.
- JEANMONOD 1998: JEANMONOD, Gilles, « Mutation du concept de dégénérescence en Suisse romande, 1870-1920 », *Gesnerus*, 55, 1998, pp. 70-86.
- JEANMONOD, HELLER, GASSER 1998 a: JEANMONOD, Gilles, HELLER, Geneviève, GASSER, Jacques, *La stérilisation légale des malades et infirmes mentaux dans le canton de Vaud, 1928-1985*, Lausanne, Institut universitaire d'histoire de la médecine et de la santé publique, 1998 (inédit).
- JEANMONOD, HELLER, GASSER 1998 b: JEANMONOD, Gilles, HELLER, Geneviève, GASSER, Jacques, « Comment le canton de Vaud a stérilisé les handicapés mentaux », *Le Temps*, 18 novembre 1998.
- JEANMONOD, HELLER, GASSER 1999: JEANMONOD, Gilles, HELLER, Geneviève, GASSER, Jacques, « Déficience mentale et sexualité. La stérilisation légale dans le canton de Vaud entre 1928 et 1985 », *Médecine et Hygiène*, 57, 1999, pp. 2050-2054.
- JEANMONOD, HELLER, GASSER 2001: JEANMONOD, Gilles, HELLER, Geneviève, avec la collaboration de DUMOULIN, Jean-François, direction de recherche GASSER, Jacques, *Eugénisme et stérilisation non volontaire en Suisse romande durant le XX^e siècle*, Lausanne, Institut universitaire romand d'histoire de la médecine et de la santé, 2001 (inédit).
- JEANMONOD, HELLER, GASSER 2002: JEANMONOD, Gilles, HELLER, Geneviève, GASSER, Jacques, « Dégénérescence de l'eugénisme? Autour de la stérilisation non volontaire en Suisse romande durant le XX^e siècle », *Revue médicale de la Suisse romande*, 122, 2002, pp. 47-53.
- JEANMONOD, GASSER, HELLER, à paraître: JEANMONOD, Gilles, GASSER, Jacques, HELLER, Geneviève, « Réglementation de la stérilisation des personnes mentalement déficientes. Perspectives historiques et situations actuelles » (à paraître).
- JICHLINSKI 1941: JICHLINSKI, Simon, *Les stérilisations et castrations eugéniques, prophylactiques et thérapeutiques*, Genève, Imprimerie du commerce, 1941.
- JMA 1997: JMA, « Fribourg favorable à la stérilisation forcée », *L'objectif*, 17-27 novembre 1997.

- JOHANSEN & HEINRICH 1998: JOHANSEN, HEINRICH, *Eherecht*, München, C. H. Beck, 1998, 3. Aufl.
- JORDAN 2000: JORDAN, Bertrand, *Les imposteurs de la génétique*, Paris, Seuil, 2000.
- JOURNET 1933: JOURNET, Charles, «La stérilisation des anormaux. Principes de théologie», *Nova et Vetera*, N° 4, oct.-déc. 1933, pp. 415-421.
- KAUL 1979: KAUL, Friedrich Karl, *Die Psychiatrie im Strudel der "Euthanasie": ein Bericht über die erste industriemässig durchgeführte Mordaktion des Naziregimes*, Frankfurt am Main, Europäische Verlagsanstalt, 1979.
- KAUNITZ 1994: KAUNITZ, Andrew M., «Long-acting injectable contraception with depot medroxyprogesterone acetate», *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 170, 1994, pp. 1543-1549.
- KEHRER 1897: KEHRER, F. A., «Sterilisation mittels Tubendurchschneidung nach vorderem Scheidenschnitt», *Centralblatt für Gynäkologie*, 31, 1897.
- KELLER 1996: KELLER, Christoph, «Eheverbot: Rassenhygienische Gründe», *Plädoyer*, 2, 1996, pp. 26 sq.
- KEVLES 1995: KEVLES, Daniel J., *Au nom de l'eugénisme. Génétique et politique dans le monde anglo-saxon*, Paris, PUF, 1995.
- KLEE 1983: KLEE, Ernst, «Euthanasie im NS-Staat: die "Vernichtung lebensunwerten Lebens"», Frankfurt am Main, Fischer-Taschenbuch-Verl., 1983.
- KLEIN 1972: KLEIN, David, «Les manipulations génétiques. Etat actuel des connaissances et perspectives d'avenir», in *Les récents progrès de la biologie et de la médecine et leur portée sociale et éthique*, 7^e table ronde du CIOMS, Genève, CIOMS, 1972, pp. 145-156.
- KLINE 2001: KLINE, Wendy, *Building a Better Race. Gender, Sexuality, and Eugenics from the Turn of the Century to the Baby Boom*, Berkeley, Los Angeles & London, University of California Press, 2001.
- KOCKS 1878: KOCKS, J., «Eine neue Methode der Sterilisation der Frau», *Zentralblatt für Gynaekologie*, 26, 1878, pp. 617-619.
- KRAFFT 1943: KRAFFT, Edouard, «Le principe et l'application de l'art. 97 du code civil», *Revue de l'état civil*, 11, 1943, pp. 264 sq et 301 sq.
- KRAMS-LIFSCHITZ 1991: KRAMS-LIFSCHITZ, Anne, «Dégénérescence et personne, migrations d'un concept au XIX^e siècle», dans *Biomédecine et devenir de la personne*, Paris, Seuil, 1991, pp. 131-158.
- KÜHL 1994: KÜHL, Stefan, *The Nazi Connection. Eugenics, American Racism and German National Socialism*, New York, Oxford, Oxford University Press, 1994.
- LA VECCHIA 1994: LA VECCHIA, Carlo, «Depot-medroxyprogesterone acetate, other injectable contraceptives, and cervical neoplasia», *Contraception*, 49, 1994, pp. 223-230.
- LABADIE-LAGRAVE & LEGUEU 1898: LABADIE-LAGRAVE, F., LEGUEU, F., *Traité médico-chirurgical de gynécologie*, Paris, Félix Alcan, 1898.
- LABHARDT 1911: LABHARDT, Alfred, «Ueber die Sterilisierung der Frau», *Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte*, 17, 1911, pp. 593-605.
- LABHARDT 1941: LABHARDT, Alfred, *Enseignements et exhortations aux femmes et aux futures mères. Cinq causeries*, Bâle, Gaiser & Haldiman, [1941].
- LABHART 1943: LABHART, Alfred, «Betrachtungen zu den Art. 120-121 des neuen StGB», *Revue Pénale Suisse*, 1943, pp. 258 sq.

- LADAME 1892: LADAME, Paul-Louis, «De l'hygiène morale», *Bibliothèque universelle et revue suisse*, 55, 56, 1892, pp. 449-475, pp. 106-124, pp. 540-566.
- LADAME 1913: LADAME, Paul-Louis, «Discours d'ouverture du Président», *Société genevoise de Patronage des Aliénés*, 8, 1913, pp. 3-6.
- LADAME 1921: LADAME, Charles, «A mort les incurables! A mort!», *L'Informateur des aliénistes et des neurologistes*, 2, 1921, pp. 42-45.
- LADAME 1933: LADAME, Charles, *Asile-Clinique psychiatrique Bel-Air. Chêne (Genève)*, Zürich, Eckhardt et Pesch, 1933.
- LADAME 1939: LADAME, Charles, «Joannès Martin (1851-1939)», *Revue médicale de la Suisse romande*, 59, 1939, p. 504.
- LADD-TAYLOR 2001: LADD-TAYLOR, Molly, «Eugenics, Sterilisation and Modern Marriage in the USA: The Strange Career of Paul Popenoe», *Gender and History*, 2001, pp. 298-327.
- LAFFONT 1929: LAFFONT, Amédée, «Les procédés de stérilisation de la femme», dans BRINDEAU, Auguste, CHEVAL, Max, *Rapports, discussions et communications, Association des gynécologues et obstétriciens de langue française, VI^e Congrès, Bruxelles du 3 au 5 octobre 1929*, [Paris], Masson, 1929, pp. 304-434.
- LAMBERT 1997: LAMBERT, Jean-Luc, *La nouvelle tentation eugénique*, Lausanne, Editions des Sentiers, 1997.
- LAMPLUGH 1936: LAMPLUGH, Joan, «The Second International Congress of Catholic Doctors, Vienna, Whitsuntide, 1936», *The Catholic Medical Guardian, The Quarterly Journal of the Guild of St. Luke, SS. Cosma and Damian*, Londres, juillet 1936, Vol. XIV, N° 3, pp. 85-87.
- LAMUNIERE 1909: LAMUNIERE, Maurice, *L'hérédité directe chez nos aliénés*, Genève, Kündig, 1909 (thèse de médecine).
- LANTIERI 1997: LANTIERI, Frédérique, «La Suède de la honte», *Elle*, 15 septembre 1997, N° 2698.
- LARSON 1995: LARSON, Edward, *Sex, Race, and Science. Eugenics in the Deep South*, Baltimore & London, The Johns Hopkins University Press, 1995.
- LAUFS & UHLENBRUCK 1999: LAUFS, Adolf, UHLENBRUCK, Wilhelm, *Handbuch des Arztrechts*, München, C. H. Beck, 1999, 2. Aufl.
- LEHMEIER 1917: LEHMEIER, Alfred, «Die rechtliche Bedeutung der Geisteskrankheit für die Eheschliessung», *Revue de droit suisse*, 36, 1917, pp. 221 sq.
- LENAY 1990: LENAY, Charles, *La découverte des lois de l'hérédité (1862-1900). Une anthologie*, Paris, Presses Pocket, 1990.
- LÉONARD 1992: LÉONARD, Jacques, «Eugénisme et darwinisme. Espoirs et perplexités chez les médecins français du XIX^e siècle et du début du XX^e siècle» et «Le premier congrès international d'eugénisme» dans *Médecins, maladies et société dans la France du XIX^e siècle*, Paris, Sciences en situation, 1992, pp. 147-172 et pp. 173-179.
- LERIDON 2000: LERIDON, Henri «La stérilisation en France et dans le monde», dans GIAMI, A. et LERIDON, H. *Les enjeux de la stérilisation. Questions en santé publique*, Paris, Inserm, 2000, pp. 173-181.
- LEUTHOLD 1951: LEUTHOLD, Violette, «Zum Problem der Schwangerschaftsunterbrechung mit besonderer Berücksichtigung illegaler Aborte», *Revue suisse d'hygiène*, 1951, pp. 126-140.

- LOGOZ 1929: LOGOZ, Paul, «Le projet du CPS et les Chambres fédérales», *Revue Pénale Suisse*, 1929, pp. 170 sq.
- LORENZI 1997: LORENZI, Massimo, *Tribune de Genève*, 27 août 1997.
- LUNDAHL 1932: LUNDAHL, Josef, *On Mental Hygiene*, Copenhagen, Levin, Munksgaard, 1932.
- MACNICOL 1992: MACNICOL, John, «The Voluntary Sterilization Campaign in Britain, 1918-1939», *Journal of the History of Sexuality*, 3, 1992, pp. 422-438.
- MAGET 1943: MAGET, A., *Médecine et mariage*, Fribourg, Ed. de la Librairie de l'Université, 1943.
- MAHON 1987: MAHON, Pascal, «Commentaire ad art. 34quinquies», dans AUBERT, Jean-François et al. (éd.), *Commentaire de la Constitution fédérale de la Confédération suisse*, Basel, Zürich, Bern, Helbing & Lichtenhahn, Schultess, 1987.
- MAIER 1926: MAIER, H. W., «Zum gegenwärtigen Stand der Frage der Kastration und Sterilisation aus psychiatrischer Indikation», *Jahresbericht über das schweizerische Irrenwesen im Jahre 1925*, Schweizerischer Verein für Psychiatrie, 1926, pp. 10-16.
- MALL-HAEFELI 1964: MALL-HAEFELI, Marianne, «Antikonzeption und Sterilisation», in MÜLLER, Carl et STÜCKI, David, *Richtlinien zur medizinischen Indikation der Schwangerschaftsunterbrechung*, Berlin, Springer-Verlag, 1964, pp. 169-177.
- MALSCH 1912: MALSCH, Albert, «Les classes pour enfants arriérés à Genève», *Annuaire de l'instruction publique en Suisse*, 1912, pp. 93-109.
- MAMY 1998: MAMY, Sylvie, *Les castrats*, Paris, PUF, 1998.
- MARTIN DE SOBRADILLO 1932: MARTIN DE SOBRADILLO, Agapito, *La procréation et la stérilisation au point de vue du droit naturel*, Fribourg, Louvain, Paris, Impr. St Paul, Libr. E. Desbarax, Société et librairie Saint François d'Assise, 1932.
- MASKYM 1991: MASKYM, Diane, *Echange de sentiments*, North York (Ontario), Institut G. Allan Roeher, 1991.
- MASSIN 2000: MASSIN, Benoît, «Stérilisation eugénique et contrôle médico-étatique des naissances en Allemagne nazie (1933-1945): la mise en pratique de l'Utopie biomédicale», dans GIAMI, Alain, LERIDON, Henri (éd.), *Les enjeux de la stérilisation*, Paris, Inserm, 2000, pp. 63 sq.
- MAYR 1989: MAYR, Ernst, *Histoire de la biologie. Diversité, évolution et hérédité*, Paris, Fayard, 1989.
- MAZUMDAR 1992: MAZUMDAR, Pauline M. H., *Eugenics, Human Genetics and Human Failings. The Eugenics Society, its Sources and its Critics in Britain*, London, New York, Routledge, 1992.
- MEMETEAU 1998: MEMETEAU, G., «La contraception chez les personnes handicapées mentales», *Médecine et Droit*, 29, 1998, pp. 15-18.
- MEUWLY-GALLEY 1998: MEUWLY-GALLEY, Catherine, «Suzanne de Montenach (1867-1957)», *Freiburger Geschichtsblätter*, 75, 1998, pp. 147-152.
- MEYER & EGGLI, s.d.: MEYER, Dominique, EGGLI, Yves, *Protection des données médicales des hôpitaux: dispositions transitoires, Cahiers de recherches et de documentation*, N° 58, s.d. (inédit) (Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois, Département statistique).
- MISSA & SUSANNE 1999: MISSA, Jean-Noël, SUSANNE, Charles (éds), *De l'eugénisme d'Etat à l'eugénisme privé*, Bruxelles, De Boeck, 1999.

- MORAND 1975: MORAND, Charles-Albert (éd.), *L'avortement, actes du colloque interdisciplinaire*, Genève, Médecine et Hygiène, 1975.
- MOREL 1947: MOREL, Ferdinand, *Introduction à la psychiatrie neurologique*, Paris, Lausanne, Masson, Roth, 1947.
- MOREL 1951: MOREL, Ferdinand, «L'essor de la psychiatrie», *Revue médicale de la Suisse romande*, 2, 1951, pp. 106-111.
- MORSIER 1915: MORSIER, Valérie de, «Que deviennent les élèves qui sont sortis des classes d'anormaux?», *Archives de psychologie*, 1915, pp. 379-382.
- MORSIER 1928: MORSIER, Georges de, *L'hygiène mentale à Genève*, Genève, Société générale d'imprimerie, 1928.
- MOURRE 1996: MOURRE, Michel, *Dictionnaire encyclopédique d'histoire*, Paris, Bordas, 1996.
- MÜLLER 1907-1908: MÜLLER, Armin, «Die operative Sterilisation der Frau», *Gynaecologia Helvetica*, 8, 1907-1908, p. 126.
- MULLER-BERGALONNE 1928: MULLER-BERGALONNE, G., «Le problème de l'avortement thérapeutique», *Revue médicale de la Suisse romande*, 48, 1928, pp. 807-839.
- MÜLLER-HILL 1989: MÜLLER-HILL, Benno, *Science nazie. Science de mort. La ségrégation des Juifs, des Tziganes et des malades mentaux de 1933 à 1945*, Paris, Odile Jacob, 1989.
- MURET 1926: MURET, Maurice, *L'avortement. Le point de vue du médecin*, [Lausanne], Ed. du Cartel romand d'hygiène sociale et morale, 1926.
- MURET 1927: MURET Maurice, «De la stérilisation humaine», *Schweizerische Zeitschrift für Gesundheitspflege*, 7, 1927, pp. 3-14 et *De la stérilisation humaine*, Impr. Gutzwiller, Zurich, [1927] (tiré à part).
- MURET 1929: MURET, Maurice, «Des indications de la stérilisation chez la femme», dans BRINDEAU, Auguste, CHEVAL, Max, *Rapports, discussions et communications, Association des gynécologues et obstétriciens de langue française, VI^e Congrès, Bruxelles du 3 au 5 octobre 1929*, [Paris], Masson, 1929, pp. 277-303. Publié aussi dans *Gynécologie et Obstétrique*, XX, N° 3, septembre 1929, pp. 277-303.
- NAU 1999: NAU, Jean-Yves, «L'éradication programmée du mongolisme», *Le Monde*, 13 mars 1999.
- NAU 1998: NAU, Jean-Yves, «Plongée à haut risque dans l'hérédité du retard mental», *Le Monde*, 2 mai 1998.
- NAVILLE 1910: NAVILLE, François, «Du rôle des classes spéciales dans l'éducation des enfants anormaux et de leur organisation actuelle, à Genève en particulier», *Société genevoise de Patronage des Aliénés*, 5, 1910, pp. 17-47.
- NAVILLE 1925 a: NAVILLE, François, «Etude sur les castrations et les stérilisations thérapeutiques et prophylactiques en médecine sociale et en psychiatrie», *Revue médicale de la Suisse romande*, 45, 1925, pp. 609-625.
- NAVILLE 1925 b: NAVILLE, François, «La stérilisation et la castration en médecine sociale et mentale», *Annales de médecine légale de criminologie et de police scientifique*, 1925, pp. 154-161.
- NETTER & ROZENBAUM 1985: NETTER, A. & ROZENBAUM, H., *Histoire illustrée de la contraception de l'Antiquité à nos jours*, Paris, Roger Dacosta, 1985.
- NETZ 1998: NETZ, Robert, *24 Heures*, 20 janvier 1998 (éditorial).

- NISOT 1929: NISOT, Marie-Thérèse, *La question eugénique dans les divers pays. Aperçu historique. Grande-Bretagne, Etats-unis, France*, Bruxelles, Librairie Falk, Georges van Campenhout, 1929.
- NOWAK 1984: NOWAK, Kurt, «“Euthanasie” und Sterilisierung im “Dritten Reich”. Die Konfrontation der evangelischen und katholischen Kirche mit dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses und der “Euthanasie” – Aktion, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 1984.
- OBERHOLZER 1911: OBERHOLZER, Emil, *Kastration und Sterilisation von Geisteskranken in der Schweiz*, Halle, Carl Marhold, 1911.
- OBERHOLZER 1911-1912: OBERHOLZER, Emil, «Kastration und Sterilisation von Geisteskranken in der Schweiz», *Gynaecologia Helvetica*, 12, 1911-1912, pp. 125-126, pp. 405-406.
- OHLIGMACHER 1935: OHLIGMACHER, Hermann, «Zur Technik der Tubensterilisation nach Madlener», *Zentralblatt für Gynäcologie*, 26, 1935, pp. 1532-1533.
- OLIVIER 1915: OLIVIER, Charlotte, «Tuberculose pulmonaire et stérilisation», *Revue médicale de la Suisse romande*, 35, 1915, pp. 780-813.
- PAIRE 1999: PAIRE, Christian, DUPONT, Marc, ESPER, Claudine, MUZZINI, Louise, *Droit hospitalier*, Paris, Dalloz, 1999, pp. 409 sq., 2^e éd.
- PAUL 1995: PAUL, Diane, *Controlling Human Heredity – 1865 to the Present*, Atlantic Highlands, 1995.
- PAUL 1998: PAUL, Diane, *The Politics of Heredity. Essays on Eugenics, Biomedicine, and the Nature-Nurture Debate*, Albany, State University of New York Press, 1998.
- PEDRAZZINI 1982: PEDRAZZINI, Alex, *L'euthanasie: de l'avortement eugénique à la prolongation artificielle de la vie*, Locarno, Pedrazzini, 1982. (thèse droit à l'Université de Lausanne)
- PELTIER 1997: PELTIER, Benoît, «La pratique de la stérilisation forcée en Suède a touché 60 000 personnes», *Le Monde*, 27 août 1997.
- PENEL 1930: PENEL, Raymond, «La stérilisation eugénique en Amérique», *L'hygiène mentale, L'Informateur des Aliénistes et des Neurologistes*, 1, 1930, pp. 173-190.
- PERCE-NEIGE 1998: *Les Perce-Neige, une aventure humaine*, Les Hauts-Geneveys, Fondation neuchâtoise en faveur des handicapés mentaux, 1998.
- PETIT-PIERRE 1997: PETIT-PIERRE, Marie-Christine, «Stérilisation des personnes handicapées, seul Neuchâtel a osé légiférer en Suisse romande», *Journal de Genève et Gazette de Lausanne*, 30-31 août 1997.
- PETTITI, DECAUX, IMBERT 1995: PETTITI, Louis-Edmond, DECAUX, Emmanuel, IMBERT, Pierre-Henri (éd.), *La Convention européenne des Droits de l'Homme*, Paris, Economica, 1995, pp. 437 sq.
- PICHOT 1995: PICHOT, André, *L'eugénisme ou les généticiens saisis par la philanthropie*, Paris, Hatier, 1995.
- PIDOUX 1933: PIDOUX, Yvonne, «La stérilisation des anormaux. Etude médicale», *Nova et Vetera*, 4, 1933, pp. 422-434.
- PITTARD 1924: PITTARD, Eugène, *Les races et l'histoire*, Paris, La Renaissance du Livre, 1924.
- PITTARD 1928: PITTARD, Eugène, «Bibliographie», *Archives suisses d'anthropologie générale*, 2, 1928-29, p. 274 (concernant l'ouvrage de DARWIN 1928).

- PLUS D'AVORTEMENTS 1910, *Plus d'Avortements, Plus de Contagion*, Genève, Institut Hygie, [ca 1910].
- POLLACK 1997: POLLACK, Robert, *La signature du vivant*, Paris, Lebaud, 1997.
- POMFRET 1998: POMFRET, John, «China Suspends Sterilization of People with Genetic Ills», *International Herald Tribune*, 22 août 1998.
- PONT 1998: PONT, Luc, «Sous le sceau de l'éthique... Hier, stérilisation des personnes incapables de discernement. Aujourd'hui, attachement des patients et traitements forcés», *Tout Comme Vous*, GRAAP, 61, février 1998.
- POZZI 1892: POZZI, Samuel, *Traité de gynécologie clinique et opératoire* [1890], Paris, Masson, 1892 (2^e éd.).
- PRAZ 1998: PRAZ, Anne-Françoise, «Athénaïs Clément (1869-1935)», *Freiburger Geschichtsblätter*, 75, 1998, pp. 153-160.
- PRINCIPES D'HYGIÈNE 1920: *Principes d'hygiène*, Croix-Rouge suisse, ca. 1920.
- PROCTOR 1988: PROCTOR, Robert N., *Racial Hygiene. Medicine under the Nazis*, Cambridge and London, Harvard University Press, 1988.
- PROTECTION 1997: *Protection des données. Guide relatif au traitement de données personnelles dans le domaine médical*, Berne, 6, 1997, pp. 34-35 (édité par le préposé fédéral à la protection des données).
- RAMSAUER & MEYER 1995: RAMSAUER, Nadja, MEYER, Thomas, «Blinder Fleck im Sozialstaat. Eugenik in der Deutschschweiz 1930-1950», *Traverse*, 2, 1995, pp. 117-121.
- RAPPORT 1937: *1^{er} Congrès latin d'Eugénique*, Paris, Masson, 1937 (Fédération internationale latine des sociétés d'eugénique).
- RECOMMANDATIONS 1981: «Recommandations d'éthique médicale pour la stérilisation», *Bulletin des médecins suisses*, 12, 1982, pp. 683-684 (17 novembre 1981, Commission centrale d'éthique médicale de l'Académie suisse des sciences médicales).
- RECOMMANDATIONS 2001: «Recommandations concernant la stérilisation de personnes mentalement déficientes», *Bulletin des médecins suisses*, 2001, pp. 545-547.
- REHBERG & SCHMID 1997: REHBERG Jörg, SCHMID, Niklaus, *Strafrecht III, Delikte gegen den Einzelnen*, Zürich, Schulthess, 1997, 7. Aufl.
- REILLY 1991: REILLY, P.R., *The Surgical Solution. A History of Involuntary Sterilization in the United States*, Baltimore and London, The Johns Hopkins University Press, 1991.
- RENTOUL 1903: RENTOUL, R. R., *Proposed Sterilization of certain Mental and Physical Degenerates. An Appeal to Asylum Managers and others*, London, Newcastle-on-Tyne, The Walter Scott Publishing, 1903.
- RENTOUL 1910: RENTOUL, Robert, «Stérilité provoquée chez certains dégénérés intellectuels», *Revue suisse de médecine*, 17, 1910, pp. 535-536.
- REPOND 1935: REPOND, André, «Quelques réflexions sur les bases scientifiques de l'hygiène mentale et ses applications», *L'Evolution psychiatrique*, 1, 1935, pp. 37-54.
- REPOND 1936: REPOND, André, «Les tendances actuelles de la psychiatrie en Suisse», *Annales médico-psychologiques*, 1936, pp. 718-737.
- REPOND 1937: REPOND, André, «Un nouveau règlement sur l'organisation de l'hygiène et de la prophylaxie mentales au Valais», *Revue suisse d'hygiène*, 1937, pp. 262-269.
- REPOND 1942: REPOND, André, *Les théories et les pratiques actuelles de l'Eugénisme*, Saint-Gall, 1942 (Tiré à part de *Schweizer Erziehungs-Rundschau*, 7/8, 1942).

- RICCIARDI VON PLATEN 2001: RICCIARDI VON PLATEN, Alice, *L'extermination des malades mentaux dans l'Allemagne nazie*, Ramonville Saint-Agne, Erès, 2001 (traduit de PLATEN-HALLERMUND, Alice, *Die Tötung Geisteskranker in Deutschland*, Bonn, Psychiatrie-Verlag, 1948).
- RITTER 2000: RITTER, Hans Jakob, «Nicht unbeeinflusst durch nördliche Winde? Schweizer Psychiatrie und Eugenik in der Zwischenkriegszeit», *Psychiatrische Praxis*, 27, 2000, pp. 127-133.
- ROER & HENKEL 1996: ROER, Dorothee, HENKEL, Dieter (Hg), *Psychiatrie im Faschismus. Die Anstalt Hadamar 1933-1945*, Frankfurt am Main, Mabuse-Verlag, 1996.
- ROGER 1995: ROGER, Jacques, «L'eugénisme, 1850-1950», in *Pour une histoire des sciences à part entière*, Paris, Albin Michel, 1995, pp. 406-431.
- ROSSET & MENTHA 1908: ROSSET, Virgile, MENTHA, F. H., *Manuel de droit civil suisse*, t. 1, Lausanne et Genève, Payot, 1908.
- ROTTET 1998: ROTTET, Pierre, «Des stérilisations ont fait des centaines de morts au Pérou», *La Liberté*, 27 mai 1998.
- RUBELIN-DEVICHI 1999: RUBELIN-DEVICHI, Jacqueline, *Droit de la famille*, Paris, Dalloz, 1999.
- RUNCIS 1998, RUNCIS, Maija, «Sterilization in the Swedish Welfare State», in *Steriliseringar i Folkhemmet*, Stockholm, Ordfront, 1998.
- RUSSO & COVE 1996: RUSSO, Enzo & COVE, David, *Génie génétique. Rêves et cauchemars*, Lausanne, Presses polytechniques et universitaires romandes, 1996.
- RYTER 1994: RYTER, Annamarie, *Als Weibsbild bevogtet. Zum Alltag von Frauen im 19. Jahrhundert. Geschlechtsvormundschaft und Ehebeschränkungen im Kanton Basel-Landschaft*, Liestal, Verlag des Kantons Basel-Landschaft, 1994.
- SCHMUHL 1987: SCHMUHL, Hans-Walter, *Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie: von der Verhütung zur Vernichtung "lebensunwerten Lebens", 1890-1945*, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 1987.
- SCHNYDER 2000: SCHNYDER, Bernhard, *Die ZGB-Revision 1998-2000, Personenstand, Eheschliessung, Scheidung, Kindsrecht*, Zürich, Schulthess, 1999.
- SCHUBARTH 1982: SCHUBARTH, Martin, *Kommentar zum Schweizerischen Strafrecht, Schweizerisches Strafgesetzbuch, Besonderer Teil*, Bern, Stämpfli, 1982.
- SCHÜPBACH 1980-1981: SCHÜPBACH, Henri-R., «Aspects juridiques de la stérilisation des handicapés mentaux», *Annales 1980-1981 de l'Université de Neuchâtel*, 1981 (tiré à part).
- SELDEN 1999: SELDEN, Steven, *Inheriting Shame. The story of Eugenics and Racism in America*, New York, London: Teachers College Press, 1999.
- SEYDTAGHIA 1997: SEYDTAGHIA, Anouch, «Quand les médecins voulaient "soigner" d'autorité la pauvreté», *24 Heures*, 29 août 1997.
- SEYDTAGHIA 1998: SEYDTAGHIA, Anouch, «Stérilisation: le bistouri a mutilé des femmes jugées handicapées mentales», *24 Heures*, 19 novembre 1998.
- SHARMAN 1978: SHARMAN, Jeffrey, «Persons who are mentally retarded: their right to marry and have children», *Family Quarterly Law*, 1978, pp. 61 sq.
- SHARP 1902: SHARP, Harry C., «The severing of the vasa deferentia and its relation to neuropsychopathic constitution», *New York Medical Journal*, 8 mars 1902, pp. 411-414.

- SHARP 1907: SHARP, Harry C., «Rendering sterile of confirmed criminals and mental defectives», in *Proceedings of the Annual Congress of the National Prison Association 1907*, Chicago, Knight and Leonard, 1907, pp. 177-185.
- SIEGRIST 1971: SIEGRIST, Harald, *Der illegale Schwangerschaftsabbruch*, Zürich, Kriminalistik Verl., 1971 (Univ. Diss.).
- SIMONNOT 1999: SIMONNOT, Anne-Laure, *Hygiénisme et eugénisme au XX^e siècle à travers la psychiatrie française*, Paris, Seli Arslan, 1999.
- SOLOWAY 1990: SOLOWAY, Richard, *Demography and Degeneration. Eugenics and the Declining Birthrate in Twentieth-Century Britain*, Chapel Hill & London, The University of North Carolina Press, 1990.
- STAMPA 1948: STAMPA, U., «Zum Gesetzentwurf betreffend den Schutz der Ehe; Anwendbarkeit des Art. 97 ZGB», *Revue de l'état civil*, 16, 1948, pp. 61 sq.
- STECK 1935: STECK, Hans, «La pratique de la stérilisation légale des anormaux psychiques dans le Canton de Vaud», *Revue médicale de la Suisse romande*, 55, 1935, pp. 874-895.
- STEPAN 1991: STEPAN, Nancy Leys, «The Hour of Eugenics». *Race, Gender, and Nation in Latin America*, Ithaca and London, Cornell University Press, 1991.
- STERILISIERUNG 1911: «Die Sterilisierung von Geisteskranken und Blödsinnigen», *Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte*, 41, 1911, pp. 128-129.
- STOPEs 1927: STOPEs, Marie Carmichael, *Contraception (Birth Control), its Theory, History and Practice. A Manual for the medical and legal Professions*, Londres, John Bale, 1923.
- STRATENWERTH 1993: STRATENWERTH, Günter, *Schweizerisches Strafrecht, Besonderer Teil I: Straftaten gegen Individualinteressen*, Bern, Stämpfli, 1993, 4. Aufl.
- STRÄTZ 1994: STRÄTZ, Hans Wolfgang,, «Rechtsgeschichtliche Entwicklung des staatlichen Eherechts in Deutschland: Eheschliessung und Eheauflösung vom Reichspersonenstandsgesetz 1875 bis zum 1. Eherechtsreformgesetz 1976», in PUZA, Richard, KUSTERMANN, Abraham (ed.), *Beginn und Ende der Ehe*, Heidelberg, C. F. Müller, 1994, pp. 9 sq.
- SURY 1912-1913: SURY, Kurt von, «Die Berechtigung der sozialen indikation zur Sterilisation und ihre forensische Beurteilung», *Gynaecologia Helvetica*, 13, 1912-1913, pp. 81-82.
- TAGUIEFF 2000: TAGUIEFF, Pierre-André (éd.), *Eugénisme et socialisme, Mil neuf cent. Revue d'histoire intellectuelle*, 18, 2000.
- TAGUIEFF 1998: TAGUIEFF, Pierre-André, «Qu'est-ce que le racisme?», *Sciences humaines*, 81, 1998, pp. 38-41.
- TAUXE & SEYDTAGHIA 1997: TAUXE, Chantal, SEYDTAGHIA, Anouch, «La stérilisation forcée, page trouble de l'histoire récente», *24 Heures*, 28 août 1997.
- TESTART 1992: TESTART, Jacques, *Le désir du gène*, Paris, Bourin, 1992.
- THOMAS 1940: THOMAS, Madeleine, «Une réalisation d'hygiène mentale: Le Service médico-pédagogique valaisan», *Revue suisse d'hygiène*, 940, pp. 547-573.
- THOMAS 1995: THOMAS, Jean-Paul, *Les fondements de l'eugénisme*, Paris, PUF, 1995.
- THOMSON 1998: THOMSON, Mathew, *The Problem of Mental Deficiency. Eugenics, Democracy, and Social Policy in Britain, c. 1870-1959*, Oxford, Clarendon Press, 1998.
- TISSOT 1993: TISSOT, René, «Julian de Ajuriaguerra est mort à l'âge de quatre-vingt-deux ans», *Journal de Genève*, 26 mars 1993.

- TRUC 2000: TRUC, Olivier, «L'eugénisme à la mode suédoise», *Libération*, 30 mars 2000.
- VEILLARD 1919: VEILLARD, Maurice, *La question de l'avortement*, Lausanne, Impr. La Concorde, 1919 (Hygiène et morale sociales).
- VILLARS 1928: VILLARS, Louis, *Erreur sociale et péril national. Eugénique et néo-malthusianisme*, Porrentruy, Aux Editions jurassiennes, 1928.
- VOS 1999: VOS, Anton, «La recherche historique sur l'eugénisme bute sur le secret médical», *Le Temps*, 5 mai 1999.
- WAEGELI 1915-1916: WAEGELI, Charles, «Avortement et stérilisation en un temps», *Gynaecologia Helvetica*, 16, 1915-1916, pp. 41-45.
- WAETHERFORD 1986: WEATHERFORD, Doris, *Foreign and Female, Immigrant Women in America, 1840-1930*, New York, Schocken Books, 1986.
- WANNER 1930: WANNER, Frédéric, «La loi sur la stérilisation des personnes privées de discernement et son fonctionnement dans le Canton de Vaud pendant la première année», *Hygiène mentale, L'Informateur des aliénistes et des neurologistes*, 25, 1930, pp. 163-172.
- WECKER 1995: WECKER, Regina, «Geschlechtsvormundschaft im Kanton Basel-Stadt. Zum Rechtsalltag von Frauen – nicht nur im 19. Jahrhundert», dans *Féminin-masculin. Rapports sociaux de sexes en Suisse: législation, discours, pratiques*, Zürich, Chronos, 1995, pp. 87-101.
- WECKER 1998 a: WECKER, Regina, «Eugenik – individueller Ausschluss und nationaler Konsens», in *Krisen und Stabilisierung. Die Schweiz in der Zwischenkriegszeit*, Zürich, Chronos, 1998, pp. 165-179.
- WECKER 1998 b: WECKER, Regina, «Eugenik und "Zeitgeist". Ein Kapitel Schweizer Wissenschaftsgeschichte», *Basler Magazin*, 26, 1998, p. 15.
- WECKER 1998 c: WECKER, Regina, «Frauenkörper, Volkskörper, Staatskörper. Zu Eugenik und Politik in der Schweiz», *Itinera*, 20, 1998, pp. 209-226.
- WECKER 1999: WECKER, Regina, «"Das Dogma". Zur Konstruktion von Geschlecht durch eugenische Massnahmen» in *Geschlecht hat Methode*, Zürich, Chronos, 1999, pp. 269-278.
- WEINDLING 1989: WEINDLING, Paul, *Health, Race, and German politics between National Unification and Nazism, 1870-1945*, Cambridge, Cambridge University Press, 1989.
- WEINDLING 1998: WEINDLING, Paul, *L'hygiène de la race. I. Hygiène raciale et eugénisme médical en Allemagne, 1870-1933*, Paris, La Découverte, 1998.
- WEINGART, KROLL, BAYERTZ 1988: WEINGART, Peter, KROLL, Jürgen, BAYERTZ, Kurt, *Rasse, Blut und Gene: Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland*, Frankfurt am Main, Suhrkamp, 1988.
- WERRO 2000: WERRO, Franz, «Concubinage, mariage et dé mariage», dans DESCHENAUX, Henri, TERCIER, Pierre, WERRO, Franz, *Le mariage et le divorce*, Bern, Stämpfli, 2000, 5. Aufl.
- WIESENBERG 1996: WIESENBERG, Klaus, *Die Rechtsprechung der Erbgesundheitsgerichte Hanau und Giessen zu dem «Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses» vom 14. Juli 1933, ergänzt durch eine Darstellung der heutigen Rechtslage zur Unfruchtbarmachung*, Frankfurt-am-Main, 1986 (Univ. Diss.).
- WOTTRENG 1999: WOTTRENG, Willi, *Hirnriss*, Zürich, Weltwoche-ABC-Verlag, 1999.
- Z. 1997: Z., C.; «Pro Juventute critique l'amalgame du TJ», *24 Heures*, 27 août 1997.

- ZBINDEN 1995: ZBINDEN, J.-D., «L'organisateur: André Repond (1886-1973)», dans MÜLLER, Christian (dir.), *Portraits de psychiatres romands*, Lausanne, Payot, 1995, pp. 9-75.
- ZIEGLER 1999: ZIEGLER, Beatrice, «Frauen zwischen sozialer und eugenischer Indikation, Abtreibung und Sterilisation in Bern», in AEGERTER, Veronika, et al. (Hg.), *Geschlecht hat Methode. Ansätze und Perspektiven in der Frauen- und Geschlechtergeschichte*, Zürich, Chronos, 1999, pp. 293-302.
- ZURUKZOGLU & STAMPA 1936: ZURUKZOGLU, St., STAMPA, U., «Geisteskrankheit und Ehe», *Revue de l'état civil*, 4, 1936, pp. 10 sq.
- ZURUKZOGLU 1938: ZURUKZOGLU Stavros (Hg.), *Verhütung Erbkranken Nachwuchses. Eine kritische Betrachtung und Würdigung*, Basel, Schwabe, 1938.

LISTE DES ABBRÉVIATIONS

ARTIAS:	Association romande et tessinoise des Institutions d'action sociale
ASSM:	Académie suisse des sciences médicales
ATF:	Arrêts du Tribunal fédéral
AVPPHM:	Association vaudoise de parents de personnes handicapées mentales
BE:	canton de Berne
CCNE:	Comité consultatif national d'éthique
CCS:	Code civil suisse
CEDH:	Convention européenne des droits de l'homme
CIOMS:	Conseil des organisations internationales des sciences médicales
CPS:	Code pénal suisse
EPSE:	Etablissements publics socio-éducatifs pour personnes handicapées mentales
FF:	Feuille fédérale
FOVAHM:	Fondation valaisanne en faveur des personnes handicapées mentales
FR:	canton de Fribourg
GE:	canton de Genève
HUG:	Hôpitaux universitaires de Genève
IGAS:	Inspection générale des affaires sociales
INSIEME:	Fédération suisse des associations de parents de personne mentalement handicapées
JT:	Journal des Tribunaux
LPMA:	Loi fédérale sur la procréation assistée
NE:	canton de Neuchâtel
OMS:	Organisation mondiale de la santé
VD:	canton de Vaud
VS:	canton du Valais

INDEX DES NOMS*

-A-

Adams, Mark: 22
Agnès: 184, 185, 186, 187
Ajuriaguerra, Julian de: 296
Alice: 224
Anne: 383, 384, 385, 390
Antoinette: 287
Armand: 140, 141, 143
Ash, Robert: 93n
Aubert, Claude: 298
Aubert, L.: 105

-B-

Bachelard-Jobard, Catherine: 32
Bard: 99
Bastian: 17
Battey: 91, 93
Bauvert: 362
Béatrice (1999): 383, 385, 386
Béatrice (1965): 182, 183, 184
Benaroyo, Lazare: 2n
Bersier, Roland: 73, 237
Bersot, Henri: 145, 249, 280, 306, 307, 413

Beuttner, Oskar: 93n, 99, 100, 105, 281
Bilz, F. E.: 122
Binding: 293
Binet: 175, 177
Bircher, H.: 92
Bize, J.: 318
Blacker, Carlos Paton: 28
Blechmann: 364
Bleuler, Eugen: 38, 41, 98, 103, 244
Bobertag: 175
Bochatay, Agnès: 378n
Böckli, Hans Rudolf: 73, 236
Bonnard, Jean-François: 225
Borel, Ed.: 308n, 312, 313n, 314, 315, 316, 317, 318
Bosset, Norbert: 148, 151
Boven, William: 153, 154, 158, 177, 181, 222, 364
Bovet: 196
Brigitte: 350, 351
Broberg, Gunnar: 20, 422
Brugger, Carl: 244
Buess, Claudia: 424n

* L'index recense les noms de personnes cités dans le texte, éventuellement dans les notes.

Buman, de: 100

Buman, Edouard de: 373

Buman, Michel de: 379, 380

Burleigh, Michael: 19

-C-

Carlson, Elof Axel: 23

Carol, Anne: 21

Chable, Robert: 144, 306, 307, 308

Charles: 346, 348, 349

Châtillon: 109, 116, 117

Chodat, Robert: 259, 260, 262

Claparède, Edouard: 244, 245, 246, 247, 249, 265, 266, 267, 270, 271, 272, 413

Clément, Athénaïs: 354, 359, 359n, 374n

Clément, Gustave: 11, 129, 132, 152, 153, 223, 306, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 360n, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 368, 369, 413

Coutaz, Gilbert: 43n

Crick, Francis: 29, 29n, 30

-D-

Darwin, Leonard: 257, 258, 259, 263, 267

Delachaux, A.: 372

Delay: 145

Demiéville: 99, 100

Demole, Victor: 246, 251, 252, 253, 254, 255, 271, 272

Denise: 224, 338

Descœudres, Alice: 248, 266, 268, 272

Doléris: 193

Donzé, Pierre-Yves: 44n

Dörner: 18

Douay: 106

Dowbiggin, Ian R.: 17

Dreifuss, Ruth: 47n

Dubois: 145

Dubois, Jeanne: 133

Dumoulin, J.-F.: 55

Dürrenmatt: 229

-E-

Egger, A.: 59n, 70

Ehrenström, Ph.: 18, 36

Etter: 265

-F-

Fallope, Gabriel: 124n

Felten, Margrith von: 37, 74

Fernande: 376, 377

Ferrière, Adolphe: 267, 268, 280

Fischer, Anna: 122, 123, 125, 126, 128, 129, 132, 136

Flournoy, Henri: 247, 248, 253, 254, 255, 256, 271, 274, 280, 398

Forel, Auguste: 21, 38, 41, 98, 100, 102, 103, 104, 113, 121, 122, 123, 124, 125, 127, 128, 131, 132, 133, 136, 137, 138, 145, 244, 247, 270, 332n, 364, 392, 394, 395, 414

Franceschetti: 265

-G-

Gallagher, Nancy: 20

Galton, Francis: 11, 24, 27, 244, 245, 253, 259, 280, 364

Gasser, Jacques: 18, 36n

Gayon, Jean: 26, 31

Gilberte: 374, 375

Goddard, H.-H.: 248, 268, 269

Golay, Paul: 151, 152, 356n

Good, A.: 103, 104

Gräfenberg: 129

Gueissaz: 145

Guggisberg, Hans: 137, 230, 231

Guillod, Olivier: 12

Guyénot, Emile: 262, 263, 264, 275, 413

-H-

Haeberlin: 98, 111, 118

Harding, Timothy: 298

Haynal, André: 298

Hegar: 91, 93

Heller, Geneviève: 18, 36n

Henneberg: 97, 99

Hennig, Jessika: 18

Henriette: 176, 177, 178

Hitler: 25, 26, 81

Hoche: 293

Hoffmann, Raoul: 308

Huber, Eugen: 58

Huonker, Thomas: 21

Hussy, Paul: 105

-I-

Isabelle: 312, 315, 316, 317

-J-

Jacobs, Aletta: 127n

Jacot-Guillarmod, André: 339n

Jeanmonod: 18

Jeanne (1925): 141, 142, 143

Jeanne (1933): 174

Jeanne (1967): 237, 241

Jichlinski, Simon: 277

Jost, H. U.: 35n, 36

Journet, Charles: 296, 366

Jules: 174

-K-

Katz, Gregor: 225

Kaul: 17

Kehrer 11, 93, 94, 98, 99, 104, 108, 110,
112, 115, 117, 118, 120, 121, 201, 215,
219, 414

Kevles, Daniel J.: 17

Klee: 18, 20

Klein, David: 29, 30, 265

Kline, Wendy: 19

Knaus: 121, 129

Kocks, J.: 93

Krafft, Henry C.: 105

Krauer: 297

-L-

Labhardt, Alfred: 97, 98, 99, 108, 111, 115,
118, 135, 136, 191, 202, 356

Ladame, Charles: 279, 280, 292, 293, 294,
295, 296, 297, 306

Ladame, Paul-Louis: 244, 246, 247, 249,
250, 413

Laffont, Amédée: 105, 106, 107, 108, 109,
129

Lamarck: 22

Lambert, J. L.: 378n, 381n, 389

Lamunière, Maurice: 250, 251

Larson, Edward: 20

Laughlin, Harry H.: 96n

Léonard, Jacques: 21

Leuthold, Violette: 269

Lise: 224

Lisette: 286

Lombroso: 181

Louise: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 40, 139, 240, 422

Louissette: 368, 374, 375, 376

Luxemburger: 397

-M-

Macnicol, John: 18

Madeleine: 312, 314, 315, 316, 317, 318

Madlener, Max: 108, 191, 198, 199, 202,
209, 210, 212

Maier: 271, 400

Mall-Haefeli, Marianne: 123, 130

Malsch, Albert: 266

Malthus, T. R.: 357n

Marianne: 238, 239, 240, 241

Marie (1933): 174, 175

Marie (1941, Lausanne): 175

Marie (1941): 312, 313, 314, 317

Marie (1972): 37, 220, 370, 370n, 380

Mariette: 285, 296

Marthe: 283

Martin, Jean: 12, 222

Martine: 383, 384, 386

Massin, Benoît: 20, 81n

Mayor: 99

Mazumdar, Pauline: 18

Mendel: 22, 364, 395

Mensinga, W. P. J.: 127n

Meuron, Michel de: 311n

Milliquet: 145

Minkowska, Françoise: 364

Minkowski, Eugène: 255, 256

Molteni, Louise: 368, 374, 375, 376

Montenach, Suzanne de: 359n

Montmollin, de: 315

Morard: 364

Morel, Ferdinand: 285, 292, 296, 297

Morsier, Georges de: 279, 280

Morsier, Valérie de: 268, 269

Müller, Armin: 98, 111

Müller, Christian: 213, 214, 222, 296

Muller, Hermann: 29, 30

Muret, Maurice: 99, 100, 105, 106, 110,
111, 112, 114, 115, 116, 117, 119, 145,
154, 155, 156, 158, 159, 205, 206, 230,
306, 315, 400

-N-

Naville, François: 145, 248, 272, 274, 275, 277, 278, 280, 360
 Niessen: 364
 Nordin, Maria: 35, 37, 40
 Nowak: 20

-O-

Oberholzer: 97, 98, 99, 115, 119
 Ody: 374
 Ogino: 121, 129
 Olivier, Charlotte: 98n, 111, 112, 119
 Onan: 124

-P-

Papadaki: 246
 Paul, Diane: 23, 25
 Pearson, Karl: 27, 245, 246, 247
 Pedrazzini: 65
 Pelletier: 76
 Pichot, André: 17
 Pidoux, Yvonne: 295, 296
 Pincus: 29
 Pittard, Eugène: 257, 258, 263, 413
 Pozzi, Samuel: 90, 91, 92
 Preisig, Henri: 140, 141, 145, 249
 Proctor, Robert: 20

-R-

Raymonde: 286
 Reilly, Philip: 18
 Rentoul, Robert Reid: 96, 113, 270
 Repond, André: 306, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 401, 407, 413
 Repond, Paul: 392
 Rey-Bellet, Jean: 399
 Reynold, Louise de: 359n
 Ricciardi von Platen, Alice: 19
 Richet, Charles: 263, 264
 Richter: 129
 Rigggenbach: 310
 Ritter, Hans Jakob ; 18
 Robert: 179, 180, 181, 182
 RoCHAT: 175, 194, 196, 222
 Roger, Jacques: 21
 Roggo, J.: 371

Roll-Hansen, Nils: 20, 22
 Rossier, G.: 99, 100, 140
 Roux, César: 100, 354
 Rüdin, Ernst: 244, 255, 256
 Runcis, Maija: 18, 35

-S-

Schiller, H.: 98, 103
 Schläppi, Jean-Claude: 320n, 339n
 Schlub: 309, 310, 311
 Schmuhl: 18
 Schneider, P. B.: 372, 373n
 Selden, Steven: 19
 Sharp, Harry C.: 95, 96, 103, 423
 Simon: 175, 177
 Simonnot, Anne-Laure: 17
 Siredey, Armand: 106
 Solange: 283
 Soloway, Richard: 19
 Spreng, A.: 372
 Steck, Hans: 140, 142, 143, 144, 154, 156, 157, 158, 159, 175, 177, 212, 214, 222, 249, 306, 400, 413, 417
 Stooss, Carl: 62
 Stopes, Marie: 122, 123, 125, 126, 127, 128, 129, 132, 135, 137, 138
 Sury, Kurt von: 98, 118
 Suzanne (1941): 285
 Suzanne (1986): 346, 348, 349
 Sylvie: 346, 347, 348, 349

-T-

Taguieff, Pierre-André: 25, 31
 Terman: 182
 Testart, Jacques: 31
 Thérèse: 319, 320, 321
 Thomas, Jean-Paul: 23, 31
 Thomas, Madeleine: 395
 Tyden, Matthias: 422

-V-

Veil: 76
 Veillard, Maurice: 144, 145
 Vignes: 364
 Villars, Louis: 366
 Vonèche, Jacques: 36n, 298

-W-

Waegeli: 116, 117
Walthard: 191
Warnery: 360n
Watson, James: 29, 29n
Weber, Rodolphe: 103, 292, 297
Weck, L. de: 372
Weindling, Paul: 20, 423
Weingart, Peter: 20
Wottreng, Willi: 41

-Y-

Yauri, Eleuteria: 40

-Z-

Zaremba, Maciej: 35

TABLE DES MATIÈRES

Préambule.....	1
Histoire de Louise	2
Introduction	9
Méthode et contenu.....	10
Première partie	
Eugénisme: le poids du passé.....	15
Qu'est-ce que l'eugénisme?.....	15
Eléments pour une historiographie récente de l'eugénisme	16
Acteurs et mesures eugénistes.....	16
Nations eugénistes.....	19
Autres eugénismes, histoires comparées, internationale eugéniste et synthèses	22
Résurrection ou métamorphose de l'eugénisme?	23
Eugénisme classique.....	24
Eugénisme après la Shoah	28
Eugénisme, science fiction et biotechnologies.....	30
Pour ou contre l'eugénisme?	32
Médias.....	34
Révélations sur la Suède en 1997	35
Presse suisse.....	35
Pratiques passées.....	37
Législations.....	38
Pratiques actuelles.....	38
Pays extra-européens	39
Spectre du passé.....	39

Archives médicales: patrimoine historique à risque	43
Dossiers de patients	43
Itinéraire dans les archives	44
Conservation et accessibilité: flou et disparité	44
Repères dans les dispositions légales	47
Archives vivantes, période variable entre 10 et 20 ans.....	47
Conservation	47
Destruction.....	48
Consultation.....	49
Archives historiques.....	49
Conservation	49
Consultation.....	50
Concilier protection de l'individu et patrimoine collectif	51
Aspects juridiques (chapitre rédigé par J.-F. Dumoulin)	55
Sources du droit suisse	57
Interdiction de mariage	57
Droit fédéral	57
Doctrines et jurisprudences	58
Interruption de grossesse.....	60
Droit pénal cantonal avant 1942	60
Droit fédéral actuel.....	61
Genèse du droit fédéral actuel.....	62
Avant-projets de 1896 à 1908	62
Délibérations de la commission d'experts de 1912 à 1916.....	63
Message du 23 juillet 1918.....	63
Délibérations aux Chambres fédérales	63
Doctrines et jurisprudences.....	65
Droit fédéral futur	65
Stérilisation	66
Droit pénal cantonal antérieur à 1942.....	66
Loi vaudoise de 1928	67
Quelques directives cantonales.....	68
Droit fédéral.....	69
Politique de la famille en 1944.....	69
Droit cantonal actuel.....	70
Directives de l'Académie suisse des sciences médicales, 1981 et 2001	72
Doctrines et jurisprudences.....	73
Droit fédéral futur	73
Quelques sources du droit étranger.....	74
Interdiction de mariage	74
France	74
Allemagne.....	75
Etats-Unis	75
Interruption non punissable de grossesse.....	76
France	76
Allemagne.....	77
Etats-Unis	78

Stérilisation	79
France	79
Allemagne.....	81
Etats-Unis	82
De l'interdiction de mariage à la génétique	84
Stérilisation et contraception	89
Introduction	89
Origines de la stérilisation	90
Castration chez la femme, dernier tiers du XIX ^e siècle	90
Texte fondateur de la stérilisation de la femme, Kehrer, 1897	93
Le cas présenté par Kehrer.....	94
Castration masculine et vasectomie dans l'Indiana, 1899-1909	94
Pratique de la stérilisation en Suisse	96
Centres en Suisse à la veille de la Première Guerre mondiale	97
Zurich et Bâle	98
Genève et Lausanne.....	99
Auguste Forel et la Société des aliénistes suisses	100
Congrès de Bruxelles, 1929	104
Clivage franco-suisse.....	105
Procédés de stérilisation en gynécologie	106
Indications de la stérilisation chez la femme.....	109
Indication médicale influencée par les facteurs sociaux.....	110
Affections mentales et nerveuses	112
Indication eugénique.....	113
Indication d'hygiène sociale préventive.....	114
Indication contraceptive simple non reconnue	115
Stérilisation et avortement	116
Consentement et législation	117
Stérilisation en général et stérilisation non volontaire.....	119
Contraception.....	120
Méthodes contraceptives autour de 1900.....	121
Abstinence	123
Allaitement prolongé	123
Coït interrompu	124
Préservatif ou condom	124
Spermicides.....	126
Douche vaginale	126
Eponges, pessaires ou capes occlusives	127
Dispositifs intra-utérins	128
Abstinence périodique: Ogino-Knaus et la méthode des températures.....	129
Hormones.....	129
Contraception et stérilisation contraceptive dans le monde aujourd'hui.....	131
Auteurs favorables ou non aux méthodes contraceptives.....	131
Dépendance de la femme vis-à-vis du médecin	135
Stérilisation plutôt que contraception	136

Deuxième partie

Vaud.....	139
Introduction	139
Stérilisations avant la loi.....	139
Armand, stérilisation de sa femme en 1920	140
Jeanne, stérilisée en 1925 à l'âge de 17 ans	141
Cartel romand d'hygiène sociale et morale, 1927.....	144
Loi de 1928 sur la stérilisation	145
Elaboration de la loi, motifs invoqués et réticences	146
Opinions émises dans la presse	151
Publications scientifiques: les Drs Muret, Steck et Boven.....	154
Modalités d'application de la loi	159
Application de la loi.....	161
Données quantitatives	161
Les personnes concernées	164
Les demandeurs et leurs motivations.....	169
Rôle des autorités.....	172
Etudes de cas	173
Demande abandonnée, 1933	173
Jules et Marie, stérilisation des époux refusée, 1933	174
Jeanne, stérilisation refusée, 1933	174
Marie, stérilisation autorisée, 1941	175
Henriette, refus de la stérilisation, 1933	176
Robert, castration thérapeutique autorisée, 1950.....	179
Béatrice, autorisation de la stérilisation, 1965	182
Agnès, refus de la stérilisation, 1970.....	184
Remarques sur la loi de 1928.....	187
Service de gynécologie de l'Hôpital cantonal, Lausanne.....	188
Venues d'ailleurs pour se faire stériliser	193
Stérilisations demandées, mais non effectuées	195
Stérilisation liée à une interruption de grossesse	197
Indications à la stérilisation.....	201
Comparaison avec les stérilisations légales	206
Année 1932.....	208
Année 1941.....	209
Année 1951	211
Année 1961	213
Un document pour le consentement	215
Stérilisation d'une ressortissante fribourgeoise.....	219
Marie, Fribourgeoise, cas dénoncé en 1973.....	220
La période récente dans le canton de Vaud, entre clandestinité et réflexion commune	221
Institutions d'accueil des handicapés mentaux.....	222
Association vaudoise de parents de handicapés mentaux	224
Alice, 22 ans.....	224
Denise, 30 ans	224
Lise, 16 ans.....	224
Insieme,	
Fédération suisse des associations de parents de personnes mentalement handicapées	225

Berne	229
Direction de l'assistance publique	229
Principes de 1931.....	231
Pression des fonctionnaires.....	235
Statistique des cas traités par la Direction de l'Assistance publique	236
Hôpital psychiatrique de Bellelay.....	237
Jeanne, 1967.....	237
Marianne, 1977	238
Genève	243
Discours théorique sur l'eugénisme à Genève, 1900 – 1960.....	243
Psychiatres genevois et eugénisme.....	244
Société genevoise de patronage des aliénés.....	244
Paul-Louis Ladame	249
Maurice Lamunière	250
Victor Demole.....	251
Henri Flournoy.....	253
Scientifiques genevois et eugénisme.....	256
Anthropologie.....	257
Eugène Pittard	257
Biologie.....	259
Projet d'un Institut de génétique et d'eugénétique.....	259
Emile Guyénot	262
Création d'un Service de génétique humaine	265
Psychologie.....	265
Edouard Claparède	265
Adolphe Ferrière	267
Sociologie	268
Stérilisation et castration eugéniques.....	269
Années 1910: premières suggestions	270
Années 1920: éclaircissements et formalisation	271
Années 1930 à 1950: prudence puis oubli.....	271
Légaliser la stérilisation eugénique?.....	276
Proposition de législation en matière de stérilisation.....	277
Conclusions.....	280
Clinique de gynécologie de l'Hôpital cantonal	281
Solange, 1941, mélancolie.....	283
Marthe, 1951, tendance à la dépression, 5 enfants.....	283
Suzanne, 1941, déficience psychique	285
Marianne, 1941, oligophrénie	285
Raymonde, 1971, oligophrénie légère, désir de stérilisation.....	286
Lisette, 1971, raisons médico-sociales, consentement.....	286
Antoinette, 1971, raison psycho-sociale, absence de consentement.....	287
Clinique psychiatrique de Bel-Air	288
Troubles du comportement sexuel.....	288
Imbécillité, érotisme, 1922	289
Bouffée délirante, 1967	289
Interruptions de grossesse	289

Hospitalisation à la suite d'une interruption de grossesse, 1925	290
Demande d'interruption de grossesse, 1968	290
Délits sexuels.....	290
Délit sexuel, castration, 1949.....	290
Stérilisations	291
Les psychiatres de Bel-Air et la question de la stérilisation	292
Stérilisation de handicapés mentaux depuis 1970	297
Existe-t-elle à Genève?	297
Position des institutions spécialisées	299
Question légale.....	301
Neuchâtel.....	305
Introduction	305
Hygiène mentale plutôt qu'eugénisme	305
Pratique de la stérilisation en général	308
Aucune stérilisation repérée à Préfargier	309
Folie morale, rendue à sa famille sans être stérilisée, 1912.....	309
Cas repérés à Perreux autour de 1940	311
Stérilisées en 1931 et 1933 dans le canton.....	311
Oligophrène non stérilisée, 1941.....	311
Marie, refuse la stérilisation, 1941	311
Madeleine, stérilisée en 1940	314
Isabelle, sœur de Madeleine: le médecin refuse la stérilisation demandée, 1941-1943	315
Service de la santé publique, médecin cantonal, 1978-2000	318
Opposition de Thérèse, cas déclencheur des Directives cantonales, 1978....	319
Directives du Service cantonal de la santé publique, dès 1979.....	322
Article 32 de la Loi de santé du 6 février 1995.....	324
Demandes soumises à l'autorisation du médecin cantonal entre 1978 et 1999	324
Avis conforme et autorisation du médecin cantonal.....	326
Motifs	327
Incapacité d'assumer la maternité ou la paternité.....	328
Protection contre la vulnérabilité ou contre la provocation	329
Vie sexuelle active	330
Risques de transmission héréditaire de la maladie	332
Stérilisation plutôt que contraception	333
Consentement	334
Document signé.....	335
Absence de consentement	336
Un cas parmi d'autres	337
Denise 1989.....	338
Fondation Les Perce-Neige.....	339
Droit des handicapés mentaux à la sexualité.....	340
Stérilisation de personnes rattachées aux Perce-Neige.....	344
Sylvie, stérilisée en 1973, avant les directives du médecin cantonal	347
Charles, stérilisé en 1986.....	348
Suzanne, stérilisée de manière privée en 1986	348
Brigitte, stérilisée à 15 ans à la fin des années 90	350

Fribourg	353
Opposition catholique de Gustave Clément	353
L'homme et l'auteur	353
Trois domaines associés: avortement, stérilisation, contraception	355
Avortement	357
Stérilisation	359
A propos de la loi vaudoise, 1928	360
Campagne contre les stérilisations volontaires	362
Stérilisation et eugénisme	364
Catholicisme et stérilisation	365
Stérilisation impensable jusqu'au début des années 70	368
Stérilisations dans le canton de Vaud, années 40 et suivantes	369
Archives de l'Etat, interruptions de grossesse dans les années 1940	370
Refus d'interruption non punissable de grossesse, 1949	372
Protection morale par l'internement	373
Gilberte, internement pour protection morale entre 1952 et 1971	374
Louisette, « castration psychologique », années 50	375
Fernande, stérilisation discrète en dernier recours, 1973	377
Stérilisation non volontaire envisagée à la fin des années 70	377
Levée du tabou autour de 1979	378
Situations concrètes	382
Stérilisée après concertation: Martine, 1985	383
Anne, 1989	384
Refus des médecins d'envisager la stérilisation: Béatrice, 1999	385
Loi de 1999	387
Article 72, stérilisation	388
Valais	391
Problématique occultée de 1900 à 1980	391
Opinion du docteur Repond sur l'eugénisme	392
Dossiers de patients à l'Hôpital psychiatrique de Malévoz	399
1931, mention d'une demande de stérilisation à Zurich	400
1931, mention d'une stérilisation effectuée à Lausanne	400
1941, mention d'une demande de stérilisation à Lausanne	400
1950, cas de pédophilie	401
1958, relations sexuelles avant le mariage	401
1961, désinhibition sexuelle	401
1962, érotomanie et demande de stérilisation	402
1966, jeune femme asociale	402
Déficiência mentale et stérilisation de 1980 à nos jours	403
Enquête auprès de divers acteurs médicaux et sociaux	403
La Castalie	404
Stérilisation en 1973	405
Dans les années 80	405
Dans les années 80	405
En 1989	405
Dans les années 90	406
En 1998	406

Eméra.....	406
FOVAHM.....	407
Quelques aspects légaux.....	408
Synthèse: Pratique de la stérilisation en Suisse romande durant le XX^e siècle.....	413
Eugénisme, courant d'idées répandu vers 1920-1930.....	413
Stérilisation volontaire et non volontaire.....	414
Deux périodes distinctes.....	414
Données difficilement comparables.....	416
Femmes qualifiées de débiles mentales.....	417
Motifs cumulés.....	418
Discernement limité et consentement problématique.....	420
Diversité à l'échelle régionale et internationale.....	421
Pas de scandale de large ampleur en Suisse romande.....	425
Annexes.....	427
Organismes et institutions consultés.....	427
Canton de Berne.....	427
Canton de Fribourg.....	427
Canton de Genève.....	427
Canton de Neuchâtel.....	428
Canton du Valais.....	428
Canton de Vaud.....	428
Périodiques consultés.....	428
Principaux textes juridiques.....	429
Bibliographie chronologique.....	430
En Suisse romande, durant tout le XX ^e siècle.....	430
En Suisse allemande depuis 1980.....	437
En Europe et en Amérique depuis 1980.....	439
Bibliographie générale.....	446
Abréviations.....	465
Index des noms.....	467
Table des matières.....	473

L'ouvrage étudie les discours sur l'eugénisme et les pratiques de la stérilisation non volontaire en Suisse romande durant tout le 20^e siècle. Les diversités cantonales, constatées autant au niveau des pratiques qu'à celui des législations sont mises en rapport avec les contextes religieux, culturels et politiques des cantons romands; elles reflètent dans une certaine mesure la diversité des conceptions et des pratiques en Europe, à l'exception de l'Allemagne nazie.

Il en découle que l'histoire des stérilisations non volontaires en Suisse romande ne peut pas être considérée, là où elle a existé, simplement comme une page sombre du passé; à aucune période et dans aucun canton, on ne peut parler de scandale collectif. L'étude révèle surtout le statut pitoyable de certaines femmes démunies, ballottées depuis l'enfance, incapables de s'adapter, rarement entendues; elle révèle également l'impuissance des acteurs sociaux face à ces situations. De l'histoire d'une pratique médicale, on passe à l'histoire de la condition féminine, du contrôle des naissances, de la prise en charge des personnes handicapées, de l'aide sociale et du poids relatif de la société sur le contrôle des parcours individuels.

Au-delà des révélations accusatrices récemment parues concernant la Suède ou le canton de Zurich, l'ouvrage démontre que la délicate question de la stérilisation non volontaire doit être comprise comme l'une des modalités de prévention sociale, envisagée de manière différente selon les lieux et les époques.

Geneviève Heller et **Gilles Jeanmonod** sont historiens, **Jacques Gasser**, psychiatre et historien. Tous trois sont des collaborateurs de l'Institut universitaire romand d'histoire de la médecine et de la santé (Lausanne et Genève), dans lequel ils effectuent depuis plusieurs années des recherches sur l'histoire sociale et culturelle de la psychiatrie.

2-8257-0807-0



9 782825 708071